



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ECONOMIA DA SAÚDE  
2ª EDIÇÃO – TURMA 2

**CAROLINA LANDIM QUINTAS**

**OS EFEITOS DA LEI COMPLEMENTAR 141/2012 NO  
FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO  
PERÍODO DE 2012-2020.**

Goiânia  
2022

**CAROLINA LANDIM QUINTAS**

**OS EFEITOS DA LEI COMPLEMENTAR 141/2012 NO  
FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), NO  
PERÍODO DE 2012-2020.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Economia da Saúde da Universidade Federal de Goiás como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Economia da Saúde.

**Orientador(a):** Prof. André Nunes

Goiânia  
2022

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer e dedicar esse Trabalho de Conclusão de Curso:

A Deus, em primeiro lugar, que sempre me conduziu com as devidas lições de amor, serenidade e confiança.

Aos meus pais, Terezinha Quintas e Marcelo Quintas, que sempre estiveram presentes em minha vida, das horas mais difíceis aos momentos felizes.

Ao Ministério da Saúde pelo suporte e financiamento deste Curso de Especialização.

## RESUMO

Trata-se de um estudo longitudinal e retrospectivo, descritivo quantitativo do tipo correlacional e comparativo, na medida em que considera momentos diferentes dos dados secundários dispostos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde- SIOPS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS e sítios eletrônicos do Ministério da Saúde-MS e Governo Federal. O objetivo principal foi analisar os efeitos da Lei Complementar nº 141/2012) que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29/200 quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no período 2012 a 2020, além de verificar a evolução do gasto público das três esferas de governo; bem como, demonstrar a participação relativa de cada esfera, tanto em termos globais e segundo as grandes regiões geográficas. Os resultados encontrados demonstraram que: i) houve um crescimento contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPS, ampliação de 21% no período de 2019-2020 e devido a uma flexibilização sem precedentes da política fiscal em 2020, ocasionada pela pandemia da COVID-19, o gasto total das três esferas teve um crescimento substancial de 53,94% (2012-2020); ii) para evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas de governo verificou-se uma oscilação referente aos repasses da esfera federal, ocorrendo uma diminuição na participação de 6,75%, no período compreendido entre 2012-2019, já nas instâncias estadual e municipal observou-se um crescimento contínuo para o lapso temporal supracitado, sendo 5,53% e 1,22% para estados e municípios respectivamente, no entanto em razão do reconhecimento do estado de calamidade pública, observou-se um crescimento real de repassasses total das três instâncias de governo de 26,62% (2019-2020); iii) os crescimentos acumulados da despesa federal *per capita*, registrados no período compreendido entre 2012-2019 foram de 46,67% (região norte), 25,87% (região nordeste), 15,24% (região sudeste), 7,80% (região sul) e 60,18% (região centro-oeste); por efeito do denominado “orçamento de guerra”, registrou-se um maior pico de crescimento no gasto federal regionalizado, sendo descrito: região norte (46,82%), região nordeste (27,16%), região sudeste (42,93%), região sul (22,98%) e região centro-oeste (23,77%); iv) a região Norte apresenta a maior média percentual (15,96%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS ao longo de 2012-2019, ao passo que a região Sul demonstrou a menor média percentual (12,17%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS no mesmo período; v) a região Centro-Oeste apresentou a maior média percentual (23,66%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS ao longo do período 2012-2019; ao passo que a região Norte demonstrou a menor média percentual (19,20%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS no mesmo período, cabendo ainda destacar,

que os repasses municipais em todas as regiões do Brasil foram perpassados, em conformidade com os percentuais mínimos dispostos na LC 141/2012, no período analisado; vi) para o ano de 2020, marcado pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para enfrentamento da pandemia da COVID-19, os percentuais das despesas próprias tanto estaduais quanto municipais foram acrescidos, conforme observado, quando em análise comparativa ao ano anterior.

