



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Sebastião Helvécio Ramos de Castro

**Sístoles e diástoles no financiamento de saúde em Minas Gerais,
período pós constituição de 1990**

Rio de Janeiro

2007

Sebastião Helvécio Ramos de Castro

**Sístoles e diástoles no financiamento de saúde em Minas Gerais, período pós
constituição de 1990**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sulamis Daim.

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

C355 Castro, Sebastião Helvécio Ramos de.
Sístoles e diástoles no financiamento de saúde no Estado de Minas
Gerais / Sebastião Helvécio Ramos de Castro. – 2007.
296 f.

Orientadora: Sulamis Daim.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde pública – Administração – Brasil – Teses. 2. Financiamento –
Minas Gerais – 1969-2005 – Teses. 3. Despesas públicas – Política
governamental – Minas Gerais – Teses. 4. Finanças públicas – Teses. I.
Daim, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2:336(815.1)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Sebastião Helvécio Ramos de Castro

**Sístoles e diástoles no financiamento de saúde em Minas Gerais, período pós
constituição de 1990**

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Área de concentração. Área de concentração:
Políticas, Planejamento e Administração em
Saúde.

Aprovada em 20 de abril de 2007.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sulamis Daim (Orientadora)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Núc.de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde - UFJF

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira
Faculdade de Medicina - UFMG

Rio de Janeiro

2007

AGRADECIMENTOS

Esta tese retrata uma história de vida. O tempo não para. Não importa se medido por ampulhetas, calendários, relógios ou experiências vividas. O tempo é a essência oculta da vida: é a própria vida em todo o seu percurso. A visão filosófica de Heráclito (séc. V a.C.) nos ensina que “não podemos banhar-nos duas vezes no mesmo rio, porque o rio não é mais o mesmo”.

Particpei de momentos tão distintos da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), da alegria da expectativa da realização da “Oitava! À decepção com o desmantelamento do Orçamento da Seguridade Social, que ainda hoje me surpreendo com avanços e retrocessos na consolidação do sistema nacional de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto nº 91.466, de 23 e 30 julho de 1985, é um marco no movimento reformista da saúde no Brasil. Na verdade, é a primeira conferência que se realiza com ampla participação: as sete anteriores foram realizadas em ambientes fechados. Entre o final de 1985 e o início de 1986 ocorreram centenas de reuniões preparatórias municipais e 21 estaduais, sendo q segunda-feira que iniciou os trabalhos um momento de lembrança e esperança de que é possível construir um sistema nacional de saúde.

O temário da VIII Conferência propunha três questões cruciais: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde! E “Financiamento Setorial”.

Daquela histórica segunda-feira, em 17 de março de 1986, com a implantação da Oitava até a sexta-feira, 20 de abril de 2007. Data da defesa dessa tese, mais do que uma semana de trabalho decorreram exatos vinte e um anos de construção do SUS.

Inúmeras pessoas permitiram a minha participação em mais de duas décadas de consolidação do SUS e, especialmente, a elaboração desse trabalho.

A minha gratidão para:

À minha esposa, Valéria Maria Pereira e Silva, companheira, colega, parceira, amor da minha vida, pelo incentivo e estímulo presentes desde a decisão inicial de concorrer à vaga para o doutorado até a formatação final da apresentação deste trabalho.

À Sulamis Daim, exemplo e timoneira, pela compreensão e inspiração, apontando caminhos e produzindo estímulos em toda a travessia.

Ao Georgis Kornis, mestre e amigo, pela oportunidade do aconselhamento e orientação desde o projeto de qualificação.

Ao José Olindo Duarte Ferreira, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, meu altar cívico do magistério, onde, com a minha admissão por concurso público para Auxiliar de Ensino na disciplina de Pediatria em 1972, venho vivendo o encantamento da possibilidade de formar profissionais preparados para o Sistema Único de Saúde, na pessoa de quem agradeço a todos os colegas pelo estímulo e companheirismo.

À direção e à secretaria do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro pelo acolhimento.

Aos conselheiros Simão Pedro Toledo, Eduardo Carone e Elo Braz Soares, que ocuparam a Presidência do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais ao longo da elaboração desta tese e que sempre incentivara, a realização do trabalho, facultando o acesso aos dados fundamentais para a consolidação do inédito levantamento, com ênfase ao corpo técnico da Corte de Contas e, em especial, a Carlos Alberto Nunes Borges, a Sandra Maria de Carvalho Campos e Marconi Augusto F. de C. Braga.

Aos colegas das Comissões da Saúde da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, extensivos aos consultores temáticos das referidas comissões, nas figuras de Rogério Gurjão e Salazar Rodrigues Júnior, pela participação.

Ao Breno Serôa da Motta, pela assessoria incansável na elaboração do banco de dados especialmente construído para a verificação dos cenários analisados nesta tese.

À Patrícia Maria de Oliveira, pela digitação do texto e inesgotável paciência em entender letra de médico.

Ao meu filho Linus Helvécio e às minhas filhas Fernanda e Renata, pela compreensão da minha ausência e a certeza de que renascemos em nossos semelhantes.

Ao Prof. Dr. Dager Moreira da Rocha, pela iniciação científica desde o Curso Felix Von Höpper Seyler e pelo estímulo para o magistério.

Ao Prof. Dr. Linus Carl Pauling, exemplo de cientista e cidadão, Prêmio Nobel de Química e da Paz, pelos ensinamentos de química e metabologia.

Ao Dr. Renato de Carvalho Loures, inesquecível para quem a medicina foi coletiva e social.

Às mineiras e aos mineiros, especialmente ao povo de Juiz de Fora, motivação constante para a valorização da saúde coletiva.

RESUMO

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos de. *Sístoles e diástoles no financiamento da saúde em Minas Gerais*: período pós-Constituição de 1989. 2007. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

Esta tese tem como objeto o estudo do financiamento da saúde pública no Estado de Minas Gerais, no período compreendido entre a promulgação da Constituição mineira, em 21 de setembro de 1989, e o ano de 2005. Seu texto analisa também o financiamento da saúde pública no federalismo trino, em Minas Gerais, e, diferentes momentos de vinculação constitucional: na vigência do ordenamento constitucional determinado pelo § 1º do art. 158 da Constituição estadual de 1989 e na vigência da Emenda nº 29, de 13 de setembro de 2000, da Constituição da República. A presente tese constrói a série histórica de 1989 a 2005, com os valores do gasto em saúde pelo Estado de Minas Gerais, a partir dos Balanços Gerais do Estado. Através desses dados, comprova-se que a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde não se elevou com a vigência da EC-29, ao contrário, constatamos uma diminuição do aporte realizado em 2005 quando comparado ao valor aplicado em 1995 (15,62%). A construção da série histórica de gastos municipais em saúde – total despendido pelo conjunto dos 853 municípios mineiros – no período 1996-2005, demonstra que Minas Gerais no período analisado o aporte dos governos locais e, na média anual expressa em real de 2005 (13,22%), menor no quinquênio 2000-2005 do que no quadriênio 1996-1999 que antecede a vigência da EC-29. Este estudo pioneiro, já que o Siops disponibiliza dados municipais até o primeiro semestre de 2003, recomenda a necessidade de verificação em outros estados, pois em Minas Gerais a EC-29 se revela ferramenta incapaz de garantir maiores aportes ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Verificamos, também que, nos últimos quatro anos, há coerência entre as quatro leis que formam o arcabouço do planejamento orçamentário (PMDI, PPAG, LDOs, LOAs) e os respectivos Balanços Gerais do Estado, mas o Fundo Estadual de Saúde – FES – não é a unidade orçamentária que realiza a maior parte dos gastos na “função saúde”.

Palavras-chave: Saúde pública – Financiamento. Descentralização. Sistema Único de Saúde. Minas Gerais. Financiamento governamental. Orçamentos públicos. Gastos em saúde dos municípios mineiros

ABSTRACT

CASTRO, Sebastião Helvécio Ramos de. *Systoles and diastoles in health financing in Minas Gerais: the post-1989 Constitution*. 2007. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

The goal of this paper is the public health financing study in the State of Minas Gerais, within the period comprised between the promulgation of Minas Gerais' Constitution, on September 21, 1989 and the year of 2005. The text also analyses the public health financing in the federalism, in Minas Gerais, on different moments of constitutional bidding: during the term of the constitutional system established by the state Constitution § 1º of art. 158 of 1989, and during the term of the Republic Constitution Amendment nr. 29, of September 13, 2000. The present paper builds the historical series from 1989 to 2005, with the amounts of the expense with health by the State of Minas Gerais, as from the General Balance Sheets of the State. Through these data it is proved that the investment of resources in actions and public health services has not been increased with the enforcement of the EC-29, on the contrary, we verify a reduction to the financial support accomplished in 2005 when compared to the amount invested in 1995 (15,62%). The historical series building on municipalities of Minas Gerais – within the period 1996-2005, shows in Minas Gerais, in the period analyzed, that the financial support of the local government and, the yearly average expressed in quadrennium 1996-1999 that antecedes the EC-29 enforcement. This pioneer study, since the Siops makes available the municipal data until the first semester of 2003, recommends the necessity of checking other states, as in Minas Gerais the EC-29 has proved to be a tool incapable of ensuring greater financial supports to the financing of actions and health public services. We also verified that, in the past four years, there is coherence among the four laws that compose the budget planning framework (PMDI, PPAG, LDOs, LOAs) and the respective General Balance Sheets of the State, but the Health State Fund (Fundo Estadual de Saúde – FES) is not the budgeting unit that accomplishes the greatest part of the expenses in the "health function". Finally, due to the results of the analyzed data, we decided for the need of an urgent proceduring of the complementary law project that regulates the EC-29. The external control of the public expenses and the implementation of the National Account in Health, are important strategies to make the private and public expenses with health more effective and efficient, since such financial supports are practically in the Brazilian reality.

Keywords: Public health – Financing. Decentralization. Government funding. Public budgets. Health expenditures municípios mineiros.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa-mundi: gasto nacional em saúde, em relação ao PIB, 2003	91
Figura 2	Sistema de saúde brasileiro: estrutura de financiamento e prestação de serviço	97
Figura 3	Regiões de planejamento em Minas Gerais. Fundação João Pinheiro, 2005.....	176
Figura 4	Plano Diretor da Regionalização da Saúde em Minas Gerais. Macrorregiões, 2005	178
Figura 5	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Fundação João Pinheiro. 1991-2001	248

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Curva de Laffer	66
Gráfico 2	Carga tributária bruta global no pós-guerra – 1947-2005	67
Gráfico 3	Descentralização tributária – perdas de recursos disponíveis da União	73
Gráfico 4	Recentralização tributária – ganho de recursos disponíveis da União.....	74
Gráfico 5	Impostos versus Contribuições. Brasil. 1994-2004.....	75
Gráfico 6	Receita disponível nos entes federados. Brasil, 1960-2005.....	76
Gráfico 7	Composição do gasto mundial em saúde, 2003	90
Gráfico 8	Gasto nacional em saúde: participação do setor público, privado e desembolso direto das famílias, 2000	92
Gráfico 9	Despesa total com saúde em % do PIB	93
Gráfico 10	Despesas públicas com saúde em % do PIB	93
Gráfico 11	Total de despesa com saúde <i>per capita</i>	94
Gráfico 12	Gastos em saúde em relação ao PIB: Brasil, Estados Unidos	94
Gráfico 13	Participação pública e privada no financiamento da saúde em países federativos e/ou de cobertura universal, 1997.....	95
Gráfico 14	Composição dos gastos em saúde. Público e privado.....	98
Gráfico 15	Composição do gasto privado em saúde por decil de renda familiar. Brasil, 2002.....	99
Gráfico 16	Evolução das fontes de financiamento da saúde. Brasil, 1993-1999	115
Gráfico 17	Seguridade versus Superávit no orçamento de 2000.....	120
Gráfico 18	Contribuição social sobre o lucro líquido de pessoas jurídicas. Brasil. 1989-2000 – em bilhões de reais – fev/2001.....	121
Gráfico 19	Evolução da CSLL, CPMF e COFINS – 1987-2000. Brasil. Em bilhões de reais – fev/2001	122
Gráfico 20	Gastos do Ministério da Saúde: cenários vinculados ao PIB, CSLL, CPMF, COFINS em relação à porcentagem existente em 1996 e estimativas 2001-2006	122

Gráfico 21	Participação das três esferas do governo no gasto público em saúde – 1995 – IPEA	132
Gráfico 22	Participação das três esferas do governo no gasto público em saúde SIOPS – 2000-2004	132
Gráfico 23	Participação das contribuições (FSE/FEF/DRU) nos gastos totais do Ministério da Saúde. 1995-2004	137
Gráfico 24	Descentralização dos gastos públicos do Ministério da Saúde: comparação entre a participação percentual das aplicações diretas do Ministério da Saúde e os recursos transferidos a outras esferas de governo, 1995-2004	140
Gráfico 25	Gasto estadual com saúde. Minas Gerais, 1989-2005	163
Gráfico 26	Despesa estadual com saúde <i>per capita</i> . Minas Gerais, 1991-2005	164
Gráfico 27	Pirâmide etária da população. Minas Gerais, 1970-2000	178
Gráfico 28	Evolução do número de estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa, Minas Gerais, 1981-1999	
Gráfico 29	Evolução do número de estabelecimentos de saúde, por tipo de atendimento	189
Gráfico 30	Leitos hospitalares, segundo a natureza jurídica. Minas Gerais, 1980-2000	190
Gráfico 31	Leitos hospitalares, segundo ente federado	190
Gráfico 32	Municípios mineiros com unidade intermediária de internação ...	193
Gráfico 33	Municípios mineiros com sistema de raio X odontológico	193
Gráfico 34	Arrecadação por ente federado. Brasil, 1990-2005	214
Gráfico 35	Arrecadação por ente federado. Brasil, 2001-2005	215
Gráfico 36	Distribuição da arrecadação por ente federado. Brasil, 1990-2005	215
Gráfico 37	Composição percentual da receita tributária. Minas Gerais, 2005..	217
Gráfico 38	Recursos transferido: ótica do doador. Brasil, 2002	218
Gráfico 39	Recursos transferidos: ótica do receptor. Brasil, 2002	219
Gráfico 40	Evolução da receita executada segundo função de governo. Minas Gerais, 2001-2005	223

Gráfico 41	Mortalidade proporcional: todas as idades. Minas Gerais, 2004	233
Gráfico 42	Evolução da condição de nascimento. Minas Gerais, 1996-2004 ..	236
Gráfico 43	Comparação: arrecadação <i>versus</i> despesa com saúde <i>per capita</i> . Minas Gerais – 2000-2005	241
Gráfico 44	Municípios mineiros participantes do “saúde em casa” e PSF	251
Gráfico 45	Dispêndio do Fundo Estadual de Saúde. Minas Gerais, 2000-2005	261
Gráfico 46	Gastos com saúde: União, Estado de Minas Gerais, Municípios mineiros, 1996-2005	264
Gráfico 47	Gastos com saúde: União, Estado de Minas Gerais, Municípios mineiros. Parametrizados – 1996-2005	265
Gráfico 48	Gasto com saúde <i>per capita</i> . Evolução, 2001-2005	266
Gráfico 49	Gasto com saúde <i>per capita</i> por ente federado. 2001-2005	267
Gráfico 50	Despesa com saúde <i>per capita</i> . Estados do sudeste, 2004-2005..	268
Gráfico 51	Representação percentual do gasto municipal com saúde no PIB <i>per capita</i>	270

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Arrecadação tributária por ente federado. Brasil, 1945	53
Tabela 2	Evolução das receitas tributárias. 1952-1964	53
Tabela 3	Distribuição da receita disponível em face da carga tributária bruta	56
Tabela 4	Composição da receita tributária. 1980-2000	68
Tabela 5	Participação de cada nível de governo na arrecadação dos próprios impostos. Brasil, 1960-2000	69
Tabela 6	Receitas nacionais de impostos e contribuições sociais. 1988-2000	71
Tabela 7	Evolução da receita disponível. 1988-2004	72
Tabela 8	Arrecadação federal. Impostos <i>versus</i> contribuições sociais. Brasil, 1997	74
Tabela 9	Aumento e divisão da carga tributária global no período pós-Constituinte. Brasil, 1988-2004	76
Tabela 10	Evolução do número de estabelecimentos de saúde do setor público	82
Tabela 11	Evolução do número de trabalhadores públicos em saúde. Brasil, 1981-1992	82
Tabela 12	Gasto nacional com saúde: percentual em relação ao PIB e <i>per capita</i> . 2001	91
Tabela 13	Gasto nacional com saúde: percentual em relação ao PIB – países selecionados	92
Tabela 14	Evolução do número de estabelecimentos de saúde, conforme a natureza jurídica. Brasil, 1981-1992	98
Tabela 15	Evolução dos gastos em saúde nas três esferas de governo. Brasil, 1980-1990	101
Tabela 16	Evolução dos gastos em saúde em relação ao PIB, 1980-1990..	102
Tabela 17	Evolução dos gastos públicos em saúde, <i>per capita</i> . Brasil, 1980-1990	103
Tabela 18	Despesas em ações e serviços públicos de saúde por ente federado. Brasil, 2002	103

Tabela 19	Participação de entes federados no gasto público em saúde	104
Tabela 20	Gasto federal em saúde. Brasil, 1987-1995	112
Tabela 21	Evolução da participação das fontes de financiamento da saúde. 1992-1999	113
Tabela 22	Evolução da participação das fontes de financiamento da saúde. 1993-1999	114
Tabela 23	Regime de competência – Ministério da Saúde. Brasil, 1993-1999	116
Tabela 24	Ministério da Saúde – gasto total, <i>per capita</i> e proporção do PIB. Brasil, 1993-1999	116
Tabela 25	Despesas da União com ações e serviços públicos de saúde. Brasil, 1995-2003. R\$ de 2003 (IPCA/IBGE)	124
Tabela 26	Estimativas da receita da União para o SUS. Cenário em face das PECs avaliadas. Brasil, 2003-2007	124
Tabela 27	Despesas estaduais com ações e serviços públicos de saúde. Brasil, 1995-2003	126
Tabela 28	Despesas municipais com ações e serviços públicos de saúde. Brasil, 1995-2003	127
Tabela 29	Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde. Ministério da Saúde (2000-2004) e estimativa para 2005	129
Tabela 30	Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo. Brasil (2000-2003)	130
Tabela 31	Despesas com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo. Em milhões de reais de 2004, deflacionados mês-a-mês pelo IGP-DI	130
Tabela 32	Disponibilidade líquida para ações e serviços em saúde. Brasil, 1995-2004	134
Tabela 33	Gasto em ações e serviços públicos de saúde, <i>per capita</i> e proporção do PIB. Brasil, 1995-2004	134
Tabela 34	Distribuição do gasto, segundo a fonte dos recursos do Ministério da Saúde. Brasil, 1995-2004	135
Tabela 35	Distribuição percentual das fontes de recursos. Brasil, 1995-2004	136
Tabela 36	Gasto total segundo a categoria econômica. Brasil, 1995-2004...	138

Tabela 37	Distribuição percentual do gasto segundo a categoria econômica. Brasil, 1995-2004	139
Tabela 38	Despesa em ações e serviços públicos de saúde. Minas Gerais, 1989-1994	161
Tabela 39	Despesa em ações e serviços públicos de saúde. Minas Gerais. 1995-2000	162
Tabela 40	Despesa com ações e serviços públicos de saúde. Minas Gerais, 2001-2005	171
Tabela 41	Despesa com ações e serviços público de saúde. Minas Gerais, 2000-2005	172
Tabela 42	Receita própria aplicada em saúde. Minas Gerais	173
Tabela 43	Despesa em saúde – Minas Gerais	173
Tabela 44	Despesa em saúde, <i>per capita</i> . Minas Gerais	174
Tabela 45	Taxa média de crescimento populacional	179
Tabela 46	Parcela da população com plano de saúde – unidades federadas escolhidas e Brasil	180
Tabela 47	Indicadores de evolução da descentralização. Brasil, 1997-2002	182
Tabela 48	Número de municípios habilitados, por tipo de gestão	183
Tabela 49	Cobertura territorial e populacional do PSF na região sudeste ...	185
Tabela 50	Taxa de mortalidade infantil por região de planejamento. Minas Gerais, 2000	185
Tabela 51	Auto-avaliação da saúde em Minas Gerais	186
Tabela 52	Equipamento de saúde nos municípios. Minas Gerais, 2002	191
Tabela 53	Instalações físicas para ações e serviços de saúde. Minas Gerais, 2002	192
Tabela 54	Comparação da receita dos municípios de Minas Gerais, 2000...	196
Tabela 55	Critérios de partilha de ICMS – cota parte dos municípios	198
Tabela 56	Receita municipal e IDH nos municípios mineiros (Reais de 2000)	199
Tabela 57	Despesa municipal e proxies selecionadas	200
Tabela 58	Regiões de planejamento e receita de Minas Gerais	201

Tabela 59	Regiões de planejamento e gastos selecionados. Minas Gerais	202
Tabela 60	Municípios mineiros e gastos com saúde	206
Tabela 61	Despesas selecionadas e gastos com saúde	206
Tabela 62	Análise comparativa; declarado <i>versus</i> auditado – municípios mineiros, 2004	210
Tabela 63	Análise comparativa; declarado <i>versus</i> auditado – municípios mineiros, 2005	211
Tabela 64	Evolução da carga tributária global. 1947-2005	213
Tabela 65	Evolução da receita tributária por ente federado. Brasil, 1960-2005	216
Tabela 66	Receita tributária em reais correntes e constante. Minas Gerais, 2001-2005	217
Tabela 67	Crescimento da receita tributária. Minas Gerais, 2005-2001	218
Tabela 68	Resultado líquido: transferências cedidas-recebidas. Brasil, 2002	219
Tabela 69	Transferências correntes da União	220
Tabela 70	Transferências voluntárias do Tesouro Nacional. Brasil, 1997-2004	220
Tabela 71	Transferências voluntárias do Tesouro Nacional. Região Sudeste, 2005	221
Tabela 72	Receita tributária e gastos com saúde. Minas Gerais, 2000-2005	221
Tabela 73	Demonstrativo de execução orçamentária da saúde. Minas Gerais, 2005.	222
Tabela 74	Despesas em saúde – descrição setor. Minas Gerais, 2005	222
Tabela 75	Despesas executadas no orçamento. Minas Gerais, 2005	223
Tabela 76	Evolução da despesa executada por função de governo. Minas Gerais, 2001-2005	223
Tabela 77	Demonstrativo de despesas executadas segundo programa de governo. Minas Gerais, 2005	224
Tabela 78	Programas de saúde: orçado <i>versus</i> realizado. Minas Gerais, 2005	225

Tabela 79	Investimento em transporte e sistema viário. Minas Gerais, 2005	225
Tabela 80	Recursos aplicados – saúde versus transporte. Minas Gerais, 2005	226
Tabela 81	Base do cálculo para alíquota de 12%. Minas Gerais, 2005	
Tabela 82	Despesas em ações e serviços públicos de saúde. Minas Gerais, 2005	227
Tabela 83	Transferências e pagamentos do Ministério da Saúde. Minas Gerais, 2003-2005	231
Tabela 84	Transferências e pagamentos do Ministério da Saúde. Minas Gerais, 2003-2005	231
Tabela 85	Mortalidade proporcional: faixa etária e causa. Minas Gerais, 2004	233
Tabela 86	Coeficiente de mortalidade. Minas Gerais, 1998-2004	234
Tabela 87	Indicadores de mortalidade. Minas Gerais, 1998-2004	234
Tabela 88	Informações sobre os nascimentos. Minas Gerais, 1996-2004 ...	235
Tabela 89	Internações hospitalares financiadas pelo SUS. Minas Gerais, 2005	237
Tabela 90	Custo de internações, tempo de permanência, óbitos e mortalidade hospitalar. Minas Gerais, 2005.....	237
Tabela 91	Causas de internação e faixa etária. Minas Gerais, 2005	238
Tabela 92	Indicadores de atenção básica. Minas Gerais, 2000-2005	239
Tabela 93	Arrecadação e despesa com saúde em Minas Gerais, 2000-2005	241
Tabela 94	Gasto nacional em saúde. Brasil, 1996-2005. OMS	242
Tabela 95	LDOs em Minas Gerais. 1990-2006	255
Tabela 96	Leis orçamentárias anuais. Minas Gerais, 1989-2005	260
Tabela 97	Gasto dos municípios mineiros com saúde, 1996-2005	262
Tabela 98	Gasto do Estado de Minas Gerais com saúde pública, 1996-2005	263
Tabela 99	Gasto da União com saúde, 1996-2005	263
Tabela 100	Gasto com saúde: União, Estado de Minas Gerais, municípios	

	mineiros, 1996-2005	264
Tabela 101	Gasto <i>per capita</i> por ente federado.	266
Tabela 102	Despesa com saúde <i>per capita</i> . Estados do sudeste, 2004-2005	267
Tabela 103	PIB <i>per capita</i> por região de planejamento. Minas Gerais, 2004-2005	269
Tabela 104	Gasto municipal com saúde e PIB <i>per capita</i> . Minas Gerais, regiões de planejamento: 2004-2005	269
Tabela 105	Gastos maiores e menores per capita com saúde. Municípios mineiros, 2005	271

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
ALMG	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
AMB	Associação Médica Brasileira
AMM	Associação Mineira de Municípios
AMMG	Associação Médica de Minas Gerais
ATRICON	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas
BACEN	Banco Central do Brasil
BDMG	Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais
BID	Banco Internacional de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial)
CE 89	Constituição do Estado de Minas Gerais de 1989
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEPLAR	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - UFMG
CEES	Centro de Estudos Econômicos e Sociais/FJP
CF 88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CNS	Conselho Nacional de Saúde
8ª CNS	Oitava Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Pública
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Estado de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido de Pessoa Jurídica
DECNA	Departamento de Contas Nacionais (IBGE)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS – FNS/Ministério da Saúde
EC-29	Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPU	Encargos Previdenciários da União
EPM	Elenco de Procedimentos de Médica Complexidade
ESP-MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
FA	Fator de Alocação de Recursos Financeiros para a Atenção à Saúde
FAE	Fração da Assistência Especializada
FAEC	Fundo de ações Estratégicas e Compensação
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FENAESS	Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
FES-MG	Fundo Estadual de Saúde em Minas Gerais
FFO-ALMG	Comissão de Fiscalização Financeira e Orçamentária da ALMG
FGV	Fundação Getúlio Vargas

FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FJP	Fundação João Pinheiro / MG
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNS	Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSP	Faculdade de Saúde Pública – USP
FUNED	Fundação Ezequiel Dias – SES-MG
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBAMCO	Banco de Dados do IBAM
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
IMS	Instituto de Medicina Social – UERJ
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IN-11TCE-MG	Instrução Normativa nº11 – Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IR	Imposto de Renda
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / MPOG
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LDO-MG	Lei de Diretrizes Orçamentárias do Estado de Minas Gerais
LOA	Lei do Orçamento Anual
LOA-MG	Lei do Orçamento Anual do Estado de Minas Gerais

LOS	Lei Orgânica da Saúde
MF	Ministério da Fazenda
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU	Orçamento Geral da União
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PIASS	Programa de Interiorização das Ações da Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
POI	Programa e Orçamentação Integradas
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental / MG
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde – Minas Gerais

SAI/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAFI	Sistema de Acompanhamento Financeiro
SIAFEM	Sistema de Acompanhamentos das Finanças de Estado e Municípios
SIAFI-Armazém	Sistema de Acompanhamento Financeiro do Estado de Minas Gerais
SIDOR	Sistema de Dados Orçamentários
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – MS
SIS	Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde – MS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional – MF
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE-MG	Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais
TCU	Tribunal de Contas da União
TFA	Teto Financeiro da Assistência
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFGE	Teto Financeiro Geral do Estado
TFGM	Teto Financeiro Global dos Municípios
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIMED	União Nacional das Cooperativas Médicas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	24
1	FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE	32
1.1	Federalismo, federalismo fiscal	37
1.2	Descentralização e ações em saúde	62
2	GASTOS EM SAÚDE: PÚBLICO E PRIVADO	89
2.1	Gastos nacionais em saúde: público e privado	96
2.2	Como definir gastos em ações e serviços públicos de saúde ?	104
3	O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS E OS DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS	141
3.1	Perspectivas históricas do financiamento público da saúde de Minas Gerais: o período pré-Constituição de 1989	148
3.2	A constituição de 1989 e o financiamento público da saúde	157
3.3	Impacto da emenda constitucional nº 29	194
4	OS MUNICÍPIOS MINEIROS E O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE	175
4.1	Conhecendo os municípios mineiros	181
4.2	Gastos municipais em saúde: impacto da Emenda constitucional nº 29	194
4.3	Análise dos gastos municipais: o declarado e o auditado	206
5	GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS	212
5.1	União, estado e municípios: série histórica	213
5.2	Cenário atual	221
6	PLANEJAMENTO E PROPOSIÇÃO ORÇAMENTÁRIA EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS	244
6.1	Planos Mineiros de Desenvolvimento Integrado	246
6.2	Planos Plurianuais de Ação Governamental	247
6.3	Leis de Diretrizes Orçamentárias	254

6.4	Leis Orçamentárias Anuais	259
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	272
	REFERÊNCIAS	283

APRESENTAÇÃO

“O fim de toda a nossa busca
Será chegar ao lugar onde começamos
E ter a sensação de descobri-lo pela
Primeira vez”.

T.S. Elliot

No Brasil, inúmeros legisladores e constituintes tentaram ao longo de nossa história, estabelecer uma vinculação entre gastos em ações e serviços públicos de saúde e receitas dos orçamentos públicos.

O ordenamento jurídico que consolidou esta idéia é a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, também conhecida como “emenda da saúde” e que determinou o comprometimento de receitas da União, dos estados e dos municípios para o financiamento dos gastos públicos em saúde.

A União deve aplicar recursos mínimos equivalentes ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto – PIB; a base de referência foi o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento.

Os estados e municípios devem aplicar 12% e 15% de suas receitas, respectivamente, sendo que o ano referência para a implantação da norma foi o exercício de 2000 ao qual se atribuiu um percentual mínimo de 7%; nos cinco exercícios seguintes dever-se-ia gradativamente, aproximar-se do percentual determinado, que seria alcançado no exercício financeiro de 2004.

A questão básica que informa o presente estudo é a constatação de que a vigência da Emenda Constitucional nº 29 não determinou maiores aportes de recursos próprios do Estado de Minas Gerais e do conjunto dos 853 municípios mineiros, ao financiamento dos gastos em ações e serviços públicos de saúde.

A demonstração desta tese é feita em seis capítulos, além da apresentação, introdução e vinte considerações finais, que juntamente com a bibliografia e anexos conformam o presente trabalho.

A escolha do título é proposital. Na verdade, a opção pelo título síntese: “Sístoles e diástoles no financiamento da saúde no Estado de Minas Gerais: o período pós-Constituição de 1989”. O título revela algumas peculiaridades: a incursão de um médico em seara de economista e uma homenagem a um dos mais harmônicos equilíbrios presentes no ser humano: o sistema circulatório e daí a utilização do conceito da circulação do sangue em analogia com os recursos que irrigam os gastos em saúde pública.

A história da economia, porém, oferece-me suporte importante. François Quesnay (1694-1774), médico de Madame de Pompadour e depois do Rei Luis XV, baseou-se no seu conhecimento da circulação do sangue e na sua fé do poder curativo da natureza para elaborar os princípios da fisiocracia. O sistema de Quesnay foi exposto no seu *Tableau économique* (Quadro Econômico), de 1758, que mostrava esquematicamente as relações entre as diferentes classes econômicas e setores da sociedade e o “fluxo de pagamentos” entre elas, introduzindo os conceitos de equilíbrio econômico, capital fixo e capital circulante.

Joseph Schumpeter (1883-1950), no seu clássico “Ciclos de negócio: uma análise teórica, histórica e estatística do processo capitalista”, ao analisar as flutuações cíclicas da economia capitalista, assevera: “não são, como as amídalas, coisas separadas que podem ser tratadas por si, mas fazem parte, como as batidas do coração, da essência do organismo que as apresenta”.

E ainda, Richard Titmuss (1907-1973), certamente um dos expoentes na formulação do Estado de Bem-Estar Social inglês, com o seu “Relacionamento” (1970), que comparou a eficiência dos sistemas comerciais e não-comerciais de doação de sangue, base para a regulamentação do mercado do sangue e hemoderivados.

A moderna fisiologia nos ensina que as batidas do coração estão mais relacionadas a um “torcer” da sua musculatura do que a uma contração súbita. Ao bombear sangue para a periferia, o coração exerce uma “pressão sistólica”, isto é, descentraliza o volume sangüíneo; ao receber o sangue para posterior distribuição, ele exerce uma “pressão diastólica”, isto é, uma centralização. Esta dinâmica estará presente nas minhas observações em todos os capítulos da tese.

A descoberta do funcionamento do sistema circulatório é reconhecida como uma das dez maiores descobertas da medicina¹. Na antigüidade, egípcios, gregos e romanos tinham a consciência de que o coração batia, mas nenhum deles (na época, não se dissecavam animais vivos) suspeitava da relação entre o sangue e o coração, mesmo porque tecidos dissecados de cadáveres induziram ao pensamento de que artérias continham ar.

Coube a Cláudio Galeno (129-199), em meados do século II da era cristã, constatar que as artérias conduziam sangue e que o coração, mediante a contração de sua massa muscular, era capaz de lançar o sangue na aorta. No entanto, Galeno, na sua lide com gladiadores, insistiu que o fígado não apenas fabricava o sangue, mas também o bombeava para o resto do corpo.

Miguel Servet, médico espanhol, em 1546, observou que não existe comunicação entre os ventrículos esquerdo e direito e que o único modo de o sangue do ventrículo direito chegar ao ventrículo esquerdo era passando pela artéria pulmonar e pelo pulmão.

Realdo Colombo, anatomista de Pádua, em 1559, revelou a existência de válvulas nos quatro vasos que entram e saem dos ventrículos e o conseqüente fluxo de sangue em uma única direção. Descreveu a fase de contração (sístole) e a fase de dilatação dos ventrículos (diástole), além de determinar que a veia pulmonar que saía dos pulmões e se esvaziava no ventrículo esquerdo transportava apenas sangue, e não ar.

Finalmente, William Harvey, em 1628, esclareceu definitivamente a questão na sua publicação *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, conhecida como *De motu cordis*, descrevendo a anatomia e a função do coração, a pulsação das artérias, a dinâmica da circulação pulmonar e o conceito da circulação sangüínea.

A idéia de que o coração estaria ligado ao saber ou à emoção² estava definitivamente superada. Tal descoberta deu vida e movimento a dois dos mais importantes componentes do corpo: o coração e o sangue. Mais tarde, com a

¹ Friedmam, Meyer e Friedland, Gerald escolheram em ambiente acadêmico aquelas que eles consideram as dez maiores descobertas da Medicina. Impressionante destacar que, somente em 1628, a humanidade entendeu que o coração e o sangue formavam um sistema circular e dinâmico.

² A palavra coração etimologicamente, se origina de *cordis*: cordial. Ainda hoje a expressão “saber de cor” associa a idéia de coração com conhecimento. Interessante a citação de Sérgio Buarque de Holanda: “O homem cordial”, não aquele que é educado ou gentil, mas o que lida com a emoção: não distingue o público do privado. In: *Raízes do Brasil*, Rio de Janeiro, 26ª ed., Companhia das Letras, p. 205, 2003.

invenção do microscópio e a sua utilização pelo anatomista italiano Marcello Malpighi (1661), descobriram-se os minúsculos capilares pelos quais o sangue arterial passa ao sistema venoso.

Caso Galeno tivesse relatado que suas observações eram fundadas na observação de gladiadores moribundos, e não em animais de experimentação, a ciência não teria gastado 14 séculos para esclarecer o mistério da circulação do sangue no organismo humano. Similitude acontece com o financiamento do Sistema Único de Saúde, pois os constituintes de 1988 não elaboraram uma regra clara de financiamento, e o encaminhamento isolado da tramitação de legislação para a saúde, fragmentando a idéia de seguridade social (previdência, saúde e assistência social) culmina na legislação infraconstitucional – Leis Orgânicas da Saúde (Leis n^{os} 8.080/90 e 8.142/90) –, que, novamente, não tratou dos montantes e fontes necessários para financiar a saúde, nem se ocupou em determinar a responsabilidade da co-participação dos entes federados.

Decorridos 19 anos, ainda permanecem as incertezas sobre a conceituação de gasto em ações e serviços públicos de saúde, em face do cotejo entre as instruções normativas de Cortes de Contas, a resolução do Conselho Nacional de Saúde e o vácuo na regulamentação da Emenda Constitucional n^o 29.

O Capítulo 1 inicia com uma revisão dos conceitos básicos e contextualização histórica do federalismo, além de considerações sobre as instituições federativas.

Em seguida, é feita uma digressão em cada constituição brasileira – desde a Carta Imperial de 1824 até a Constituição da República de 1988 – analisando especialmente se existe vertente descentralizadora e texto relacionado com a saúde pública, sem ter a preocupação de ser um documento histórico do Brasil, porém, com o objetivo de desenhar um cenário no qual se possam identificar as matrizes constitucionais para a descentralização de recursos e vinculação de gastos com a saúde.

Apresentamos os momentos de “diástoles e sístoles”, na relação trina de nosso modelo federativo, reconhecendo a participação de cada ente em face da carga tributária global, desde o pós-guerra até o terceiro milênio.

Estudamos a descentralização da saúde, a partir dos dispositivos constitucionais, legislação infra-constitucional e, especialmente na área da saúde,

identifico os marcos regulatórios (NOBs e NOAs) e influências sobre os estados e municípios.

No Capítulo 2, abordamos os gastos nacionais em saúde, em países federados e com cobertura universal, separando o aporte de recurso público e privado. Demonstramos, a partir do relatório da Organização Mundial de Saúde de 2006, que o gasto mundial em saúde foi equivalente a US\$3,6 trilhões, com gastos governamentais responsáveis por 33%, as contribuições sociais por 25%, os seguros privados por 20%, as despesas diretas das famílias por 18%.

Discutimos o conceito de gasto em ações e serviços públicos de saúde cotejando as propostas das Cortes de Contas e Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, enfatizando o texto do Projeto de Lei Complementar nº 1/2003, que trata da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

Comprovamos que, no período estudado a União diminuiu a sua participação no financiamento público da saúde, com expansão dos gastos de municípios e estados.

No Capítulo 3, ao avaliar o financiamento público da saúde em Minas Gerais e os dispositivos constitucionais, fazemos uma pesquisa histórica pelas Constituições estaduais, desde a primeira Constituição do Estado de Minas Gerais, promulgada em 15 de julho de 1891, até a Constituição estadual de 1989, de cuja elaboração tive a honra e privilégio de participar.

Impossibilitada de estabelecer uma vinculação constitucional para o financiamento público da saúde em face da CF 1988, a IV Constituinte mineira inovou ao estabelecer vinculação entre gastos em saúde e gastos em transporte e sistema viário. Tal solução mineira teria garantido recursos públicos para a saúde no período pós-Constituição de 1989? Vamos analisar a série histórica de desembolso para a saúde em razão do dispositivo constitucional inovador. Com relação ao impacto da Emenda Constitucional nº 29 no financiamento da saúde pública de Minas Gerais, apresentaremos, a partir do ano 2000, os resultados obtidos por duas metodologias conflitantes: a Instrução Normativa nº 11, do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, e a Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, fazendo-se uma análise dos dados constantes do Siops/MS e Armazém Siafi-MG.

Ainda no Capítulo 3, destacamos o papel de Minas Gerais de contestar o poder central, desde o período colonial, e principalmente neste, fortalecendo a

noção de federação desde a primeira República – ao valorizar a importância dos governos estaduais – e hoje, na área da saúde, com o dispositivo constitucional (§ 1º do art.158) de determinar que “os recursos para programas de saúde não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte e sistema viário”.

No Capítulo 4 estaremos apresentando os 853 municípios mineiros e respectivos desempenhos, em razão da Emenda Constitucional nº 29. Momento mágico de conhecer as Minas Gerais por inteiro, com sua pluralidade e síntese.

PRATES (2003, p. 19) reconhece o Estado de Minas Gerais como um estado síntese ou de transição, não só porque ocupa uma posição intermediária, em termos de desenvolvimento, entre as regiões Sudeste e Nordeste, e particularmente entre os Estados de São Paulo e da Bahia, mas também pela sua posição intermediária em termos geográficos. Quer-se destacar, inclusive, que não sendo Minas Gerais um estado homogêneo, esta transição ocorre dentro dele, quando se caminha dos municípios e regiões do sul e centro-oeste para o norte/nordeste.

O Capítulo 4 trata dos municípios mineiros e do financiamento público da saúde. Adotando as regiões de planejamento do Estado, os 853 municípios são agrupados em dez regiões. Demonstramos a evolução do IDH-Municipal e abordamos a presença do sistema privado de saúde em Minas Gerais.

A repercussão do PAB nos municípios mineiros e as fragilidades da municipalização encaminham para a recente proposta do “Pacto pela Saúde”, com a idéia da regionalização. A descentralização intra-estadual e respectiva assimetria é demonstrada pela presença dos “clusters” em saúde. A edição da Lei estadual nº 12.040, conhecida como “Minas por Minas” ou “Lei Robin Hood”, pioneira na busca da equalização dentro do estado, ao permitir que os municípios mais pobres possam receber maior volume de recursos do ICMS, mesmo não tendo contribuído para a sua geração, também é analisada, pelo incentivo que proporciona aos municípios que façam maiores aportes à função saúde.

Finalmente, os municípios mineiros são analisados em face da EC-29, e construímos, então, um estudo inédito no acompanhamento da Emenda Constitucional nº 29, em relação aos municípios mineiros. É a apresentação da síntese do valor declarado em aplicação em saúde e o valor apurado, após a inspeção *in loco* dos técnicos do Tribunal de Contas do Estado. O resultado dessa

investigação leva-me novamente a concluir pela urgente necessidade da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29.

No Capítulo 5 é analisada a série histórica do financiamento do setor público de saúde em Minas Gerais.

Iniciamos esse capítulo demonstrando que o Brasil e Minas Gerais não têm um sistema de saúde que possa ser classificado como “welfariano” na prática, embora os dispositivos constitucionais assim o determinem. Dois grandes subsistemas coexistem, e o financiamento privado dos gastos em saúde equivale ao gasto público.

Apesar do crescimento da carga tributária global, os gastos públicos em ações e serviços públicos de saúde não se beneficiam na mesma proporção e que o crescimento da receita tributária do Estado de Minas Gerais também não é utilizado, prioritariamente, para financiar a função saúde.

Analisamos as relações intergovernamentais – União, estado e municípios – com as observações relativas a transferências constitucionais e voluntárias e revelo o cenário atual do gasto em saúde, com acompanhamento detalhado das cinco unidades orçamentárias da SES e, particularmente, da “função 10”, que incorpora, tecnicamente 19 programas de saúde realizados pelo Estado de Minas Gerais.

No Capítulo 6 é feita uma consolidação das leis que regem o planejamento orçamentário do ente subnacional, destacando que, embora a iniciativa do encaminhamento seja do Executivo, o Legislativo tem a oportunidade de emendar o projeto de lei. O constituinte mineiro elencou quatro peças de planejamento orçamentário que devem manter coerência entre si.

Minas Gerais, no período pós-Constituição de 1989, conviveu com dois Planos Mineiros de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que estabelecem cenários a longo prazo; quatro Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG), que determinam metas para quatro anos; 16 Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e 16 Leis de Orçamentos Anuais (LOA).

O capítulo 6 revela ainda o comportamento dos Balanços do Estado a partir de 1989 e, especialmente, demonstra a importância da Lei da Responsabilidade

Fiscal' nas finanças públicas e, conseqüentemente, a sua influência nos gastos públicos em saúde.

Nas considerações finais são apresentadas as conclusões da presente tese, destacando-se 20 proposições relevantes.

As referências bibliográficas estão apresentadas conforme as normas da ABNT.

Os anexos estão representados por textos de leis e dados constantes de relatórios oficiais sobre gastos públicos em saúde, além de figuras, gráficos e tabelas que visualizam alguns aspectos do banco de dados.

O trabalho foi desenvolvido a partir da elaboração de um banco de dados da saúde, do orçamento da União, do orçamento do Estado de Minas Gerais e da verificação, junto ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, da despesa declarada pelo estado e pelos municípios. Tais dados serão confrontados com informações da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Sistema de Dados Orçamentários (Sidor), Sistema de Acompanhamento Financeiro do Estado de Minas Gerais (Armazém Siafi), Fundação IBGE, Datasus, Banco Central do Brasil (Bacen), Fundação Getúlio Vargas (FGV), Sistema de Acompanhamento das Finanças de Estados e Municípios (Siafem/STN) e Sistema de Administração Financeira (Siafi).

A dificuldade na colheita de dados e a heterogeneidade de critérios para o reconhecimento de gastos em saúde, quer no setor privado – principalmente as empresas e valores incluídos no Imposto de Renda –, quer no setor público – conceito de gasto em ações e serviços públicos em saúde, levam-nos a conclusão da necessidade de se priorizar a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 com a respectiva lei complementar e também a implantação da Conta Nacional da Saúde.

³ No início da década de 1990, a Nova Zelândia encontrava-se em situação macroeconômica delicada. A inflação, não caía e estabilizara-se em 6%. O déficit público era alto: 3,5% do PIB.

As autoridades neozelandesas inovaram com "metas inflacionárias". Em meados dos anos 90 a inflação caiu, o superavit fiscal aproximou-se de 1% do PIB e a dívida pública caiu de mais de 50% do PIB para 42% do PIB.

Inspirado nesta legislação, o governo brasileiro seguiu caminho semelhante, com a aprovação em 2000 de texto legal que inclui tetos para despesa com pessoal, limitação dos restos a pagar no final das administrações, veda refinanciamento entre entes da federação. Para mais detalhes veja, Giambiagi, Fábio (2000).

INTRODUÇÃO

“Conto ao senhor é o que eu sei e que o senhor não sabe; mas principal quero contar é o que eu não sei se sei, e que pode ser que o senhor saiba.”

João Guimarães Rosa, Grande Sertão:
veredas, pág. 18

O gasto em saúde tem merecido a atenção de inúmeros pesquisadores, instituições, organizações não governamentais, legisladores, economistas, órgãos de classe, imprensa, líderes comunitários e famílias.

A Organização Mundial da Saúde anualmente tem disponibilizado relatórios que abordam o tema e o último deles, referente ao ano de 2007 e contendo dados de 2005, demonstra que o Brasil consome 8,9% do seu PIB em gasto com a saúde.

A composição do gasto em saúde tem sido objeto de estudo de inúmeros trabalhos e o recente Relatório nº 36601-BR, de 15 de fevereiro de 2007, do Banco Mundial indica que o gasto total com a saúde no Brasil é estimado em R\$146,594 bilhões, sendo que o gasto direto das famílias (25%) é um pouco maior que o gasto do governo federal (24,8%) com o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, da mesma forma que os governos subnacionais e locais (21,9%) gastam menos que o gasto privado com medicina de grupo, cooperativas médicas, reembolsos e seguros de saúde (28,3%), dados relativos ao ano de 2002 e colhidos junto ao Siops, Abramge e IBGE.

Os gastos públicos dos três entes federados em saúde são resultantes de pacto nacional, sendo que a Assembléia Nacional Constituinte, fortemente influenciada pela “Oitava” determinou na CF de 1988 a inscrição do comando constitucional que determina o aporte da União, dos estados e dos municípios no financiamento do sistema único de saúde.

A CF 1988 determina ainda que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Tal conformação exige que ao introduzir o tópico “financiamento da saúde no Estado de Minas Gerais, no período pós-Constituição de 1989”, recortado do tema gasto em saúde pública, se faça uma revisão do federalismo, principalmente do federalismo fiscal, em face a decisão constitucional de financiamento trino e legislação infraconstitucional de eleger o município como o ente responsável pela execução das ações e serviços públicos de saúde.

O federalismo como tema de análise política tem ocupado a agenda de vários pensadores e institutos de formulação de estratégias para a implantação de políticas públicas, e, no Brasil, o conhecimento da sua evolução histórica é essencial para correlacionar federalismo e política de saúde. Daí a abordagem do estudo sobre federalismo fiscal, baseado na observação de que quanto mais descentralizada fiscalmente for a federação e maiores forem as disparidades interestaduais em termos de gerar renda e demandar gastos, maior será a necessidade de existirem mecanismos de especialização para promover o equilíbrio horizontal.

O Brasil é um estado federal originário de um estado unitário, por isso, torna-se importante uma contextualização histórica de nossas Constituições, desde a Carta Imperial de 1824 até a Constituição-Cidadã de 1988, para verificar o pêndulo da centralização/descentralização, que aqui prefiro situar como diástoles e sístoles.

Na realidade, em 2007, quando se observa o universo dos países que adotaram o regime federativo, constatamos que ainda são minoria (24 em 193) em relação ao total de países inscritos na ONU, mas o rol das federações inclui países com enorme extensão territorial e/ou populacional, tais como Estados Unidos, Rússia, Brasil, Canadá, Índia, Alemanha, Argentina, Venezuela, Espanha, Austrália, Áustria, México, alcançando 40% da população mundial e 480 unidades federadas.

Na verdade, o federalismo tem sido útil também, para a contenção de minorias étnicas, mesmo em países de pequena extensão territorial como a Suíça, Comores e Ilhas Kitts e Nevis.

No caso brasileiro as imensas desigualdades socioeconômicas e espaciais vistas em nossa federação e o modelo de financiamento da saúde pública, exigem um conjunto de procedimentos fiscais e orçamentários que conformam uma rede complexa, que exhibe conflitos legislativos e financeiros com os entes federados.

A análise da participação de cada nível de governo na arrecadação dos próprios impostos, no período 1960-2000, é suficiente para demonstrar períodos de máxima concentração no governo federal e momentos de descentralização no sentido dos governos estaduais e municipais.

Nesta pesquisa, utilizamos como fonte primária para construir a série histórica que retrata os gastos em saúde do Estado de Minas Gerais os dados constantes dos Balanços Gerais e informados ao Tribunal de Contas do Estado, no período 1989-2005.

Minas Gerais, diferentemente de todos os outros estados da federação, na sua CE 1989, incluiu dispositivo constitucional obrigando que o gasto em saúde seja equivalente, no mínimo, ao gasto estadual com transporte e sistema viário. Tal comando determinou que anualmente seja demonstrado no Balanço Geral do Estado, o confronto saúde X transporte, sendo que a partir do ano 2000, em face à EC-29, tornou-se obrigatório o gasto em saúde, vinculado a percentual da arrecadação.

O conceito de gasto em ações e serviços públicos de saúde mostra-se polêmico, balizado em dois textos que, ao meu entender, não são definitivos para esclarecer a questão.

Em primeiro lugar, o Conselho Nacional de Saúde, edita a Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, com o objetivo de disciplinar os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Constitui-se de dez diretrizes, que detalham os critérios para estabelecer a base de cálculo para a incidência do percentual vinculado para a saúde e elege as despesas que são consideradas “com a saúde”.

De outro lado, o TCE-MG, edita a Instrução Normativa nº 11, de 31 de dezembro de 2003, com o mesmo objetivo (base de cálculo e rol de despesa com

saúde), mas com teor totalmente diverso do conteúdo da Resolução nº 322 do CNS.

Surge, portanto, uma situação inusitada: o Ministério da Saúde que abriga o portal Siops utiliza as informações fornecidas no BGE conforme os critérios do CNS e como é um sistema declaratório não modifica os dados informados, apenas os inscreve.

O TCE-MG que é o ente autônomo na organização do Estado responsável pelo parecer técnico que subsidiará o julgamento das contas do Governador pela ALMG, após proposição de projeto de resolução que as aprovam ou rejeitam, utiliza metodologia completamente diversa, acolhendo o sentido ampliado de saúde.

Desta forma, a presente pesquisa faz o cotejo das duas metodologias, com o objetivo de mostrar a importância da clareza para definir os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Demonstramos que no período analisado da vigência da EC-29 (2000-2005) a diferença entre o método CNS e o método TCE-MG importou em R\$2,907 bilhões de reais, de 2005.

A metodologia para se constituir os dados municipais na série histórica (1996-2005), fundamenta-se na utilização das regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais indicadas pela Fundação João Pinheiro e os gastos com saúde são obtidos a partir da verificação do gasto com saúde em cada município mineiro, em face à existência da Lei estadual nº 12.040, de 1995, conhecida como “Minas por Minas” ou “Lei Robin Hood” que inova ao estipular uma premiação, com transferência de recursos para a municipalidade que se esforça em oferecer determinados bens para a sua população.

Atualmente os critérios vigentes para a transferência do ICMS aos municípios estão presentes no Decreto nº 13.803/2000.

Os valores obtidos na fonte primária, são atualizadas para a construção da série histórica, em reais de 2005, corrigidos anualmente pelo IGP-DI médio.

Dessa forma, o trabalho é inédito, pois o Siops municipal disponibiliza apenas os dados de 2002, não permitindo uma comparação com os exercícios de 2003, 2004 e 2005, como foi feito para os gastos do Estado de Minas Gerais.

Outra inovação é a apresentação do estudo comparativo entre os dados declarados e os dados auditados por técnicos do TCE-MG, em visitas por

amostragem, para a conferência *in loco* das informações constantes dos Anexos I-B e II-B preenchidos pelas autoridades municipais e as respectivas documentações.

Concluimos pela importância do controle externo dos gastos municipais em saúde, mediante parceria das Câmaras Municipais, Conselhos Municipais de Saúde e Câmaras do Tribunal de Contas para análises formais.

Nas considerações finais, elencamos as principais conclusões e proposições possíveis para o aprimoramento do gasto em saúde, especialmente, no momento em que a discussão do “Pacto pela Saúde” abre nova perspectiva de repolitização e modificação do sistema federal do SUS com a implantação de apenas cinco grandes blocos de gastos em ações e serviços públicos de saúde: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

CAPÍTULO 1

Federalismo, descentralização e ações em saúde

“Se podes olhar, vê.
Se podes ver, repara.”
Livro dos Conselhos.

O financiamento da saúde no Brasil somente pode ser entendido a partir da compreensão do movimento reformista que impactou a Assembleia Nacional Constituinte, eleita em 1986, e da qual resultou a Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 adotou uma vigorosa transformação na relação federativa vigente, e a descentralização, como uma diretriz do conjunto da política nacional de saúde, determinou alterações substanciais no pacto federativo brasileiro. Na verdade, os anos 90 são marcados pelo debate acirrado e experimentações inovadoras na política de saúde.

Logo, para a perfeita compreensão da descentralização e suas características no financiamento público das ações e serviços de saúde, é necessário fazer uma revisão do marco analítico do federalismo e a repercussão do federalismo fiscal na busca da estabilidade de recursos para o setor saúde, especialmente o conhecimento das relações intergovernamentais e da participação das três esferas de governo no financiamento do nosso sistema de saúde.

1.1 Federalismo, federalismo fiscal

No Brasil, a federação nasceu com a República. Freitas Mourão, citado por LUZ (2005), esclarece que, ao ser proclamada a República, empregou-se o “aspecto do céu da capital dos Estados Unidos do Brasil, no momento em que a constelação do Cruzeiro se achava no meridiano”, o que nos permite pensar que

na certidão de nascimento da nossa federação deveria constar: nascida às 8h37m da manhã do dia 15 de novembro de 1889.

A extensão territorial do Brasil (8.511.965km²), sua população (194 milhões) e a complexidade de seus entes federados (União, 26 estados, Distrito Federal, 5.559 municípios) revelam como é importante compreender as relações intergovernamentais explicitadas no convívio das relações do pacto federativo. A propósito, a Lei n° 8.421, de 12 de maio de 1992, aborda a representação de cada estrela na bandeira do Brasil e o respectivo ente federado (estados e distrito federal), com estrelas de cinco dimensões⁴. Não contém, portanto, alusão ao município.

SILVA (1990) afirma que “federalismo envolve essencialmente a repartição de competências entre a União e os Estados-membros em condomínio, no qual se reconhecem a integração de cada um e a unidade do conjunto, ou seja, uma estrutura estatal complexa assentada sobre a mesma base territorial”.

Essa idéia essencial embasa o pensamento de vários estudiosos, como Leon Duguit, citado por VELOSO (1993), para quem “a característica do Estado Federal é a existência de dois governos num mesmo território e a impossibilidade de alteração das competências de cada um sem a anuência de ambos”.

ELAZAR (1987) nos permite conhecer as raízes históricas do termo “federal”, ao apontar a sua origem latina – foedus amicitiae –, que, assim como o termo hebreu brit, significa “pacto”, e, em entendimento mais ampliado, “Paz”, “Constituição”.

O sentido de pacto, ajuste, associação, paz, cooperação está presente na histórica obra do Abbé de Saint-Pierre, *Project de la paix perpetuelle*, quando preconiza uma Confederação de Estados europeus.

Immanuel Kant, em 1795, na sua obra prima *Perpetual Peace*, crê que é somente no âmbito de uma federação universal de povos livres que o direito internacional se tornará uma realidade jurídica completa, isto é, fundada no poder de regular as relações entre os Estados e de impedir os homens de recorrer à violência para resolver seus conflitos.

⁴ Minas Gerais é representada por estrela de grandeza 3. A Delta do Cruzeiro do Sul. (LUZ, 2005, pág. 90).

O projeto kantiano de paz é, na realidade, a primeira formulação da teoria federalista, e sua contribuição consiste em ter fundado o federalismo numa visão autônoma dos valores e do curso histórico.

ELAZAR (1987) conclui que “federalismo é assim um princípio ou valor que permeia os sistemas políticos federativos e que diz respeito à necessidade das pessoas e das unidades políticas de se unirem para atingirem objetivos comuns e ainda assim se manterem separados para preservar suas respectivas integridades”. Adita-se ainda que, ao dizer respeito à “necessidade das pessoas”, o federalismo é explicitamente de natureza republicana, no mesmo sentido de *res publica* (coisa pública). No dizer de Elazar “... uma federação deve pertencer a seu público e não ser propriedade particular de uma pessoa ou de segmento desse público e, portanto, seu governo requer a participação pública”.

WATTS (1996), ao estudar 11 federações contemporâneas, com vistas a estabelecer elementos de comparação com o modelo de seu país (Canadá), conclui que a “flexibilidade e a adaptabilidade do Estado federal são suas principais vantagens”. A flexibilidade talvez permita o ajuste das nações às necessidades de transformação, onde se manifestam vontades de unidades políticas maiores, justificadas por justiça social e influência internacional maiores, mas convivendo com o desejo da autonomia das unidades políticas menores, na expectativa de governos mais ágeis nas respostas às demandas dos cidadãos e que possam dar maior visibilidade aos elementos que formam os grupos sociais: laços culturais e lingüísticos, religião, tradições históricas e práticas sociais. A adaptabilidade certamente facilita a aceitação da tendência apontada por René Dubos⁵ – pense globalmente, aja localmente –, que Courchene denomina glocalization, resultado da crescente globalização da economia e de seu impacto sobre os indivíduos. Watts, citado por FAVERET (2002), adita, ainda, que “cada vez mais os governos enfrentam os desejos de seus cidadãos de serem ao mesmo tempo consumidores globais e cidadãos locais (...) o federalismo oferece uma forma de mediação para a variedade das preferências globais e locais dos cidadãos”, entendendo-se que “sistema político federativo” é um termo que “se refere

⁵ René Jules Dubos foi um dos mais influentes biólogos do século XX.

Grande microbiologista é o primeiro na descoberta dos antibióticos. Filósofo, Dubos acreditava que um organismo vivo seja ele um micróbio, uma pessoa, uma sociedade ou um planeta, só pode ser entendido no contexto das relações que forma com as coisas ao redor. O seu livro “Mirage of Health” (1959) apresenta uma espetacular definição de saúde: “Saúde é você poder funcionar, fazer o que quer fazer e vir a ser aquilo que deseja ser”.

a uma ampla categoria de sistemas políticos na qual, em contraste com sistemas unitários onde há uma única fonte de autoridade, existem dois ou mais níveis de governo que combinam elementos de “regras compartilhadas” e “auto-regulação” para os governos das unidades constitutivas”.

O processo de adesão ao modelo federativo americano foi árduo e enraizado no movimento da independência (1775-1783), sendo que os “Artigos da Confederação”, formulados em 1776 e aprovados no Congresso Continental em 1777, são considerados a primeira constituição americana e eram, de fato, constituições estaduais com elementos comuns, tais como a Bill of Rights, a separação dos poderes, as eleições, a separação entre Estado e Igreja, com a possibilidade de que os “homens novos” subissem ao poder.

A primeira fase do federalismo americano é superada quando os Artigos da Confederação são substituídos pela Constituição de 1787. Chegar lá não foi fácil, nem rápido. O interregno de onze anos permitiu a construção de uma das mais completas propostas de Estado federal, no biênio 1787-1788. James Madison, Alexander Hamilton e John Jay, com o pseudônimo de Publius, lançam uma série de 85 artigos publicados em jornais de Nova York, com o objetivo tácito de convencer eleitores a ratificar a nova Constituição. Tais “Artigos Federalistas” são analisados por BOBBIO, MATTEUCCI & PASQUINO (1994, p. 481), que concluem pela praticidade do texto. Na fala de Hamilton, “o regime federal permite ampliar a área do governo popular com divisão dual entre União e Estados federados, além da divisão formal de poder entre legislativo, executivo e judiciário, embasada na democracia representativa”.

O princípio constitucional no qual se baseia o Estado federal é a pluralidade de centros de poder soberanos coordenados entre eles, de modo tal que ao governo federal, que tem competência sobre o território total da federação, seja conferida uma quantidade mínima de poderes, indispensável para garantir a unidade política e econômica. Aos governos subnacionais, que têm competência cada um sobre o próprio território, seriam destinados os demais poderes. A atribuição ao ente federal do monopólio relativo à política externa e militar permite a eliminação das fronteiras militares dos estados federados.

É a fórmula de Wheare: cada parte do território e cada indivíduo estão submetidos a dois centros de poder: nacional (União) e subnacional (estados).

Surge, então, um novo modelo de convivência política que se contrapõe ao Estado Nacional Unitário dos séculos XVIII e XIX: a descentralização e a divisão do poder entre legislativo, executivo e judiciário é concretizada na democracia representativa. Era a “Nova América” ensinando à “Velha Europa” o caminho para a democratização. Hodiernamente, com a consolidação da União Européia, estamos vendo a “Nova Europa” mostrar à “Velha América” uma forma de pactuação transnacional que merece a atenção dos que estudam e analisam as relações intergovernamentais.

FIORI (1995) ressalta a “importância da integridade regional e da dimensão espacial no conceito de federalismo, compatibilizadas na forma de um pacto constitucional onde são simultaneamente definidos os espaços e os limites das soberanias”.

Reconhecidos os marcos do federalismo, é chegada a hora de contextualizá-los com a origem e evolução do federalismo brasileiro. VELLOSO (1993) assevera: “República e federalismo surgiram no Brasil no bojo de um só movimento, a revolução republicana e federalista de 1889”.

ATALIBA (1985, pág. 16), com foco na origem comum, defende “a indissociabilidade entre federalismo e república, considerando o primeiro um dos pressupostos da segunda,” ao argumento de que “pela descentralização política em que se traduz a federação, melhor funciona a representatividade, e de maneira mais enfática o povo exerce as suas prerrogativas de cidadania e auto-governo”.

CÂMARA (1981) destaca que “no Brasil as estratégias descentralizantes foram adotadas pelo governo português no tempo colonial, em razão da implantação de feitorias, das capitanias hereditárias e, até mesmo, das governadorias-gerais. Tais medidas anteciparam as idéias da estruturação do poder em moldes de compartilhamento, em razão das diversidades regionais e das dimensões continentais do Brasil”.

Interessante relatar que a federação brasileira, ao se originar de um Estado unitário, percorre caminho diferente da alternativa encontrada pelos federalistas americanos, cujas crenças se embasam na sua valia para a afirmação dos direitos individuais e para o afastamento do risco de usurpação, por um poderoso Estado Central, desses mesmos direitos. Diferentemente do que muitos pensam, a decisão de adotar um regime federal no Brasil não é uma mera repetição do

ideário emanado da Filadélfia, mas está relacionada com o risco de se desmantelar a integridade do território brasileiro, ameaçada por tentativas de secessão. No Brasil provincial, as relações entre as províncias praticamente inexistiam, não somente pela ausência de meios de comunicação e pela extensão continental, mas também pela ausência de motivos econômicos para o intercâmbio. O comércio das matérias-primas brasileiras era monopólio da coroa portuguesa, que mantinha relações bilaterais com as províncias mais importantes.

A instalação da Corte portuguesa no Rio de Janeiro (1808), fugindo das tropas de Napoleão, trouxe ressentimento para outras províncias. É fato que a instalação de instituições e órgãos administrativos, a abertura dos portos, o fim das proibições industriais e a assinatura de tratados comerciais com a Inglaterra ensejaram mudanças importantes.

Em abril de 1821, D. Pedro assumia a regência do Brasil, pois, finda a ameaça francesa, seu pai, D. João VI, teve de retornar a Portugal para atender aos seus súditos, que desejavam um governo constitucional. Solução original encontrada pelas Cortes portuguesas com o objetivo de evitar a centralização do poder na figura de D. Pedro: as províncias seriam administradas por juntas provisórias que se submeteriam diretamente à autoridade de Lisboa, e cada província elegeria seus representantes para compor as Cortes. Em maio de 1821, vários deputados foram eleitos e, em agosto, já estavam em Lisboa.

Entretanto, as Cortes portuguesas não desejavam incluir os brasileiros como pares. Ao contrário, havia um movimento forte para transformar o Brasil de novo numa colônia.

Os liberais radicais se uniram ao Partido Brasileiro e, diante da ordem da Corte portuguesa para o regresso de D. Pedro I a Portugal, houve o apoio e pressão junto ao regente, que, em 9 de janeiro de 1822, pronunciou a frase que ficaria célebre:

“Se é para o bem de todos e a felicidade geral da Nação. Estou pronto!
Diga ao povo que fico.”

A partir do “Dia do Fico”, D. Pedro tomou várias medidas de enfrentamento a Portugal que culminaram com a independência do Brasil em 7 de setembro de 1822.

Em 1824, Pedro I outorgava ao Brasil a sua primeira constituição, reforçando o poder do centro sobre as províncias, que eram em número de dezoito; Cisplatina (hoje Uruguai), Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Bahia, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão e Pará, às quais se acrescenta em seguida Sergipe. Em 28 de agosto de 1828, com o Tratado do Rio de Janeiro, o Uruguai obteve o reconhecimento de sua independência.

A primeira Constituição do Brasil tem algumas características que revelam a sua importância para o cenário atual:

- 1) o início da sua vigência em 1824 e o término em 1889, com duração de 65 anos e uma única emenda;
- 2) serviu para os momentos de estabilidade política, conseguida, no Império, a partir da Revolução Praieira (1848-1849) e também para a época das insurreições (1824-1848);
- 3) o seu texto, emendado apenas uma vez, acompanha toda a Monarquia: intervenções no Prata, guerra do Paraguai, fim da tarifa preferencial da Inglaterra, início do protecionismo econômico, com a tarifa Alves Branco de 1844, supressão do tráfico de escravos, a fase inicial da industrialização, a Abolição;
- 4) O seu art. 178, certamente, é a chave do seu êxito:

“É só constitucional o que diz respeito aos limites e atribuições respectivas dos poderes políticos, e aos direitos políticos e individuais dos cidadãos; tudo que não é constitucional pode ser alterado, sem as finalidades referidas, pelas legislaturas ordinárias.”

FIGUEIREDO (1983), ao analisar a Carta Imperial de 1824, reconhece que “a norma era tão plástica que a própria República poderia ter sido implantada no Brasil com uma simples emenda constitucional”. Isto por duas razões: não havia restrição ao poder constituinte derivado (as Cartas republicanas impediam que se alterasse a forma republicana e o sistema federativo, pela apresentação de emendas), e qualquer matéria constitucional reformada por lei ordinária não seria alvo de veto do Monarca, desde que aprovada por duas legislaturas seguintes. É importante ressaltar que, tendo sido outorgada, em razão da dissolução da Constituinte de 1823 – marco do início da separação entre opinião pública e

Coroa –, a Constituição do Brasil só se estabelece em maio de 1826 com a instalação do Legislativo.

O Brasil Império manifestava excessivo rigor da prevalência do Estado Unitário com as Províncias, mas realçava os municípios. No regime colonial, as Câmaras Municipais não eram instituições políticas, mas simples órgãos administrativos e judiciários, funções herdadas da tradição portuguesa, assentada no Direito Romano. Daí as funções dos Vereadores estarem inseridas nas Ordenações do Reino, entre as dos demais magistrados. O famoso Código Filipino, anotado por Cândido Mendes de Almeida, segundo o Regimento de 30 de julho de 1531, dá-nos uma idéia precisa do que eram as Câmaras Municipais: Vereador⁶ era o membro da Câmara, Cúria ou Assembléia do município, que o representava e lhe administrava as rendas. Essa corporação também se chamava Comuna, Conselho e Mesa da Vereação. A expressão Câmara significa a reunião de Vereadores e também o próprio edifício onde se congregam. A corporação dos Vereadores também é denominada Municipalidade, sendo que, entre os romanos, era denominada Cúria. Tanto a Cúria romana como a Câmara portuguesa tinham funções judiciárias e administrativas, se bem que as segundas exercessem as judiciárias quando presididas pelo Presidente, que, na máxima parte, era o Juiz de Fora⁷. No Brasil, o pessoal da Municipalidade era assim disposto: nas vilas que tinham o seu Juiz de Fora, compunha-se a corporação com o Presidente (o mesmo juiz), três Vereadores, um Procurador, dois Almotacés e um Escrivão.

Quando não havia Juiz de Fora, serviam os Juizes Ordinários, em número de dois, eleitos com a Câmara. Algumas, além do Procurador, tinham um Síndico ou Advogado e um Tesoureiro.

A Constituição do Império representou um enorme avanço sobre a concepção colonial das Câmaras, ao explicitar no seu art. 167: “Em todas as cidades e vila ora existentes, e nas mais que para o futuro se criarem, haverá Câmaras, às quais compete o governo econômico e municipal das cidades e vilas”.

⁶ A palavra “Vereador”, vem do verbo “verear”, contração de verificar, isto é, vigiar sobre a boa política da terra, reger e cuidar do bem público.

⁷ No caso da minha cidade, o Juiz de Fora da Cidade do Rio de Janeiro, Dr. Luis Fortes Bustamante de Sá, adquiriu em 4 de outubro de 1713, pela importância de seiscentos mil réis, a sesmaria pertencente ao Sr. João de Oliveira, que seria a “sesmaria do Juiz de fora” e o locativo “Juiz de Fora”.

É de relevância a conformação dada às Câmaras Municipais pela Constituição de 1824 e respectivas leis complementares. A Lei Complementar de 1º de outubro de 1828, que criava “em cada cidade e vila do Império as Câmaras Municipais,” é um verdadeiro Código de Organização Municipal. Desenvolvida em 90 artigos distribuídos em quatro títulos (Forma e Eleição das Câmaras, Posturas Policiais, Aplicação da Renda e Empregados Municipais), regulamentou a administração municipal até 1891, salvo pequenas modificações introduzidas pelo Ato Adicional, de 1834, e a Lei de Interpretação do Ato, de 1841.

A maior ousadia, contudo, está no seu art. 24, que põe um ponto final na funcionalidade das Câmaras coloniais, revogando os livros 66 e 67 das Ordenações e confirmando a estrutura que permanece até o terceiro milênio. Textualmente, o art. 24 da Lei Complementar de 1º de outubro de 1828 determina: “As Câmaras são corporações meramente administrativas e não exercerão jurisdição alguma contenciosa”. A prática republicana, na verdade, pouco inovou na matéria de organização municipal herdada do Brasil Império, até o texto definitivo da Constituição de 1988, que destaca e reconhece o município com ente federativo.

Aprofundo a discussão sobre as Câmaras Municipais no Brasil Império porque tal fundamentação histórica será importante para a compreensão do modelo bipolar que se tentou implementar no início dos anos 90 do século XX, e que, no início do terceiro milênio, terá importância fundamental no acompanhamento dos gastos em ações e serviços públicos previstos no modelo de financiamento do copartilhamento de entes federados decorrente da Emenda Constitucional nº 29.

As Câmaras Municipais do Brasil Império eram eleitas para mandatos quadrienais, com eleições realizadas no dia 7 de setembro, sendo que as cidades tinham Municipalidades compostas por nove membros (o Vereador mais votado era o Presidente), e as vilas tinham Câmaras com sete membros, além do Secretário. Eram quatro reuniões anuais, realizadas a cada trimestre, devendo durar no mínimo seis dias e, no máximo, os dias que fossem necessários. Convocações extraordinárias estavam previstas, desde que feitas pelo Presidente. A jurisdição das Câmaras Municipais do Brasil Império era ampla, variando em espectro, que ia desde autorizar obras urbanas, limpeza e iluminação públicas, saneamento público, caminhos públicos até a realização de

eventos públicos em praças, ruas e arraiais. Na área da saúde, as Câmaras detinham competência para manter estabelecimento de caridade, assistência médica e vacinação pública.

A chave política da Constituição Imperial era o Poder Moderador, que, ao lado do Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judicial, formava o quadrado da sustentação. O art. 98 da Constituição de 1824 caracteriza o “quarto poder”: “é delegado privativamente ao Imperador, como chefe supremo da Nação e seu primeiro representante para que incessantemente vele sobre a manutenção da independência, equilíbrio e harmonia dos mais poderes políticos”. Aí está o Poder Real, Poder Imperial, Poder Neutro ou Poder Conservador, resultante da teorização de Clermont-Tonnerre e Benjamin Constant⁸.

O Ato Adicional, Lei nº 16, de 12 de agosto de 1834, fez modificações importantes, com a criação dos órgãos legislativos das províncias, a qual, ao contrário da vontade dos federalistas, aumentou a centralização do poder político, ao reduzir a autonomia que os municípios exibiam na primeira década do Império. É o nascimento das Assembléias Provinciais, que, na República, serão as Assembléias Legislativas.

Em todo o período da Regência, constataram-se revoltas que desafiavam a autoridade dos governantes: Cabanada (Pará), Sabinada (Bahia) e Balaiada (Maranhão).

A elevação de Dom Pedro II ao trono (em 1840, aos 14 anos de idade) foi uma estratégia para inibir os movimentos de revolta. Infrutífero. Insurreições importantes continuaram a pipocar: a mais longa e sangrenta foi a Guerra dos Farrapos (1835-1844), que impôs pesadas perdas humanas e materiais ao Império. Os líderes desse movimento no Rio Grande do Sul proclamaram a criação da República de Piratini, um Estado independente e soberano, e admitiram abertamente sua união por meio de uma federação, com outras províncias brasileiras irmanadas no mesmo ideal e regime.⁹

A coesão nacional exigiu também que o Brasil Império enfrentasse militarmente países que revelaram projetos expansionistas, tais como a Argentina (1852) e o Paraguai (1864-1870).

⁸ Para melhor compreensão da Constituição de 1824, veja José Antônio Pimenta Bueno, Visconde de São Vicente, um dos grandes juristas do Império.

⁹ Gonzaga Duque. História das Revoluções Brasileiras. São Paulo: Unesp. 1998 – p.168.

A promulgação da Lei de 13 de maio de 1888, que o Barão de Cotegipe profetizara à Princesa D. Isabel que lhe custaria o cargo, é o último grande evento da Monarquia. Depois da euforia inicial, afro-descendentes abandonaram as fazendas e saturaram o mercado de trabalho das cidades. As medidas financeiras de Afonso Celso, Visconde de Ouro Preto, objetivando acalmar o ânimo dos fazendeiros e liberando crédito para manutenção do trabalho agrícola por homens livres, resultou em vultosas emissões, com inflação importante. A velha estrutura monárquica já não encontrava defensores, ainda que os republicanos fossem minoria na opinião pública.

Rui Barbosa defendia a federação e, com o seu talento e dedicação, alicerçou a institucionalização da República. O país rural, de repente, queria se transformar em nação industrial. Medidas financeiras com o objetivo de atrair a riqueza mobiliária são estimuladas, e as classes urbanas do comércio, indústria, bancos e navegação respondem com iniciativas variadas. Toda a gente queria enriquecer rapidamente. A inflação dispara num clima de especulação geral.

A Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1891, adotou a República como forma de governo e a Federação como forma de Estado, segundo o modelo atual de estruturação. A ordem constitucional concede aos Estados-membros elevado grau de autonomia, em contraponto à Constituição Imperial de 1824. Agora uma grande e marcante dificuldade se destaca: a autonomia dos entes subnacionais, estruturada na lógica competitiva sugerida pelo liberalismo, se confronta com as dificuldades regionais e a dependência financeira da União. É fato histórico reconhecido que o poderio de São Paulo e de Minas Gerais na República Velha inibiu a prática federativa, que permanecia apenas no âmbito nominal.

A Constituição literária de 1891 acolheu as idéias de descentralização e autonomia federal, dando um único e discreto artigo para os municípios:

“Art. 68 – Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos municípios, em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse.”

Carneiro (1965), ao estudar as revoluções brasileiras durante os primeiros 75 anos da era republicana, enfatiza o papel do Marechal Floriano Peixoto na repressão aos principais movimentos que colocaram em risco a jovem república: a revolta da Marinha e a revolução dos federalistas, em três estados sulistas, com

duração de três anos e perda de mais de 10 mil militares, a qual, diferentemente do que o nome pode sugerir, pretendia instalar república parlamentarista, com predominância para o poder central e municípios.

No início do século XX, a unidade do Brasil não exibia sinais de risco. A primeira República (1889-1930) enfrentou então conflitos decorrentes das condições sociais, tais como Canudos e a Revolta da Chibata. Desde então, surgem as sístoles e diástoles do nosso modelo federativo, relacionadas a movimentos de centralização e descentralização, apoiados por interesses regionais, que, hoje, no ano de 2007, ainda permanecem no cenário republicano. Tal período de sístoles e diástoles se instala em 1922, com a Revolta dos Tenentes, e tem como estuário a ascensão de Getúlio Vargas ao poder em 1930. Estabelecendo uma analogia (sístoles = descentraliza, diástoles = centraliza), podemos inferir que as quatro primeiras décadas da república brasileira foram de sístoles: governo federal fraco e estados independentes fortes, com poder de regular e tributar o comércio interno e externo.

No âmbito desta tese, ou seja, conhecer o financiamento da saúde no Brasil, é interessante destacar, a título histórico, que o primeiro decreto que trata do assunto na história republicana é uma verdadeira “pérola”, que pode sintetizar a vertente assistencialista individual observada por muitos anos de nossa história na abordagem da saúde pública.

Eis a íntegra do Decreto nº 5, de 19 de novembro de 1898:

“Assegura a continuação do subsídio com que o ex-imperador pensionava do seu bolso a necessitados e enfermos, viúvas e órfãos.”

Considerando que o Sr. D. Pedro II pensionava, do seu bolso, a necessitados e enfermos, viúvas e órfãos, para muitos dos quais esse subsídio se tornara o único meio de subsistência e educação;

Considerando que seria crueldade envolver na queda da monarquia o infortúnio de tantos desvalidos;

Considerando a inconveniência de amargurar com esses sofrimentos imerecidos, a fundação da República, decreta:

Art. 1º – Os necessitados, enfermos, viúvas e orphãos, pensionados pelo imperador deposto, continuarão a receber o mesmo subsídio, enquanto durar a respeito de cada um a indigência, a moléstia, a viuvez ou a menoridade em que hoje se encontrem;

Art. 2º – Para cumprimento desta disposição, se organizará, segundo a escrituração do ex-mordomo da casa imperial, uma lista discriminada, quanto à situação de cada indivíduo e a quota que lhe couber.”

Marechal Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisório.

Silveira Lobo - Ruy Barbosa – Quintino Bocayuva – Benjamin Constant – Eduardo Wandelkolk.

A Constituição de 1934, que inaugurou a Segunda República, inova ao se apresentar mais identificada com o federalismo cooperativo, revelando nova estratégia desenvolvida com a intermediação do governo federal, com o objetivo de se tornar mais intervencionista.

ARINOS (1975, p. 58) sintetiza que a “Constituição de 1934, fruto da III Constituinte de nossa história, é decorrente de duas revoluções e elaborada a partir da racionalização do poder”. No aspecto formal, os Constituintes da época se inspiraram na Constituição de Weimar, de 1919, e na Constituição Republicana espanhola, de 1931.

A Constituição de 1934 teve o grande mérito de discutir a federação, optando pelo distanciamento do federalismo dualista e sinalizando para o cenário de um cooperativismo federal. A República de então não tinha solidariedade constitucional para ajudar os estados mais pobres e aumentou os casos de intervenção federal para garantir que os estados observassem preceitos constitucionais, além de extinguir os impostos interestaduais e intermunicipais. Pela primeira vez na história republicana brasileira é incluída no texto constitucional a proteção social, destacando-se, portanto, a sintonia com o porvir. Na verdade, o art. 121 da Constituição de 1934 garante, em seu parágrafo 1º, inciso h, “a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta, descanso, antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes do trabalho ou de morte”.

No entanto, a Constituição que adveio do golpe de 1937 manteve o federalismo apenas no registro nominal e revelou a fragilidade da democracia em nosso país.