**Palavras-chave:** financiamento público. gasto público. Lei Complementar nº141/2012

## **ABSTRACT**

*This is a longitudinal and retrospective, quantitative descriptive study of the correlational and comparative type, as it considers different moments of the secondary data available in the Information System on Public Health Budgets - SIOPS, Department of Informatics of the Unified Health System - DATASUS and websites of the Ministry of Health-MS and the Federal Government. The main objective was to analyze the effects of Complementary Law n° 141/2012) which regulated Constitutional Amendment n° 29/200 regarding the financing of the Unified Health System (SUS) in the period 2012 to 2020, in addition to verifying the evolution of public spending on three spheres of government; as well as demonstrating the relative participation of each sphere, both in global terms and according to major geographic regions. The results found showed that: i) there was a continuous growth in the expenditure of the three spheres of government with ASPS, an increase of 21% in the period 2019-2020 and due to an unprecedented easing of fiscal policy in 2020, caused by the COVID-19 pandemic, the total spending of the three spheres had a substantial growth of 53.94% (2012-2020); ii) for the evolution of per capita spending on ASPS of the three spheres of government, there was an oscillation regarding transfers from the federal sphere, with a decrease in the participation of 6.75%, in the period between 2012-2019, already in the state levels and municipal, there was a continuous growth for the aforementioned time lapse, being 5.53% and 1.22% for states and municipalities respectively, however due to the recognition of the state of public calamity, there was a real increase in transfers total of the three levels of government of 26.62% (2019-2020); iii) the cumulative growth of federal expenditure per capita, recorded in the period between 2012-2019, was 46.67% (north region), 25.87% (northeast region), 15.24% (southeast region), 7, 80% (south region) and 60.18% (central-west region); As a result of the so-called “war budget”, there was a higher growth peak in regionalized federal spending, being described: north region (46.82%), northeast region (27.16%), southeast region (42.93 %), southern region (22.98%) and central-west region (23.77%); iv) the North region has the highest average percentage (15.96%) of state own revenues applied to ASPS over 2012-2019, while the South region has the lowest average percentage (12.17%) of own revenues state applied in ASPS in the same period; v) the Midwest region had the highest average percentage (23.66%) of municipal own revenues applied to ASPS over the period 2012-2019; while the North region showed the lowest average percentage (19.20%) of municipal own revenues applied to ASPS in the same period, it is also worth noting that municipal transfers in all regions of Brazil were passed through, in accordance with the percentages minimums provided for in LC 141/2012,*

*in the analyzed period; vi) for the year 2020, marked by the financing of public health actions and services (ASPS) to face the COVID-19 pandemic, the percentages of both state and municipal own expenses were increased, as observed, when in a comparative analysis to the last year.*

**Keywords:** *government funding; public expenditure; Complementary Law n°141/2012*

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | 7  |
| 1.1 Histórico do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) | 7  |
| 1.2 A Lei Complementar nº 141/2012                             | 11 |
| <b>2. OBJETIVOS</b>  | 15 |
| 2.1 Objetivo geral   | 15 |
| 2.2 Objetivos específicos                                      | 15 |
| <b>3 MÉTODOS</b>   | 15 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                                | 18 |
| <b>5 CONCLUSÃO</b>   | 29 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | 32 |

# **1. INTRODUÇÃO**

## **1.1 Histórico do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O avanço da saúde pública no Brasil, protagonizado pela VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, se concretizou na Constituição Federal de 1988, que incluiu o texto “saúde é direito de todos e dever do poder público”, que universalizou o direito à saúde e em seu artigo 198 da estabeleceu que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada como um sistema unificado”.

Marco de uma nova ordem social no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a superação de um modelo assistencial contributivo e centralizado, por outro de caráter redistributivo, universalista e igualitário. A plena materialização desses direitos sociais constitucionais demanda a configuração de uma complexa estrutura institucional capaz de concretizar a cidadania. Nesse sentido, tem-se como um dos grandes desafios a construção de um sistema nacional de saúde capaz de, simultaneamente, abordar a heterogeneidade das necessidades regionais e reduzir as desigualdades existentes. (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012). Desse modo, o poder público deve garantir os recursos necessários e gerenciar o Sistema, a fim de que seja efetivado esse direito a toda a população.

O financiamento público é uma das formas pela qual o acesso da população aos serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) acontece e previsto na Constituição, bem como na Lei Federal nº8.080/1990 – Título V – do Financiamento – capítulo I (dos recursos) e capítulo II (da gestão financeira), onde determina que o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias; e que as receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas. Prevê ainda os percentuais a serem gastos em saúde e as respectivas leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo (federais, estaduais, do Distrito Federal e municípios), bem como de outras fontes. (BRASIL,1990)

A Lei Federal nº8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; estabelece que os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde). Institui ainda que para receberem os recursos provenientes no FNS, os Municípios, Estados e Distrito Federal deverão contar com: I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990; V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação; e que o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos acima mencionados, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. (BRASIL,1990)

Em vista a necessidade de ampliar o financiamento do SUS, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), instituída pela Lei Federal nº 9.311/1996, onde o produto da arrecadação da contribuição seria destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento das ações e serviços de saúde, com vigência entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Inicialmente destinada integralmente à Saúde e posteriormente compartilhada com a Previdência e com outros programas sociais, a CPMF responderia por cerca de R\$ 40 bilhões de reais, destinados à Seguridade Social, aos quais não estão vinculados os adicionais do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) que minimizaram a perda de receita da União. (BRASIL, 1996)

Os novos paradigmas constitucionais trouxeram a responsabilidade comum do financiamento aos três níveis de governo, compondo um orçamento nacional do Sistema Único de Saúde, a partir da aprovação da a Emenda Constitucional nº29/2000 (EC 29/2000) pelo Congresso Nacional; constituindo um marco histórico do financiamento da saúde, ratificou a vinculação

de recursos financeiros da seguridade social, definindo percentuais mínimos de investimento da Receita Corrente Líquida (RCL) para os Estados (12%) e os Municípios (15%). (BRASIL, 2000). No entanto, para o governo federal, na EC 29/2000, não foi estabelecido um mínimo percentual vinculado à RCL, situação que ao longo dos anos elevou, de forma substancial, os percentuais investidos em saúde pelos demais Entes da Federação; os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivou a progressiva redução das disparidades regionais. A definição do percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% vinculados a Receita Corrente Líquida (RCL) foi aprovado apenas em 2015 com a aprovação da Emenda Constitucional 86.

As diretrizes sobre a aplicação da EC-29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela *Resolução n.º 322*, de 8 de maio de 2003. Os cálculos nessa resolução representam os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados e municípios durante a regra de transição, de 2000 a 2004, para permitir os ajustes graduais, definindo um patamar mínimo inicial, para 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Nos anos seguintes, até 2004, os percentuais previstos para estados e municípios deverão elevar-se até atingir 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais, enquanto a participação da União será corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). (FAVERET, 2003)

No ano de 2012 foi sancionada a Lei Complementar nº141, que instituiu I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde; II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde; III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Mediante a necessidade de criar uma metodologia de distribuição dos recursos da União para Estados e Municípios, ficou estabelecido que a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno

Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, ratificando o texto do art. 35 da Lei 8.080/1990. A nova legislação define para fins de cumprimento do mínimo constitucional quais são os gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), estabelecendo ainda a obrigatoriedade, para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de declarar e homologar bimestralmente os recursos aplicados em Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). (BRASIL, 2012)

Em 2015, com a aprovação da Emenda Constitucional 86, as esperanças de um financiamento mais adequado para o SUS foram perdidas. Apesar de definir o percentual mínimo de investimento em saúde para a União de 15% da RCL, tal emenda estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de 5 anos, o que pode ser considerada uma das mais dramáticas derrotas da saúde pública no Brasil, visto que no ano de 2016 o valor deflacionado aplicado pela União foi inferior a 2015. Além disso, inseriu os valores apurados dos *royalties* do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde, fazendo com que uma receita que deveria ser considerada adicional se tornasse parte do mínimo. (MATIAS et al., 2018)

Como se não bastasse, em 2016, o Congresso Nacional promulgou a Emenda Constitucional nº95 (EC 95/2016), a qual impõe restrição importante ao financiamento do SUS. Até recentemente, essa medida foi considerada a grande investida contra a efetivação do direito à saúde no Brasil, mas as ameaças se tornaram mais graves com uma possível eliminação da obrigatoriedade de gasto mínimo em saúde pelas esferas de governo (VIEIRA et al., 2019) e com a Proposta de Emenda à Constituição nº 188, cujo objetivo é que o gasto adicional em saúde ou em educação para além do piso de cada área possa ser descontado da outra, para fins de apuração das aplicações mínimas. (Senado Federal (BR),2019)