Na verdade, os municípios não dispunham de autonomia desde o governo monárquico, e a autonomia atribuída na Constituição de 1934 não chegou a ser exercitada, pois a Constituição de 1937, com as Câmaras dissolvidas e os municípios subordinados à interventoria dos estados, não permitiu a representatividade do nível local. A segunda Constituição outorgada em nossa história, elaborada com a marca de Francisco Campos, deputado estadual de Minas Gerais em 1917 e federal em 1921, além de Ministro da Educação e Saúde em 1930 e Ministro da Justiça de 1937 a 1942, é uma receita de poder sem

disfarces. Parametrizada na Constituição polonesa promulgada em 23 de abril de 1935, ficou conhecida como a Constituição polaca e exacerbou a proeminência do Poder Executivo. Ainda assim, Getúlio Vargas utilizou por onze vezes a edição de leis constitucionais, alterando o seu texto original.

Pode-se, portanto, concluir que o segundo ciclo histórico (1930-1945), a Era Vargas, concentrou os poderes no governo federal. Estabeleceu um mercado interno mais integrado e criou as condições para a industrialização. Em termos práticos: a regulamentação do comércio interno e externo passou para o governo federal e criaram-se tributos nacionais. A influência das oligarquias estaduais na política nacional foi reduzida, embora os governos subnacionais mantivessem autonomia para aplicar seus próprios tributos e criar outros. Na analogia que estou utilizando, tal período é uma “diástole”, isto é, (re)concentração no poder federal.

Pontes de Miranda (1938) faz a análise mais completa da Constituição de 1937, cabendo-me destacar alguns pontos: “o Presidente poderia indicar um candidato ao cargo ao final do seu mandato para assegurar a continuidade da política nacional; a orientação da política legislativa de interesse nacional é de responsabilidade do Presidente; cabe aos vereadores e a dez cidadãos em cada município a tarefa de eleger os representantes dos Estados-membros na Câmara dos Deputados”.

A Constituição de 1946, fruto da Constituinte instalada em fevereiro no Palácio Tiradentes, no Rio de Janeiro, sob a Presidência de Melo Viana, não teve qualquer anteprojeto como base para o trabalho. Foi designada uma grande Comissão, com 37 membros, sob a Presidência de Nereu Ramos e a relatoria de Prado Helly, que elaborou projeto, que recebeu milhares de emendas, permitindo-se o “destaque” das emendas rejeitadas.¹⁰

Em 18 de setembro de 1946, o texto foi promulgado em clima de grande entusiasmo, incorporando-se a restauração da linha presidencialista de 1891, inovações sociais da Carta de 1934 e sinalização clara da ênfase municipalista. Os municípios foram contemplados com toda a arrecadação do Imposto de Indústria e Profissões, partilha do imposto único sobre combustíveis, energia

¹⁰ “Destaque” é um procedimento regimental do processo legislativo que permite que algum dispositivo rejeitado pelo relator, ou pela Comissão temática que analisa parecer sobre a matéria, possa ser apreciado pelo Plenário da Casa Legislativa.

elétrica e mineração, além de uma quota em partes iguais no rateio de 10% do Imposto de Renda, excluindo-se as capitais.

ZIMMERMAN (1999, p. 321) concorda que “a Carta de 1946 recupera o prestígio da federação, com a garantia da autonomia estadual e a regulação da possibilidade de intervenção da União, incorporando princípios do ideário municipalista, com a garantia de sua autonomia política e financeira, com a volta das eleições para prefeitos e vereadores, e competência de instituir tributos”.

PERES (2002, p. 40) destaca que “o aspecto de federalismo cooperativo, com a noção clara de subsidiariedade da Carta de 1946 e instrumentos de federalismo fiscal deu resultados práticos: o número de municípios brasileiros, que era de 1.574 em 1940, saltou para 2.766 em 1960”.

Nossa opinião coincide com a de constitucionalistas que atribuem à Constituição de 1946 a certidão de nascimento do municipalismo brasileiro, que será explicitado no federalismo trino da Carta de 1988, e a prova maior dessa assertiva é que o seu período de vigência registra uma taxa espetacular de natalidade das nossas municipalidades.

O tema central da Constituição de 1946 é o homem: o Estado deve atuar para melhorar material, física, moral e intelectualmente o homem.

Outra constatação importante é que a Constituição de 1946 consolida o sistema de “vasos comunicantes das finanças públicas”, ao estabelecer que parte das receitas das zonas urbanas industrializadas e prósperas deve ser canalizada para os municípios do interior. Inovou também ao assegurar a transferência compulsória dos tributos de todo o País para as regiões mais atrasadas (3% da renda atribuída da União e dos estados ao Polígono das Secas, 3% dos tributos da União, durante 20 anos, às ações de valorização econômica do Amazonas e 1% da renda federal para o aproveitamento total das possibilidades econômicas do Rio São Francisco e seus afluentes).

A Constituição de 1946, em seu Título V, Da Ordem Econômica e Social, assevera em seu art. 145:

“A ordem econômica deve ser organizada conforme os princípios da justiça social, conciliando a liberdade de iniciativa com a valorização do trabalho humano.”

O art. 157 dispõe que “A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da

condição dos trabalhadores”. Seguem-se 27 incisos, com destaque, na área da assistência, aos incisos X (direito da gestante a descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego e do salário), XIV (assistência sanitária, inclusive, hospitalar e médica preventiva, ao trabalhador e à gestante), XVI (previdência, mediante contribuição da União, do empregado e do empregador, a favor da maternidade e contra as conseqüências da doença, da velhice, da invalidez e da morte).

Passamos agora a analisar o tema do federalismo fiscal, que vem a ser a alocação de recursos coerente com as responsabilidades (competências) de cada nível de governo, considerando a correlação entre a prestação de serviços e os benefícios gerados, que podem ser restritos a uma localidade ou estado e também ter efeitos sobre outras regiões. Uma alocação ótima de recursos está relacionada à existência ou não de economias de escala. A correlação entre alocação de recursos e territorialidade é, portanto, bastante complexa, exigindo conhecimentos para a sua quantificação.

É evidente que a possibilidade de destinar recursos está relacionada ao total de recursos efetivamente disponível para a alocação. Tal premissa correlaciona, então, o poder de tributar e a efetiva arrecadação com a alocação de recursos. Constatando o cenário federativo brasileiro tão assimétrico, com três entes que arrecadam e que desembolsam valores tão heterogêneos, e considerando que a alocação de recursos de cada esfera de governo permite ou restringe os governos no exercício de suas responsabilidades, concluímos que é vital o “poder do gasto” para viabilizar o cumprimento de competências governamentais em uma federação.

Tal raciocínio nos leva a inferir a necessidade de um sistema de transferências intergovernamentais, com a função precípua de corrigir os desequilíbrios verticais e horizontais no contexto federativo.

A partir do art. 15 da Constituição de 1946, especialmente seus § 2º e 4º, o Brasil se insere no federalismo fiscal e, desde então, o sistema de partilha vem se aperfeiçoando. Apresentamos então, como ponto de partida, a Tabela 1.

TABELA 1
Arrecadação tributária por ente federado
Brasil: 1945

Carga Tributária Bruta		14%
Arrecadação:	União	63%
	Estados	30%
	Municípios	7%
Total		100%

Fonte: Baleeiro, 2001, p18. Elaboração própria

O Plano de Metas do Presidente Juscelino Kubitschek, executado sob os dispositivos constitucionais da Emenda nº 18 da Constituição de 1946 e pequenas alterações legislativas que tramitaram no Congresso desde os anos 50, determinou déficit público com a expansão dos meios de pagamento. Veja a repercussão nos entes federados na Tabela 2.

TABELA 2
Evolução nominal das receitas tributárias
1952-1964

	Números Índices (1951 = 100)		Porcentagens		
	União	Estados	União	Estados	Municípios
1952	113	112	49,12%	40,16%	10,72%
1954	169	180	48,50%	40,87%	10,64%
1956	279	297	47,44%	41,68%	10,88%
1958	466	463	48,06%	40,97%	11,02%
1960	899	999	47,61%	43,29%	9,12%
1962	2028	2265	46,58%	44,84%	8,58%
1964	7843	8914	47,29%	44,56%	8,15%

Fonte: Ministério da Fazenda – Secretaria Geral, Secretaria de Economia e Finanças. Finanças do Brasil, v. XXI, 1971.

No início da década de 60, o padrão do financiamento, com crescente déficit público, transformou-se em impedimento para a organização da economia. A intervenção mais significativa é a Lei nº 4.299, de 23 de dezembro de 1963, que estabeleceu que o imposto seria devido ao estado onde se efetuasse a operação, beneficiando-se os estados consumidores.

A Constituição de 1967 agride o modelo federativo vigente em vários dispositivos. No Poder Legislativo, nega a representação do Distrito Federal no Senado, abandona o caráter de Câmara dos Estados Federados, ao substituir a expressão candidatos eleitos “pelos Estados” para representantes eleitos em “cada estado e Territórios” (art. 41), estabelece novos índices para a

representação do Estado-membro (§ 2º do art. 41), eleição do Presidente pelo sufrágio indireto em colégio eleitoral constituído pelos membros do Congresso Nacional, três representantes indicados pelas Assembléias Legislativas de cada estado e mais um delegado para cada 500.000 eleitores inscritos no estado (§§ 1º e 2º do art. 76), centralização político-administrativa e hegemonia financeira. A base tributária e partilha se assemelha ao texto da Emenda Constitucional nº 18, da Constituição de 1946, com pequenas alterações, como, por exemplo, a possibilidade de os estados reterem a parcela do Imposto de Renda descontado de seus funcionários.

PRADO (2003, p. 40) reconhece que o “primeiro sistema de partilha de recursos, em sentido estritamente redistributivo, foi instituído no setor público brasileiro pela reforma tributária de 1967”, embora a Carta de 1946 tenha introduzido o primeiro programa de ajuda federal sistematizada, ao destinar 10% da arrecadação do Imposto sobre a Renda à distribuição em partes iguais aos municípios, excetuando-se as capitais. Outro dispositivo criado no mesmo ano determina que os estados deveriam devolver aos municípios 30% do excesso de arrecadação local do IVC, em relação às receitas municipais. Em 1961, o percentual de distribuição do IR foi ampliado para 15% e definiu-se que 15% do Imposto de Consumo também seriam transferidos aos municípios.

LOPREATO (2002, p. 49), ao estudar o padrão de financiamento dos governos estaduais pós-1967, conclui que “as linhas gerais do financiamento estadual se delinearam com base no controle federal sobre os fluxos de financiamento criado com as alterações do quadro institucional vigente a partir das reformas de 1965 e sua centralização tributária”. As reformas promovidas na área financeira em 1965, com a criação do Banco Central, do Conselho Monetário Nacional e manutenção do Banco do Brasil como autoridade monetária, resultaram num formato institucional peculiar.

O Executivo passou a dispor de dois instrumentos para realizar gastos à revelia do Congresso: a conta movimento, que permitia ao Banco do Brasil ampliar seus empréstimos sem observar os limites impostos pelas normas bancárias em razão da sua vinculação com o Banco Central, e o poder dado ao CMN para decidir sobre matérias de ampliação dos gastos públicos sem anuência do Legislativo. Essa prática esvaziou o orçamento fiscal.

A crise política de 1968, culminando com a promulgação do AI-5, determina enorme “diástole”, com centralização política que ofusca os fundos de participação dos estados e municípios, os quais, em seguida, são reduzidos à metade. Ainda assim, a liberação dos recursos fica condicionada à aprovação, pelo Poder Executivo Federal, de programas de aplicação elaborados pelas unidades.

Na relação federativa do período, cabe destacar que os poderes tributários do governo federal foram reforçados com a elevação da carga tributária nacional, com o objetivo de financiar a modernização da infra-estrutura e acelerar o ritmo do desenvolvimento. Os entes subnacionais não perderam a sua competência para tributar e exercitaram o poder de aplicar um imposto sobre valores agregados de ampla base, substituindo o imposto sobre transação.

FAVERET (2002) observa que “a partir da década de setenta, ocorre uma concentração de recursos nas mãos do governo federal que atinge o seu ápice em 1980, quando a União chegou a deter 66% da receita tributária disponível¹¹”.

ABRUCIO (1998, p. 107) enfatiza que “a ausência de uma coalização política nacional que pudesse reconstruir um novo pacto de sustentação do Estado alimentou ainda mais o poder dos governadores, que se aproveitaram da atomização e desagregação dos atores políticos para exercer influência nos rumos da política nacional”. É, no dizer do autor, o “federalismo estadualista”.

SERRA & AFONSO (1999, p. 6) identificam nesse período o exercício do federalismo fiscal, quando há elevação da parcela de 18% para 44% da fração do Imposto sobre Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados. Há também elevação de 25% nas transferências do ICMS aos municípios e significativa ampliação da base incidente do ICMS, com a inclusão dos serviços de comunicações e transportes, e delegação da respectiva administração aos estados. Tais medidas atenuaram a elevada concentração da arrecadação e do produto interno bruto nas regiões mais desenvolvidas.

MUNIZ (1998), citado por FAVERET (2002), elabora então uma tabela que contempla a receita disponível por ente federado no período 1960-1985, onde se pode perceber que os estados e municípios oscilam seus percentuais de

¹¹ O conceito de receita tributária disponível engloba a arrecadação tributária direta dos três níveis de governo (União, estados e municípios), acrescida ou reduzida das transferências impostas pela Constituição e legislação.

participação, com ênfase para o crescimento da receita municipal, que salta de 6,5% em 1960 para 13,2% em 1985.

TABELA 3
Distribuição da receita disponível em face da carga tributária bruta
1960-1985

Ano	União	Estados	Municípios	Carga Tributária Bruta em Relação ao PIB
1960	59,40%	34,00%	6,50%	17,00%
1965	54,80%	35,00%	10,20%	19,00%
1970	58,70%	30,60%	10,70%	26,00%
1975	64,80%	25,70%	9,50%	25,00%
1980	66,20%	24,30%	9,50%	24,50%
1985	57,00%	29,80%	13,20%	24,00%

Fonte: MUNIZ (1998) *apud* FAVERET (2002)

O período 1964-1985 é reconhecido por ABRUCIO (1998, p. 63) como federalismo centrado no “modelo unionista – autoritário”, com a ampliação do “federalismo cooperativo”, que se caracteriza por um esquema de “cooperação piramidal”, no qual a União subordina os estados e os municípios ao seu comando, utilizando quatro mecanismos:

- expansão dos órgãos da administração direta nas esferas subnacionais;
- proliferação de agências da administração indireta, através do Decreto-Lei nº 200, como instrumento de intervenção econômica;
- consultorias técnicas do governo federal aos governos subnacionais para organização das administrações estaduais e municipais a partir do modelo da União;
- convênios para assistência técnica e repasse de recursos.

A reforma tributária de 1966, que introduziu no Brasil os conceitos de valor agregado, não cumulatividade e interdutibilidade, é um exemplo emblemático dessa fase. Em termos práticos, o Brasil dá um salto de qualidade e fica adiante de muitos outros países, ao decidir que os impostos são incidentes sobre o valor agregado gerado em cada etapa do processo de produção e circulação de bens e serviços. Impede-se a incidência “em cascata”, na medida em que ocorre o desconto, em uma etapa, do imposto pago na etapa anterior, através do sistema de “compensação”.

PRADO (2003, p. 41) reconhece que “a reforma tributária promoveu dois movimentos simultâneos que alteraram profundamente a dinâmica de apropriação da receita fiscal no plano federativo: centralizou de forma inédita a arrecadação no governo federal e, em contrapartida, criou um sistema de transferências redistributivas mais amplo, que atuava como mecanismo compensatório em relação à centralização das competências tributárias e em relação ao elevado grau de concentração da atividade econômica que a década anterior explicitara”.

Em 1967, segundo estudo da Fundação do Desenvolvimento Administrativo do Governo de São Paulo (FUNDAP, 1998, p. 31), “em que pese à centralização fiscal promovida pelo governo federal, a criação do Fundo de Participação do Estado e do Fundo de Participação dos Municípios configura os principais mecanismos de equalização da federação brasileira, criando-se o primeiro sistema de partilha de recursos com sentido redistributivo”.

Os dispositivos na legislação regulamentadora de 1966-1967 descaracterizaram os Fundos de Participação como mecanismos de equalização orçamentária *stricto sensu*, ou seja, como mecanismos que aportavam recursos livres aos orçamentos dos governos subnacionais. A partir de 1968 e até o final dos anos 70, surgiram novas condicionalidades e vinculações atreladas ao dispêndio dos recursos. Nos anos 70, praticamente todos os recursos transferidos aos estados eram vinculados a programas ou funções específicas. A legislação imposta pelo regime militar aproximou, nesse sentido, as transferências que deveriam ser redistributivas e as transferências herdadas do período anterior, associadas aos impostos únicos vinculados.

Essa perda da autonomia dos governos estaduais (1968-1980) levou a uma reação contrária, igualmente explosiva, que se inicia na década de 80 e se consolida na Constituição de 1988.

A Constituição de 1988, elaborada na esteira da redemocratização do Brasil, traz elementos inteiramente novos de reconfiguração do federalismo, fazendo do município a jacobina da nossa federação, inovando com o federalismo trino ao invés do clássico federalismo dual visto em outras federações, tais como Estados Unidos, Canadá, Austrália, México, Alemanha, Venezuela, Espanha. A presença do município como ente federativo é expressamente notada nos comandos constitucionais representados nos arts. 1º e 18 da Carta de 1988, que, pela sua relevância, transcrevo a seguir:

“Art. 1º – A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I – a soberania;

II – a cidadania;

III – a dignidade da pessoa humana;

IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V – o pluralismo político.

Parágrafo único – Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 18 – A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.”

Interessante registrar a posição de constitucionalistas e doutrinadores na interpretação dos dispositivos constitucionais anotados nos arts. 1º e 18 da Constituição da República.

Uma corrente de pensadores da cepa de HORTA (1995, p. 601) alerta que a solução original encontrada pelo constituinte brasileiro dos anos 80 resulta em desconforto em face da teoria geral do federalismo. Outros (BARACHO, 1982, p. 408) sustentam a categórica negativa do município como ente federativo e aduzem sustentação teórica: “não há participação do ente local na formação da vontade e das decisões do Senado e na prestação jurisdicional; não se lhe reconhece o poder de apresentação de emendas à Constituição; ausência de controle concentrado de constitucionalidade de leis municipais em face da Constituição da República; a vinculação direta dos municípios à entidade regional ou intermediária, pela possibilidade de intervenção do estado nos municípios, o que afasta a vinculação dos entes locais à unidade federativa aglutinadora ou central, que é a União”.

SILVA (1990 p. 408) afirma que se trata de “tese equivocada”, uma vez que o fato de uma entidade territorial possuir autonomia político-constitucional não a torna, necessariamente, integrante do conceito de entidade federativa. Adita ainda: “não é uma união de municípios que forma uma federação”. Se houvesse uma federação de municípios, estes assumiriam a natureza de Estados-membros mas poderiam ser Estados-membros (de segunda classe?) dentro dos Estados-federados.

BASTOS (1988, p. 232) sustenta que “desde que a Constituição Brasileira alçou o município a entidade condômina do exercício das atribuições que, tomadas na sua unidade, constituem a soberania, não poderia, para ser

conseqüente consigo mesma, deixar de reconhecer que a própria federação estava a sofrer um processo de diferenciação acentuada, relativamente ao modelo federal dominante no mundo, que congrega apenas a ordem jurídica central e as ordens jurídicas regionais: a União e os Estados-membros”.

HORTA (1995, p. 53) reconhece que “o esforço de reconstrução e retificação do federalismo entre os constituintes resultou na singular inclusão do município entre os entes que compõem a união indissolúvel da República Federativa (...) a inovação da Constituição adveio da atração sugestionadora do movimento municipalista, que rompeu o quadro da lógica constitucional e erigiu o município autônomo em componente da República Federativa”.

FERRARI (1993, p. 62), embora reconhecendo que “o federalismo se assenta sobre duas idéias fundamentais – a autonomia das entidades federativas e a sua participação na formação da vontade dos órgãos federais e nas suas decisões – vê no modelo brasileiro arranjo peculiar”. Afirma a autora: “... na Federação brasileira, conforme determina a Constituição Federal, os Municípios são unidades territoriais, com autonomia política, administrativa e financeira, autonomia essa limitada pelos princípios contidos na própria Lei Magna do Estado Federal e naqueles das Constituições Estaduais”.

SANTANA (1993, p. 40), ao admitir a relevância da argumentação daqueles que refutam o município como ente federativo, adverte: “... o fato é que não podemos nos esquecer de que os modelos federativos não podem ser transplantados de um Estado para o outro. Enfatizamos novamente que cada Estado possui suas próprias características e, assim, tipificam sua estrutura interna. No caso brasileiro, é de se dar grande importância a esse aspecto, porque, como sabido, todas essas particularidades que o Município apresenta são, na verdade, notas definidoras dos contornos da nossa fisionomia federativa; são especificidades do ser-federativo-pátrio”.

PIRES (2005, p. 68) dá contornos decisivos a essa polêmica. Com brilho acadêmico e vivência legislativa, a autora conclui: “Em efeito, a Carta é categórica, embora equivocada, ao explicitar o Município na configuração da federação. É pródiga em referências ao ente local: uma leitura de seu texto evidencia a preocupação do constituinte em enaltecê-lo, quer nominalmente no plano da estrutura do federalismo, quer na partilha de competências, embora seja possível verificar-se, ainda, a persistência de competências centralizadas em

relação a uma gama considerável de matérias, ou ainda, no reconhecimento de seu papel como importante agente de políticas públicas, e, especialmente, na dedicação de comandos básicos e pré-ordenadores da lei orgânica municipal que desvencilham o ente local da ordem estadual no tocante a sua organização”.

Avançando nessa linha da percepção, segundo a qual a Constituição da República de 1988 introduziu inovações de natureza político-institucional que representaram grande impacto na descentralização das políticas públicas, permitindo que novos atores fossem incluídos na arena para conflitar com o poder central, é oportuno citar CKAGNAZAROFF (1989), que identificou “três estratégias” que irão ao encontro do sentimento de descentralização:

- 1) As Câmaras dos Vereadores passaram a elaborar as Leis Orgânicas Municipais, tornando-as mais adequadas às realidades locais. Anteriormente, estas eram aprovadas pelas Assembléias Legislativas estaduais e estavam sujeitas ao veto dos governadores. A minha experiência parlamentar permite afirmar que tal dispositivo (art. 29) foi extremamente importante para a efetiva descentralização das políticas públicas, e, particularmente, para a área da saúde, pois é “inclusiva”, na medida em que permite que a discussão local de temas nacionais, além de evitar a desgastante e difícil mobilização para a derrubada de veto do Executivo, que exige quorum qualificado em votação secreta.
- 2) As Câmaras dos Vereadores passaram a elaborar, através de lei específica, o orçamento municipal, determinando em que ações e programas serão realizadas as despesas correspondentes ao incremento de receita gerado pela reforma tributária. Até então, a elaboração do orçamento era privativa do Executivo municipal, cabendo ao Legislativo apenas aprová-lo ou rejeitá-lo em sua totalidade.
- 3) Confirmação jurídica da iniciativa de legislação popular, através de mecanismos como o plebiscito, o referendo e a proposição de projetos de lei com apoio de 5% dos eleitores do município.

GOULART (1996) reconhece que “o municipalismo se afirmou no Brasil, seja pelas atividades da Frente Municipalista, seja pelas ações da Associação dos Prefeitos de Capitais. Em 1988, foi constituído o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), como expressão do municipalismo brasileiro, que, em seus primeiros anos, atuou ao lado da Frente Municipalista”.

BAETA (1989) defende que a prática municipalista pode ser ferramenta para valorização da periferia em relação ao centro: “No âmbito dos Municípios, o caráter público do governo é mais direto, na medida em que é maior a visibilidade dos administradores e das suas decisões. Por isso mesmo, acredita-se que o fortalecimento da administração pública municipal, através da publicidade dos debates, da visibilidade e controlabilidade do poder pelos cidadãos pode concorrer para que a descentralização seja instrumento de revalorização da relevância política da periferia com respeito ao centro”.

LOBO (1988), ao valorizar a discussão teórico-conceitual sobre a descentralização, ressalta que “esta tem se concentrado em seus aspectos políticos, como relações intergovernamentais (federalismo) e seus aspectos administrativos (competências: funções e recursos), e reconhece o seu aspecto cíclico e histórico”. A autora sintetiza: “(...) o binômio centralização /descentralização, neste país e em outros mais, é uma questão histórica. Alguns já o eternizaram como sendo um movimento de sístole/diástole que atravessa o processo de desenvolvimento histórico como se fosse o carma da sociedade brasileira”.

Ao finalizar esta discussão sobre federalismo, cabe uma última reflexão sobre a posição de destaque do município na Constituição da República de 1988.

O constituinte brasileiro de 1988, ao resgatar a importância do poder local, entendeu o sentido coletivo de valorização da descentralização que se manifesta hodiernamente em inúmeros eventos mundiais, os quais sinalizam a importância das cidades na ordem mundial, conforme destacam HUNTINGTON (1997) e BORJA (1996). É visível que as instituições internacionais cada vez mais impõem limitações aos Estados nacionais e favorecem a devolução de poder às entidades políticas de âmbito regional ou local. Sinais importantes de tal viés podem ser encontrados na Conferência das Cidades Europeias (Roterdã, 1986), arauto do movimento das eurocidades, que se consolida na Conferência de Barcelona (1989); na criação do Comitê de Regiões na União Européia (MASSTRICHT,

1993), reconhecendo os governos locais como integrantes de sua rede institucional; na Conferência sobre a População, organizada pela ONU e realizada no Cairo (1994); na Conferência de Prefeitos, em reunião da Cúpula Social (Copenhague, 1995) e na Conferência sobre o Habitat (Istambul, 1996). São eventos que realçam o papel de autoridades subnacionais e a necessidade de tratamento das questões sociais – emprego, pobreza, saúde, habitação – em nível local.

Em derradeiro, a idéia de se admitir ao pólo municipalista um papel preponderante na harmonia da federação, contrastando com o papel hegemônico da União, só faz aumentar a responsabilidade dos envolvidos. É essencial reconhecer que os governos subnacionais têm um papel estratégico no ideário federalista, no sentido de organizar o planejamento regional, a fim de se minimizarem as dificuldades de compatibilizar políticas de descentralização que contemplam as 5559 municipalidades.

Para WILL KYMLIKCKA (2004, p. 406), “em alguns países a reorientação no sentido da autonomia territorial foi conquistada por meio da adoção de um sistema federal, com o objetivo de conter os nacionalismos de minorias, tal como a Suíça (para franceses e italianos), o Canadá (quebequenses), a Bélgica (flamengos) e a Espanha (catalões, galegos e bascos)”. Não é ousar imaginar que no Brasil devemos perseverar para alcançar a harmonia federativa, respeitando-se os espaços da União, estados e municípios para que o cidadão, ele sim destinatário de todas as políticas públicas, possa se beneficiar do regime federativo. Nesse sentido, para aproximar o cidadão de tais decisões, a descentralização é vital. Mas este é o tema do nosso próximo tópico.

1.2 Descentralização e ações em saúde

Utilizando a analogia decorrente do título escolhido para identificar a presente tese, afirmamos que as “forças sistólicas”, isto é, propulsoras do ideário de descentralização presentes na Constituição da República de 1988, já habitavam a sociedade brasileira antes mesmo da convocação da Assembléia Nacional Constituinte.

A descentralização é vista, pelo menos, em duas instâncias fundamentais: descentralização política (incluindo-se desde a democracia representativa até a orientação para as políticas públicas, especialmente o objeto de estudo da presente tese, isto é, o financiamento público das ações e serviços públicos de saúde) e a descentralização fiscal.

BAETA (1989) sintetiza extraordinariamente esse sentimento impellido pelas forças centrífugas da descentralização: “Desde a Colônia, passando pelo Reinado e o Império até chegar à República, convivemos com este destino: nascemos centralizados, aprofundamos e aperfeiçoamos a centralização e tentamos encontrar alguma saída, qual seja, a descentralização”.

Desta forma, conforme LEVCOVITZ (1997, p. 149), “convivemos, então, com uma contradição permanente entre a centralização como berço histórico-cultural da sociedade brasileira e a quase consensual saída pela descentralização”.

No Brasil, especialmente como fruto da Constituição da República de 1988, essa decisão decorre da vontade popular manifestada explicitamente na vigência da Assembléia Nacional Constituinte, especialmente por movimentos organizados e atuantes, entre os quais se incluem militantes da saúde coletiva, com a orientação decorrente da “Oitava”, e a Frente Municipalista Brasileira.

Na verdade, na metade da década de 70, os governantes militares projetaram uma transição lenta, gradual, para a democracia. Decidiu-se então por um aumento de poder político às regiões mais pobres e aos grupos locais para contrabalançar o domínio do MDB – Movimento Democrático Brasileiro, partido de oposição – nas áreas industrializadas e aglomerações urbanas mais significativas. No bojo dessa estratégia de atrair a simpatia – e votos – dos eleitores das regiões mais atrasadas, implementou-se um programa que contemplava tais regiões com investimentos em infra-estrutura. Completando tal movimento, claramente para inibir o outro (MDB), instalaram-se mecanismos de transferência de recursos federais para estados menos desenvolvidos. Dessa forma, acreditavam os militares e seguidores, a economia daria suporte para manter o controle federal sobre a abertura política.

REZENDE & AFONSO (2004, p. 311) identificam que “dez por cento da quantia transferida aos estados e municípios em 1976 e 1977 e vinte por cento em 1978 foram direcionados para uma conta especial que seria distribuída

exclusivamente para os estados do Norte e Nordeste. Esses mesmos estados também foram desobrigados de destinar parte desses fundos a investimentos”. No período 1975-1979, cerca de US\$2,2 bilhões foram injetados em programas sociais e investimentos em infra-estrutura nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Os fundos constitucionais¹² (FPE, FPM) também tiveram o beneplácito das “forças sistólicas”. Criados na Constituição de 1967, os Fundos de Participação preservam até hoje a configuração original: redistribuem aos governos estaduais e municipais uma parcela fixa da receita líquida dos impostos federais sobre a renda e produtos industrializados. Inicialmente, estipulada em 20%, foi reduzida para 10% em 1968 e ampliada progressivamente a partir de 1976. A Emenda Constitucional nº 5/75 inicia o período de aumento linear, em 2 pontos percentuais, 1% para FPM e 1% para FPE, sendo que, em 1976, era de 12% (6% para FPM, 6% para FPE) até alcançar o percentual original, de novo, de 20% em 1979-1980.

A pressão sistólica descentralizadora persistiu em toda a década de 80, quer seja como decorrente da Emenda Constitucional nº 17/80 (20%), da Emenda Constitucional nº 23/83, que se consagra por quebrar o equilíbrio de alimentação dos fundos constitucionais (13,5% para o FPM e 12,5% para o FPE em 1985 e 16% para o FPM e 14% para o FPE em 1986), da Emenda Constitucional nº 27/85, (17% FPM, 14% FPE) e da Constituição da República (20% FPM; 17% FPE).

AFFONSO (1988), ao estudar o impacto dessas transferências no FPE, à luz da Lei nº 5.172/66, conclui que “resultou em aumento de 20% nas transferências direcionadas exclusivamente para as regiões Norte e Nordeste”.

A Constituição da República de 1988 também impulsionou “forças sistólicas” para a descentralização política, quer seja na inserção do comando constitucional que aponta o município como ente federado (art. 18), quer seja na engenharia da democracia representativa.

O comando constitucional de piso/teto para o número de representantes na Câmara dos Deputados (8 representantes, no mínimo, e 70 representantes no máximo), determinou, na prática, uma super-representação do Norte (8% da

¹² Para aprofundar sobre fundos constitucionais. Fundo de Participação dos Estados, Fundo de Participação dos Municípios. Capítulos III e IV, in: Partilha de Recursos na Federação Brasileira. PRADO, S. (2003).

população; 14,5% das cadeiras) e uma sub-representação do Sudeste (43% da população; 32,2% das cadeiras). Tais dispositivos implicam, na prática, para aqueles que se dispõem a disputar uma cadeira, uma distância abismal entre o parlamentar do norte e o do sudeste: o número de votos para a eleição pode ser 16 vezes maior aqui do que lá.

Quando se avalia o Senado, a desproporcionalidade se acentua. Partindo do pressuposto de outras federações, a composição da bancada de cada ente subnacional é constante: três senadores para cada estado. As regiões norte, nordeste e centro-oeste, que albergam 43% da população brasileira, ocupam 74% das cadeiras, enquanto as regiões sul e sudeste, com 57% dos brasileiros, dispõem de 26% dos votos no Senado.

Não é demais insistir que entre as atribuições privativas do Senado, listam-se 14 incisos, tais como: aprovar leis e emendas constitucionais oriundas da Câmara dos Deputados para que possam entrar em vigor; autorizar operações externas de natureza financeira de interesse da União, estados, Distrito Federal e municípios; dispor sobre limites globais e condições para as operações de crédito externo e interno da União, estados, Distrito Federal e municípios.

SOUZA (1999) defende essa situação constrangedora para a federação brasileira "com o objetivo de dar atenção às disparidades regionais".

Vamos agora nos ocupar da descentralização fiscal, para que, em seguida, e embasados nesse fundamento, possamos colocar nosso olhar sobre a descentralização em saúde, objeto maior desta tese.

Por que é necessário conhecer a descentralização?

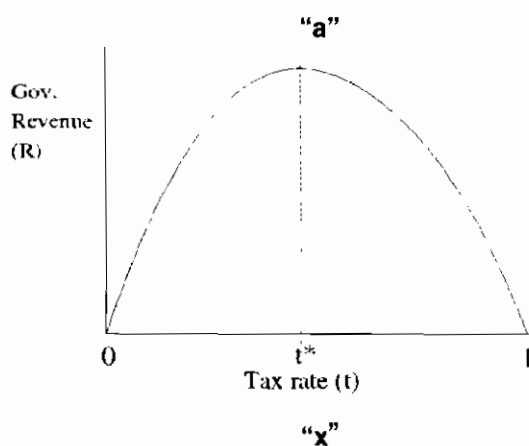
GIAMBIAGI & ALÉM (2000, p. 306), ao esclarecerem os fundamentos teóricos da descentralização, justificam um processo de descentralização fiscal em diferentes razões, desde econômicas, políticas, culturais, institucionais e geográficas. Afirmando os autores: "Em relação aos fatores econômicos, a busca de uma alocação de recursos mais eficiente constitui um dos principais objetivos do processo de descentralização (...) A função alocativa do setor público está diretamente associada à questão da descentralização. Entre os fatores culturais, políticos e institucionais, a descentralização pode favorecer uma maior integridade social, através do envolvimento dos cidadãos na determinação dos rumos da comunidade, o que reforça a transparência das ações governamentais, além de contribuir para reduzir os perigos potenciais que um poder centralizado pode

representar para a liberdade individual (...) no que diz respeito aos fatores geográficos, quanto maior for a área do território nacional, maiores tendem a ser os ganhos de eficiência com a descentralização”.

A descentralização é ainda motivada pelo processo de globalização da economia, já que a tecnologia de informação reduz a importância da localização para muitas atividades. De outro lado, as condições de infra-estrutura podem ser determinantes para a implantação de novas empresas. Ao mesmo tempo, demandas da população pela oferta de serviços públicos permanecem, e, quanto mais próximo do contribuinte, maior é a possibilidade de um serviço de melhor efetividade.

Evidentemente, para se poder distribuir recursos, é preciso arrecadá-los e, nesse sentido, os três entes federados têm competência para tributar e arrecadar, valendo para eles a clássica Curva de Laffer. Os princípios básicos dessa construção teórica são de que: a) com uma alíquota tributária nula, a receita é nula; b) com uma alíquota de 100% a receita também é nula, pois ninguém iria trabalhar para que o governo se apropriasse de toda a renda. Assim, há um nível de alíquota que maximiza a receita.

GRÁFICO 1 – Curva de Laffer



Evidente que no gráfico ao lado a receita é máxima em “a”, com alíquota “x”. Elevando-se a alíquota (à direita), a receita decresce.

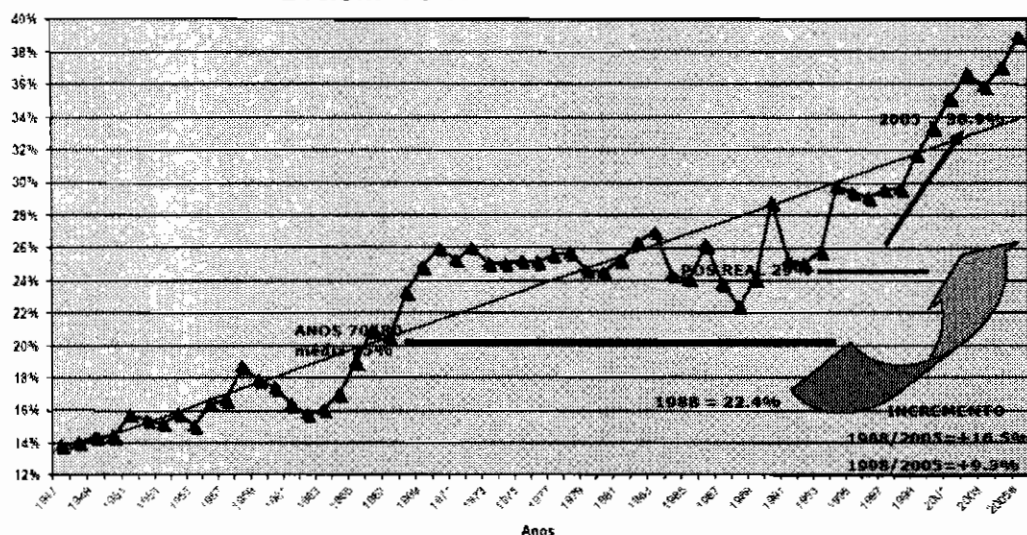
A tributação pode ser direta (incide sobre o indivíduo e se relaciona com a sua capacidade contributiva) e indireta (incide sobre atividade ou objetos, ou seja, sobre consumo, vendas ou posse de propriedades).

As bases de incidência dos impostos são a renda, o consumo e o patrimônio. As contribuições são figuras legais que concedem às partes tributadas o direito a uma contrapartida.

O exemplo mais claro que explica o surgimento das contribuições é a previdenciária, com o objetivo específico de financiar a seguridade social.

Uma maneira simples de mensurar o tamanho do governo na economia é pela receita tributária bruta, também denominada carga tributária bruta global, e compará-la, em termos percentuais, com o Produto Interno Bruto (PIB), no ano analisado.

GRÁFICO 2
Carga tributária global no pós-guerra
Brasil: 1947-2005



Analisando o Gráfico 2 pode-se observar algumas informações importantes:

- desde a sua medição no pós-guerra, nos meados dos anos 40, quando permaneceu em torno de 14%, a carga tributária bruta global vem aumentando;
- no ano de promulgação da Constituição Federal era de 22,40%; em 2005 alcançou 38,94%, significando um crescimento de 16,54 p.p., ou seja, um aumento real de 57% o período. Em outras palavras, dos 365 dias do ano de 2005, 94 dias foram para o pagamento de impostos, contribuições e taxas.

A Tabela 4 visa dar ao leitor uma idéia da origem da arrecadação em série, verificando a composição da receita tributária em duas décadas.

TABELA 4
Composição da receita tributária
1980-2000

Em % da Carga Tributária Total

	Carga Tributária Total	Comércio Exterior	Bens e Serviços		Propriedade	Renda/Lucros	Folha de Pagamentos	Outros	
			Total	Imposto s/ Valor Agregado					Imposto s/ Transações
1980	22,8%	3,1	43,7	31,0	12,7	1,2	13,2	28,2	10,7
1981	23,3%	2,5	43,9	30,6	13,3	1,4	14,4	29,7	8,0
1982	24,7%	2,0	42,1	29,5	12,6	1,3	14,0	32,9	7,7
1983	25,0%	1,8	41,0	28,6	12,4	0,9	17,0	29,7	9,6
1984	24,1%	1,7	39,9	27,7	12,2	0,9	19,7	27,2	10,6
1985	24,1%	1,7	41,7	30,2	11,5	0,7	21,3	26,4	8,2
1986	26,3%	1,8	44,9	32,4	12,5	1,2	19,1	27,2	5,8
1987	23,8%	1,7	45,6	33,3	12,4	1,0	18,1	26,9	6,7
1988	22,4%	1,9	44,0	33,6	10,4	0,9	20,9	25,7	6,5
1989	24,1%	1,8	45,3	35,7	9,6	0,5	21,4	27,1	3,9
1990	28,8%	1,3	48,9	33,5	15,4	1,0	19,7	25,4	3,7
1991	25,2%	1,6	49,7	35,3	14,4	2,1	16,5	24,1	5,9
1992	25,0%	1,6	47,4	34,9	12,4	1,4	19,6	25,2	4,8
1993	25,8%	1,7	47,5	32,9	14,6	1,0	18,0	26,9	4,8
1994	29,7%	1,7	51,6	32,1	19,5	1,3	16,1	24,6	4,6
1995	29,4%	2,6	46,7	31,9	14,8	2,7	19,3	24,4	4,3
1996	29,1%	1,9	45,4	31,6	13,8	2,9	16,3	27,0	6,5
1997	29,6%	2,0	45,3	29,5	15,9	3,2	15,5	26,2	7,8
1998	29,6%	2,4	43,8	28,3	15,5	3,3	17,5	26,9	6,0
1999	31,6%	2,6	46,8	27,5	19,2	3,0	17,0	25,1	5,5
2000	32,6%	2,4	48,4	28,1	20,3	3,0	16,0	23,7	6,5

Fonte: Varsano *et alii* (1998) e Araújo (2001)

Uma análise dos dados acima permite inferir que, nos 20 anos mencionados, a receita tributária oriunda de bens e serviços praticamente se mantém, com ênfase para o ano de 1994, no qual alcança o seu pico máximo (51,6% da receita tributária), justificado pela significativa parcela oriunda das transações (19,52%). É o reflexo do estágio inicial do Plano Real, que incrementou o consumo. Destaca-se também na série a inexpressiva contribuição do imposto sobre a propriedade, que só começa a reagir a partir de 1995.

Agora que já conhecemos a evolução da carga tributária total bruta e os elementos que compõem a receita tributária, com ênfase para o consumo (bens e serviços), em detrimento da renda e lucros e propriedade, é chegada a hora de

analisar a participação de cada nível de governo, com arrecadação própria, também em duas décadas, para permitir uma análise de épocas tão distintas do federalismo brasileiro, especialmente o período pós-Constituição da República de 1988. É o que demonstra a Tabela 5.

TABELA 5
Participação de cada nível de governo na arrecadação dos próprios impostos – 1960-2000

	Receita Tributária Total (% PIB)	Federal			Estadual	Local
		Total	Impostos 1/	Contribuições Sociais 2/		
1960	17,4%	64,0	64,0		31,3	4,7
1965	19,0%	63,6	63,3		30,8	5,6
1970	26,0%	66,7	66,7		30,6	2,7
1971	25,3%	68,7	67,9	0,8	28,6	2,7
1972	26,0%	69,7	67,6	2,1	27,7	2,6
1973	25,0%	71,1	68,0	3,1	26,6	2,5
1974	25,1%	72,3	68,5	3,8	25,4	2,3
1975	25,2%	73,7	69,4	4,3	23,5	2,8
1976	25,1%	75,4	70,7	4,7	21,6	3,0
1977	25,6%	76,0	71,1	4,9	21,1	2,9
1978	25,7%	75,1	70,1	5,0	22,2	2,8
1979	24,7%	74,8	70,1	4,7	21,8	3,4
1980	24,5%	74,7	70,5	4,2	21,6	3,7
1981	25,3%	75,4	71,2	4,2	21,3	3,3
1982	26,3%	75,9	71,1	4,8	21,4	2,7
1983	27,0%	76,5	70,7	5,8	20,6	2,8
1984	24,3%	73,6	68,0	5,7	23,7	2,7
1985	24,1%	72,7	66,8	5,9	24,9	2,4
1986	26,2%	70,5	63,8	6,7	27,0	2,5
1987	23,8%	72,3	66,1	6,2	25,2	2,5
1988	22,4%	71,7	66,8	4,9	25,6	2,7
1989	24,1%	67,5	59,3	8,1	29,9	2,7
1990	28,8%	67,0	55,8	11,2	29,6	3,4
1991	25,2%	63,4	52,1	11,4	31,2	5,4
1992	25,0%	66,1	54,9	11,3	29,1	4,8
1993	25,8%	68,6	55,4	13,2	26,6	4,7
1994	29,8%	67,9	48,8	19,0	27,1	5,1
1995	29,4%	66,0	51,5	14,5	28,6	5,4
1996	29,1%	65,3	51,9	13,5	29,6	5,1
1997	29,6%	66,2	50,9	15,4	28,8	5,0
1998	29,6%	67,0	52,4	14,6	27,5	5,5
1999	31,7%	68,1	50,0	18,1	26,9	5,0

2000	32,6%	67,3	47,2	20,1	27,7	5,0
------	--------------	------	------	------	------	-----

Fonte: Varsano *et alii* (1998) e Araújo (2001)

1/ Impostos, contribuições para a previdência social e seguro desemprego.

2/ Impostos sobre transações, sobre transações financeiras e sobre lucro líquido.

Destaca-se a enorme centralização no governo federal nos anos 70, com o pico em 1977 (76%), enquanto os governos subnacionais atravessam o mesmo período com os desempenhos mais baixos da sua história, sendo que os anos de 1977 (21,1%) e 1983 (20,6%) registram os índices mais críticos. Os municípios, quatro décadas depois, permanecem como iniciaram.

Ao lado da análise numérica, é de importância para a compreensão dos anos 90 a interpretação de algumas circunstâncias: a deterioração das condições econômicas após a abertura do mercado brasileiro à competição externa não permitiu que estados e municípios exercessem a plenitude da autonomia que lhes foi concedida pela Constituição da República de 1988, e as finanças estaduais praticamente atendiam à folha de funcionários, benefícios da previdência e juros da dívida pública. Em outras palavras: a descentralização constitucional para o fornecimento de serviços sociais foi inviabilizada pela falta de recursos financeiros. No âmago da questão, um fato de relevância para a compreensão do financiamento dos gastos sociais. As contribuições sociais continuaram sendo de competência do governo central, que, unilateralmente, decidia sobre a arrecadação e a utilização desses recursos.

A grande dificuldade dessa situação, em que o governo federal se apossa das contribuições e as utiliza como entende, é que as contribuições sociais devolvidas aos governos estaduais mediante convênios não garantem o fluxo do planejamento em áreas sociais, notadamente na saúde.

Hora de estabelecer um comparativo entre as receitas nacionais de impostos e as contribuições sociais, em dois momentos distintos: no ano da promulgação da Constituição da República (1988) e ao término dos anos 90.

TABELA 6
Receitas nacionais de impostos e contribuições sociais
1988-2000

	(% do PIB)	
	1988	2000
Carga Tributária Nacional	22,4	32,6
Receita Tributária Federal 1/	15,8	22
Contribuições Sociais	1,1	6,6
Cofins	0,8	3,6
PIS/Pasep	0,3	0,9
CPMF		1,3
CSLL		0,8

Fonte: Araújo (2001)

1/ Arrecadação total de impostos. Não exclui transferências aos estados e municípios

Cofins: Imposto sobre transações para programas sociais.

PIS/Pasep: Imposto sobre transações para o seguro-desemprego.

CPMF: Imposto sobre transações financeiras.

CSLL: Imposto sobre lucro líquido.

Uma visão, ainda que rápida, revela que, no espaço de uma dúzia de anos, o governo central fez com que a sua receita tributária se igualasse à carga tributária nacional de 1988 e, ainda, de modo espetacular, fez com que se multiplicasse por seis a participação das contribuições sociais no peso da carga tributária nacional. Utilizando uma comparação visual para a relevância do tema: é como se você ficasse sem ver durante doze anos um amigo que pesava 50kg e agora ele estivesse com 300kgs! Ainda, para enfatizar tal encaminhamento, vale registrar que o PIB do Brasil, no ano 2000, foi de US\$593,8 bilhões, segundo o *site* do Bacen.

Finalmente, após conhecer a carga tributária bruta, a composição da renda tributária, a participação de cada ente na arrecadação própria de impostos e a comparação de impostos/contribuições sociais, é chegada a hora de conhecer a receita tributária disponível por ente, no federalismo trino, para interpretar a possibilidade de atendimento das respectivas demandas.

Inicialmente, na Tabela 7, vamos verificar a evolução da receita disponível por ente federado, desde a Constituição da República de 1988 até o ano de 2005, incluindo nos cálculos as transferências tributárias constitucionais.

TABELA 7
Evolução da receita disponível
Brasil: 1988-2004

Anos	Em % do PIB			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
1988	14	6	2,4	22,4
1989	14,7	6	3,4	24,1
1990	17	7,9	3,9	28,8
1991	13,8	7,5	4	25,3
1992	14,2	7	3,7	24,9
1993	14,9	6,8	4,1	25,8
1994	17,6	7,5	4,6	29,7
1995	16,5	8	4,9	29,4
1996	16,3	8	4,7	29,1
1997	16,6	8,2	4,8	29,6
1998	16,7	7,9	5,1	29,7
1999	18,1	8,2	5,4	31,7
2000	18,5	8,6	5,5	32,6
2001	19,6	8,9	5,7	34,2
2002	20,6	9,1	5,9	35,6
2003	20,0	9,2	4,5	33,8
2004	20,8	9,2	5,3	35,3
2005	21,6	9,6	6,1	37,4
2003 X 1988 Em p.p. do PIB	6,05	3,22	2,14	11,40
2004 X 1988 Em p.p. do PIB	6,84	3,22	2,86	12,93
2005 X 1988 Em p.p. do PIB	7,64	3,63	3,71	14,98

Fonte: SRF; IBGE; FGV

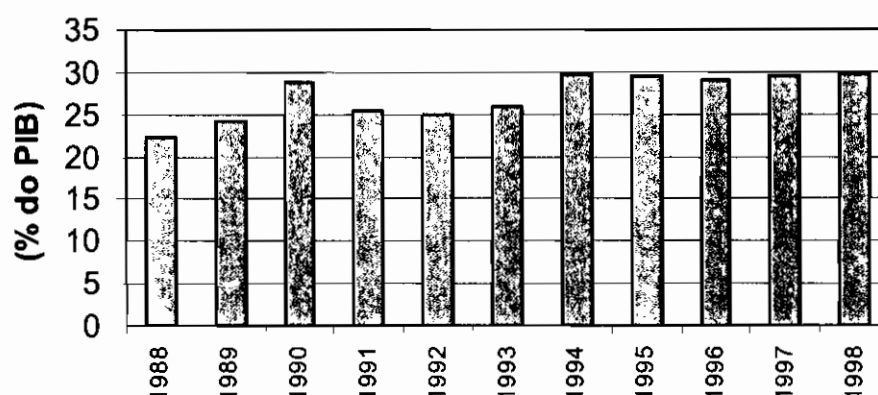
Podemos inferir, a partir da Tabela 7, que a arrecadação disponível, após transferências, volta a se concentrar na União. Ela passa de 14% em 1988 para 20,8% em 2004, com elevação de 6,8%; no mesmo período, o governo estadual avança 3,2% (de 6% para 9,2%) e o local 3,4% (de 1,9% para 5,3%). Claramente se percebe que o federalismo cooperativo elege o poder local como alvo preferencial de suas transferências.

Analisando a evolução da receita disponível da União em dois períodos pós-Constituição da República de 1988, percebe-se claramente que na primeira década (Collor, Itamar e o 1º mandato de Fernando Henrique) ocorre uma descentralização tributária, com pressão sistólica a favor dos entes periféricos, mas, a partir de 1999, o fluxo se altera, em prevalência diastólica, isto é, centrípeta, para uma recentralização, que se acentua no Governo Lula.

GRÁFICO 3

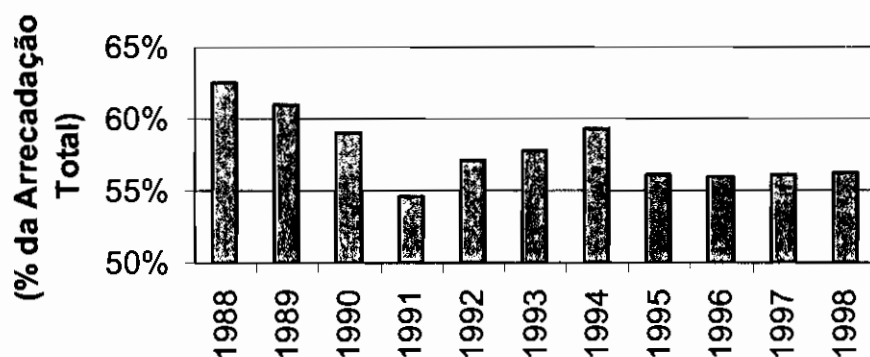
Descentralização tributária – perdas de recursos disponíveis da União
(força sistólica = centrífuga = descentralização)

Arrecadação Total



Fonte. AFONSO, 1998.

Receita Federal frente à Arrecadação Total

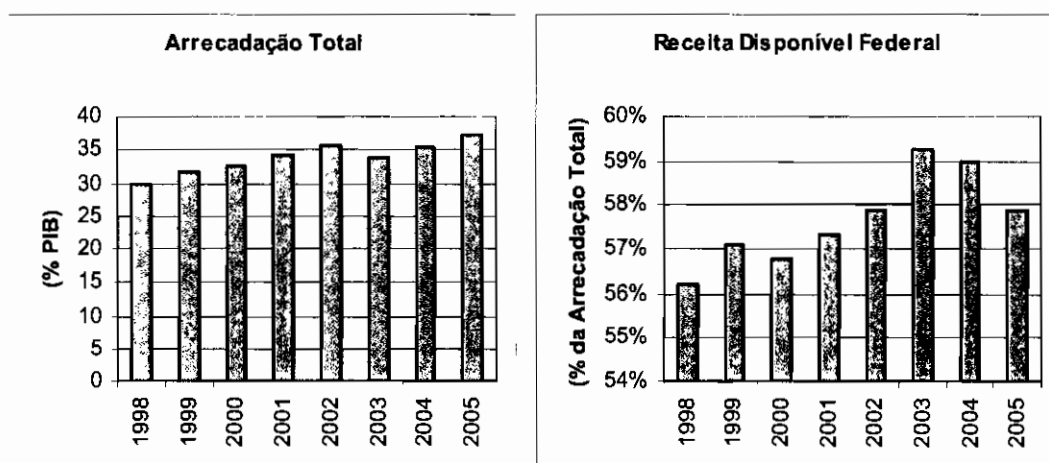


Fonte. AFONSO, 1998.

A carga tributária total, que era de 22,4% do PIB na época da promulgação da Constituição de 1988, inicia um período de crescimento, enquanto a receita disponível da União, que, na mesma época, correspondia a 62,3% dos recursos disponíveis, inicia um ciclo decrescente, cuja expressão máxima ocorre em 1991, quando atinge 54,7%.

Nos oito anos seguintes, analisados no Gráfico 4, percebe-se a prevalência da força diastólica, isto é, centrípeta, com nítida recentralização tributária e significativo aumento da receita disponível em partes do governo central às custas de menor disponibilidade para os governos regionais e locais.

GRÁFICO 4 Re-centralização tributária – 1998-2005



Fonte: AFONSO, 2005.

O motivo desta recentralização tem nome e sobrenome. Ou melhor, nomes e sobrenomes. São as contribuições sociais que, arrecadadas pela União, são repassadas aos demais entes federados *ad hoc* e não garantem o necessário financiamento de políticas públicas.

DAIN (1998) confirma que as contribuições sociais, no cenário apresentado, representam importante componente na formação do *pool* arrecadatório da União. FAVERET (2002) registra dados de Sulamis Dain, que será o arauto do destaque dessas contribuições ao financiamento da União.

TABELA 8
Arrecadação Federal: impostos *versus* contribuições sociais
Brasil: 1997

Impostos e Contribuições	% do PIB	% Arrecadação do Governo
Impostos	6,70	22,90
Cofins, CSLL, PIS/Pasep	4,74	15,50
CPMF	0,80	2,70
Folha de Salários	5,50	18,70
Total	17,74	59,80

Fonte: Faveret (2002)

DAIN (1995) alerta que "... essa foi, equivocadamente, a modalidade escolhida pelo governo federal desde 1988 para ampliação da capacidade de financiamento da seguridade social – inicialmente centrada na folha de salários –,

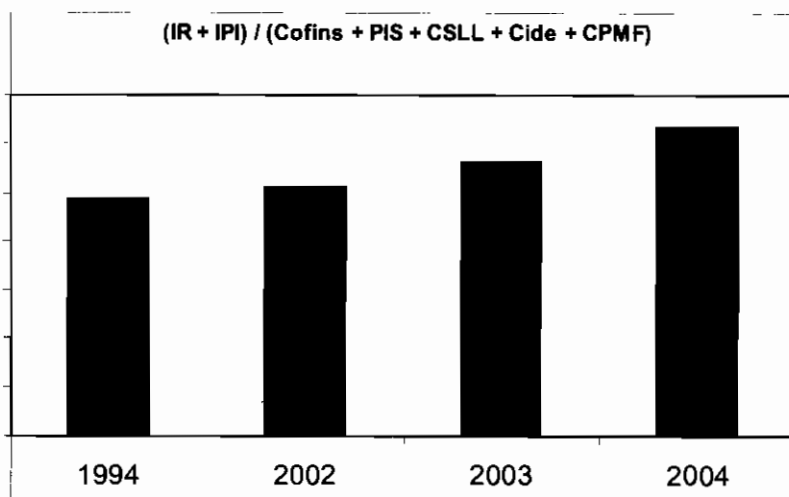
em claro retrocesso relativamente aos avanços na sistemática do valor adicionado adotada no Brasil nos anos 60".

Atualmente, com a inclusão da Cide no rol das contribuições, em que pese à inovação do seu compartilhamento com os governos subnacionais, a tendência é de exacerbação das forças diastólicas de centralização, com carga tributária total crescente e maior receita disponível com a União.

Essa tendência à centralização com a utilização das contribuições é melhor abordada quando correlacionamos os impostos que conformam os fundos constitucionais (FPM, FPE), isto é, IR e IPI, com as contribuições que não são compartilhadas em fundos.

Este é o objetivo do Gráfico 5.

GRÁFICO 5
Impostos *versus* contribuições
Brasil 1994-2004



Fonte: AFONSO (2004)

No ano de 1994, a receita da seguridade social totalizou R\$43 bilhões e 727 milhões, excetuando-se as contribuições de autônomos, do seguro acidente do trabalho, do produtor rural e outras recolhidas pelo MPAS. As maiores parcelas foram da folha de salários (R\$11 bilhões) e Cofins (R\$10,7 bilhões), ficando um pouco abaixo da arrecadação dos impostos (IR + IPI), que totalizaram R\$45 bilhões. Dez anos depois, a relação é de 127%.

Para concluir o embasamento que nos levará à descentralização na área da saúde, mostraremos uma tabela sobre a centralização no pós-Constituição de 1988, com o aumento e a divisão da carga tributária global no período 1988/2004,

apresentada por Afonso, J. R. no Instituto Paranaense de Desenvolvimento, em palestra intitulada “Federação Brasileira Hoje: Mudanças Recentes e Desafios”, na cidade de Curitiba, em 17/04/2004.

TABELA 9
Aumento e divisão da carga tributária global no período pós-constituente – Brasil – 1988-2004

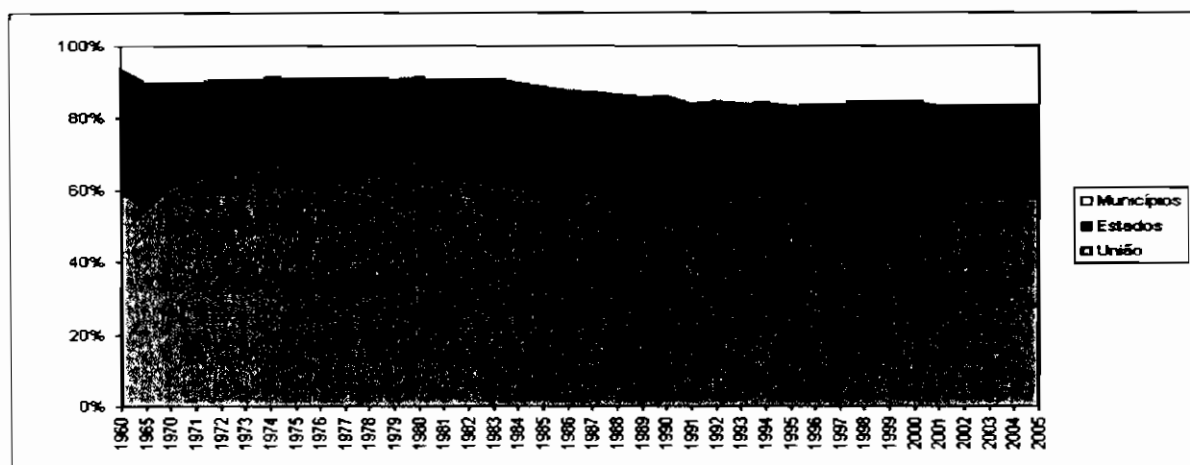
Período		Aumento da Carga		Quanto cada esfera de governo se apropriou do aumento da carga					
				Em p.p do PIB			Em %		
		Em p.p. PIB	Por fase % total	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
Pós-Constituinte	1988-2003	13,09	100	6,98	2,8	3,31	53	21	25
Pós-Real	1988-1993	3,38	26	0,95	0,78	1,65	28	23	49
Pós-Real Imediato	1993-1998	3,86	29	1,76	1,08	1,02	46	28	26
Pós-Crise Cambial	1998-2003	5,85	45	4,27	0,94	0,64	73	16	11
Lula- 2 anos	2004-2002	0,65	100	0,85	-0,16	-0,05	132	-24	-8
Pós-Constituinte	1988-2004	13,78	100	7,46	2,87	3,45	54	21	25

Fonte: Afonso (2004)

Podemos, então, inferir que, no período estudado (1988-2004), o aumento da carga tributária nacional correspondeu a 13,78 p.p., sendo mais da metade apropriada pela União (7,46 p.p.), seguida pelo poder local (3,45 p.p) e governos subnacionais (2,87 p.p.). Em termos percentuais, a União representa 54% do aumento, os municípios 25% e os estados 21%.

Logo, no período pós-Constituição da República de 1988, ocorre uma descentralização vertical, com aumento da receita fiscal disponível dos municípios e retração da receita fiscal disponível dos estados, sendo que a União recupera o seu patamar de 1960, a expensas, principalmente, das contribuições sociais.

GRÁFICO 6
Receita fiscal disponível nos três entes federados
Brasil: 1960-2005



Fonte: Rezende *et alii* (1989), Villela (1991), Afonso (1992 e 1993); SRF-MF. Elaboração própria (1994-2005)

Demonstrada a descentralização vertical, analisaremos a descentralização na saúde, em decorrência da Constituição da República de 1988.

A Constituição da República de 1988 é a responsável pela descentralização da saúde no Brasil. Mas, na verdade, muito antes da sua efetiva transformação em comando constitucional, a sociedade brasileira moldou a descentralização em saúde.

Conforme já foi analisado, o corpo doutrinário de proposições reformistas emanadas do movimento sanitário da década de 70 conformou as bases do ponto de vista político-ideológico da ruptura com o modelo assistencialista vigente, centrado na instituição hospitalar.

LEVCOVITZ (1997, P. 52), ao analisar a implementação do mestrado no IMS/UERJ, afirma que “a partir de 1975/1976, institucionalizam-se linhas de pesquisa sobre as condições de saúde do país e sobre modelos alternativos de atenção médica e incorpora-se um expressivo contingente de pesquisadores em amplas áreas das ciências sociais – sociologia, antropologia, economia, ciência política, filosofia e demografia, principalmente, permitindo um produtivo processo de formulação coletiva que se torna a marca permanente desta instituição”.

RIBEIRO (1991), também ao ressaltar o apoio da FINEP ao Programa de Preparação Estratégica do Pessoal da Saúde, realizado junto com a OPAS, e à modernização da FIOCRUZ, assinala que, “diferentemente do que ocorreu no IMS, em que o apoio da FINEP apenas potencializou um processo em curso no Instituto, o Convênio FINEP/FIOCRUZ viabilizou a criação na ENSP de um novo espaço de investigação e abriu a possibilidade de organização de um programa de Pós-Graduação em Saúde Pública stricto sensu, imprimindo um novo ritmo à dinâmica institucional do período 75/78”.

SCOREL (1986) quantifica o resultado dessa iniciativa: “a ENSP, que havia formado 281 sanitários entre 1969 e 1974, formou 1643 destes profissionais entre 1975/1980”.

Nos anos 80, com a implantação da Nova República, na esteira de uma gama de ações para a redemocratização do País, especialmente a partir de 1984, ocorre uma seqüência de eventos para atualizar o ideário reformista e adequá-lo à especificidade da conjuntura de transição. Alguns eventos merecem destaque: Reunião de Avaliação das AIS, em agosto de 1984, em Curitiba, promovida pela Abrasco e pelo Cebes, que decidiu pela concepção da integração institucional

como estratégia para a futura unificação do sistema; V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em dezembro de 1984; II Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado na cidade mineira de Montes Claros, que produziu o documento “Carta de Montes Claros: Muda Saúde”, e o documento setorial preparado para a COPAG – Comissão de Planejamento das Ações Governamentais, também centrado nas propostas de unificação e descentralização do sistema.

Interessante testemunhar que parcela importante de parlamentares do PMDB e de Secretários de Estado da Saúde, com ênfase para Ronei Edmar Ribeiro, Secretário de Saúde de Goiás e Presidente do Conass, mobilizou-se para assegurar a incorporação das diretrizes do movimento sanitarista aos compromissos de governo e também atuar para que os cargos relevantes de direção das instituições federais do setor fossem ocupados por nomes que representassem a frente sanitária. Nesse sentido, a articulação política foi extremamente bem sucedida: a Presidência do Inamps foi ocupada por Hésio Cordeiro, e a Presidência da Fiocruz por Sérgio Arouca.

Nesse instante histórico, com a ocupação dos cargos-chave no MS e no Inamps por nomes da frente sanitária, não houve consenso e iniciava-se longo confronto nas esferas político-institucional e administrativa.

É importante o testemunho de Hésio Cordeiro: “A universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade das ações para superar a clássica dicotomia prevenção x cura e a unificação dos serviços a partir das AIS seriam os vetores da ação estratégica” (CORDEIRO, 1991).

O Ministério da Saúde opta pelo caminho da unificação, com a incorporação do Inamps para posterior descentralização, e o MPAS opta pelo aprofundamento das AIS como estratégia de fortalecimento do setor público e envolvimento dos governos subnacionais, como as bases da descentralização e reformatação do nível federal. No final de 1985 são 644 municípios incorporados às AIS mediante Termo de Adesão. Ao fim de 1986, constatam-se quase 2.500 municípios conveniados – sendo que, em Minas Gerais, mais de 80% aderiram às AIS.

As AIS expandiram a infra-estrutura da rede física de cuidados básicos de saúde, passo importante para a posterior universalização, e exercitaram o impulso político do projeto nos governos subnacionais. Adita-se também a contribuição

das AIS, no biênio 1985/1986, para a introdução do conceito de hierarquização e regionalização de serviços de saúde.

As eleições gerais para a Assembléia Nacional Constituinte e Governadores dos Estados, em 1986, deram mais visibilidade às propostas da frente sanitária. Uma preocupação adicional atormentava os “militantes” da saúde: nunca se debatera tanto a reforma do sistema de saúde, mas o processo de sua implantação não deslanchava. Em razão do ano eleitoral houve a motivação para a inscrição de vários representantes para o embate político – notadamente para as eleições proporcionais –, o que resultou na eleição de vários parlamentares comprometidos com o projeto reformista.

Aqui, uma observação vivencial: decido então pela primeira vez concorrer a uma vaga para Deputado à Assembléia Legislativa de Minas Gerais, que se transformaria também na IV Constituinte mineira. Ao mesmo tempo e no mesmo cenário, a equipe técnica inserida no Inamps/MPAS, que buscava uma alternativa para a estagnação da reforma, propõe a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Na Exposição de Motivos 31 (MPAS/MS, 1987) firmada pelos respectivos ministros, o SUDS é apresentado como uma estratégia que tem “o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS”.

A certidão de nascimento do SUDS é o Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, e suas diretrizes incluem: universalização e equidade no acesso, integralidade dos cuidados, regionalização e integração dos serviços e descentralização do comando. Claro está, portanto, e de modo irrefutável, que a descentralização em saúde é anterior ao texto da Constituição da República de 1988, embora um número significativo de autores não tenha a mesma compreensão.

Com o objetivo de concretizar as diretrizes do SUDS, surge uma visão federalista do sistema de saúde e, mais uma vez, antecipando-se à Constituição de 1988, o MPAS/Inamps entende que é necessário promover a redefinição das atribuições dos três níveis de governo, com ênfase nos governos subnacionais e buscando alcançar os governos locais.

O SUDS adquire uniformidade jurídico-legal através do Convênio-padrão SUDS 01/88, ferramenta essencial para a estadualização da gestão do sistema, com a transferência de funções federais, dando enorme relevância à CIS.

A descentralização é, então, de fato realizada. Inicialmente, com a transferência aos estados da gerência das unidades assistenciais (hospitais e PAMS do Inamps) e, posteriormente, com a transferência da gestão de contratos, convênios e credenciamento para a prestação de serviços assistenciais por terceiros.

Na condição de ex-Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais (1989-1990), não tenho dúvida em afirmar que o Convênio SUDS/SEE consolidou a concepção de descentralização. O passo foi extraordinário; saímos do modelo teórico e exercitamos a efetiva gestão descentralizada, num ambiente difícil, mas extremamente gratificante.

A inexistência de bases jurídico-legais determinou que a propriedade dos bens móveis e a vinculação funcional dos recursos humanos cedidos permanecessem com o governo federal; apenas a gestão seria estadual. Lembrome com clareza da dificuldade de convívio de “servidores federais” com “os de outros níveis”, além da enorme burocracia para regulamentar a cessão de uso de instalações físicas e equipamentos, a aquisição de insumos e a contratação dos “terceirizados” (serviços de alimentação, vigilância e limpeza). Belos dias, velhos tempos!

CASTRO (1991) ressalta que “as mudanças ocorridas na esfera federal tiveram como interlocutores e executores os Estados da União”.

Concordamos integralmente e acreditamos que a incorporação da proposta do SUDS pelas Secretarias de Estado da Saúde é um dos elementos centrais para o entendimento concreto da descentralização/municipalização. Outra inovação pré-Constituição da República de 1988: “o município é tratado como prestador e executor dos serviços de saúde”.

Completando esta contextualização da vigência do SUDS como instrumento da estratégia da descentralização das ações e serviços de saúde, ouçamos NORONHA E LEVCOVITZ (1994):

“As bases políticas para a ousadia de proposição do SUDS estavam dadas, em parte, pela força do grupo “Ulyssista” do PMDB, particularmente centrada no prestígio e força do Deputado Ulysses Guimarães na Presidência da Assembléia Nacional Constituinte e, por outro, numa clara visão estratégica do momento ideal para reforço dos governadores estaduais, recém-empossados e praticamente isentos do desgaste que o governo federal já acumulava na opinião pública, como aliados potenciais das propostas de mudança.”

Na prática, oscilando entre a redução e atrasos nos repasses dos recursos financeiros destinados ao setor público e o imensurável apoio político do Conass e Conasems, o SUDS sobrevive até 1990, quando, em razão do arcabouço constitucional inscrito na Constituição da República de 1988, a Lei Orgânica da Saúde é aprovada.

A Constituição da República de 1988 é composta por nove títulos, sendo o Título VIII “Da Ordem Social” (arts. 193 a 232), o Capítulo II “Da Seguridade Social” (arts. 194 a 204) e a Seção II “Da Saúde” (arts. 196 a 200). Tais comandos constitucionais consolidam uma tendência já experimentada na gestão pública da saúde e legitimam a descentralização.

Destacamos:

- a) reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde;
- b) novo paradigma para a ação estatal na área da saúde: atendimento integral, descentralização político-administrativa e participação comunitária (incisos I e III do art. 198);
- c) orçamento público da seguridade social, capaz de assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194);
- d) unificação da ação pública pela definição do Sistema Único de Saúde (SUS) como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral de ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde (arts. 196 e 198);
- e) recursos necessários para financiamento das ações e serviços de saúde, com a participação da União, estados, Distrito Federal e municípios (Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, dando nova redação ao art. 198 da Constituição da República de 1988)

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080, de 1990) é a certidão legal do nascimento do SUS e, nos incisos I e III do art. 18, atribui à direção municipal do SUS a competência de “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde,

e gerir e executar as ações de saúde”, bem como participar do “planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual”.

Os anos 80, com as AIS e o SUDS, já sinalizavam a mudança de titularidade da gestão da saúde. Os anos 90 confirmam essa redefinição de funções no SUS e acarretam a implementação de medidas para separar o financiamento da provisão, ao menos nas relações intergovernamentais.

Consultando os dados da Assistência Médica à Saúde do IBGE, constatamos a involução dos próprios federais e a expansão da esfera administrativa local (Tabela 10).

TABELA 10
Evolução do número de estabelecimentos de saúde do setor público

Ano	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	%
1981	3.764	28	6.890	50	2.961	22	13.615	100
1988	1.978	9	10.643	50	8.851	41	21.472	100
1992	1.387	5	7.043	26	18.662	69	27.092	100

Fonte: IBGE/AMS – 1981/88/92

Outra maneira de se aferir o aumento da responsabilidade do poder local na provisão dos serviços de saúde é a análise da evolução do emprego no setor público da saúde. A Tabela 11 permite comparar dois momentos: início da década de 80 e após a LOS (1992).

TABELA 11
Evolução do número de trabalhadores públicos em saúde
Brasil: 1981-1992

Ano	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	%
1981	113.297	43	109.373	41	43.086	16	265.956	100
1992	80.298	15	222.139	41	35.321	44	537.688	100

Fonte: IBGE/AMS – 1981/92

Demonstramos, portanto, que a descentralização ocorreu de fato no sentido de se cumprir o dispositivo constitucional que elegeu o município como o ente federado para executar as ações e serviços públicos de saúde, mas a assimetria no financiamento do SUS permanece e, em relação à participação da União, se acentua, inclusive. No Capítulo 3 veremos o desempenho dos

municípios em face da Emenda Constitucional nº 29, e no Capítulo 4 o foco recairá sobre os estados, particularmente o Estado de Minas Gerais.

Vamos abordar a questão da descentralização na ótica das ferramentas disponibilizadas para viabilizar o comando constitucional do inciso I do art. 198 da Constituição da República de 1988.

O início da regulamentação se deu com promulgação da Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Em razão da quantidade de vetos presidenciais, a lei ficou tão disforme que líderes partidários no Congresso Nacional rapidamente se organizaram para a votação de texto legal que pudesse restabelecer uma organização mínima para implementar as ações de saúde, resultando na Lei nº 8.142, promulgada em 28 de dezembro de 1990. A esse conjunto de leis (8.080/8.142) chamamos de Lei Orgânica da Saúde – LOS.

O art. 7º da Lei nº 8.080, ratifica a direção única em cada nível de governo, além da regionalização e hierarquização. O inciso XI estabelece como princípio do SUS a “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”.

O inciso II do art. 15 da LOS define como atribuição comum aos três entes federados a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde. Nesse sentido, o art. 33 prevê o depósito dos recursos financeiros do SUS em conta especial, “em cada esfera de sua atuação e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde”.

O § 1º do art 35 prevê que metade dos recursos destinados às esferas subnacionais será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio. Estabelece em seus sete incisos critérios para as transferências aos gestores estaduais e municipais. A Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade e prevê, nos arts. 2º e 3º, critérios para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e o Distrito Federal.

A regulamentação ocorreu pela edição das Normas Operacionais Básicas, que são orientações específicas e pactuadas, editadas pelo Ministério da Saúde e aceitas pelas representações nacionais dos secretários estaduais e municipais da saúde.

A NOB-1/91 introduziu o conceito de municípios e estados habilitados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços. Previa a formação do fundo setorial da saúde e o financiamento dos conselhos comunitários.

LEVCOVITZ (2001, p. 274) informa que, entre as implicações da NOB-1/91, estava a previsão de recursos para investimento no reequipamento e ampliação de unidades assistenciais existentes *ad hoc*, o que favoreceu estados e municípios com maior capacidade instalada e a relação bipolar União-municípios, esvaziando as Secretarias de Estado da Saúde.

CORDEIRO (2001) destaca que “o projeto de descentralização no período Collor de Melo representa uma estratégia de “municipalização tutelada”, com grande poder normativo e de alocação de recursos pelo Governo Federal, ainda no modelo convencional de transferências financeiras com critérios nem sempre transparentes de alocação de recursos e pagamento direito do MS/INAMPS aos prestadores de serviços, quer fossem eles públicos ou privados”.

A NOB-1/93, diferentemente da NOB-1/91, que havia sido gestada no Inamps/MS, publicada através da Portaria MS nº 545, de 29 de maio de 1993, resgatou a discussão com gestores estaduais e municipais. É um instrumento mais efetivo da descentralização política do SUS ao criar as CIBs (Comissões Intergestores Bipartites) nos estados (com representação paritária entre estados e municípios) e a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), composta por representantes dos governos federal, estaduais e municipais.

Outra inovação da NOB-1/93 foi o ranqueamento entre estados e municípios habilitados, segundo níveis de comprometimento e de estrutura administrativa. Não é ousado afirmar que essa peça representa um marco na política social do Brasil, ao formatar um processo de relação intergovernamental, além de regras claras para transferências de recursos e mecanismos de controle e avaliação. Estavam introduzidas, para estados e municípios, as “condições de gestão”.

Na verdade, a NOB-1/91 e a NOB-1/93 tiveram conteúdo municipalizante, e a crítica cabível é a predisposição à atomização, por falta do papel definido para o planejamento estadual, dificultando o acesso a um serviço eventualmente inexistente no município.

Tal situação foi corrigida na NOB-1/96. Tomou-se como estratégia o fortalecimento da articulação dos sistemas municipais, através da PPI (Pactuação Programada e Integrada), com a gerência do gestor estadual, substituindo a atomização por covalência, em analogia com a química. O poder local foi ratificado como o principal responsável pelo SUS, em razão do princípio da subsidiaridade.

O município constitui a sede básica do conjunto das ações de saúde, que devem ser organizadas em rede regionalizada e hierarquizada e implementadas através das unidades próprias ou contratadas, com o objetivo de atender às necessidades da população como um todo.

Em relação às transferências intergovernamentais, a NOB-1/96 criou um conjunto de ferramentas indutivas do modelo assistencial, das quais destacamos:

- 1) PAB – Piso Ambulatorial Básico: é o montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas médicas, pré-natal e atendimento ambulatorial. O valor das transferências é calculado pela multiplicação da população por um valor *per capita* nacional;
- 2) Incentivo à adoção do Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde: é um adicional de transferência intergovernamental por grupo de população efetivamente coberto pelo PSF e PACS. As equipes são responsáveis pelo atendimento permanente de 3,5 mil pessoas;
- 3) Fração Assistencial Especializada: montante de recursos definidos pela PPI, aprovado na CIB, que se refere a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio. A FAE é transferida diretamente aos municípios habilitados e, fundo a fundo, aos estados habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual;
- 4) Índice de Valorização de Resultados sobre as condições de saúde da população: transferido aos estados;
- 5) Piso Básico de Vigilância Sanitária e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância: com o objetivo de remunerar serviços

produzidos para as ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária e o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária.

Interessante ressaltar que o município enquadrado na Gestão Plena da Atenção Básica é responsável pela atenção primária. Isto implica dizer que, no plano coletivo, executa as ações básicas de vigilância sanitária e, no plano individual, assume o ambulatório das especialidades básicas (clínica médica, ginecologia, obstetrícia e pediatria), além de pequenas cirurgias ambulatoriais.

O município enquadrado na gestão plena do sistema municipal de saúde terá o seu gestor com competência para editar normas sobre o pagamento de serviços em seu território (respeitando a tabela nacional como referência mínima), além de responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos no município.

Com relação aos governos subnacionais, a NOB-1/96 prevê também duas modalidades de gestão: Avançada do Sistema Estadual e Plena.

Na verdade, o gestor estadual de saúde foi o que mais sofreu o impacto da descentralização, ao ter o seu papel de executor de ações e contratante de serviços privados e filantrópicos substituído por uma função de coordenação, apoio e regulação do sistema estadual de saúde.

O Secretário de Estado da Saúde no terceiro milênio deve exercitar algumas estratégias para fortalecer a sua atuação:

- 1) usar a prerrogativa de coordenar, estruturar e articular o Sistema de Saúde Intermunicipal;
- 2) incentivar a cooperação técnica com municipalidades, concorrendo com Universidades e ONG's;
- 3) desenvolver modelo eqüitativo de distribuição entre municipalidades, ajustando os modelos de distribuição *per capita* e o centrado na tradicional capacidade de produção de serviço;
- 4) incentivar a política de instituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde, para promover economia de escala e testar potencialidades de especialização municipal;

- 5) regionalizar a atenção hospitalar, com identificação de unidades-dique e de pequeno porte, evitando deslocamentos desnecessários;
- 6) identificar a ineficiência alocativa em razão da ausência de estratégias de abordagem preventiva;
- 7) estipular metas de atenção básica;
- 8) organizar a produção de fármacos no âmbito regional, especialmente para atender à demanda de pacientes que necessitam de medicação diária;
- 9) planejar investimentos futuros em incorporação tecnológica;
- 10) estimular a definição de prioridades nas intervenções de saúde.