Quanto a classificação funcional, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde, de nº 3.992/2017, que trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS. Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo

a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. (BRASIL, 2017)

## **1.2 A Lei Complementar nº141/2012**

O texto da Emenda Constitucional nº29/2000 (EC 29/2000) altera a redação de artigos da Constituição Federal (arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198), determinando o montante dos Estados, Distrito Federal e municípios a ser vinculado à referida destinação — ou seja, qual a base de cálculo dos valores sujeitos à vinculação dos recursos mínimos a serem aplicados exclusivamente em ações e serviços de saúde. Ademais, determina que os percentuais anuais de aplicação de cada ente federado, as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados a Estados e municípios, e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde deverão ser regulamentados por uma Lei Complementar, devendo a mesma ser periodicamente reavaliada. Visando disciplinar tais conceitos até promulgação da Lei Complementar prevista, a Emenda incluiu o art. 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias — ADCT, o qual define regras de adequação para o período entre 2000 e 2004, no que tange aos percentuais mínimos de aplicação e ao montante a ser aplicado pela União. Ademais, prevê que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como aqueles transferidos pela União, destinados ao custeio de ações e serviços de saúde, deverão ser aplicados por meio do Fundo de Saúde, acompanhado e fiscalizado pelos Conselhos de Saúde. (SAMBIASE, 2003)

Aprovada quase doze anos após a EC nº 29/2000, a Lei Complementar (LC) nº141/2012 regulamentou o conceito de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), as normas de fiscalização, avaliação e controle e elencou os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS. Apresentou uma oportunidade ímpar de elaboração de um modelo de distribuição de recursos que priorizasse a equidade, induzindo desta forma a uma desejável redução das desigualdades entre as regiões brasileiras. (PIOLA, 2017)

A Lei Complementar nº 141/2012 provocou a regulamentação do parágrafo 3º do artigo 198 da CF/1988, no sentido de estabelecer percentuais mínimos a incidirem sobre a base de cálculo, determinada na forma do parágrafo 2º, a qual estabeleceu:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

[...]

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (BRASIL, 1988, p. 1).

As definições trazidas pela LC 141/2012, ao disciplinar o que pode ser considerado como ASPS, tem o propósito de eliminar interpretações dúbias na alocação de despesas com saúde, além do fato de as mesmas apresentarem crescente demanda, contrastando com os reduzidos recursos para o financiamento, o que torna imprescindível esta limitação. Desta forma, em seu artigo 3º, estabelece:

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012a).

A LC nº 141/2012 avançou ao definir uma orientação geral para a metodologia de rateio, qual seja, de que as transferências devem observar as necessidades de saúde da população e procurar reduzir as disparidades regionais. A ausência dessas orientações mais gerais era uma das deficiências apontadas na regulamentação anterior. Ademais, essa lei incluiu entre os critérios de rateio a dimensão socioeconômica, que não constava na Lei nº 8.080/1990 e que permite levar em conta essa variável importante na definição das necessidades de saúde. A questão passa a ser como se avaliam, como se dimensionam as necessidades de saúde. (PIOLA, 2017)

O mecanismo à disposição do controle externo, para fins de averiguação do financiamento da saúde pública brasileira, ganhou importante reforço com a publicação da LC nº 141/2012, que tem entre seus objetivos instituir normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Estruturada em capítulos, a LC no 141/12 conta com item específico, para dispor sobre transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, subdividido em 4 seções (da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde; da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde; da Prestação de Contas; e da Fiscalização da Gestão da Saúde), disposições previstas nos artigos de 31 a 42. (PIRES, 2016)

Ao comentar a LC nº 141/12 (SANTOS, 2012), chama atenção para o termo “visibilidade”, expressão introduzida pela Diretoria de Economia da Saúde do Ministério da Saúde em seminários e encontros voltados à promoção no âmbito do SUS do debate acerca da regulamentação da Emenda Constitucional no 29/2000. Na realidade, trata-se de uma inovação trazida pela lei, uma vez que a terminologia adotada na Lei de Responsabilidade Fiscal e na legislação concernente aos controles interno e externo é “transparência”.

De forma explícita, a LC nº 141/12 prevê a prestação de contas parcial, a qual deve ocorrer em fevereiro, maio e setembro junto às Casas Legislativas, em substituição ao modelo anterior de prestação de contas. O relatório de prestação de contas deverá ser apreciado pelo Conselho de Saúde da instância responsável e apresentado à sociedade, em audiência pública na Casa Legislativa. Portanto, as exigências permaneceram as mesmas, alterando-se os prazos da prestação de contas de trimestral para quadrimestral e estabelecendo prazos para realização das audiências públicas; sendo ainda estabelecido que, anualmente, os entes da Federação atualizarão seus cadastros no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com menção às exigências previstas quanto à elaboração, prestação de contas do Relatório de Gestão, bem como a indicação da data de sua aprovação. (PIRES, 2016)

Não obstante os pressupostos da LC nº 141/2012 serem importantes para a gestão do SUS, o que merece maior atenção e preocupação é o crescente subfinanciamento do sistema, já que o aumento da demanda e dos custos com saúde não encontra o correspondente aumento de recursos. Com isso, o orçamento da saúde continua sendo estrangulado, com a destinação de recursos insuficientes para atender aos anseios da população e ao que preconiza o texto constitucional; havendo, portanto, necessidade de se alocar mais recursos para a saúde no sentido de promover maior custeio, investimento e capacitação de pessoal, além de propiciar o combate às desigualdades regionais com a equalização do valor *per capita* entre os Estados (CONASS, 2015)

A cobertura e o leque de serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vêm aumentando desde sua criação, ocorrendo um importante avanço no uso de serviços de atenção básica, tratamentos hospitalares e exames de alta complexidade fornecidos pelo SUS, em todas as regiões do país; concomitante com esse crescimento, o SUS possui pontos de estrangulamento, como a baixa oferta de serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos (SADT), frequente impossibilidade de agendamento do serviço e de escolha do profissional e do prestador, hotelaria precária, dificuldade de acesso aos serviços e grande tempo em lista de espera para cirurgias eletivas, SADT e consultas a especialistas. (SANTOS, SANTOS, BORGES, 2013)

Como forma de minimizar o gargalo assistencial, a participação complementar dos serviços privados é permitida e formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público e refere-se à possibilidade de incentivo estatal à prestação privada de serviços de saúde, como a possibilidade de prestação de serviços públicos de saúde por particulares. E devido a esses arranjos entre o público e o privado na estrutura do sistema de saúde brasileiro, parte-se da premissa de que o SUS um sistema misto, onde o setor público e o privado coexistem no provimento, no financiamento, na demanda e na utilização dos serviços de saúde.

Assim, com a análise individual dos gastos, pretende-se verificar a observância dos pressupostos da LC nº 141/2012 em relação às despesas com saúde realizadas nos anos pesquisados. Reitera-se que os investimentos em saúde pública estão relacionados com a arrecadação tributária, mormente os impostos e as contribuições sociais, já que o piso dos gastos

é calculado com base nesta arrecadação, por isso a controversa questão da carga tributária brasileira precisa ser discutida também por este viés.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar os efeitos da Lei Complementar nº 141/2012 no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2012-2020.

### **2.2 Objetivos específicos**

Analisar se os percentuais dispostos na EC nº 29/2000 e regulamentados pela LC nº 141/2012, continuam sendo aplicados pelos entes da federação no gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), no período de 2012-2020.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Desenho do estudo**

O estudo foi baseado em dados secundários disponíveis nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (MS) e do governo federal, na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Trata-se de um estudo longitudinal e retrospectivo, descritivo quantitativo do tipo correlacional e comparativo, na medida em que considera momentos diferentes dos dados dispostos no SIOPS e diferenciou a alocação de recursos segundo algumas variáveis demográficas.

### **3.2 Fontes de dados**

Preliminarmente foi realizado um levantamento da legislação envolvida nos sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (MS) e do governo federal.