Apesar dos avanços obtidos na articulação dos sistemas municipais de saúde e, em menor grau, nos sistemas estaduais de saúde em razão da vigência da NOB-1/96, com a sua característica “automatização” com “compartimentalização”, a PPI não foi implementada de modo suficiente em todos os estados, e as Secretarias de Estado da Saúde ainda não estavam convenientemente preparadas para a missão institucional, quer pela desestruturação decorrente da descentralização, quer, e principalmente, pela grave crise fiscal dos estados brasileiros ao longo dos anos 90.

O Ministério da Saúde, após longa negociação com o Conass e o Conasems, editou, em 26 de janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 1/2001 – contida na Portaria MS/GM nº 95. Assentada na questão do federalismo trino da República do Brasil, a norma reconhece a falta de hierarquia entre os entes federados e propõe um conjunto de critérios para a revisão da habilitação de estados e municípios, privilegiando a estratégia de “conformação de redes regionalizadas e resolutivas de serviços”.

A complexidade da NOAS 1/2001, especialmente sobre gestores estaduais, com implicações não definidas, determinou a sua republicação, com alterações, em 27 de fevereiro de 2002, através da Portaria MS/GM nº 373. Mas, ainda assim, apesar dos avanços conceituais, não explicita o *modus operandi* das Secretarias de Estado da Saúde efetivamente implementarem o recomendado processo de regionalização.

VIANA *et alii* (2002) destacam que “as relações intergovernamentais – lato sensu – compreendendo o financiamento, a administração e a política – devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a estes mesmos acordos, tendo em vista a desigualdade da sua distribuição no território nacional”. E complementam: “As transferências automáticas (“fundo a fundo”) propiciaram, por um lado, maior autonomia do gestor municipal, e, por outro, descentralizaram os recursos da saúde, estendendo-os a milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com recursos federais”.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2000, 5.450 municípios (99%) e oito estados já recebiam recursos “fundo a fundo”, representando 61% do total de recursos federais para o custeio da assistência. Os programas remodeladores da assistência (PACS, PSF, PAB) e a NOB-1/96 proporcionaram grande expansão.

Em derradeiro, ao concluir as observações sobre a descentralização no Brasil, especialmente na área da saúde, verificamos que o processo é efetivo na área do financiamento da saúde pública, com aportes significativos tanto dos municípios quanto dos estados, assumindo papel de relevo na harmonia federativa, como também pela maior conscientização de gestores estaduais e municipais, que se tornam importantes parceiros do Sistema Único de Saúde, aptos para um novo desenho institucional baseado na contratualização e na autonomia de gestão no nível organizacional. Essa consolidação do federalismo sanitário só acontecerá de fato se não ocorrer o afastamento da premissa democrática de colocar o cidadão como real beneficiário das mudanças nas relações intergovernamentais.

CAPÍTULO 2

Gastos em saúde: público e privado

“Creio no destino do homem,
E creio mais que poderia provar
No futuro da raça humana,
Na importância da esperança,
E no valor das grandes expectativas.”
Carl August Sandburg

O estudo dos gastos em saúde tem despertado a atenção de governos, planejadores de políticas públicas, organismos internacionais e entidades privadas que prestam serviços de saúde.

O tema tem sido desenvolvido em dois aspectos fundamentais: a busca de atendimento planejado e universalista e a gestão mais eficaz e eficiente dos recursos disponíveis.

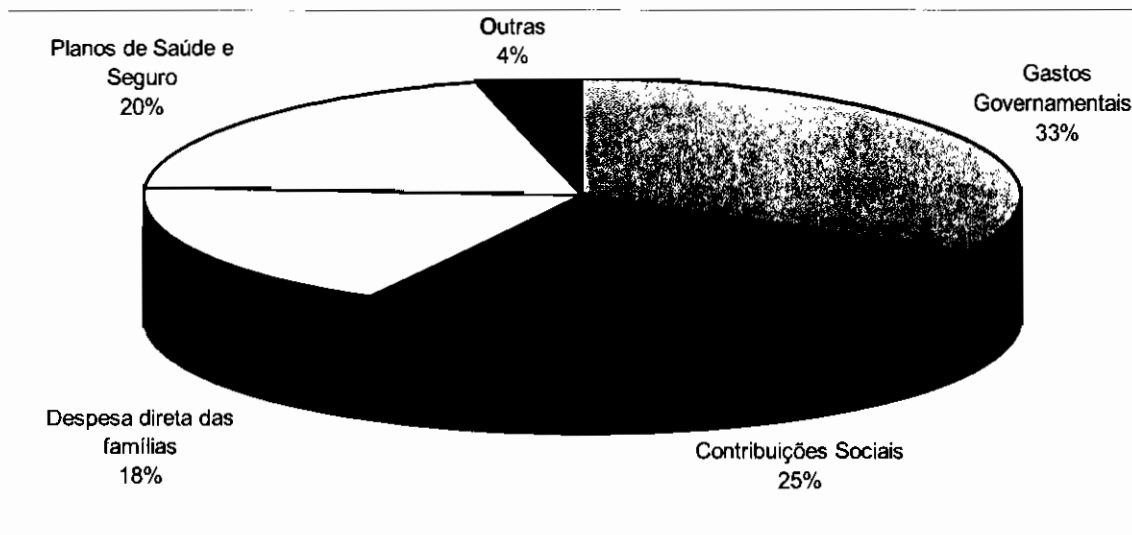
O último relatório disponível da Organização Mundial da Saúde, de 2006, em 193 países analisados, indica um dispêndio de US\$3,6 trilhões em saúde.

Desde total, 33% são providos pelos orçamentos públicos governamentais, 25% pelas contribuições sociais, 20% pelos seguros privados, 18% pelas despesas diretas das famílias e 4% por outras fontes.

Analisando a situação mundial constatamos que existem países que não dispõem de planos nacionais de saúde, outros financiam a saúde, principalmente, com recursos orçamentários e, um terceiro grupo, é financiado com recursos privados na sua essência.

O gráfico abaixo, retrata esta situação.

GRÁFICO 7
Composição do gasto mundial em saúde
US\$3,6 trilhões em 2003



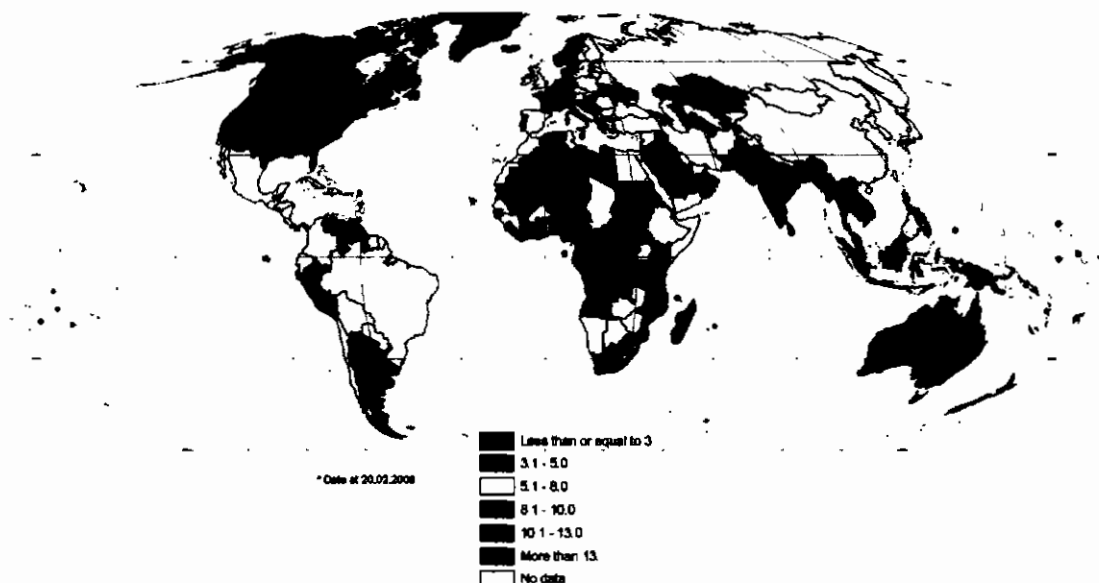
Fonte: Relatório da Organização Mundial da Saúde.

Outra maneira de comprovar a importância dos gastos com saúde nos cenários nacionais é demonstrar a participação dos gastos com saúde em relação à riqueza de cada nação.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde, com os dados de 20 de fevereiro de 2006, revela que existem países que aplicam menos de 3% do PIB em saúde, enquanto, outros ultrapassam a 10%.

É o que podemos constatar na representação do mapa-múndi abaixo.

FIGURA 1
Gasto nacional com saúde no mundo
(% em relação ao PIB)



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2007. Relativo a 2006

Outro indicador de gasto em saúde é o percentual em relação ao PIB e *per capita*. Consta-se uma variação enorme neste parâmetro e daí, apresentaremos diversas tabelas, de diferentes fontes e épocas para contextualizar o gasto em saúde.

TABELA 12
Gasto nacional com saúde: percentual em relação ao PIB e *per capita*
2001

País	% PIB	Em dólares/PPP	
		<i>Per capita</i>	Índice
Alemanha	10,8	2820	492
Austrália	9,2	2532	442
Brasil	7,6	573	100
Canadá	9,5	2792	487
Espanha	7,5	1607	280
Estados Unidos	13,9	4887	853
Reino Unido	7,6	1989	347

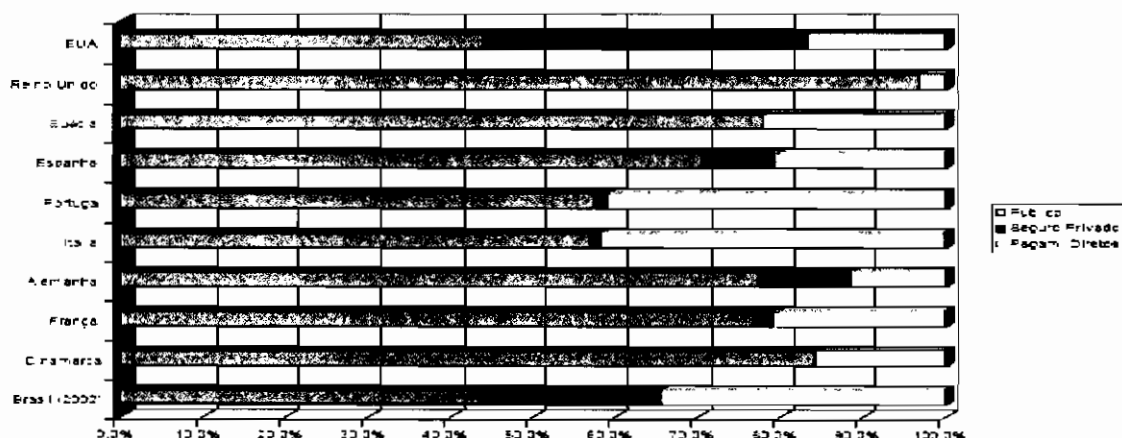
Fonte: OMS - The World Health Report, 2003
Obs.: Em dólares internacionais

Verificamos que os Estados Unidos são o país que mais gasta em saúde (13,9% do PIB e 4.887 dólares *per capita/ano*), porém ainda possui 40 milhões de americanos sem cobertura para os agravos à saúde; Brasil e Reino Unido

gastaram o mesmo patamar em relação ao PIB (7,6% em 2001), mas a composição do gasto é totalmente diferente.

GRÁFICO 8

Gasto nacional em saúde: participação do setor público, setor privado e desembolso direto das famílias 2000



Fonte: UGÁ & SANTOS (2005)

Outro fenômeno comum em diferentes países e sistemas de saúde estudados é o aumento crescente do gasto em saúde. A Tabela 13 permite uma composição em quatro décadas de acompanhamento.

TABELA 13

Gastos nacional com saúde: percentual em relação ao PIB países selecionados: 1960-1990

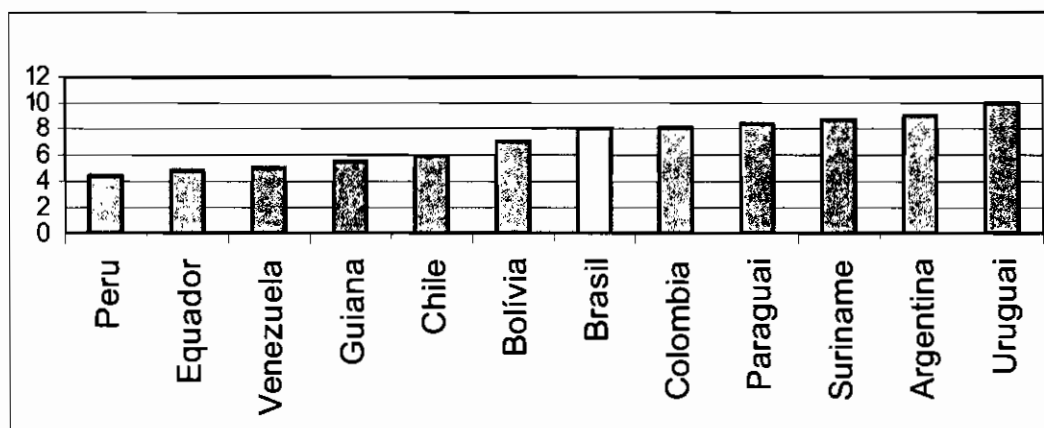
Países	1960	1970	1980	1990
Alemanha ex-Occidental	4,7	5,5	7,9	8,0
Bélgica	3,4	4,0	6,6	7,5
Canadá	5,5	7,2	7,4	9,1
Espanha	2,3	4,1	5,9	6,6
EUA	5,2	7,4	9,2	12,7
França	4,2	5,8	7,6	8,9
Itália	3,3	4,8	6,8	7,5
Japão	2,9	4,4	6,4	6,5
Reino Unido	3,9	4,5	5,8	6,1
Suécia	4,7	7,2	9,5	8,8

Fonte: Schieber y Poullier (1989) *apud* Rubio (1990). Dados para 1990 obtidos no Relatório da Economia Mundial de 1993, do Banco Mundial

Os Gráficos 9, 10 e 11 situam o Brasil em relação a outros países americanos e analisam, respectivamente, a despesa total com saúde (Gráfico 9),

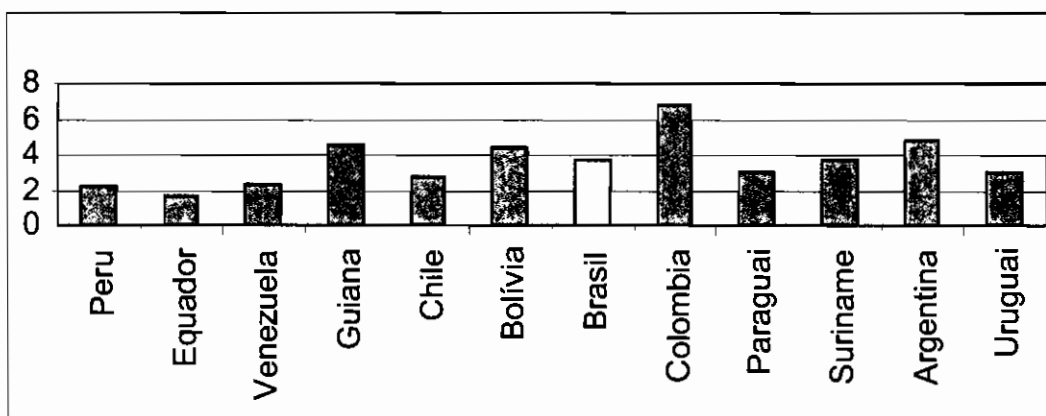
despesa pública em saúde % em PIB (Gráfico 10) e despesa pública em saúde *per capita* (Gráfico 11).

GRÁFICO 9
Despesa total com saúde em % do PIB



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2005.

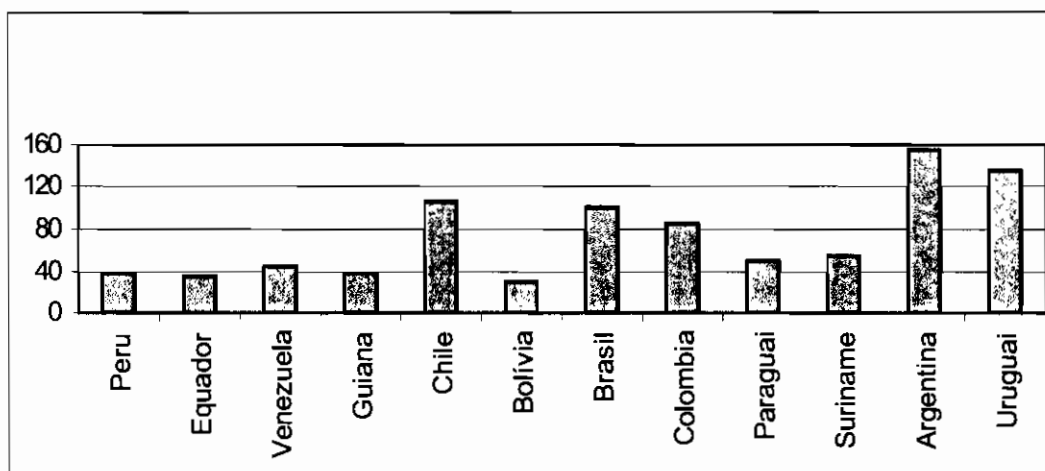
GRÁFICO 10
Despesa pública com saúde em % do PIB



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2005.

GRÁFICO 11

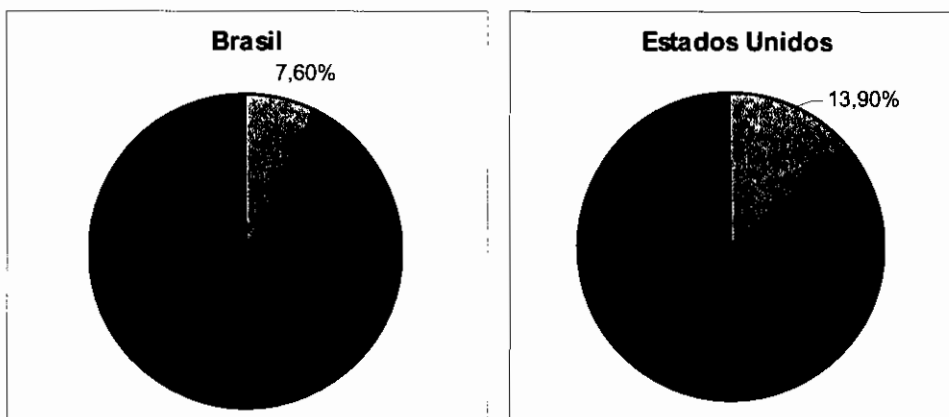
Despesa total com saúde *per capita* – Índice Brasil = 100



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2005.

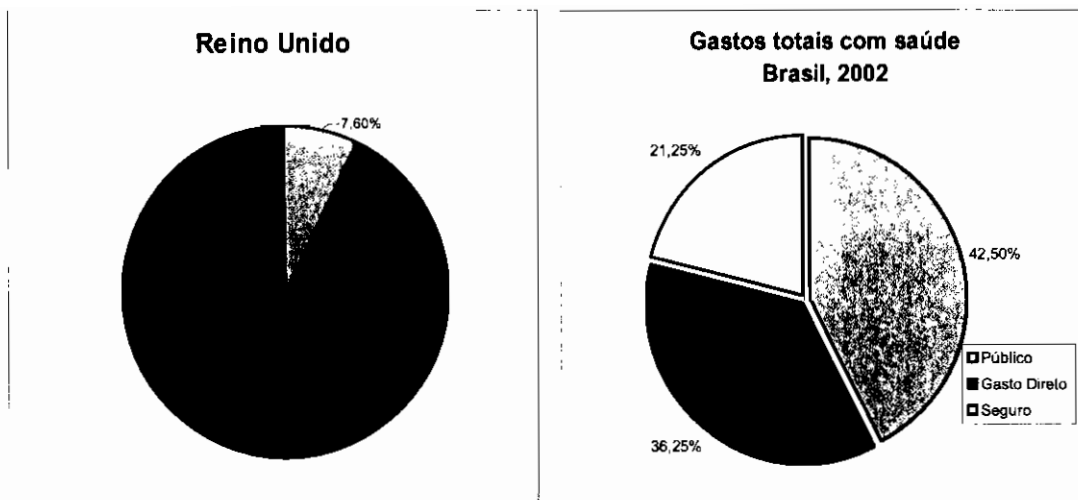
GRÁFICO 12

Gastos em Saúde: Brasil, Estados Unidos, Reino Unido



Brasil, 2001. % em relação ao PIB

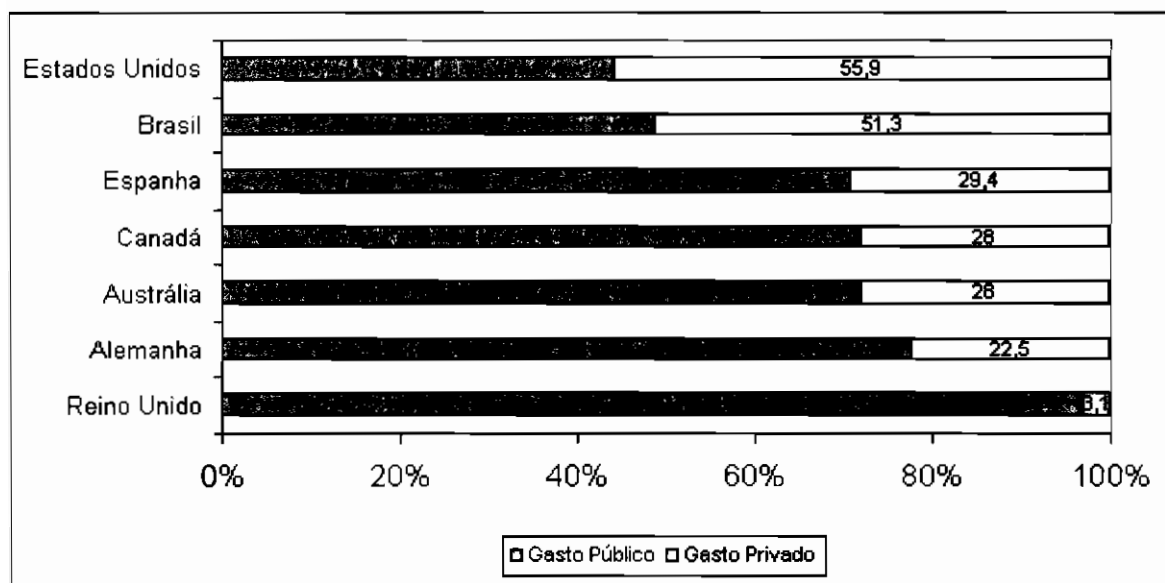
Estados Unidos, 2001. % do PIB



ppp¹³ Reino Unido, 2001. % do PIB

PIOLA & SERVO (2005), utilizando dados da OMS, alusivos à participação pública e privada no financiamento da saúde em federações e/ou países com cobertura universal, fundamentados em estimativas para 1997, permitem a elaboração do Gráfico 13.

GRÁFICO 13
Participação pública e privada no financiamento da saúde em países federativos e/ou de cobertura universal 1997



Fonte: PIOLA & SERVO (2005). OMS

¹³ A Paridade de Poder de compra (do inglês Parity Purchasing Power - ppp) em dólares é uma estratégia de organizações internacionais (ONU, Banco Mundial) para corrigir distorções quando se utiliza o valor do PIB (do Brasil, de um Estado ou de um Município) em razão de variações cambiais. A conversão pelas taxas oficiais de câmbio não mede o poder de compra doméstico de diferentes moedas. O ppp de uma moeda de um País é definido como o número de unidades desta moeda necessário para adquirir a mesma quantidade de bens e serviços no mercado local quanto 1 dólar adquiriria nos Estados Unidos. Maiores detalhes: veja, Krugman & Ostfeld, 1994.

A análise desse gráfico permite algumas constatações surpreendentes:

- a) O Reino Unido, com o seu Sistema Nacional de Saúde, moldado no Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), apesar de todas as alterações introduzidas, particularmente na era Thatcher, ainda é de longe o que recebe maior financiamento estatal, apesar de não ser uma federação;
- b) A República Federativa da Alemanha, que se notabilizou pela introdução do modelo bismarkiano, apresenta participação pública equivalente a federações inspiradas no Welfare State;
- c) O Brasil, com um sistema de saúde constitucionalmente definido como sendo de acesso universal e integral, exibe uma estrutura de financiamento do gasto em saúde que em nada se assemelha à dos sistemas nacionais de saúde de cunho “welfariano”, mas se aproxima – e muito – do padrão estadunidense, tido como sistema típico do modelo liberal de sistemas de saúde. A estrutura do gasto nacional em saúde é herdada do modelo do sistema de saúde prévio ao SUS, no qual o papel do Estado havia sido fundamentalmente o de promover a expansão do setor privado. Esta assimetria é grave e exige de todos que têm compromisso com a saúde coletiva uma atitude mais proativa a favor do sistema público.

2.1 Gastos nacionais em saúde: público e privado

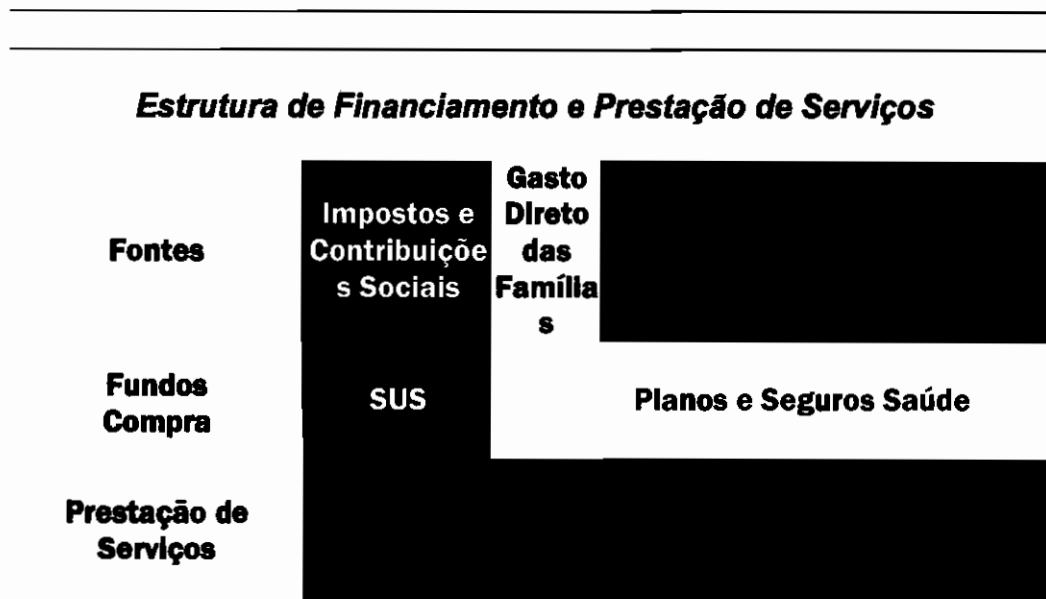
Ao longo dos anos 80, o financiamento da saúde no Brasil foi se conformando em dois grandes subsistemas: o universalista, público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e referenciado a 115 milhões de brasileiros, em 1998 (Gazeta Mercantil, 18 de maio de 1998), e o subsistema privado, embasado nos que podem pagar planos e seguros de saúde (representados pela classe média urbana) e também empregados das grandes e médias empresas, referido a 41 milhões de brasileiros em 1998. Além desses dois enormes subsistemas, o sistema de saúde brasileiro também é financiado pelo gasto direto das famílias.

Logo, em que pese ao objetivo central desta tese ser identificar os componentes públicos federativos que financiam a saúde no Brasil e, particularmente, no Estado de Minas Gerais, não podemos ignorar a existência de um sistema dual simultâneo, que mantém interfaces, cujas partes até se comunicam no financiamento (a renúncia fiscal do montante gasto com os planos e seguros de saúde e os subsídios aos planos de empresas diminuem os recursos disponibilizados a favor do SUS).

Apresentamos a Figura 2, com o objetivo de identificar a estrutura de financiamento com a respectiva prestação de serviços.

FIGURA 2
Sistema de saúde brasileiro: estrutura de financiamento e prestação de serviços

Sistema de Saúde Brasileiro



Fonte: PIOLA & SERVO, 2005.

Nesse cenário de existência de dois subsistemas (público e privado), é interessante comparar o esforço de cada ente federado e a participação do setor privado na provisão de serviços de saúde. Essa é visualização resultante da Tabela 14, que mostra a evolução dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica, no ano da Constituição da República de 1988 e em 1992.

TABELA 14
Evolução do número de estabelecimentos de saúde conforme
natureza jurídica
Brasil: 1981-1992

Ano	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total	%
1981	3.764	28	6.890	50	2.961	22	13.615	100
1988	1.978	9	10.643	50	8.851	41	21.472	100
1992	1.387	5	7.043	26	18.662	69	27.092	100

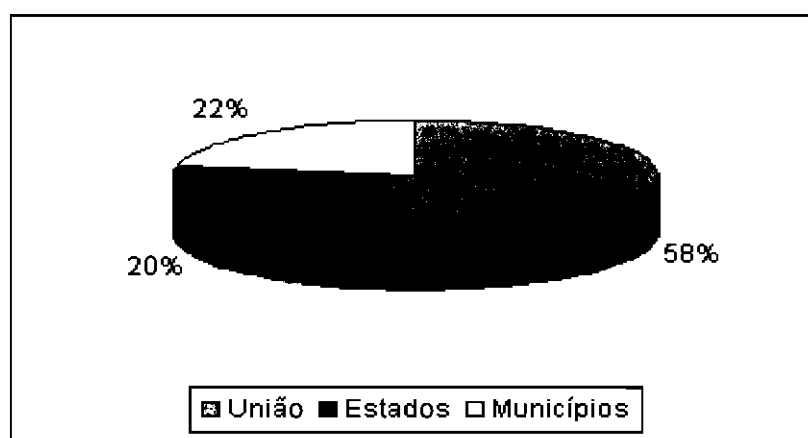
Fonte: IBGE/AMS – 1981/88/92

Em 1990, o gasto mundial em saúde atingiu 1,7 trilhão de dólares, ou seja, cerca de 8% da renda mundial, sendo que o gasto governamental ultrapassou os 900 bilhões de dólares, mais que 5% da renda mundial.

No Brasil, ao estudar o financiamento do sistema de saúde brasileiro, UGÁ (2006) identifica que o setor público financia 43,8% dos gastos (equivalente a 10,6% da receita tributária em 2002), enquanto o setor privado assume 56,2% dos gastos, com ênfase para o gasto direto (65%).

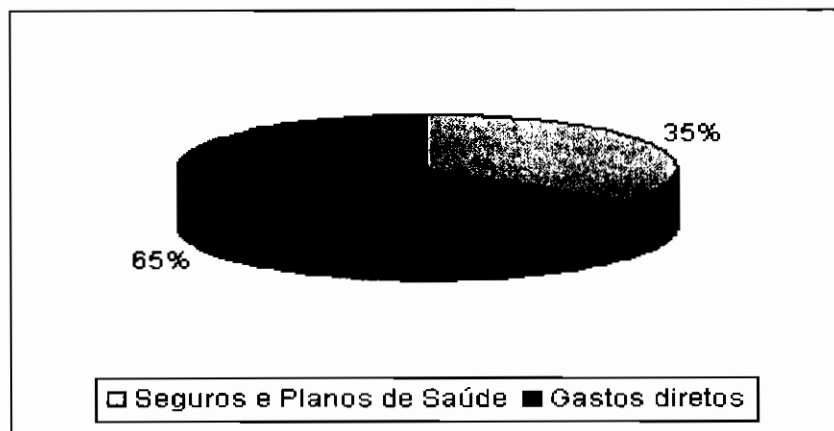
É o que verificamos no Gráfico 14.

GRÁFICO 14
Composição do gasto em saúde no setor público



Brasil, 2002.

Composição do gasto em saúde no setor no setor privado



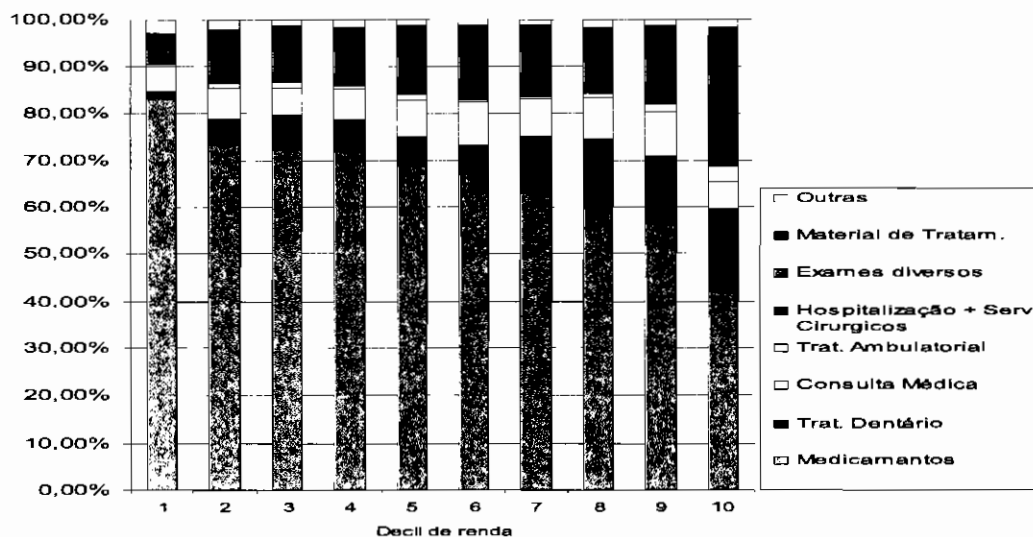
Brasil, 2002.

O Gráfico 15 confirma que, no financiamento público, a parcela mais significativa se origina do Governo Federal (58%), com equivalência no aporte dos governos subnacionais e locais.

UGÁ & SANTOS (2005), ao estratificarem a composição do gasto privado direto em saúde por decil de renda para o Brasil no ano de 2002, a partir da POF/IBGE 2002/3, constatam que nos nove primeiros decis a despesa com medicamentos é maior que a soma de todos os outros gastos, sendo que apenas no decil 10 da renda tal fato não ocorre; mas, ainda assim, equivale a 42% do gasto. Tal cenário alerta para a importância de política pública na oferta de fármacos.

GRÁFICO 15

Composição do gasto privado em saúde por decil de renda familiar Brasil: 2002



Fonte: UGÁ & SANTOS (2005)

As assimetrias na área do financiamento da saúde não se restringem ao comparativo público X privado, infelizmente.

DAIN *et alii* (2001, p. 254) alertam para a presença do “estado invisível” e a sua perversidade sobre a saúde, em razão da renúncia fiscal e do segmento da assistência médica suplementar, colocando-se de modo oposto ao movimento da universalização da cobertura e de redistribuição da oferta de serviços no território. A magnitude de tais benefícios surge quando se faz a consolidação: cerca de 17 bilhões, ou seja, 1,58% do PIB de renúncia à receita, 11,47% na receita administrada no ano de 2000. As deduções médicas representam R\$1,2 bilhão de renúncia tributária no mesmo exercício.

Dados da Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, sobre o ano-base 1996, confirmam que 34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real relativas a despesas com saúde, com renúncia fiscal de 800 milhões. Além disso, na área das pessoas físicas, 2 milhões e 662 mil contribuintes apresentaram despesas médicas de R\$7,4 bilhões, implicando renúncia fiscal de R\$ 726 milhões. É o estado invisível, minimizando recursos para o financiamento público do SUS, a partir de renúncia que financia o setor privado.

DAIN *et alii* (2001, p. 267) sentenciam a respeito do financiamento público com objetivos privados: “Em vista das evidências apresentadas, é possível concluir que os gastos tributários são inócuos, por serem utilizados por famílias de mais alta renda nas suas declarações de renda, e por empresas com elevado faturamento (aquelas que podem pagar alguma modalidade de assistência médica para os seus empregados). Além disso, são concentrados nas regiões mais ricas, onde está a maior rede de serviços que deles se beneficia”.

Os benefícios fiscais concedidos na área do setor saúde não contribuem para a descentralização dos serviços médico-hospitalares brasileiros.

Gostaria de externar aqui um sentimento acumulado na minha experiência de legislador. Paradoxalmente, as mudanças na Constituição (Federal ou Estadual) conseguem mobilizar segmentos envolvidos com o fortalecimento do sistema público e universalista da saúde, mas, em nível infraconstitucional, é freqüente o encaminhamento de proposições legislativas, contempladas pela iniciativa do Executivo ou mediante emendas parlamentares, que têm como objetivo a valorização do segmento representado pela assistência médica supletiva.

É oportuno abordar, para destacar a relevância com os gastos em saúde, especialmente os relacionados com o financiamento público da saúde, é a judicialização da saúde, entendendo tal expressão pela interferência direta do poder judiciário no planejamento da saúde, e que exige uma maior percepção da sociedade brasileira.

Voltamos agora a analisar a descentralização da saúde, sob a ótica federalista, analisando, em conjunto, a relevância de cada ente federado no financiamento público da saúde.

BARROS *et alii* (1996), utilizando a Conta Social Consolidada do IPEA, que mede a despesa da União, observam que na função saúde são incluídos todos os dispêndios de todos os órgãos federais que tenham subprogramas típicos do programa saúde, exceto o subprograma Alimentação e Nutrição; ao valor encontrado, são acrescentadas as demais despesas do Ministério da Saúde, excetuadas as referentes a subprogramas típicos de outras funções sociais, realizadas naquele ministério. Os gastos estaduais e municipais são retirados da informação de André Médici para o IESP/FUNDAP, 1993.

TABELA 15
Evolução dos gastos com saúde nas três esferas de governo
Brasil 1980-1990

US\$ m ilhões de dez/93

Anos	Total		União		Estados		Municípios	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
1980	10964,1	100	8221,3	75,0%	1953,8	17,8%	789,0	7,2%
1981	10355,7	100	7650,1	73,9%	1916,2	18,5%	789,4	7,6%
1982	10735,8	100	7985,5	74,4%	1848,5	17,2%	901,7	8,4%
1983	8824,3	100	6384,2	72,3%	1688,6	19,1%	751,5	8,5%
1984	8919,6	100	6654,8	74,6%	1601,7	18,0%	663,2	7,4%
1985	10691,9	100	7661	71,7%	2016,4	18,9%	1014,5	9,5%
1986	11927,3	100	8201,8	68,8%	2479,7	20,8%	1245,9	10,4%
1987	14286,6	100	11867,2	83,1%	1266,8	8,9%	1152,6	8,1%
1988	12242,3	100	11182,5	91,3%	749,1	6,1%	1809,0	14,8%
1989	16297,3	100	12623,1	77,5%	1891,7	11,6%	1782,5	10,9%
1990	14490,1	100	10539	72,7%	2236,6	15,4%	1714,5	11,8%

Fonte: MÉDICI, 1993.

O comportamento dos gastos em saúde é similar ao dos demais setores sociais: redução na crise de 83/84, recuperação entre 1985 e 1989 e voltando a decrescer em 1990. Na média, o governo federal aportou 75,9% dos recursos, o

estadual reduziu a participação na década, de 17,8% para 15,4%, e o gasto do governo local se elevou de 7,2% para 11,8%.

A Tabela 16 tem o objetivo de verificar o aporte dos entes federados na década 80-90, relacionando-os com a participação percentual no PIB.

TABELA 16
Evolução dos gastos com saúde em relação ao PIB
Brasil 1980-1990

Anos	Total	União	Estados	Municípios
1980	2,34	1,75%	0,42%	0,17%
1981	2,36	1,74%	0,44%	0,18%
1982	2,37	1,75%	0,41%	0,20%
1983	2,14	1,55%	0,41%	0,18%
1984	2,15	1,60%	0,39%	0,16%
1985	2,23	1,60%	0,42%	0,21%
1986	2,27	1,56%	0,47%	0,24%
1987	2,81	2,33%	0,25%	0,23%
1988	2,69	2,31%	0,00%	0,38%
1989	3,26	2,52%	0,38%	0,36%
1990	3,19	2,32%	0,49%	0,38%

Fonte: IPEA (1992); MEDICI (1993).

Os gastos com a saúde em relação ao PIB na década 1980-1990 variaram de 2,14% do PIB em 1983 a 3,26% em 1989, sendo que, para os governos subnacionais, a maior participação é 0,49% (1990). Nos governos locais, houve uma tendência crescente, com pico no último ano da série (0,38% em 1990). Percebe-se aqui uma tendência que vai se consolidar no terceiro milênio: estados e municípios com participação semelhante no financiamento público da saúde.

Em seguida, fazemos uma análise na série histórica considerada, verificando-se o gasto público total com saúde em função da população.

TABELA 17
Evolução dos gastos públicos com saúde – *per capita*
Brasil 1980-1990

Anos	Total		União		Estados		Municípios	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
1980	10964	100	8221,3	75,0%	1953,8	17,8%	789,0	7,2%
1981	10356	100	7650,1	73,9%	1916,2	18,5%	789,4	7,6%
1982	10736	100	7985,5	74,4%	1848,5	17,2%	901,7	8,4%
1983	8824,3	100	6384,2	72,3%	1688,6	19,1%	751,5	8,5%
1984	8919,6	100	6654,8	74,6%	1601,7	18,0%	663,2	7,4%
1985	10692	100	7661	71,7%	2016,4	18,9%	1014,5	9,5%
1986	11927	100	8201,8	68,8%	2479,7	20,8%	1245,9	10,4%
1987	14287	100	11867,2	83,1%	1266,8	8,9%	1152,6	8,1%
1988	12242	100	11182,5	91,3%	749,1	6,1%	1809,0	14,8%
1989	16297	100	12623,1	77,5%	1891,7	11,6%	1782,5	10,9%
1990	14490	100	10539	72,7%	2236,6	15,4%	1714,5	11,8%

Fonte: MÉDICI, 1993.

Aqui um dado surpreendente: na chamada “década perdida”, os gastos públicos com saúde, *per capita*, saltam de US\$92,10 para US\$100,90, o que representa um aumento real de 9,55%.

Apresentamos agora, na Tabela 18, a mesma variável – despesas em ações e serviços públicos de saúde, por ente federado –, utilizando como fonte primária os dados do Siops-MS para 2002 e considerando-se o PIB brasileiro do mesmo ano igual a R\$1.321,4 milhões.

TABELA 18
Despesas em ações e serviços públicos de saúde
por ente federado

Nível de Governo	2002		em milhões correntes
	Valor	%	% PIB 2002 (R\$ 1321,4 bilhões)
Federal	24.737	53,1	1,87
Estadual	10.078	21,6	0,76
Municipal	11.759	25,3	0,89
Totais	46.574	100	3,52

Fonte: MS-SIOPS

Analisando-se o tempo (12 anos), o número de gestões federais (3: Collor/Itamar, FHC, FHC 2º mandato), o novo comando constitucional (Emenda Constitucional nº 29, de 13/9/2000) e a grande quantidade de trabalhos e pesquisas sobre o tema, o resultado é temerário.

O ente federado que tem a maior responsabilidade no crescimento da carga tributária bruta no período (carga tributária total de 28,8% do PIB em 1990 e de 36,63% em 2002) reduz a sua efetiva participação no financiamento público da saúde de 72,7% para 53,1% do PIB.

Os governos subnacionais, que, em 1990, eram responsáveis por 15,4% dos gastos com a saúde pública sobem a sua participação para 21,6%; os governos locais, que, em 1990, aportavam 11,8% dos recursos para financiarem os gastos públicos com a saúde, chegam ao segundo ano do terceiro milênio assumindo 25,3% do financiamento dos gastos públicos com a saúde.

Elaboramos, então, os dados que consolidam a participação dos três níveis de governo, no último quarto de século, no gasto público em saúde.

TABELA 19
Participação de entes federados no gasto público em saúde

	1980	1990	1992	1993	2003
União	75	73	68	72	51
Estados	18	15	14	12	23
Municípios	7	12	18	16	26

Fonte: MS-SIOPS

2.2 Como definir gastos em ações e serviços públicos de saúde?

O ponto central do Capítulo 2 desta tese é certamente um dos temas que mais tem despertado a atenção de todos que “militam” na saúde. No início deste trabalho, na apresentação, destacamos a convicção de que a grande omissão dos/das constituintes de 1988, na área da saúde, foi não ter apresentado com clareza o conceito de “ações e serviços públicos de saúde”, embora o texto constitucional seja rico em elementos que sinalizam a vontade dos legisladores. Fizemos uma comparação com a descoberta da circulação sanguínea em humanos. Galeno, que assistia os gladiadores na antiga Pérgamo, certamente um dos grandes nomes da história da medicina, omitiu a sua fonte de observação, ao constatar que o lado direito do coração recebia sangue de grandes veias que nele se esvaziavam e que, ao contrário do que acreditavam seus antepassados gregos e romanos, as artérias conduziam sangue, e não ar. Mas lamentavelmente insinuou que tais constatações advinham da vivissecção de animais.

Tal omissão e a repetição de experimentos em animais impediu o entendimento do sistema circulatório humano, que veio a se consolidar 14 séculos depois, com William Harvey, que teve a felicidade de escrever a declaração médica mais significativa jamais publicada "... é absolutamente necessário concluir que o sangue se encontra em estado de movimento incessante; que esse ato ou função que o coração desempenha por meio da pulsação, é que essa é a única finalidade do movimento e da contração do coração".

Hoje, parece óbvio, porém para a época a descoberta foi tão ousada que rompeu com todo o conhecimento médico acumulado até aquela data. Novamente inspiro-me nesse acontecimento para explicitar a urgente necessidade de conceituar, para o serviço público, o que são "ações e serviços públicos de saúde".

Passaram-se 19 anos desde a Constituição da República de 1988 e o enigma permanece.

Começamos com a discussão de conceito mais atraente. O que é saúde?

Consultando o bom e velho Aurélio¹⁴, vamos encontrar:

Saúde, do latim *salute*, "salvação", "conservação da vida". Estado do indivíduo cujas formações orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são.

Ainda na mesma linha, a Grande Enciclopédia Larousse Cultural esclarece (p. 5276):

"Saúde, do latim *salus, salutis*. Estado do que é sadio."

Temos também a clássica definição da OMS¹⁵:

"Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade."

Interessante ressaltar que o conceito de saúde e doença tem estado com o homem desde o primórdio da humanidade. Nas origens da civilização, o "ato de curar" e a "magia" se misturavam na figura do médico e sacerdote. CALDER (1970) acredita que o homem encontrado com a máscara de cervo na caverna de

¹⁴ Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 1ª edição, 14ª impressão, Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. Editora Nova Fronteira, p. 1277.

¹⁵ Em 1991 a OMS atualiza o princípio da promoção da saúde, incorporando a questão do desenvolvimento econômico e social. Saúde passa a ser descrita com um estado de bem-estar físico, psíquico e social, em consonância com o meio ambiente. Saúde ambiental como prioridade social.

Trois Frères, 16.000 anos atrás, seja a mais antiga representação do homem curador de enfermidades. Hipócrates de Cós (460 a.C) via o homem como unidade organizada e entendia a doença como desorganização desse estado. Vejamos a visão de alguns pensadores:

MONTAIGNE¹⁶ nos detalha algo mais: “É coisa preciosa a saúde, é a única, em verdade, que merece que em sua procura empreguemos não apenas o tempo, o suor, a pena, os bens, mas até a própria vida; tanto mais que sem ela a vida acaba por tornar-se penosa e injuriosa”.

EMERSON¹⁷ assevera: “Dai-me saúde e um dia, e tornarei ridícula a pompa dos imperadores”.

Na verdade, atualmente, vários autores e escolas se debruçam sobre o tema, sendo que a própria conceituação da OMS, avançada para a época da sua formulação, torna-se ultrapassada¹⁸. Saliendam SEGRE & FERRAZ (1997, p. 539) que não se pode falar em “perfeito bem-estar social”, pois a própria organização social e a condição da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de “mal-estar”. Não existe entre as formas de avaliação externa, disponíveis nas estatísticas de saúde, ferramenta que possa mensurar ou “qualitativar” esse tipo de mensuração. Os autores concluem sua análise com uma indagação: “...pode-se dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade”?

GIOVANELLA (1990, p. 129), ao discutir a abordagem do Planejamento Estratégico em Saúde, de Mário Testa, o autor mais importante do planejamento em saúde na América Latina, considera que: “os fundamentos da proposição de Testa são a compreensão do planejamento como prática histórica, o postulado da coerência que apresenta sua interpretação de problemas de saúde enquanto problemas sociais e sua compreensão e análise do Poder, na sociedade e no setor”. Testa entende saúde como “o jeito de andar a vida” e os problemas de saúde, tanto de situação de saúde como de organização setorial, como problemas sociais complexos nos quais intervêm inúmeras variáveis relacionadas de formas muitas vezes desconhecidas.

¹⁶ MONTAIGNE (1555-1592): Ensaio: “Da Semelhança dos Filhos com os Pais”.

¹⁷ EMERSON (1803-1882): Ensaio: “Natureza”.

¹⁸ Para melhor avaliação do tema, sugiro a leitura: Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades. DONNÂNGELO, M.C.F., 1979.

PAIM & ALMEIDA FILHO (200, p. 44) concordam com a idéia de que o objetivo “não é apenas adicionar anos à vida, mas vida aos anos”, na linha do Relatório Lalonde (Canadá, 1974), caminhando no sentido de objetivar a saúde e, por conta disso, de produzir verdades sobre a saúde.

A Carta de Ottawa, 1986, busca destacar ações sociais para “promoção da saúde e propõe quatro diretrizes: integração da saúde como práticas de políticas saudáveis, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança de estilo de vida”.

LUZ (1991, p. 84) valoriza o conceito de cidadania relacionada à saúde e destaca: “pela primeira vez na história do país, a saúde é vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como discussão social da cidadania”.

MEDEIROS *et alii* (2055, p. 264) salientam que “... a saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais, ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos do conhecimento, nos quais ocorrem transportes, tradução, interpretações, isto é, formas de objetivação que, ao darem sentidos a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco”.

Essa transformação tem sua origem na época da Revolução Industrial, quando os trabalhadores passam a reivindicar em razão da sua nova força política, e a relação entre condições de vida e saúde das populações cria a necessidade de ações governamentais que priorizam o controle e a organização social, permitindo a visibilidade de um novo campo, reconhecido como Medicina Social.

A reforma sanitária brasileira, já comentada no Capítulo I, é alimentadora da Assembléia Nacional Constituinte (ANC), especialmente, a partir da “Oitava”, culminando no comando expresso no art. 196 da Constituição da República de 1988, que determina:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

A regulamentação do dispositivo constitucional ocorreu com a edição da LOS, que, no parágrafo único do art. 2º, esclarece:

“Art. 2º – A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Parágrafo único – O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de risco de doença e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

A LOS no seu art. 3º indica:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização e social do País.”

A Lei nº 8.142/90, que veio estabelecer os requisitos necessários para a transferência de recursos aos estados e municípios, estabelece no parágrafo único do art. 2º:

“Os recursos inferidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.”

Portanto, o comando constitucional e as disposições da LOS não definem com clareza o que são “serviços e ações de saúde”, levando gestores e fiscalizadores da aplicação do recurso público a um conflito interminável.

O mineiro Humberto Souto, quando Conselheiro do Tribunal de Contas da União, se manifestou entendendo que os repasses do SUS são administrados pelo Ministério da Saúde, o que significa dizer que não lhe pertencem, estando apenas sob a sua administração. Tal entendimento, publicado no Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde – Diagnóstico – Ministro Humberto Guimarães Souto, 1999, teve a seguinte lavra:

“As leis nºs 8.080/90, art. 35, e 8.142/90, art. 3º, “caput”, dispõem que os repasses financeiros do SUS, administrados pelo Ministério da Saúde, ao Estados, Distrito Federal e Municípios, deverão ser automáticos e regulares, obedecida a combinação dos seguintes critérios para o estabelecimento dos valores: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo” (Relatório do Programa da Ação na Área da Saúde – Diagnóstico, Ministro Humberto Guimarães Souto, 1999).”

Com relação à abrangência da legalidade para gasto em ações de saúde, o mesmo relatório do TCU sentencia:

“Uma questão que tem suscitado muitas dúvidas entre os gestores locais do SUS e entre os próprios gestores federais, diz respeito às despesas que podem ser enquadradas como de financiamento das ações e serviços de saúde, em atendimento ao parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.142/90.

As principais dúvidas levantadas referem-se ao pagamento de pessoal e despesas administrativas, tais com aluguéis e contas telefônicas; alguns gestores alegam que o texto legal ampara que tais dispêndios sejam realizados com recursos do SUS.

Esses questionamentos surgiram em decorrência da amplitude dos termos da lei: não há definição clara acerca das ações que podem ser implementadas com aqueles recursos. Segundo os analistas existe um vazio normativo nessa área, uma vez que não há ‘detalhamento sobre as ações e os serviços englobados, nem disciplinamento das despesas passíveis de serem realizadas.’”

Em que pese ao entendimento dos analistas, afirmamos que não existe um vazio legal a respeito da natureza dos gastos com os recursos das transferências. Elas se destinam a custear despesas previstas no plano de saúde, conforme determina § 1º do art. 36 da Lei nº 8.080/90, *in verbis*:

“Art. 36 – (...)

§ 1º – Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde – SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária “

Apresentamos argumentação inquietante: saúde como direito social, a União como administradora dos recursos do SUS¹⁹, os estados como articuladores e co-financiadores e os municípios como executores e também responsáveis pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Mas, o que são “ações e serviços públicos de saúde” mesmo? Quem tem a legitimidade da sociedade brasileira para definir não o fez: os(as) constituintes de 1988 deram sinais importantes (art. 197 da Constituição da República: “são de relevância as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação...”) e decidiram como seriam realizadas:

“Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

¹⁹ O SUS, Sistema Único de Saúde, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse Sistema de maneira complementar.

- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo da comunidade;
- III – participação da comunidade.”

A LOS, editada em momento político diferente da Constituição, também nada esclarece. Nesses vácuos surgem resoluções (CNS)²⁰ e instruções normativas (TCEs) que se conflitam.

Antes de discuti-las, já que no caso mineiro o confronto se estabelece ao apagar das luzes de 2003, com a edição da Instrução Normativa n° 11 do TCE-MG, de 17 de dezembro de 2003, analisaremos a Emenda Constitucional n° 29, que ganhou fama como a “emenda da saúde”. Sua publicação no DOU, em 14 de setembro de 2000, iniciou um tempo novo de debate sobre o financiamento do gasto público em saúde, porque alterou de uma única vez seis artigos da Constituição da República, de 1988, além de acrescentar artigo ao Ato das Disposições Transitórias para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde.

Uma reflexão de CARVALHEIRO (1999): “com relação à implementação da política da saúde, na atualidade, identificam-se duas correntes, com paradigmas conceituais distintos: o da saúde pública e o da economia da saúde. O paradigma da saúde pública adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia. O paradigma²¹ da economia da saúde, os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas. Identificam-se como principais agências de formulação desses paradigmas, respectivamente, a Organização Mundial da Saúde, com suas regionais, e o Banco Mundial”. Voltamos então ao surgimento da Emenda Constitucional n° 29, mas, de modo provocativo, citamos Berthold Brecht: “Perguntas à idéia. A quem serves?”

No ambiente da Constituinte, vários parlamentares se movimentaram para incluir no texto constitucional uma vinculação de recursos orçamentários para o financiamento regular do sistema público de saúde, nos moldes do que ficou garantido para a Educação e Pesquisa e Tecnologia, mas, diante da opção de se

²⁰ O Conselho Nacional de Saúde existe desde 1937. O Decreto n° 99.438/90 cria um novo Conselho Nacional de Saúde, constatando-se mais uma ruptura com o passado. Entre suas atribuições propõe a convocação e a organização da Conferência Nacional da Saúde, quadrienalmente, salvo deliberação em contrário do C.N.S.

²¹ Paradigma, segundo KHUM, é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica. É esse compartilhar que distingue o conhecimento científico da crença ou do senso comum.

manter a integridade da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), a estratégia foi abandonada.

Na Constituinte²² a relatoria da Seguridade Social, pelo Senador Almir Gabriel, buscou assegurar o financiamento das políticas sociais em uma “cesta” com multiplicidade de fontes, e não na especialização das fontes. Nos anos 90, com a apropriação pelo Tesouro Nacional das novas contribuições sociais (Cofins, CSLL, Finsocial) ocorreu a completa destruição do Orçamento de Seguridade Social. Em vez do esperado Ministério da Seguridade Social, o Governo Collor optou pela fragmentação em três: Saúde, Bem-Estar Social e Trabalho e Previdência Social.

O próprio Ministério da Saúde foi fragmentado e, incrivelmente, criou-se um Departamento do SUS, análogo à SMS do Inamps: era a volta ao modelo de saúde oriundo da VI C.N.S. (1977), totalmente em confronto com a decisão constitucional. Enfatizamos tal questão porque, ainda nos anos 90, precisamente em 14/9/1998, o Brasil toma conhecimento de entrevista do Sr. George Alleyne, Diretor da OPAS/OMS, que textualmente afirma: “Defendo o fim da gratuidade nos serviços de saúde, em todos os níveis. O Governo deveria oferecer gratuitamente uma “cesta básica” de serviços para toda a população, composta de consultas ambulatoriais, vacinação e programas de saneamento....”.

Em Minas Gerais, os constituintes também buscaram uma vinculação de recursos para a saúde pública e, diante da vedação constitucional, optou-se por uma solução única no federalismo brasileiro: vinculação com as despesas com transportes e sistema viário.

Verifica-se, portanto, que a idéia de vincular recursos para o financiamento da saúde é antiga e perseguida em vários parlamentos.

No Congresso Nacional, em 1993, os Deputados Federais Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires PT/BA apresentaram a primeira proposta de emenda para o setor, a PEC nº 169, cujo relator foi o Deputado Darcísio Perondi (PMDB/RS). A proposta dava nova redação ao art. 198 da Constituição da República de 1988.

“A União aplicará anualmente, na implementação do SUS, nunca menos de 30% das receitas de contribuições sociais que compõem o OSS e 10% da receita de impostos.”

“Os estados, Distrito Federal e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do SUS, nunca menos de 10% das receitas resultantes de

²² O processo de marchas e contramarchas do texto oriundo da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com ênfase no processo decisório, é analisado por Rodrigues Neto na obra “A via do Parlamento”, organizada por Fleury, S. (1997).

impostos.” O relator alterou a vinculação para 30% do OSS, não a restringindo mais às receitas das contribuições sociais.”

Em seguida, o Deputado José Aristodemo Pinotti (PMDB/SP) apresentou PEC estipulando 5% do PIB do ano anterior.

Em 1995, o Deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG) apresentou a PEC 82A, vinculando os recursos financeiros da Cofins e da CSLL à saúde.

Um acordo acertou²³ a fusão das emendas, o que acelerou o processo legislativo. O Deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA) e o Senador Antônio Carlos Valadares (PSB/BA) foram os relatores no Congresso, e, finalmente, em 13 de setembro de 2000, com o Deputado Michel Temer presidindo a Mesa da Câmara dos Deputados e o Senador Antônio Carlos Magalhães presidindo a Mesa do Senado Federal, a emenda foi promulgada, alterando os arts. 34, 35, 156, 180, 167 e 198 da Constituição da República e acrescentando artigo ao ADCT. Em 14 de setembro de 2000 foi publicada no DOU.

A Emenda Constitucional nº 29, ou emenda da saúde, começa então a freqüentar todos os debates. Remédio eficaz ou placebo ingênuo? Assimétrica ou eqüitativa?

Vamos aos fatos:

1) Na época da apresentação da PEC-82, 1995, o gasto federal em saúde foi de US\$16,2 bilhões, com um dispêndio *per capita* de US\$104,10, representando mais que o dobro do aplicado em 1992. É o que mostra a Tabela 20.

TABELA 20
Gasto Federal em Saúde
Brasil 1987-1995

Ano	US\$ bi	US\$ <i>per capita</i>
1987	10,9	80,3
1988	10	72,1
1989	11,3	79,7
1990	9,5	65,9
1991	7,9	53,9
1992	6,6	44,3
1993	7,5	49,6
1994	10,4	67,9
1995	16,2	104,1

Fonte: Ministério da Saúde.

²³ Tecnicamente no âmbito do legislativo, a solução é a formulação de um “substitutivo” que ganha preferência na pauta de votação. Após intensa negociação a PEC 82 foi aprovada na Câmara, em votação de 2 turnos e tramitou no Senado como PEC 86-A.

2) No mesmo ano, o aporte de duas contribuições sociais (Finsocial/Cofins) e CSLL correspondeu a 69,3% da participação das fontes.

TABELA 21
Evolução da participação das fontes de financiamento da saúde
Brasil: 1992-1999

Fontes	(%)							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários do Tesouro (100)	12,1	18	0,6	3,1	0,2	1	10,8	14,7
Títulos do Tesouro e Operações de Crédito (144-149)	0,3	10,7	3,3	10,2	11,5	2,8	0,5	2,2
Receitas Próprias (150)	0	0	1,9	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5
Contribuição sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica (151)	1,4	15,8	17	20,2	20,8	19,3	8	13,3
FINSOCIAL/COFINS – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (153)	30,2	38,1	40,9	49,1	42,5	25,9	26	26,6
Contribuição sobre a Folha de Salários (154)	55,9	17,4	0	0	0	0	0	0
CPMF – Contribuição sobre a Movimentação Financeira	0	0	0	0	0	27,8	37	22,6
Fundo Social de Emergência (199)	0	0	33,2	11,9	17,7	19,5	13,3	14,2
Outros	0,1	0	3	3,1	3,9	0,8	0,9	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIDOR/SIAFI

Algumas observações são pertinentes:

- a) a elevada participação dos Títulos do Tesouro e Operações de Crédito, nos anos de 1995 (10,2%) e 1996 (11,5%), deve-se principalmente, aos empréstimos contraídos junto ao FAT;
- b) a partir de 1997, com o recolhimento da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, criada com o objetivo de ser uma fonte de recursos adicionais, observa-se uma contração dramática das outras fontes que tradicionalmente financiavam o setor saúde;
- c) o Fundo Social de Emergência, criado em 1994, e rebatizado como Fundo de Estabilização Fiscal, estreou aportando 33,2% dos gastos e, nos últimos anos da década, foi responsável por 14%.

Ainda com o objetivo de permitir ao leitor conhecer a série histórica da década que antecede a Emenda Constitucional nº 29, vamos analisar a composição das fontes de financiamento do Ministério da Saúde.

TABELA 22
Evolução da participação das fontes de financiamento da saúde
Brasil: 1993-1999

(Em R\$ milhões de dez. 99)

Fontes	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	1.376,30	156,10	703,20	38,30	237,30	2.285,30	3.201,40
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2.319,80	251,90	587,30	648,20	648,20	98,30	165,90
Operações Crédito Internas – Moeda	401,50	-	1.704,00	1.598,10	-	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	71,20	187,30	237,60	165,40	115,90	223,60	315,70
Recursos Diretamente Arrecadados	155,00	333,40	542,60	484,30	560,70	548,30	753,30
Contribuições Sociais	10.337,30	8.551,10	15.465,60	12.268,20	16.984,90	15.043,30	13.621,30
Contribuição Lucro PJ	1.644,20	2.013,70	4.503,30	4.022,20	4.491,90	1.690,30	2.903,20
Contribuição Social p/ Fin. Seg. Social	3.868,50	5.316,70	10.962,30	8.246,10	6.025,70	5.501,30	5.797,90
Contribuição Empr. E Trab. P/ Seg. Social	4.864,70	-	-	-	-	-	-
Contribuição Prov. s/ Movimentação Financeira	-	-	-	-	6.467,30	7.851,80	4.920,10
FINSOCIAL – Rec. Dep. Judiciais	-	1.180,70	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	5.745,80	2.665,20	3.422,90	4.530,90	2.814,00	3.085,30
Demais Fontes	684,20	413,20	393,30	725,40	155,30	156,70	648,20
Total	15.385,40	15.598,70	22.298,90	19.350,80	23.233,10	21.169,50	21.791,10

Fonte: SIDOR/SIAFI Elaboração: IPEA/DISOC

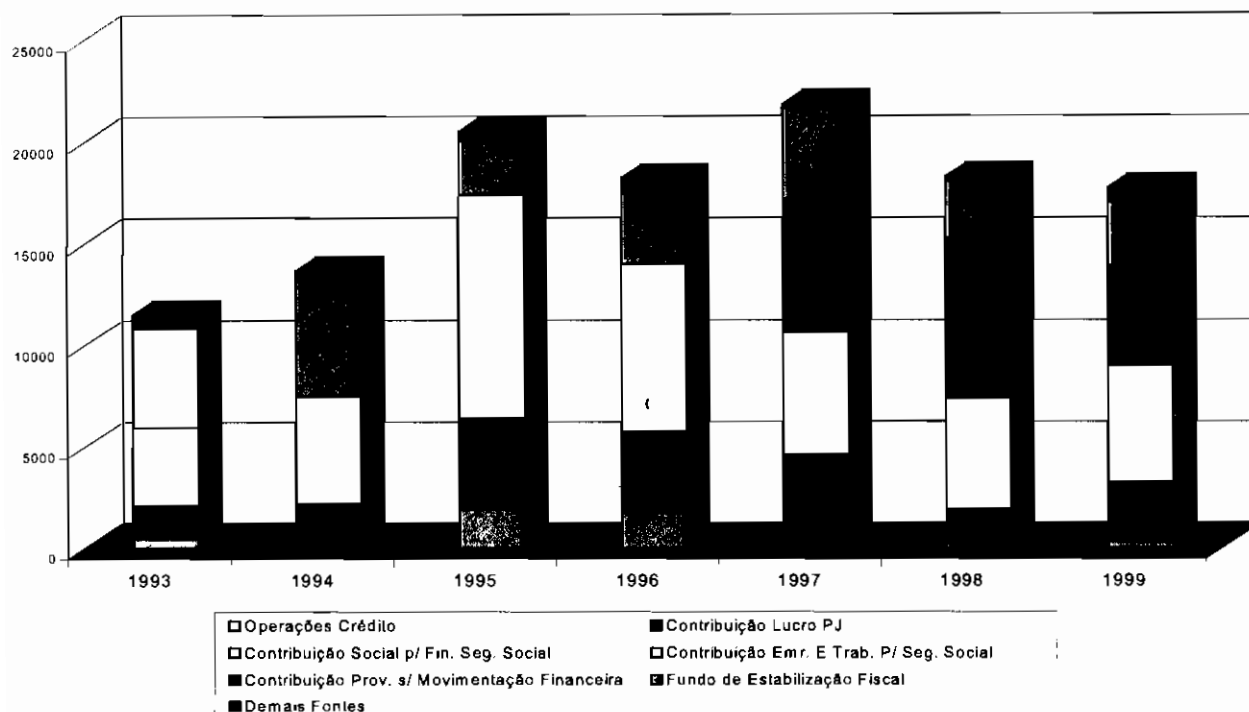
Observamos que, em 1993, a participação das Contribuições Sociais correspondia a 71,3% do financiamento do Ministério da Saúde, sendo que contribuição advinda da folha de salários correspondeu a 17,4% dos dispêndios da saúde.

Aliás, esta foi a participação derradeira desta última fonte. Na série analisada, no ano de 1997 as Contribuições Sociais corresponderam a 73,10% do financiamento do Ministério da Saúde (maior pico).

Oportuno destacar que a CPMF criada em 1996 era vinculada à saúde e assim permaneceu até o ano de 1998. Quando foi reprovada, em 1999, a alíquota original de 0,20% elevou-se para 0,38%, adicionando 0,18% para a Previdência Social.

Vamos, no Gráfico 16, demonstrar as variações dos componentes do financiamento do Ministério da Saúde, para permitir uma melhor visualização, às vésperas da decisão de acolher a Emenda Constitucional nº 29

GRÁFICO 16
Evolução das fontes de financiamento
Brasil: 1993-1999



A nossa convicção, pela experiência na FFO-ALMG de acompanhar a execução orçamentária, é que o Poder Executivo, ao alternar a fonte de financiamento, dissimula qualquer expectativa de vinculação orçamentária, já que sabemos que o engessamento de uma fonte de financiamento é, *a priori*, rejeitado pelos planejadores de orçamentos públicos.

Ainda nessa linha de execução orçamentária, cabem dois comentários:

- a) obedecido o preceito de que a CPMF veio para “ajudar” o financiamento da saúde e considerando que o aporte das demais fontes tivesse permanecido inalterado, o Ministério da Saúde teria um dispêndio de R\$27,12 bilhões em 1998 (contra o realizado, de 21,16 bilhões) e de R\$24,3 bilhões em 1999 (contra os R\$21,79 bilhões assinalados).
- b) freqüentemente o Executivo “não paga” todas as despesas com empenho liquidado em um exercício financeiro, postergando o seu pagamento. Daí o cuidado de se aferirem as “despesas líquidas” do exercício para não incorrer em erro de contabilizar o “empenho liquidado” que, na verdade não foi pago.

Uma maneira de minimizar o problema é calcular o gasto pelo “regime de competência”, isto é, somar a despesa líquida de um ano com as despesas de exercícios anteriores, do ano seguinte.

Em Minas Gerais, tal prática se mostrou relevante em alguns anos, levando o legislador a modificar a LDO.

Nesta tese, em todos os cálculos, o dado apresentado, salvo especificação em contrário, refere-se ao “líquido”, isto é, efetivamente empenhado, liquidado e pago. Exemplo:

TABELA 23
Regime de competência – Ministério da Saúde
Brasil: 1993-1999

	Despesas de Exercícios Anteriores (a)	Despesas Liquidadas do Exercício (b)	Empenho Liquidado	Regime de Competência
1993	1.624.465,00	13.760.898,00	15.385.363,00	14.030.155,00
1994	269.257,00	15.329.489,00	15.598.746,00	16.582.185,00
1995	1.252.697,00	21.046.217,00	22.298.914,00	22.338.126,00
1996	1.291.909,00	18.058.905,00	19.350.814,00	20.991.232,00
1997	2.932.326,00	20.300.803,00	23.233.130,00	20.797.483,00
1998	469.680,00	20.672.826,00	21.169.506,00	21.664.125,00
1999	991.298,00	20.799.793,00	21.791.091,00	20.799.793,00

Fonte: SIDOR/SIAFI Elaboração: IPEA/DISOC

Com o objetivo de facilitar a comparação com relação à PEC/Pinotti, que idealiza a vinculação do financiamento da saúde pública com o PIB, apresentamos a Tabela 24.

TABELA 24
Ministério da saúde gasto total, *per capita* e proporção do PIB
Brasil: 1993-1999

Ano	R\$ milhões ¹ Constantes Dez./99	Índices	<i>Per capita</i> R\$ de Dez./99	% PIB
1993	15.385,4	100,0	102	2,11%
1994	15.598,7	101,4	102,02	2,15%
1995	22.298,9	144,9	143,89	2,31%
1996	19.350,8	125,8	123,19	1,85%
1997	23.233,1	151,0	145,92	2,14%
1998 ²	21.169,5	137,6	131,18	1,94%
1999	21.791,1	141,6	132,92	1,88%

Fonte: SIAFI/SIDOR, Elaboração IPEA/DISOC.

Nota:

¹Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV.

² Não incluído valor de R\$ 1 782 milhões correspondente à dívida do Ministério da Saúde, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

Considerações:

- a) o maior dispêndio ocorreu em 1995, antes da vigência da CPMF;
- b) em 1993, 1995 e 1996 o Ministério da Saúde tomou empréstimo com o FAT para pagamento da assistência médico-hospitalar;
- c) a execução orçamentária de 1998 seria próxima à de 1997, em razão de dívida do Ministério da Saúde diretamente amortizada pela STN/MF;
- d) o critério é o “empenho liquidado”.

Agora que já temos os elementos históricos e os dados de financiamento do Ministério da Saúde nos anos 90, passemos a verificar o texto constitucional introduzido pela redação final das PECs mencionadas, que vieram a constituir a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Observa-se que a Emenda Constitucional nº 29, ao contrário de propostas anteriores, não buscou no âmbito dos recursos da União a vinculação de fontes ou de um percentual do OSS à área da saúde. Determinou, para o Governo Federal, a obrigatoriedade de aplicação de um patamar mínimo de recursos, variável no tempo, com base na variação do PIB²⁴.

“Art. 77 – Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

- a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
- b) do ano 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal de Produto Interno Bruto – PIB.

Tal comando constitucional determinou uma série de reflexões sobre essa nova forma de financiar a saúde pública no Brasil. DAIN (2001, p. 135) reconhece que ...” o estabelecimento de fontes estáveis para a saúde é essencial para o planejamento de suas ações, enquanto a continuidade dos gastos é a maior garantia de afirmação de um sistema baseado no financiamento público e na cobertura universal”. Mas em seguida adverte: “Se é verdade que a vinculação tem o inegável mérito de comprometer efetivamente as três esferas de governo com a universalização da saúde, além de atenuar a usual instabilidade da receita,

²⁴ PIB. A expressão usada preferencialmente no Brasil e na Grã-Bretanha, é o valor de toda a produção de bens e serviços ocorridas dentro das fronteiras do país, sem considerar a nacionalidade dos que se apropriaram dessas rendas, sem descontar rendas eventualmente enviadas ao exterior e sem considerar as recebidas do exterior, daí o qualificativo “interno”. O PNB (produto nacional bruto), preferido por autores dos Estados Unidos, considera as rendas recebidas do

e nesse sentido constitui um avanço e uma promessa de defesa do Orçamento da Saúde, é bom lembrar que, no plano federal, procedeu-se ao esvaziamento definitivo do Orçamento da Seguridade Social, com a desvinculação das contribuições federais ao Orçamento da Saúde”.

DAIN (2001, p. 136) completa: “A solução de compromisso encontrada para viabilizar a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 se desdobra, entretanto, em três problemas. O primeiro deles é o virtual abandono do Orçamento da Seguridade, instituído a partir da Constituição de 1988, para o qual deveriam convergir maiores recursos e do qual nasciam programas de gasto que diluíam a hierarquização de direitos sociais prévia, que priorizava os direitos dos contribuintes diretos vis-à-vis os direitos da cidadania. Deve-se lembrar que foi justamente com o sentido da universalização de direitos que nasceu e cresceu o financiamento baseado em contribuições sociais dissociadas de benefícios individuais”.

O segundo, daí decorrente, é que “a União passou a beneficiar-se do dinamismo dessas contribuições, sem a ele associar a expansão de gastos sociais da Seguridade. O argumento de que tais contribuições sociais, por aberrantes, não são adequadas ao financiamento de programas que requerem a estabilidade da receita não procede. De um lado, porque existem alternativas sólidas para a reforma das contribuições sociais, capazes de atenuar suas distorções sem prejuízo da receita. De outro, porque todo o movimento da União é de consagrar definitivamente a CPMF no campo de tributos da União, além de continuar explorando a Cofins”.

Finalmente, não menos relevante é lembrar que “o segmento da população mais vulnerável ao prolongado “ajuste” recessivo, de fato a mais consistente direção da política econômica brasileira nas últimas décadas, será por ele duplamente vitimado, em caso de baixo dinamismo do PIB, dada a sua adoção como indexador do gasto federal de saúde”.

Aditamos duas outras preocupações com relação ao texto aprovado: primeiro, ao estipular o indexador do PIB como referência do gasto em saúde para a União e percentuais da arrecadação para os governos subnacionais e locais, a Emenda Constitucional nº 29 aprofundou a assimetria verificada no

Exterior por nacionais do país e desconta as que foram apropriadas por nacionais de outros países, daí o qualitativo “nacional”. Logo temos a equação: PIB + renda recebida do exterior – renda enviada ao exterior = PNB.

federalismo brasileiro, obrigando entes com menor poder tributário a participarem mais intensamente no esforço convergente do financiamento público de saúde; em segundo lugar, frustrou a expectativa de corrigir a omissão dos/das constituintes de 1988, que não explicitaram o conceito de “ações e serviços públicos de saúde”. Outras questões operacionais decorrentes são: no cálculo do montante empenhado em 1999 vai-se optar pelo valor da despesa federal com saúde (aplicação do Ministério da Educação com os hospitais universitários, gastos com a manutenção da saúde no Distrito Federal, recursos com os Hospitais das Forças Armadas) ou a referência seca é o dispêndio do Ministério da Saúde?

A questão tem implicações práticas na edição das leis orçamentárias, notadamente se nos ativermos à sazonalidade das LDOs e LOAs, isto é, são leis com data de início de vigência e terminalidade óbvia por perda do objetivo.

O Ministério da Saúde tem atuado para a operacionalização da EC-29, buscando em seminários, com a participação da Atricon, CNS, Conasems e STN, a formação de um consenso. É uma longa discussão, pois os interesses são conflitantes: gastos com políticas de alimentação, serviços públicos de saúde para clientela fechadas tais como assistência médica a servidores estaduais e municipais, hospitais universitários mantidos por fundações municipais e ou estaduais, despesas com saneamento, com a remuneração dos inativos do setor saúde. A votação da lei complementar para regulamentar a EC-29 é o ideal para o esclarecimento do conceito que não quer calar: o que são as ações e serviços públicos de saúde?

Outra questão operacional que tem despertado atenção é a decorrente da expressão “valor apurado” no art. 77, I, b, da EC-29. Se a redação final da EC-29 tivesse repetido a expressão “valor empenhado” não haveria dúvidas. É termo reconhecido na contabilidade pública. Na nossa opinião, a expressão foi usada no sentido de “empenhado” e, como tal, à semelhança do que ocorreu para o ano 2000, a base de cálculo é o volume efetivamente aplicado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao respectivo piso mínimo calculado; tal entendimento é defendido pelo MS, CNS e TCU. Porém, fontes do MF, AGU e MPOG alegam que “apurado” é o calculado, isto é, uma base fixa representada pelo valor mínimo do ano anterior, acrescido de 5% e corrigido pela variação nominal do PIB.

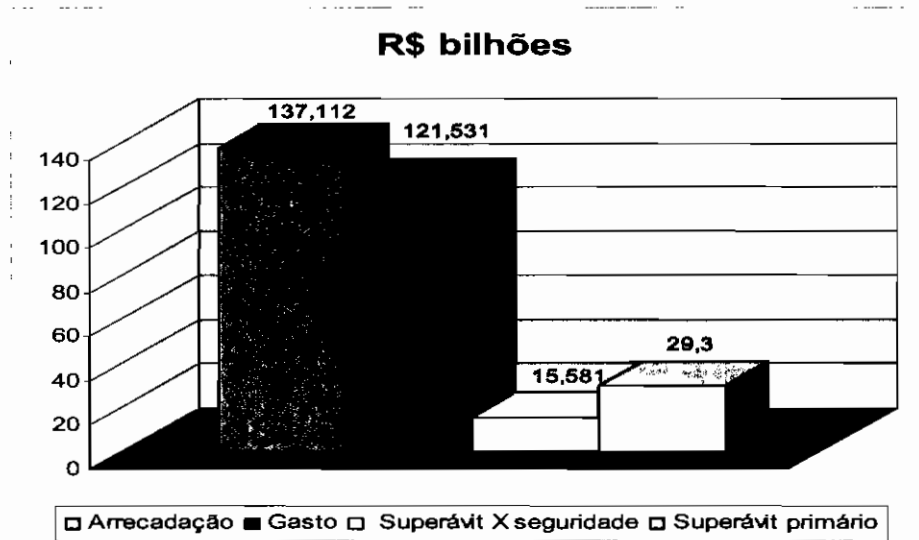
O Governo Federal tem sido dúbio na questão. A Mensagem Presidencial de 2004 que contém a LOA adota a base móvel, mas na LDO de 2005 o governo, por orientação do MPOG, vetou o dispositivo da base móvel e retornou ao critério da “base fixa”.

O orçamento do ano 2000 torna-se, portanto, especialmente interessante para a resposta a essas indagações.

DAIN (2000, p. 135) identifica: “O exame da apropriação de recursos do Orçamento da Seguridade Social em 2000 revela o peso do represamento pela União de sua receita vinculada. Para uma arrecadação total de R\$137 bilhões, os gastos previstos no OSS para o mesmo ano chegam a R\$121,5 bilhões. Há, portanto, um superávit de mais de R\$15,8 bilhões que são repassados ao OGU, representando mais de 50% do superávit total de R\$29,3 bilhões. Os dados de despesas que constam do Orçamento da Seguridade incluem os pagamentos com benefícios previdenciários da ordem de R\$61 bilhões, gastos com saúde, que perfazem R\$16 bilhões e, sobretudo, gastos com encargos previdenciários da União (EPU), que alcançaram R\$ 23 bilhões”.

É o que podemos constatar no Gráfico 17.

GRÁFICO 17
Seguridade versus superávit no orçamento
Brasil: 2000



Fonte: DAIN (2001, p. 136)

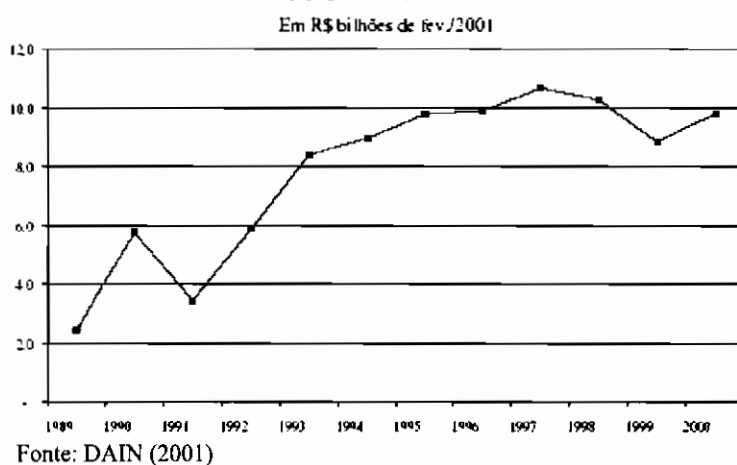
Analisando as contribuições sociais no período 1989-2000, DAIN (2001, p. 137) concorda que “é fácil demonstrar que o dinamismo das contribuições sociais

dependeu daquelas que têm por base o faturamento, já que a Contribuição Social sobre o lucro das empresas, que depende de seu resultado econômico, tem natureza mais periódica e apresenta menos dinamismo no período recente”.