Os dados populacionais utilizados para a avaliação da regionalização dos gastos por estado e macro região foram retirados das informações demográficas e socioeconômicas disponíveis na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Na quantificação dos gastos federais foram utilizados dados informados no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) – Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde – Orçamento Fiscal e da Seguridade Social, disponibilizados no SIOPS. Esses dados, para atender ao conceito de ações e serviços públicos de saúde, basicamente, excluem do total despendido pelo Ministério da Saúde (MS), as despesas com inativos e pensionistas, serviços e juros das dívidas interna e externa e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, que em alguns anos serviram de fonte para despesas do MS.

Foram utilizados os dados publicizados no SIOPS, referentes ao gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), no tocante aos Estados e Municípios. Esse sistema é uma referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. São analisados os valores percentuais aplicados pelas diferentes esferas de governo e comparados aos valores mínimos previstos na EC-29 e regulamentados na LC nº 141/2012.

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de estar em conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas definidas pelo Ministério da Fazenda.

Para todos os anos ocorreu uma atualização monetária para o ano de 2020, baseados no Índice Nacional de Preços ao Consumidor (IPCA).

### **3.3 Horizonte de tempo**

O horizonte de tempo deste estudo compreenderá os dados dispostos no SIOPS no período de 2012-2020.

### **3.4 Análise dos dados**

Na consolidação do gasto público das três instâncias de governo com saúde, trabalhou-se com o conceito de gasto com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), conforme definido na quinta, sexta e sétima diretriz, da Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003. Esse conceito, com pequenas alterações foi referendado pela Lei Complementar nº 141, de 2012, que regulamentou a EC 29/2000.

No caso dos municípios, foram utilizados os dados da despesa municipal com recursos próprios, retirados da base do SIOPS, ou seja, os dados declarados. Os dados municipais foram consolidados por estado e tiveram uma cobertura de 100%, ou melhor todos os municípios informaram os dados ao SIOPS nos anos do período 2012 a 2020.

Em cada Estado foram consolidados os recursos aplicados pela Secretaria Estadual de Saúde, com os recursos próprios, os aplicados pelo conjunto das secretarias municipais de saúde do Estado, com os recursos próprios e os alocados pelo Ministério da Saúde no Estado, seja através de transferências para as secretarias estaduais e municipais, seja por meio de aplicação direta do MS no Estado.

O conceito de recursos próprios, para estados e municípios, corresponde ao de receitas de impostos somados às transferências constitucionais e legais da EC 29. A consolidação dos gastos das três esferas com ações e serviços públicos de saúde foi realizada por Estado e os valores foram, posteriormente, agregados pelas cinco grandes regiões.

Para avaliar se os percentuais dispostos na EC 29 regulamentados pela LC 141/2012, continuam sendo praticados pelos entes da federação e se com o conseqüente aumento de recursos aplicados pelas três esferas de governo, provocou alguma diminuição das desigualdades regionais no gasto; utilizou-se como indicador a evolução da variação percentual do gasto público per capita das três esferas, em cada região, em relação ao médio nacional do gasto com ações e serviços públicos de saúde.

### **3.5 Considerações éticas**

Os dados utilizados são de domínio público, cujo uso para fins científicos dispensa a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mesmo com todas as “perdas” de recursos decorrentes de diversos expedientes utilizados pelas três esferas de governo e que se prolongaram em função da demora para a regulamentação da EC n<sup>o</sup> 29, o que veio a acontecer somente em 2012 por meio da Lei Complementar (LC) n<sup>o</sup> 141, ou seja, doze anos após a sua aprovação, estudos demonstraram que a EC proporcionou crescimento real significativo dos recursos alocados pelas três esferas de governo para o financiamento do SUS e aumentou a participação relativa de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do sistema público de saúde. (PIOLA, 2018)

Entre o período de 2012-2019, houve um crescimento contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPS, no entanto houve descontinuidade no ano de 2016, quando ocorre redução real do gasto total das três instâncias; voltando em 2017 a aumentar (tabela 1). Em valores constantes, o gasto total das três esferas entre 2012-2019 teve um crescimento de 21,00%. Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 2,60%; o estadual de 46,99%; e o municipal de 25,65%. O total de recursos adicionais aportado pelas instâncias de governo – quando comparado o ano de 2012 ao de 2019 – é significativo (em reais de 2020): União, R\$ 3,14 bilhões; estados, R\$ 31,72 bilhões; e municípios, R\$ 20,10 bilhões.

A crise econômica e política de 2015/16 teve como aspecto central a questão fiscal, com a agenda do governo Temer se voltando para políticas de controle do gasto como o chamado novo regime fiscal (a regra do Teto de Gastos) e a reforma da previdência. Não resta dúvida que o estabelecimento de “um teto para as despesas primárias que será corrigido apenas pela inflação (...) e um piso de aplicação mínima para a saúde corrigido pelo mesmo mecanismo (...) criará constrangimentos ainda maiores à concretização do direito à saúde no Brasil.” (SERVO et al, 2020)

Quando se renunciava o fim da “gordura” no teto dos gastos, com a rigidez da regra fiscal passando a afetar duramente o financiamento das políticas sociais, em especial saúde e educação, a pandemia se confirmou, levando a uma flexibilização sem precedentes da política fiscal em 2020. (SERVO et al, 2020) Para tal, observa-se a partir da análise entre o período de 2012-2020, em valores constantes, que o gasto total das três esferas teve um crescimento substancial de 53,94%. Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 33,54%; o estadual de 72,85%; e o municipal de 69,04%. O total de recursos adicionais aportado pelas três

instâncias de governo – quando equiparado o ano de 2019 ao de 2020 – é bastante significativo (em reais de 2020): 88,76 bilhões.

**TABELA 1**  
**Gasto das três esferas de governo com ASPS - 2012-2020 (em bilhões de 2020)**

| Ano  | Esferas   |            |           |            |           |            | Total     |
|------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
|      | Federal   | % no total | Estadual  | % no total | Municipal | % no total |           |
| 2012 | R\$120,54 | 45,2       | R\$67,50  | 25,3       | R\$78,36  | 29,4       | R\$266,40 |
| 2013 | R\$117,71 | 42,6       | R\$73,91  | 26,7       | R\$84,89  | 30,7       | R\$276,51 |
| 2014 | R\$122,49 | 42         | R\$79,16  | 27,2       | R\$89,78  | 30,8       | R\$291,43 |
| 2015 | R\$122,82 | 41,7       | R\$83,17  | 28,3       | R\$88,26  | 30         | R\$294,25 |
| 2016 | R\$119,45 | 40,6       | R\$86,18  | 29,3       | R\$88,26  | 30         | R\$293,89 |
| 2017 | R\$124,67 | 41,1       | R\$89,05  | 29,4       | R\$89,67  | 29,6       | R\$303,39 |
| 2018 | R\$122,03 | 39,6       | R\$93,57  | 30,4       | R\$92,30  | 30         | R\$307,90 |
| 2019 | R\$123,68 | 38,5       | R\$99,22  | 30,9       | R\$98,46  | 30,6       | R\$321,36 |
| 2020 | R\$160,98 | 39,3       | R\$116,68 | 28,5       | R\$132,46 | 32,3       | R\$410,12 |