NORONHA & SOARES (2001), ao analisarem a política de saúde no Brasil nos anos 90, também concordam que a Emenda Constitucional nº 29 “é mais um exemplo da capacidade de distorcer propostas antes defendidas pelos setores progressistas e transformá-las em estratégias convenientes para o projeto neoliberal. Mais uma vez, sob a aparência de que os recursos para a saúde aumentarão, e concebendo de forma distorcida uma aspiração de vinculação de recursos, o Governo Federal perpetra mais uma “reengenharia”, reduzindo a sua obrigação e repassando aos estados e municípios a responsabilidade maior no financiamento do setor saúde”. Mas os autores não perdem a esperança e, no final do artigo, sentenciam: “A reforma sanitária brasileira ainda é jovem e encontrará forças para avançar. A construção de um Brasil mais justo e saudável continuará ser a sua inspiração primordial”.

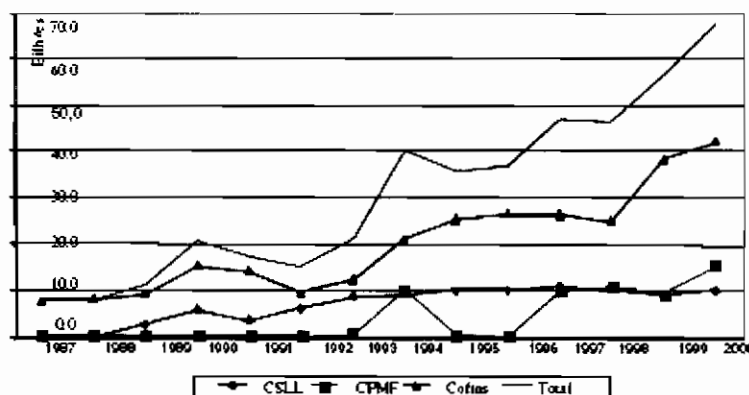
A análise do Gráfico 18, que mostra a evolução da CSLL no período 1989-2000, revela que tal fonte saltou de R\$2,2 bilhões em 1989 para cerca de R\$10 bilhões em 2000.

GRÁFICO 18
Contribuição social sobre o lucro líquido – CSLL
Brasil: 1989-2000



DAIN (2001, p. 138) demonstra que a CPMF no final do período analisado já é mais vultosa do que a CSLL, enquanto a Cofins confirma a sua liderança, aportando mais de R\$40 bilhões no ano de 2000. Confira no Gráfico 19.

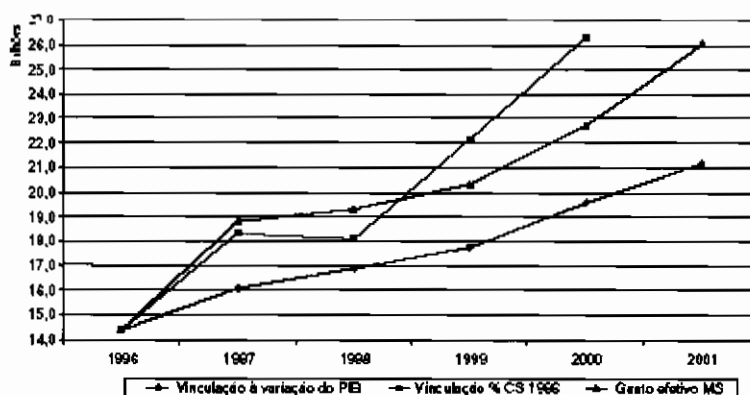
GRÁFICO 19
Evolução da CSLL, CPMF e Cofins
Brasil: 1987-2000



Fonte: DAIN (2001).

Finalmente, o Gráfico 20, importado de DAIN (2001, p. 138), relaciona o gasto do Ministério da Saúde, em cenários de vinculação à variação do PIB, CSLL, CPMF e Cofins.

GRÁFICO 20
Gasto do MS *versus* cenário de vinculação à variação do PIB *versus* cenário de vinculação da CSLL, CPMF e Cofins à relação % existente em 1996 (39,17%)
Brasil: 1996-2001



Fonte: DAIN (2001).

Nota: 2000 e 2001 estimados.

Tal estudo é conclusivo em termos do impacto negativo da desvinculação do gasto federal em saúde às contribuições sociais. Caso, no período 1996 a 2000, estivesse em vigor a Emenda Constitucional nº 29, os aportes fiscais ao Ministério da Saúde seriam inferiores ao efetivamente realizado no mesmo período; caso ocorresse vinculação com as contribuições sociais, o dispêndio

seria, no ano de 2000, superior a R\$26 bilhões, cerca de R\$ 4 bilhões a mais do que o realizado.

Com o mesmo senso crítico de estudar o impacto da vinculação constitucional de recursos ao financiamento da saúde, BENEVIDES & ABREU (2005), do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, apresentaram trabalho analisando o comportamento da despesa pública em ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo e de suas fontes de receita no período de 1995 a 2002 e fazem estimativas para a receita disponível para o SUS no período 2003-2007, a partir da consolidação da Emenda Constitucional nº 29.

Os autores utilizaram como metodologia para o período 1995-2007 os valores convertidos para preços de 2003 pelo índice de variação dos preços médios medidos pelo IPCA-IBGE; População e PIB até 2002 pelo IBGE e estimativas publicadas pelo IPEA (Boletim de Conjuntura/2003) para os anos de 2003 e 2004.

Após 2005, o PIB foi estimado com base nos parâmetros de inflação – utilizada como proxy do deflator implícito do PIB e crescimento real utilizados no Plano Plurianual (PPA) 2004-2007.

A Tabela 25 contempla a estimativa de despesa total da União em ações e serviços públicos de saúde, verificando-se que a despesa cresceu 13,2% entre 1995 e 2000, sendo que, em relação ao PIB, não ocorreu alteração significativa (1,89% do PIB em 1995 para 1,87% em 2002, com estimativa de 1,78% do PIB, em 2003 e 1,90% do PIB em 2004)

TABELA 25
Despesa da União com ações e serviços públicos de saúde
Brasil: 1995-2003

R\$ de 2003					
Ano	R\$ milhões de 2003	% do total	Índice de 2000	R\$ por hab	% do PIB
1995	23.809	62,4	86,0	146	1,89
1996	20.425	58,3	75,5	127	1,59
1997	23.271	61,8	88,0	146	1,78
1998	22.745	57,6	84,1	137	1,67
1999	26.113	61,3	96,5	156	1,88
2000	27.051	59,8	100,0	159	1,85
2001	27.960	56,2	103,4	162	1,87
2002	28.377	52,9	104,9	162	1,87
Estimativa 2003	27.782	49,1	102,7	157	1,78
1995-2003	Variação %	19,4	19,4	7,3	-5,9
	Var. Anual %	2,2	2,2	0,9	-0,8
1995-2000	Variação %	16,2	16,2	8,6	-2,2
	Var. Anual %	3,1	3,1	1,7	-0,4
2000-2002	Variação %	4,9	4,9	2,2	1,3
	Var. Anual %	2,4	2,4	1,1	0,6
Variação % 2002-2003		-2,1	-2,1	-3,3	-5

Fonte: SPO/SE/MS

A Tabela 26 estima o aporte da União para o SUS, considerando-se os três cenários propostos pelas PECs analisadas no Congresso e que foram sintetizadas na Emenda Constitucional nº 29.

TABELA 26
Estimativas da receita da união para o SUS:
cenários em face das PECs avaliadas
Brasil 2003-2007

Ano	Cenário A - Variação Nominal do PIB				Cenário B - 30% do Orçamento da Seguridade Social				Cenário C - 10% das Receitas Correntes			
	R\$ Milhões 2003	Índice 2003-100	Por Hab	% do PIB	R\$ Milhões 2003	Índice 2003-100	Por Hab	% do PIB	R\$ Milhões 2003	Índice 2003-100	Por Hab	% do PIB
2003	27.782	100	157	1,78	27.782	100	157	1,78	27.782	100	157	1,78
2004	30.694	110	171	1,9	30.694	110	171	1,9	30.694	110	171	1,9
2005	32.429	117	179	1,93	65.656	236	362	3,92	39.873	144	220	2,38
2006	33.889	122	185	1,93	68.610	247	374	3,92	41.667	150	227	2,38
2007	35.414	127	191	1,93	72.041	259	388	3,92	43.750	157	236	2,38
Variação 2003-2007	27,5	27,5	21,4	8,3	159,3	159,3	147	120,2	57,5	57,5	50	33,7
Variação anual média	6,3	6,3	5	2	26,9	26,9	25,4	21,8	12	12	10,7	7,5

1) Valor deflacionado pela Variação dos Preços Médios do IPCA/IBGE.

Observa-se que no cenário "A", correção pela variação nominal do PIB, as despesas da União na vigência do PPA 2004/2007 se estabilizam em torno de

1,93% do PIB. A despesa da União, por habitante, chegaria a R\$197,00 em 2007. O grande risco é uma inflação brutal e constante durante mais de dois anos.

No cenário “B”, idealizado na ANC com 30% do OSS, teríamos uma estabilização em 3,92% do PIB, garantindo cerca de R\$388,00, por brasileiro/ano, no financiamento do SUS.

No cenário “C”, com a fixação de 10% das receitas correntes, idealizado da simetria federativa no financiamento da saúde (mesmo critério para os três entes federados), a despesa da União com os serviços e ações de saúde alcançaria o patamar de 2,38% do PIB, garantindo R\$236,00 *per capita* no final do PPA, ou seja, no corrente ano.

A assimetria no financiamento do SUS pela federação (União, Distrito Federal, estados e municípios) se revela por inteiro quando analisamos a elevação do aporte dos governos subnacionais (40,4% em termos reais, entre 2000 e 2002, com taxa média anual de 18,5%), saltando, em relação ao PIB, de 0,60% do PIB no período pré-vinculativo para 0,78% do PIB no ano de 2002. A estimativa para a co-participação dos estados, com o cumprimento mínimo do comando constitucional, indica o comprometimento de 1,1% do PIB a partir de 2004.

Tais fundamentos são demonstrados na Tabela 27.

TABELA 27
Despesas estaduais com ações e serviços públicos de saúde
Brasil: 1995-2003

Em R\$ de 2003 (IPCA/IBGE)

Ano	Receta de Impostos inclusive 1 transl. Const e Legais (R\$ milhões de 2003)	Percentual da RI aplicada em ASPS	Despesa com ASPS RS milhões de 2003	Índice 2000 - 100	RS por Hab	% do PI B	
1995	86.050	7,8	6.725	80,1	42,0	0,55	
1996	86.038	8,6	7.432	88,6	46,0	0,58	
1997	91.176	7,8	7.110	84,7	43,0	0,53	
1998	95.912	8,6	8.281	98,7	50,0	0,61	
1999	101.263	7,3	7.348	87,6	44,0	0,53	
2000	117.375	7,1	8.392	100,0	49,0	0,57	
2001	125.091	8,2	10266	122,3	6,0	0,69	
2002	132.163	8,9	11784	140,4	67,0	0,78	
Estimativa 2003	136.201	10,6	14424	171,9	82,0	0,92	
1995-2003	Variação %	58,3	35,5	114,5	114,5	92,8	69,1
	Var. Anual %	5,9	3,9	10	10,0	8,6	6,8
1995-2000	Variação %	36,4	-8,5	24,8	24,8	16,6	5
	Var. Anual %	6,4	-1,8	4,5	4,5	3,1	1
2000-2002	Variação %	12,6	24,7	40,4	40,4	36,8	35,6
	Var. Anual %	6,1	11,7	18,5	18,5	17,0	16,4
Variação % 2002-2003		3,1	18,8	22,4	22,4	20,8	18,8

Fonte: 1995 a 2000: SIOPS - Dados coletados dos Balanços Estaduais; 2001 e 2002. SIOPS 2003: estimativa EC-29

Analisando-se o comportamento dos municípios na co-participação do financiamento dos serviços e ações de saúde, conclui-se que o perfil da evolução é semelhante ao dos estados. Verifica-se uma elevação das despesas municipais, no conjunto dos 5559 municípios brasileiros, de 38% (taxa média anual de 17,5%), saltando de 0,59% do PIB em 1995 para 0,89% em 2002, com previsão de 0,92% a partir de 2003. Tal consolidação é mostrada na Tabela 28.

TABELA 28
Despesas municipais com ações e serviços públicos de saúde
Brasil: 1995-2003

Em R\$ de
2003
(IPCA/IBGE)

Ano		Receita de Impostos inclusive 1 transf. Const e Legais (R\$ milhões de 2003)	Percentual da RI aplicada em ASPS	Despesa com ASPS R\$ milhões de 2003	Índice 2000 -100	RS por Hab	% do PI B
1995		54.562	13,3	7.276	74,5	46,0	0,59
1996		54.555	13,1	7.165	73,4	44,0	0,56
1997		57.813	13,2	7.638	78,2	47,0	0,57
1998		60.816	13,9	8.436	86,4	51,0	0,62
1999		64.209	14,3	9.171	93,9	55,0	0,66
2000		74.731	13,1	9.766	100,0	57,0	0,67
2001		78.522	14,7	11.515	117,9	67,0	0,77
2002		84.870	16	13.476	138,0	77,0	0,89
Estimativa 2003		86.870	16,6	14.404	147,5	81,0	0,92
1995-2003	Varição %	59,2	24,3	98	98,0	78,0	56,1
	Var. Anual %	6	2,8	8,9	8,9	7,5	5,7
1995-2000	Varição %	37	-0,2	34,2	34,2	25,4	12,9
	Var. Anual %	6,5	-0,4	6,1	6,1	4,6	2,5
2000-2002	Varição %	12,8	22,3	38	38,0	34,4	33,2
	Var. Anual %	6,2	10,6	17,5	17,5	15,9	15,4
Varição % 2002-2003		3,1	3,7	6,9	6,9	5,5	3,7

Fonte: 2000 a 2002: SIOPS; 2003 Estimativa com o cumprimento da EC 29.

Dados coletados dos Balanços Estaduais; 2001 e 2002: 29.

Piola e Biasoto (2002) 1996 a 1999. Estimativa a partir de dados de 1995 a 2000.

Registramos aqui nova assimetria federativa. Em que pese ao aporte praticamente igualitário de estados e municípios no financiamento dos serviços e ações da saúde pública (crescimento da receita após a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, para 2002 de 40,4% dos estados e 38,0% dos municípios, partindo de patamares referidos ao PIB próximos, 0,57% do PIB para estados e 0,67% do PIB para os municípios), verifica-se, com a informação das Notas Técnicas 50 e 51 da Secretaria da Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, que o atendimento ao previsto constitucional decorrente da Emenda Constitucional nº 29 é diverso: 37% dos estados cumprem o texto (10 entre 27 estados). Para os municípios, é o contrário: 73% atendem o comando constitucional, no levantamento para 2002. Intrigante, não? Vamos tentar desvendar esse mistério. Inicialmente, vamos ao texto da Emenda Constitucional nº 29 para vinculação dos recursos de estados e municípios:

“Art. 177 – (...)

II – no caso de Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que

tratam os arts. 157 e 159, inciso I, “a”, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e”

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I, “b” e § 3º.

§ 1º – Os Estados, Distrito Federal e os Municípios que aplicarem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º – Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º – Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União com a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo Social que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º – Na ausência de lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.”

Não há, portanto, no texto constitucional, qualquer comando que justifique um comportamento tão diferente. A verdadeira razão, na nossa opinião, está na influência dos Executivos estaduais em utilizar a “mão invisível” e produzir textos legislativos subnacionais e instruções normativas dos respectivos Tribunais de Contas que interpretem *sensu lato* o conceito de ações e serviços públicos de saúde. Nos Capítulos 4 e 5, vamos detalhar o assunto ao estabelecer o cotejo entre o PPAG (Plano Plurianual de Ação Governamental de Minas Gerais, 2004/2007) com as respectivas LDOs e LOAs, além do estudo comparativo da Resolução nº 322 do CNS com a instrução normativa do TCE-MG.

Nessa empolgante questão, o TCU lavrou o Acórdão 957/2005, de 13 de julho de 2005. Manifestando-se sobre a Emenda Constitucional nº 29, acordou:

- 1) o método considerado correto para o cálculo do piso mínimo de aplicações em Ações e Serviços Públicos de Saúde exigido pela emenda é o chamado “critério de base móvel”;
- 2) os gastos realizados por meio do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, bem como os gastos do Programa Bolsa Família, não devem ser considerados parte dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde;
- 3) o TCU reconhece que, de acordo com os critérios reafirmados nesse Acórdão, a Emenda Constitucional nº 29 não foi cumprida pelo Governo

Federal no ano de 2003. Mas considera que os recursos ausentes em 2003 foram adequadamente compensados pelos recursos excedentes em 2004, quando a Emenda Constitucional nº 29 teria sido cumprida;

- 4) o TCU também alerta a Presidência da República e o Ministério da Saúde a respeito do sério risco de descumprimento da Emenda no ano de 2005, uma vez que as dotações do Ministério são claramente insuficientes.

Hora de confrontar a execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde no Ministério da Saúde no quinquênio 2000 a 2004, conforme dados de RIBEIRO, PIOLA e SERVO 2006).

TABELA 29
Execução orçamentária em ações e serviços públicos de saúde.
Ministério da Saúde: 2000 a 2004 e estimativa para 2005.

Em R\$ bilhões correntes

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

Fonte: SIAFI/SIDOR

¹ Segundo a definição das LDOs: Gastos Totais do Ministério da Saúde, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

² Além das exclusões previstas na LDO, excluiu-se também nesta coluna as despesas com programas de transferência direta de renda.

³ Sob o enfoque de "Base Fixa", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado para o ano anterior.

⁴ Sob o enfoque de "Base Móvel", o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo calculado.

⁵ Dados da Execução para 2005 correspondem à Dotação Inicial.

Dados recentes obtidos a partir do relatório Siops 2005 permitem um exercício, analisando a evolução da despesa em ações e serviços públicos de saúde, por ente federado, no quadriênio 2000 a 2003.

TABELA 30
Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo – Brasil: 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Em R\$ Milhões de 2004				Índice 2000 = 100			
União	34.246,70	34.266,40	33.227,90	29735,8	100	100,1	97,0	86,8
Estados	10.623,90	12.609,00	13.848,00	13363,2	100	118,7	130,3	125,9
Municípios	12.458,50	14.132,40	15.795,40	15554,8	100	113,4	126,8	124,9
Total	57.329,30	61.007,80	62.871	58.663,60	100	106,4	109,7	102,3

Fonte: SIOPS

TABELA 31
Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo – Brasil: 2000-2003

	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
	Em % do PIB				Índice 2000 = 100			
União	1,85	1,87	1,84	1,75	100	101,1	99,5	94,6
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79	100	121,1	134,4	138,6
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91	100	114,9	129,9	135,8
Total	3,09	3,48	3	3,45	100	108,1	112,5	111,70

Fonte: SIOPS

Observa-se que, após a implementação da Emenda Constitucional nº 29, os dispêndios da União decrescem, o que se acentua em 2003.

Os estados apresentam crescentes aportes, representando em 2002 um crescimento real de 30,3%, que finalizou em 25,9% em 2003.

Os municípios revelam a sua importância no novo modelo brasileiro de financiar a saúde pública e terminam com crescimento de 24,9%.

Portanto, tomando 2003 como ano de referência, e 2000, ano da efetiva vigência da Emenda Constitucional nº 29, como ano base, demonstramos que no quadriênio a participação da União no financiamento dos gastos com ações e serviços públicos de saúde encolheu 13,20%, e a dos demais entes federados cresceu 50,8%, com uma diferença abismal de envolvimento de 64%, aprofundando a assimetria federativa nas despesas com o Sistema Único de Saúde.

Outra maneira de constatar a mesma anomalia participativa, onde aquele que “mais pode” é o que “menos se apresenta para fazer”, é focar a despesa com

ações e serviços públicos de saúde, por ente federado, em relação ao Produto Interno Bruto.

A evolução dos gastos públicos em saúde, em comparação com a percentagem do PIB, é crescente, saltando de 3,09% em 2000 para 3,45%, mas também a expensas dos estados e municípios, que expandem os seus gastos em 38,6% e 35,8%, enquanto a União retrai em 5,4% a sua participação no PIB em relação à saúde pública. Mesmo considerando que o IGP sofra com a sensibilidade ao câmbio – e não nos esqueçamos dos choques cambiais de 1999 e 2002 –, a pequena participação da União é concretizada com o seu desempenho em 2003, um ano tipicamente recessivo e, ainda assim, houve redução em relação a 2002.

O verbo “federar”²⁵ cada vez é menos usado pelo Poder Central na sua relação com os demais entes federados e que, na execução orçamentária das ações e serviços públicos de saúde, há cada vez menos “federalização”.

Façamos, então, uma comparação de dois momentos distintos no financiamento do gasto público em saúde, sob a ótica de um federalista. Escolho 1995, ano da apresentação da PEC do Deputado Carlos Mosconi, que havia sido o sub-relator da Saúde na ANC, e o ano de 2003, com dados consolidados a partir do Siops, 2005.

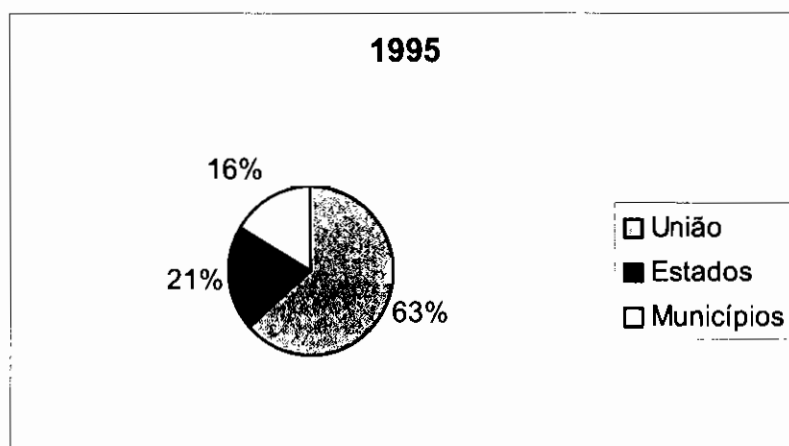
Observamos no Gráfico 21 que, em 1995, a União aportava 63% dos recursos que financiavam as ações e serviços públicos de saúde, enquanto os municípios eram responsáveis por 16% do aporte.

No Gráfico 22, são apresentados os dados da repartição nos anos 2000 a 2004, onde se constata o encolhimento da União (51% em 2004) e expansão de estados e municípios (49% em 2004).

²⁵ Federar, do latim *foederare* v.t.d. Reunir em federação. Confederar. Federalização: ato ou efeito de federalizar, isto é, tornar federal.

GRÁFICO 21

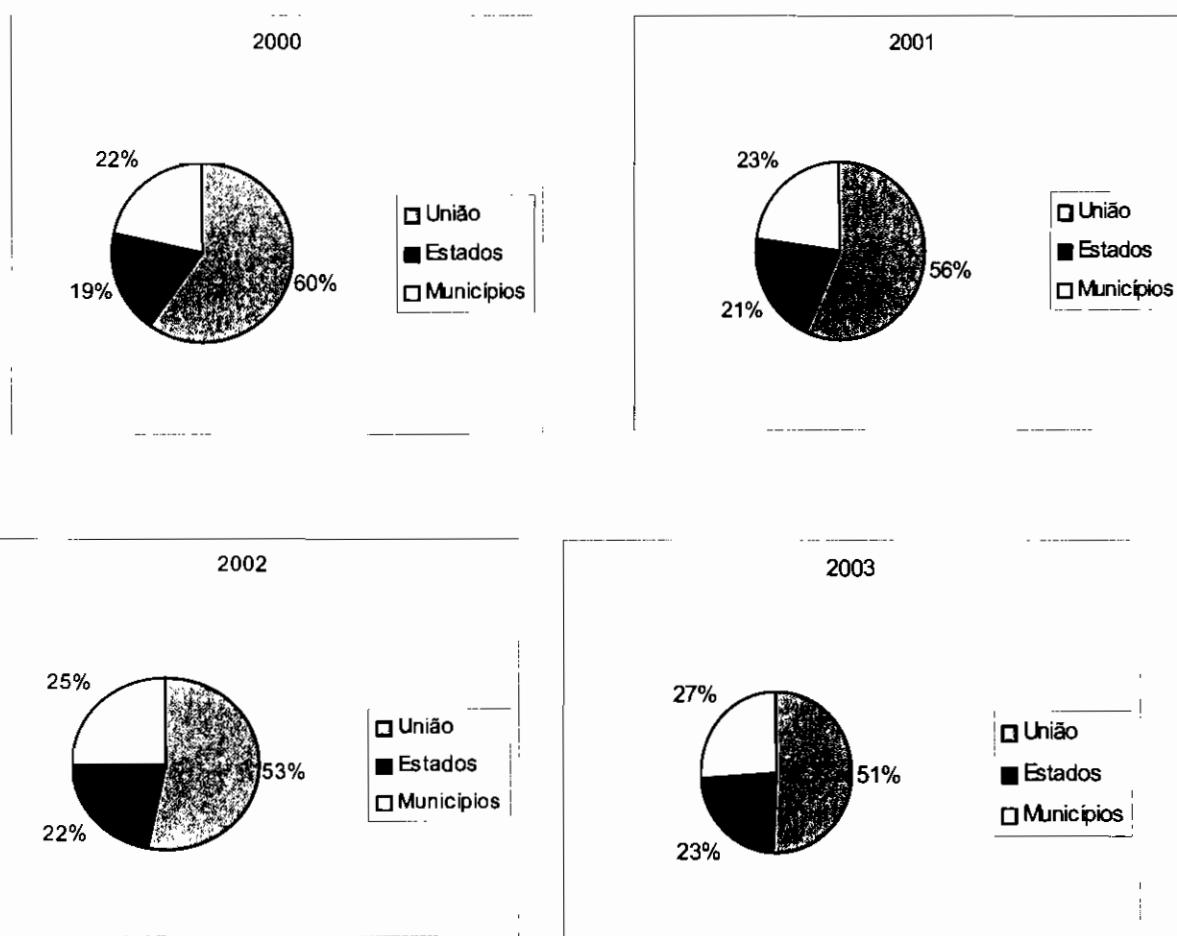
Participação das três esferas de governo no gasto público em saúde
Brasil: 1995

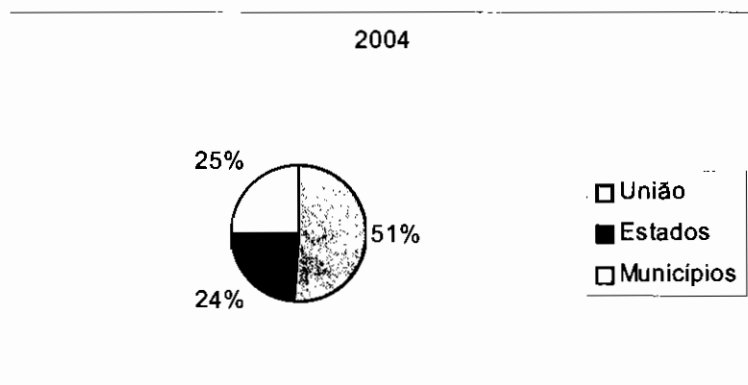


Fonte: AFONSO, 2005.

GRÁFICO 22

Participação das três esferas de governo no gasto público em saúde
Brasil: 2000-2004





Fonte: AFONSO, 2005.

O interregno de oito anos mostra os dados que caracterizam a tendência: os gastos públicos com saúde, que, no ano de 1995, eram representados majoritariamente pela União (63%), estão em equilíbrio em 2003 quando se compara União (50,7%) X entes periféricos (49,3%). Destacamos que as metodologias utilizadas por Fernandes *et alii* (1998) e as oriundas do Siops são diferentes, mas a série que se vai construindo revela essa tendência: a União encolhe, estados e municípios avançam, no financiamento do SUS.

Vamos agora explicitar a série histórica de 10 anos de dispêndios em ações e serviços de saúde, utilizando dados do Siafi/Sidor e expurgando das despesas do Ministério da Saúde aquelas que não são compatíveis com a orientação do CNS. Isto significa excluir EPU's, FCEP²⁶, dispêndios com a dívida externa/interna e programas de transferência direta de renda (Bolsa-Família).

²⁶ O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza tem como objetivo viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência e seus recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço da renda familiar e outros programas de relevante interesse social, voltados para a melhoria da qualidade de vida. (art. 1º da Lei Complementar nº 111, de 6 de julho de 2001).

TABELA 32
Disponibilidade líquida para ações e serviços em saúde
Brasil: 1995-2004

Ano	Gasto Total	EPU	Dívida	FCEP+Transf. Renda	R\$ milhões dez/2004	
					Ações e Serv. Públ. Saúde	Ações e Serviços Públicos Saúde % do Gasto Total
1995	41.252,00	3.643,30	3.716,10	0	33.892,50	82,2
1996	35.798,10	3.677,20	1.235,80	0	30.885,00	86,3
1997	42.980,10	3.591,20	3.642,10	0	35.746,80	83,2
1998	39.162,50	3.900,40	1.235,90	0	34.026,30	86,9
1999	40.312,40	3.687,30	306,90	0	36.318,30	90,1
2000	39.789,60	3.566,70	95,10	0	36.127,80	90,8
2001	41.350,60	3.269,20	371,60	1.765,40	35.944,50	86,9
2002	38.882,50	2.949,10	511,90	680,40	34.741,00	89,3
2003	34.557,90	2.569,70	479,60	411,40	31.097,20	90,0
2004	38.067,10	2.770,20	508,40	1.183,40	33.605,10	88,3

Fonte: SIAFI / SIDOR. IPEA/DISOC

Na análise destaca-se que a queda de 1996 é compensada em 1997 (vigência da CPMF). O alto valor de 1997 é, na realidade, devido ao significativo valor despendido para quitar o empréstimo junto ao FAT. O triênio 1999-2001 é o que revela maior gasto em efetivas ações e serviços públicos de saúde.

Vamos agora relacionar os dispêndios mencionados (critério da Resolução nº 322, CNS) com a população e PIB do Brasil.

TABELA 33
Gasto com ações e serviços públicos de saúde *per capita* e em
proporção do PIB – Brasil: 1995-2004

Ano	R\$ milhões Constantes	Índices 1995 = 100	<i>Per capita</i>	% PIB
1995	33.892,50	100	213,10	1,90
1996	30.885,00	91,1	191,50	1,59
1997	35.746,80	105,5	218,70	1,78
1998	34.026,30	100,4	205,40	1,67
1999	36.318,30	107,2	216,30	1,88
2000	36.127,80	106,6	212,30	1,87
2001	35.944,50	106,1	208,50	1,90
2002	34.741,00	102,5	197,00	1,88
2003	31.097,20	91,8	173,70	1,75
2004	33.605,10	99,2	185,10	1,82

Fonte: SIAFI / SIDOR. IPEA/DISOC

Valores deflacionados mensalmente pelo IGP-DI.

Interessante constatar aqui que a previsão feita em 2000 para a projeção em 2004 (Tabela 26) se confirma com otimista precisão: o “*per capita* projetado”

de R\$171,00 é superado pelo “*per capita* realizado” de R\$185,10, e a participação no PIB projetada de 1,90% se aproxima com 1,82% do efetivamente aportado. É necessário realçar o efeito da estagnação econômica sobre os indicadores: o baixo crescimento do PIB em 2001 e 2002, abaixo do crescimento populacional brasileiro, faz com que o gasto em ações e serviços públicos de saúde no PIB cresça enquanto o seu valor *per capita* diminui.

Vamos agora fazer uma digressão na participação das fontes que financiaram o Ministério da Saúde e analisar dois momentos distintos: pré e pós-Emenda Constitucional nº 29.

A Tabela 34 apresenta os valores nominais das fontes de financiamento, balizadas em bilhões de reais de dezembro de 2004, deflacionados mês a mês pelo IGP-DI. A Tabela 35 faz a mesma leitura com a respectiva participação percentual.

TABELA 34

**Distribuição do gasto, segundo a fonte dos recursos.
Brasil: 1995-2004**

	R\$ bilhões (dez/04) deflacionados mês a mês									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Recursos Ordinários	1,3	0,1	0,4	4,2	5,9	2,1	5,9	4	4,5	2,7
Títulos Resp. Tesouro Nacional	1,1	1,2	1,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,2	0
Operações Crédito Internas - Moeda	3,2	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Operações Crédito Externas - Moeda	0,4	0,3	0,2	0,4	0,6	1	0,9	0,7	0,4	0,3
Recursos Diretamente Arrecadados	1	0,9	1	1	1,4	1,3	1,3	1	0,8	0,8
Contribuições Sociais	28,6	22,7	31,4	27,8	25,2	32,4	30,7	30,6	28	33,2
Contrib. Social Lucro P J	8,3	7,4	8,3	3,1	5,4	4,9	2,9	9,2	9,5	12,4
Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social	20,3	15,3	11,1	10,2	10,7	15	16,3	7,5	7,3	9,6
Contrib. Prov. s/Mov. Financeira	0	0	12	14,5	9,1	12,5	11,4	14	11,2	11,2
Fundo de Estabilização Fiscal	4,9	6,3	8,4	5,2	5,7	0	0	0	0	0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0	0	0	0	0	0	1,8	0,7	0	0,3
Demais Fontes	0,7	1,3	0,3	0,3	1,2	2,7	0,5	1,4	0,7	0,7
TOTAL	41,3	35,8	43	39,2	40,3	39,8	41,4	38,9	34,6	38,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

TABELA 35
Distribuição percentual das fontes de recursos.
Brasil: 1995-2004

	(%)									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1	10,8	14,7	5,2	14,3	10,3	13,1	7,1
Títulos Responsabilidade Tesouro Nacional	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	0
Operações Crédito Internas - Moeda	7,6	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Operações Crédito Externas - Moeda	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,6	2,1	1,8	1,1	0,7
Recursos Diretamente Arrecadados	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,2
Contribuições Sociais	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,5	74,1	78,7	80,9	87,2
Contribuição Social Lucro P J	20,2	20,8	19,3	8	13,3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7
Contribuição Social p/ Financiamento Seguridade Social	49,2	42,6	25,9	26	26,6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1
Contribuição. Prov. s/ Mov. Financeira	0	0	27,8	37,1	22,6	31,5	27,6	36	32,4	29,4
Fundo de Estabilização Fiscal	12	17,7	19,5	13,3	14,2	0,1	0	0	0	0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0	0	0	0	0	0	4,3	1,7	0	0,9
Demais Fontes	1,8	3,7	0,7	0,7	3	6,8	1,2	3,5	2,2	1,9
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIAF1/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

Percebe-se que as contribuições sociais são as mais representativas no financiamento dos gastos do Ministério da Saúde, oscilando de 63% em 1996 a 87% em 2004.

Na análise intracontribuições, a Cofins, que, em 1995 representa 49,2% do aporte, se reduz para 25,1%, tendo chegado ao patamar mais baixo em 2002 com 19,2%, enquanto a CSLL, que inicia a série com 20,2%, termina 2004 em 32,71%, embora em 2001 tenha sido responsável por apenas 7,1% do aporte.

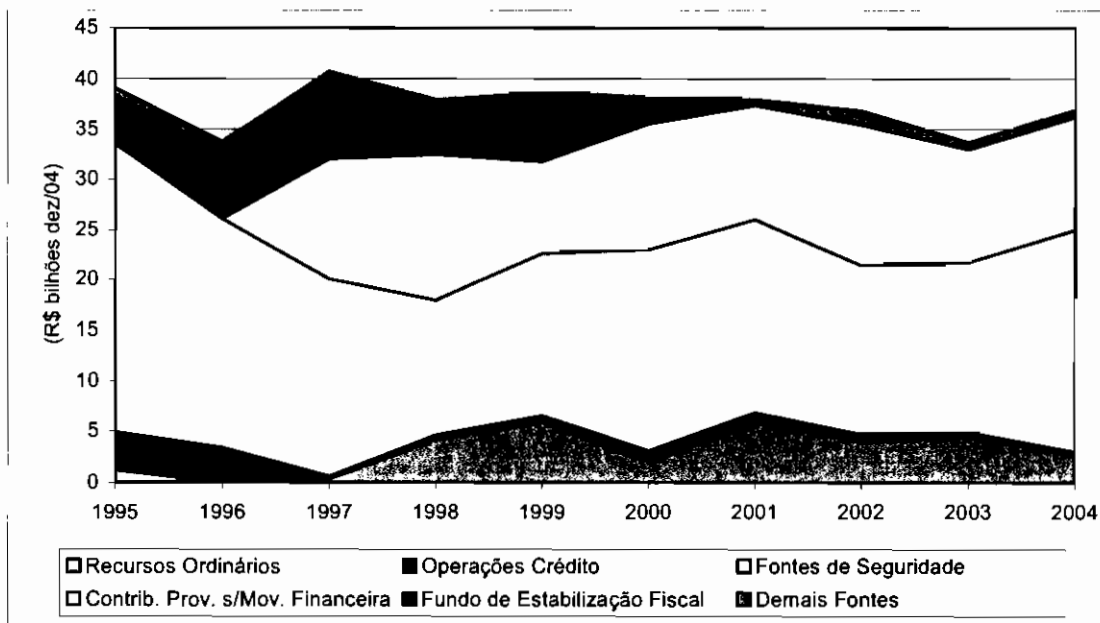
É interessante considerar que o Fundo Social de Emergência, rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal, é reformulado no ano de 2000, passando a denominar-se Desvinculação das Receitas da União (DRU), o que é, no mínimo, mais sincero e coerente com a sua estratégia orçamentária. A partir de 2000, seus recursos passam a integrar os “recursos ordinários”, e não dispomos de ferramentas para, na mesma fonte, separar o que é imposto (IR ou IPI, principalmente) e o que é DRU. Ambos aparecem somados como Recursos Orçamentários. Esta é a explicação da retirada do FEF a partir de 2001 e a súbita elevação dos Recursos Ordinários no mesmo ano (14,3% do total das fontes de recurso).

O aporte total em 2004 (R\$38,1 bilhões) é inferior ao de 1995 (R\$41,3 bilhões), sendo que o ano estudado, que corresponde ao maior dispêndio comparado, é 1997 (R\$43 bilhões), mantendo-se na verdade um comportamento

horizontal, salvo em 1993, quando há uma súbita redução para 34,6 bilhões. Como é ano de grave crise cambial e os valores estão deflacionados mês a mês pelo IGP-DI médio, podemos encontrar aí uma atenuação. O valor real de 2004 supera a estimativa da Tabela 28, no ano da Emenda Constitucional n° 29.

A Comissão de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados detectou no Estudo n° 59 de sua Consultoria, em 2003, que a DRU retirou R\$20,2 bilhões da Seguridade Social e apenas R\$15,1 bilhões foram devolvidos na fonte Recursos Ordinários. Observando a participação das fontes na série histórica mencionada, percebemos que o aporte de Recursos Ordinários não se altera significativamente depois da vigência da DRU; constatamos que os recursos dos impostos ou os recursos da DRU não estão tendo a mesma destinação ao Ministério da Saúde, após a normatização da DRU. Outro fato é que a CPMF introduzida em 1997 foi utilizada como fator de estabilização dos recursos do Ministério da Saúde, e não, conforme pretendiam os legisladores, para aumentar o patamar de recursos à disposição das ações e serviços públicos de saúde do Ministério da Saúde. É o que se observa no Gráfico 23.

GRÁFICO 23
Distribuição do gasto, segundo a fonte dos recursos
Brasil: 1995-2004



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

As fontes que tradicionalmente financiam o Ministério da Saúde se acomodaram com o recolhimento da CPMF, o que numericamente é fácil de explicitar. Mantidas as demais fontes e patamares vistos em 1996, ano anterior à reedição da CPMF, no total de R\$35, 8 bilhões, para os anos seguintes, com o aditivo da CPMF, teríamos R\$47,8 bilhões em 1997, e R\$47 bilhões em 2004; aliás, em 2004 já se percebe a “redução” das demais fontes, pela “expansão” da Cofins.

Vamos agora analisar a despesa do Ministério da Saúde, em face dos seus principais dispêndios e encargos, segundo a categoria econômica que os classifica.

TABELA 36
Gasto total segundo a categoria econômica
Brasil: 1995-2004

	R\$ bilhões (dez/04) deflacionados mês a mês									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pessoal	6,8	5,9	5,7	5	5,0	4,9	4,5	4,7	4,3	4,3
Outras Despesas Correntes	22,6	19,9	22,5	16,6	15,8	13,4	12,7	11,4	9,1	7,3
Investimentos	0,6	0,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,3	0,3	0,5
Amortização, Juros e Encargos Dívida	3,7	1,2	3,6	1,2	0,3	0,1	0,4	0,5	0,5	0,5
Inativos e Pensionistas	3,6	3,7	3,6	3,9	3,7	3,6	3,3	2,9	2,6	2,8
Transf. Estados e DF	1,1	0,5	0,9	1,3	1,7	3,1	4,6	4,3	5,1	7,6
Transf. Municípios	2,2	3,8	5,5	9,4	12,1	12,7	14,2	13,5	11,9	13,9
Outros	0,6	0,6	0,8	1,4	1,4	1,3	1,2	1,3	1	1,2
TOTAL	41,3	35,8	43	39,2	40,3	39,8	41,4	38	34,6	38,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

A maior redução é vista no item “outras despesas correntes”, que passam de R\$22,6 bilhões em 1995 para R\$4,3 bilhões em 2004. Tal contração é explicada pela descentralização: reduzem-se os pagamentos diretamente relacionados aos prestadores e elevam-se as transferências a estados e municípios, sendo que a NOB-1/96, nesse aspecto, tem importância vital, pela oferta do PAB fixo e PAB variável. Há ainda expressivo número de municípios que aderem à gestão plena de seus sistemas municipais. A transferência a estados e Distrito Federal ganha corpo em 2001, com a edição da NOAS 1/2000.

Vamos, na Tabela 37, consolidar essas informações, retratando a distribuição percentual do gasto do Ministério da Saúde, conforme a categoria econômica do compromisso.

TABELA 37**Distribuição percentual do gasto segundo a categoria econômica
Brasil: 1995-2004**

	(%)									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Pessoal	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3	12,4	10,9	12,1	12,3	11,4
Outras Despesas Correntes	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3	33,8	30,7	29,3	26,2	19,2
Investimentos	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7	1,6	1,2	0,7	0,8	1,2
Amortização, Juros e Encargos	9	3,5	8,5	3,2	0,8	0,2	0,9	1,3	1,4	1,3
Dívida										
Inativos e Pensionistas	8,8	10,3	8,4	10	9,1	9	7,9	7,6	7,4	7,3
Transferência Estados e DF	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11	14,8	20
Transferência Municípios	5,3	10,6	12,9	24	30	32	34,4	34,7	34,3	36,4
Outros	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5	3,2	2,8	3,3	2,8	3,1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

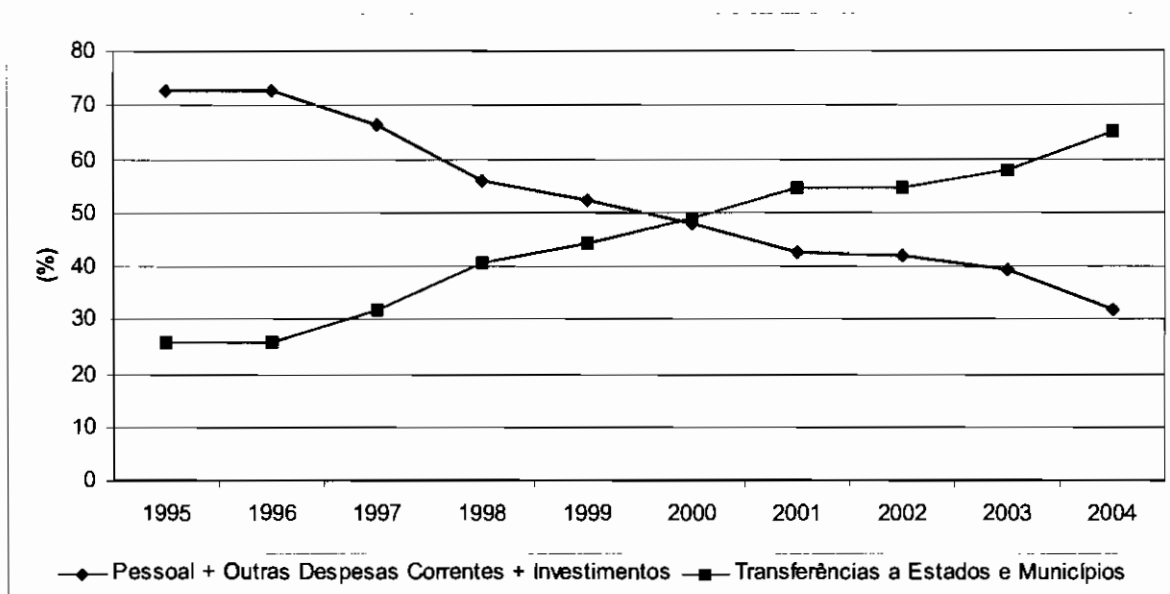
Ainda sobre a Tabela 37, ressaltamos que a diminuição dramática na rubrica “pessoal” (16% em 1995 para 11,4% em 2004) encontra guarida em uma série de convergências: o longo período em que os servidores públicos ficaram desprovidos de reajustes e recomposição em seus salários, a aposentadoria precoce de um número expressivo de funcionários em face das incertezas da política previdenciária e a deliberada política de não restabelecer os quadros com novos concursos públicos em razão da gestão municipal, secundada pela articulação estadual.

Concluimos, agora, o Capítulo II, demonstrando a descentralização das ações e serviços públicos de saúde no Brasil, comparando a participação percentual direta do Ministério da Saúde e os recursos transferidos aos outros entes federados no período 1994-2004.

É o que revela o Gráfico 24.

GRÁFICO 24

Descentralização dos gastos do MS: aplicações diretas e recursos transferidos – Brasil: 1995-2004



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC

Observa-se que em 1995 a despesa com pessoal e pagamentos de prestadores de serviços diretamente atendidos pelo Ministério da Saúde correspondia a 71,4%, enquanto a transferência a estados e municípios perfazia 7,9%. Com as efetivas regulamentações da LOS, especialmente com a edição da NOB-1/96, que incentivava a descentralização com ênfase no poder local, elas atingem 40% em 2000, e, posteriormente, com a regulamentação aos estados (NOAS 1/2000), as transferências a estados e municípios atingem a 56,5% dos gastos do Ministério da Saúde em 2004. Alertamos que as somas das duas variáveis não atingem 100% porque o Gráfico 24 não contempla a despesa com amortização, juros e encargos da dívida do Ministério da Saúde, que não tem tido grande expressão no gasto (0,5% em 2004), e também não menciona o gasto com inativos e pensionistas, que se estabiliza ao redor de 3% (exatos 2,8% em 2004).

CAPÍTULO 3

O financiamento público da saúde em Minas Gerais e os dispositivos constitucionais

“Minas Patriazinha, Minas a gente olha, se lembra,
sente, pensa. Minas a gente não sabe.”

João Guimarães Rosa (1985)

Ave palavra.

A história de Minas Gerais é antiga e pródiga.

PESSIS (1999, p. 63) acredita que os mais antigos vestígios da presença humana no Brasil situam-se no Estado do Piauí e teriam 50 mil anos.

Peter Lund, o primeiro a realizar pesquisas arqueológicas no Brasil, analisando por vários anos a região central de Minas – onde hoje se situa o Município de Lagoa Santa –, teve a oportunidade de explorar cerca de 800 cavernas e abrigos e identificar vários sítios arqueológicos. Encontrou dezenas de esqueletos, restos alimentares, utensílios, além da arte rupestre dos seus antigos habitantes.

Na década de 70, a região de Lagoa Santa, que, na verdade, inclui os Municípios de Confins, Sete Lagoas, Prudente de Moraes, Vespasiano, Matozinhos, Funilândia e Pedro Leopoldo, foi visitada pela Missão Arqueológica Franco-Brasileira. Isso resultou em grande impulso para a arqueologia mineira, com a implantação do Setor de Arqueologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Estes estudos, a partir de Peter Lund, concluem que os mais antigos habitantes do território mineiro eram “coletores-caçadores”. Os “Homens de Lagoa Santa”, raça identificada por Lund, viveram na região entre 12.000 e 8.000 anos atrás e formavam uma população fisicamente homogênea. Tinham o hábito de se casarem entre si, eram de estatura baixa e a expectativa de vida era pequena; viviam da caça e da pesca, mas a sobrevivência estava relacionada à

possibilidade de coletar vegetais. Outros povos ocuparam a região central após o desaparecimento do Homem de Lagoa Santa.

Mas, de acordo com a afirmativa de Guimarães Rosa, “Minas são muitas”, é possível identificar em outras regiões do estado, povoações tão antigas quanto esta, e de outras etnias.

No Norte de Minas, na região de Januária e Montalvânia, no vale do Rio Peruaçu, também há evidências de ocupação do território há mais de 10.000 anos. A partir de 3.000/2.000 anos até a chegada dos europeus, o território mineiro foi palco de grande trânsito de populações, com amplo intercâmbio de técnicas e idéias.

No primeiro milênio de nossa época, em inúmeros locais de Minas, construíram-se aldeias, próximas aos cursos d’água, nas quais se pôde constatar a utilização da cerâmica, suspeitando-se de uma relação de ascendência com os índios Gês.

No segundo milênio de nossa era novas populações penetram no território mineiro, com grupos canoieiros utilizando as bacias dos Rios Doce e Jequitinhonha e praticando a agricultura: eram os Tupis-Guaranis, ancestrais dos Tupis relatados pelos colonizadores.

A colonização e a história da Minas Colonial encontram raízes nas iniciativas de inúmeros desbravadores que adentraram seu território nos séculos XVI e XVII, vindos pelos rios Jequitinhonha e Doce, originários da Bahia, de Sergipe, do Ceará e do Espírito Santo. Mas a Capitania de São Vicente é a que reunia as melhores condições, e São Paulo de Piratininga, em razão do relevo e da hidrografia, era um ponto de confluência de caminhos naturais. O sonho das minas levou à organização de bandeiras paulistas, sendo que, em 1560, uma delas atingiu a região da nascente do Rio São Francisco. A mais famosa bandeira dessa fase de reconhecimento é a de Fernão Dias Pais, que partiu de São Paulo em 1674 e, durante sete anos, explorou a área onde se encontrariam ouro e diamantes em Minas Gerais. Tradicionalmente se atribui a descoberta de ouro em Minas à bandeira de Antônio Rodrigues Arzão (1693, sertões do Rio Casca).

Assim surgiram as primeiras localidades, embriões dos 853 municípios que compõem hodiernamente as Minas Gerais. E qual teria sido o primeiro deles? O primeiro arraial de Minas é ... há controvérsias. Há quem defenda ser Ibituruna, na região do Rio das Mortes (por ocasião da bandeira de Fernão Dias Pais). Outros

indicam Belo Vale, nas margens do Rio Paraopeba, que teria sido fundado em 1672 pelo bandeirante Matias Cardoso de Almeida²⁷. Hoje são 853 descendentes, incluindo-se o Município de Matias Cardoso.

Polêmica à parte, o fato é que, uma vez divulgada a notícia da descoberta das minas de ouro, os sertões mineiros foram invadidos por inúmeras bandeiras geograficamente relacionadas a três sítios: o Rio das Mortes, cujo centro seria São João Del-Rei; a região que daria origem a Ouro Preto e Mariana e a região do Rio das Velhas, conformando Caeté e Sabará.

Gente de toda a parte se dirigiu para a região das minas, e, no século XVII, quatro caminhos oficiais garantiam o acesso: Caminho Geral do Sertão ou Caminho Velho (esboçado pela bandeira de Fernão Dias, que incluía trecho marítimo entre o Rio de Janeiro e Parati); Caminho Novo, verdadeira espinha dorsal de Minas, oriundo da picada que ligava o Rio de Janeiro aos altos da Mantiqueira, transpondo grande trecho das “Áreas Proibidas dos Sertões Leste”, seguindo a linha do Rio Paraibuna, realizado por Garcia Rodrigues Paes (primogênito de Fernão Dias). A sesmaria ou “datta” cedida à filha de Garcia, D. Antônia Teresa Maria Paes, esposa do Alcaide-mor Thomé Corrêa Vasquez, constituiu precisamente a área em que se localiza o centro do povoamento, um século e meio depois elevado a “Vila Santo Antônio do Paraibuna” e depois a minha querida “Cidade de Juiz de Fora”²⁸; Caminho da Bahia, margeando os rios das Velhas e São Francisco e o Caminho dos Diamantes, ligando Ouro Preto a Diamantina. O conjunto da Rota dos Diamantes, Caminho Velho e Caminho Novo denomina-se “Estrada Real”.

Minas inquieta e independente. A criação de vilas era uma estratégia da metrópole: as Câmaras, criadas para colaborar com as autoridades coloniais, rapidamente se tornaram sítio de defesa dos interesses locais, o que levou D. Lourenço de Almeida, então Governador da Capitania de Minas Gerais, a recomendar ao rei de Portugal, em 14 de outubro de 1722, que não permitisse a instalação de novas vilas em solo mineiro. Antes, Portugal já havia experimentado o sentimento de independência dos mineiros, quando o líder dos emboabas,

²⁷ Ariosto da Silveira em Raízes da nossa história, publicado no Jornal Estado de Minas em 27 de fevereiro de 2000, nas páginas 6-B do Caderno Espetáculo, relata a versão retirada do historiador jesuíta André João Antonil. Patrícia Aranha, no mesmo jornal, Caderno Nacional, página 19, defende Ibituruna como o mais antigo lar da pátria mineira.

²⁸ Para maiores informações consultar: Caminho Novo: A espinha dorsal de Minas. Bastos, Wilson Lima, 2004. O autor na página 55 esclarece o topônimo da cidade.

Manoel Nunes Viana, foi eleito Governador de Minas em 1709, até que o rei de Portugal tomasse providências na região para enquadrar os paulistas.

A palavra emboaba deriva do tupi "Mboãb", termo utilizado pelos indígenas para identificar as aves que têm penas até os pés. É que os reinóis usavam calças ou polainas que lhes cobriam os peitos dos pés e, como os paulistas, à época, andavam com os pés descalços, se referiam de modo desrespeitoso aos forasteiros, que tinham vindo para ocupar a região de "emboabas".

Na verdade, o que estava em jogo era o controle administrativo da região. Anexada à Capitania que abrangia Rio de Janeiro e São Paulo, cujo centro administrativo situava-se no Rio de Janeiro, a região tinha no paulista Manuel Borba Gato, Superintendente das Minas do Poente, sua autoridade mais expressiva. Sua principal finalidade era cumprir o Regimento das Minas de 1702, que determinava que o ouro deveria ser quintado nas Casas de Fundição de Taubaté ou Parati, e fiscalizava o caminho que ligava a região à Bahia.

No entanto, apesar da proibição, o comércio com a Bahia, principalmente, com os fornecimentos oriundos do Recôncavo e das zonas marginais do Rio São Francisco, sempre existiu, e um dos maiores comerciantes era Manoel Nunes Viana, que comandava um grande esquema com criadores de gado, marchantes, comboeiros e negociantes para suprir a região das Minas.

Em 1708, Borba Gato, que considerava Nunes Viana o maior contrabandista e defraudador do fisco, decidiu pela sua expulsão.

Nunes Viana refutou as acusações e enfrentou a situação, afirmando que nem mesmo o Rei era capaz de impedir a entrada de homens no território das Minas. Iniciou, então, um confronto entre paulistas e forasteiros. O edital que trata da expulsão de Nunes Viana surtiu efeito contrário: os reinóis se unem sob o comando de Bento do Amaral Coutinho e, após os choques em Cachoeira do Campo, Sabará e o episódio do "Capão da Traição", os paulistas bateram em retirada.

O fato foi tão grave que o governador da Capitania, Dom Fernando Martins Mascarenhas de Lencastre, veio a Minas para tentar apaziguar a região.

Foi recebido com hostilidade e voltou ao Rio de Janeiro.

Em 1709, novo governador é nomeado, Dom Antônio de Albuquerque Coelho de Carvalho, que vem a Minas e se entende com Nunes Viana, dando-lhe perdão e iniciando a implantação de vilas, com a instalação das Câmaras e

depois a separação do Rio de Janeiro, ficando apenas a Capitania de São Paulo e Minas Gerais.

O fim da guerra dos Emboabas é o nascimento das Minas Gerais, e a Coroa inicia o aparelhamento administrativo, com o objetivo de assegurar a arrecadação do quinto e controlar politicamente a região.

A vida urbana, como quase tudo em Minas Gerais no século XVIII, era provisória. Devido à característica de o centro urbano ser relacionado com a produção aurífera, temia-se que o término da exploração mineral levasse ao fim das cidades. Esse conflito manifestava-se também nas habitações. Os ricos residiam em sobrados imponentes, em cujas fachadas portas e janelas se enfileiravam. Os pobres viviam em choças cobertas de telhas, dotadas de uma única e pequena janela. Os quilombos conseguiam conviver com os destituídos de posse.

Os mineiros várias vezes se revoltaram contra o fisco: no apogeu da mineração, em 1720, ocorreu a revolta de Vila Rica, rebelião contra as “casas de fundição”, e que causou a morte de Felipe dos Santos. Mas, com a exaustão do ouro aluvional, a vida dos mineiros ficou dramática.

Reinóis e mineiros inspirados no iluminismo francês esboçaram o embrião de uma república nos idos de 1788 e 1789, criando o movimento da Inconfidência Mineira. Em maio de 1789 começaram as prisões e, dos 34 envolvidos, 24 sofreram condenações, que culminaram com o enforcamento e esquartejamento de Tiradentes, em 21 de abril de 1792. A Inconfidência Mineira legou para nossa bandeira o lema: *Libertas Quae Sera Tamen*²⁹.

O século XIX é reconhecidamente um século de profundas mudanças: de colônia, o Brasil passou a Reino Unido a Portugal (1815-1822), Monarquia (1822-1889) e República (desde 1889). Porém, antes de todas essas mudanças, Minas pioneira daria mais um exemplo para o Brasil: a implantação da primeira escola de medicina em solo brasileiro (Vila Rica, 1801).

Diz-se que “Minas é um coração de ouro, em um peito de ferro”³⁰. Ao analisar a sua evolução político-jurídica, sob o ângulo constitucional, podemos constatar que esse “coração de ouro” também encontrou espaço e motivação

²⁹ A bibliografia sobre a Inconfidência Mineira é riquíssima. Ouso indicar: Furtado (2002).

³⁰ Frase utilizada pelo Senador Joaquim Cândido da Costa Sena, em julho de 1893, ao discutir o projeto nº 12 da Câmara dos Deputados que propunha a concessão de favores à Estrada de Ferro de Paraopeba a Araras.

para “sístoles” e “diástoles”, isto é, conforma a periodização da história política do Brasil, vive e sente esses momentos históricos e deles participa.

Não é objeto da tese a recuperação histórica da política mineira, mesmo porque inúmeros pesquisadores se ocupavam do tema³¹, mas destacamos o desempenho do Poder Legislativo de Minas Gerais, na ótica do federalismo e, principalmente, pelo ineditismo do estudo, contribuir para o estabelecimento de políticas públicas voltadas para o financiamento da saúde, objeto central do trabalho.

Nesses movimentos de sístoles e diástoles, faremos a introdução do tema saúde pública e abordaremos os dispositivos constitucionais do Estado de Minas Gerais, observando, de modo sucinto – porém suficiente para o embasamento necessário à compreensão dos dispositivos constitucionais – os seguintes períodos:

a) período de 1835 a 1889: evidentemente um período diastólico, isto é, de centralização, com o regime unitário imperial, analisado desde a conjuntura que permitiu a instalação da Assembléia Provincial das Minas Gerais, em 31 de janeiro de 1835, até a chegada da República, que, no dizer de Carlos Drummond de Andrade³², “chegou à noite, em um telegrama lacônico e, incrédulos, liberais e conservadores se recolheram”.

b) período de 1889 a 1930: aqui um período sistólico, de descentralização, com a Minas republicana e a influência federalista na República Velha, quando se imortaliza o resgate da figura de Tiradentes;

c) período de 1930 a 1937: nova centralização, com a ruptura do Estado oligárquico e a incerteza dos anos 30, com os trabalhos da Constituinte mineira de 1935 e a decretação do Estado Novo, em novembro de 1937;

d) período de 1947 a 1964: nova descentralização, com o clima democrático do pós-guerra que se manifesta na reabertura do Legislativo e se encerra de modo melancólico com a revolução de 1964;

e) período de 1964 a 1985: da centralização do regime autoritário de 1964 até a instalação da Nova República, com a eleição de mais um mineiro para a

³¹ Várias teses acadêmicas tratam do tema e livros de referência o retratam. Destacamos Alceu Amoroso Lima, com *Voz de Minas, um ensaio de sociologia regional* (Agir, 1945, Rio de Janeiro) e Otávio Soares Dulci, em *As elites mineiras e a conciliação: a mineiridade como ideologia*. (Ciências Sociais Hoje, São Paulo, ed. Cortez, 1984).

³² Em poema “O 15 de novembro”. Poesia completa e prosa. ANDRADE, Carlos Drummond de. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1977, p. 369)

Presidência – Tancredo de Almeida Neves – e o surpreendente desfecho a 21 de abril de 1985;

f) período de 1985 a 2007: a reconstrução democrática do Brasil, com a ANC e a convocação e implantação da IV Constituinte Mineira, da qual tive o privilégio de participar, em novo e importante movimento sistólico de descentralização política do Brasil e, também, conforme demonstrado no Capítulo 1 desta tese, descentralização na área da Saúde, com a efetiva implantação do SUS em nosso País.

A chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, e a conseqüente elevação do Brasil à condição de Reino Unido de Portugal e Algarves, permitiu que as capitanias se transformassem em províncias. A partir daí, mas especialmente após a proclamação da Independência do Brasil, em 7 de setembro de 1822, Minas se harmonizou com as demais províncias e não deixou transparecer a efervescência, marca de sua época como Capitania e Colônia.

Na verdade, à época do Império, Minas era o berço de muitos conservadores, mas também de muitos liberais. Essa pluralidade de idéias motivou D. Pedro I a visitar Minas Gerais, partindo do Rio de Janeiro em 29 de dezembro de 1830, em grande comitiva e acompanhado da Imperatriz e do Ministro José Antônio da Silva Maia. No seu discurso em Ouro Preto, atacou as idéias federalistas e encontrou um ambiente hostil. Regressou ao Rio no dia 11 de março, depois de apenas dois dias na capital da Província. No mês seguinte, a 7 de abril de 1830, abdicou, deixando seu filho, Pedro de Alcântara, como herdeiro do trono. “O mais bonito diamante da coroa do Brasil”, referência carinhosa de D. Pedro I a Minas Gerais, não havia sido a senha para o entendimento com os mineiros.

Na Regência, o clima político ficou instável, tanto na Corte como nas províncias, e Minas Gerais, para manter a tradição, se rebelou contra a condução do governo mineiro na chamada Sedição de Ouro Preto, ou Revolução do Ano da Fumaça, e também na Revolução Liberal de 1842.³³

3.1 Perspectivas históricas do financiamento público da saúde em Minas Gerais: o período pré-Constituição de 1989:

O período compreendido entre 1835 e 1889 tem uma dimensão de produção legislativa pouco significativa para nossa população, porque a centralização imperial não permitia uma participação mais efetiva. A estagnação econômica, em comparação com os tempos áureos da mineração, levou os habitantes da Província a organizarem um mosaico de regiões e sub-regiões entremeadas por imensa variedade de atividades produtivas, que lhes permitiam auto-suficiência econômica. Estariam os mineiros antevendo o planejamento meso, tanto em moda no terceiro milênio? O fato é que, tendo a maior população e o maior plantel de escravos do Império, Minas teve de avançar apesar da inoperância administrativa do regime imperial, que não conseguia sustentar uma administração por período razoável³⁴. Ao ser instalada, a Assembléia Legislativa Provincial de Minas Gerais – resultante do Ato Adicional à Constituição de 1824, editado pela Lei nº 16, de 12 de agosto de 1834, verdadeira certidão de nascimento das Assembléias Legislativas, compunha-se de 36 membros, e suas prerrogativas, garantidas na Carta Imperial de 1824, nos artigos 81 e 84, eram mínimas: podia “propor, discutir e deliberar sobre os negócios mais importantes de suas províncias, mas todas as resoluções deveriam ser encaminhadas à Assembléia Geral para deliberação. Interessante realçar que entre as onze

³³ A sedição de Ouro Preto, 1833, foi um breve movimento de militares a favor de D. Pedro I. rapidamente controlado pelas forças oficiais. É creditada a vitória dos liberais que haviam chegado ao poder.

A revolução Liberal sintetiza o confronto entre conservadores (a favor da centralização) e liberais (federalistas, a favor da descentralização). Os liberais paulistas e mineiros foram derrotados pelas forças legalistas, que eram comandadas por Luís Alves de Lima e Silva, futuro Duque de Caxias. Para maiores detalhes: Cônego José Antônio Marinho. História do movimento político que no ano de 1842 teve lugar na província de Minas Gerais. Belo Horizonte, ed. Itatiaia: São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 1977, p. 78-79.

³⁴ Entre 29 de fevereiro de 1824 e 17 de novembro de 1889, Minas teve 122 períodos administrativos, com 59 presidentes. A média de cada administração foi de 6 meses e 22 dias. É o que informa a Revista do Arquivo Público Mineiro. Ano I, Ouro Preto. Imprensa Oficial de Minas Gerais: 1986, p.17.

comissões permanentes da Assembléia Provincial não havia referência à saúde, embora a educação merecesse destaque.³⁵

Minas, a exemplo das demais províncias, tinha na sua representação política a idéia de que, diante do centralismo do Império, era importante “emplacar” representantes no gabinete que fossem do Partido Liberal ou do Partido Conservador. Os sentimentos regionalistas fizeram florescer os primeiros sinais da mitificação de Tiradentes, que, no nascimento da República, foi a ideologia da mineiridade. Esta é uma marca de Minas Gerais: a permanente contestação do poder central e a valorização do poder regional.

Neste contexto, em 26 de julho de 1889, o Deputado Camilo Prates, do Partido Liberal, apresentou projeto para a federalização das Províncias, em discussão preliminar na Assembléia de Minas, o qual, na seqüência, foi enviado à Assembléia Geral do Império.

A República chegou de surpresa a Minas. Mas, imediatamente após a sua proclamação, líderes republicanos e adesistas³⁶ começaram a se articular, e o Partido Republicano Mineiro deu forma às diversas facções políticas.

A I Constituinte Mineira é fruto do Decreto nº 510, de 22 de julho de 1890, na qual o chefe do Governo Provisório da República, General Deodoro da Fonseca, considera que “o Congresso não poderá estar no exercício de suas funções ordinárias, depois de seu mandato constituinte, enquanto se não houverem reunido os Constituintes dos Estados e decretado as suas Constituições”. Vê-se, portanto, que as Constituições dos estados foram consideradas normas prévias para o funcionamento do Congresso Federal. Nessa linha, o Decreto Estadual nº 226, de 31 de outubro de 1890, publica a Constituição do Estado, que entra em vigor imediatamente, independentemente de ratificação legislativa. Foi marcado o dia 25 de janeiro de 1891 para a realização das eleições. A I Constituinte mineira começa em 30 de março de 1891 e é instalada em 7 de abril. A Constituinte discutiu amplamente a necessidade de nova capital para o estado, já que Ouro Preto representava o passado, e muitas

³⁵ O art. 59 do Regimento Interno listava as onze Comissões: Poder, Infração da Constituição e Leis; de Fazenda Provincial; Propostas e Representações das Câmaras; Estatística, Catequese e Civilização dos Índigenas; Instrução Pública; Estradas, Pontes, Canais de navegação interior dos rios; Negócios Eclesiásticos; Força Pública; Polícia; Redação.

³⁶ BOCHRER (1954, p.145) estima que os republicanos mineiros eram 30% do colégio eleitoral, incluindo-se nesse percentual os adesistas de 14 de maio de 1888. isto é, os conservadores e senhores de escravos decepcionados com a edição da lei da abolição da escravatura no dia anterior.

outras cidades representavam o novo. A comissão apresenta quatro sugestões: Paraúna, Barbacena, Várzea do Marçal e Belo Horizonte; o plenário acresce Juiz de Fora. Ao final, a Comissão opinou por Várzea do Marçal, e o plenário por Belo Horizonte. Minas, novamente é pioneira para o País, fez nascer a primeira cidade planejada do Brasil.

A Constituição mineira de 1891 é a que tem a maior duração em nossa história, já que teve vigência até 1935, em que pese à reforma constitucional de 1926.

A Constituição mineira de 1891 possui quatro títulos (Organização do Estado, Municípios, Regime Eleitoral e Disposições Gerais), além das Disposições Transitórias, totalizando 135 artigos e nenhuma citação à saúde, salvo discretamente, no inciso X do art. 30, onde há possibilidade de “socorros públicos” às casas de caridades, exceto as pertencentes às municipalidades.

Uma digressão histórica na avaliação das Constituições do Estado de Minas Gerais nos permite inferir a visão do poder subnacional na priorização da saúde.

A Constituição Federal de 24 de fevereiro de 1891 permitiu a auto-organização do Estado-membro no Direito Constitucional Brasileiro. Conhecer as prioridades do contribuinte mineiro de 1891, que culminaram na primeira Constituição do Estado de Minas Gerais, promulgada em 15 de junho de 1891, nos permite associar a noção de saúde com o nascimento da República e da Federação.

A Constituição reservou ao Congresso Estadual posição de grande destaque, com organização bicameral, à imagem da Constituição Federal, reservando ao Poder Legislativo primazia formal e efetiva. A mineiridade já se manifesta nesta primeira Carta, pois longe de apresentar obra acanhada, o constituinte mineiro discerniu nos limites traçados à organização política dos Estados-membros, na Constituição Federal republicana, aduzindo que o nosso regime estadual não poderia ser equiparado in totum ao dos Estados da União americana. Entretanto, não acolheu, por exemplo, a emenda de Augusto Veloso, que criava as Províncias dentro do estado, ou a emenda de Olinto Magalhães, que propugnava a divisão do estado em cantões autônomos. Era novidade demais para o terceiro ano da República!

Ao final dos trabalhos presididos por Chrispin Jacques Bias Fortes, Senador, e Sabino Barroso Júnior, 1º-Secretário, Deputado, tínhamos a 1ª Constituição mineira, com um total de 122 artigos na sua parte permanente, estendida pelos 13 artigos nas Disposições Transitórias. Analisando o teor desses comandos constitucionais, constatamos que a Organização do Estado (Título I) era o mais longo, com 73 artigos, delegando o Poder Legislativo a um Congresso, que se compunha da Câmara dos Deputados e do Senado, no estilo bicameral. O Título II tratava dos Municípios (sete artigos), o Título III abordava o Regime Eleitoral (arts. 81-103), enquanto o Título IV listava as Disposições Gerais (arts. 104-122). Não ocorreu, portanto, em nenhum momento, a citação à saúde, salvo no inciso X do art. 30, onde consta a possibilidade de ajuda a casa de caridade que não pertença à municipalidade.

O segundo período a ser estudado (1930-1937) se inicia com o Brasil buscando uma redefinição econômica e social. A crise internacional de 1929, advinda da quebra da Bolsa de Nova York, atingiu diretamente o “coração de ouro em peito de ferro”. O modelo agro-exportador, centrado na economia do café, entrou em colapso, agravando tensões já acumuladas na década de 20, como os levantes tenentistas e a Coluna Prestes. O presidente Washington Luis, em fim de mandato, é deposto e constitui-se um Governo Provisório, sob a chefia de Getúlio Vargas, o candidato oposicionista derrotado nas eleições de março.

De fato, conforme acentua CARONE (1976, p. 19), “de 1931 a 1935, vimos progressivamente os Estados abdicarem do controle de seus produtos e, através de atos contínuos, o governo central vê-se obrigado a manter a direção e a responsabilidade da produção e da comercialização dos diversos produtos agrários. Certos Estados ainda pensam que a ação se limitaria ao momento atual da crise, mas a realidade é que os organismos criados são cada vez mais totalizantes e que a própria crise subsiste durante toda a Segunda República”.

Minas Gerais, segundo Censo de 1920, ainda era o estado mais populoso do País, mas, por volta de 1930, São Paulo assumia tal posição. SINGER (1968, p. 235) destaca nos anos 20 o “papel socio-econômico de Belo Horizonte, cuja população atinge 138.377 habitantes”, sendo que a Mata mineira ainda detinha, com 24,4%, a maior parte da população, da qual 80% dos habitantes ativos trabalhavam no campo”. Minas Colonial, exuberante com a mineração e

redefinida no Império, novamente experimentada, depois do café na Primeira República, novo desafio e, nos anos 30, era dependente do governo federal.

A elaboração da Constituição Mineira de 1935 revela três etapas principais:

a) elaboração de um anteprojeto, mediante constituição de uma comissão designada pelo governo federal;

b) apresentação de um projeto de Constituição, oriundo da Comissão Constitucional escolhida entre os próprios deputados;

c) discussão e votação do projeto em plenário.

A II Constituinte mineira foi instalada em abril de 1934, e os temas sociais tiveram mais destaque do que os econômicos, apesar de o tema “economia cafeeira” ser recorrente. A legislação do trabalho predominou, assim como, pela primeira vez na discussão constitucional subnacional, o tema “saúde pública” foi destacado, quer seja pelo grande número de médicos na Constituinte (17), quer seja pelo estado crítico da saúde dos mineiros.

Destacamos os constituintes de 1935 que, pela primeira vez, exigiram uma vinculação de recursos para a saúde pública: Laborne e Valle, Nestor Fóscolo, Antônio Guimarães, Olinto Orsini. Defendiam a vinculação e, aos que se contrapunham, dizendo que o assunto deveria ser remetido a legislação ordinária, eles rebatiam dizendo que tal solução era postergar a solução. Criticavam com posições claras e fundamentadas o descaso do poder público com a saúde. O ideário desses homens está presente na luta pela regulamentação da EC-29, 65 anos depois.

A Constituição de 1935, promulgada em 30 de julho sob a presidência do Deputado Abílio Machado, assimilou as tendências do novo constitucionalismo federal e adotou inúmeras normas que haviam surgido, originariamente, na Constituição Federal, que se converteu em matriz do Direito Constitucional Estadual. Essa tendência acolhedora, receptiva, inclusiva de dispositivos emanados do governo central, modelou a Carta de 1935 e conferiu ao seu texto moderada dimensão, com os seus 110 artigos na parte permanente e oito na transitória. Entre os 15 títulos identificadores de sua matéria, instituiu o Tribunal de Contas (art. 79), o Ministério Público (art. 83), o ensino primário e gratuito (art. 91), a aposentadoria de funcionários (arts. 94, 95, 96, 97, 98), a Assembléia, composta de representantes do povo e das organizações profissionais (art. 4º), a

reforma da Constituição (arts. 102 e 103), mas, em inciso algum, faz menção à saúde.

Fechada em novembro de 1937, a Assembléia Legislativa só voltou a funcionar dez anos depois, em 1947. Nesse período lamentável de Minas Gerais, com órgãos legislativos fechados, quem estava contra a ditadura voltou às atividades profissionais, destacando-se os “bernardistas” e uma parcela dos progressistas, incluindo-se Pedro Aleixo (Presidente da Câmara dos Deputados), Odilon Braga (Ministro da Agricultura) e deputados estaduais, como Milton Campos e Bilac Pinto, sendo que, na abertura política, o primeiro grupo restaurou o Partido Republicano e o segundo constituiu o núcleo da UDN mineira. Em contrapartida, os políticos que apoiavam Valadares foram indicados para cargos no governo ou indicados como prefeitos.

Um documento histórico que marca a ofensiva dos setores liberais contra o regime Vargas é o “Manifesto dos Mineiros”. Inicialmente ignorado por Benedito Valadares e Getúlio Vargas, foi posteriormente enfrentado com força, inclusive, com a demissão de signatários que possuíam empregos no setor público ou privado. Tais represálias aumentaram, ainda mais, a oposição ao varguismo.

A Constituição de 1945, promulgada em 29 de outubro, no governo Benedito Valladares Ribeiro, contém 101 artigos em sua redação permanente e sete artigos relacionados com as disposições transitórias e finais. Estabelece que o Poder Legislativo é exercido por uma Assembléia Legislativa, com a colaboração do Governador do Estado pela iniciativa e sanção dos projetos de lei e pela expedição de decretos-leis autorizados nessa Constituição (art. 12), fixa em 70 o número de representantes do povo, eleitos mediante sufrágio direto e secreto (art. 13) e cria contribuição módica e mensal para a Caixa Escolar no ensino primário (art. 96). A exemplo dos textos constitucionais anteriores, não alude à questão da saúde.

O quarto período (1947-1964), mostra Minas Gerais, que, sob um governo udenista (Milton Campos, 1947-1950) ou pessedista (Juscelino Kubistschek, 1950-1955), encontra o seu ajustamento com o modelo “nacional-desenvolvimentista”.

Na III Constituinte mineira, que deságua na Constituição de 1947, Minas inova em inúmeros aspectos, mas destacamos dentro do contexto desta tese a criação do plano de assistência social, permitindo que este também pudesse ser

fixado pelos municípios e, com relação a assistência à maternidade, infância (art. 12) e adolescência, prevê destinação orçamentária específica, o que não é constatado na Constituição Federal de 1946. Vejamos uma súmula dessa importante Constituição mineira¹⁷.

A Constituição de 1947, promulgada em 14 de julho, sob a presidência do Deputado Feliciano de Oliveira Pena, se organiza em 14 Títulos e 175 artigos, além de incluir o Ato das Disposições Transitórias do Estado de Minas Gerais, com 44 artigos, além de 16 Leis Constitucionais decretadas no período de 24 de janeiro de 1951 a 3 de dezembro de 1966. Festeja-se aqui o reatamento da autonomia estadual, interrompida durante a vigência da Constituição autoritária de 1937. O relator-geral da comissão constitucional da Assembléia Constituinte foi o Deputado Tancredo Neves, que destaca o “revigoramento das energias municipais”. A Constituição Federal de 1946, possibilitando a censura judiciária pelo Supremo Tribunal Federal, certamente determinou comedimento nos constituintes derivados, o que se percebe no seu art. 1º, quando proclama exercer o estado “os poderes que lhe são atribuídos pela Constituição Federal”. Constatase similitude com o ideário emanado da Constituição Estadual de 1935, embora aqui se registre o primeiro comando constitucional vinculante e dedicado à saúde, no seu Título X – Da Ordem Econômica e Social –, especificamente no art. 123.

“É obrigatória a assistência à maternidade, à infância e à adolescência, para o que o Estado destinará 2%, no mínimo, das respectivas rendas.”

Outro registro importante é o art. 19 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, que determina que “O governo do Estado, dentro de 6 meses, contados da promulgação deste Ato, criará o Departamento da Criança, como Órgão autônomo, nos termos do Decreto-Lei Federal nº 2.024, de 17 de dezembro de 1940”.

Bias Fortes (vencendo Bilac Pinto, da UDN) sucedeu Juscelino Kubstschek, em 1955. Em 1960, Magalhães Pinto, da UDN, vence Tancredo Neves, do PSD.

Em 7 de abril de 1967, a Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais recebeu o Projeto da Reforma Constitucional enviado pelo Governador do

¹⁷ A Assembléia Legislativa de Minas Gerais, em 1947, possuía dez comissões temáticas permanentes: Assuntos Municipais e Interestaduais, Viação e Obras Públicas, Trabalho e Ordem Social, Segurança Pública, Educação e Cultura, Indústria e Comércio, Agricultura Finanças, Orçamento e Tomada de Contas, Redação e “Saúde Pública”.

Estado, para dar cumprimento ao que determinava o art. 178 da Constituição do Brasil. Tivemos então a Constituição Mineira de 1967, promulgada em 13 de maio pela Mesa da Assembléia Legislativa, sob a presidência do Deputado Manoel da Silva Costa. É composta de 23 artigos distribuídos nos cinco Títulos, que tratam dos dispositivos permanentes, e 37 artigos no Título VI, que trata das disposições gerais e transitórias. Aqui a novidade é a Saúde Pública, que ganha um Título específico (Título V) com três artigos (235, 236 e 237).

Na verdade, a Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967, que decorreu da atividade constituinte do Congresso Nacional, em seu art. 188 impôs aos estados a obrigatoriedade da adaptação ao novo diploma federal. Nesse cenário, o Governador de Minas Gerais, Israel Pinheiro da Silva, em ato publicado no dia 1º de março de 1967, constituiu comissão especial para elaborar o anteprojeto de reforma da Constituição Estadual, designando o Senador Milton Campos, (que havia sido, como Deputado, o autor do parecer à Assembléia Constituinte Estadual de 1935), o Desembargador Amílcar de Castro, o Dr. José Diogo de Almeida Magalhães, o Professor Gerson de Brito de Melo Boson, o Dr. Gustavo Azevedo Branco, o Economista Raymundo Nonato de Castro e o Professor Raul Machado Horta. O legislativo estadual também fez a sua nominata, indicando os Deputados Cícero Dumont, Ibrahim Abi-Ackel e Bonifácio Tamm de Andrada. Em 6 de abril do mesmo ano, o Governador encaminhou, através da Mensagem nº 31, o texto do anteprojeto de Constituição, com 234 artigos e, assumindo as funções do poder constituinte, a Assembléia propôs alterações, concluindo pela aprovação de texto com 275 artigos, tornando-se a mais extensa Constituição de Minas.

Interessante constatar a ótica da saúde pública da segunda metade dos anos 60, reproduzindo o Título V – Da Saúde Pública:

“Art. 235 – O Estado, através do Código Estadual, promoverá as medidas necessárias em favor da saúde pública.

Parágrafo único – O planejamento administrativo neste setor integrará os órgãos oficiais, voluntários e particulares.

Art. 236 – A legislação adotará os seguintes princípios e normas de proteção à saúde:

I – defesa contra endemias;

II – manutenção de serviços contra os efeitos das inundações e das secas;

III – assistência médico-hospitalar;

IV – policiamento das condições sanitárias;

V – fiscalização do comércio e da produção de alimentos;

VI – fiscalização do comércio e da preparação dos produtos farmacêuticos;

VII – inclusão de medidas de proteção à saúde em todos os planos governamentais.

Art. 237 – O Estado promoverá e incentivará a pesquisa e as atividades tecnológicas de interesse da saúde pública.”

A interpretação de tais dispositivos é entusiasmadora, na medida em que se fala em planejamento em saúde, legislação para proteção da saúde, promoção de iniciativas científicas e tecnológicas voltadas para a saúde pública e a obrigatoriedade de se incluírem medidas de proteção à saúde em todos os planos governamentais.

A Emenda Constitucional nº 1, de 1º de outubro de 1970, promulgada pela Mesa da Assembléia sob a presidência do Deputado Homero Santos, dá nova redação à Constituição do Estado, decorrente da Emenda Constitucional Federal nº1, de 17 de outubro de 1969, que, sob o aspecto formal, também determinou uma nova redação da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. Juridicamente não é a nova Constituição, mas uma apresentação técnico-formal da Constituição emendada. Aqui o Título V, Da Saúde Pública, é composto de quatro artigos, três parágrafos e cinco incisos, com destaque para o art. 204, que reconhece que “a saúde, como estado de bem-estar físico, mental e social, é um direito inalienável da pessoa humana”, sendo que o seu parágrafo único adita: “A defesa e proteção da saúde é dever do Estado, do Município, da comunidade e do indivíduo”. É a primeira inscrição do dever constitucional do estado para com a saúde.

O art. 205 do aludido diploma legal também é pioneiro ao prever a organização de um sistema de saúde, além de inscrever a parceria do estado com a União, obedecidas as normas gerais de defesa e proteção da saúde que a lei federal estabelecer.

Considerando a latinidade do pioneirismo do planejamento em saúde, destacamos o conjunto constitucional representado pelo art. 206 e seus dois parágrafos:

“Art. 206 – O Estado, tendo em vista as diretrizes globais de desenvolvimento econômico e social, definidas pelo sistema estadual de planejamento, estabelecerá o plano estadual de saúde, fixando objetivos e traçando metas prioritárias, consideradas as peculiaridades regionais.

§ 1º – Para a execução dos programas de saúde, o plano estadual terá em vista a coordenação das atividades dos diversos órgãos que atuam na áreas.

§ 2º – Os planos municipais de saúde, quando for o caso, orientar-se-ão pelas diretrizes do planejamento estadual.”

O art. 207, que completa o Título V, Da Saúde Pública, inova ao introduzir em seu inciso IV o saneamento básico como item da proteção à saúde, ao lado da defesa contra endemias, combate a doenças transmissíveis, assistência médico-sanitária e hospitalar, e determinar no seu inciso V a inclusão de medidas de proteção à saúde, especialmente à maternidade e à infância, em todos os planos governamentais.

Ocorreu ainda, no período de 10 de maio de 1974 a 28 de junho de 1987, a promulgação das Emendas Constitucionais nºs 2 a 26, porém nenhuma delas tratou do tema saúde.

3.2 A Constituição de 1989 e o financiamento público da saúde

Nos anos 80, a sociedade participa de modificações importantes visando à redemocratização do País, que culminaram com a convocação da ANC, que conforma o comando constitucional da saúde, amplamente discutido no Capítulo 1 desta tese.

Nas Minas Gerais o caminho não é diferente. Em 17 de setembro de 1987, têm início os trabalhos da Comissão Preparatória da IV Constituinte do Estado de Minas Gerais, em razão do ato convocatório expresso no art. 11 da ADCT da CF 1988:

“Art. 11 – Cada Assembléia Legislativa, com poderes constituintes, elaborará a Constituição do Estado, no prazo de um ano, contado da promulgação da Constituição Federal, obedecidos os princípios desta.”

A data da instalação ocorre em 7 de outubro de 1988.

O relatório sobre o Anteprojeto da Constituição é publicado no “Diário do Legislativo” em 10 de março de 1989. Tive a oportunidade de coordenar a Audiência Pública Regional, em Juiz de Fora, em 20 de janeiro de 1989, ocasião que foram apresentadas 132 propostas para análise da Comissão. Ao total foram 17 audiências regionais que se estenderam de Ouro Preto (18/1/1989: 34 propostas) a Unaí (21/1/1989, com 98 propostas).

No período de 23 de janeiro a 3 de fevereiro de 1989 foram realizadas 19 audiências públicas temáticas, sendo que coordenei o tema “Sistema Tributário”, em 26 de janeiro de 1989. Houve cerca de 10.000 propostas formalizadas em 2800 documentos, que foram protocolados e encaminhados às Comissões Temáticas.

Proferido o parecer sobre as emendas, foram aprovados, em reunião extraordinária realizada no dia 6 de abril de 1989, o anteprojeto salvo emendas, e a, seguir, as emendas com parecer favorável. As emendas com parecer contrário ou pela prejudicialidade, salvo destaques, foram rejeitadas.

Foram destacadas, para votação em separado, trezentas e quarenta emendas, votadas em dez reuniões extraordinárias realizadas entre os dias 6 a 18 de abril de 1989.

Especificamente com relação à saúde, os constituintes mineiros tiveram a preocupação de inserir no texto comando que mantivesse a seguridade social com o tripé Saúde, Previdência Social e Assistência Social, mas este foi desmembrado, e o Título IV da Constituição Estadual de 1989 (CE - 1989) ficou com a seguinte estrutura: Título IV – Da Sociedade, no Capítulo I – Da Ordem Social contempla a Seção I – Da Saúde, com uma Subseção Única – Do Saneamento Básico, a Seção II – Da Assistência Social, a Seção III – Da Educação, a Seção IV – Da Cultura, a Seção V – Da Ciência e Tecnologia, a Seção VI – Do Meio Ambiente, a Seção VII – Do Desporto e Lazer, a Seção VIII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Portador de Deficiência e do Idoso e a Seção IX – Da Comunicação Social.

O Capítulo II tratou da Ordem Econômica, com seis seções: desenvolvimento econômico, sistema financeiro estadual, turismo, política urbana, política rural e política hídrica e minerária.

A Emenda nº 1.305, de autoria do Deputado Agostinho Patrús e subscrita pelos Deputados Armando Costa, Jairo Magalhães Alves, Jorge Hannas, José Maria Chaves, Lacir Andrade, Mauro Morais, Narcísio Michelli, Péricles Ferreira, Sebastião Helvecio, Mendes Barros e Sílvio Mitre, reunindo os Deputados da Casa com formação específica na área, segundo anotou o Deputado Bonifácio Mourão, relator da IV Constituinte, “objetiva oferecer substitutivo à Seção I – “Da Saúde e Assistência Social” – do Capítulo I do Título IV do Anteprojeto. Em que pese ao alto cabedal técnico-científico dos responsáveis pela emenda em exame,

mormente no que se refere à matéria que constitui o objeto da Seção, a questão envolve também intrincados aspectos de Direito Constitucional, que exigem análise jurídica aprofundada das relações de competência entre o estado federado e a União, no que se refere a matéria e às possibilidades de seu tratamento em nível de Constituição Estadual”.

Prossegue ainda o relator: “O inciso XXIII do art. 22 da Constituição da República atribui privativamente à União a competência para legislar sobre Seguridade Social. Esta, segundo o art. 194, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos à saúde, à previdência e à assistência social. Por outro lado, o art. 24 atribui competência aos Estados federados para suplementar as normas gerais da União sobre previdência social, proteção e defesa da saúde. Competência que se torna plena quando da inexistência da norma federal, condicionada, contudo, à superveniência da lei federal que, se de sentido contrário, suspenderá a eficácia da lei estadual”.

Ao rejeitar a “Previdência” no Título IV, adiciona ao seu parecer: “No que se refere à inclusão da Previdência Social na Seção, embora tenha sido atribuída ao Estado federado competência para legislar sobre Previdência Social, no domínio da legislação concorrente, consoante dispõe o art. 24, XII, da Constituição da República, o delineamento de tal competência deve ser obtido através da interpretação sistêmica do texto constitucional”.

O parágrafo único do art. 194 estatui: “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir contribuição, cobrada de seus servidores, para o custeio, em benefício destes, de sistemas de Previdência e Assistência Social”. Segundo o art. 203, a Assistência Social se distingue da Previdência na medida em que a primeira prescinde de contribuição para a sua prestação e a segunda o exige. Assim a Previdência Social não integra o Capítulo “Da Ordem Social” da CE-1989.

O comando constitucional alusivo à Saúde, na CE-1989, engloba seis artigos, sendo adotado o conceito ampliado de saúde:

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

Parágrafo único – O direito à saúde implica a garantia de:

I – condições dignas de trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e saneamento básico;

II – acesso às informações de interesse para a saúde, obrigado o Poder Público a manter a população informada sobre os riscos e danos à saúde e sobre as medidas de prevenção e controle;

III – dignidade, gratuidade e boa qualidade no atendimento e no tratamento de saúde;

IV – participação da sociedade, por intermédio de entidades representativas, na elaboração de políticas, na definição de estratégias de implementação e no controle das atividades com impacto sobre a saúde.”

Essa abordagem determina dois efeitos práticos no texto constitucional: como não era possível vincular um percentual da receita própria do estado para o financiamento da saúde, o constituinte mineiro inovou, estabelecendo uma vinculação dos gastos em saúde com os gastos em transporte e sistema viário, que apresentavam certa consistência nos orçamentos da década de 80, aproximando-se do nível de 10% que, se supunha, seriam suficientes para o financiamento estadual da saúde. Tal iniciativa se consolidou no § 1º do art. 158 da CE-1989, que não encontra similitude em qualquer outra Constituição do País. É a criatividade do constituinte estadual em relação à CF 1988, obedecendo-se os limites permitidos pela Carta Magna.

Portanto, o art. 158 da CE 1989, que trata da lei orçamentária, ganhou o seguinte § 1º: “Os recursos para os programas de saúde não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte e sistema viário”.

Essa iniciativa garantiu ao longo de toda a década de 90 (1989-1999) despesas com ações e serviços públicos de saúde (utilizando os dados primários dos Balanços Gerais do Estado de Minas Gerais, corrigidos em reais e atualizados pelo IGP-DI – dezembro de 2005, fatores médios, conforme a tabela que incluo junto aos Anexos, ao final da exposição) no valor de R\$1.410.332,00 (um bilhão quatrocentos e dez milhões trezentos e trinta e dois mil reais), enquanto na vigência da EC-29, isto é, 2000-2006, utilizando a mesma metodologia, a média anual é de R\$1.685.346,00 (um bilhão seiscentos e oitenta e cinco milhões trezentos e quarenta e seis reais). Verifica-se um crescimento nominal no período analisado de 11,94%, enquanto, no período de 1989 a 2005, a população de Minas Gerais aumentou mais que o dobro.

Na Tabela 38 apresentamos os valores médios, corrigidos pelo IGP-DI, das despesas realizadas pelos órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de Saúde (SES, Funed, Fhemig, Hemominas, Cardiominas, FES) e também as

despesas realizadas pela Secretaria de Transportes e Obras Públicas (SETOP), relacionadas com a construção, ampliação e reforma de unidades de saúde, com recursos de todas as fontes.

TABELA 38
Despesas com ações e serviços públicos de saúde

Órgão/Entidade	R\$ mil dez/2005					
	1989	1990	1991	1992	1993	1994
SES ⁽¹⁾	885.253	863.591	1.182.29	1.117.67	811.896	1.16438
FUNED ⁽³⁾	-	95.872	45.813	35.051	37.449	59.773
FHEMIG ⁽²⁾	228.241	286.336	229.212	244.214	253.417	320.338
HEMOMINAS ⁽³⁾	-	21.031	25.540	27.319	43.334	63.738
CARDIOMINAS ⁽⁴⁾	-	-	-	-	53.609	17.497
FES ⁽⁵⁾	-	-	-	-	-	-
SETOP ⁽⁶⁾	37.943	114.054	10.806	3.371	10.947	14.202
TOTAL	1.151.43	1.380.88	1.494.16	1.427.63	1.210.62	1.639.93

Fonte: Balanços Gerais do Estado – 1989 a 2005

Para uniformizar as informações, optou-se por adotar essas despesas porque elas foram consideradas pelo estado, na maioria dos exercícios do período analisado, para apuração do disposto no § 1º do art. 158 da CE 1989, isto é, “os recursos para programas de saúde não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte e sistema viário”.

Observações:

1) Em 1989, último ano em que não havia qualquer exigência constitucional para aportes no sistema de saúde, o Tesouro Estadual alocou em referência aos reais de 2005 o equivalente a R\$885.253,00 (estão computados apenas os recursos do estado transferidos pela Secretaria da Fazenda);

2) O aporte para a Funed foi realizado pela SES;

3) Em 27 de dezembro de 1989, mediante a Lei estadual nº 10.057/89, foi criada a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, da qual fui signatário como Secretário de Estado da Saúde;

4) O Cardiominas só veio a constituir unidade orçamentária em 1992 e foi extinto em 1998, porém, nos exercícios de 1989, 1990 e 1991 as despesas para a sua construção foram lançadas na Setop;

5) O gasto em saúde em 1995, em valores reais de dezembro de 2005, corrigidos pelo IGP-DI (fatores médios), atingiu o valor de R\$2.688.237,00 (dois bilhões seiscentos e oitenta e oito milhões duzentos e trinta e sete mil reais), o que jamais seria repetido no Estado de Minas Gerais;

6) nos exercícios de 1990 e 1991 foram excluídas as transferências a autarquias, fundações e fundos, para evitar a duplicidade de valores, dada a movimentação de recursos entre órgãos e entidades.

Complementando a série histórica analisada antes da vigência da EC-29, podemos analisar, na Tabela 39, utilizando a mesma metodologia da tabela anterior, as variações no período 1996-2000. Os dados também são apresentados em R\$1.000,00 de dezembro de 2005, e todos os valores foram atualizados pelo IGP-DI - dezembro de 2005 = 1 (fatores médios).

A tabela de atualização é mostrada no Anexo desta tese.

TABELA 39
Despesas com ações e serviços públicos de saúde

R\$ mil dez/2005

Órgão/Entidade	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SES ⁽¹⁾	2.140.846	1.484.035	1.342.786	306.508	263.231	259.065
FUNED ⁽³⁾	81.987	74.123	72.790	77.958	100.693	74.102
FHEMIG ⁽²⁾	381.852	411.758	411.162	432.817	404.151	411.143
HEMOMINAS ⁽³⁾	80.742	70.650	78.409	69.287	66.500	68.987
CARDIOMINAS ⁽⁴⁾	138	61	-	-	-	-
FES ⁽⁵⁾	-	-	-	1.071.925	688.379	662.639
SETOP ⁽⁶⁾	2.672	5.501	9.335	29.271	9.805	7.705
TOTAL	2.688.237	2.046.128	1.914.482	1.987.766	1.532.759	1.483.641

Fonte: Balanços Gerais do Estado – 1989 a 2005

Observações:

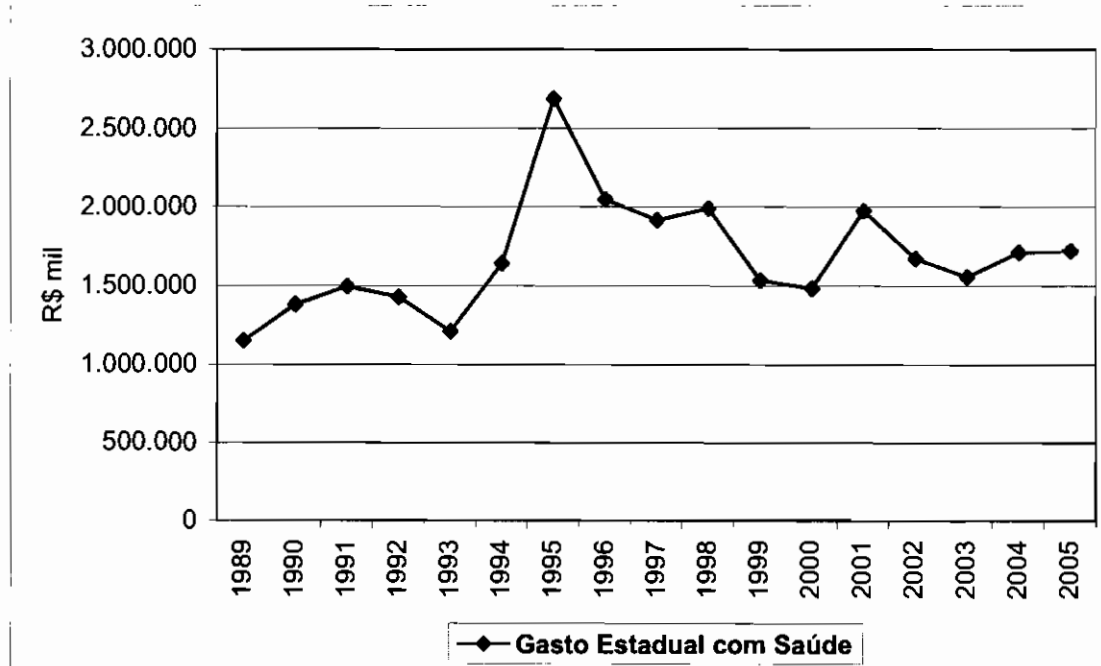
1) no exercício de 1998, o Fundo Estadual da Saúde (FES) passou a existir como unidade orçamentária, e parte das despesas que eram executadas na Secretaria de Saúde foi transferida para o Fundo.

Observa-se neste período da análise uma redução gradativa do aporte às ações e serviços públicos de saúde, que em 1996 correspondiam a R\$2.046.128,00 (dois bilhões e quarenta e seis milhões cento e vinte e oito mil reais). No ano 2000, época da promulgação da EC-29, o valor atinge o mínimo do período, com R\$1.483.641,00 (um bilhão quatrocentos e oitenta e três milhões seiscentos e quarenta e um mil reais).

Com o objetivo de permitir uma comparação efetiva em todo o período pós-Constituição e pré-EC-29, apresentamos o Gráfico 25.

GRÁFICO 25
Gasto estadual com saúde
Minas Gerais: 1989-2005

R\$ mil dez/05

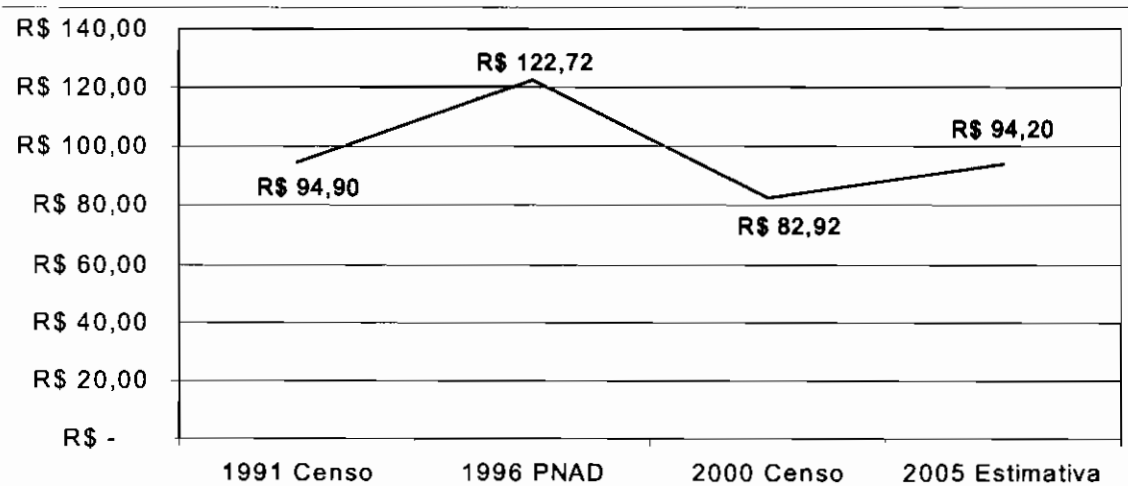


Fonte: TCE-MG. Elaboração própria.

Utilizando o gasto realizado em ações e serviços públicos de saúde parametrizado por mil reais de dezembro de 2005, atualizados pelo IGP-DI – fatores médios – e comparando com os censos demográficos de 1991 e 2000 do IBGE, encontramos no período a seguinte variação *per capita*.

GRÁFICO 26
Despesa estadual com saúde *per capita*
Minas Gerais: 1991-2005

R\$ *per capita* dez/05



Fonte: IBGE; TCE-MG; SIOPS, FJP. Elaboração própria

Observa-se que, em relação ao início da década, quando o gasto *per capita* comparado é de R\$94,90, ocorre uma elevação, nos meados da década, para R\$127,72 em 1996. No ano 2000, porém, ocorre uma queda para R\$82,92.

Constata-se também, nas Tabelas 36 e 37, que o maior gasto estadual de Minas no financiamento das ações e serviços públicos de saúde ocorre em 1995-1996, anos em que Minas Gerais incentiva a implantação de consórcios municipais³⁸. Minas Gerais é o estado que possui o maior número de consórcios da Federação – atualmente 70 –, abrangendo uma população de 11 milhões de pessoas. Nos anos citados e no seguinte (1997) ocorreu a formação de 62 consórcios, dos atuais 70, em razão do incentivo aportado pela SES-MG. O padrão de consórcios em Minas revela a presença de pequenos municípios, e o objetivo principal é o atendimento a especialidades.

³⁸ Os consórcios intermunicipais de saúde foram regulamentados no SUS pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que aborda os consórcios como um conjunto de ações e serviços de saúde entre os municípios consorciados. Com a NOB 1/96, os consórcios passaram a ser considerados no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços como estratégias de articulação e mobilização dos Municípios. Além do atendimento a especialidades médicas, os consórcios valorizam a prestação de assessoria técnica e atenção hospitalar.

3.3 Impacto da Emenda Constitucional nº 29 sobre o financiamento público em Minas Gerais: a participação do ente subnacional.

A promulgação da EC-29, em 13 de setembro de 2000, trouxe um novo ordenamento constitucional para o financiamento da saúde pública pelos entes federados.

Demonstramos no Capítulo I da nossa tese de que a participação federal no custeio das ações e serviços públicos de saúde vem diminuindo, sendo que o aporte em 2004 (R\$38,1 bilhões) é inferior ao de 1994 (R\$41,3 bilhões).

E em nível subnacional, o que terá acontecido na vigência da EC-29? Relembro que a norma constitucional fixa em 12% da arrecadação dos impostos previstos no art. 155 da CF 1988 e também dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, "a", e II, deduzindo-se a parcela transferida aos municípios; no entanto, o estado que aplicasse menos que o estipulado poderia se organizar em cinco orçamentos consecutivos para atingir o patamar constitucional, sendo que a partir de 2000 o mínimo seria de 7%.

Dito isto, vamos aos fatos. No ano de 2000, Minas Gerais apresentou uma receita de impostos e transferências constitucionais de R\$7.967.948.706,00 conforme o Balanço Geral. O total de despesa empenhada com recurso próprio foi de R\$298.259.749,00 (3,74%), enquanto a despesa mínima, conforme a EC-29, deveria ser de R\$557.756.409,00 (7%). Deste cálculo elementar, resulta que a diferença entre o número a aplicar e o valor aplicado foi de R\$259.496.661,00 (3,26%), ou seja, um pouco mais da metade daquilo que foi previsto na Constituição foi aplicado. Em termos práticos, essa contabilidade é conferida pelo TCE-MG e pelo MS, através do Siops³⁹.

Podemos inferir que existe uma diferença contábil entre as duas metodologias: inicialmente, em 2000, o governo estadual computou, no cálculo da base vinculável, somente as receitas oriundas do ITCD, ICMS, IPVA, IRRF, FPE e IPI exportação, deduzidas as transferências aos municípios. Além dessa diferença

³⁹ SIOPS é o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde, regulamentado pelas portarias interministeriais nº 529, 30 de abril de 1999, e nº 1.163, de outubro de 2000, publicadas pelo MS e pela Procuradoria Geral da República. Como solução em informática o SIOPS pode ser desmembrado em três componentes: um endereço eletrônico público situado no portal do MS (www.saude.gov.br/sis/Siops); os programas de declaração de estados e municípios e um banco de dados centralizado pelo ministério. O SIOPS é declaratório, ou seja, dados informados por estados e municípios não são alterados pelo MS.

na base de cálculo da receita vinculável, outra diferença aparece quando analisamos a composição da despesa da função saúde: o Siops reconhece como “ações e serviços públicos de saúde” as diretrizes oriundas do CNS, enquanto o Governo de Minas inclui na sua prestação de contas gastos advindos do “sentido ampliado” de saúde e que são acolhidos pelo TCE-MG.

Precisamos então conhecer a fundamentação das duas vertentes: CNS x TCE-MG.

O Conselho Nacional de Saúde, no qual se apóia o Siops, resolveu editar a Resolução nº 322, em 8 de maio de 2003, para disciplinar os gastos em “ações e serviços públicos de saúde” em face da EC-29. Resolve então:

Primeira Diretriz: A base de cálculo, para os estados, é a soma das receitas de impostos estaduais (ICMS, IPVA, ITCD) acrescida das receitas de transferências da União (quota-parte do FPE + Cota-Parte do IPI Exportação + Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir), imposto de renda retido na fonte (IRRF) e outras receitas correntes: receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros e correção monetária. Subtraem-se, então, as transferências constitucionais e legais a municípios (25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% IPI Exportação);

Segunda Diretriz: trata do “valor apurado” da União, já comentado;

Terceira Diretriz: mínimos estaduais: 7% em 2000, 8% em 2001, 9% em 2002, 10% em 2003, 12% em 2004;

Quarta Diretriz: trata do Distrito Federal, o que não é alcançado nesta tese;

Quinta Diretriz: para efeito da aplicação da EC-29, consideram-se despesas em ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital que sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito, que estejam em conformidade com o Plano de Saúde de cada ente e que sejam de responsabilidade do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. E conclui: com recursos alocados no Fundo de Saúde.

Sexta Diretriz: define quais são as ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde;

Sétima Diretriz: exclui do cálculo pagamento com inativos, “clientela fechada”, saneamento básico, merenda escolar e outras situações, inclusive pagamento de juros de operação de crédito que custearam serviços de saúde;

Oitava Diretriz: fala dos dados Siops e TCEs;

Nona Diretriz: fala dos dados Siops e demais órgãos;

Décima Diretriz: se houver descumprimento da EC-29, o exercício seguinte deverá ter a compensação orçamentária.

O Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, com entendimento diverso da matéria, também elabora um documento – a Instrução Normativa nº 11 –, que é publicada no “Minas Gerais” de 31/12/03 e retificada em 7/1/2004, que, em 11 artigos, normatiza a matéria.

Alguns pontos fundamentais:

a) apresenta os Anexos (Ia e IIa) para elaborar a base de cálculo;

b) reconhece que se houver dispositivo na Constituição ele deve ser atendido. É o caso do § 1º do art. 158 da CE-1989, que vincula com os gastos em transporte e sistema viário;

c) consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas destinadas a:

“Art. 3º – (...)

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

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

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

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

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

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

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

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

d) o art. 4º também inova ao detalhar que a despesa será empenhada e liquidada, mas o seu parágrafo único exclui a empresa responsável pelo saneamento do Estado de fazê-lo, pois a Copasa não integra o orçamento fiscal.

“Art. 4º – Os recursos previstos nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Instrução deverão ser aplicados, integralmente, no exercício financeiro

correspondente, sendo apurados pela soma das despesas que forem devidamente empenhadas e liquidadas nos termos do art. 63 da Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964 e, demonstrados nos Anexos II-A e II-B – Demonstrativo dos Gastos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, para o Estado e Municípios, respectivamente.

Parágrafo único – Excetuam-se do “caput” deste artigo as aplicações em ações e serviços públicos de saúde, realizadas por entidades não integrantes do orçamento fiscal.”

Portanto, essa interpretação diversa do mesmo tema leva a diferentes percentuais na prestação de contas, a partir do Balanço Geral do Estado. A propósito, a partir da Portaria 42/99, do Ministério do Planejamento e Gestão, a classificação funcional-programática foi alterada, e as despesas com saúde passaram a ser classificadas na Função 10 – Saúde.

Encerrando a discussão TCE-MG X CNS, apresentamos, então, os Anexos I-A e II-A, onde serão consolidados os demonstrativos do Estado de Minas Gerais alusivos à base de cálculo da receita vinculável e despesa reconhecida na Função 10.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
ANEXO I – A	
EXERCÍCIO:	
DEMONSTRATIVO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (BASE DE CÁLCULO ESTADUAL) (ART. 198, § 2º e ART. 77, III DO ADCT DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, EC-29 N° 20/00)	
(em R\$)	
01 – RECEITAS	
A – Impostos:	
1. Imposto de renda retido na fonte.....	
2. Imposto sobre transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos – ITCD.....	
3. Imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços – ICMS.....	
4. Imposto sobre a propriedade de veículos automotores – IPVA.....	
5. Outros impostos.....	
B – Transferências correntes:	
1. Imposto sobre produtos industrializados – IPI.....	
2. Fundo de Participação dos Estados – FPE.....	
3. Cota-Parte da transferência financeira da Lei Complementar n° 87/96.....	
C – Outras receitas correntes:	
1. Receita da dívida ativa tributária dos impostos.....	
2. Multas e juros de mora e correção monetária dos impostos.....	
D – Transferências de capital:	
1. Cota-Parte do fundo de participação dos estados – FPE.....	
Outras transferências de capital.....	
Subtotal.....	
E – Deduções:	
1. Imposto sobre a propriedade de veículos automotores – IPVA (50%).....	
2. Imposto sobre circulação de mercadorias e prestação de serviços – ICMS (25%).....	
3. Cota-Parte da transferência financeira da Lei Complementar n° 87/96 (25%).....	
Total das deduções.....	
02 – Total das Receitas (A+B+C+D-E)	
03 – Valor legal de aplicação em ações e serviços de saúde	12% =
04 – Aplicação no Exercício (Total do Anexo II-A)	% =
CONTADOR / CRC:	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE INTERNO

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS				
Anexo II-A				
EXERCÍCIO:		MUNICÍPIO:		
DEMONSTRATIVO DOS GASTOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ESTADUAL) (ART. 198, § 2º, III DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL)				
(Em R\$)				
Função	SubFunções	Programas	Especificação	Despesas
10	121	...	SAÚDE	
			Planejamento e Orçamento	
	122	...	Administração geral	
			Formação de Recursos Humanos	
	128	...	Atenção básica	
			Assistência hospitalar e ambulatorial	
	301	...	Assistência hospitalar e ambulatorial	
			Suporte profilático e terapêutico	
	302	...	Vigilância sanitária	
			Vigilância epidemiológica	
303	...	Ensino Profissional		
		Desenvolvimento Científico		
304	...			
305	...			
363	...			
571			
TOTAL APLICADO NO EXERCÍCIO				
CONTADOR / CRC:		RESPONSÁVEL PELO CONTROLE INTERNO		

Interessante destacar que, também em 13 de julho de 2005, o TCU,⁴⁰ provocado pela Câmara dos Deputados, adverte o próprio MS de que, “fixado o entendimento de que, quando não atingido o valor mínimo de gastos em saúde em um determinado exercício, seja computado o próprio valor mínimo, e não o empenhado, para fins de avaliação do cumprimento da referida emenda no exercício seguinte ao que ocorreu a redução de recursos”.

Portanto, demonstraremos os gastos com saúde realizados pelo Estado de Minas Gerais e utilizaremos três metodologias diferentes:

⁴⁰ O Tribunal de Contas da União, mediante o Acórdão 957/2005, concorda que “6.24 – No âmbito da União, porém, enquanto não for aprovada a Lei Complementar, a definição oficial provisória de “ações e serviços de saúde” ficou sendo a estabelecida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias, por ser esta norma hierarquicamente superior à Portaria e à Resolução.” Desta forma o Capítulo 5 da tese é dedicado às LDOs.

A) utilizando os dados constantes do Balanço Geral do Estado, apresentamos, a Tabela 40, que contém os valores das despesas realizadas pelos órgãos e entidades que compõem o Sistema Único de Saúde (SES, Funed, Fhemig, Hemominas, FES) e as despesas da SETOP com construção, ampliação e reforma de unidades de saúde.

TABELA 40
Despesas com ações e serviços públicos de saúde

Órgão/Entidade	R\$ dez/2005				
	2001	2002	2003	2004	2005
SES ⁽¹⁾	255.266	278.822	220.255	167.126	170.036
FUNED ⁽³⁾	88.837	83.778	60.459	61.866	73.026
FHEMIG ⁽²⁾	424.758	481.723	384.203	366.982	400.128
HEMOMINAS ⁽³⁾	68.415	68.804	64.447	65.422	66.855
CARDIOMINAS ⁽⁴⁾	-	-	-	-	-
FES ⁽⁵⁾	1.126.91	754.000	814.437	1.049.52	1.088.27
SETOP ⁽⁶⁾	8.160	3.011	10.402	1	2.509
TOTAL	1.972.35	1.670.13	1.554.20	1.710.91	1.720.82

Fonte: Balanços Gerais do Estado – 1989 a 2005. Elaboração própria.

B) utilizando os dados referentes às despesas computadas no somatório dos recursos aplicados nas ações públicas de saúde, em cumprimento do que dispõe a EC-29. Em 2003, o estado agregou algumas despesas financiadas com recursos diretamente arrecadados (código 60), contribuição patronal para o Confip (código 42), a contribuição patronal do Estado (código 49) e as Doações de Pessoas, Instituições Privadas ou do Exterior (código 66).

O estado apresentou os demonstrativos dos exercícios de 2004 e 2005 com base na Instrução Normativa nº 11, do TCE-MG.

Estão consolidadas, portanto, as despesas apresentadas pelo estado, em cada exercício, assim como a receita vinculável à aplicação em “ações e serviços públicos” de saúde. É o que demonstramos na Tabela 41.

TABELA 41
Despesas com ações e serviços públicos de saúde
Minas Gerais – 2000 a 2005

(R\$ 1.000; dez/2005)

Especificação	Exercício					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
(A) Receita Total ⁽¹⁾	12.858.685	13.044.416	12.041.610	12.591.452	13.658.116	15.042.596
(B) Despesa Total	622.325	1.156.953	735.999	1.272.723	1.660.636	1.854.305
SÉS	259.065	255.266	278.736	220.234	167.118	169.325
FUNED	17.996	24.283	24.384	25.193	22.050	28.717
FHEMIG	300.400	315.677	371.280	300.689	289.050	305.498
HEMOMINAS	12.500	10.709	16.141	19.692	25.537	22.045
FÉS	27.632	549.457	44.991	230.365	447.601	411.387
SETOP	664	1.561	467	7.295	1	2.509
UNIMONTES ⁽²⁾	4.068			6.416	5.350	5.068
SEC.DESENV.URBANO ⁽³⁾				3.482		
IMA				34.791	26.532	28.163
PMMG				9.259	9.699	13.962
CBMMG				38	17	9
CAADE ⁽⁴⁾				2	59	
FEAM				3.342	2.524	3.462
IPSEMG				158.048	92.376	100.258
FUNFIP ⁽⁵⁾					154.106	144.261
EGE-SEF/ENCARGOS GERAIS ⁽⁶⁾					1.205	2.017
IPSM				38.550	81.002	110.553
SEDS ⁽⁷⁾						2.068
COPAS A ⁽⁸⁾				215.327	336.409	505.003
% Aplicação	4,84	8,87	6,11	10,11	12,16	12,33

Fontes: Balanços Gerais do Estado 2000 a 2005, Relatórios da CAEO 2000 a 2004 e SIAFI. Elaboração própria.

Notas:

- (1) Em 2000, o governo estadual computou, no cálculo da base vinculável, somente as receitas oriundas do ITCD, ICMS, IPVA, IRRF, FPE e IPI Exportação, deduzidas as transferências aos municípios. A partir de 2001, o estado agregou ao cálculo as multas, juros de mora e dívida ativa do ITCD, ICMS e IPVA, além das receitas decorrentes da Lei "Kandir". Em 2002, foram incluídas, também, as cota-partes do estado para o Fundep relativas ao ICMS, FPE e IPI. Em 2004, o estado ajustou sua metodologia para a apuração da receita sujeita a vinculação de recursos para aplicação em ações e serviços de saúde, em conformidade com o disposto na Emenda nº 29/00.
- (2) Despesas realizadas com o Hospital-Escola Clemente Faria.
- (3) Despesas com Apoio ao Desenvolvimento Municipal – PADEM – Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica.
- (4) Despesas com Orientação para Inclusão de Pessoa Portadora de Deficiência.
- (5) Fundo Financeiro de Previdência, onde estão consignados os benefícios previdenciários pagos a servidores de unidades do estado à conta de Recursos Ordinários e da Contribuição Patronal para o Confip.
- (6) Despesas com publicação de atos e materiais, no órgão oficial do Estado, da Secretaria da Saúde e vinculadas.
- (7) Despesas com Hospitais Psiquiátrico e de Toxicómanos.

(8) O orçamento da Copasa não integra o Orçamento Fiscal e nem é acompanhado pelo Siafi. A empresa informa à Contadoria Geral do Estado as despesas executadas por ela, que irão compor o demonstrativo.

C) apresentaremos os dados inscritos no Siops a partir do Balanço Geral do Estado.

TABELA 42
Receita própria aplicada em saúde
Minas Gerais

Ano Base	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Próprios	5,39	4,56	3,74	6,91	6,35	6,26	8,66	6,87
Mínimo EC 29	-	-	7	8	9	10	12	12
Diferença	-	-	3,26	1,09	2,65	3,74	3,34	5,13

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

A Tabela 42 mostra que em momento algum o Estado de Minas Gerais cumpre a EC-29, utilizando-se os critérios do CNS, sendo que o maior afastamento ocorre em 2005 (realiza apenas 55% do exigido) e a maior proximidade é verificada em 2001 (85% do mínimo).

A Tabela 43 permite uma visualização da mesma diferença utilizando-se a comparação em reais de dezembro de 2005, quando se constata uma diferença mais expressiva no ano-base de 2005, superior a R\$800 mil reais, o que significa, conforme demonstramos na Tabela 44, um aporte *per capita* reduzido em R\$42,69.

TABELA 43
Despesas em saúde – Minas Gerais

Ano	Critério Amplo (TCE-MG)		EC 29 (CNS)	
		%		%
2000	622.325,00	4,84	532.437,34	3,74
2001	1.156.953,00	8,87	1.063.149,05	6,91
2002	735.999,00	6,11	876.316,41	6,35
2003	1.272.723,00	10,11	787.525,77	6,26
2004	1.660.636,00	12,16	1.183.303,50	8,66
2005	1.854.305,00	12,33	1.033.103,04	6,87

Fonte: SIOPS; TCE-MG. Elaboração própria.

TABELA 44
Despesas em saúde, per capita
Minas Gerais

Ano	Critério	
	Amplio (TCE-MG)	EC 29 (CNS)
2000	34,78	29,76
2001	63,33	58,20
2002	39,77	47,35
2003	67,87	42,00
2004	87,43	62,30
2005	96,39	53,70

Fonte: IBGE; FJP, AMM, SIOPS; TCE-MG. Elaboração própria.

Lamentavelmente, o caso de Minas Gerais não é o único.

Visitando o portal do Siops para 2005, verificamos que apenas seis estados e o Distrito Federal demonstram a aplicação do mínimo constitucional.

O Estado do Amazonas é o recordista, com 21,54%, seguindo-se o Distrito Federal, 15,48%, o Rio Grande do Norte, 13,71%, Roraima, 13,70%, Acre, 12,49%, Rondônia, 12,23%, e Pará, 12,04%.

Nos seis estados com maiores receitas (SP, MG, RJ, RS, PR, BA), o Rio Grande do Sul é o que faz menor aporte em saúde (4,99%), seguido de Minas Gerais (6,87%), Paraná (8,86%), Rio de Janeiro (8,90%), São Paulo (11,69%) e Bahia (11,85%); a média em gastos em ações e serviços públicos de saúde, nas 26 unidades federadas e no Distrito Federal, é de 10,28%.

CAPÍTULO 4

Os municípios mineiros e o financiamento público da saúde

“Minas é a montanha, montanhas, o espaço erguido, a constante emergência, a verticalidade esconsa, o esforço estático: a suspensa região – que se escala (...). Sobre o que, em seu território, ela ajunta de tudo, os extremos, delimita, aproxima, propõe transição, une ou mistura: no clima, na flora, na fauna, nos costumes, na geografia, lá se dão encontro, concordemente, as diferentes partes do Brasil.

Seu orbe é uma pequena síntese, uma encruzilhada; pois Minas Gerais é muitas. São, pelo menos, várias Minas.”

João Guimarães Rosa. Ave, palavra.

Minas Gerais chega ao terceiro milênio com uma população de aproximadamente 18 milhões de habitantes (exatos 17.891.494, IBGE, censo 2000), dispersa em 568.684,7km² (maior que a França, com seus 549.000km²), e integrada por 853 municípios (é a unidade da federação com o maior número de municipalidades).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a Resolução PR-11, de 1º de janeiro de 1990, divide o estado em doze mesorregiões: Campos das Vertentes; Central Mineira, Jequitinhonha; Metropolitana de Belo Horizonte; Noroeste de Minas; Norte de Minas; Oeste de Minas; Sul/Sudeste de Minas, Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Vale do Mucuri, Vale do Rio Doce e Zona da Mata. Essas mesorregiões⁴¹ são distribuídas por um total de 66 microrregiões⁴².

Em 1996, o convênio do BDMG/ILPES resultou em um trabalho que propôs a divisão do estado em oito regiões.

⁴¹ As mesorregiões geográficas são regiões que correspondem a áreas individualizadas de cada unidade federada e apresentam formas de organização do espaço geográfico que lhes conferem identidade regional.

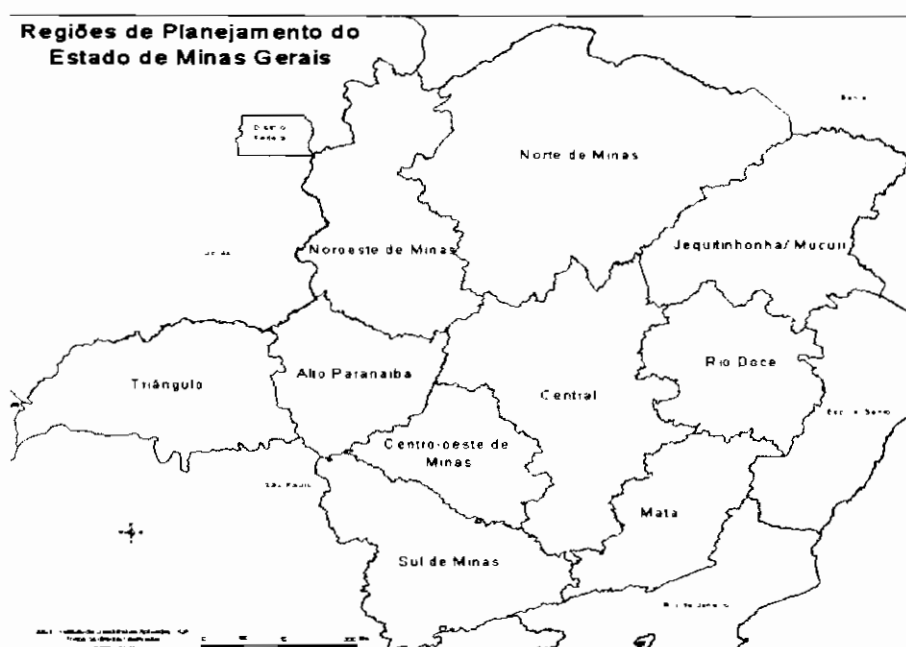
⁴² As microrregiões geográficas são áreas territoriais menores que as mesorregiões, agrupando municípios com características físicas, sociais e econômicas de certa homogeneidade dentro de um mesmo ente federado.

Nesta tese, utilizaremos o zoneamento adotado pela Assembléia Legislativa e pelo Poder Executivo, que adotam a regionalização proposta pela Fundação João Pinheiro (regiões de planejamento), que é a aplicada nas leis de planejamento em vigor no Estado de Minas Gerais.

Temos, portanto, Minas Gerais dividida em dez regiões de planejamento: I – Alto Paranaíba; II – Central; III – Centro-Oeste; IV – Doce; V – Jequitinhonha/Mucuri; VI – Mata; VII – Noroeste; VIII – Norte; IX – Sul e X – Triângulo.

Na Figura 3, apresentamos as regiões de planejamento de Minas Gerais:

FIGURA 3



Fonte: Fundação João Pinheiro.

Objetivando identificar o cenário onde são desenvolvidas as ações e serviços públicos de saúde, vamos apresentar alguns dados que permitem conhecer a situação de Minas Gerais e, principalmente, dos municípios.

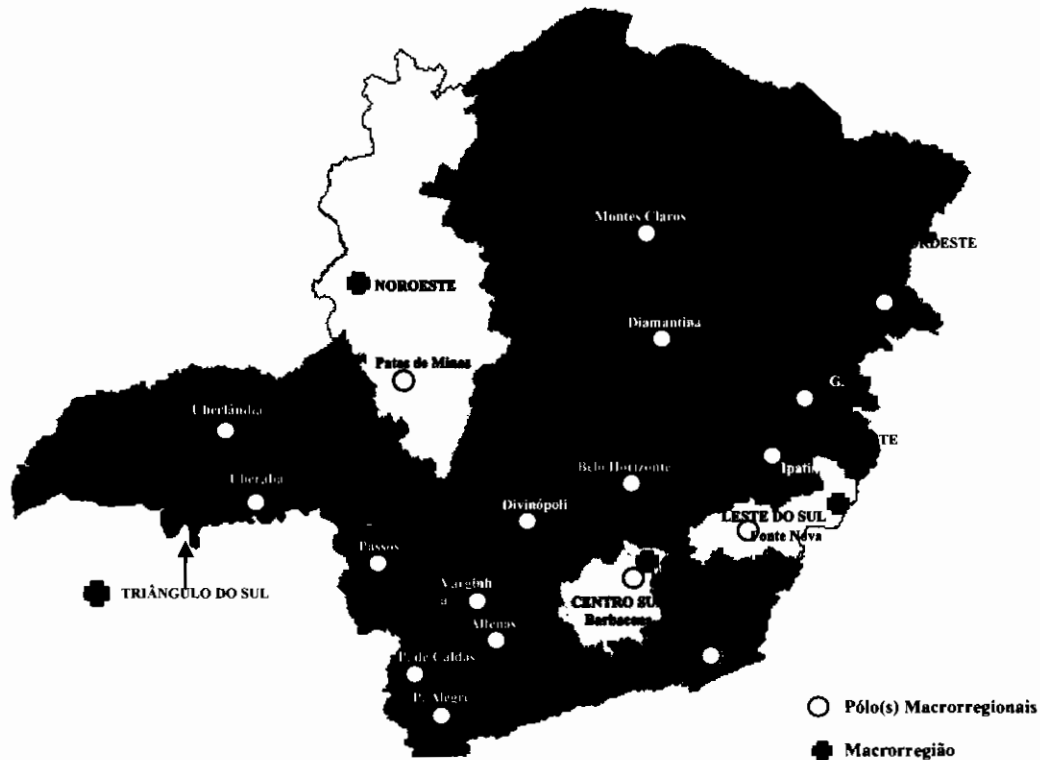
O Plano Diretor da Regionalização da Saúde em Minas Gerais (PDR-MG) foi inicialmente elaborado em 2000 e atualizado conforme o PPAG 2003/2007.

O documento inicial foi aprovado pela CIB-MG em 2 de outubro de 2001 e pelo Conselho Estadual de Saúde, mediante a Deliberação nº 036/2002; o segundo documento foi aprovado pela CIB-MG em 16 de outubro de 2003 e ajustado pela CIB-MG em 20 de outubro de 2005, e a sua aprovação é um dos pré-requisitos para o Estado de Minas Gerais ser habilitado em Gestão Plena.

Mantém a correlação Região/Pólo, as diretrizes da NOAs 1/2000 e agrega novas diretrizes: escala e qualidade da atenção, escopo e fortalecimento da gestão microrregional ; estabelece critérios para acessibilidade em razão de fluxo de usuários, distâncias e condições viárias. Destacamos a necessidade de se entender “região” para fins de planejamento em saúde. Região é a área geográfica ou espaço constituído por um conjunto de municípios circunvizinhos, historicamente vinculados a um município que, por seus equipamentos urbanos e de saúde, exerce força de atração sobre os demais para a prestação de serviços que requerem maior densidade tecnológica. Recorrendo a SIMÕES *et alii* (2005, p. 311), demonstraremos os seis *clusters* em saúde em Minas Gerais e os *spillovers* jurisdicionais que são essenciais na regionalização da saúde. Em outros termos: concluímos que, para a saúde, região, além de base territorial e populacional, é sede do pertencimento, isto é, identidade da clientela que deve se manifestar sobre as necessidades e possibilidades de atenção cooperativa, na busca das soluções para os problemas comuns; difere do “pólo”, já que este exerce a sua força de atração, em razão do potencial decorrente de equipamentos instalados e fixação de recursos humanos especializados, podendo ser reconhecido como microrregional ou macrorregional.

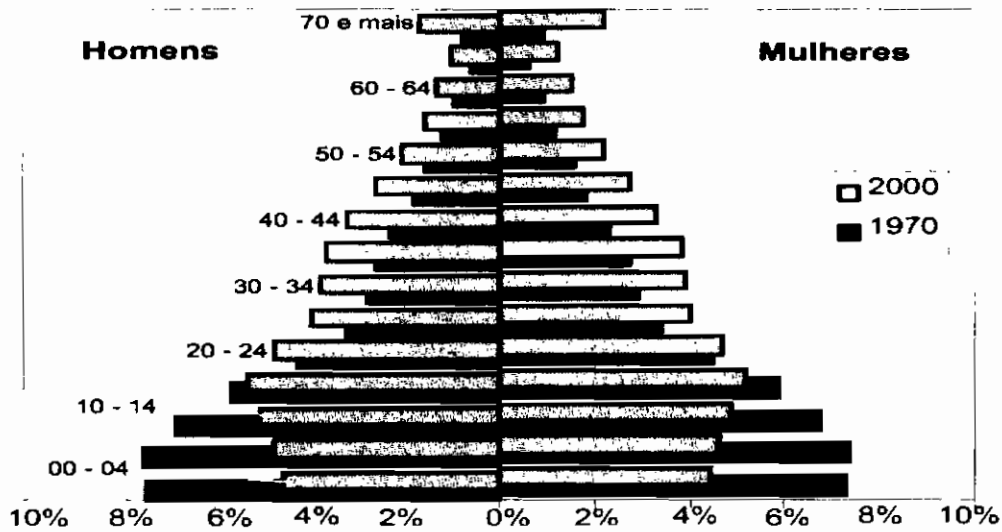
Atualmente o PDR-MG possui 75 pólos microrregionais e 13 macrorregiões que, evidentemente, não coincidem com a regionalização proposta pela FJP e utilizada no PPAG.

FIGURA 4
Plano diretor da regionalização da saúde em Minas Gerais.
Macrorregiões – 2005



Inicialmente, no Gráfico 27, vamos apresentar a pirâmide etária da população geral.

GRÁFICO 27
Pirâmide etária da população
Minas Gerais: 1970 – 2000



Fonte: BDMG. In: Minas Gerais do século XXI

A Tabela 45 registra a taxa média de crescimento populacional nas quatro últimas décadas.

TABELA 45
Taxa média de crescimento populacional

	% ao ano			
	1960-1970	1970-1980	1980-1990	1990-2000
Rural	-0,9	-2,1	-1	-2,3
Urbana	4,5	4	2,5	2,5
Total	1,6	1,5	1,5	1,4

Fonte: BDMG Minas Gerais do século XXI

O ritmo de crescimento da população é resultante de três variáveis: fecundidade, mortalidade e imigração. A taxa de fecundidade, que era de 6,3 filhos por volta de 1970, se reduz gradualmente e, em 2000, é praticamente a de reposição: 2,1 filhos por mulher. A taxa de mortalidade infantil em 1999 é de 26,3. Minas, que historicamente se apresentava com os maiores saldos negativos migratórios do País, na década de 90 revela equilíbrio: nas décadas de 60 e 70 Minas Gerais apresentava um saldo migratório negativo de cerca de 1,5 milhão de pessoas, e a PNAD/IBGE, entre 1993 e 1996, constata que Minas Gerais recebeu cerca de 16 mil imigrantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴³ vem apresentando melhoras: salta de 0,522 (1970) para 0,781 (1999); em termos comparativos na Federação, o IDH mineiro também melhora no ranqueamento (11ª posição em 1970 e 9ª posição em 1999).

O número de domicílios particulares urbanos em 1999 é de 4,6 milhões, com média de 3,8 indivíduos por domicílio. O abastecimento de água através de rede geral atinge 94,3% dos domicílios urbanos. O esgotamento sanitário contempla 30% das pessoas, com rede coletora ou fossa séptica.

A coleta direta do lixo atinge a 84,6% dos domicílios urbanos. Utilizando cumulativamente as três variáveis – água, esgoto e lixo – 82,4% dos domicílios urbanos atendem a esses requisitos.

O panorama da saúde em Minas Gerais guarda relação com o descrito para o Brasil no Capítulo 1 da tese.

⁴³ O Índice de Desenvolvimento Humano é um índice sintético que engloba quatro indicadores referentes a três dimensões. Saúde expressa a longevidade ou esperança de vida ao nascer; Educação expressa pela taxa de alfabetização de adultos e taxa estimada de matrícula nos três níveis de ensino e Renda expressa pelo PIB *per capita*, medido pelo poder comparado de compra. Todos os dados da tese já estão expressos pelo PIB *per capita* ajustado.

Em Minas Gerais co-existem os dois grandes sistemas de saúde. O sistema público, representado pelo Sistema Único de Saúde, atende, exclusivamente, pessoas que não possuem plano de saúde, isto é, 74,02% da população. Do restante, 23,86% possuem um plano e 2,12% possuem mais de um plano. É o que podemos inferir da Tabela 46.

TABELA 46
Parcela da população com plano de saúde:
unidades federadas escolhidas e Brasil

	Brasil	MG	RJ	SP	%
Sem Plano	67,58	74,02	68,24	60,82	
1 Plano	30,36	23,86	30,15	36,89	
Mais de 1 Plano	2,06	2,12	1,6	2,29	

Fonte: Suplemento de Saúde da PNAD/98 – IBGE

Em Minas Gerais as formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica são:

1) A medicina de grupo, representada por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias, com estrutura de atendimento baseado na lógica da utilização de serviços e uma rede credenciada. É o modelo que mais se aproxima das *Health Maintenance Organizations*, características dos Estados Unidos.

2) As cooperativas médicas, instituições nas quais os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. A Unimed em Minas é fortíssima.

3) Planos geridos pelas próprias empresas. Esse modelo de autogestão, em muitos casos, determina que a participação em planos básicos seja compulsória, e a contribuição dos empregados é estipulada como percentual do salário.

4) Seguro-Saúde: a instituição provedora faz a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos através do reembolso.

Neste capítulo apresentaremos uma das maiores peculiaridades da estrutura administrativa do Estado de Minas Gerais: os seus 853 municípios e como eles se organizam no sistema público de saúde. O assunto será trabalhado em três tópicos: diagnóstico, com a força e fraqueza dos municípios; gastos em

saúde pública em face da Emenda Constitucional nº 29; finalmente, apresentaremos um fato inédito na saúde pública de Minas: o levantamento das auditorias municipais, comparando dados do Siops (declaratório) com a auditoria do TCE-MG *in loco*.

4.1 Conhecendo os municípios mineiros

Os municípios mineiros repetem a situação nacional no quesito oferta de serviços de saúde. O desafio de prover serviços de saúde em quantidade e qualidade adequadas aos mineiros ainda não foi superado.

NAJAR e MARQUES (2003, p. 704) destacam que “mais do que qualquer outra atividade do setor terciário, a localização criteriosa dos serviços de saúde é essencial como aspecto operacional do conceito de equidade, e isso fica mais evidente quando se passa a considerar, por exemplo, os serviços de urgências médicas”.

Na verdade, o fato de o estado ter 853 municípios, com a heterogeneidade que os caracteriza, dificulta o efetivo planejamento em saúde, ainda mais se considerarmos o risco do fenômeno da “atomização do SUS”, destacado por LEVCOVITZ (1993, p. 147): “essa forte expressão municipalista contrasta com uma clara fraqueza dos estados enquanto condutores de uma rediscussão sobre o seu próprio papel e se baseia na idéia genérica de que a administração municipal é a única próxima e diretamente permeável ao cidadão, portanto intrinsecamente democrática”.

FAVERET (2002, p. 91) reconhece que “as NOBs 1/93 e 1/93 apresentam um forte conteúdo municipalizante que, ao esbarrar na fragilidade dos pequenos municípios brasileiros e na falta de papel definido para a esfera estadual, ocasionou a “atomização” identificada por Levcovitz”.

A descentralização da saúde, prevista na CF 1988, coincidiu também, como anotam GOMES e MAC DOWELL (2000, p. 61), com a intensa criação de municípios: foram criados 1.405 municípios no período de 1984 a 1997, um aumento de 34,3%, sendo que, dos novos municípios, 1.329 (94,5%) têm menos de 20 mil habitantes e 735 (52%) possuem menos de 5 mil habitantes. Os autores alertam também para outro mito da literatura municipalista, ou seja, de que é nos

pequenos municípios que está localizada a população mais pobre. Utilizando dados censitários de 1991, verificaram que os municípios de até 5 mil habitantes estão distribuídos em todos os decis de renda, com uma concentração nos decis cinco, seis e sete, ou seja, na metade superior da distribuição de renda *per capita*; nos municípios de 5 mil a 10 mil habitantes, a concentração se dá nos decis seis, sete e oito.

Aliás, a taxa de natalidade dos municípios brasileiros dá saltos. PERES (2002, p. 40) destaca que “entre 1940 e 1960, o surgimento de novas municipalidades foi de 1.292 novos entes, saltando de 1.574 para 2.766 (56,9%)”, exatamente após a Carta Magna de 1946, com seu federalismo cooperativo, que determina a transferência de 10% do Imposto de Renda para os municípios.

Dados do MS (Brasil, 2003, p. 18) revelam a crescente participação dos municípios na provisão dos serviços de saúde, fundo a fundo, resultante do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

TABELA 47
Indicadores de evolução da descentralização
Brasil 1997-2002

Indicador	Dez 97	Dez 98	Dez 99	Dez 100	Dez 01	Dez 02
Nº de Municípios 1/	144	5049	5530	5450	5535	5540
Nº de Estados 1/		2	7	8	12	15
% população assistida	17,3	89,9	99,26	99,72	99,9	99,91
Transferidos /1	24,1	52,5	58,1	63,2	66,9	72,95

Fonte: MS Dados de Habilitação SAS/SPS. Brasil 2003 p18.

/1 fundo a fundo

Em Minas Gerais, em decorrência da NOB-1/96, a adesão também é intensa: considerando as duas formas de gestão previstas (gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal), o número de municípios habilitados atinge a 98,59% (841 municípios).

Na prática, a gestão plena da atenção básica (GPAB) permite ao município assumir a responsabilidade sobre ações e serviços da atenção básica à saúde da sua população e, para tanto, receber fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, os recursos referentes ao piso da

atenção básica –PAB –⁴⁴ fixo e variável. Esses recursos garantem a prestação de serviços básicos de saúde à população no âmbito municipal. Quando assume a gestão plena do sistema municipal (GPSM) o município passa a responder pela atenção primária, secundária e terciária da saúde, ou seja, assume a gerência dos serviços hospitalares de saúde, responsabilizando-se pela gestão de serviços integrais de saúde, envolvendo os serviços ambulatoriais básicos, de especialidades, de alto custo e hospitalares, recebendo de cada fundo o teto financeiro global para a saúde⁴⁵. Nessa situação, o município recebe diretamente do MS os recursos do PAB fixo, variável, vigilância epidemiológica, fração assistencial especializada, procedimentos de alta e média complexidade, alto custo e recursos das autorizações de internações hospitalares.

A Tabela 48 mostra o número de municípios habilitados, por tipo de gestão em Minas Gerais, em 22 de junho de 2001.

TABELA 48
Número de municípios habilitados por tipo de gestão

	Nº de Municípios	GPSM	Não Habilitados	GPAB
Minas Gerais	853	57	12	784

Fonte: SES-MG, 2001

Observação: dos 853 municípios 794 possuem menos de 50.000 habitantes

MACHADO, FORTES e SOMARRIBA (2004) observaram que “comparando-se o valor total transferido aos municípios mineiros para a atenção básica de 2000 (R\$314,96 milhões) com aquele transferido em 1997 (295,67 milhões, em valores constantes de 2000), verifica-se um aumento de 6,5% para o conjunto dos municípios. A criação do PAB representou um aporte adicional de recursos para 538 municípios (65% do total) e implicou um aumento do valor *per capita* médio transferido aos municípios para a atenção básica, de R\$16,02 em 1997 (a preços de 2000) para R\$19,28 em 2000. Ao garantir um mínimo de R\$10,00 por habitante/ano, a introdução do PAB representou uma mudança em relação à situação que vigorava em 1997, quando os recursos federais para a

⁴⁴ PAB é o piso que o município recebe para cobrir os serviços ambulatoriais básicos. Divide-se em PAB fixo e variável. O fixo varia de R\$10,00 a R\$18,00 por habitante/ano. O variável é o incentivo pela implementação dos PSF, PACS, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Vigilância Sanitária e outros.

⁴⁵ O teto para procedimentos ambulatoriais e hospitalares é fixado para cada estado e município habilitado. As atividades ambulatoriais são fixadas em teto referenciado a um valor *per capita* em relação a população. Os tetos financeiros estaduais e municipais foram fixados a partir de uma série histórica, em 1994, retratando gastos hospitalares, ambulatoriais e epidemiológicos. Minas Gerais, até hoje, contesta a metodologia.

atenção básica de um quarto dos municípios mineiros foram inferiores a R\$10,00, tendo sido registrados valores próximos a zero”.

O valor do quartil superior também cresceu, passando de R\$20,09 para R\$25,62. Embora tenha havido uma redução da diferença entre os valores externos, a variabilidade em torno da média, medida pelo desvio padrão, não se alterou”. Concluem, então, os autores: “a insuficiência quantitativa de recursos, o baixo nível de participação da esfera estadual diante da municipal no financiamento da saúde e a distribuição ainda desigual de recursos federais entre regiões e municípios de Minas Gerais têm afetado a organização do sistema de saúde, especialmente do atendimento básico a saúde. Nesse contexto, os maiores desafios enfrentados pelos gestores públicos são o fortalecimento da capacidade da coordenação entre esferas de governo e a recuperação da capacidade de investimento, de modo a reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde que são desfavoráveis a regiões, municípios e grupos sociais portadores de maiores necessidades”.

NEUDES (1998), ao analisar as fragilidades da municipalização, elaborou uma crítica contundente e fundamentada à “municipalização autárquica” e propôs como alternativa a instituição de “sistemas microrregionais de serviços de saúde”.

Na verdade, a NOAS⁴⁶ instituída em 26 de janeiro de 2001 vem “aumentar a acessibilidade a uma atenção mais integral, mediante regionalização e hierarquização da rede assistencial, reforçando o propósito de organização dos sistemas estaduais”. A ênfase na regionalização assistencial, através do reforço do papel indutor da Programação Pactuada Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Regionalização, além dos Termos de Compromisso entre secretarias estaduais e municipais, são ferramentas para formatar a harmonia federativa no SUS, conforme preceitua o “Pacto da Saúde”.

PEREIRA (2002, p. 83), ao analisar o Programa Saúde da Família em Minas Gerais, encontra impactos favoráveis na redução da mortalidade infantil, mas detecta “vulnerabilidade no Programa, pela flutuação do mínimo de equipes, principalmente nos municípios menores e pela dificuldade importante resultante da adequação da oferta de mão-de-obra médica existente no mercado”.

⁴⁶ NOAS 1/2001 instituída pela Portaria n° MS/GM n° 95, determina que todos os municípios deverão assumir os procedimentos do PAB, mais um elenco mínimo de procedimentos ambulatoriais de menor complexidade.

A Tabela 49 retrata a cobertura territorial e populacional do PSF na região Sudeste

TABELA 49
Cobertura territorial e populacional do PSF na região Sudeste

Estado	Nº de Municípios	PSF	% da População	Nº de Equipes
ES	77	50	22,78	194
MG	853	506	23,32	1169
RJ	91	54	6,27	251
SP	645	249	6,95	722

Fonte: MS/Datasus. In: Cadernos de Indicadores Sociais, 2000.

A taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais vem se reduzindo: 28,8 (1998); 26,3 (1999), mas em nível inferior ao que se observa na região Sudeste como um todo (21%). Quanto à taxa de mortalidade materna, a redução é mais significativa: 86,59 (1998); 41,88 (1999), superando a redução da região Sudeste. Ressaltamos que o nível ainda é extremamente alto (42 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos).

As desigualdades interregionais e intrarregionais surgem quando se faz a decomposição, quer pela área de planejamento, quer pela microrregião, quer pelos municípios.

Vejamos a Tabela 50, que mostra a taxa de mortalidade infantil nas regiões de planejamento de Minas Gerais.

TABELA 50
Taxa de mortalidade infantil por região de planejamento
Minas Gerais, 2000

Região de Planejamento	Total de Municípios	TMI < 17	% Região	% Estado
Alto Paranaíba	31	7	22,58	14,49
Central	158	6	3,80	12,77
Centro Oeste	56	9	16,07	19,15
Jequitinhonha / Mucuri	66	-	-	-
Mata	142	1	0,70	2,13
Noroeste	19	1	5,26	2,13
Norte	89	-	-	-
Rio Doce	102	1	0,98	2,13
Sul de Minas	155	19	12,26	40,43
Triângulo	35	3	8,57	6,38
Minas Gerais	853	47	5,51	100

Fonte: Fundação João Pinheiro; IPEA; PNUD; Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2003.

O Suplemento de Saúde, da PNAD/98, permite conhecer a auto-avaliação dos mineiros, quanto a sua saúde.

É o que verificamos na Tabela 51.

TABELA 51
Auto-avaliação da saúde em Minas Gerais

Avaliação	%
Muito boa	31,73
Boa	48,85
Regular	15,91
Ruim	2,95
Muito ruim	0,56

Fonte: Suplemento da Saúde PNAD/98

ALVES e ANDRADE (2002) apresentam um detalhado estudo sobre o total de rendimentos deixados de ganhar em razão de o indivíduo apresentar um estudo de saúde precário. O estudo revela que "as perdas agregadas em relação ao PIB são de 1,9%, quando a metodologia é o critério clínico-funcional, e acima da média nacional, que é 1,47% do PIB em 1998; tal resultado indica que as condições de saúde do indivíduo mineiro são piores do que as condições de indivíduos no restante do País, seja porque as nossas condições de vida são piores, seja porque os nossos serviços de saúde estão mais precários".

A idéia de se estabelecer *locus* de regionalização tem despertado interesse em autores e gestores envolvidos com políticas sociais desde o Relatório Dawson, no Reino Unido em 1920, e, a partir daí, são inúmeros trabalhos na linha dawsoniana, ou seja, planejamentos regionais se contrapondo ao modelo da descentralização baseada no município, como era o lema da IX Conferência Nacional da Saúde: "municipalização é o caminho". Nessa linha de regionalização, institucionalizada a partir de NOAS 1/2001, a SES (2004, p. 3) adota a regionalização de serviços como estratégia, pois, "como programa reestruturante, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o desenho da saúde no Estado, que o define em macro e microrregiões, garantindo a hierarquização do sistema e que tem como objetivo concentrar 90% dos atendimentos de saúde nos municípios".

SIMÕES *et alii* (2005, p. 310), ao estudar as disparidades na oferta de serviços de saúde em Minas Gerais, concluem que “os resultados encontrados a partir da análise de *cluster*⁴⁷ confirmam a impressão genérica fornecida pela análise dos dados. Existe, de fato, uma enorme desigualdade na distribuição da oferta de serviços de saúde no Estado de Minas Gerais, podendo-se identificar grandes áreas “vazias” – carentes em equipamentos, instalações físicas e recursos humanos – que não apresentam centros ofertantes de serviços de saúde capazes de atender a demanda dos municípios de seu entorno imediato e estendido. Evidencia-se uma grande concentração dos serviços de saúde na “Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), Zona da Mata e Triângulo Mineiro”, todos na parcela Centro-Sul do estado, que compreende os três lugares centrais de maior importância no fornecimento de serviços de saúde: Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia”.

A identificação das áreas e regiões tem motivado os estudiosos de economia a verificarem quais variáveis estão correlacionadas com o crescimento de determinada região ou município e investigar se essas variáveis apresentam efeitos de transbordamento para os municípios vizinhos. Em um estado como Minas Gerais, estudos que possam identificar as externalidades espaciais, isto é, transbordamentos ou *spillovers*⁴⁸ para os municípios vizinhos são de grande valia, não apenas pelo grande número de municípios, mas também pelo fato de Minas ser síntese e transição do Brasil, ou seja, várias parcelas de seu território são polarizadas por centros urbanos de outros estados, configurando redes interurbanas que extrapolam os limites geográficos estaduais. É também um desafio para o estado o estabelecimento de política com os estados limítrofes, pois há momentos em que o fluxo da assistência médica flui para Minas e, em outros, flui de Minas.

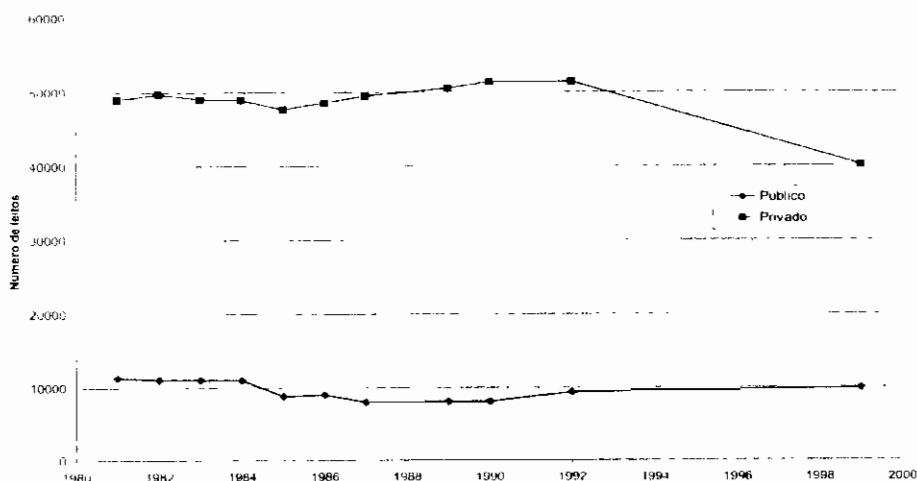
Abaixo estão seis tipos de *clusters* de serviços de saúde observados nos 853 municípios mineiros, a partir do trabalho de SIMÕES *et alii* (2005, p. 311):

Cluster 6: Belo Horizonte: é o centro hierárquico de primeira ordem na oferta de serviços da saúde. O volume de equipamentos, instalações físicas e recursos humanos não encontra

⁴⁷ *Clusters* = grupo. Métodos de *Clusters*, aqui entendidos, como a classificação dos seus elementos em grupos restritos homogêneos internamente, permitindo gerar estruturas significativas e desenvolver tipologias analíticas.

⁴⁸ Os efeitos do transbordamento – *spillovers* – no espaço é um tema recente e que deve ser considerado na regionalização. O *spillovers* jurisdicional é relevante na programação em saúde. Na teoria econômica é estudado pela Nova Geografia Econômica. (FUGITA & THISSE, 2002; Krugman, 1991).

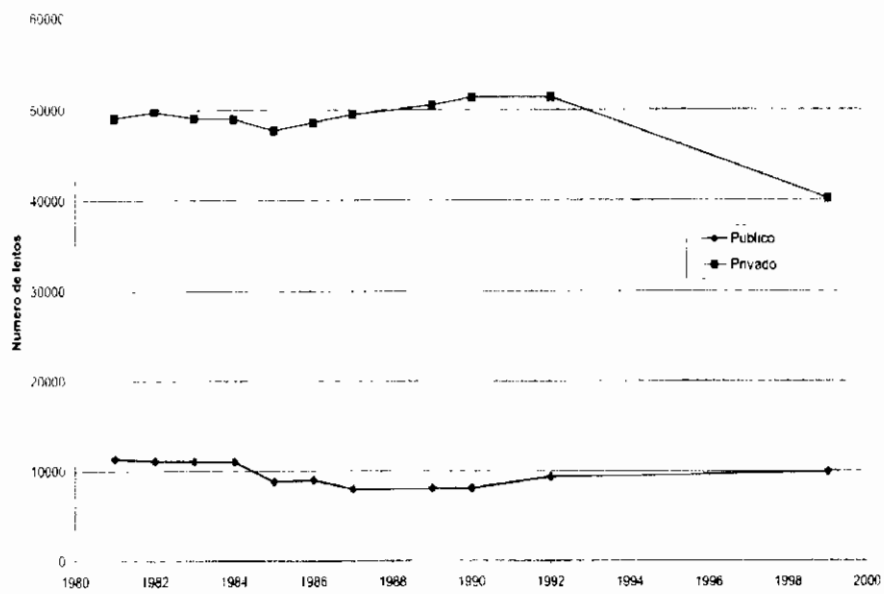
GRÁFICO 29
Evolução do número de estabelecimento de saúde, por tipo de atendimento



FONTE: IBGE - Pesquisa de Assistência Médico-sanitária (AMS)
Elaboração: Fundação João Pinheiro

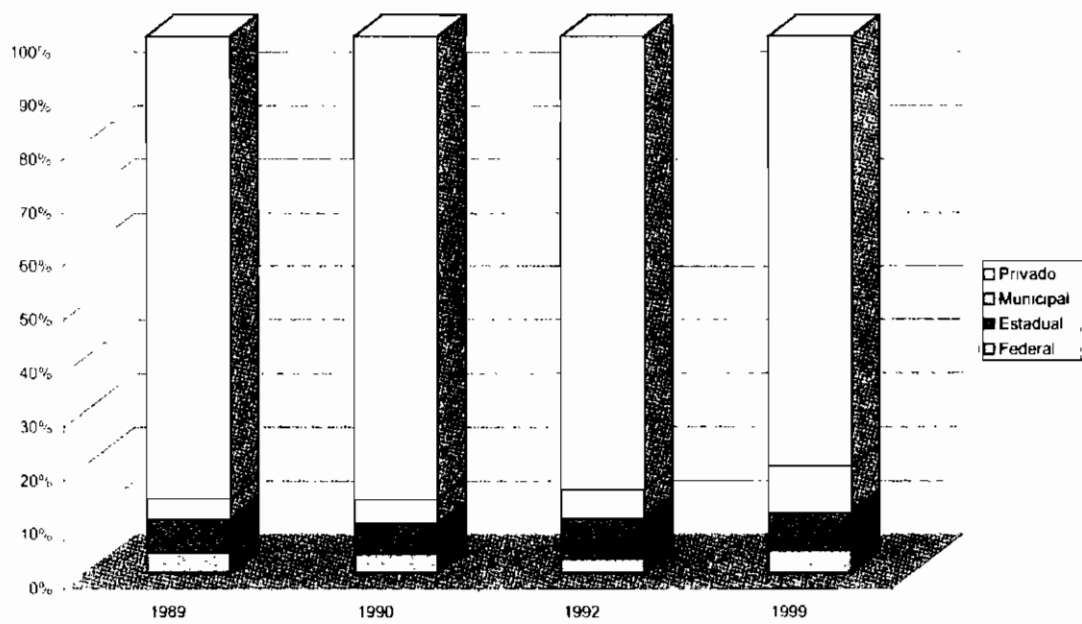
Verifica-se, então, uma elevação significativa de estabelecimentos (públicos mais que privados, a expensas dos municípios), que não oferecem internação. Demonstramos que a expansão se inicia ainda nos anos 80 (as Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado conduzido pela SES) e que o crescimento vertiginoso ocorre a partir dos anos 90. A NOB-1/91, ainda na ótica “inampsiânica”, ao instituir o pagamento por prestação de serviços, transformou os prestadores públicos em vendedores de serviços. Os municípios aprovaram a iniciativa porque passaram a receber recursos diretamente da União, sem intermediação dos estados. A NOB-1/93, ao institucionalizar a CIT e a CIB, criou o *locus* do relacionamento federativo na saúde e impulsionou a municipalização, com as três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. A NOB-1/96 consolidou a municipalização, e chegamos ao final de 2000 com 5.398 municípios habilitados.

GRÁFICO 30
Leitos hospitalares, segundo a natureza jurídica
Minas Gerais: 1980-2000



FONTE: IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-sanitária (AMS)*
 Elaboração: Fundação João Pinheiro

GRÁFICO 31
Leitos hospitalares, segundo ente federado
Minas Gerais: 1989-1999



FONTE: IBGE. *Pesquisa de Assistência Médico-sanitária (AMS)*
 Elaboração: Fundação João Pinheiro.

O índice de leitos hospitalares declinou em Minas Gerais, de 3,81/mil habitantes para 2,89/mil habitantes. Em 1999, 90% dos leitos hospitalares mantinham vínculos com o SUS.

Vamos verificar agora os equipamentos à disposição da população.

TABELA 52
Equipamentos de saúde nos municípios Minas Gerais, 2002

Equipamentos	Quantidade					
	0	01-15	16-25	26-65	66-200	201-1439
Braquiterapia	846	7	0	0	0	0
Acelerador linear	845	8	0	0	0	0
Bomba de cobalto	845	8	0	0	0	0
Ressonância magnética	842	11	0	0	0	0
Raio X -hemodinâmica	840	13	0	0	0	0
Radioimunoensaio	838	15	0	0	0	0
Gama Câmara	826	26	1	0	0	0
Optometria	817	33	1	1	0	0
Raio X -desintometria óssea	812	39	1	0	0	0
Controle ambiental/ar condicionado central	812	37	2	1	0	1
Mamógrafo com estereotaxia	810	43	0	0	0	0
Raios de fluoroscopia	807	44	1	0	0	0
Marcapasso temporário	803	48	1	1	0	0
Endoscópio vias respiratórias	802	49	1	1	0	0
Tomógrafo computadorizado	798	54	0	1	0	0
Endoscópio vias urinárias	789	63	0	1	0	0
Mamógrafo simples	779	74	0	0	1	0
Monitor de pressão invasivo	779	69	2	2	0	1
Usina de oxigênio	763	89	0	1	0	0
Eletroencefalógrafo	757	94	1	0	0	0
Microscópio cirúrgico	754	95	2	1	0	0
Ultrassom doppler colorido	750	99	2	1	0	0
Laparoscópio-vídeo	748	104		0	0	0
Monitor de pressão não invasivo	747	90	6	8	0	1
Raio x -mais de 500ma	745	106	1	0	0	0
Respirador / ventilador infantil	711	135	4	2	0	1
Grupo gerador	699	152	1	0	0	0
Endoscópio digestivo	693	156	2	1	0	0
Respirador / ventilador adulto	610	225	4	15	0	1
Raio x -dentário	600	243	6	3	0	0
Raio x -até 100ma	595	255	2	1	0	0
Ultrassom ecógrafo	593	254	4	1	0	0
Oxímetro	563	270	4	8	6	1
Raio x -100 a 500ma	555	292	3	0	1	0
Equipamento de fototerapia	555	285	7	5	0	1
Reanimador pulmonar	552	275	9	8	7	2
Monitor de ECG	536	287	7	17	3	3
Desfibrilador	530	308	8	5	1	1
Berço aquecido	529	309	9	5	0	1
Oftalmoscópio	514	326	6	6	0	1
Incubadora	462	367	17	5	1	1

Espectrofotômetro	404	431	13	4	1	0
Esignomanômetro pediátrico	339	472	19	20	3	1
Equipamento de cauterização	304	529	9	8	2	1
Eletrocardiógrafo	284	549	8	9	2	1
Centrífuga	233	576	17	22	3	1
Microscópio	197	615	14	20	6	1
Estetoscópio de Pinard / doppler fetal	148	623	40	35	5	2
Autoclave	78	734	15	19	4	2
Otoscópio	77	691	45	39	6	1
Esignomanômetro adulto	44	554	108	102	34	11
Estufa	43	714	49	38	12	2
Nebulizador	38	704	43	42	27	4
Refrigerador para vacina	38	764	14	36	4	1
Balança antropométrica adulto	24	738	38	36	14	2
Balança pediátrica	24	746	38	36	8	1

Fonte: Simões *et al.* In Disparidades Regionais Mineiras na Oferta de Serviços de Saúde (2005)

TABELA 53
Instalações físicas para ações e serviços de saúde
Minas Gerais, 2002

Instalação física	Quantidade					
	0	01-15	16-25	26-65	66-200	201-1959
UTI queimados	849	4	0	0	0	0
UTI coronariana	844	7	1	1	0	0
UTI infantil	835	16	1	1	0	0
UTI neonatal	833	17	2	0	1	0
UTI adulto	803	37	6	5	1	1
Unidade intermediária-internação	780	65	4	1	2	0
Berço de recém-nascido – internação	530	284	17	18	3	1
Berço em alojamento conjunto internação	507	290	34	17	4	1
Clínica cirúrgica	502	273	28	33	14	3
Clínica médica	432	140	124	115	38	4
Consultório de enfermagem ambulatorial	413	432	5	1	2	0
Sala de cirurgia ambulatorial	344	502	3	2	2	0
Sala de observação ambulatorial	207	628	12	4	1	1
Sala de re-hidratação ambulatorial	155	678	13	6	1	0
Sala de enfermagem ambulatorial	147	677	16	11	1	1
Consultório de odontologia ambulatorial	64	749	20	14	4	2
Sala de imunização ambulatorial	41	785	17	9	1	0
Sala de curativo ambulatorial	33	768	34	20	2	1
Consultório médico ambulatorial	14	691	55	51	34	6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Assistência Médico Sanitária - 2002.

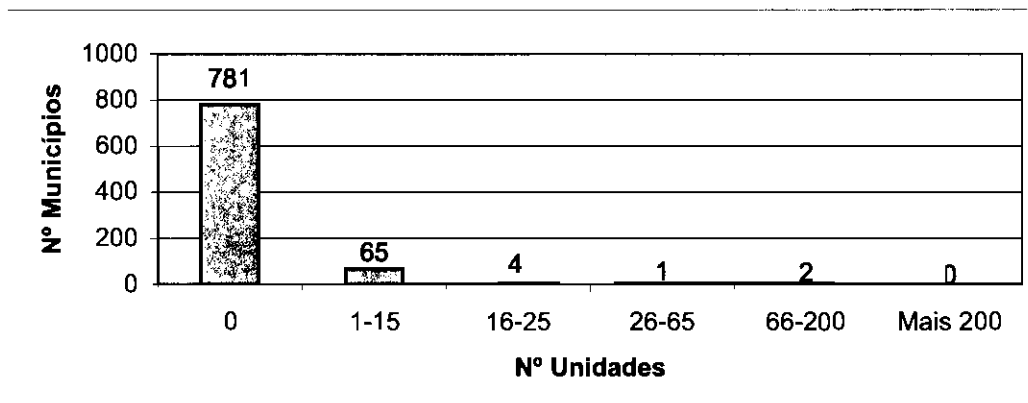
A análise descritiva a partir das variáveis apresentadas permite concluir que não há uma eficiência na gerência de equipamentos, pois mesmo itens essenciais como balança pediátrica, refrigerador para vacina e “aparelho de pressão” não estão presentes em todos os municípios.

Mesmo considerando a orientação dada aos pesquisadores de campo de anotarem apenas os aparelhos em condições de uso, é inconcebível imaginar

uma célula do sistema nacional de saúde que não tenha equipamentos tão básicos. A única explicação possível é a banalização da atenção básica, fato que merece uma preocupação especial, pois é atividade essencial para a existência do SUS.

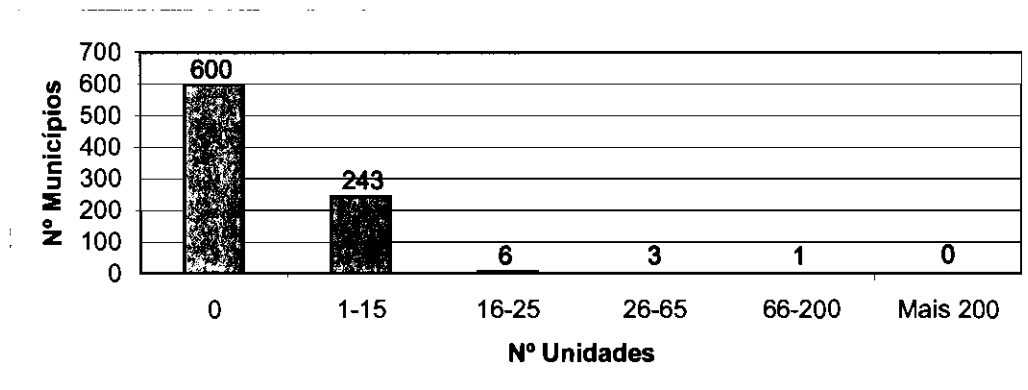
A necessidade de regionalização aparece com toda intensidade quando analisamos o Gráfico 32, que identifica os municípios com unidade intermediária de internação.

GRÁFICO 32
Municípios mineiros com unidade intermediária de internação



Fonte: SANTOLIN, 2005.

GRÁFICO 33
Municípios mineiros com sistema de raio X odontológico



Fonte: SANTOLIN, 2005.

Inferimos, portanto, que a maioria dos municípios de Minas Gerais necessita de se articular para que a eficiência e a eficácia dos recursos aportados à saúde possa transparecer não apenas na gestão, mas no que realmente importa: melhorar as condições de vida do povo mineiro. Desta forma, ao

regionalizar obedecendo o conceito de “região”, surgem as possibilidades de economia de escala, de escopo e garantia de acessibilidade.

4.2 Gastos municipais em saúde: impacto da Emenda Constitucional nº 29

O federalismo fiscal tem sido amplamente discutido. No Capítulo I da tese apresentamos o marco analítico e destacamos a característica brasileira: o federalismo trino.

FAVERET (2002, p. 38), citando Mc Lure, destaca que “o objetivo principal do federalismo fiscal é aumentar a influência que as pessoas têm sobre as decisões governamentais que as afetam. Dessa forma, as atividades governamentais devem estar localizadas no nível de governo mais próximo das pessoas que podem efetivamente executá-las; este princípio é comumente chamado de “subsidiaridade”. Se um dado governo pode “efetivamente executar” uma dada atividade, devem ser consideradas a extensão geográfica dos benefícios da atividade – a existência de *spillovers* entre jurisdições – e a extensão das economias de escala e o escopo da atividade.

A observação de Mc Lure é assentada na própria origem do federalismo americano, isto é, conformado a partir das bases da sociedade, isto é, de baixo para cima, além de estar influenciada pela prática da teoria econômica do livre mercado. Tais influências levam à conclusão de que o federalismo fiscal é uma ferramenta que possibilita aumentar o “poder do cidadão” sobre as “decisões de governo”. Ainda na mesma linha de raciocínio, “federalismo fiscal diz respeito a uma alocação de recursos coerente com as responsabilidades de cada nível de governo numa federação”.

WATTS (1996, p. 40) ressalta que a “alocação de recursos para cada nível de governo é decisiva, pois é através dela que os governos se vêem possibilitados ou restringidos no exercício de suas responsabilidades.

REZENDE (1996, p. 12), ao estudar os mapas de “clusterização” dos municípios mineiros, com a estatística LISA⁴⁹, conclui que “aqueles municípios que mais (menos) cresceram no período de 1991-2000 tendem a ter vizinhos com o mesmo desempenho. Igualmente pela análise, os municípios relativamente mais ricos (pobres) tendem a ter, também vizinhos ricos (pobres)”.

É possível identificar nas dez regiões de planejamento do Estado de Minas Gerais a cidade representativa da região:

Alto Paranaíba	Patos de Minas
Central	Belo Horizonte
Centro Oeste de Minas	Divinópolis
Jequitinhonha/Mucuri	Teófilo Otoni
Mata	Juiz de Fora
Noroeste de Minas	Paracatu
Norte de Minas	Montes Claros
Rio Doce	Governador Valadares
Sul de Minas	Poços de Caldas
Triângulo	Uberlândia

Nas suas conclusões, REZENDE (2005, p. 30) observa que “a taxa de crescimento da renda *per capita* municipal entre 1991 e 2000, o nível da renda *per capita* em 1991, o percentual de domicílios com água encanada (*proxy* de infra-estrutura social), o número médio de anos de estudo das pessoas de 25 ou mais anos (*proxy* de educação), a taxa de mortalidade infantil até um ano de idade (*proxy* de saúde) e a densidade populacional apresentaram efeitos de transbordamento sobre os municípios vizinhos e, assim, influenciaram as taxas de crescimento da renda *per capita* municipais. Portanto, tendo em vista os resultados apresentados nesse artigo, corroboramos o argumento relativo à importância de implementação de políticas públicas que tenham como meta o aumento do acesso à água encanada, aumento do número de anos de estudo e maior acesso à saúde básica”.

⁴⁹ A estatística LISA, proposta por Anselin (Local Indicators of Spatial Association, *Geographic Analysis*, v. 27, n. 2, p. 115. Abril 1995) permite verificar se existe uma associação espacial local, no âmbito de cada unidade regional, levando a conclusão sobre a existência ou não de “clusters”.

Tais estudos encaminham para o conhecimento da realidade da questão do financiamento da saúde a partir de duas vertentes essenciais: o *quantum* disponível para ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde e a “necessidade” de tais serviços para a população. Em razão do financiamento ser limitado e reduzido a fontes federais, estaduais e municipais, vamos demonstrar agora as peculiaridades do financiamento dos municípios mineiros para a função saúde.

No financiamento dos municípios mineiros, para a grande maioria deles, destacam-se o fundo federal constitucional (FPM)⁵⁰ e a transferência oriunda da arrecadação do principal imposto estadual (ICMS).

BURGES e VILELA (2001), ao estudarem a receita total dos municípios mineiros, evidenciaram o mesmo fato.

É o que relatamos na Tabela 54.

TABELA 54
Comparação da receita dos municípios de Minas Gerais
2000

Municípios	Receita Própria	FPM	ICMS	Outras	Total (%)
Até 20 mil habitantes	4,6	45,4	21,6	28,4	100
De 20 a 50 mil habitantes	9,2	30,8	24,4	35,6	100
De 50 a 100 mil habitantes	14,5	20	28,3	37,2	100

Os dois mecanismos aqui relatados constituem uma “soldagem” federativa, porque municípios são financiados pelas instâncias nacional e subnacional, diferentemente do Fundef, por exemplo, que, criado em 1996 para coordenar a alocação de recursos no ensino básico, é uma ferramenta que rompe a independência de orçamentos estaduais e municipais.

Em Minas Gerais, a distribuição do ICMS é delimitada por dois momentos distintos: antes e após a edição da Lei nº 12.040, de dezembro de 1995, também conhecida como “Minas por Minas” ou “Lei Robin Hood⁵¹”. Antes da edição dessa lei, na qual tive a oportunidade de votar na Assembléia Legislativa do Estado de

⁵⁰ O Fundo de Participação dos Municípios, na sua formulação inicial (Emenda Constitucional nº 18, de 1965), distribuía recursos aos municípios (exceto capitais) segundo o critério simples e uniforme baseado na população. Em 1967, o Ato Complementar 35 incluiu as capitais e lhes destinou 10% dos recursos do fundo. Em 1981, foi remodelado pelo Decreto-Lei nº 1881. Em 1989 nova modificação pela Lei Complementar nº 62. Em 1997 o TCU reviu valores. CASTRO (1993) apresenta amplo estudo sobre o tema.

Minas Gerais, a distribuição dos recursos ficava concentrada nas cidades que geravam um maior percentual de VAF⁵², e, conseqüentemente, a equalização fiscal ficava comprometida.

A Lei Robin Hood, editada em 1995, ano em que o Estado de Minas Gerais (Tabela 40 desta tese) realizou o maior dispêndio em ações e serviços públicos de saúde da sua série histórica, introduziu a *proxy* “gasto em saúde” como fator de determinação da repartição entre o conjunto dos municípios mineiros. Ao reformular os critérios para a repartição da arrecadação do ICMS, visando a uma transferência horizontal implícita nos municípios mineiros, o legislador mineiro visou repassar renda àqueles municípios com baixa capacidade de contribuição de ICMS, estimulando investimentos em determinados setores sociais e econômicos. A distribuição do ICMS baseava-se numa série de critérios, divididos em percentuais. O critério de incentivo é baseado na “premiação”. A transferência por premiação ocorre mediante esforço do beneficiário na geração de determinados bens para a população adscrita. Caso o município mineiro fizesse um esforço em determinado setor, *proxy* gasto em saúde, por exemplo, então ele teria direito a receber uma parcela maior da transferência. A Fundação João Pinheiro passa então a analisar tais desempenhos para subsidiar o repasse de recursos estaduais aos 853 municípios mineiros. A grande vantagem desse tipo de transferência é que a geração de receitas fica ligada à maximização do recurso público em função do contribuinte, e não do burocrata.

MARTINS (1999, p. 55) reconhece que “Lei Robin Hood é um instrumento para a redução das heterogeneidades das regiões mineiras”, e NAJBERT e OLIVEIRA (2003, p. 3) concordam que “a visualização das receitas e gastos *per capita* sinalizam um dos componentes do Índice de Desenvolvimento Humano”.

Os critérios de distribuição atualmente vigentes em Minas Gerais, conforme fundamentação da SEF-MG, mediante Decreto nº 13.803/2000, são vistos na Tabela 55.

⁵¹ A Lei Robin Hood, Lei estadual nº 12.040, foi atualizada em 27 de dezembro de 1996 pela Lei nº 12.428. A alusão ao herói inglês do século XII é pelo fato de que os municípios mais pobres do estado passaram a receber maior volume de recursos, mesmo não tendo contribuído para a sua geração”.

⁵² Valor Adicionado Fiscal – VAF –, regulamentado na Lei Complementar nº 63/90 e art. 1º Lei estadual nº 13.083/200.

TABELA 55
Critérios de partilha do ICMS – Cota-parte dos municípios

Critério	Índice
VAF (art. 1º, I)	4,632
Área Geográfica (art. 1º, II)	1,000
População (art. 1º, III)	2,710
População dos 50 municípios mais populosos (art. 1º, IV)	2,000
Educação (art. 1º, V)	2,000
Produção de Alimentos (art. 1º, VI)	1,000
Patrimônio Cultural (art. 1º, VII)	1,000
Meio Ambiente (art. 1º, VIII)	1,000
Gasto com Saúde (art. 1º, IX)	2,000
Renda Própria (art. 1º, X)	2,000
Cota Mínima (art. 1º, XI)	5,500
Municípios Mineradores (art. 1º, XII)	0,110
Mateus Leme (art. 1º, XIII)	0,032
Mesquita (art. 1º, XIV)	0,016
Total	25,000
VAF Lei Complementar 63/90	75,000

Fonte: SEF-MG

A vigência dessa norma infra-constitucional alterou definitivamente a correlação entre despesas e receitas municipais mineiras.

SANTOLIN, FONTES & SILVA JÚNIOR (2005, p. 344), ao analisarem as finanças públicas mineiras, observam: “registra-se que, em 1990 até 2000, a receita e a despesa total tiveram uma correlação de, em média, 98%, ano após ano. A variável de maior transformação foi a transferência de ICMS aos municípios que, entre 1994 e 1995, apontou uma correlação de 65%. No entanto, entre 1995 e 2000, a correlação variou entre 94% a 99% ano a ano”.

Utilizando os dados disponibilizados pela Secretaria do Tesouro Nacional (2003), é possível estabelecer uma relação entre o FPM e o IDH, constatando-se que os municípios com piores desempenhos de IDH receberam maiores aportes de recursos, enquanto a repartição de ICMS revela que municípios mais desenvolvidos tendem a receber mais da repartição estadual. Uma conclusão relevante é que os municípios que se situam abaixo do IDH 0,6 (apenas 19), recebem uma receita municipal *per capita* total acima dos que se situam na faixa de IDH 0,6 - 0,75 (554). Dessa linha de corte em diante, a receita total dos municípios deixa de ter caráter distributivo, onde os municípios com nível médio de IDH (0,75 - 0,85) – e são 242 (28,37% do total mineiro) – passam a ter menos recursos disponíveis. Os municípios que apresentam IDH maior que 0,8 (38, ou seja: 4,45%), apresentam receita municipal *per capita*, em média, no valor de

R\$574,25 (em reais de 2000), enquanto a partilha de FPM e ICMS para os municípios totaliza R\$176,31 (30,70%). Isso quer dizer que a receita municipal nos municípios com IDH maior que 0,8 não está dependente das transferências de FPM e ICMS.

A Tabela 56 consolida tais dados ao relacionar a receita municipal *per capita* com IDH, em valores de reais de 2000.

TABELA 56
Receita municipal e IDH nos municípios mineiros

R\$ de 2000

IDH	Total	Tributária	Transferências Correntes	FPM	ICMS	Outras Receitas	Total de Municípios
Menor que 0,6	398,08	4,45	347,66	182,60	47,33	23,50	19
0,6 a 0,65	359,43	6,25	313,39	172,38	45,31	18,40	92
0,65 a 0,70	379,74	13,02	326,93	174,53	56,14	15,50	205
0,70 a 0,75	375,67	22,47	317,59	152,44	70,87	15,10	257
0,75 a 0,80	471,89	53,73	350,90	93,77	132,10	46,60	242
Maior que 0,80	574,25	141,60	359,17	49,01	127,30	59,80	38

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2002.

Verifica-se, portanto, que não há, efetivamente, transferências de recursos das regiões mais ricas (R\$574,25 *per capita*) para as regiões mais pobres (R\$398,08), constatando-se uma diferença de 69,32% entre a receita municipal *per capita* dos municípios mineiros com IDH maior que 0,8 comparados com os municípios mineiros com IDH menor que 0,6.

Analisando-se o outro componente, ou seja, despesa *per capita* municipal em relação ao posicionamento do IDH, com outros *proxies* (educação, saúde, despesa legislativa) verifica-se, utilizando a mesma fonte (STN) e os mesmos critérios (reais em 2000), que os municípios que se situam na faixa de IDH abaixo de 0,6 privilegiam a despesa com educação (R\$168,71) em relação à saúde (R\$74,98), enquanto nos municípios com IDH acima de 0,8 a situação é inversa: as despesas *per capita* com educação (R\$142,69) são inferiores às de saúde (R\$165,70).

Uma outra variável estudada no item despesa municipal é a concernente às despesas legislativas, incluindo-se aí as despesas totais do Poder Legislativo nos 853 municípios mineiros, em face das críticas na imprensa sobre o desempenho do Legislativo. No cálculo do item “despesa legislativa”, conforme

dados do STN (2003), alusivas ao ano de 2000, estão computadas todas as despesas de custeio do Poder Legislativo, desde a remuneração de vereadores até o pagamento de funcionários da Câmara e o respectivo custo operacional. São os dados da Tabela 57.

TABELA 57
Despesa municipal e *proxies* selecionadas

IDH	Total	Educação / Cultura	Saúde / Saneamento	Despesa Legislativa	R\$ de 2000
					Nº de Municípios
Menor que 0,6	403,97	168,71	74,98	13,87	19
0,6 a 0,65	355,66	137,14	62,99	14,58	92
0,65 a 0,70	364,19	127,95	66,19	15,79	205
0,70 a 0,75	377,13	128,83	75,07	15,56	257
0,75 a 0,80	478,91	141,56	118,90	20,37	242
Maior que 0,80	565,84	142,69	165,70	18,15	38

Fonte: STN 2003.

Observa-se que os municípios com maior IDH, ou seja, os que possuem IDH maior que 0,8 aportam 29,28% (R\$165,70 de R\$565,84) de seus recursos para financiarem a saúde, enquanto os municípios com menor IDH, ou seja, IDH menor que 0,6, aportam 18,56% (R\$74,98 de R\$403,97) para a função saúde. Nos municípios com IDH inferior a 0,6, a maior parte dos recursos é destinada à educação (41,76%), enquanto nos municípios com IDH superior a 0,8 o percentual de maior repercussão em suas despesas é destinado à saúde (29,28%).

Comparando-se as Tabelas 54 e 55, infere-se que a receita e a despesa municipal são maiores nos municípios com IDH abaixo de 0,6 (R\$398,08 e R\$403,97, respectivamente) comparativamente aos municípios situados na faixa 0,60 - 0,75.

Tais dados são indicativos de que os municípios mais pobres podem alcançar os municípios intermediários. Os municípios com IDH acima de 0,75 (280, ou seja, 32,82%), no entanto, mantêm receita e despesa *per capita* acima dos intermediários e também dos mais pobres, o que deixa clara a dificuldade de os municípios com IDH intermediário (0,65 - 0,75) se aproximarem dos municípios com IDH mais alto (acima de 0,75).

A constatação de tal fato e o objetivo de minimizá-lo levaram-me, na condição de relator da LDO estadual, à apresentação de dispositivo facilitando a

contrapartida dos municípios com IDH abaixo de 0,70 para a elaboração de convênios com o estado.

Façamos, agora, uma síntese das Tabelas 56 e 57, verificando o comparativo entre a renda *per capita* e a receita municipal *per capita*, em reais de 2000, para as regiões de planejamento de Minas Gerais.

TABELA 58
Regiões de planejamento e receitas Minas Gerais

Região de Planejamento	Renda <i>per capita</i>	Transferências Correntes	FPM	ICMS	Tributos	Outras	R\$ de 2000
							Total
Alto Paranaíba	5642,45	382,83	116,09	139,58	44,88	54,52	522,32
Central	7073,39	360,28	69,14	126,57	117,77	49,69	542,81
Centro Oeste	4975,47	306,96	116,89	81,09	70,72	39,29	423,22
Jequitinhonha / Mucuri	2239,36	278,40	138,40	41,08	12,44	14,05	327,65
Mata	4023,17	306,87	120,20	66,96	49,50	31,30	419,44
Noroeste	5489,25	357,24	136,17	107,53	24,66	28,14	426,79
Norte	3366,62	232,27	113,98	46,78	22,72	20,01	365,25
Rio Doce	5523,47	331,88	124,71	97,60	46,92	25,15	441,28
Sul de Minas	5248,97	328,43	117,84	103,57	49,32	32,94	444,93
Triângulo	6133,89	410,21	73,05	194,5	74,07	79,11	581,34

Fonte: STN 2003.

Observa-se que a maior receita municipal *per capita* é do Triângulo (R\$581,34), embora a sua participação no FPM seja apenas a segunda do estado (R\$73,05); a menor receita municipal *per capita* é do Jequitinhonha/Mucuri (R\$327,65), com o maior repasse do FPM (R\$138,40).

A maior renda *per capita* é da região Central (R\$7.073,39) e a menor é na região de Jequitinhonha/Mucuri (R\$2.239,36).

Verifica-se, portanto, que, em Minas Gerais, ao se analisar as dez regiões de planejamento, a diferença de renda *per capita* (3,15 vezes maior na região Central em relação ao Jequitinhonha/Mucuri) é maior que a diferença da receita municipal *per capita* (1,77 vezes na região do Triângulo em relação ao Jequitinhonha/Mucuri).

Façamos agora, na Tabela 59, um comparativo entre renda *per capita* e despesa municipal, com as *proxies* educação/cultura, saúde/saneamento e despesa legislativa, em reais de 2000.

TABELA 59
Regiões de planejamento e gastos selecionados Minas Gerais
R\$ de 2000

Região de Planejamento	Renda <i>per capita</i>	Educação/ Cultura	Saúde/ Saneamento	Despesa Legislativa	Total
Alto Paranaíba	5.42,45	127,57	407,63	20,52	492,22
Central	7.073,39	151,45	474,88	21,25	561,65
Centro Oeste	4975,47	122,46	341,96	14,75	413,77
Jequitinhonha / Mucuri	2.239,36	113,47	284,72	12,85	330,69
Mata	4.023,17	116,94	349,14	14,26	404,74
Noroeste	5.489,25	147,22	383,19	17,71	437,24
Norte	3.366,62	87,82	240,01	11,04	350,72
Rio Doce	5.523,47	135,56	359,00	18,54	434,31
Sul de Minas	5.248,97	132,87	369,92	12,01	436,08
Triângulo	6.133,89	157,04	454,85	25,67	541,5

Fonte: STN 2003.

Verifica-se, então, que a menor despesa na *proxy* saúde/saneamento ocorreu na Região Norte (R\$240,01), equivalendo a 7,12% da renda *per capita*, enquanto a maior despesa é constatada na Região Central (R\$474,88), equivalendo a 6,71% da renda *per capita* da região.

Conhecendo os 853 municípios mineiros em razão do IDH-M⁵³, podemos analisar desempenhos que confirmam a idéia central, ou seja, Minas Gerais é o estado de transição da federação brasileira.

PRATES (2003, p. 29) aponta algumas comparações que situam Minas Gerais no contexto nacional em relação ao IDH-M:

a) 82,6% dos municípios mineiros estão na categoria “médio alto IDH-M” e 12,9% estão na categoria “médio baixo IDH-M”;

b) em relação ao maior IDH-M de Minas Gerais (0,81 em Poços de Caldas), existem 67 municípios brasileiros (1,2%) com melhores performances e, em relação ao pior IDH-M de Minas Gerais (0,568 em Setubinha), existem no Brasil 373 municípios (6,8%) com desempenho inferior;

c) a disparidade interquartilica em Minas Gerais é maior do que em qualquer outra unidade da federação brasileira;

⁵³ IDH-M é o Índice de Desenvolvimento Humano no Município. A construção do IDH-M exige adaptação em relação ao IDH. Como os municípios são espaços geopolíticos mais abertos que os previstos no IDH, faz-se duas substituições, para manter a comparabilidade: O PIB *per capita* é substituído pela renda familiar *per capita* e a taxa de matrícula é substituída pela taxa de frequência à escola. A Fundação João Pinheiro, em Minas Gerais, é a responsável pela elaboração do IDH-M.

A publicação Cadernos BDMG, n. 7, dez 2003 contém uma análise dos Aspectos do Desenvolvimento Humano em Minas Gerais.

d) a situação de Minas Gerais em relação a 1991 é de melhoria do IDH-M: nenhum município mineiro piorou seu desempenho na década. Ao contrário, todos os 31 municípios de Minas que, em 1991, estavam situados na categoria “baixo IDH-M” saltaram, em 2000, à categoria “médio baixo IDH-M”;

e) embora houvesse apenas 38 municípios na condição de “alto IDH-M”, em 2001, a população desses municípios correspondia a 34% da população de Minas Gerais;

f) em comparação com o levantamento realizado em 1991, verifica-se que, em 2001, diminuiu a desigualdade e a disparidade em desenvolvimento humano entre os municípios mineiros.

Analisando os três componentes do IDH-M, pode-se inferir que:

- a) a *proxy* Educação é a que mais contribuiu para o valor do IDH-M. Na verdade, nenhum município mineiro está, nesta dimensão, abaixo de sua posição no IDH-M: 425 municípios (49,8%) ocupam a posição “alto” ou “médio alto” e apenas 13 (1,52%) estão na posição “médio baixo”;
- b) a dimensão Renda é o oposto: nenhum município ocupa, nesta *proxy*, posição superior à que ocupa no IDH-M, mostrando que é a componente que menos contribui para o desempenho do IDH-M em Minas Gerais; dos 705 municípios que atingem IDH-M “médio alto”, apenas 303 o atingem na Renda;
- c) a componente Longevidade registra 134 municípios mineiros na categoria “alto desenvolvimento”; verifica-se ainda que 350 municípios subiram de posição nesta dimensão.

Finalmente, vamos avaliar, a partir dos dados disponíveis no Siops e TCE-MG, a aplicação dos recursos próprios com o objetivo de analisar o cumprimento da EC-29.

Enfatizamos novamente a divergência de critérios para a apuração, pois o Siops incorpora os dados advindos da Resolução nº 322 do CNS, enquanto os 853 municípios mineiros prestam contas ao TCE-MG centrados na Instrução Normativa nº 11 daquele órgão autônomo.

Queremos também, mais uma vez, subsidiando os responsáveis pelas políticas públicas, destacar o Acórdão 975/2005 do TCU, que enfatiza que,

enquanto não for aprovada a Lei Complementar para regulamentação da EC-29, prevalece o disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias, que, mesmo sendo uma lei sazonal – tem data para entrar em vigor e data para perder a validade – prevalece sobre Portarias e Resoluções.

Os municípios mineiros, através de seus responsáveis, devem encaminhar anualmente ao TCE-MG demonstrativos, constantes no Anexos I-B e II-B, para verificação dos gastos em saúde.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS	
ANEXO XIV	
EXERCÍCIO:	MUNICÍPIO:
DEMONSTRATIVO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ART. 198, § 2º, III DA CF)	
(em R\$)	
01 – RECEITAS	
A – Impostos:	
Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana	
Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza	
Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis	
Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza	
Outros impostos	
Subtotal	
B – Transferências correntes:	
Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM	
Transferência do Imposto sobre Propriedade Territorial Rural	
Transferência Financeira – Lei Complementar nº 87/96	
Participação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços	
Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores	
Cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados	
Outras Transferências Correntes	
Subtotal	
C – Outras receitas correntes	
Multas e juros de Mora dos Impostos	
Receita da Dívida Ativa dos Impostos	
Subtotal	
D – Transferência de capital	
Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM	
Outras Transferências de Capital	
Subtotal	
02 – Total das Receitas (A+B+C)	
03 – Valor Legal de Aplicação em Ações e Serviços de Saúde	15% =
04 – Aplicação no Exercício (Total do Anexo XV)	15% =
CONTADOR / CRC:	RESPONSÁVEL PELO CONTROLE INTERNO
	PREFEITO MUNICIPAL:

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO XV

EXERCÍCIO:

MUNICÍPIO:

**DEMONSTRATIVO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES
E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
(ART. 198, § 2º, III DA CF)**

(em R\$)

Função	SubFunções	Programas	Especificação	Despesas	
10	122	...	Saúde		
			Administração Geral		
	272	...	Previdência do Regime Estatutário		
			...		
	301	...	Atenção Básica		
			...		
			...		
	302	...	Assistência Hospitalar e Ambulatorial		
			...		
			...		
	303	...	Suporte Profilático e Terapêutico		
			...		
			...		
	304	...	Vigilância Sanitária		
			...		
			...		
	305	...	Vigilância Epidemiológica		
			...		
			...		
	306	...	Alimentação e Nutrição		
			...		
			...		
	TOTAL				
	CONTADOR / CRC:		RESPONSÁVEL PELO CONTROLE INTERNO		PREFEITO MUNICIPAL:

A redação da EC-29 introduziu no ADCT o art. 77, que afirma:

“Art. 77 – Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:
(...)”

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b, e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.”

A Nota Técnica nº 50/2003, de 18 de novembro de 2003, do Departamento de Economia da Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, é um bom ponto de partida para a análise de gastos municipais em ações e serviços públicos de saúde. Daí, então, elaboramos as Tabelas 60 e 61.

TABELA 60
Municípios mineiros e gastos com saúde

	Quantidade	%
Número de municípios que cumpriram a EC 29	570	66,8
Número de municípios que não cumpriram a EC 29	143	16,8
Não enviaram dados	113	13,2
Não foi possível analisar	27	3,2
Total	853	100

Fonte: MS-SIOPS 2002

TABELA 61
Despesas selecionadas e gastos com saúde Minas Gerais

Despesa Total Liquidada	R\$ 2.440,7 bilhões
Despesa Liquidada com Recursos Próprios	R\$ 1.184,5 bilhões
% Médio da Despesa Financiada com Recursos Próprios	48,50%
Despesa Liquidada por Habitante	R\$140,00
Transferências do SUS nas 3 Esferas por habitante	R\$ 72,00
Despesa Liquidada com Recursos Próprios por habitante	R\$ 68,00
Receitas em Impostos e Transferências por habitante	R\$ 391,00

Fonte: MS - SIOPS

* Valores de referência aos 740 municípios que enviaram dados ao SIOPS - 2002

4.3 Análise dos gastos municipais: o declarado e o auditado

A Constituição do Estado de Minas Gerais, em seu Capítulo II – Da Organização dos Poderes, Seção I – Do Poder Legislativo e na Subseção VI – Da Fiscalização e Controles elenca os critérios para o acompanhamento dos gastos públicos no estado.

O art. 73 da Constituição estadual de 1989 anota que: “A sociedade tem direito a governo honesto, obediente à lei e eficaz”. O § 1º estabelece que “os atos das unidades administrativas dos Poderes do Estado e de entidade da administração indireta se sujeitarão a:

“I - controles internos exercidos, de forma integrada, pelo próprio Poder e a entidade envolvida;

II - controle externo, a cargo da Assembléia Legislativa, com o auxílio do Tribunal de Contas; e

III - controle direto, pelo cidadão e associações representativas da comunidade, mediante amplo e irrestrito exercício do direito de petição e representação perante órgão de qualquer Poder e entidade da administração indireta.”

Evidentemente, no âmbito municipal, com a autonomia oriunda da CF 1988, cada município elaborou a sua Lei Orgânica Municipal, porém o constituinte mineiro teve a preocupação de inscrever no § 2º do art. 177 da Constituição de 1989 que “haverá uma Câmara composta de três Conselheiros, renovável anualmente, para o exercício exclusivo da fiscalização financeira e orçamentária dos Municípios”. Dessa forma, o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais elaborou a Instrução Normativa nº 11, que formatou os critérios para a prestação de contas dos municípios mineiros, instrumentalizando o acompanhamento do cumprimento da EC-29 e novamente, como acontece com o estado, utilizando critérios diversos daqueles considerados no Siops.

No texto alusivo aos municípios mineiros, a Instrução Normativa nº 11 do TCE-MG determina, no seu art. 1º, § 1º e inciso II, que a base de cálculo para a apuração dos percentuais mínimos será o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e recursos de que tratam os arts. 158, 159, I, “b”, e § 3º, da Constituição Federal.

Ao regulamentar como os municípios devem proceder para atingir os percentuais mínimos citados no art. 1º da Instrução Normativa, apresenta o critério da evolução progressiva:

“a) quando da aplicação de percentual inferior a 7% (sete por cento) no exercício de 2000, a este percentual somar-se-á, a partir de 2001, a diferença calculada em 15% (quinze por cento) e o percentual aplicado em 2000, à razão de pelo menos 1/5 (um quinto) por ano, e em 2004 dever-se-á aplicar 15% (quinze por cento), no mínimo, da base de cálculo em ações e serviços públicos de saúde;

b) quando da aplicação de percentual igual a 7% (sete por cento) no exercício de 2000, a este percentual somar-se-á, a partir de 2001, a diferença calculada em 15% (quinze por cento) e 7% (sete por cento), à razão de pelo

menos 1/5 (um quinto) por ano, e em 2004 dever-se-á aplicar 15% (quinze por cento), no mínimo, da base de cálculo em ações e serviços públicos de saúde;

c) quando da aplicação de percentual superior a 7% (sete por cento) e inferior a 15% (quinze por cento) no exercício de 2000, a este percentual somar-se-á, a partir de 2001, a diferença entre 15% (quinze por cento) e o percentual aplicado em 2000, à razão de pelo menos 1/5 (um quinto) por ano, e em 2004 dever-se-á aplicar 15% (quinze por cento), no mínimo, da base de cálculo em ações e serviços públicos de saúde.”

A Seção III da Instrução Normativa nº 11 identifica quais despesas são consideradas como ações e serviços públicos da saúde:

“Art. 3º – Consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito da aplicação dos recursos de que trata esta instrução, aquelas com pessoal e outras despesas de custeio e de capital, financiados pelo Estado e pelos Municípios, conforme o disposto nos arts. 196, 198, § 2º, e 200 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, destinadas a:”

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

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

III – ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde;

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

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

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

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

VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

A Seção IV da Instrução Normativa nº 11 do TCE-MG determina como será feita a contabilização dos gastos em ações e serviços públicos de saúde:

“Art. 5º – Os recursos do orçamento fiscal do Estado e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados e contabilizados por meio de Fundo de Saúde, que será contemplado na Lei Orçamentária Anual com programas exclusivamente a ele vinculados, observando-se o estabelecido nos planos estadual e municipais de saúde.

§ 1º – Os recursos geridos pelos fundos de saúde deverão ser identificados mediante contas bancárias específicas, sendo que:

I – dos recursos próprios receberão a denominação de “Fundo de Saúde – Recursos Próprios;

II – dos oriundos do Fundo Nacional de Saúde – FNS ou de quaisquer outros recursos receberão a denominação de “Recursos Vinculados à Saúde”.

§ 2º – A transferência dos recursos mencionados neste artigo se dará exclusivamente por meio do sistema contábil-financeiro.

§ 3º – As demonstrações contábeis dos fundos de saúde deverão ser escrituradas com clareza, de modo a evidenciar os valores das disponibilidades financeiras, os restos ou obrigações a pagar e todas as demais contas do ativo e passivo financeiros.

§ 4º – O disposto neste artigo se torna obrigatório a partir do exercício fiscal de 2005.”

A Seção II do Capítulo II da Instrução nº 11 do TCE-MG esclarece como os municípios mineiros serão fiscalizados:

“Art. 7º – Para fins de fiscalização pelo Tribunal de Contas, os Municípios deverão proceder ao agrupamento em separado, mês a mês, das notas de empenho referentes às despesas com as ações e serviços públicos de saúde, extraíndo-se os respectivos somatórios devidamente rubricados e datados, que ficarão anexados aos seguintes documentos:

I – notas de empenho e respectivos comprovantes das despesas relativas às ações e serviços públicos de saúde, que comporão o percentual mínimo exigido constitucionalmente; e

II – notas de empenho e respectivos comprovantes das demais despesas com saúde.

Parágrafo único – Nas notas de empenho e controle da execução orçamentária e financeira, a despesa deverá ser identificada por fonte de aplicação, com evidência da conta bancária utilizada para o seu pagamento.

Art. 8º – O Poder Executivo Municipal encaminhará ao Tribunal de Contas, juntamente com a prestação de contas anual, os Anexos I-B e II-B, mencionados nesta Instrução, devidamente preenchidos e assinados, conforme o disposto no art. 53, § 2º, da Lei Complementar Estadual nº 33/94.”

O Capítulo III da Instrução Normativa nº 11 do TCE-MG estabelece sanções e penalidades aos que infringirem as regras dos gastos públicos em ações e serviços de saúde:

“Art. 9º – Sem prejuízo das sanções previstas na Lei Complementar nº 33, de 28 de junho de 1994, pode o Tribunal de Contas adotar, ainda, as seguintes medidas:

I – remessa de ofício ao Presidente da República para fins do disposto no art. 34, inciso VII, “e”, da Constituição Federal;

II – remessa de ofício ao Governador do Estado para fins do disposto no art. 35, inciso III, da Constituição Federal; e

III – encaminhamento dos autos correlatos à Procuradoria do Ministério Público do Tribunal de Contas para a promoção das medidas legais cabíveis.

Parágrafo único – Os responsáveis pelo controle Interno do Município, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade, delas darão conhecimento ao Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária.”

Nas disposições finais, contidas no Capítulo IV, a Instrução Normativa nº 11 determina como os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde serão aplicados, lembrando-se que ela foi publicada no “Minas Gerais” em 31 de dezembro de 2003 e retificada em 7 de janeiro de 2004:

“Art. 10 – Os recursos do orçamento fiscal do Estado e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde aplicados por meio do fundo de saúde serão acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde, sem prejuízo dos controles internos e do externo, este exercido pelo Poder Legislativo e pelo Tribunal de Contas do Estado.

Art. 11 – Esta Instrução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.”

Infere-se, portanto, que o TCE-MG é sensível à importância de se acompanharem os gastos públicos em ações e serviços de saúde, quer no âmbito do estado, quer no âmbito das 853 municipalidades que constituem o mosaico das Minas Gerais. Nessa linha, começaram a ser realizadas auditorias com o objetivo de fazer *in loco* a comparação efetiva entre o resultado registrado nos Anexos I-B e II-B, a serem preenchidos pelas autoridades municipais e apresentadas ao TCE-MG, e a análise dos técnicos do TCE-MG dos documentos que fundamentam a prestação de contas.

Na verdade, está é a grande diferença entre os números constantes no Siops (base de dados, a partir de balanços municipais declaratórios) e os resultados, por amostragem, auditados pelo TCE-MG. Vejamos então o resultado dessa comparação, partindo-se inicialmente dos dados consolidados nos anexos apresentados e os dados resultantes da verificação *in loco* nos anos analisados.

TABELA 62
Análise comparativa: declarado *versus* auditado municípios mineiros:
2004

	R\$ nominais 2004
Gasto com Saúde	
Apurado TCE (853 Municípios)	2.073.588.151,32
% Médio Apurado TCE	16,39
Auditoria TCE-MG	
Municípios Auditados	424 (49,71%)
Municípios não Cumpriram*	114
% ã Cumpriu	26,89%
Fonte: TCE-MG; FGV (IGP-DI)	
*Segundo amostra Auditada	

TABELA 63

Análise comparativa: declarado *versus* auditado municípios mineiros:
2005

R\$ nominais 2005	
Gasto com Saúde	
Apurado TCE (853 Municípios)	2.247.103.467,68
% Médio Apurado TCE	18,74
Auditoria TCE-MG	
Municípios Auditados	106 (12,43%)
Municípios não Cumpriram*	9
% ã Cumpriu	8,49%

Fonte: TCE-MG

*Segundo amostra Auditada

Tais números destacam a importância do controle externo. O papel do TCE-MG, integrado com a ALMG, é de grande valia para a efetividade e eficácia da aplicação de recursos públicos na manutenção das ações e serviços públicos de saúde, especialmente em um estado com cerca de 590.000km², 853 municípios e aproximadamente 20 milhões de residentes.

CAPÍTULO 5

Gastos em ações e serviços públicos de saúde em Minas Gerais

“Gosto de saber, na minha hora de bom ou mau, na de digno ou indigno, nobre ou ignóbil, bravo ou covarde, veraz ou mentiroso, audaz ou fugitivo, circunspeto ou leviano, puro ou imundo, arrogante ou humilde, saudável ou doente – quem sou eu.”

Pedro Nava, “Baú de ossos”.

O objetivo central deste capítulo é retratar a situação atual do financiamento em saúde no Estado de Minas Gerais. Demonstramos, na Introdução desta tese, que o Brasil, em que pese ao trabalho hercúleo do movimento reformista nos anos 70 e à grande contribuição da CF de 1988, não tem em 2007 um sistema de proteção social, especialmente na área da saúde, tipo “welfariano”⁵⁴, inspirado no Relatório Beveridge.

Coexistem no Brasil, e em Minas Gerais, dois grandes sistemas: público e privado. No Brasil, em 2002, os gastos públicos em ações e serviços de saúde foram responsáveis por 42,5% do custeio do setor saúde, enquanto o gasto direto das famílias suportou 36,25% do dispêndio total. O seguro privado foi o responsável por 21,25% dos gastos em saúde. Tais informações são retiradas do Siops (2002). O relatório OMS, 2006, indica para 2006 gasto em saúde equivalente a 8,9% do PIB, com 53,7% dos gastos públicos e 46,3% para gastos privados. Evidente que a metodologia Siops não é a mesma da OMS, mas é

⁵⁴ A expressão “sistema welfariano”, se refere ao conceito de *Welfare State*, Estado de Bem-Estar-Social. Segundo Draibe (1988, p. 21) “seu início efetivo dá-se exatamente com a superação dos absolutismos e a emergência das democracias de massa”. Titmus, citado por Fleury (1994, p. 27) vê as medidas de proteção social a partir do desenvolvimento da sociedade industrial, afirmando que esta mesma sociedade foi quem gerou os problemas sociais. O Relatório Beveridge, de 1º de dezembro de 1941, consagra a proteção social universal, do berço ao túmulo”, sendo adotado a partir de 1946 no chamado Plano Atlântico. Contrapõe-se ao Plano Continental (Bismarck, 1883) que propõe a proteção social dos que contribuem para o sistema. Hobshawn (1995, p. 100) concorda que o termo *Welfare State* não havia entrado em uso antes de 1940.

interessante constatar esta tendência do gasto em saúde no Brasil a partir do ano 2000 pelos critérios OMS: elevação do gasto público e retração do gasto privado.

5.1 União, estado e municípios: série histórica

No aspecto federativo, quando se analisa o gasto público em saúde, demonstramos que a participação dos entes federados, ao longo dos anos, vem apresentando uma evolução atípica: a União, ente que detém a maior renda disponível, vem encolhendo a sua participação, enquanto os municípios, que possuem o menor poder arrecadatório, vêm suportando o gasto público em ações e serviços de saúde com aportes mais significativos.

Vejamos inicialmente a evolução da carga tributária total, em % do PIB, de 1947 a 2005.

TABELA 64
Evolução da carga tributária global 1947-2005

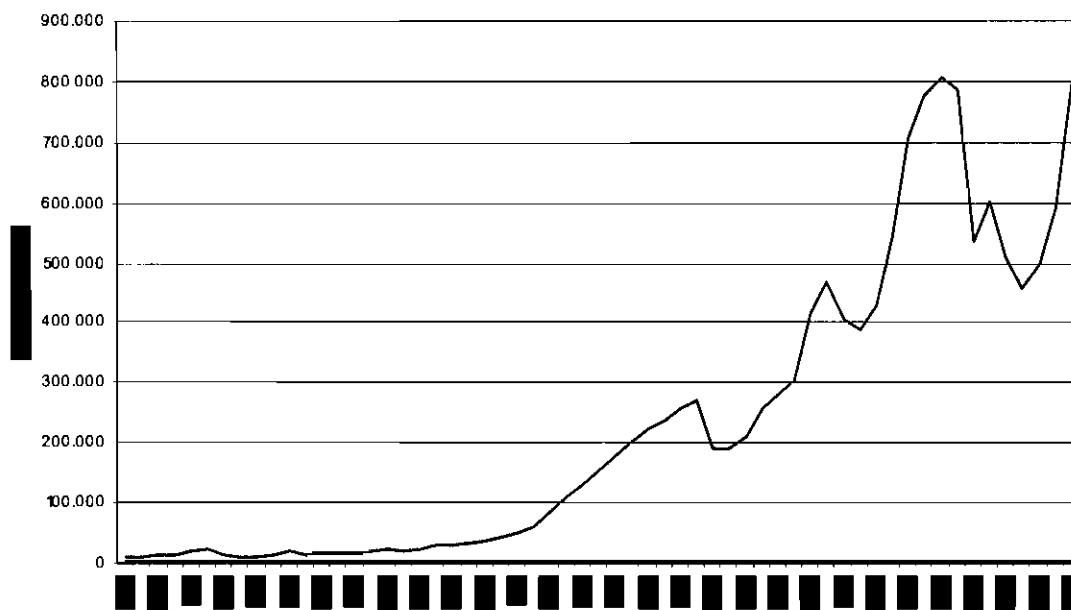
Em % do PIB							
Ano	Carga	Ano	Carga	Ano	Carga	Ano	Carga
1947	13,8%	1962	15,8%	1977	25,6%	1992	25,0%
1948	14,0%	1963	16,6%	1978	25,7%	1993	25,8%
1949	14,4%	1964	17,0%	1979	24,7%	1994	29,8%
1950	14,4%	1965	19,0%	1980	24,5%	1995	29,4%
1951	15,7%	1966	20,9%	1981	25,3%	1996	29,1%
1952	15,4%	1967	20,5%	1982	26,3%	1997	29,6%
1953	15,2%	1968	23,3%	1983	27,0%	1998	29,6%
1954	15,8%	1969	24,9%	1984	24,3%	1999	31,6%
1955	15,0%	1970	26,0%	1985	24,1%	2000	32,6%
1956	16,4%	1971	25,3%	1986	26,2%	2001	34,1%
1957	16,7%	1972	26,0%	1987	23,8%	2002	35,8%
1958	18,7%	1973	25,0%	1988	22,4%	2003	35,9%
1959	17,9%	1974	25,1%	1989	24,1%	2004	37,0%
1960	17,4%	1975	25,2%	1990	28,8%	2005	38,9%
1961	16,4%	1976	25,1%	1991	25,2%		

Fonte: SF/BNDES - Informe-se, n29, para os anos 1947 a 2001.
SRF: Estudos Tributários 11, para o ano de 2002

Vamos agora apresentar a evolução da carga tributária em função do PIB, expresso em dólares.

GRÁFICO 34
Evolução da carga tributária em função do PIB
Brasil: 1990-2005

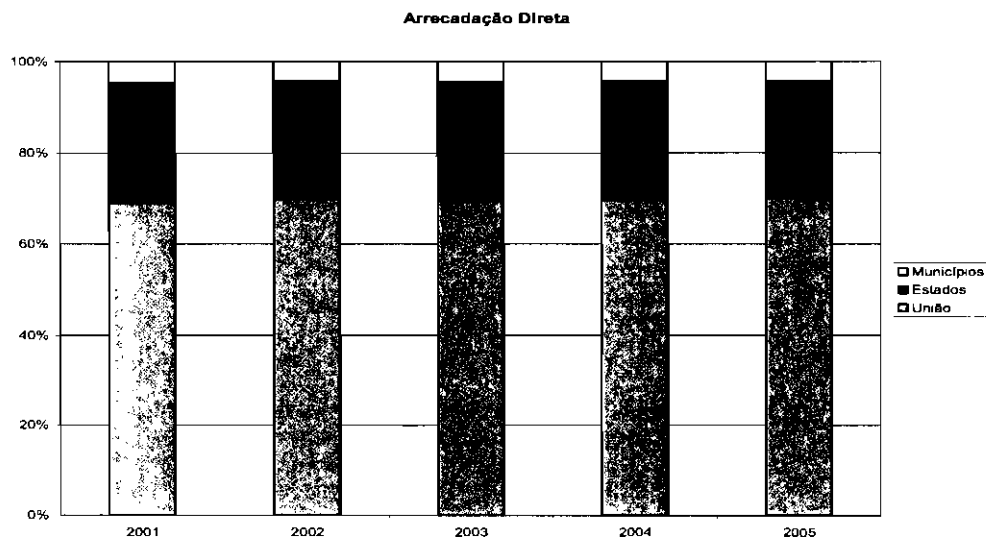
Evolução do PIB Brasileiro (1947-2005)



Fonte: IGBE. Elaboração própria.

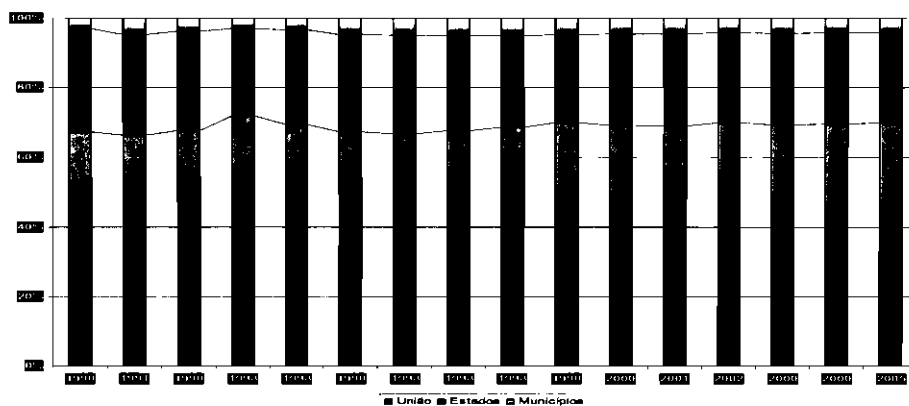
Observa-se que, em relação ao PIB, a carga tributária global cresce linearmente, saltando de 32,6% do PIB em 2000 para 38,94% do PIB em 2005, confirmando a idéia de que os gastos em ações e serviços públicos de saúde, ao serem vinculados ao PIB, e não à receita, sofreram significativa redução. Vê-se, ainda, no Gráfico 34, que o PIB em dólares de 1997 só é recuperado em 2005. O Gráfico 35 mostra a capacidade da arrecadação de cada esfera de governo.

GRÁFICO 35
Arrecadação por ente federado
Brasil: 2001-2005



Assim como no Gráfico 36 constatamos incidência maior da carga tributária total em relação a 2003, aqui também a arrecadação direta da União é maior em 2002 do que em 2003.

GRÁFICO 36
Distribuição da arrecadação por ente federado
Brasil: 1990-2005



A receita disponível também é crescente, embora com sinal de estabilização no último biênio (2004-2005).

Com o objetivo de contextualizar os gastos em saúde dos governos subnacionais, vamos inicialmente apresentar a evolução da receita tributária por ente federado, de 1960 a 2005, destacando a arrecadação estadual em 1988, ano

da CF, e 2005: a arrecadação direta em 1988, que era de 5,74% do PIB, salta para cerca de 10% do PIB em 2005, mantendo praticamente o mesmo patamar (9,79% do PIB) após o recebimento e pagamento de transferências constitucionais. É o que demonstramos na Tabela 65.

TABELA 65
Evolução da receita tributária por ente federado
Brasil: 1960-2005

Conceito	Central	Estadual	Local	Total	(%)			
					Carga - % do PIB	Central	Estadual	Local
Composição % do Total								
ARRECADÇÃO DIRETA								
1960	11,14	5,45	0,82	17,41	64,0	31,3	4,7	100,0
1980	18,31	5,31	0,90	24,52	74,7	21,6	3,7	100,0
1988	16,08	5,74	0,61	22,43	71,7	25,6	2,7	100,0
2004	25,10	9,82	2,11	37,03	67,8	26,5	5,7	100,0
2005	26,68	10,10	2,16	38,94	68,5	25,9	5,5	100,0
RECEITA DISPONÍVEL								
1960	10,37	5,94	1,11	17,41	59,5	34,1	6,4	100,0
1980	16,71	5,70	2,10	24,52	68,2	23,3	8,6	100,0
1988	13,48	5,97	2,98	22,43	60,1	26,6	13,3	100,0
2004	21,39	9,35	6,29	37,03	57,8	25,3	17,0	100,0
2005	22,49	9,79	6,66	38,94	57,8	25,2	17,1	100,0

Fonte: STN, SRF, IBGE, Ministério da Previdência, CEF, Confaz e Balanços Municipais.

Com o objetivo de estabelecer uma comparação entre a receita estadual total e o caso mineiro, vamos analisar a Lei nº 15.460/2005, que contém o Orçamento Geral do Estado de Minas Gerais, e compará-la com o Relatório de Auditoria do Governo de Minas Gerais, realizado pela Auditoria-Geral do Estado (Auge). Observamos então que:

a) a receita corrente bruta do Estado de Minas Gerais em 2005 foi de R\$26.888.733.721,43, significando um acréscimo de 17,21% sobre a receita de 2004;

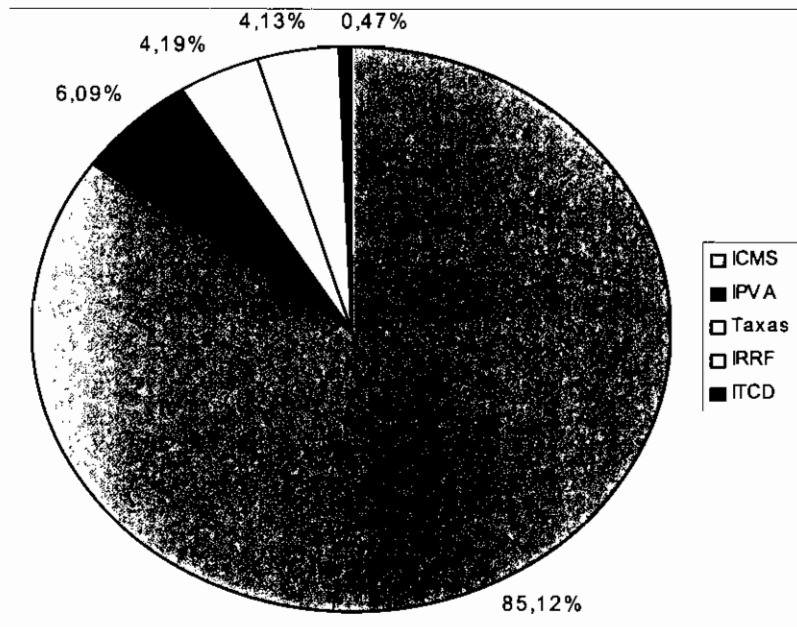
b) as deduções da receita corrente estão representadas pela dedução para a formação do Fundef, conforme Portaria nº 471, da STN, de 31 de agosto de 2004, isto é, totalizam R\$2.046.576.790,58;

c) a receita corrente líquida, em 2005, é de R\$24.842.156.930,85;

d) as receitas de capital em 2005 totalizam R\$671.567.239,43.

Vejamos, agora, a composição da receita tributária de Minas Gerais, em 2005, que totalizou R\$17,839 bilhões, com destaque para a participação do ICMS.

GRÁFICO 37
Composição percentual da receita tributária Minas Gerais, 2005



Fonte: Armazém SIAFI, Categoria Orçamentária da Receita.

Vamos agora analisar a evolução da receita tributária, verificando a receita dos tributos de competência do Governo do Estado de Minas Gerais no período 2001-2005.

TABELA 66
Receita tributária em reais correntes e constantes*
Minas Gerais: 2001-2005

Exercício	ICMS		IPVA		ITCD		Taxas
	Corrente	Constante	Corrente	Constante	Corrente	Constante	Corrente
2001	8.926.614,00	12.490.140,00	646.390,00	904.127,00	23.688,00	33.134,00	256.771,00
2002	9.397.793,00	11.681.327,00	720.890,00	896.056,00	26.333,00	32.731,00	382.638,00
2003	10.835.787,00	12.322.722,00	740.677,00	842.316,00	33.508,00	38.107,00	456.262,00
2004	12.931.305,00	13.667.097,00	931.865,00	984.888,00	49.025,00	51.814,00	558.018,00
2005	15.184.191,00	15.184.191,00	1.086.500,00	1.086.500,00	83.753,00	83.753,00	747.561,00

Fonte: RFCAE 341 - SIAFI 2001 a 2005; Armazém SIAFI 2005, Execução Orçamentária da Receita. Consulta 30/01/2006.

* Constante para o ano base de 2005. (IPCA)

Podemos constatar que ocorreu o aumento real de todos os tributos.

Em valores constantes para 2005, temos a seguinte variação na relação 2005/2001:

TABELA 67
Crescimento da receita tributária Minas Gerais: 2005-2001

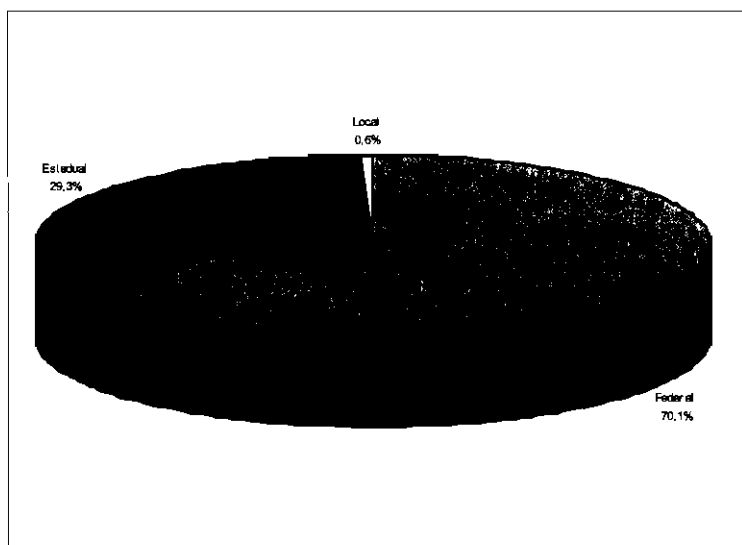
	%	
	Corrente	Constante
ICMS	170,10	121,56
IPVA	168,08	120,17
ITCD	353,56	252,27
Taxas	291,13	208,14

Fonte: Armazém SIAFI. Elaboração própria.

Analisando o federalismo fiscal, mediante as relações financeiras intergovernamentais, no ano referência 2002, podemos considerar dois pontos de vista: pela ótica do doador, a União é o ente que mais transferiu recursos (70,10%), enquanto, pela ótica do receptor, os municípios são o ente que mais recebeu recursos (57,0%). Os estados mantêm um grande fluxo, pois recebem 29,3% das transferências e repassam 42,90% dos recursos doados.

Vejamos o Gráfico 38.

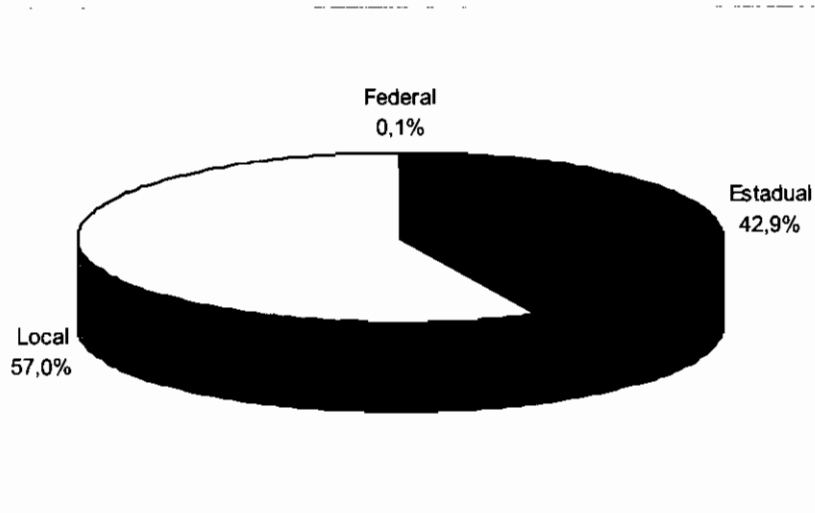
GRÁFICO 38
Recursos transferidos pela ótica do doador Brasil: 2002



Fonte: AFONSO, 2006.

O Gráfico 39 mostra o montante das relações entre entes federados, pela ótica do receptor.

GRÁFICO 39
Recursos transferidos pela ótica do receptor – Brasil: 2002



Fonte: AFONSO, 2006.

Fazendo uma síntese dos Gráficos 38 e 39, surge a Tabela 68, que revela o resultado líquido de cada ente no federalismo trino, após transferências cedidas e recebidas.

TABELA 68
Resultado líquido: transferências cedidas – recebidas Brasil: 2002

	R\$ Bilhões	% PIB	% Total
União	-73,50	-5,50	-70
Estados	14,20	1,10	13,6
Municípios	59,20	4,40	56,4

Fonte: AFONSO, 2006.

Consolida-se, assim, o federalismo fiscal, e, no encontro de contas, a União transfere R\$73,5 bilhões, que se destinam aos municípios (59,2 bilhões) e governos subnacionais (R\$14,2 bilhões).

Em Minas Gerais, as transferências correntes oriundas da União totalizaram R\$3.652.869.600,36, sendo o Fundef responsável por R\$1.778.765.604,02.

TABELA 69
Transferências correntes da União – Minas Gerais: 2005

Modalidade de Transferência	Valor
Fundo de Participação dos Estados	1.134.271.692,98
Imposto sobre Operação Financeira	24,46
Imposto sobre Produtos Industrializados / Exportação	236.076.118,58
FUNDEF e LC 87/96	1.778.765.604,02
Compensação ICMS	279.697.234,56
CIDE	145.711.675,76
Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados	78.347.250,00
Total	3.652.869.600,36

Fonte: STN

As transferências voluntárias, que não incluem o repasse do SUS, vêm-se reduzindo dramaticamente, sendo que, em 2004, o peso dos estados é de apenas 48%, em relação a 71% no ano de 1997.

TABELA 70
Transferências voluntárias do Tesouro Nacional – Brasil: 1997-2004

Anos	(R\$ bilhões de 2004)			% do PIB	% Receita Tributária Disponível	Crescimento real anual	Peso dos Estados no Total
	Total	Estados	Municípios				
1997	7,2	5,1	2,1	0,51%	3,90%	...	71%
1998	8,7	5,7	3,0	0,60%	4,60%	21%	65%
1999	6,0	3,7	2,3	0,40%	3,00%	-32%	62%
2000	6,6	3,8	2,8	0,42%	3,00%	11%	58%
2001	7,4	4,8	2,6	0,46%	3,20%	12%	65%
2002	5,7	3,0	2,7	0,35%	2,30%	-23%	53%
2003	5,3	2,6	2,8	0,32%	2,20%	-7%	48%
2004	5,7	2,7	3,0	0,33%	2,20%	8%	48%

Fonte: STN

Em Minas Gerais, o volume de transferências voluntárias recebidas da União no ano de 2005 totalizou R\$544.067.770,00, equivalente a um aporte de R\$30,39 *per capita*. Dessa forma, na região Sudeste, Minas Gerais continua a ser – como foi nos últimos três anos – o estado que recebeu o maior volume de transferências voluntárias do Governo Federal.

TABELA 71
Transferências voluntárias do Tesouro Nacional
Região Sudeste: 2005

Estado	R\$ <i>per capita</i>
Espírito Santo	27,80
Minas Gerais	30,39
Rio de Janeiro	20,73
São Paulo	20,57

Fonte: STN

Hora de confrontar a evolução da receita tributária corrente, em reais correntes, com o gasto do estado em saúde, no período pós-EC-29:

TABELA 72
Receita tributária e gastos com saúde
Minas Gerais: 2000 - 2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Receita Tributária	13.786.555,00	13.085.727,00	13.722.018,00	15.293.568,00	17.102.005,00
Gastos com Saúde	1.972.354,00	1.670.138,00	1.554.203,00	1.710.918,00	1.720.826,00
Comprometimento %	14,3	12,76	11,32	11,87	10,06

Fonte: Balanços Gerais do Estado. R\$ em dez. 2005.

O comparativo é decisivo: apesar do crescimento da receita tributária (2005-2001) em 24,05%, o gasto em saúde, mesmo nos critérios ampliados dos Balanços Gerais Estado, diminuiu 42,14%, pois reduziu à sua participação de 14,3% para 10,06% em relação à arrecadação de tributos.

5.2 Cenário atual

A Secretaria de Estado da Saúde, na execução da despesa orçamentária de 2005, é representada com cinco unidades orçamentárias (U.O.) identificadas pelos seguintes códigos:

- 1321 Secretaria de Saúde
- 2261 Fundação Ezequiel Dias (Funed)
- 2271 Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig
- 2321 Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – Hemominas

4291 Fundo Estadual de Saúde (FES)

Verificando-se as despesas de cada unidade orçamentária, no ano de 2005, é possível elaborar a seguinte tabela:

TABELA 73
Demonstrativo de execução orçamentária da saúde
Minas Gerais: 2005

Secretaria da Saúde	R\$ 169.847.537,37
Funed	R\$ 72.945.275,92
Fhemig	R\$ 399.684.038,95
Hemominas	R\$ 66.781.277,47
FES	R\$1.007.151.598,42

Fonte: Balanço Geral do Estado, 2005. Armazém SIAFI

Consolidando os gastos em saúde, segundo o demonstrativo da Execução da Despesa, segundo setores do governo, conforme Relatório de Auditoria da Execução do Orçamento de 2005, da Auditoria Geral do Estado, constatamos os dados que permitem elaborar a Tabela 74.

TABELA 74
Gastos em saúde: descrição do setor
Minas Gerais: 2005

Atividade	Valor	%
Fim do Orçamento Fiscal	1.265.997.020,41	73,76
Meio do Orçamento Fiscal	400.297.479,95	23,32
Operação Especial	17.115.844,99	1,00
Projeto do Orçamento Fiscal	32.999.382,78	1,92
Total	1.716.409.728,13	100

Fonte: Orçamento 2005, vol III e IV; Armazém SIAFI

Ainda no citado relatório, analisando o Demonstrativo da Execução da Despesa, segundo as funções do governo, na especificação 3, que trata das “funções sociais”, a saúde aparece na função 10, e agora o total de gastos importa em R\$2.268.453.817,00, isto é, R\$552.044.089,00 (quinhentos e cinquenta e dois milhões e quarenta e quatro mil e oitenta e nove reais), maior que o descrito nos gastos da Secretaria de Estado da Saúde. O total de R\$29.251.548.804,00 é o montante da despesa executada no exercício de 2005.

TABELA 75
Despesas executadas no orçamento
Minas Gerais: 2005

	Valor em R\$
Total das Despesas Liquidadas	29.251.548.804,00
Despesas Liquidadas pela SES	1.716.409.728,13
Despesas Liquidadas na Função Saúde	2.268.453.817,00

Fonte: Armazém SIAFI

A Tabela 76 revela a evolução da despesa executada, em reais correntes, nas áreas de segurança pública, educação, saúde e encargos especiais, no período 2001-2005.

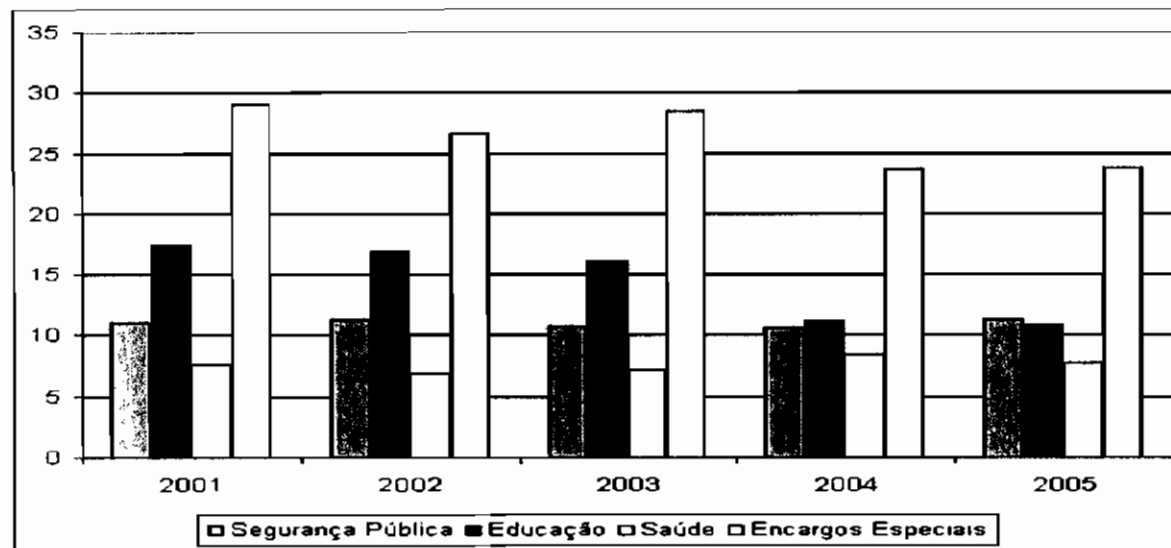
TABELA 76
Evolução da despesa executada por função de governo
Minas Gerais: 2001-2005

em R\$ mil correntes

Função de Governo	2001		2002		2003		2004		2005	
	Valor Liquidado	%	Valor Liquidado	%	Valor Liquidado	%	Valor Liquidado	%	Valor Liquidado	%
06 - Segurança Pública	2.220.211,00	11,09	2.435.088,00	11,27	2.463.467,00	10,74	2.669.883,00	10,62	3.303.515,00	11,29
10 - Saúde	1.527.138,00	7,63	1.490.663,00	6,9	1.649.957,00	7,19	2.102.478,00	8,36	2.268.453,00	7,75
12 - Educação	3.490.410,00	17,43	3.656.248,00	16,92	3.705.234,00	16,15	2.799.148,00	4,14	3.174.024,00	10,85
28 - Encargos	5.807.645,00	29	5.760.280,00	26,66	6.535.699,00	28,49	5.948.114,00	23,66	6.938.931,00	23,72
Total	13.045.404,00	65,15	13.342.279,00	61,75	14.354.357,00	62,57	13.519.623,00	46,78	15.684.923,00	53,61

Fonte: Orçamentos 2001, 2002, 2003, 2004, 2005. Armazém SIAFI.

GRÁFICO 40
Evolução da receita executada segundo função de governo
Minas Gerais: 2001-2005



Fonte: Auditoria Geral do Estado de Minas Gerais.

Verificando as despesas de saúde, em relação aos programas de governo, no ano de 2005, e considerando as despesas executadas, obtemos a Tabela 77.

TABELA 77
Demonstrativo de despesas executadas, segundo programa de governo Minas Gerais: 2005

Programa de Governo	Valor Executado	%
Atenção a Saúde	443.124.522,06	1,89
Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos	504.441.916,00	1,72
Atendimento Hospitalar Ambulatorial Emergencial	212.067.758,09	0,72
Atenção à Saúde do Segurado	200.170.137,38	0,68
Assistência Farmacêutica	195.052.014,85	0,67
Sistema de Saúde dos Militares	167.559.986,90	0,57
Regionalização da Assistência à Saúde	114.826.296,13	0,39
Saúde em Casa	114.178.000,00	0,39
Total dos Programas	1.951.420.631,41	7,03

Fonte: Armazém SIAFI

Finalmente, verificando o cenário atual frente ao § 1º do art. 158 da Constituição Estadual, e inciso V do art. 8º da Lei nº 15.291, de 2004, Lei de Diretrizes Orçamentárias para o ano de 2005, encontramos a seguinte situação:

a) a Emenda 36 à Constituição mineira, de 29 de dezembro de 1998, deu a seguinte redação ao art. 158:

“Art. 158 - A lei orçamentária assegurará investimentos prioritários em programas de educação, saúde, habitação, saneamento básico, proteção ao meio ambiente, fomento ao ensino, à pesquisa científica e tecnológica, ao esporte e à cultura e ao atendimento das propostas priorizadas nas audiências públicas regionais.

§ 1º - Os recursos para os programas de saúde não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte e sistema viário.”

b) o art. 8º da Lei nº 15.291, de 2004, Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2005, determina no seu inciso V:

“V – demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para fins do disposto no § 1º da Constituição do Estado.”

Logo, para o cumprimento do comando constitucional, é necessário comparar o demonstrativo da aplicação de recursos em programas de saúde com os investimentos em transporte e sistema viário.

A Tabela 78 contém os programas de saúde do governo do Estado de Minas Gerais e respectivos valores realizados em 2005:

TABELA 78
Programas de saúde: orçado *versus* realizado
Minas Gerais: 2005

Código	Nome do Programa	R\$ mil correntes	
		Valor Orçado	Valor Realizado
1251.10	PMMG	12.683,00	13.946,00
1301.10	Sec. Transportes e Obras Públicas	50,00	2.505,00
1321.10	SES	164.475,00	169.847,00
1401.10	Corpo de Bombeiros Militar	985,00	277,00
1451.10	Sec. Defesa Social	2.080,00	2.066,00
1471.10	Sec. Desenvolvimento Regional e Política Urbana	7.255,00	
2011.10	IPSEMG	351.076,00	316.771,00
2091.10	Fundação Estadual do Meio Ambiente	9.757,00	5.366,00
2121.10	Inst. Prev. Serv. Militares MG	181.938,00	167.559,00
2261.10	FUNED	100.002,00	72.945,00
2271.10	FHEMIG	352.120,00	399.684,00
2311.10	Universidade Estadual de Montes Claros	7.156,00	6.383,00
2321.10	HEMOMINAS	67.678,00	66.781,00
2371.10	Instituto Mineiro de Agropecuária	27.127,00	28.838,00
4121.10	Fundo de Apoio Habitacional / ALMG	16.719,00	8.316,00
4291.10	Fundo Estadual de Saúde	966.374,00	1.007.151,00
5081.17.512.080.8159	Expansão Sanitária COPASA	439.723,00	479.937,00
5081.17.512.080.8163	Implantação Sanitária COPASA	107.650,00	24.504,00
	Benefícios Previdenciários	144.375,00	146.114,00
Total		2.959.223,00	2.919.001,00

Fonte: Orçamento Estadual, Armazém SIAFI.

A Tabela 79 contempla as despesas orçadas e as realizadas no âmbito dos investimentos em transporte e sistema viário.

TABELA 79
Investimento em transporte e sistema viário
Minas Gerais: 2005

Nome do Investimento	R\$ mil correntes	
	Valor Orçado	Valor Realizado
Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas	103.787,00	81264
Estudo, Reformas e Implantação de Aeroportos	3.274,00	-
Construção de Aeroportos	37.568,00	4389
Melhoramento de Aeroportos	11.974,00	18408
Portos Fluviais	50,00	-
Fornecimento de Bueiros Metálicos	1.000,00	4323880
Construção de Obras de Arte Especiais	100,00	453
Fornecimento de Mataburros	1.500,00	615
Fornecimento de Vigas Metálicas	4.920,00	406
Alargamento e Reestruturação da Avenida Antônio Carlos	40.000,00	-
Construção, Ampliação e Reforma de Estradas Turísticas	400,00	292
Infra-estrutura para Setores Estratégicos	3.000,00	52374
DER - Investimentos	420.338,00	619760
Fundo Estadual de Desenvolvimento dos Transportes	51.904,00	26691
Total	576.030,00	727715

Fonte: TCE-MG.

Comparando-se os valores anotados em “despesa com saúde” e “despesa com transporte” temos a Tabela 80.

TABELA 80
Recursos aplicados: saúde *versus* transporte
Minas Gerais: 2005

	R\$ dez/2005
Gasto em Saúde	R\$ 2.919.001.580,60
Gasto em Transporte	R\$ 727.715.571,68
Relação	4,01

Fonte: Armazém SIAFI

A verificação da aplicação de recursos nas ações e serviços públicos de saúde à conta de recursos ordinários do Tesouro Estadual deve ser feita:

a) em face da Emenda Constitucional nº 29: (12%)

b) em face da Lei Diretrizes Orçamentárias (LDO-2005), inciso VI do art. 8º da Lei nº 15.291, de 2004:

“Art. 8º – Acompanharão a proposta orçamentária, além dos quadros exigidos pela legislação em vigor:

(...)

VI – demonstrativo dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, para fins do disposto na Emenda à Constituição da República nº 29, de 13 de setembro de 2000;”.

c) em face da Instrução Normativa nº 11 do TCE-MG de 2003:

“Art. 3º – Consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde, para efeito da aplicação dos recursos de que trata esta Instrução, aquelas com pessoal e outras despesas de custeio e de capital financiados pelo Estado e pelos Municípios, conforme o disposto nos arts. 196, 198, § 2º, e 200 da Constituição Federal e na Lei nº 8.808/90 destinadas a:

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

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

III – ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde;

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

V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

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

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

TABELA 82
Despesas em ações e serviços públicos de saúde
Minas Gerais: 2005

Especificações	R\$ correntes Valor Realizado
Polícia Militar de Minas Gerais	R\$ 13.946.679,67
Secretaria de Transportes e Obras Públicas	R\$ 2.505.608,98
Secretaria de Estado da Saúde	R\$ 169.137.286,22
Corpo de Bombeiros Militar	R\$ 9.340,52
Secretaria de Estado da Defesa Social	R\$ 2.066.374,55
Instituto de Previdência dos Servidores IPSEMG	R\$ 100.146.956,83
Fundação Estadual do Meio Ambiente	R\$ 3.458.436,44
Fundação Ezequiel Dias	R\$ 28.685.213,53
FHEMIG	R\$ 305.158.690,20
Universidade de Montes Claros	R\$ 5.062.405,24
HEMOMINAS	R\$ 22.021.284,21
Instituto Mineiro de Agropecuária	R\$ 28.131.616,97
Fundo Estadual de Saúde	R\$ 410.929.840,26
Expansão do Esgotamento Sanitário COPASA	R\$ 479.937.631,00
Implantação do Esgotamento Sanitário COPASA	R\$ 107.650.719,00
Benefícios Previdenciários	R\$ 135.947.208,00
Total	R\$ 1.814.795.291,62

Fonte: Orçamento 2005, vol I. Armazém SIAFI

Comparando-se a Tabela 81 (arrecadação de R\$15.025.879.915,08) com a Tabela 78, obtém-se o percentual gasto em ações e serviços públicos de saúde, pelo Estado de Minas Gerais em 2005, ao olhar do estado e do TCE-MG: 12,33%.

É necessário ainda esclarecer que a atividade “expansão e implementação de serviços de esgotamento sanitário da Copasa” não foi prevista na Lei Orçamentária para 2005. Foi elaborada então a Nota Jurídica nº 1.039, da Advocacia-Geral do Estado, que, em atendimento à Secretaria da Fazenda, reconhece a legitimidade do gasto ao afirmar que: “conquanto tenha havido equívoco no indicação correta da funcional programática na lei orçamentária anual, tem-se que de fato houve materialmente o cumprimento da aplicação dos recursos em área social reconhecida pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, como sendo de saúde. Dessa forma, a irregularidade detectada “não trouxe prejuízos para o cumprimento da exigência constitucional de aplicação de recursos mínimos na área da saúde, ausente, assim, agressão ao interesse público”.

Seguem algumas considerações, ao encerramos o cenário atual da análise dos gastos em saúde. Na maioria dos países estudados (MÉDICI, 2005, p.56) “ocorreu elevação dos gastos entre 1960 e 1990; observa-se também que, entre

1980 e 1990, os gastos em saúde como porcentagem do PIB não cresceram de forma tão intensa como nas duas décadas anteriores e que em alguns países, como a Suécia, estes gastos até reduziram. Isto reflete o esforço empenhado por alguns países desenvolvidos para ajustar o volume dos gastos com saúde como esforço de racionalização frente à crise econômica e fiscal dos anos 70/80”.

No Brasil, conforme demonstraremos na Tabela 33 a despesa total de gasto público com ações e serviços públicos de saúde vem se mantendo estacionária (R\$58,66 bilhões em 2003 e R\$57,32 bilhões em 2000, expressos em reais de 2004), com elevação dos gastos subnacionais e locais, em face da redução dos gastos da União.

Em Minas Gerais, analisando o gasto em saúde, em reais de dezembro de 2005, corrigidos pelo IGP-DI médio, no período 1989-1995, constatamos que houve uma variação nos extremos das datas, de R\$1,15 bilhões (1989) para R\$1,72 bilhões em 2005 (Tabelas 36, 37 e 38), porém o maior gasto na série histórica revelada nessa tese ocorreu em 1995, equivalente a R\$2,68 bilhões; portanto, há uma elevação constante pós-Constituição de 1989 até 1995, quando atinge o pico. A seguir, o gasto estadual com saúde é reduzido até 2000 (R\$1,48 bilhões) quando tem nova ascensão, porém este gasto chega a 2005 com patamar inferior ao de 2000.

Quando elaboramos a comparação dos gastos em saúde realizados pelo Tesouro Estadual com a Resolução n° 322, do CNS, e Instrução Normativa n° 11, do TCE-MG, a diferença é importante. Em 2005, o gasto estadual em saúde, identificado pelo Siops, é de R\$1,03 bilhões (6,87%), e na prestação de contas do TCE-MG é de R\$1,85 bilhões (12,33%), conforme demonstrei na Tabela 46. A diferença, portanto, no ano de 2005, conforme o critério adotado, é de 79,6%, ou R\$820 milhões em um único exercício fiscal. Logo, com o objetivo de uniformizar as informações, é urgente a necessidade de regulamentação da EC-29. Daí, entendo ser absolutamente fundamental o exercício da diretriz do “Pacto pela Saúde”, a motivar a politização do SUS.

Adita-se a esta questão do subfinanciamento, em uma ponta, o encarecimento do sistema de saúde, na outra.

Os determinantes do incremento de custo dos sistemas de serviços de saúde podem estar relacionados a várias causas:

1) extensão horizontal da cobertura: nos países que adotam a universalização, como é o caso brasileiro, a clientela aumenta de forma gradativa com a acessibilidade. Não há restrição de que pessoas atendidas no sistema suplementar sejam acolhidas no SUS, embora haja a preocupação do ressarcimento. DUARTE (2001, p. 363) alerta que: “a estimativa de que o sistema supletivo atenda a cerca de 40 milhões de brasileiros vem sendo fortemente questionada pelos registros da recém-criada Agência Nacional de Saúde Suplementar e por outras fontes de dados oficiais. Embora seja difícil uma revisão dos números do setor baseada exclusivamente na incipiente base de dados da ANS, informações mais consistentes são fornecidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, cujo tema suplementar foi o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos brasileiros (Ministério da Saúde & Fundação IBGE, 2000). Segundo a PNAD, cerca de 29 milhões de pessoas são cobertas por planos privados de saúde, ou seja, quase 30% a menos do que as estimativas anteriores”. Nesse sentido, é válido comentar a equação de Evans: “Em qualquer sociedade e em qualquer tempo, o total das receitas disponíveis para a atenção à saúde deve ser igual ao total de rendas recebidas pelos prestadores de serviços”.

A conseqüência clara dessa observação é que um significativo aumento da oferta de profissionais no mercado pode determinar aumento das receitas ou diminuição das rendas.

2) extensão vertical da cobertura: corresponde à complexificação e à diversificação da oferta de serviços médico-sanitários, incluindo-se assistência odontológica, psicanálise, terapias de alto custo como diálise renal, transplantes. PIOLA & BIASOTO JUNIOR (2001, p. 222) demonstram que o subprograma do MS responsável pelo maior gasto é a assistência médica sanitária (62,8% em 1998), enquanto a categoria econômica que envolve maior gasto do MS é “outras despesas correntes”, ou seja, transferências intergovernamentais (42,3% em 1998). Em Minas Gerais, no ano de 2005, constatamos que os pagamentos e transferências federais totalizaram R\$2,022 bilhões, dos quais a maior parte foi para a remuneração de procedimentos de média e alta complexidade (R\$1,146 bilhões), seguido da atenção básica (R\$643 milhões) e ações estratégicas (R\$232 milhões). É o que podemos constatar na Tabela 83.

Interessante associar o gasto em saúde com as observações de Aaron Wildavsky, crítico do planejamento, ao analisar para a Universidade de Berkeley o

incrementalismo dos orçamentos públicos para a área de saúde. A conhecida Lei de Wildavsky preconiza que “os gastos em saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis”, o que enseja a sociedade, frente ao risco do esgotamento dos recursos, a elaborar estratégias que permitam conter o crescimento tendencial dos gastos com saúde, já que “as necessidades” em saúde podem ser potencialmente infinitas.

TABELA 83
Transferências e pagamentos do MS
Minas Gerais: 2003-2005

R\$ correntes				
Ano	Média e Alta Complexidade	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
2003	R\$ 1.025.600.127,16	R\$ 498.502.345,19	R\$ 173.922.839,68	R\$ 1.698.025.312,03
2004	R\$ 1.128.241.413,01	R\$ 586.108.449,42	R\$ 197.233.963,04	R\$ 1.911.583.825,47
2005	R\$ 1.146.345.096,68	R\$ 643.181.955,72	R\$ 232.841.947,18	R\$ 2.022.368.999,58

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS, FNS

Os mesmos indicadores acima podem ser vistos na Tabela 84, quando expressos *per capita*.

TABELA 84
Transferências e pagamentos do Ministério da Saúde
Minas Gerais: 2003-2005

R\$ correntes <i>per capita</i>				
Ano	Média e Alta Complexidade	Atenção Básica	Ações Estratégicas	Total
2003	55,91	27,18	9,48	92,57
2004	60,81	31,59	10,63	103,03
2005	61,10	34,28	12,41	107,79

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS, FNS

A terceira causa da inflação nos gastos em saúde está representada pelas transformações nas estruturas de morbi-mortalidade, com a diminuição da repercussão financeira das doenças infecto-contagiosas e respectiva substituição pelas doenças crônico-degenerativas. Em Minas Gerais, a internação de pacientes portadores de doenças crônicas representa 0,1% das internações e 2,1% do gasto, como demonstramos na Tabela 101, com custo unitário para o SUS de R\$22.066,37.

A quarta vertente para o aumento dos gastos em saúde advém do campo da tecnologia médica, porque, ao melhorar o diagnóstico e a qualidade dos

serviços de saúde, incorpora mais capital (equipamentos), mais recursos humanos (profissionais para atuar nos equipamentos) e mais demanda (pelos serviços e pelos fármacos que são disponibilizados pela fortíssima indústria farmacêutica).

Roemer (1993), da Universidade da Califórnia, afirma que “um novo serviço de saúde tem a capacidade de gerar sua própria demanda, mesmo em mercados saturados”. Tal constatação é denominada “Lei de Roemer” e corresponde ao pensamento de Jean Baptiste Say, economista francês do século XVIII, defensor da liberdade de produção e de consumo, formulou a Lei de Say – “a oferta cria a sua própria demanda”, que foi um dos pilares da economia ortodoxa até a grande depressão de 1930.

A quinta razão para o incremento dos gastos em saúde se assenta em fatores culturais e socioeconômicos: com a melhoria da renda familiar, recursos adicionais são direcionados para a área da saúde. Na área da prestação de serviços, a securitização do profissional frente a lides por “má-prática” ou erro médico também ajuda a encarecer o sistema.

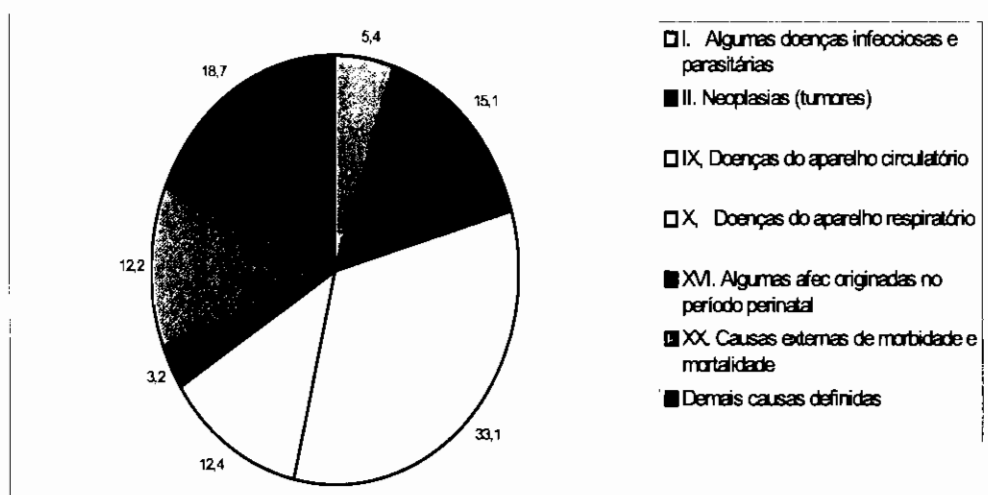
Dessa forma, a “inflação médica” tem sido medida pelos “termômetros econômicos” e supera a inflação geral da sociedade.

EDDY (1993), ao estudar os determinantes do incremento de custos dos sistemas de serviços de saúde, atribui a seguinte participação percentual: inflação econômica (42%), volume e intensidade dos procedimentos clínicos (32%), inflação médica (17%) e envelhecimento da população (9%).

A mortalidade proporcional, isto é, em todas as idades, revela que em 2005 a principal causa está representada pelas doenças do aparelho circulatório, isto é, “problemas de sístoles/diástoles”.

GRÁFICO 41

Mortalidade proporcional: todas as idades Minas Gerais: 2004



Fonte: ANS, IBGE, 2002.

Desdobrando o gráfico acima, em faixa etária e segundo o grupo de causas, surge a Tabela 85.

TABELA 85Mortalidade proporcional: faixa etária e causa
Minas Gerais: 2004

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,7	15,7	8,7	6,7	2,1	7,9	5,9	4,2	4,4	5,4
II. Neoplasias (tumores)	0,2	8,1	14,9	13,5	4,6	11,5	22,1	15,6	16,4	15,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,7	3,3	5,3	4,8	4,2	18,4	36,9	42,3	42,0	33,1
X. Doenças do aparelho respiratório	5,2	17,4	9,2	7,0	4,3	5,7	8,5	17,5	16,6	12,4
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	67,7	1,7			0,1					3,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1,5	22,5	40,1	46,7	75,0	36,7	7,2	2,5	2,8	12,2
Demais causas definidas	19,9	31,4	21,8	21,3	9,7	19,8	19,4	17,9	17,9	18,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM

A Tabela 86 analisa o coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas.

TABELA 86
Coeficiente de mortalidade
Minas Gerais: 1998-2004

por 100 mil hab.

Causa do Óbito	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Aids	4,3	4,8	4,4	4,8	4,4	4,6	4,6
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	8,1	7,9	7,4	8,1	8	9,2	9,7
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	3,4	3,6	3,4	3,5	3,7	2,9	3,7
Infarto agudo do miocárdio	27	28,7	27,7	28,9	27,5	29,9	30,4
Doenças cerebrovasculares	52,8	51,7	50,4	51,6	49,3	52,2	51,9
Diabetes mellitus	14,5	15,6	17,9	17	17,2	18,5	18,8
Acidentes de transporte	17,5	15,7	14,1	15,1	15,9	16,6	18,3
Agressões	8,8	9,2	11,8	13,1	16,3	20,8	22,8

Fonte: SIM.

A Tabela 87 finaliza o cenário atual em Minas Gerais, identificando total de óbitos infantis e óbitos.

TABELA 87
Indicadores de mortalidade
Minas Gerais: 1998-2004

Outros Indicadores de Mortalidade	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Total de óbitos	98.193	99.503	96.161	97.981	97.844	104.760	107.340
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,7	5,8	5,4	5,4	5,3	5,6	5,7
% óbitos por causas mal definidas	14,8	16,1	14,2	13,7	13,1	13	12,4
Total de óbitos infantis	6.839	6.505	6.258	5.597	5.113	5.001	4.680
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	467	719	603	468	324	336	266
% de óbitos infantis no total de óbitos *	7	6,5	6,5	5,7	5,2	4,8	4,4
% de óbitos infantis por causas mal definidas	6,8	11,1	9,6	8,4	6,3	6,7	5,7
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	23,2	21,1	20,8	18,7	18	17,6	16,9

Fonte: SIM/SINASC

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

A Tabela 88 contém as informações sobre o número de nascidos vivos em Minas Gerais (1996-2004).

TABELA 88
Informações sobre os nascimentos
Minas Gerais: 1996-2004

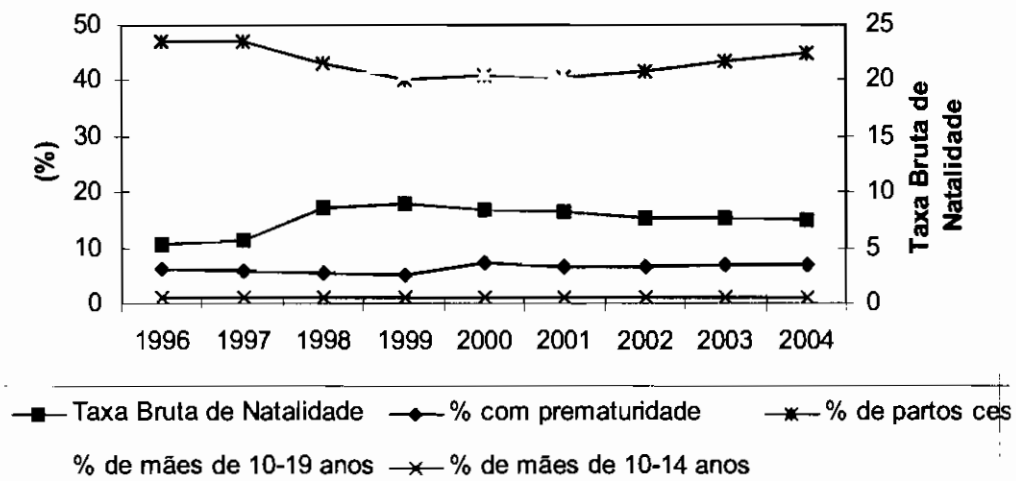
Condições	Informações sobre Nascimentos								
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de nascidos vivos	175.943	192.014	295.364	307.751	300.958	298.538	284.558	284.904	277.691
Taxa Bruta de Natalidade	10,6	11,4	17,3	17,8	16,8	16,5	15,5	15,4	14,8
% com prematuridade	6,3	5,8	5,3	5,2	7,2	6,6	6,7	6,8	7
% de partos cesáreos	47,1	46,9	43	40,2	40,7	40,6	41,7	43,4	44,9
% de mães de 10-19 anos	18,5	19,6	20,8	20,7	20,6	20,3	19,5	18,8	18,6
% de mães de 10-14 anos	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
% com baixo peso ao nascer									
- geral	9,5	9,1	9,3	8,8	8,8	9,2	9,5	9,6	9,6
- partos cesáreos	8,8	8,5	8,7	8,7	8,6	9,3	9,5	9,7	9,8
- partos vaginais	10,1	9,7	9,8	8,9	8,9	9,2	9,4	9,6	9,5

Fonte: SINASC

Um das avaliações importantes no planejamento em saúde pública é o conhecimento da incidência de baixo peso e prematuridade entre os nascidos vivos. Em Minas Gerais, o índice de nascidos vivos com baixo peso ao nascer tem se mantido em níveis de 9,5%, com prematuridade ocorrendo em 7% dos nascimentos (19.438 casos em 2004). Em razão dessa prevalência e da repercussão à distância das doenças periodontais, apresentei projeto de lei, que se transformou na Lei nº 15.677, de 2005, assegurando o encaminhamento de gestantes em acompanhamento pré-natal a consulta odontológica com avaliação periodontal, na rede pública de saúde de Minas Gerais, na expectativa de reverter tal prevalência.

O Gráfico 42 mostra a evolução das condições de nascimento dos mineiros, com ênfase para a gravidez em menores de 10-19 anos (18,6% dos partos, em 2004) ressaltando a necessidade de política pública para essa faixa etária.

GRÁFICO 42
Evolução da condição de nascimento
Minas Gerais: 1996-2004



Fonte: SIH / SUS

Observa-se que a taxa bruta de natalidade, que em 1996 era de 11, se eleva para 17 em 1999 e, então, entra em declínio, chegando em 2004 um pouco acima de 14. No período 1999-2004 há elevação do percentual de partos cesáreos.

O número de internações hospitalares no ano de 2005 manteve-se abaixo de 6,5% da população, tanto pelo local da internação como pelo local de residência.

A Tabela 89 contém o número de internações em Minas Gerais, com foco no local de internação e no local de residência.

TABELA 89
Internações hospitalares financiadas pelo SUS
Minas Gerais: 2005

Local de Internação	Internações por 100 hab. %
Localidade do Hospital	6,2
Localidade da Residência	6,3

Fonte: SIH / SUS

O número de internações pagas pelo SUS em Minas Gerais, no ano de 2005, totalizou 1.198.590 que custaram R\$748.152.711,39, com um valor médio por habitante de R\$629,45.

A Tabela 90 detalha o número de internações por especialidades, média de permanência, número de óbitos e mortalidade hospitalar.

TABELA 90
Custo de internações, tempo de permanência, óbitos e mortalidade hospitalar – Minas Gerais: 2005

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total (R\$)	%	Valor Médio (R\$)	Média Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clinica cirúrgica	329.628	27,7	320.259.224,23	42,8	971,58	4,1	9.389	2
Obstetrícia	264.332	21,4	98.139.449,74	13,1	385,87	1,9	74	0
Clinica médica	446.232	37,5	197.616.193,64	26,4	442,86	5,7	31.100	7
Cuidados prolongados (Crônicos)	726	0,1	16.020.182,24	2,1	22.066,37	370	170	23,4
Psiquiatria	22.482	1,9	34.994.954,96	4,7	1.556,56	48,1	83	0,4
Tisiologia	1.046	0,1	1.085.733,61	0,1	1.037,99	27,1	66	6,3
Pediatria	129.062	10,9	75.490.608,05	10,1	584,92	5,8	2.309	1,8
Reabilitação	4.559	0,4	4.165.484,38	0,6	918,07	19,8	18	0,4
Psiquiatria - hospital dia	523	0	360.880,54	0	690,02	32,6		
Total	1.198.590	100	748.132.711,39	100	629,45	5,6	43.209	3,6

Fonte: SIH / SUS

Oportuno conhecer a distribuição percentual das internações por grupo de causas – identificadas no Código Internacional de Doenças, CID 10 – e respectivas faixas etárias. É o conteúdo da Tabela 91.

TABELA 91
Causas de internação e faixa etária
Minas Gerais: 2005

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,7	21	13,7	9,4	2,5	3,4	4,7	5,4	5,2	5,9
II. Neoplasias (tumores)	0,7	1,8	3,7	5	2,1	5,6	9,7	6,8	7,5	5,5
III. Doenças do sangue, órgãos hematopoéticos e imunitárias	0,5	1,2	1,8	1,6	0,6	0,6	0,8	1,1	1,1	0,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	4,9	4	3,6	1,1	2,2	5	5,9	5,7	3,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0,3	0,8	3,8	1,5	0,3	0,4	2,1
VI. Doenças do sistema nervoso	2	2,4	2,8	3,4	1	1,8	2	1,9	1,9	1,8
VII. Doenças do olho e anexos	0,3	0,3	0,7	0,7	0,2	0,3	0,6	0,5	0,5	0,4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1	0,4	0,7	0,8	0,1	0,1	0	0	0	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,5	0,4	0,9	1,8	1,3	9,9	30,2	32,1	32	13,7
X. Doenças do aparelho respiratório	34,2	44,2	28,1	14,3	3,7	5,4	13,2	20,9	19,6	13,2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3	5,6	11,5	11,1	4,5	9,2	11,9	8	8,7	8,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,5	1,5	2,3	2,4	1	1,2	1,6	1,4	1,5	1,4
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,2	0,8	2,5	4,3	1,6	2,7	2,9	2,2	2,3	2,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,8	3,1	5,9	7,4	5,2	8,2	6,9	5,4	5,8	6,7
XV. Gravidez parto e puerpério	0	-	0	6,6	63,6	34,2	0,3	0,2	0,2	21,2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	33	2,9	1,4	0,8	0	0	0	0	0	2
XVII. Mal formação congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas	3	2,5	3,1	2,8	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,7
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais em clínica e laboratório	0,9	1,1	1,6	2,1	1	1,5	2,1	2,3	2,2	1,6
XIX. Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	1,2	5,4	14,3	20,3	8,6	8,5	5,8	5,2	5,1	7,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,3	0,4	0,9	1,5	0,5	1,6	0,4	0,2	0,3	1
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido					-		-			-
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH / SUS.

Destaca-se que as internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério representam a causa isolada prevalente (21,2%), enquanto doenças do aparelho circulatório (13,7%) se equivalem às doenças do aparelho respiratório (13,2%). Essas três situações corresponderam a quase a metade das internações do SUS em Minas Gerais, em 2005 (48,1%). Observa-se que as lesões decorrentes de envenenamento e causas externas (acidente, violência) já são responsáveis por 7,6% da internações hospitalares, ficando um pouco aquém das causas

originárias do sistema digestivo (8,7%) e acima da incidência de doenças infecto-parasitárias (5,9%) ou neoplasias (5,5%).

Completando a visão do quadro atual da saúde em Minas Gerais, vamos apresentar na Tabela 92 os indicativos da atenção básica, no período 2000-2005.

TABELA 92
Indicadores da atenção básica
Minas Gerais: 2000-2005

Ano	Modelo de Atenção	População Coberta ¹	%	Média Mensal de Visitas por Família	% de		
					crianças com esq vacinal básico em dia	% de crianças c/ aleitamento materno exclusivo ²	% de cobertura de consultas de pré-natal
2000	PACS	806.434	4,5	0,06	89,9	69,4	82,6
	PSF	3.697.957	20,7	0,08	91,9	66,7	88,2
	Outros	8.348	0	0,07	95,4	63,4	78,8
	Total	4512739	25,2	8	91,5	67,1	87,3
2001	PACS	2.222.040	12,3	0,08	91,7	70,8	83,9
	PSF	5.616.486	31	0,09	93,6	68,5	89,3
	Outros	30.788	0,2	0,1	84,5	67	74
	Total	7.869.314	43,4	0,09	93,3	68,9	88,5
2002	PACS	1.486.564	8,1	0,09	103,5	67,9	87,7
	PSF	7.788.509	42,5	0,09	97,3	69,1	91,2
	Outros	49.908	0,3	0,1	91,7	68,4	82,2
	Total	9.324.981	50,8	0,09	98	68,9	90,8
2003	PACS	1.384.121	7,5	0,08	105,2	69,8	90,2
	PSF	9.038.916	48,7	0,08	103,8	68,5	92,8
	Outros	66.148	0,4	0,09	92,9	68,5	85
	Total	10489 185	56,5	n na	103,9	86	92,5
2004	PACS	1.432.198	7,6	0,08	97,8	72,9	90,7
	PSF	9.265.164	49,4	-	-	77,4	-
	Outros	39.435	0,2	0,06	96,1	-	87,2
	Total	10.736.797	57,2	0,08	97,8	73,1	90,6
2005	PACS	1.085.387	5,6	0,08	97,6	74,3	91,1
	PSF	10.413.033	54,1	0,09	117,7	73	58,7
	Outros	43.940	0,2	0,09	100	79,3	93,8
	Total	11.542.360	60	0,09	115,9	73,1	60,3
2000	PACS	806.434	4,5	4,8	9,8	27,2	16
	PSF	3.697.957	20,7	4	11,3	25,4	14,3
	Outros	8.348	0	-	15,8	1,6	-
	Total	4512739	25,2	4,1	11,1	25,7	14
2001	PACS	2.222.040	12,3	5,4	8,9	27,5	7
	PSF	5.616.486	31	4,4	9,9	20,5	12,7
	Outros	30.788	0,2	5,6	11,8	11,2	7,2
	Total	7.869.314	43,4	4,6	9,8	22,4	10,2
2002	PACS	1.486.564	8,1	0,7	8,8	19,2	10,2
	PSF	7.788.509	42,5	3,3	9	19,9	10,2
	Outros	49.908	0,3	2,1	14,1	24,1	9,1
	Total	9.324.981	50,8	1,8	9	19,8	10,1
2003	PACS	1.384.121	7,5	2,3	6,9	19,4	10,1

	PSF	9.038.916	48,7	2,1	7,3	20,2	10,8
	Outros	66.148	0,4	4,8	11,7	23	8,1
	Total	10489 185	565	2,2	7,3	20 1	108
2004	PACS	1.432.198	7,6	1,2	5	23,1	10,1
	PSF	9.265.164	49,4	-	-	-	10,8
	Outros	39.435	0,2	2,3	12,1	15	8,1
	Total	10.736.797	57,2	1,2	5,3	3,1	10,8
2005	PACS	1.085.387	5,6	13,7	3,8	18,2	9,3
	PSF	10.413.033	54,1	2,8	4,6	27,2	10,2
	Outros	43.940	0,2	-	1,5	5,8	5,6
	Total	11.542.360	60	3,5	4,5	26,3	10,2

Fonte: SIAB Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

Observa-se a percentagem da população mineira (60%) coberta pela atenção de PACS e PSF no ano 2005, contrapondo-se a cerca de 25,2% em 2000; a melhoria no esquema vacinal básico (91,5% em 2000 para 115,9% em 2005), o percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo (67,1% em 2000 para 73,1% em 2005), a diminuição da prevalência da desnutrição infantil (11,1% em 2000 para 4,5% em 2005), embora a taxa de mortalidade por diarreia, a taxa de hospitalização por pneumonia e por desidratação não tenham tido desempenho esperado.

Fazendo uma análise da receita tributária do Estado de Minas Gerais no terceiro milênio, verificamos que o seu principal componente, o ICMS teve um crescimento real de 21, 56%, no período de 2005-2001 e no mesmo período, a despesa com saúde correspondeu a cerca de 10% do total da arrecadação do estado.

É o que demonstra na Tabela 93.

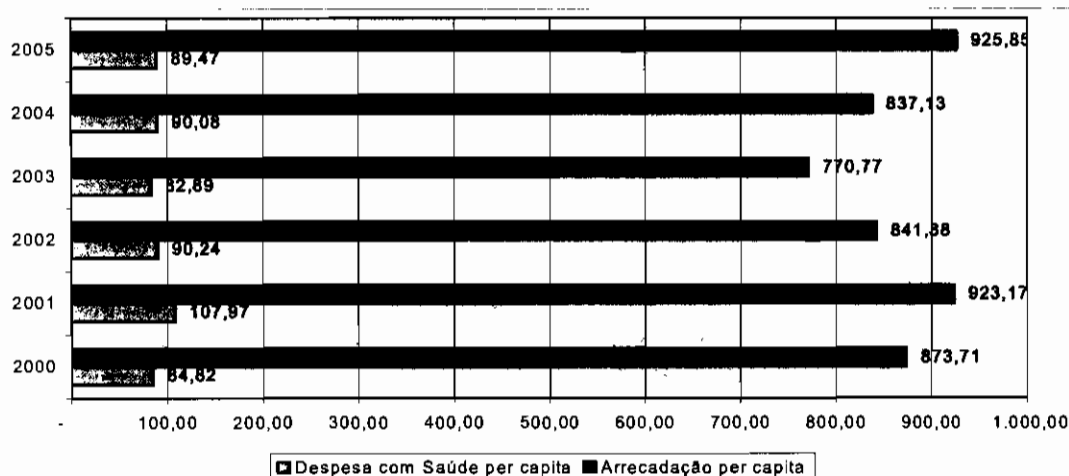
TABELA 93
Arrecadação e despesa com saúde, em Minas Gerais

	R\$ dez/05		
	Despesa com Saúde <i>per capita</i>	Arrecadação <i>per capita</i>	%
2000	84,82	873,71	9,71%
2001	107,97	923,17	11,70%
2002	90,24	841,88	10,72%
2003	82,89	770,77	10,75%
2004	90,08	837,13	10,76%
2005	89,47	925,85	9,66%

Fonte: SEF-MG, TCE-MG, IBGE, FGV. Elaboração própria.

O gráfico abaixo estabelece uma relação entre a arrecadação própria do Estado de Minas Gerais e a despesa em saúde, *per capita*, no período 2000-2005; em 2000, a despesa *per capita* corresponde a 9,71% e, em 2005, 9,66%.

GRÁFICO 43
Comparação: arrecadação *versus* despesa com saúde *per capita*.
Minas Gerais – 2000-2005



Fonte: SEF-MG, TCE-MG, IBGE, FGV. Elaboração própria.

A Organização Mundial de Saúde em seu relatório de 2007, analisando o gasto total em saúde no Brasil, comprova uma elevação de 7,4% do PIB em 1996 para 8,9% do PIB em 2005 e, também, demonstra uma inversão da relação público X privado no financiamento da saúde.

Em 1996, o gasto privado em saúde correspondeu a 59,6% do gasto total em saúde, enquanto o gasto público correspondeu a 40,4%.

Em 2005, o gasto público é responsável por 53,7%, enquanto o privado encolhe para 46,3%.

Esta tendência de elevação do gasto público não se confirma no Estado de Minas Gerais, cujo maior dispêndio no período analisado (1989-2005), foi no ano de 1995, equivalente a R\$2,68 bilhões.

O gasto nacional brasileiro, ao olhar da OMS, é revelado na Tabela 94.

TABELA 94
Gasto nacional em saúde
Brasil: 1996-2005

A. Indicadores Selecionados de Gasto em Saúde	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
I. Percentuais de Gasto										
Gasto total em saúde (GTS), % do PIB	7,4	7,4	7,4	7,8	7,6	7,8	8,3	8,7	8,8	8,9
Medição dos Agentes de Financiamento										
Gasto do governo federal em saúde (GGFS), % do gasto total	40,4	43,5	44,0	42,8	41,0	42,9	49,0	52,3	54,1	53,7
Gasto privado em saúde (GPS), % do GTS	59,6	56,5	56,0	57,2	59,0	57,1	51,0	47,7	45,9	46,3
Gasto do governo federal em saúde, % do GGFS	8,3	9,1	9,0	9,3	8,5	9,2	11,4	13,6	14,2	15,9
Fundos de seguridade social, % do GGFS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gasto direto das famílias, % do GPS	68,6	66,9	66,9	67,1	64,9	64,1	64,2	64,2	64,2	64,4
Planos de Saúde e empresas	31,4	33,1	33,1	32,9	35,1	35,9	35,8	35,8	35,8	35,6
Medição das Fontes de Financiamento										
Recursos externos para saúde, % do GTS	0,1	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4	0,1	0,0	0,0
Alguns Indicadores do Gasto em Saúde per capita										
Gasto total em saúde pela taxa de câmbio	350	360	345	243	263	224	215	243	290	381
Gasto total em saúde em dólares internacionais	499	608	655	727	789	896	1 055	1 230	1 520	1 603
Gasto do governo federal em saúde pela taxa de câmbio	141	156	152	104	108	96	105	127	157	204
Gasto do governo federal em saúde em dólares americanos	201	264	288	311	323	384	516	644	822	861
* valores derivados da seção B.										

B. Bases de Cálculo	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gastos e Financiamentos do Sistema de Saúde										
I. Medição dos Agentes de Financiamento (R\$ milhões)										
Gasto total em saúde (GTS)	57 620	64 513	67 567	75 630	83 666	93 326	112 262	135 774	155 758	172 755
Gasto do governo federal em saúde (GGFS)	23 250	28 033	29 709	32 397	34 269	40 013	54 953	71 007	84 224	92 755
... do Ministério da Saúde	14 377	18 804	19 324	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	31 038
... fundos de seguridade social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gasto privado com saúde	34 370	36 480	37 859	43 232	49 398	53 314	57 309	64 767	71 534	80 000
... gasto direto das famílias	23 590	24 400	25 320	29 000	32 070	34 190	36 800	41 596	45 942	51 500
... planos de saúde e empresas	10 780	12 080	12 532	14 225	17 320	19 115	20 500	23 171	25 592	28 500
... Instituições sem fim lucrativo (ONGs)	n/a	n/a	7	7	8	9	9	n/a	n/a	n/a
II. Medição das Fontes de Financiamento (R\$ milhões)										
Fundos Estrangeiros / Financiamento Externo	62	144	224	354	454	456	494	73	65	50
VI. Variáveis Macro-econômicas (R\$ milhões)										
Produto Interno Bruto (PIB)	778 887	870 743	914 188	973 846	1 101 255	1 198 736	1 346 028	1 556 182	1 766 621	1 937 598
Gastos do Governo Federal	280 957	308 000	330 000	350 000	402 270	432 715	480 000	522 115	592 613	606 933
Consumo Interno Final	486 813	545 698	566 192	606 701	670 702	725 760	781 174	882 983	975 245	1 075 300
Gasto Doméstico	486 813	545 698	566 192	606 701	670 702	725 760	781 174	882 983	975 245	1 075 300
Gasto das Instituições sem fim Lucrativo	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Taxa de Câmbio (em Reais)	1,01	1,08	1,16	1,81	1,83	2,36	2,92	3,08	2,93	2,43
Taxa de Câmbio (em Dólares)	0,70	0,64	0,61	0,61	0,61	0,59	0,59	0,61	0,56	0,58
População (em milhares)	163 819	166 301	168 812	171 335	173 858	176 377	178 895	181 408	183 913	186 405

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2007.

CAPÍTULO 6

Planejamento e proposição orçamentária em saúde no Estado de Minas Gerais

“Deste planalto central, desta solidão que em breve se transformará em cérebro das altas decisões nacionais, lanço os olhos sobre o amanhã do meu país e antevejo esta alvorada com fé inquebrantável e uma confiança sem limites no seu grande destino.”

Juscelino Kubitschek de Oliveira
(o poeta da obra pública, na fala de Guimarães Rosa).

A idéia de planejamento não é tão antiga como nos faz crer seu uso disseminado nos dias de hoje.

Plano, etimologicamente, se origina do adjetivo “liso”, “sem dificuldades”. O derivativo “planejar” surge em 1881.⁵⁵ Mas, para entendê-lo com o significado que conhecemos hoje, foi necessária a Grande Depressão determinar a estagnação econômica do capitalismo liberal no ocidente para que o mundo despertasse a sua atenção para a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, que continuava a crescer, sem parar, alheia ao que acontecia em outros países.

Hobsbawn (1995, p. 100) constatou que “de 1929 a 1940 a produção soviética triplicou, no mínimo dos mínimos, sob seus Planos Quinquenais, enquanto no mesmo período a fatia conjunta dos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França caía de 59% para 52% do total do mundo”. O segredo do sistema soviético intrigou partidos social-democratas na Europa, e a palavra “plano” ou seu derivativo “planejamento” começaram a freqüentar discursos de várias correntes políticas.

A primeira instituição de planejamento (HOBSBAWN, 1995, p. 369), a GoElro (Comissão do Estado para a Eletrificação da Rússia – 1920), foi sucedida

⁵⁵ Cunha, A. G. da – Dicionário Etimológico Nova Fronteira de Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1982.

pela GOSPLAN (1921), a Comissão de Planejamento do Estado”, e tornou-se a ancestral e inspiradora de todas as instituições estatais destinadas a planejar ou mesmo exercer supervisão macroeconômica sobre as economias dos Estados do século XX”. A economia planejada dos Planos Quinquenais (1929-1941) estava voltada para a criação de novas empresas: o PNB soviético crescia 5,7% ao ano.

Na América Latina, o planejamento em saúde se estruturou a partir dos anos 70 com o método CENDES-OPS de Programação em Saúde. Amplamente estudado por MATTOS (1988), o método tem o grande mérito de estabelecer uma série de critérios para o uso eficiente do recurso público, privilegiando-se a intervenção em problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles numericamente mais prevalentes e que teriam condições sobre outros setores da sociedade. As primeiras críticas surgiram nos anos 70 e embasaram-se nos aspectos prescritores e normatizadores. Neste cenário surge o Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus, e o Planejamento Estratégico em Saúde de Mário Testa. No âmbito dos governos, as décadas de 1950 e 1960 exibiram vários planos governamentais e no Brasil experimentamos vários deles. Na CF de 1988, por exemplo, o inciso XXIII do art. 84 estabelece a competência privativa do Presidente da República para “enviar ao Congresso Nacional o plano plurianual, o projeto de lei de diretrizes orçamentárias e as propostas de orçamento previstos nesta Constituição”.

O constituinte mineiro também fez inserir na Constituição do Estado de 1989 comando constitucional para tratar dos orçamentos (Seção II do Capítulo III – Das Finanças Públicas).

O art. 153 da CE 1989 determina que “leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual de ação governamental;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - o orçamento anual.”

O art. 154 diz que:

“A lei que instituir o plano plurianual de ação governamental estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas a programas de duração continuada.
Parágrafo único - O plano plurianual e os programas estaduais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância

com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado e submetidos à apreciação da Assembléia Legislativa.”.

Façamos, então, uma análise de cada peça do planejamento orçamentário para, finalmente, testarmos a coerência entre elas.

6.1 Planos Mineiros de Desenvolvimento Integrado

O objetivo do constituinte ao introduzir o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado foi de determinar uma peça de planejamento que tenha uma visão do estado em perspectiva de longo prazo, ou seja, espera-se que a proposta contemple cenários de Minas Gerais para os 20 anos seguintes à sua edição.

A Lei nº 12.051, de 1995, que aprova o PMDI, identifica no art. 2º os objetivos do Plano e remete os detalhes para o Plano Plurianual de Ação Governamental e Lei Orçamentária Anual.

A Lei nº 15.604, de 2004, que consolida o PMDI, estabelece em seu Anexo as seguintes diretrizes para a área de saúde:

3.2 - Saúde

1. Regionalizar a oferta de serviços de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala (Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos);
2. Enfatizar as ações preventivas mediante expansão do Programa Saúde da Família;
3. Ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase em doenças crônico-degenerativas;
4. Promover a redução da mortalidade infantil por meio do Programa Viva Vida;
5. Implantar a coordenação e regulação dos serviços de saúde no espaço supra-municipal;
6. Reduzir a mortalidade infantil e materna por meio de ações estratégicas.
7. Fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais do SUS-MG;

8. Desenvolver um programa de educação permanente e de capacitação profissional para funcionários do SUS e da SES-MG;
9. Desenvolver um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e às condições de risco;
10. Promover estudos diagnósticos e prospectivos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde;
11. Integrar as fundações (Hemominas, Funed e Fhemig) à SES-MG, numa gestão participativa e colegiada;
12. Estimular a participação da sociedade civil por meio dos conselhos municipais e estadual de saúde;
13. Estabelecer parcerias com entidades de classe (ex: SESI) para a execução de campanhas e ações educativas de promoção da saúde;
14. Estabelecer parcerias com entidades da sociedade civil que atuam na recuperação de dependentes químicos.

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado elegeu a gestão fiscal como necessidade prioritária para o equilíbrio das contas públicas e escolheu o IDH como indicador para acompanhar a qualidade de vida.

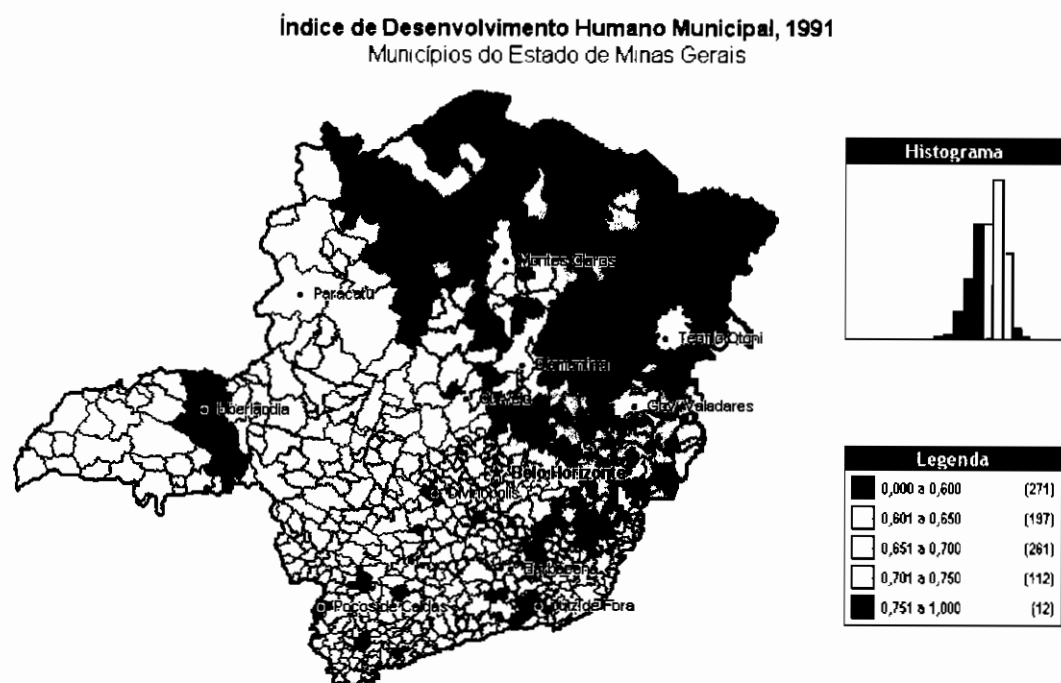
6.2 Planos Plurianuais de Ação Governamental

A CF 1988, no tocante ao planejamento na administração pública, teve a sensibilidade de institucionalizar a integração entre os processos de planejamento e orçamento, ao tornar compulsória a elaboração dos três instrumentos fundamentais para tal finalidade. O primeiro deles, identificado com Plano Plurianual de Ação, recebe na Constituição mineira a identificação de Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG), e é destinado às ações de médio prazo. Deve ser apresentado no 1º ano do mandato do Executivo e, portanto, na prática, vale também para o 1º ano do mandato seguinte, pois é quadrienal. Difere do Orçamento Anual, que discrimina os gastos de um exercício financeiro e

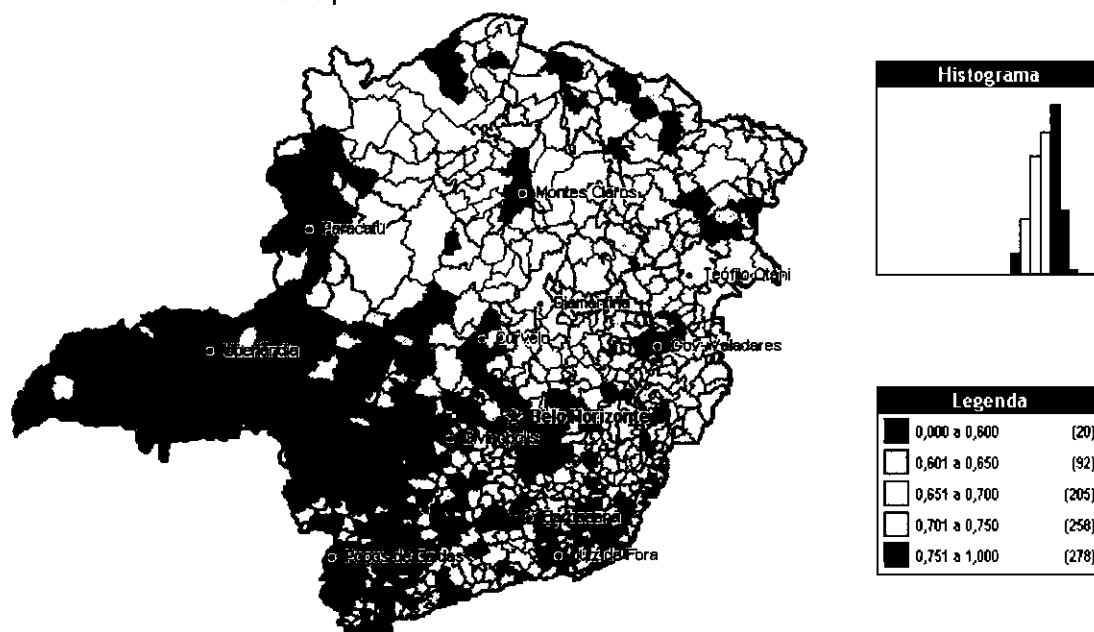
também da Lei de Diretrizes Orçamentárias, que, na realidade, faz a ligação do Plano Plurianual de Ação Governamental com a Lei do Orçamento Anual.

Previsto no art. 165, inciso I, da CF 1988, e no art. 153, inciso I, da Constituição mineira, o PPAG tem a função de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração para as despesas de capital e outras delas decorrentes, abrangendo um período de quatro anos. A Constituição mineira determina em seu art. 154 que o PPAG será estabelecido de forma regionalizada (utilizam as dez regiões de planejamento apresentadas na Figura 3 desta tese). Na verdade, o constituinte federal, ao inscrever o § 7º do art. 165 da CF 1988, considerou as disparidades entre as regiões geográficas do Brasil (em especial Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em relação às regiões Sul e Sudeste), mas, em Minas Gerais, a diferença é também acentuada, especialmente quando se analisa o IDH, conforme determinado na Figura 5.

Figura 5



Índice de desenvolvimento municipal, 2000
Municípios do Estado de Minas Gerais



Daí a Constituição mineira ser específica, ao anotar no 2º do art. 157 que “o orçamento, compatibilizado com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, terá, entre suas funções, a de reduzir desigualdades entre as regiões do Estado, segundo critério populacional”.

O texto alusivo à Lei Complementar nº 101/2000, aprovada no Senado Federal, previa a antecipação em 120 dias do prazo da remessa do Plano Plurianual ao Legislativo, mas o dispositivo recebeu veto presidencial, sob o argumento de que a exigüidade de tempo inviabilizaria o aperfeiçoamento metodológico do Plano, além de não permitir uma seleção adequada dos programas e ações considerados prioritários pelo governo.

É importante destacar que o Plano Plurianual de Ação Governamental é a peça mais importante e de maior hierarquia no planejamento público – qualquer que seja o ente federado – e, portanto, todos os demais planos e programas devem subordinar-se às diretrizes, objetivos e metas ali decididos.

O primeiro PPAG da história de Minas Gerais é consolidado na Lei nº 10.578, de 30 de dezembro de 1991, tendo validade para o quadriênio 1992-1995.

O segundo PPAG, que corresponde ao quadriênio 1996-1999, está disposto na Lei nº 12.052, de 29 de dezembro de 1995.

O terceiro PPAG, que corresponde ao quadriênio 2000-2003, está disposto na Lei nº 13.472, de 18 de janeiro de 2000.

O quarto PPAG é estabelecido pela Lei nº 15.033, de 20 de janeiro de 2004. Na Mensagem nº 64/2003, que encaminha o PPAG à Assembléia, o Governador do Estado comunica que “os programas de Governo estão organizados por objetivos prioritários definidos no PMDI”. Ainda na mesma Mensagem, batizados de “Gestão Estratégica dos Recursos e Ações do Estado (GERAES), os projetos estruturadores são apresentados como o núcleo das mudanças que o Executivo deseja imprimir no Estado”.

Visitando o texto da Lei nº 15.033, de 20 de janeiro de 2004, pode-se inferir que aos 30 programas estruturadores iniciais foi acrescentado, pelo Poder Legislativo, mais um – Inclusão Social de Famílias Vulnerabilizadas –, totalizando 31 programas estruturadores. A função Saúde foi contemplada com os Projetos 11 (Saúde em Casa) e 12 (Regionalização da Saúde).

O Projeto 11, Saúde em Casa, tem como objetivo “ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica à população⁵⁶ com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família” (Minas Gerais, 2004, p. 43), e prevê três ações:

- Melhoria de desempenho das Oficinas de Atenção Básica;
- Pró-Saúde da Família;
- Recuperação física de unidades de saúde.

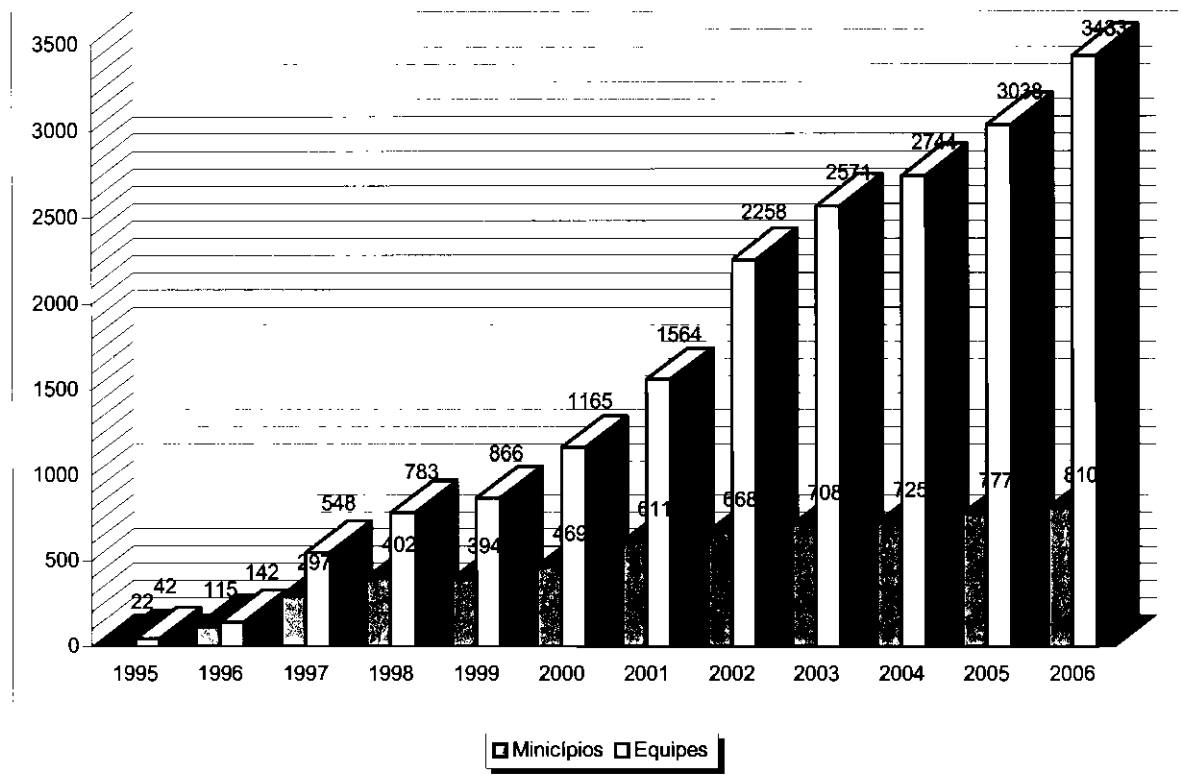
Os benefícios gerados são a oferta de serviços e ações de saúde mais próximas do cidadão, promovendo a garantia do acesso e a redução do número de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica⁵⁷.

O Gráfico 44 mostra a evolução em Minas Gerais do número de municípios participantes do Programa “Saúde em Casa”.

⁵⁶ A Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, entende-se por atenção básica: “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situado nos primeiros níveis de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. Importante aditar que o CONASS, 2003, p. 142, diz que: “a Administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde se inserem o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica”.

⁵⁷ Alfradique & Mendes (2002) examinando todas as internações do SUS no ano de 2001, conclui que das 12.426.111 internações pagas pelo SUS, 3.405.452 (27%, 4%) foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial; excetuando-se as partes, representam 33,8% do total de internações. O custo destas internações é estimado em R\$1.036 bilhões de reais, equivalendo a um gasto *per capitalano* de R\$6,00, ou seja, mais da metade do PAB fixo.

GRÁFICO 44
Municípios participantes do Projeto Estruturador
"Saúde em Casa" e PSF
Minas Gerais: 2007



Fonte: SES-MG

O Projeto 12, Regionalização da Assistência à Saúde, tem como objetivo “adequar a oferta de serviços à demanda de saúde da população, por região assistencial, possibilitando o atendimento ao cidadão o mais próximo de seu município de residência” (Minas Gerais, 2004, p.44).

As ações previstas no Projeto 12 são:

- Câmara de Compensação Bipartite da Programação Pactuada Integrada
- Rede de Urgência e Emergência
- Implantação de UTI adulto em hospitais da rede SUS
- Implantação de UTI neonatal em hospitais da rede SUS
- Rede de Assistência Perinatal
- Plano Diretor de Investimentos – PDI
- Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS – PRÓ-HOSP

- Rede Estadual de Regulação em Saúde
- Fortalecimento da saúde em pequenos municípios.

Os benefícios gerados são “melhoria da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde e do acesso a estes mais próximo do cidadão, maior capilaridade gestora do Estado junto aos municípios e ganhos de economia de escala e escopo na prestação de serviços”.

No Anexo I, objetivos prioritários e programas do PPAG, (Minas Gerais, 2004, p. 217) a Fundação Ezequiel Dias (Unidade Orçamentária 2261) aparece com os seguintes recursos:

a) Programa 0327: Abastecimento de Medicamentos.	R\$154.845.616,00
Ações: P-764: Desenvolvimento e Produção de Medicamentos:	R\$104.046.312,00
P-123: Produção de Imunobiológicos	: R\$ 8.769.300,00
P-143: Controle de qualidade de produtos	: R\$ 3.318,600,00
b) Programa 0528: Construção e Reforma de Unidades Prediais	: R\$ 19.585.792,00
Ação: P-547: Construção e Reforma de Unidades Prediais	: R\$ 14.689.344,00
c) Programa 0412: Geração de conhecimentos científicos	: RS 4.076.440,00
Ação: P194: Pesquisa e Desenvolvimento na área de Saúde	: R\$ 3.057,330,00
d) Programa 0361: Produção de Serviços Laboratoriais	: R\$ 35.245.460,00
Ação: P919: Serviços Laboratoriais	: R\$ 26.434.095,00
e) Programa 0519: Treinamento e formação de RH	: R\$ 23.279.176,00
Ação: P465: Treinamento e formação de RH	: R\$ 17.459.382,00

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Fhemig, Unidade Orçamentária 2271, aparece com:

a) Programa 0161: Atendimento hospitalar ambulatorial e emergencial:	R\$862.368.348,00
Ação: P-203: Prestação de atendimento ao usuário	: R\$646.776.261,00
b) Programa 0518: Construção e reforma de unidades prediais	: R\$ 46.400.000,00
Ação: P251: Construção e reforma de unidades prediais	: R\$ 34.800.000,00
c) Programa 0515: Formação de recursos humanos	: R\$ 23.680.000,00
Ação: P224: Formação de residentes	: R\$ 17.760.000,00

A Fundação Hemominas, Unidade Orçamentária 2321, consta com:

a) Programa 0062: Adequação da infra-estrutura Hemorrede	: R\$ 9.475.00,00
--	-------------------

Ação: P197: Construção reforma e ampliação	: R\$ 5.845.000,00
b) Programa 0078: Assistência Hematológica e Hemoterápica	: R\$159.206.524,00
Ação: P144: Desenvolvimento do programa de sangue	: R\$117.919.122,00
c) Programa 0083: Estudos e pesquisas em hematologia	: R\$ 400.000,00
Ação: P110: Desenvolvimento de estudos e pesquisas	: R\$ 300.000,00

O Fundo Estadual de Saúde (Unidade Orçamentária 4291) é o responsável pelo suporte financeiro dos seguintes Programas/Ações:

a) Programa 00531: Assistência farmacêutica	: R\$500.624.212,00
Ação: P665: Farmácia de Minas	: R\$106.500.000,00
Ação: P794: Cesta de medicamentos povos indígenas	: R\$ 198.159,00
Ação: P239: Aquisição medicamentos excepcionais	: R\$268.770.000,00
b) Programa 0546: Atenção à saúde	: R\$250.488.088,00
Ação: P207: Centro de referência ao fumante	: -
Ação: P980: Tratamento precoce tuberculose	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P014: Atenção à saúde do trabalhador	: R\$ 7.470.000,00
Ação: P023: Sistema de vigilância nutricional	: R\$ 6.399.000,00
Ação: P041: Controle do diabetes	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P065: Estímulo à atividade física	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P140: Pesquisa de saúde	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P150: Assistência portadores DST	: R\$ 14.101.440,00
Ação: P230: Atenção à saúde do idoso	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P236: Controle Hanseníase	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P238: Prevenção primária do câncer	: R\$ 9.330.000,00
Ação: P260: Supervisão das ações de saúde indígena	: R\$ 1.530.000,00
Ação: P762: Atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P768: Deshospitalização psiquiátrica	: R\$ 6.030.000,00
Ação: P781: Prevenção e execução de ações de saúde coletiva	: R\$ 93.770.126,00
c) Programa 0543: Gestão em saúde	: R\$ 49.600.000,00
Ação: P913: Apoio à gestão em saúde	: R\$ 30.750.000,00
Ação: P075: Desenvolvimento de recursos humanos	: R\$ 6.450.000,00
d) Programa 0133: Integração Serviços – Ensino	: R\$ 10.000.000,00
Ação: P801: Concessão de bolsas acadêmicas	: R\$ 7.500.000,00
e) Programa 0523: Redes assistenciais	: R\$1.680.000.000,00
Ação: P085: Assistência à saúde	: R\$1.260.000.000,00
f) Programa 0242: Vigilância epidemiológica	: R\$ 118.887.200,00

Ação: P634: Prevenção e controle de doenças	: R\$ 51.015.720,00
Ação: P637: Sistema de vigilância em saúde	: R\$ 12.663.900,00
Ação: P639: Controle de endemias	: R\$ 25.478.280,00
g) Programa 0023: Vigilância sanitária	: R\$ 24.198.080,00
Ação: P018: Monitoramento na qualidade de alimentos	: R\$ 8.473.560,00
Ação: P178: Promoção e proteção à saúde da população	: R\$ 9.675.000,00
h) Programa 0554: Viva vida	: R\$ 10.000.000,00
Ação: P177: Redução da mortalidade infantil	: R\$ 7.500.000,00

Todos os valores listados são em reais correntes, sendo que, para o Programa, está relatado o total do período de 2004-2007 e, na ação, está anotado o valor financeiro para o triênio 2005/2007, com o objetivo de testar a coerência do PPAG 2004/2007 com o orçamento empenhado e executado de 2005, já que a aprovação do PPAG ocorreu em janeiro de 2004.

6.3 Leis de Diretrizes Orçamentárias

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) foi concebida originalmente com a função de orientar a elaboração dos orçamentos anuais, além de estabelecer as prioridades e metas da administração, no exercício financeiro subsequente. A Lei Complementar nº 101/2000 veio fortalecer a LDO com a inclusão do Anexo de Metas Fiscais e, hodiernamente, destacam-se as seguintes finalidades:

1. dispor sobre o equilíbrio entre receitas e despesas;
2. estabelecer critérios e formas de limitação de empenho, na ocorrência de receita inferior ao empenhado, de modo a comprometer as metas de resultado primário e nominal previstas para o exercício;
3. dispor sobre o controle de custos e avaliação dos resultados dos programas financiados pelo orçamento;
4. disciplinar a transferência de recursos a entidades públicas e privadas;
5. quantificar o resultado primário a ser obtido com vistas à redução do montante da dívida e das despesas com juros;
6. estabelecer limitações à expansão de despesas obrigatórias de caráter continuado.

Em Minas Gerais, a CE-1989 prevê no § 1º do art. 155 que “o projeto da Lei de Diretrizes Orçamentárias, de iniciativa do Governador do Estado, resultará das propostas parciais de cada Poder, do Ministério Público, do Tribunal de Contas e da Defensoria Pública, compatibilizadas em regime de colaboração”.

Apresentei PEC à ALMG, que resultou na Emenda à Constituição nº 73, garantindo à Defensoria Pública o mesmo tratamento dado aos Poderes e entes autônomos.

A síntese das normas jurídicas advindas das LDOs, em Minas Gerais, pode ser observada na Tabela 95.

TABELA 95
LDOs em Minas Gerais – 1990-2005

Número da Lei	Data	Diretrizes
Lei nº 10.234	18/7/1990	Art 7º, II (exclui gastos em saúde da limitação imposta aos gastos comparados ao exercício de 1990)
Lei nº 10.487	25/7/1991	Art. 25, I (gastos em saúde são considerados prioritários, juntamente com educação, habitação popular, proteção ao meio ambiente, saneamento básico, fomento a pesquisa científica e tecnológica, esporte e cultura)
Lei nº 10.862	6/8/1992	Art. 26, I, “h” (1. efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS – no Estado, incluindo reestruturação dos órgãos e entidades ligados ao Sistema; 2. desenvolvimento de ações efetivas com vistas à municipalização, a curto prazo, da rede de serviços de saúde de atenção primária e secundária, envolvendo a reorganização local dos serviços em distritos sanitários e a recuperação física da rede, objetivando a implantação de sistemas municipais de saúde; 3. universalização do acesso aos serviços de saúde, prioritariamente no atendimento às urgências e emergências médicas na rede;)
Lei nº 11.175	5/8/1993	Art. 28, I, “a” (prioridade no gasto público em saúde)
Lei nº 11.546	27/7/1994	Art. 30, I, “a” (prioridade no gasto público em saúde)
Lei nº 11.870	1/8/1995	Art. 19, II (determina que o custeio de órgãos e entidades não podem exceder a despesa orçada em 1995, salvo saúde, educação e dívida pública.)
Lei nº 12.264	24/7/1996	Art. 9º, IV (demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para atender o art. 158 da Constituição do Estado)
Lei nº 12.595	30/7/1997	Art. 8º, V (demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para atender o art. 158 da Constituição do Estado)

Lei nº 12.960	20/7/1998	Art. 8º, V (demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para atender o art. 158 da Constituição do Estado)
Lei nº 13.272	29/7/1999	<p>Art. 7º, § 2º, III (a) o incentivo à capacitação profissional e ao treinamento de pessoal para melhor atendimento na rede pública;</p> <p>b) estímulo à produção farmacêutica da Fundação Ezequiel Dias – Funed – e o incremento da distribuição de medicamentos especiais e excepcionais;</p> <p>c) a ampliação da rede da Fundação Hemominas e a criação de fábrica de hemoderivados;</p> <p>d) a instituição da Rede Fhemig domiciliar;</p> <p>e) a instituição do Programa para Tratamento de Dependentes Químicos;</p> <p>f) a priorização das ações preventivas dos programas conveniados como Sistema Único de Saúde – SUS –;</p> <p>g) o programa de revitalização total da rede hospitalar da Fhemig;</p> <p>h) o programa para capacitar o laboratório de saúde pública da Funed para fazer novos diagnósticos;</p> <p>i) o Programa de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde;</p> <p>j) investimentos visando à aquisição de equipamentos e à conclusão de obras relacionadas com as unidades de saúde e hospitais, incluindo a construção, a reforma, a ampliação e a aquisição de equipamentos para as policlínicas da rede pública de saúde no Estado;</p> <p>l) programas de prevenção e controle de epidemias, como cólera, dengue, verminose, e de controle da qualidade de sangue nas coletas e no armazenamento nos hospitais e nos postos de saúde dos municípios que integram os vales do Jequitinhonha e Mucuri;</p> <p>m) o fortalecimento das redes estaduais de saúde, de referência regional de urgência e emergência e de atendimento à gestante de alto risco;</p> <p>n) a destinação de recursos para a implantação de uma política estadual básica na área da saúde, com vistas à auto-suficiência do setor público;</p> <p>o) o apoio técnico e financeiro para habilitar os municípios à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde;)</p>
Lei nº 13.686	27/2/2000	<p>Art. 3º, XVI a XXI:</p> <p>XVI – caracterização, definição e mapeamento da população usuária de droga, da população em situação de risco, da população que cumpre pena ou com processo penal em andamento e da que se encontra em tratamento nas instituições de saúde;</p> <p>XVII – constituição de banco de dados com informações atualizadas permanentemente, a que tenha acesso toda a população;</p> <p>XVIII – elaboração de medidas de prevenção primária, secundária e terciária, articulando as ações de esporte, ensino, cultura e lazer e ações básicas de saúde;</p> <p>XIX – reforço do centro de excelência para os temas de drogas no que se refere ao tratamento, permeando e articulando as mais diferentes ações de saúde nos níveis intermediário e básico em todo o Estado;</p> <p>XX – criação de serviços especializados de saúde mental articulados com a rede pública de saúde; XXI - fiscalização do cumprimento das políticas públicas referentes às instituições de saúde e justiça e a sua integração com a sociedade civil;</p>

Lei nº 13.959	26/7/2001	<p>Art. 2º, I; Art. 4º, I ao VII.</p> <p>Art. 2º – A elaboração das propostas orçamentárias da administração pública estadual para o exercício de 2002 obedecerá às seguintes diretrizes gerais:</p> <p>I – dar precedência, na alocação de recursos, aos programas de governo constantes no Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG –, especialmente aos relativos à garantia de direitos fundamentais de saúde, habitação, assistência social, segurança, educação, ciência e tecnologia, desenvolvimento sustentável de assentamentos rurais, meio ambiente e saneamento básico, especificamente o programa de saneamento da lagoa da Pampulha, no Município de Belo Horizonte, não constituindo, todavia, limite à programação das despesas;</p> <p>Art. 4º – Na alocação de recursos em ações e serviços de saúde, a que se refere o inciso I do art. 2º serão priorizados:</p> <p>I – a habilitação do Estado para gestão plena do Sistema Estadual de Saúde;</p> <p>II – o apoio técnico e financeiro para a habilitação dos municípios à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde;</p> <p>III – o fortalecimento das redes de saúde, de referência regional de urgência e emergência e ao atendimento à gestante de alto risco;</p> <p>IV – o apoio aos Programas Saúde da Família - PSF - e Agente Comunitário de Saúde - PACS -;</p> <p>V – a capacitação de profissionais de nível médio e superior para atuação em ações e serviços de saúde e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS -;</p> <p>VI – a distribuição de medicamentos especiais e excepcionais;</p> <p>VII – a implementação do Programa de Saúde na Escola, destinado a proteger a saúde e a diagnosticar e analisar os principais problemas manifestados pelos alunos matriculados na rede estadual de ensino.</p>
Lei nº 14.371	26/7/2002	<p>Art. 8º, V e VI.</p> <p>V – demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para fins do disposto no § 1º do art. 158 da Constituição do Estado; VI – demonstrativo dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, para fins do disposto na Emenda à Constituição da República nº 29, de 13 de setembro de 2000;</p>
Lei nº 14.684	30/7/2003	<p>Art. 9º, V e VI.</p> <p>V – demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para fins do disposto no § 1º do art. 158 da Constituição do Estado;</p> <p>VI – demonstrativo dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, para fins do disposto na Emenda à Constituição da República nº 29, de 13 de setembro de 2000;</p>
Lei nº 15.291	5/8/2004	<p>Art. 8º, V e VI:</p> <p>V – demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para fins do disposto no § 1º do art. 158 da Constituição do Estado; VI – demonstrativo dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, para fins do disposto na Emenda à Constituição da República nº 29, de 13 de setembro de 2000;</p>
Lei nº 15.699	25/7/2005	Art. 7º, V e VI e seu parágrafo único:

V – demonstrativo dos recursos a serem aplicados em programas de saúde, para fins do disposto no § 1º do art. 158 da Constituição do Estado; VI – demonstrativo dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, para fins do disposto na Emenda à Constituição da República nº 29, de 13 de setembro de 2000;

§ 1º – Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, consideram-se ações e serviços públicos de saúde aqueles implementados em consonância com os arts. 200 da Constituição da República e 190 da Constituição do Estado.

Observa-se que a diretriz para o gasto público em saúde em diferentes governos se assenta na determinação constitucional. No período pós-Constituição Estadual de 1989, a vinculação com o gasto em transporte e sistema viário impede o contingenciamento do gasto em saúde com a despesa do exercício anterior, nos moldes das Leis nºs 10.234 e 10.487. A Lei nº 10.862 incorpora o sentimento da NOB-1/91 e, a seguir, se mantém nas diretrizes das Leis nºs 11.175, 11.546 e 11.870.

O período seguinte, 1996-1999, se prende ao § 1º do art. 158 da CE 1989, salvo pela Lei nº 13.272, que avança ao priorizar programas de fundações estaduais, tais como a Fhemig, a Funed e a Hemonias.

A Lei nº 13.686 inova ao priorizar a população de risco e a criação de serviços especializados de saúde mental articulados com a rede pública de saúde, e a Lei nº 13.959 prioriza a habilitação do estado para a gestão plena do Sistema de Saúde, absorvendo as orientações das NOAS.

As Leis nºs 14.371, 14.684 e 15.291 se limitam à obediência ao disposto na CF 1988, em face da EC-29, e CE 1989 (§ 1º do art. 158).

A Lei nº 15.699 inova ao conceituar “ações e serviços públicos de saúde” embasando-se no art. 200 da CF 1988 e no art. 190 da CE 1989, ou seja, no conceito ampliado de saúde.

Concluimos, destacando que, enquanto não ocorre a regulamentação da EC-29 mediante Lei Complementar, o *locus* adequado para a discussão do conceito de “ações e serviços públicos de saúde” é a elaboração da LDO nos três níveis de governo: nacional, estadual e local. Essa ferramenta, que é o instrumento adequado para atuar como elo entre o PPAG e os orçamentos anuais, ainda desperta pouco interesse dos que se ocupam do planejamento em saúde, mas, ao compatibilizar as diretrizes do Plano à estimativa das disponibilidades financeiras, revela o seu potencial.

6.4 Leis Orçamentárias Anuais

A Lei Orçamentária Anual (LOA) é também um instrumento do planejamento, presente no § 5º do art. 165 da CF de 1988, e constitui o mais importante instrumento de gerenciamento orçamentário e financeiro da administração pública.

Em Minas Gerais, o art. 157 da CE-1989, detalha a LOA, e seu parágrafo primeiro diz que “integrará a lei orçamentária demonstrativo específico com detalhamento das ações governamentais, em nível mínimo, de:

“I - objetivos e metas especificados em subprojetos e subatividades; (Inciso com redação dada pelo art. 1º da Emenda à Constituição nº 27, de 4/9/1997.)

II - fontes de recursos;

III - natureza da despesa;

IV - órgão ou entidade responsável pela realização da despesa;

V - órgão ou entidade beneficiários;

VI - identificação dos investimentos, por região do Estado;

VII - identificação, de forma regionalizada, dos efeitos, sobre as receitas e despesas, decorrentes de isenções, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia.”

O art. 35 do ADCT da CF 1988 estabelece que o projeto de lei orçamentária da União será encaminhado ao Legislativo até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro (final de agosto) e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa. Em Minas Gerais, a ALMG tem apreciado e votado o orçamento geral do estado no exercício anterior à sua vigência, conforme demonstraremos a seguir.

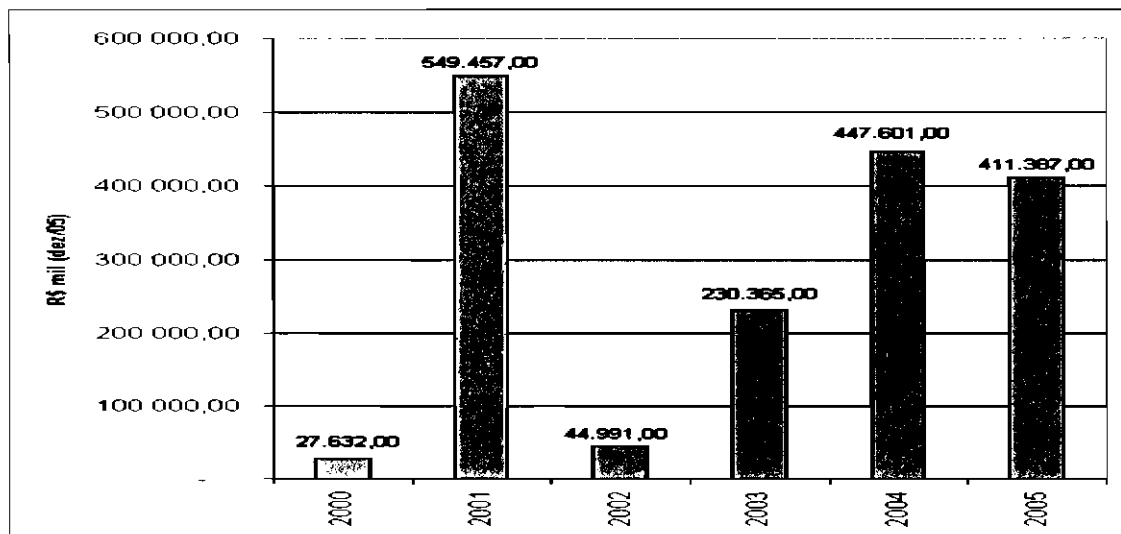
TABELA 96
Leis orçamentárias anuais – Minas Gerais: 1989-2005

Legislação	Data	Ano	Estimativa de receita para o exercício financeiro	Moeda
Lei nº 9.449	26/12/1987	1988	CR\$271.450.395.000,00	(cruzados)
Lei nº 9.749	21/12/1999	1989	Saúde: SES: CR\$ 231.632.124,00 CR\$3.110.668.677.000,00	(cruzados)
Lei nº 10.094	29/12/1989	1990	Saúde: SES: CR\$ 110.464.179.000,00 NCR\$ 184.094.055.800,00	(cruzados novos)
Lei nº 10.365	28/12/1990	1991	CR\$ 1.600.052.089.000,00	(cruzeiros)
Lei nº 10.662	15/1/1992	1992	CR\$ 6.487.865.732.000,00	(cruzeiros)
Lei nº 11.043	15/1/1993	1993	CR\$127.110.421.747.000,00	(cruzeiros)
Lei nº 11.356	28/12/1993	1994	CR\$ 6.046.796.154.000,00	(cruzeiros reais)
Lei nº 11.803	18/1/1995	1995	R\$ 7.499.360.751,00	(reais)
Lei nº 12.041	28/12/1995	1996	R\$11.272.496.983,00	(reais)
Lei nº 12.421	27/12/1996	1997	R\$13.982.559.537,00	(reais)
Lei nº 12.746	8/1/1998	1998	R\$15.203.779.269,00	(reais)
Lei nº 13.189*	22/1/1999	1999	R\$15.203.779.269,00	(reais)
Lei nº 13.471	18/1/2000	2000	R\$14.163.257.061,00	(reais)
Lei nº 13.825	24/1/2001	2001	R\$17.506.573.968,00	(reais)
Art. 5º : Saúde: 8,25% para ações e serviços públicos de saúde ("no âmbito do SUS")				
Observação: artigo introduzido pela ALMG. Vetado pelo Governador e mantido pela ALMG.				
Lei nº 14.169	15/1/2002	2002	R\$19.506.152.896,00	(reais)
Lei nº 14.595	22/1/2003	2003	R\$19.513.794.935,00	(reais)
Lei nº 15.031	20/1/2004	2004	R\$20.648.095.982,00	(reais)
Saúde: Programa 0080 – Saneamento básico – Mais Saúde para Todos – passa para a Unidade Orçamentária: Fundo Estadual de Saúde.				
Lei nº 15.460	13/1/2005	2005	R\$23.958.281.023,00	(reais)

A finalidade da Ação Saúde em Casa – P335 – passa a ter a seguinte redação: “contribuir para a sustentabilidade financeira dos municípios na implantação das equipes do Programa Saúde da Família – PFS – e incentivar a contratação de profissionais da área de assistência social para a sua composição”.

Destacamos, portanto, que na história orçamentária de Minas Gerais o único instante em que se obteve no texto infraconstitucional uma vinculação explícita de recursos públicos para o financiamento da saúde no âmbito do SUS foi no ano de 2001, na Lei nº 13.825, quando a ALMG rejeitou o veto do Governador e impôs a base de cálculo e a alíquota 8,25%. Demonstramos na Tabela 113 que a medida surtiu efeito prático, não apenas pelos gastos em saúde no exercício (8,87% conforme Tabela 43 da tese), mas principalmente porque é o exercício de maior desempenho do FES, quando se analisam estreitamente as despesas com ações e serviços públicos de saúde, no limite da resolução do CNS e Siops.

GRÁFICO 45
Dispêndio do Fundo Estadual de Saúde (unidade orçamentária)
Minas Gerais: 2000-2005



Fonte: TCE-MG

Vamos agora, finalizando a tese, revelar um estudo inédito, resultante da tabulação do banco de dados referente a gastos em ações e serviços públicos de saúde, construindo uma série histórica de dez anos, partindo de 1996 (vigência da “Lei Robin Hood” para os municípios mineiros) até 2005. A metodologia utilizada compreende os gastos em saúde dos municípios mineiros a partir das informações obtidas junto a FJP/TCE-MG; os dados estaduais também partem de informações do TCE-MG e, a partir de 2000, confrontados com o Siops. Os dados da União são fundamentados nos respectivos balanços. O dado populacional é resultante do IBGE.

Inicialmente, na Tabela 97, vamos apresentar o dispêndio do conjunto dos 853 municípios mineiros, em reais de 2005, corrigidos pelo IGP-DI- médio.

TABELA 97
Gastos dos municípios mineiros com saúde pública
1996-2005

Ano	Municípios Nominais	IGP-DI Médio	Municípios Corrigidos
1996	867.865.877,43	0,39449393	2.199.947.353,88
1997	1.122.846.755,93	0,42570281	2.637.630.594,76
1998	1.235.793.636,44	0,44227899	2.794.149.539,96
1999	1.405.508.674,98	0,49241932	2.854.292.303,11
2000	1.035.074.187,55	0,56017672	1.847.763.662,06
2001	1.250.000.365,89	0,61824539	2.021.851.494,74
2002	1.496.408.653,87	0,70117596	2.134.141.403,63
2003	1.349.071.951,94	0,86166196	1.565.662.654,92
2004	1.954.653.770,44	0,94264320	2.073.588.151,32
2005	2.247.103.467,68	0,99888875	2.249.603.339,39

Fonte: FJP, SIOPS, TCE-MG.

Observa-se que, nos anos 90, há uma elevação gradativa do gasto em saúde do conjunto dos municípios mineiros, atingindo o máximo em 1999, com um dispêndio de R\$2,854 bilhões. No ano de 2000, implantação da EC-29, há uma contração violenta, reduzindo para R\$1,847 bilhões, em ano de eleições municipais. No ano de 2001, ocorre aporte de R\$2,021 bilhões, com nítida preocupação das administrações municipais de recuperarem o patamar constitucional. A partir daí, há um aporte crescente do investimento em saúde pública, porém em nível inferior ao verificado nos anos de 1997-1999, demonstrando que a EC-29 não determinou aumento de gastos em saúde no conjunto dos municípios mineiros. Concluímos, afirmando que houve uma acomodação orçamentária em termos da exigência constitucional e, como os municípios já vinham aportando recursos no sistema público de saúde, uma vez constatado o atendimento constitucional, o que deveria ser “piso” se transforma em “teto”.

O Estado de Minas Gerais, em reais de dezembro de 2005, também tem um comportamento semelhante. O gasto em 1996, que já havia sido menor que o verificado em 1995, conforme demonstrado na Tabela 41, é o maior nesta série analisada (1996-2005) confirmando que para o governo subnacional a EC-29 também não significou maior dispêndio para as ações e serviços públicos de saúde. É o que comprovamos na Tabela 98.

TABELA 98
Gasto do Estado de Minas Gerais em saúde pública.

Em reais de dezembro/05	
1996	2.046.128.000,00
1997	1.914.482.000,00
1998	1.987.766.000,00
1999	1.532.759.000,00
2000	1.483.641.000,00
2001	1.972.354.000,00
2002	1.670.138.000,00
2003	1.554.203.000,00
2004	1.710.918.000,00
2005	1.720.826.000,00

Fonte: BGE. TCE-MG. Elaboração própria.

A Tabela 99 revela o gasto da União com os serviços de saúde, no período de 1996 a 2005, com os valores nominais dos dispêndios apurados junto ao TCU e os valores corrigidos para 2005, com IGP-DI médio.

TABELA 99
Gasto da União com saúde
1996-2005

Ano	União Nominais	IGP-DI Médio	União Corrigidos
1996	30.885.000.000,00	0,94264320	32.764.252.688,61
1997	35.746.800.000,00	0,94264320	37.921.877.546,03
1998	34.026.300.000,00	0,94264320	36.096.690.667,26
1999	36.318.300.000,00	0,94264320	38.528.151.478,74
2000	36.127.800.000,00	0,94264320	38.326.060.167,83
2001	35.944.500.000,00	0,94264320	38.131.606.953,72
2002	34.741.000.000,00	0,94264320	36.854.877.858,35
2003	31.097.200.000,00	0,94264320	32.989.364.374,56
2004	33.605.100.000,00	0,94264320	35.649.862.005,05
2005	36.800.000.000,00	0,99888875	36.840.939.494,01

Fonte: BG, TCU. Elaboração própria.

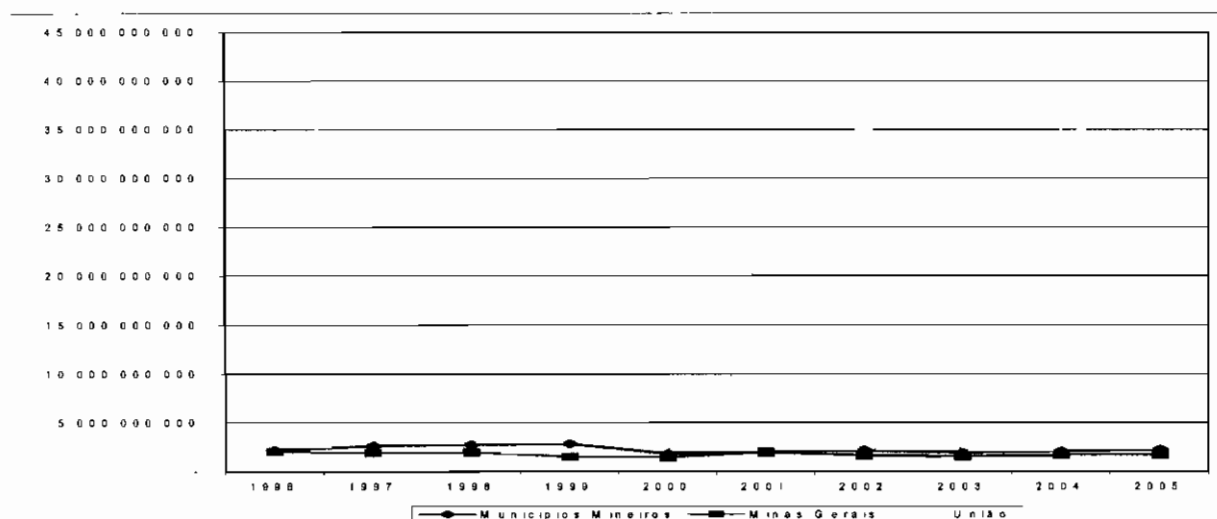
Em razão da importância do tema, reunimos as três informações (União, Estado de Minas Gerais e municípios mineiros) em reais de 2005, na Tabela 100.

TABELA 100
Gastos com saúde: União, Estado de Minas Gerais e municípios mineiros. 1996-2005

Ano	Municípios Mineiros	Minas Gerais	União
1996	2.199.947.353,88	2.046.128.000,00	32.764.252.688,61
1997	2.637.630.594,76	1.914.482.000,00	37.921.877.546,03
1998	2.794.149.539,96	1.987.766.000,00	36.096.690.667,26
1999	2.854.292.303,11	1.532.759.000,00	38.528.151.478,74
2000	1.847.763.662,06	1.483.641.000,00	38.326.060.167,83
2001	2.021.851.494,74	1.972.354.000,00	38.131.606.953,72
2002	2.134.141.403,63	1.670.138.000,00	36.854.877.858,35
2003	1.565.662.654,92	1.554.203.000,00	32.989.364.374,56
2004	2.073.588.151,32	1.710.918.000,00	35.649.862.005,05
2005	2.249.603.339,39	1.720.826.000,00	36.840.939.494,01

Surge, então, o Gráfico 46, que permite visualizar que a EC-29, que começou a vigorar em 2000, não se constitui em ferramenta capaz de desbloquear recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no conjunto dos gastos em Minas Gerais.

GRÁFICO 46
Gasto com saúde

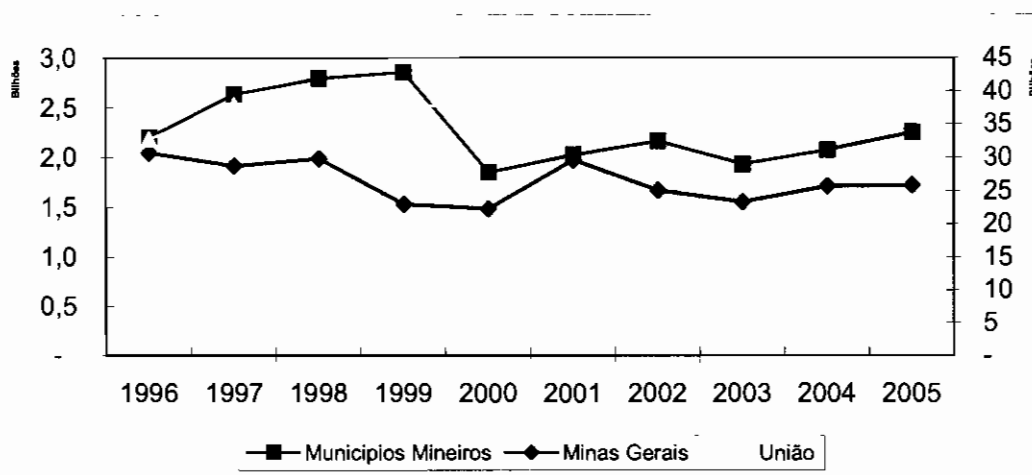


Fonte: TCE, TCU, FJP, FGV, BG. Elaboração própria.

Vamos, agora, aprofundar a discussão sobre a participação dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) no financiamento público da saúde em Minas Gerais, nos últimos 10 anos, parametrizando, em um único gráfico, as três participações.

É o que demonstramos no Gráfico 47.

GRÁFICO 47
Gasto em saúde: União, Estado de Minas Gerais e municípios mineiros Parametrizados – 1996-2005



Fonte: Elaboração própria.

Vê-se que a União, após a entrada em vigor da EC-29 (2000), reduz o seu aporte e somente volta a aumentar a participação no biênio 2003-2005, mas, ainda assim, não retoma o patamar pré-constitucional. Os municípios mineiros que vinham, gradativamente, aportando mais recursos para o sistema público desde a vigência da “Lei Robin Hood” (1995), fazem o ajuste em 2000 e elevam as aplicações no biênio 2003-2005, mas não chegam perto do volume de recursos aplicados em 1999. O Estado de Minas Gerais, ao longo de toda a série, é o último colocado, em todos os anos, perdendo de pouco para os municípios em 2001, mesmo tendo grande crescimento na arrecadação tributária.

A Tabela 101 revela o gasto *per capita*, da União, do Estado de Minas Gerais e do conjunto dos 853 municípios mineiros em face da EC-29.

TABELA 101
Gasto per capita por ente federado
Minas Gerais: 2000-2005

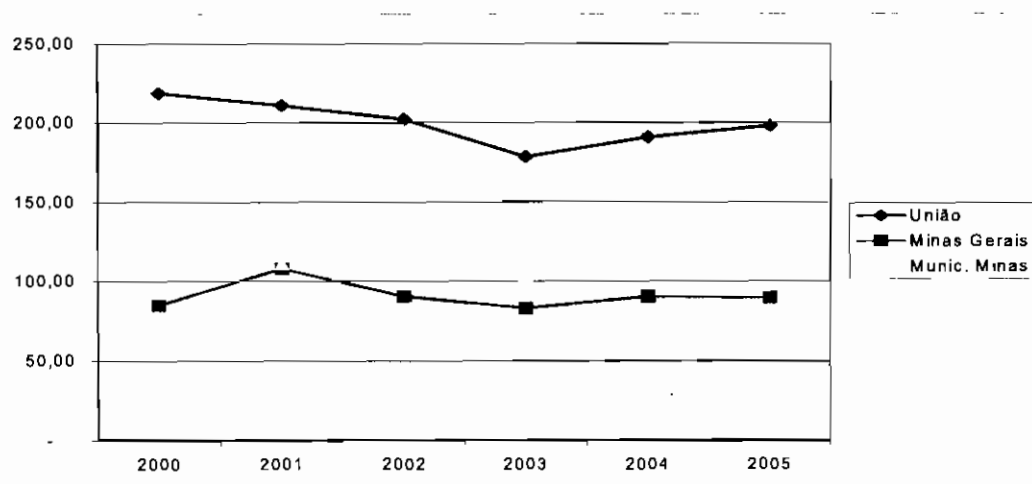
	União	Minas Gerais	Municípios Mineiros	R\$ dez/05 Total
2000	218,70	84,82	105,63	409,15
2001	210,87	107,97	110,68	429,51
2002	202,02	90,24	116,67	408,92
2003	178,35	82,89	102,96	364,19
2004	190,68	90,08	109,17	389,93
2005	197,92	89,47	116,96	404,35

Fonte: Fundação João Pinheiro, TCE-MG.

Conclui-se que todos os entes revelam aportes menores de recursos públicos na vigência da EC-29, em relação ao ano de 1997.

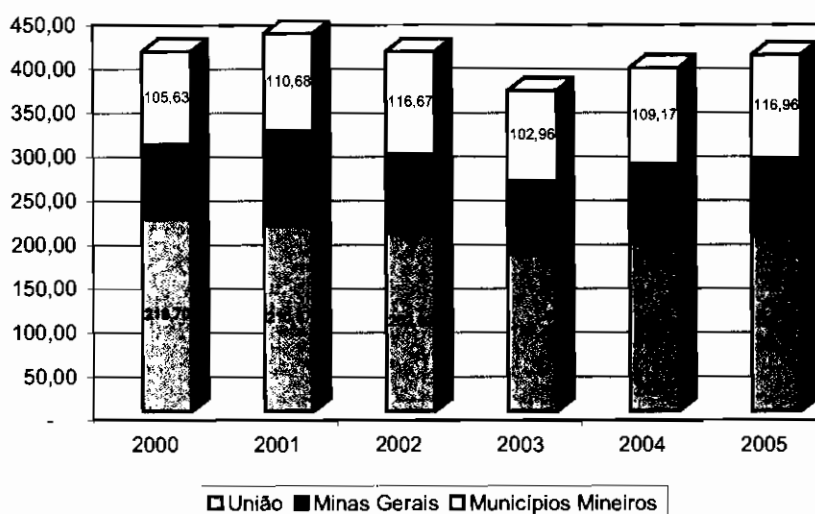
Os Gráficos 48 e 49 demonstram, quer na evolução histórica, quer na volumetria anual, que a vigência da EC-29 não surtiu em Minas Gerais o efeito desejado de aumentar a disponibilidade de recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Em 2001, o total disponível era de R\$558,86 enquanto em 2005 têm-se apenas R\$406,45, ou seja, apenas 72,27% dos recursos iniciais.

GRÁFICO 48
Gasto com saúde per capita



Fonte: Elaboração própria

GRÁFICO 49
Gasto *per capita* por ente federativo



Fonte: Elaboração própria

Constatado o gasto *per capita* por ente federativo, estabelecemos uma comparação com as demais unidades federativas da região Sudeste.

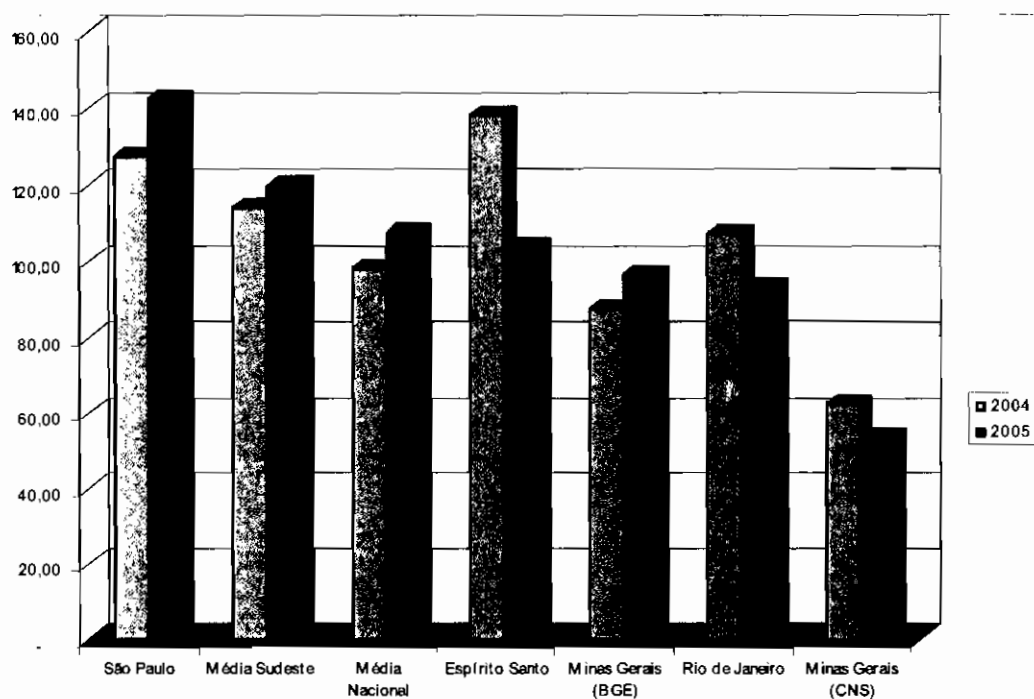
É o que demonstra a Tabela 102 e o Gráfico 50.

TABELA 102
Despesa com saúde *per capita*
Estados do Sudeste 2004-2005

	Despesa com Saúde (R\$ nominais)		População		Per Capita		Corrigido (R\$ dez/05)	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
São Paulo	4.780.343.855,00	5.750.427.885,00	39.825.226	40.442.795	120,03	142,19	127,34	142,34
Minas Gerais (BGE)	1.565.388.000,00	1.852.248.000,00	18.993.720	19.234.550	82,42	96,30	87,43	96,41
Minas Gerais (CNS)	1.115.433.182,00	1.031.955.527,00	18.993.720	19.234.550	58,73	53,65	62,30	53,71
Espírito Santo	436.513.000,00	353.198.071,00	3.352.024	3.408.365	130,22	103,63	138,15	103,74
Rio de Janeiro	1.535.001.000,00	1.432.940.503,00	15.203.750	15.383.407	100,96	93,15	107,11	93,25
Sudeste	8.317.245.855,00	9.388.814.459,00	77.374.720	78.469.117	107,49	119,65	114,03	119,78
Nacional	16.784.553.400,00	19.763.665.523,00	181.581.024	184.184.264	92,44	107,30	98,06	107,42

Fonte: SIOPS, IBGE, FGV.

GRÁFICO 50
Despesa com saúde *per capita*
Estados do Sudeste 2004-2005



Fonte: Elaboração própria.

Evidencia-se que, o Estado de Minas Gerais fica abaixo da média nacional e da média da região Sudeste nos anos de 2004 e 2005, mesmo comparando-se os dados fornecidos pelos BGE ao Siops.

Minas Gerais mantém uma diversidade nas suas regiões de planejamento quando se analisa a riqueza de seus municípios.

A Tabela 103 revela que a região Triângulo é a que possui o maior PIB por habitante, enquanto a região Jequitinhonha/Mucuri tem o menor PIB por habitante; a desproporção é gritante, o valor do mais rico é quase 5 vezes maior que o do mais pobre.

TABELA 103
PIB *per capita* por região de planejamento
Minas Gerais – 2004-2005

Região	Per Capita			
	2005 PIB Nominal	0,99888875 Corrigido IGP-DI	2004 PIB Nominal	0,94264320 Corrigido IGP-DI
CENTRAL	12.574	12.588,44	11.100	11.775,85
MATA	6.691	6.698,74	5.907	6.266,34
SUL DE MINAS	8.995	9.005,24	7.941	8.423,95
TRIÂNGULO	15.900	15.918,15	14.037	14.890,63
ALTO PARANAÍBA	10.994	11.006,11	9.705	10.295,66
CENTRO-OESTE DE MINAS	8.182	8.190,98	7.223	7.662,25
NOROESTE DE MINAS	9.103	9.113,01	8.036	8.524,76
NORTE DE MINAS	4.749	4.754,51	4.193	4.447,60
JEQUITINHONHA/MUCURI	3.588	3.592,13	3.168	3.360,25
RIO DOCE	9.226	9.236,70	8.145	8.640,47
Média	9.000	9.010,40	7.945	8.428,78

Fonte: Elaboração própria.

A comparação do PIB *per capita* com o gasto municipal com saúde revela, que o valor nominal mais elevado para o gasto com saúde corresponde a uma participação proporcionalmente menor.

Em outras palavras, para os municípios mais pobres o gasto municipal em saúde tem um impacto maior do que o dos municípios mais ricos.

É o que demonstram a Tabela 104 e o Gráfico 51.

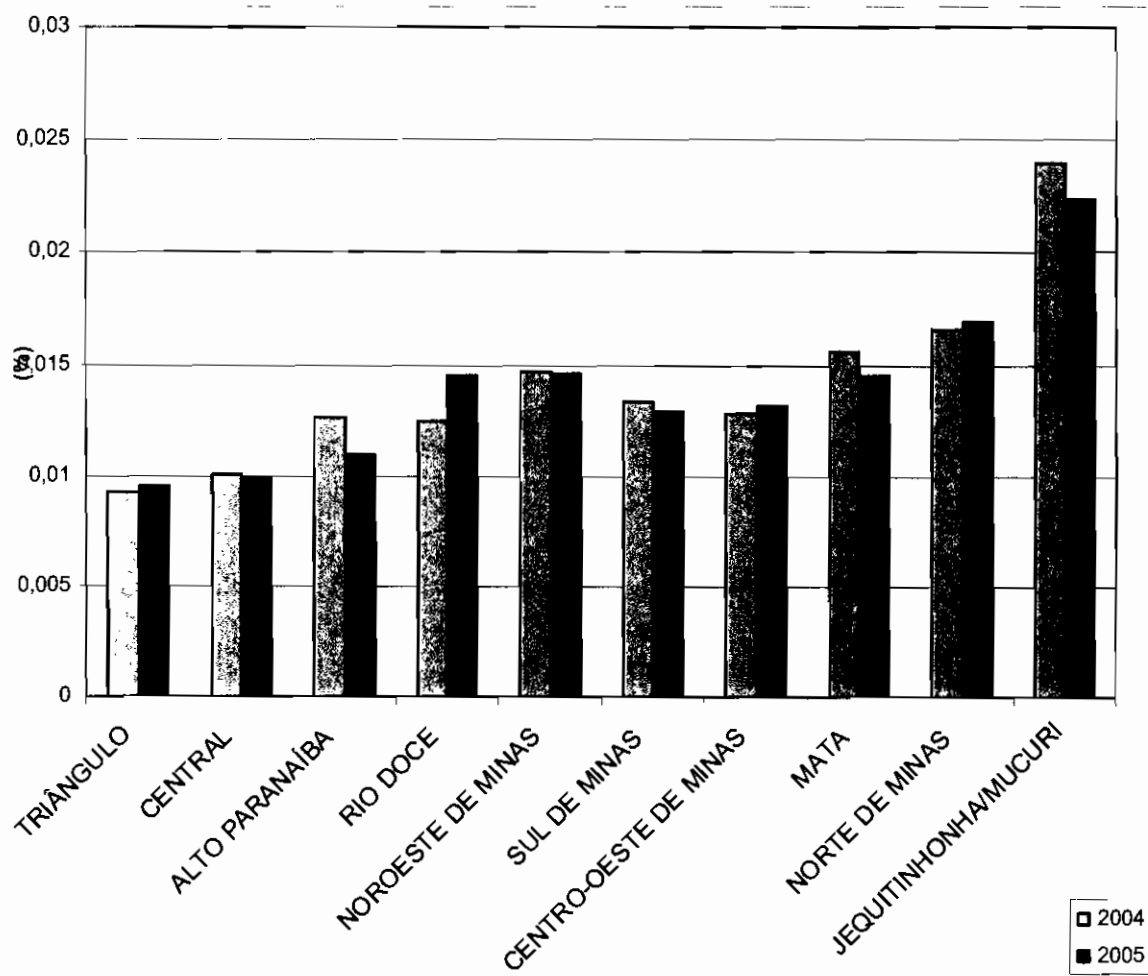
TABELA 104
Gasto municipal com saúde e PIB *per capita*
Minas Gerais, Regiões de Planejamento: 2004-2005

Ranking 2005		Região de Planejamento	2005			2004		
Per capita	PIB-		Per Capita	PIB/HAB.	%	Per Capita	PIB/HAB.	%
1	1	TRIÂNGULO	146,79	15.918,15	0,92	142,47	14.890,63	0,96
4	2	CENTRAL	126,09	12.588,44	1,00	117,24	11.775,85	1,00
2	3	ALTO PARANAÍBA	138,89	11.006,11	1,26	113,18	10.295,66	1,10
6	4	RIO DOCE	115,31	9.236,70	1,25	125,04	8.640,47	1,45
3	5	NOROESTE DE MINAS	133,47	9.113,01	1,46	124,53	8.524,76	1,46
5	6	SUL DE MINAS	120,11	9.005,24	1,33	108,66	8.423,95	1,29
7	7	CENTRO-OESTE DE MINAS	105,22	8.190,98	1,28	100,62	7.662,25	1,31
8	8	MATA	104,25	6.698,74	1,56	91,17	6.266,34	1,45
10	9	NORTE DE MINAS	78,78	4.754,51	1,66	75,04	4.447,60	1,69
9	10	JEQUITINHONHA/MUCURI	85,94	3.592,13	2,39	75,06	3.360,25	2,23
		Média	116,96	9.010,40	1,41	109,09	8.428,78	1,39

Fonte: FJP; TCE-MG; FGV; AMM. Elaboração própria.

Valor projetado em função do crescimento nominal do PIB total de Minas Gerais de 2004 para 2005:

GRÁFICO 51
Representação percentual do Gasto Municipal
com Saúde no PIB *per capita*



Fonte: Elaboração própria

Evidenciando a diferença entre as regiões de planejamento o Gráfico 51 confirma que a região do Triângulo tem menor participação do gasto municipal em saúde, frente ao PIB *per capita*, em pese ser a mais rica do estado enquanto a maior participação é vista na região Jequitinhonha/Mucuri.

A inequidade intermunicipal se confirma quando destacamos os 10 maiores e os 10 menores gastos *per capita* entre os 853 municípios mineiros.

É o que mostra a Tabela 105.

TABELA 105
Gasto maiores e menores *per capita* com saúde
Municípios mineiros 2005

Os 10 Menores

Município	Despesa com Saúde	R\$ de 2005
		<i>Per capita</i>
CAPUTIRA	5.853,89	0,62
JANUÁRIA	985.919,10	40,58
RIBEIRÃO DAS NEVES	1.710.961,07	44,17
FELIZBURGO	552.864,53	45,71
SÃO JOÃO DO PARAÍSO	857.804,74	45,74
JANAÚBA	796.944,81	47,34
ARAÇUAÍ	555.835,15	47,64
PORTEIRINHA	569.855,82	48,26
MONTES CLAROS	532.548,57	49,15
NOVO CRUZEIRO	657.101,37	50,40

*segundo informações fornecidas.
 Fonte: TCE-MG, FJP. Elaboração Própria.

Os 10 Maiores

Município	Despesa com Saúde	R\$ de 2005
		<i>Per capita</i>
GRUPIARA	17.842.893,52	986,68
CACHOEIRA DOURADA	7.666.733,23	899,62
CARNEIRINHO	2.738.261,65	706,98
SERRA DA SAUDADE	21.010.557,36	675,01
CEDRO DO ABAETÉ	1.738.818,52	663,50
ARAPORÃ	1.426.742,06	661,74
FORTALEZA DE MINAS	2.722.537,95	609,25
ÁGUA COMPRIDA	2.196.374,73	520,49
ANTÔNIO PRADO DE MINAS	1.383.617,51	473,07
TAPIRA	5.842.775,23	459,37

Fonte: TCE-MG, FJP. Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Dá-me um barco.
E tu para que queres um barco, pode-se saber, ...,
Para ir à procura da ilha desconhecida,
respondeu o homem, Que ilha desconhecida,
perguntou o rei disfarçando o riso, ...,
A ilha desconhecida, repetiu o homem, Disparate,
Já não há ilhas desconhecidas, Quem foi
que te disse, rei, que já não há ilhas desconhecidas,
Estão todas nos mapas,
Nos mapas só estão as ilhas conhecidas, E
que ilha desconhecida é essa de que queres ir à
procura, Se eu to pudesse dizer,
então não seria desconhecida...”
José Saramago: O conto da ilha desconhecida. p. 16
e 17.

1. A federação brasileira resulta de uma acomodação das desigualdades regionais e da possibilidade concreta de impedir a secessão diferindo de outros modelos que acomodam minorias étnicas. A assimetria é uma realidade nos entes e instituições federativas no Brasil. Os arranjos tributários, historicamente, tiveram um papel fundamental no amortecimento dos conflitos regionais e, ao longo do tempo, são responsáveis pela manutenção do *status quo*. O federalismo trino vigente no Brasil não encontra comparação em nenhuma das 24 federações existentes no mundo e a ênfase ao município, como ente autônomo que mais recebe transferências governamentais – quer devolutivas, quer redistributivas – exige uma atenção especial de legisladores e formuladores de políticas públicas, especialmente na área da saúde, em razão da determinação constitucional de consagrar o município como executor das ações e serviços públicos de saúde.

2. As Constituições brasileiras que tratam do tema saúde, inicialmente no modelo bismarquiano e a partir de 1988, no modelo universalista welfariano não conseguiram, de fato, implantar um financiamento público da saúde. Vários autores e inúmeros estudos mostram, inclusive, que o gasto com saúde no Brasil financiado pelo setor privado (despesas com planos de saúde, seguros de saúde, despesas diretas realizadas pelas famílias e sistemas de saúde oferecidos pelas empresas a seus funcionários) é maior que o realizado pelo setor público. A Organização Mundial da Saúde, em seu portal na internet, ao divulgar o Relatório de 2006, demonstra que tal tendência se inverteu a partir de 2003, ano que, pela primeira vez o gasto público em saúde (52,3%) supera o privado (47,7%). Nos exercícios seguintes, constata-se a manutenção do gasto público acima do percentual desembolsado pelo setor privado: em 2004: 54,1% público X 45,9% privado e no ano de 2005 tem-se 53,7% público X 46,3% privado.

3. O federalismo fiscal brasileiro tem a sua origem institucional na Segunda República, com a Constituição cooperativa de 1934, embora seja a Constituição de 1946 a verdadeira certidão de batismo do movimento municipalista brasileiro, quer pela noção clara de subsidiaridade, quer pelo sistema de vasos comunicantes das finanças públicas. O art. 15 da Carta de 1946 e seus § 2º e 4º inauguram um sistema de partilha que, nestes 60 anos de prática, vem buscando melhor eficácia. No entanto, se o modelo teórico vem amenizando conflitos ao longo do tempo, na prática ele não atende a necessidade das políticas públicas. O federalismo fiscal, portanto, não garante o “poder de gasto”, que permita a oferta de um conjunto de serviços aos brasileiros nas diferentes regiões e, mesmo, no caso de Minas Gerais aos residentes em suas dez regiões de planejamento. A década de 90 e os primeiros anos do terceiro milênio comprovam que o federalismo fiscal retrata a força da União e a fragilidade das esferas subnacionais. A elevação da carga tributária global, que salta de 22,4% do PIB em 1988 para 38,94% do PIB em 2005, com elevação de 16,5 p.p. do PIB, significa que a União se apropria de 54% desta variação, enquanto os estados são beneficiados em 21% e os municípios com 25%.

4. O Sistema Único de Saúde, conquista constitucional do povo brasileiro e fruto do movimento sanitário ocorrido nos anos 80, é subfinanciado. A Emenda

Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000 e, ainda sem regulamentação pela respectiva lei complementar, não apresenta efeitos práticos no Estado de Minas Gerais.

O Estado de Minas Gerais, em reais de 2006, recebeu recursos federais oriundos do SUS estimados em R\$420 milhões em 2002, R\$428 milhões em 2003, R\$603 milhões em 2004 e R\$577 milhões em 2005 valores equivalentes, na média, a cerca de 50% do PFE.

O gasto do Estado de Minas Gerais com o financiamento da saúde no mesmo período, em reais de 2005, são de R\$1,670 bilhões em 2002, R\$1,554 bilhões em 2003, R\$1,710 bilhões em 2004 e R\$1,720 bilhões em 2005. No mesmo período, o gasto conjunto dos 853 municípios mineiros, em reais de 2005, totaliza R\$2,134 bilhões em 2002, R\$1,565 bilhões em 2003, R\$2,073 bilhões em 2004 e R\$2,249, em 2005. Isto significa dizer que o cidadão mineiro, em 2005, dispôs para as ações e serviços públicos de saúde da importância de R\$227,00 ao longo do ano, ou seja, cerca de R\$0,60 ao dia.

O orçamento da Seguridade Social executado em 2005 demonstra que a despesa total de R\$225,536 bilhões, destinou apenas R\$17,269 bilhões para Atenção Hospitalar e Ambulatorial no SUS e R\$17,856 bilhões para outros programas do Ministério da Saúde. É importante destacar que a democratização e a politização da Sistema Único de Saúde, desde as suas origens até a recente portaria ministerial que consagra o Pacto pela Saúde, tem garantido a estabilidade do SUS – mesmo durante os anos 90 que se notabilizaram pelo ideário neoliberal de “Estado Mínimo” e “privatizante”.

Esta “SUS-imunidade”, em um contexto contrário à universalização do sistema de saúde, é uma brisa que areja a esperança de conquistarmos a “cidadania social”, mencionada por Banting & Corbert (2002).

A consolidação do SUS vem conquistando novos atores importantes de várias siglas partidárias (prefeitos, governadores, congressistas, deputados estaduais, secretários subnacionais de saúde, acadêmicos e líderes comunitários) que são vitais nas arenas decisórias de programação e execução de orçamentos públicos.

5. A complexidade do financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde exige uma mobilização constante da sociedade. A União, ente federado

com o maior poder arrecadatório, resiste a uma vinculação de seus recursos para financiar a saúde. O texto constitucional decorrente da EC-29, ao vincular os recursos orçamentários à variação do PIB, revela por inteiro a sua fragilidade.

O recente anúncio da correção dos valores do PIB brasileiro, pela modificação da metodologia do IBGE, em março de 2007, demonstra o equívoco da opção. É evidente que não haverá compensação em orçamentos futuros da diferença apurada e ainda assim, se tal fato ocorresse, não teríamos a eficácia e a efetividade do recurso, pois o fluxo do aporte não teria continuidade.

O Tribunal de Contas da União tem alertado o Ministério da Saúde e a Presidência da República que a Lei de Diretrizes Orçamentárias é a peça legal que disciplina o gasto em saúde, não reconhecendo o vazio em face a não-regulamentação da EC-29. Quando comparamos o gasto em saúde, do governo federal, no período de 1995-2004, constatamos que, em reais de 2004, o gasto de 1995 (R\$41,3 bilhões) é maior que o de 2004 (R\$38,1 bilhões) e que a vigência da EC-29 não trouxe aporte novo: R\$39,8 bilhões em 2000 e R\$ 38,1 bilhões em 2004, com valores de dezembro de 2004, deflacionados pelo IGP-DI mês a mês. As contribuições sociais são, de longe, a principal fonte de financiamento, mas variam amplamente ano a ano: em 1995 a CSLL aportou R\$20,3 bilhões para o gasto total de R\$41,3 bilhões e, em 2004 a CSLL aportou R\$12,4 bilhões para o gasto total de R\$38,1 bilhões.

Para quem entende de execução orçamentária, a leitura é clara e imediata: o governo federal não quer ter nenhuma contribuição social vinculada ao financiamento da saúde. Como atualmente as contribuições sociais correspondem a 87% do financiamento dos gastos públicos em saúde e não há possibilidade de distinguir a parcela da DRU e dos Impostos lançados na rubrica “recursos próprios” porque não vincular gastos em saúde com as contribuições sociais recolhidas pelo governo federal preferencialmente mesclando as que incidem sobre o faturamento com as referentes ao lucro.

6. É urgente a necessidade da regulamentação da EC-29, com a definição de ações e serviços públicos de saúde em projeto de lei complementar. Objetivando regular o § 3º do art. 198 da CF 1988 foi apresentado em 18/2/2003 pelo Deputado Roberto Gouveia o PLC-1/2003 que recebeu na sua tramitação o Substitutivo na Comissão de Seguridade Social, da lavra do Deputado Guilherme

Mendes e 14 emendas (9 na Comissão de Constituição e Justiça – Deputado José Pimentel e 5 na Comissão de Finanças e Tributação – Deputado Luis Carlos Hauly). Além disso, a ele foram apensados os PLCs 159/2004 e 181/2004. Na última legislatura, a tramitação desse projeto de lei complementar encerrou-se em 26/4/2006, quando a matéria não foi apreciada em face da não conclusão da apreciação da medida provisória n° 276; na atual legislatura o desarquivamento da matéria foi realizado através do Requerimento n° 20/2007, apresentado à Mesa Diretora da Câmara dos Deputados em 6/2/2007, pelo Deputado Geraldo Resende. A proposição em tela caminha no mesmo sentido da Resolução n° 322 do CNS, listando as possibilidades e impedimentos dos gastos públicos em saúde. Destaca-se que, enquanto não ocorrer a regulamentação da EC-29, as LDOs (federais, estaduais e municipais) representam o sítio adequado para as diretrizes dos gastos em ações e serviços públicos de saúde. No Brasil, desde a vigência da EC-29, o gasto com saúde, por ente federado, vem se alterando significativamente: diminuem os aportes da União (13,8%) e elevam-se as despesas de estados (25,9%) e municípios (24,9%), isto no breve período 2003/2000.

7. A descentralização dos gastos do MS fica demonstrada no Gráfico 18 desta tese quando se comprova que os recursos do MS em aplicações diretas vão se reduzindo (71,4% em 1995 e apenas 30% em 2004), enquanto as transferências a estados e municípios vão se elevando (7,9% em 1995 para cerca de 60% em 2004). Tais modificações decorrentes das NOBs e NOAs são agora consolidadas no “Pacto pela Saúde”, conforme Portaria MS/GM n° 687, de 30 de março de 2006, com suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS – firmado entre as três esferas de governo. Em 27 de julho de 2006, o Estado de Tocantins tornou-se o primeiro estado brasileiro a aderir ao Pacto pela Saúde. Os objetivos do pacto são amplos e ele pretende, de modo explícito, definir as responsabilidades e atribuições de cada esfera federada (União, Estados e Municípios) na condução do sistema público de saúde, por meio de assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, que substituirá os processos de habilitação vigentes.

O Pacto pela Saúde (www.saude.gov.br) estabelece metas e compromissos sanitários prioritários para os integrantes do SUS (redução anual de 5% da mortalidade infantil e materna, controle das doenças emergentes e endemias – tais como dengue, hanseníase, tuberculose –, redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama), além de tratar da implantação da política nacional de saúde do idoso, a elaboração e implantação de uma política nacional de promoção da saúde e o fortalecimento da atenção primária à saúde, tendo como principal estratégia o Programa Saúde da Família.

O sistema de financiamento federal do SUS será totalmente modificado, elegendo-se apenas cinco grandes blocos de gastos em ações e serviços públicos de saúde: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

8. A preocupação com a vinculação de um percentual da receita para o financiamento da saúde é antiga; em Minas Gerais os constituintes de 1935 discutiram o tema. Na IV Constituinte mineira, impossibilitados pela Carta Magna de estabelecerem vinculação, inovam ao dispor na CE-1989, no § 1º do art. 158, que “os recursos para programas de saúde, não serão inferiores aos destinados aos investimentos em transporte viário”. Na análise da série histórica (1989-2005), constata-se que o maior gasto em saúde pelo Tesouro estadual ocorreu em 1995 e que o valor liquidado pelo Estado em 2005 (R\$1,72 bilhões) é apenas 14,95% maior que o aplicado em 1989 (R\$1,15 bilhões), comparados na mesma moeda – reais de 2005, corrigidos pelo IGP-DI médio.

9. A vigência da EC-29 e o seu cumprimento pelo Estado de Minas comprovam a necessidade de sua regulamentação. Conflitam-se duas metodologias: a do CNS, que embasa o Siops e a do TCE-MG, que fundamenta o Balanço Geral do Estado. Conforme demonstrado nas Tabelas 44 e 45, a diferença de critério resulta em números díspares. No conceito amplo (BGE, TCE-MG) no período de 2000-2005 o gasto próprio do Estado de Minas Gerais em saúde é de R\$7,302 bilhões, enquanto no conceito CNS (Siops) totaliza R\$4,395 bilhões, ou seja, uma diferença de R\$2,907 bilhões.

A ausência de regulamentação da matéria altera profundamente a intensidade do financiamento público da saúde.

10. Em Minas Gerais, coexistem dois grandes subsistemas de saúde. O Suplemento da Saúde (PNAD, 98 - IBGE/MS) identifica que 25,98% dos mineiros dispõem de “plano de saúde”, enquanto 74,02% da população do estado é assistida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O financiamento público das ações e serviços públicos de saúde pelo conjunto dos 853 municípios mineiros é reconhecido no banco de dados elaborado a partir de três fontes: Fundação João Pinheiro, que publica os índices para a distribuição dos 25% do ICMS, conforme a Lei nº 12.040, de dezembro de 1995 (conhecida como “Minas por Minas” ou “Lei Robin Hood”) e sucedâneas, normatizada no Decreto nº 13.803/2000 9SEF-MG, da Tabela 57 desta tese); Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (Anexos I-B e II-B, Instrução Normativa nº 11) e Siops (Nota Técnica nº 50/2003, de 18 de novembro de 2003).

Tais dados integram os Anexos desta tese. Utilizando as Tabelas 62 e 63, demonstramos que 66,8% dos municípios mineiros cumpriram o disposto na EC-29 e que, em 2002, no critério Siops da despesa total liquidada, de R\$2,440 bilhões, 48,50% foram com recursos próprios municipais, totalizando R\$1,184 bilhões. O levantamento inédito do TCE-MG em 424 municípios auditados em 2004, revela que 114 não cumpriram a EC-29, realçando um ponto que não tem frequentado a agenda do SUS, mas que é essencial, isto é, o controle externo *in loco* das contas da saúde.

Tal verificação torna-se ainda mais necessária quando demonstramos na Tabela 74 que as transferências voluntárias do Tesouro Nacional a municípios correspondem a R\$3 bilhões .

11. A evolução da despesa executada por função de governo no Estado de Minas Gerais, apresentada na Tabela 80, permite inferir que a função saúde vem se mantendo no mesmo patamar: 7,63% em 2001 e 7,75% em 2005. Porém, quando se faz o detalhamento do gasto (Tabela 82) em cada programa de saúde que totaliza R\$2,919 bilhões, os conceitos de “clientela fechada” e “saneamento” se destacam. Quero realçar que a Unidade Orçamentária que mais realizou despesas foi o Fundo Estadual de Saúde (R\$1,007 bilhões), mas o gasto com o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – Ipsemg – e o Instituto de Previdência de Servidores Militares de Minas Gerais – totaliza

R\$0,484 bilhões, investimentos em expansão e implantação sanitária da Copasa representam R\$0,504 bilhões, além de benefícios previdenciários de R\$0,146 bilhões, ou seja, um dispêndio de R\$1,134 bilhões em “programas de saúde” que não estão relacionados ao SUS. Esta informação é essencial aos que pretendem analisar os gastos públicos em saúde e embasam os seus fundamentos em Balanços Gerais.

12. A existência da EC-29 torna inócuo o dispositivo constitucional previsto no § 1º do art. 158 da CE 1989, pois, conforme demonstramos na Tabela 83, o gasto em transporte e sistema viário tem sido quatro vezes menor que o gasto em saúde. Daí a conclusão por emenda constitucional supressiva da matéria.

13. A causa prevalente de internação hospitalar no SUS em 2005 é a relacionada a gravidez (21,2% do total), sendo preocupante o fato de, em cerca de 20% dos eventos, a mãe ser menor de 19 anos. O tema “gravidez na adolescência” deve ocupar a agenda na formulação de política pública, embora não integre o elenco da Política Nacional de Promoção da Saúde. Tal necessidade é demonstrada na Tabela 88 e no Gráfico 42.

14. O Plano Plurianual de Ação Governamental, Lei nº 15.033, de 2003, prevê duas ações estruturadoras na área da saúde: “saúde em casa” e “regionalização da assistência à saúde”. No ano de 2005, a despesa total da saúde no Estado, utilizando-se os critérios do TCE-MG, foi de R\$1,852 bilhões (12,33% da receita disponível) e a despesa liquidada para os programas estruturadores da saúde foram de R\$114.178.000,00 para o “saúde em casa” e de R\$114.826.296,13 para a “regionalização da assistência à saúde”, ou seja, 12,31% dos gastos em saúde.

15. O impacto do número de equipes e municípios participantes do Projeto Estruturador “Saúde em Casa” e PSF, conforme dados da SES-MG revela que em 1995, ano em que Minas Gerais fez o maior aporte em saúde pública, existiam 22 municípios e 42 equipes do PSF e, em 2006, o total de municípios participantes é 819 com 3.432 equipes.

16. Em Minas Gerais, a exemplo do que ocorre no Brasil, as transferências federais do SUS seguem estrada oposta ao Fundo de Participação dos Municípios e repasse da cota-parte do ICMS. Os municípios mineiros com baixa arrecadação própria se beneficiam dos recursos transferidos pelo PAB variável enquanto o custeio dos serviços de alta e média complexidade redistribuem recursos para os municípios maiores e Belo Horizonte. No âmbito estadual, o ICMS é o principal financiador do sistema público da saúde. Logo, quem mais financia a saúde pública no Brasil são as contribuições sociais e o imposto do consumo. Tal fato caracteriza o aspecto regressivo do financiamento público da saúde no Brasil.

17. A análise do PMDI com o PPAG, LDOs e LOAs revela uma consistência na área da saúde na execução dos projetos estruturadores, mas não consagra o Fundo Estadual de Saúde como unidade orçamentária de saúde em Minas Gerais.

O único exercício em que tal fato ocorre – 2001 – se justifica pelo fato da ALMG se impor ao veto do Governador e inscrever no texto a vinculação de 8,25% de gastos em saúde no âmbito do SUS.

Analisando o período 2000-2005, constatamos que a despesa com saúde per capita vem se mantendo em torno de 10% do total da arrecadação do estado.

18. O conceito de “economia da saúde”, visto como o estudo e a pesquisa sistemática de princípios da economia aplicados a questões estratégicas e operacionais do setor saúde, não pode se distanciar do “planejamento em saúde”. No momento em que o “Pacto pela Saúde” reafirma a necessidade da defesa do SUS e a repolitização da sua discussão, é necessário lembrar as origens do movimento reformista sanitário brasileiro que utilizou, com competência, duas estratégias: ocupação do Estado, com a implementação de experiências de reorganização dos serviços de saúde no nível local e articulação com a sociedade civil organizada em todo o tempo.

Em 1961, o estatuto da Aliança para o Progresso afirmava que saúde constitui um requisito essencial e prévio ao desenvolvimento econômico. O papel do Estado na regulamentação da oferta e da demanda de serviços de saúde é fundamental. SINGERIST (1941) permanece mais atual do que nunca: “A saúde é

um padrão decente de viver, com boas condições de trabalho, educação, atividade física, descanso e recreação. A saúde não é a ausência de doença, mas uma atitude positiva para a vida e uma aceitação das reciprocidades que a vida nos dá”.

19. O tratamento jurídico dado às questões relacionadas à saúde no Brasil consolidou também na área do Direito um ramo específico. Refiro-me ao “Direito Sanitário”, decorrente do fato de o Direito brasileiro possuir um conjunto de normas jurídicas especialmente voltado à regulação das ações e serviços de interesse da saúde: desde a CF 1988 até as normas infralegais que conformam o SUS, mostrou-se um arcabouço que rege a relação com a sociedade. O reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental (art. 6º e 196 da CF) e como um dever do Estado fez com que a amplitude da regulação estatal se tornasse mais visível à população. Em termos sintéticos podemos afirmar que “o Direito Sanitário é o ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde”.

20. Esta tese não é um fim em si mesmo. Assim como a sociedade brasileira vem construindo o Sistema Único de Saúde há décadas, tenho a convicção de que o estudo das políticas e técnicas de acompanhamento de execução dos orçamentos públicos são elementos importantes para melhorar a eficiência e a efetividade da *performance* dos serviços públicos. Espero que este estudo pioneiro do financiamento da saúde no Estado de Minas Gerais possa incentivar outros pesquisadores e autores, e “com sístoles e diástoles”, como é a essência da vida, a contribuir para os avanços da saúde, reconhecidamente um bem social e coletivo.

Minas Gerais. Soma de montanhas com suas riquezas minerais e campos de agricultura e pastoreio. Terra de Luzia, a primeira habitante de Minas Gerais.⁵⁸ Terra das Minas e das Gerais. Sertões e veredas. Berço e morada da liberdade.

Inspirado no sentimento libertário que se respira em Minas Gerais, tenho a convicção de que o tema estudado não se esgota nesta tese, mas as informações

⁵⁸ Em 1975, arqueólogos que pesquisavam a região de Lagoa Santa, encontraram cerca de um terço de um esqueleto humano: mulher de metro e meio, com pouco mais de vinte anos de idade, teria vivido 11.500 anos atrás. Nomeada “Luzia”, em referência à africana Lucy, de 3,2 milhões de anos, localizada na Etiópia, é carinhosamente reconhecida como a primeira habitante de Minas Gerais.

pesquisadas justificam o embate constante dos que militam no campo da saúde coletiva, no sentido de preservar a saúde como direito social e inerente à cidadania. Terminei, como comecei: O tempo não pára. Cada dia é uma nova oportunidade para politizar a saúde, na busca da dignidade.

É gratificante ver que o final, na verdade, é o recomeço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, S. H. **Os despossuídos**: crescimento e pobreza no país do milagre. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- ABRUCIO, F.L. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo. Hucitec, 1998.
- ABRUCIO, F.L.; COUTO, V. M. F. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisa, 12)
- AFFONSO, R. B. **Federalismo tributário e crise econômica no Brasil: 1975:1985**. 1988. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas.
- AFFONSO, Rui de Britto Álvares et al. (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. 376 p. il. (Federalismo no Brasil).
- AFONSO, José Roberto Rodrigues et al. **Uma análise da carga tributária do Brasil**. Brasília: IPEA, 1998 (Texto para Discussão, 583).
- AFONSO, José Roberto Rodrigues. **A contribuição dos estados e municípios para a melhoria dos indicadores fiscais brasileiros**. Apresentação realizada no Fórum Nacional de Secretários de Planejamento, em Aracajú, em 6/3/2006. Disponível em: <<http://www.joserobertoafonso.ecn.br>>.
- AFONSO, José Roberto Rodrigues. **Gestão municipal: o desafio**. Apresentação elaborada para seminário Um Olhar Social sobre O Orçamento Público, na sessão realizada em Belo Horizonte, em 19/8/2005. Disponível em: <<http://www.joserobertoafonso.ecn.br>>.
- AFONSO, José Roberto Rodrigues; LOBO, T. **Federalismo fiscal**. Rio de Janeiro. IPEA, 1987. (Texto de Discussão Interna, 12).
- AITH, F.M.A. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade Saúde Pública, São Paulo.
- ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. **As especificidades do sistema de inovação do setor saúde**: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro . Belo Horizonte: FEJBE, 2000.
- ALFRADIQUE, M. E.; MENDES, E.V. **As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS**: nota prévia. Belo Horizonte, 2002.
- ALMEIDA, C. A reforma sanitária brasileira: um balanço. In: SEMINÁRIO POLÍTICAS DE SAÚDE NO CHILE E BRASIL: PERSPECTIVAS DE FUTURO, 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R.B.A.; SILVA, P.B. (Org.) **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- ALVES, Luiz Fernando. **Impactos do Estado de saúde sobre os rendimentos individuais no Brasil**. 2002. 116p. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte.

ALVIM, Lúcia Teixeira. Federalismo, descentralização e política de saúde. **Revista do Legislativo**, Belo Horizonte, n. 25, p. 50-58, jan./mar. 1999.

ALVIM, Lúcia Teixeira. Saúde: obstáculos e avanços. **Revista do Legislativo**, Belo Horizonte, n.8, p.50-57, jul./dez. 1994.

ANAIS do Seminário Inconfidência Mineira e Revolução Francesa – bicentenário 1789-1989. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 4, n. 2-3, maio/dez. 1989.

ANDRADE, M. V.; ALVES, L.F. Impactos do estado de saúde sobre os rendimentos individuais no Brasil e em Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 10, 2002 em Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2002.

ARAÚJO, Érika. **Carga tributária, evolução histórica**: uma tendência crescente. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. (Informe SF, 29).

ARAÚJO, Érika. **Entre o ajuste fiscal, a reforma tributária e a vinculação à saúde**: a trajetória das contribuições sociais no Brasil. Brasília: Ministério de Saúde, 2001. (Relatório de pesquisa).

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.2, p.331-345, 2003.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.14, n.40, p.111-141, jun. 1999.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **American Economic Review**, v.53, n.5, p.941-973, 1963.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **A experiência suds e os desafios da reforma sanitária**: contribuição da ABRASCO ao processo de construção do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Pelo direito universal à saúde**: contribuição da ABRASCO para os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

ATALIBA, Geraldo. **República e Constituição**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

BAETA, A.M.C. Administração municipal e descentralização política: notas para uma discussão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.100-107, 1989.

BAHIA, Ligia. **Planos e seguros saúde**: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. Tese (Doutorado). FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BALEEIRO, Aliomar. **Constituições brasileiras: 1891**. Brasília: Senado Federal, 2001. 121 p.

BALEEIRO, Aliomar; LIMA SOBRINHO, Barbosa. **Constituições brasileiras: 1946**. Brasília: Senado Federal, 2001. 134 p.

BANCO DE DESENVOLVIMENTO DE MINAS GERAIS. **Minas Gerais do Século XXI**. Coordenação de T.B. Guimarães. Belo Horizonte: Rona, 2002. 10v.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial, 1993**. Oxford: BIRD, 1993.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Teoria geral do federalismo**. Belo Horizonte: FUMARC/UCMG, 1982.

BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401).

BASTOS, Celso; MARTINS, Ives Gandra. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988. v. 1.

BASTOS, Wilson de Lima: **Caminho novo: a espinha dorsal de Minas**. Juiz de Fora: FUNALFA, 2004. 188 p.

BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; ABREU, Ricardo Vidal. **Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos**. Brasília: Departamento de Economia da Saúde, 2005.

BIASOTO JÚNIOR, G. **A questão fiscal no contexto da crise do pacto desenvolvimentista**. 1995. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas.

BIASOTO JÚNIOR, G. et al. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Cadernos de Economia da Saúde, n. 1)

BLANCO, F. **Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gesto público no federalismo brasileiro**. 1998. 117p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Economia, Rio de Janeiro.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

BOBBIO, Norberto.; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora UnB, 1994.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 401-402. 2002.

BOHRER, George C. **Da monarquia à república: história do partido republicano no Brasil (1870-1888)**. Rio de Janeiro, MEC, 1954.

BONNAVIDES, Paulo. **Teoria constitucional da democracia participativa: por um direito constitucional de luta e resistência, por uma nova hermenêutica, por uma nova repolitização da legitimidade**. São Paulo: Malheiros, 2001.

BORDIN, L. C. V. A carga tributária brasileira em 2001. **Estudos Econômicos Fiscais**, Porto Alegre, Ano 8, n. 1, jun. 2002.

BORGES, A.; VILELA, T. Receita total dos municípios. **Revista dos Municípios Mineiros**, Vitória, v. 3, 2001.

BORJA, Jordi. As cidades de planejamento estratégico: uma reflexão europeia e latino-americana. In: FISCHER, Tânia (org.) **Gestão contemporânea: cidades estratégicas e organizações locais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

BRANDÃO, Maria H.; SCOTTI, Ricardo F. **Relatório dos encontros macroregionais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde com as Comissões Intergestores Bipartites**. Brasília: MS/SAS, 1995.

BRANT, I.M. **O papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais.** 2004. Monografia (Especialização em Política Social de Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, PREPES. Belo Horizonte.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Proposta de emenda à Constituição n. 82-C de 1995.** Brasília: Câmara, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

BRASIL. EC nº 29: valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde interpretações controversas e suas implicações no Orçamento da União. (Estudo n. 84/2001). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília. 2001.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.178, 14 set. 2000. Seção I. P1.

BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei n. 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. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção I.

BRASIL. Leis, decretos, etc. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.322, de 08 de maio de 2003.** Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília: CNS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Procuradoria Geral da República n. 529, de 30 de abril de 1999. Trata da institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.82. 3 maio 1999. Seção II. p.16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 216, 7 nov. 2002. Seção I. p. 50-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3925, de 13 de novembro de 1998. Institui o manual da atenção básica, regulamentando a aplicação dos recursos do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.86, n.220E, p.8, 17 nov. 1998. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000. Trata da institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 203, 20 out. 2000. Seção I. p. 27-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica 50/2003.** Apresenta dados da aplicação dos percentuais de recursos próprios em ações e serviços de saúde, referentes ao período de 2000 a 2003. Brasília: Departamento de Economia da Saúde. Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica: 009/2005.** Apresenta os dados dos Estados, do exercício de 2003, referentes à aplicação de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a EC 29 (aprovada em 18/03/2005). Brasília: Departamento de Economia da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica: 49/2006**. Divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício social de 2004, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000 e nas diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 08 de maio de 2003. Brasília: Departamento de Economia da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Nota técnica 02-A/2007**. Divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício de 2005, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000 e pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 08 de maio de 2003. Republica os anexos 1 e 2 da Nota Técnica no 49/2006. SIOPS/DES/SCTIE/MS. Retifica os dados de SP, PA, RN, PE e PB. Brasília: Departamento de Economia da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **A Implantação da EC-29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003. Brasília: SIOPS, 2005. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implantacao_EC_29_dados_SIOPS.PDF>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Nota Técnica n. 9/2005**. Brasília: SIOPS, 2005. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/publicacoes.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde; Brasil. Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Procuradoria Geral da República nº 529, 30 de abril de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.82, 3 maio 1999. Seção II. p.16.

BRASIL. O impacto da DRU no Orçamento de 2003. (Estudo n. 59/2003). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília. 2003.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000.

BRASIL. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Presidência da República. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.473, de 22 de julho de 1997. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 1998 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 jul. 1997.

BRASIL. Suplementação do Bolsa-Família da Saúde: PLN n. 02/2005. (Nota Técnica 03/2005). Consultoria de Orçamentos e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (COFF)/Câmara dos Deputados: Brasília. 2005

BUENO, José Antônio Pimenta. **Direito público brasileiro e análise da Constituição do Império**. 2.ed. Brasília: Senado Federal, 1978.

CALDER, R. **O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar**. São Paulo: Boa Leitura, 1970.

CÂMARA, Maria Helena Ferreira da. O conceito moderno de federação. **Revista de Informação Legislativa**, v. 18, n. 71, p. 23-42, jul./set. 1981.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A construção do SUS a partir do município. **Saúde em Debate**, Londrina, v.51, n.98, jun. 1993.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucilec, 1997. 220 p. (Saúde em debate, 52).

CAMPOS, Helena Guimarães; FÁRIA, Ricardo de Moura. **História de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Lê, 2005.

CARNEIRO, G. **História das revoluções brasileiras**. Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1965.

CARONE, Edgard. **O Estado Novo: 1937-1945**. Rio de Janeiro. Difel, 1976.

CARVALHEIRO, J. R. Os desafios para a saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.13, n. 35, p.7-38, jan./abr., p.7-38, 1999.

CARVALHO, A. M. Estado, Descentralização e sustentabilidade dos governos locais no Brasil. **Economia, Sociedad y Territorio**, México, v. 3, n. 12, p.539-556, 2002.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v.1.

CASTRO, F. Repartição da receita federal. In: MATTOS FILHO, Ary O. (Coord.). **Reforma fiscal-coletânea de estudos técnicos**. São Paulo: Dórea, 1993. v.1, cap. 10, p. 211-224.

CASTRO, M. H. G. Descentralização e política de saúde: tendências recentes. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.5, p.105-121, jun. 1991.

CAVALCANTI, T.; BRITO, L.N.; BALLEIRO, A. **Constituições Brasileiras: 1967**. Brasília: Senado Federal, 2001. 186 p.

CKAGNAZAROFF, I. B. A nova Constituição: uma nova administração municipal? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.104-107, 1989.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 322, de 08 de maio de 2003**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n 2, p.319-328, 2001.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991. 184 p. (Coleção Saúde, n.1)

DAIN, S. **As contribuições sociais no contexto de uma reforma tributária: aperfeiçoamento das bases de arrecadação e sua adequação ao financiamento dos programas de Seguridade Social**. Brasília: IPEA, 1998a (Relatório de Projeto).

- DAIN, S. **Crise fiscal e dilema distributivo**. 1988. Tese (Concurso Professor Titular) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Economia e Administração, Rio de Janeiro.
- DAIN, S. **Do direito social à mercadoria**. 2000. Tese (Concurso Professor Titular) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento em saúde. In: NEGRI, B; DI GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p.233-290.
- DAIN, S. et al. Equívocos e manipulações em torno da questão fiscal. In: TAVARES, Maria da Conceição; DAVID, Maurício Dias. (Ed.). **A economia política da crise: problemas e impasses da política econômica brasileira**. Petrópolis: Vozes, 1982.
- DAIN, S. Federalismo e reforma tributária. In: AFFONSO, Rui; SILVA, Pedro Barros (Org.) **A federação em perspectiva: ensaios selecionados**. São Paulo: FUNDAP, 1995.
- DAIN, S. **Haloween e o ajuste fiscal**. Rio de Janeiro, 1998 (mimeo).
- DAIN, S. Impasses de uma reforma tributária em tempos de crise. In: VELLOSO, João Paulo dos Reis (Org.). **Combate à inflação e reforma fiscal**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**, n.17, p.113-140, dez. 2001.
- DAIN, S.; ARAÚJO, E.A. **Entre o ajuste fiscal, a reforma tributária e a vinculação à saúde: a trajetória das contribuições sociais no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- DAIN, S.; CAETANO, R. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos : velhos problemas, mais desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.11-21, 2002.
- DAIN, S.; FAVERET, A. C. Entre o neofederalismo e o ornitorrinco. **Inteligência**, Rio de Janeiro, Ano 2, n. 6, p. 43-52, fev./abr. 1999.
- DAIN, Sulamis; SOARES, Laura T.; CASTILHO, Marta R.: O financiamento da previdência social no contexto de uma nova reforma tributária. In: CARDOSO, Renato Fragelli et al. **A previdência social e a revisão constitucional**. Brasília: MPS/CEPAL, 1993.
- DALLARI, D. A **O Estado Federal**. São Paulo: Ática, 1986.
- DRAIBE, Sonia; HENRIQUE, Wilnês. Welfare State, crise e gestão da crise. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.3, n.6, p.53-78, 1988.
- DUARTE, C. M. R. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas. Unicamp. 2001. p.363-406.
- ELAZAR, D. J. **Exploring federalism**. Tuscaloosa: The University of Alabama Press. 1987.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-115, 1991.
- FARIA, M.A.; DULEI, O.S. **Diálogo com o tempo: 170 anos do legislativo mineiro**. Belo Horizonte: ALMG, 2005. 390p.

FAVERET, A. C. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

FAVERET, A. C. S. et al. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde**: Emenda Constitucional n. 29/2000 – Brasília: Ministério da Saúde, Secretária da Gestão de Investimentos em Saúde, 2001. 36 p.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

FERNANDES, M.A. et al. **Gasto social das três esferas de governo**: 1995. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, n. 598).

FERRARI, Regina Maria Macedo Nery. **Elementos de direito municipal**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

FIORI, J. L. **O federalismo frente ao desafio da globalização**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1958. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 115).

FLEURY, Sonia. Em busca de uma teoria do Welfare State. In: FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p. 101-118.

FRIEDMAN, MEYER **As dez maiores descobertas da medicina**. São Paulo. Companhia das Letras, 2000.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. **Análise do sistema de partilha de recursos na federação brasileira**. São Paulo, FUNDAP, 1998. (Primeiro Relatório Parcial, v.1).

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas de desenvolvimento humano do Brasil**. Belo Horizonte: FJP, 2002.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Gasto federal com assistência à saúde em Minas Gerais**: um estudo sobre a desigualdade na distribuição de recursos financeiros. Belo Horizonte: CEES, 1997.

FURTADO, João Pinto. **O manto de Penélope**: história, mito e memória da Inconfidência Mineira de 1788-9. São Paulo: Cia. das Letras, 2002.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. D. **Finanças públicas**. Rio de Janeiro, Campus, 2000. 470 p.

GIOVANELLA, Lígia: Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.2, p.129-153, abr./jun. 1990.

GIOVANELLA, Lígia; RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Defesa dos consumidores e regulação dos planos de saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Regulação e saúde**: estrutura, evolução e perspectiva da assistência médica suplementar; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

GOMES, G. M.; MACDOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios**: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, 2000. (Texto para Discussão, n.706).

GOULART, F. A. **Municipalização: veredas**: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. Brasília: ABRASCO/CONASEMS, 1996. (Série Saúde Movimento, 2).

- GOULART, Flávio A. et al. Descentralização e relações intergovernamentais. Brasília, 1994. (Relatório do Subgrupo V para o Grupo de Trabalho Interministerial para Racionalização dos Gastos com Saúde e Melhoria do Atendimento à População).
- HADDAD, P. R. Força e fraqueza dos municípios de Minas Gerais. **Cadernos do BDMG**, Belo Horizonte, n.8, abr. 2004.
- HOBBSAWN, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HORTA, Raul Machado. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.
- HORTA, Raul. **A autonomia do Estado-membro no direito constitucional brasileiro**. Belo Horizonte: Santa Maria, 1964. 362 p.
- HUNTINGTON, Samuel P. **O choque das civilizações**. Rio de Janeiro. Objetiva, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000
- IUNES, R. F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.) **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 2002.
- JAEGGER, M.L.; CARVALHO, G. **A questão do financiamento suficiente e definitivo para a saúde: as PEC's e o ano de 1998**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1998.
- Juiz de Fora. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 08 jul. 2004. Diário do Executivo, p.4.
- KRUGMAN, P. R.; OBSTFELD, M. **International economics: theory and policy**. 3rd. ed. New York: Hasper, 1994.
- KUGELMAS, Eduardo. A evolução recente do regime federativo no Brasil. In: HOFMEISTER, W.; CARNEIRO, J. M. B. (Org.) **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenaver, 2001. (Série Debates, n.22).
- KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1975.
- KYMLICKA, WILL. Federalismo e secessão: no Ocidente e fora dele. Traduzido por Roberto Cataldo Costa. In: BALDI, Cesar Augusto (Org.). **Direitos humanos na sociedade cosmopolita**. Rio de Janeiro: Renovar: 2004. p. 496-497.
- LEVCOVITZ, Eduardo. **Transição X consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS**. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
- LIMA, Luciana Dias. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Tese de Doutorado. UERJ. IMS. Rio de Janeiro, 2006.
- LOBO, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.14-24, jan./mar. 1988.
- LOPREATO, F. L. C. Um novo caminho do federalismo no Brasil? **Economia e Sociedade. Campinas**, n.9, p.95-114, dez 1997.
- LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. **O colapso das finanças estaduais e a crise da federação**. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-96, 1991.

LUZ, Milton. **A história dos símbolos nacionais**: a bandeira, o brasão, o selo, o hino. Brasília: Senado Federal, 2005. 212 p.

MACHADO, E. N. M.; FONTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.99-111, 2004.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Pacto federativo**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

MANSUR, M.C. **O financiamento federal da saúde no Brasil**: tendências da década de 1990. 2001. Dissertação (Mestrado) – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública.

MARQUES, Rosa Maria. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago do Chile: Cepal, 1999. (Série Financiamento del desarrollo, n. 82).

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Aquilas. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5, 1999, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRES, 1999. p. 213-237.

MARTINS, A. M. A. A Lei Robin Hood como instrumento para a redução das heterogeneidades das regiões mineiras: análise de seus objetivos e resultados através de um exercício de convergência. **Nova Economia**, Belo Horizonte, n. esp., p.55-119, 1999.

MEDEIROS, Patrícia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M.F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, set./dez. 2005.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 2002.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanço e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Ed. Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MÉDICI, A. C. **Gastos com a saúde nas três esferas de governo**: 1980-1990. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1993.

MÉDICI, André César. Descentralização e gastos em saúde no Brasil. In: AFFONSO, R.B.A.; SILVA, P.B. (Org.) **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, São Paulo, 1996.

MÉDICI, André César. **Gastos com saúde nas três esferas de Governo**: 1980 a 1990. São Paulo: IESP/FUNDAP, 1993.

MENDES, Áquilas Nogueira. **Financiamento, Gasto e Gestão do Sistema Único de Saúde**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP para obtenção do título de Doutor em Economia. Campinas, 2005.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1998.

MENICUCCI, Telma M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **A nova Constituição Federal e o processo constituinte mineiro**. Belo Horizonte, ALMG, 1988.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **Simpósio Minas Gerais e a Constituinte: saúde e Constituinte**. Belo Horizonte, ALMG, 1987.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **Simpósio Minas Gerais e a Constituinte: fase I**. Belo Horizonte: ALMG, 1986. p. 555.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa. Conselho de Informação e Pesquisa. **Constituintes mineiros**. Belo Horizonte: ALMG, 1989.

MINAS GERAIS. Assembléia Legislativa. Secretaria-Geral da Mesa. **Assembléia constituinte mineira e constituintes mineiros**. Belo Horizonte: ALMG, 1989. 274 p.

MINAS GERAIS. **Constituição do Estado de Minas Gerais: de 1891, de 1935, 1945, 1947, 1967 e suas alterações**. Belo Horizonte: ALMG, 1988. 420 p.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 34.505, de 19 de janeiro de 1993. DISPÕE sobre a correção dos valores constantes da Lei 11.043, de 15 de janeiro de 1993. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 20 jan. 1993. Diário do Executivo, p.10.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 35.273, de 29 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a correção dos valores constantes da Lei 11.356, de 28 de dezembro de 1993. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 30 dez. 1993. Diário do Executivo, p.5.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 35.702, de 12 de julho de 1994. Dispõe sobre procedimentos orçamentário, financeiro, patrimonial e contábil a serem adotados, em decorrência da implantação do real. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 13 jul. 1994. Diário do Executivo, p.3.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Decreto nº 39.223, de 10 de novembro de 1997. Aprova o regulamento do Fundo Estadual de Saúde - FES, criado pela Lei 11983, de 14 de novembro de 1995. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 11 nov. 1997. Diário do Executivo, p.6.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.094, de 29 de dezembro de 1989. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal e do orçamento de investimentos das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1990. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 30 dez. 1989. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.234, de 18 de julho de 1990. Estabelece diretrizes para o orçamento fiscal e o orçamento de investimento das empresas estatais do Estado de Minas Gerais, para o exercício de 1991. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 19 jul. 1990. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.365, de 28 de dezembro de 1990. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 1991. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 29 dez. 1990. Diário do Executivo, p.18.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.487, de 25 de julho de 1991. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimentos das empresas estatais do estado de minas gerais para o exercício de 1992. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 26 jul. 1991. Diário do Executivo, p.21.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.578, de 30 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o plano plurianual de ação governamental para o quadriênio 1992-1995 e da outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 31 dez. 1991. Diário do Executivo, p.3.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.622, de 15 de janeiro de 1992. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de

investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1992. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 16 jan. 1992. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.807, de 13 de julho de 1992. Autoriza o poder executivo a suplementar o orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e o orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 14 jul. 1992. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.862, de 6 de agosto de 1992. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimentos das empresas estatais do Estado de Minas Gerais para o exercício de 1993. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 08 ago. 1992. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 10.927, de 20 de novembro de 1992. Dispõe sobre a primeira revisão do plano plurianual de ação governamental para o triênio 1993-1995 e da outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 21 nov. 1992. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.043, de 15 de janeiro de 1993. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 1993. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 16 jan. 1993. Diário do Executivo, p.6.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.175, de 5 de agosto de 1993. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo Estado de Minas Gerais para o exercício de 1994. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 06 ago. 1993. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.329, de 13 de dezembro de 1993. Eleva o limite fixado no artigo 11 da lei 11.043, de 15 de janeiro de 1993, para o poder executivo realizar operações de crédito. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 14 dez. 1993. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.356, de 28 de dezembro de 1993. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do estado de minas gerais e do orçamento de investimentos das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 1994. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 29 dez. 1993. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.546, de 27 de julho de 1994. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo Estado de Minas Gerais para o exercício de 1995. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 28 jul. 1992. Diário do Executivo, p.3.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.643, de 17 de novembro de 1994. Altera a redação de dispositivos da lei 11356, de 28 de dezembro de 1993, que estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1994. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 18 nov. 1994. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.803, de 18 de janeiro de 1995. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1995. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 19 jan. 1995. Diário do Executivo, p.4.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.870, de 1º de agosto de 1995. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo Estado de Minas Gerais para o exercício de 1996. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 02 ago. 1995. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.960, de 27 de outubro de 1995. Altera dispositivos da Lei 11803, de 18 de janeiro de 1995. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 28 nov. 1995. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.966, 1º de novembro de 1995. Autoriza a realização de operações de crédito para os fins que menciona. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 02 nov. 1995. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 11.983, de 14 de novembro de 1995. Institui o Fundo Estadual de Saúde - FES - e da outras providencias. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 15 nov. 1995. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.041, de 28 de dezembro de 1995. estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do estado de minas gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1996. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 29 dez. 1995. Diário do Executivo, p.3.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.052, de 29 de dezembro de 1995. Dispõe sobre o Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG – para o quadriênio 1996 - 1999 e da outras providencias. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 30 dez. 1995. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.264, de 24 de julho de 1996. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo Estado de Minas Gerais para o exercício de 1997. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 25 jul. 1996. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.369, de 3 de dezembro de 1996. Acresce o limite fixado para o poder executivo realizar operações de crédito. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 04 dez. 1996. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.421, de 27 de dezembro de 1996. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1997. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 28 dez. 1996. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.595, de 30 de julho de 1997. Estabelece as diretrizes para o orçamento fiscal e o orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1998. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 31 jul. 1997. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.665, 29 de outubro de 1997. Amplia o limite fixado no artigo 9 da lei 12421, de 27 de dezembro de 1996, para a realização de operações de crédito pelo poder executivo e da outras providencias. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 30 out. 1997. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.746, de 8 de janeiro de 1998. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do estado de minas gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1998. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 09 jan. 1998. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 12.960, de 20 de julho de 1998. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1999. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 21 jul. 1998. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.189, de 22 janeiro de 1999. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 1999. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 23 jan. 1999. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.272, de 29 de julho de 1999. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 2000. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 30 jul. 1999. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.471, de 18 de janeiro de 2000. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 2000. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 19 jan. 2000. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.472, de 18 de janeiro de 2000. Dispõe sobre o Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG – para o quadriênio 2000-2003 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 19 jan. 2000. Diário do Executivo, p.7.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.686, de 27 de julho de 2000. Estabelece as diretrizes para os orçamentos fiscal e de investimento das empresas controladas pelo Estado de Minas Gerais para o exercício de 2001. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 28 jul. 2000. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.803, de 27 de dezembro de 2000. Dispõe sobre a distribuição da parcela da receita do produto da arrecadação do ICMS pertencente aos municípios. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 28 dez. 2000. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.825, de 24 de janeiro de 2001. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 2001. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 25 jan. 2001. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 13.959, de 26 de julho de 2001. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício de 2002. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 27 jul. 2001. Diário do Executivo, p.2.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 14.169, de 15 de janeiro de 2002. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2002. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 16 jan. 2002. Diário do Executivo, p.9.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 14.371, de 26 de julho de 2002. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária de 2003 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 27 jul. 2002. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 14.595, de 22 de janeiro de 2003. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2003. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 23 jan. 2003. Diário do Executivo, p.5.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 14.684, de 30 de julho de 2003. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para 2004 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 31 jul. 2003. Diário do Executivo, p.5.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.031, de 20 de janeiro de 2004. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do estado de minas gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo estado para o exercício de 2004. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 21 jan. 2004. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.033, de 20 de janeiro de 2004. Estabelece o Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG - para o período 2004-2007 **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 21 jan. 2004. Diário do Executivo, p.3.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.220, de 7 de julho de 2004. Dá denominação à unidade da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais - Hemominas - localizada no município de

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.291, de 5 de agosto de 2004. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício de 2005 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 06 ago. 2004. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.460, de 13 de janeiro de 2005. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2005. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 14 jan. 2005. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.472, de 13 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a revisão do Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG - para o período 2005-2007 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 14 jan. 2005. Diário do Executivo, p.48.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.677, de 14 de julho de 2005. Assegura o encaminhamento da gestante em acompanhamento pré-natal a consulta odontológica com avaliação periodontal. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 15 jul. 2005. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 15.699, de 25 de julho de 2005. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração da lei orçamentária para o exercício financeiro de 2006 e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 26 jul. 2005. Diário do Executivo, p.5.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 9.945, de 25 de setembro de 1989. Eleva o limite previsto no artigo 6 da Lei 9.749, de 21 de dezembro de 1988. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 26 set. 1989. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei Estadual nº 9.972, de 7 de novembro de 1989. Eleva o limite para realização de operações de crédito e dá outras providências. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 08 nov. 1989. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 9.449, de 16 de dezembro de 1987. Estima a receita e fixa a despesa do Estado de Minas Gerais para o exercício financeiro de 1988. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 17 dez. 1987. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. Governo do Estado. Lei nº 9.747, de 21 de dezembro de 1988. Estima a receita e fixa a despesa do Estado de Minas Gerais para o exercício financeiro de 1989. **Minas Gerais**, Belo Horizonte, 22 dez. 1988. Diário do Executivo, p.1.

MINAS GERAIS. **Relatório de auditoria de execução do orçamento 2005**: Lei 15.460/2005. Parecer de auditoria. Belo Horizonte: Superintendência Central de Auditoria de Gestão, 2006.

MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. **Comentários à Constituição Federal de 10 de novembro de 1937**. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1938.

MUNIZ, R. M. **Relaciones intergubernamentales y política de medio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental**. 1998. Tese (Doutorado em Ciência Política e Administração) - Universidad Complutense, Madrid.

NAJAR, A.L.; MARQUES, E. C. A sociologia urbana, os modelos de análise da metrópole e a saúde coletiva: uma contribuição para o caso brasileiro. **Ciência da Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.703-712, 2003.

NAJBERG, S.; OLIVEIRA, P. A. S. Políticas públicas: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e variantes. **Informe-se**, nº 19, out. 2000. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/conhecimento/informeSF/inf_19.pdf>.

NOGUEIRA, Otaciano. **Constituições brasileiras: 1824**. Brasília: Senado Federal, 2001. 122p.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.) **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde nos anos 90. **Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.445-450, 2002.

NUNES, André. **A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS**: a receita própria do município como variável moderadora. Relatório de Consultoria. Siops. Brasília. 20/9/2004.

OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de. O financiamento da área social e do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: CAMPOS, F.R. et al. (Org.) **Planejamento**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.

OLIVEIRA, F.A. **FUNDEF e saúde**: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. Rio de Janeiro: EBAP/FGV, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial da saúde, 2005**. Geneva, OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World health report 2004**. Genebra: OMS, 2004.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da qualidade, 2000.

PERES, A. M. **A descentralização da política de saúde no Brasil**: a municipalização é mesmo o caminho? 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

PESSIS, Anne-Marie. Pré-história da região do Parque Nacional da Serra da Capivara. In: TENÓRIO, Maria Cristina. **Pré-história: terra brasilis**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p. 61-72.

PIOLA, Sérgio F. Perspectiva da descentralização na saúde pública. **Observatório da Cidadania**, n.6, 2002. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/book2002_bra.pdf>.

PIOLA, Sérgio F.; BIASOTO JR., G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001.

PIOLA, Sérgio F.; REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C. **Financiamento das políticas sociais nos anos 90**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão, n. 802).

PIOLA, Sérgio F.; SERVO, Luciana Mendes. **Contas em saúde**: um instrumento de apoio à gestão do SUS. Rio de Janeiro: IPEA, 2005.

PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, S. M. **Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 1993.

PIRES, Maria Coeli Simões. Título. **Cadernos Escola do Legislativo**, Belo Horizonte, v. 8, n. 13, p. 55-84. 2005.

POLETTI, Ronaldo. **Constituições brasileiras: 1934**. Brasília: Senado Federal, 2001. 194 p.

PORTO, Walter Costa. **Constituições Brasileiras: 1937**. Brasília: Senado Federal, 2001. 144p.

PRADO, S.R.R. **Partilha de recursos na federação brasileira**. São Paulo: Fapesp, 2003. 245 p.

- PRATES, F. M. et al. Aspectos do desenvolvimento humano em Minas Gerais. **Cadernos BDMG**, Belo Horizonte, n. 7, p.7-115, dez. 2003.
- PRUD'HONIME, R. The dangers of decentralization. **The World Bank Research Observer**, v.10, n.2, p.201-222, 1995.
- REIS, Carlos Octávio Ocké. **O setor privado de saúde**. limites da autonomia. 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.
- RESENDE, G. M. O crescimento econômico dos municípios mineiros: externalidades importam. **Cadernos BDMG**, Belo Horizonte, n. 11, p.7-33, out. 2005.
- REZENDE, Fernando; AFONSO, José Roberto. **Federalismo e integração econômica regional: desafios para o Mercosul**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2004.
- RIBEIRO, E. P.; SHIKIDA, C. D. Existe trade-off entre receitas próprias e transferências? o caso dos municípios mineiros. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 9, 2000, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2000.
- RIBEIRO, J. A.; PIOLA, S. F.; SERVO L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.
- RICHTER, Daniela et al. Federalismo, democracia e governo: união indissociável? **Revista Estudos Legislativos**, Porto Alegre, Ano 2, n. 2, p. 183-2004, 2006.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. O SUS e o setor privado: Vamos moralizar essas relações. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p. 9, dez./mar. 1995/1996.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: promessas e limites da Constituição Brasileira**. 1988. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo.
- RODRIGUEZ NETO, Eleutério. SUS: quem são os verdadeiros vilões. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p. 11, dez./mar. 1995/1996.
- RODRIGUEZ, V. Federalismo e interesses regionais. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P.L.B. (Org.) **A federação em perspectiva: ensaios selecionados**. São Paulo: Fundap, 1995.
- ROEMER, M. I. **National health systems of the world**. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- ROMANO, Cláudio Sérgio. O processo de municipalização da saúde no Brasil: considerações sobre uma política gradualista. In: CAMPOS, F. E. et al.(Org.) **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998.
- ROMEIRO, Adriana. & BOTELHO, Angela Vianna. **Dicionário histórico das Minas Gerais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. 320 p.
- RONDINELLI, D. et al. **Decentralization in developing countries: a review of recent experiences**. Washington: World Bank, 1983. (World Bank Staff Working Paper, n. 581).
- ROSA, João Guimarães. **Ave palavra**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
- SANTANA, Jair Eduardo. **Competências legislativas municipais**. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.

SANTOLIN, R.; FONTES, R.; SILVA JR., G. E. Equalização fiscal e convergência de renda em Minas Gerais. In: FONTES, Rosa; FONTES, Maurício (Ed.). **Crescimento e desigualdade regional em Minas Gerais**. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2005. 465 p.

SANTOS, L. O sistema de controle interno e externo e o repasse de recurso da União para Estado e Município no âmbito do SUS. **Boletim de Direito Municipal**, Campinas, p.802, nov. 2001.

SANTOS, N. R. Governabilidade na saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 34, p.4-12, mar. 1992.

SCHWEMBERGER, S. B.; RIBEIRO, E. P. **O impacto do fundo de participação no espaço tributário dos estados**: uma estimativa do potencial de arrecadação do ICMS. Brasília: ESAF, 1999. 99 p.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SERRA, José Afonso da. A questão da saúde no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n.35, p.39-97, jan./abr. 1999.

SERRA, José Afonso da. AFONSO; J. R. R. Federalismo fiscal à brasileira: algumas reflexões. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p.3-30, dez. 1999.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 6.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1990.

SILVA, P. L. B.; COSTA, V. L. C. Descentralização e crise da federação. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.) **A federação em perspectiva**: ensaios selecionados. São Paulo: Fundap, 1995

SILVA, Silvio Fernandes da. **A construção do SUS a partir do município**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SIOPS (2002) Boletim SIOPS, 1, 2, 3 e 4. Ministério da Saúde: Brasília.

SOARES, L.T.D.D.R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

SOUTO, H. G. **Relatório do Programa de Ação na Área de Saúde**. Brasília: TCU, 1999.

SOUZA, C. Redemocratização, federalismo e custo social no Brasil: tendências recentes. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 24, 1999. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPOCS, 1999.

TEIXEIRA, H.V., TEIXEIRA, M.G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. ABRASCO. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8 n.2, p. 379-391, 2003.

UGÁ, Maria Alicia D. **Seminário políticas de saúde no Chile e no Brasil**. São Paulo: ENSP, 2006.

UGÁ, Maria Alicia D.; SANTOS, Isabela Soares. Composição do gasto privado direto em saúde por decil de renda familiar Brasil, 2002. In: UGÁ, Maria Alicia D.; SANTOS, Isabela Soares. **Análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ciclo2-2006_02.pdf>.

URIBE RIVERA, F. J. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: ABRASCO, 1989.

VARSANO, Ricardo et al. **Uma análise da carga tributária do Brasil**. Brasília: IPEA, 1998. (Texto para Discussão, 583).

VELLOSO, Carlos Mário Da Silva. Estado federal e estados federados na Constituição Brasileira de 1988: do equilíbrio federativo. **Boletim de Direito Administrativo**, v. 9, n. 5, p. 290-310, maio. 1993.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. SUS: entraves à descentralização e propostas de mudanças. In: AFFONSO, R. de B. A.; SILVA, P. de B. (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

VIANNA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA; L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições de caso. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANNA, S.M. Descentralização e gestão do gasto público: compêndio de documentos: taller sobre evaluación de la gestión público em salud. Santiago: CEPAL/BID/IPEA, 1998.

VIANNA, S.M. Descentralização tutelada. **Saúde em Debate**, Londrina, CEBES, n. 35, p.35-38, 1992.

WATTS, R. **Comparing federal systems in the 1990s**. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, 1996.

WCHESE, P. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde. Retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 14, dez. 1996.

WERNECK, Luiz. **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

WORLD BANK. **World development report 1993: investing in health**. New York: Oxford University Press, 1993.

WORLD BANK. Governance in Brazil's Unified Health System (SUS) Raising the Quality of Public Spending and Resource Management. Report n° 36601-BR. Brasil, 2007.

ZIMMERMANN, A. et al. Reforma tributária e financiamento da saúde. In: NEGRI, Barjas, DI GIOVANNI, Geraldo. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001.

ZIMMERMANN, A. **Teoria geral do federalismo democrático**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 1999.