Fonte: SIOPS. Atualização de valores baseado no IPCA

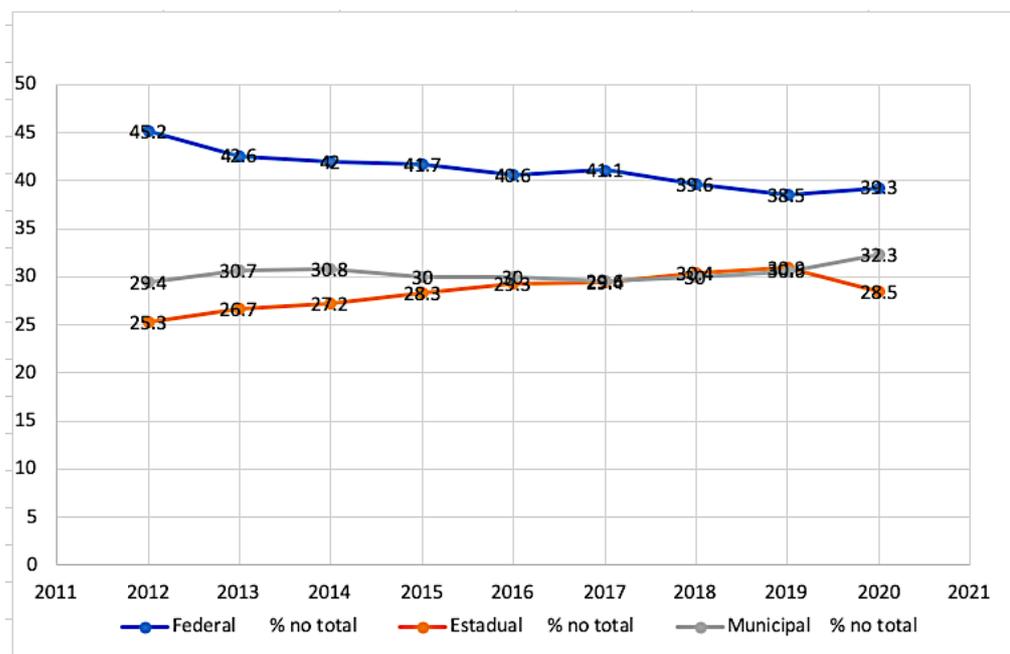
O aumento na alocação de recursos próprios de estados e municípios no financiamento do SUS provocou, como era de se esperar, alterações na participação relativa de cada um dos entes federativos. A participação da União diminuiu de 45,25% em 2012 para 38,50% em 2019; já para o período 2012-2020 houve um decréscimo de 6,00%. Para estados houve um aumento nas transferências sendo registrado para o período 2012-2019 um percentual de 5,53 e registro de 3,11% para o período compreendido entre 2012-2020. Para os municípios houve um aumento nas transferências sendo registrado para o período 2012-2019 um percentual de 1,22 e registro de 2,88% para o período compreendido entre 2012-2020.

O SUS conta com múltiplas fontes de financiamento, visto que estados e municípios respondem por grande parte do financiamento, empregando para tanto seus tributos como parcela dos recursos das transferências obrigatórias. Não resta dúvida que a ampliação do leque de fontes se deve, ainda, aos mínimos constitucionais que estados e municípios devem despende com a saúde. Desta forma, o sistema público de saúde brasileiro se inscreve como de cobertura universal, tanto da população, como dos tratamentos, e financiado com tributos gerais. (SILVEIRA & GAIGER,2021)

## GRÁFICO 1

### Distribuição do gasto com ASPS entre as três esferas de governo (2012-2020)

(Em % do total)



Fonte: SIOPS e DATASUS. Atualização de valores baseado no IPCA

A evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas de governo é demonstrada na tabela 2. Verifica-se uma oscilação referente aos repasses da esfera federal, ocorrendo uma diminuição na participação de 6,75%, no período compreendido entre 2012-2019. Já nas instâncias estadual e municipal observou-se um crescimento contínuo para o lapso temporal supracitado, sendo 5,53% e 1,22% para estados e municípios respectivamente.

Em 2015, a emenda constitucional nº 86/2015 estabeleceu que a União deveria aplicar montante não inferior a 15% da corrente líquida do exercício em ações a programas de saúde, de forma gradual, ou seja, 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2019 e 15% em 2020, sendo que esta previsão, de recursos destinados à saúde, era feita por lei complementar, que não tinha um percentual fixo, cujo objetivo era se resguardar de eventuais recuos e oscilação da economia. No entanto em 2016 a EC nº 95/2016 gera indignação nos mais diversos setores da sociedade, com base na recessão financeira vivida atualmente no Brasil, o Novo Regime Fiscal congelou para os próximos vinte exercícios financeiros de sua vigência as despesas primárias, passando a partir de 2017 a serem corrigidas pela prévia da inflação (IPCA), sem que haja crescimento real. (NUNES & ABÍLIO, 2019)

Como forma de contornar os constrangimentos à atuação do governo na pandemia decorrente das três principais regras do arcabouço fiscal do governo – regra de ouro, regra do primário e teto de gastos –, o governo solicitou, em 18/03/2020, ao Congresso o reconhecimento do estado de calamidade pública em função da emergência de saúde pública decorrente da pandemia. Dito isto, observou-se um crescimento real de repassadas total das três instâncias de governo de 26,62%, quando analisado o intervalo entre 2019-2020.

TABELA 2

**Gasto das três esferas de governo com ASPS, em valores per capita - 2012-2020 (em R\$ de 2020)**

| Ano  | Esferas   |           |           | Total       |
|------|-----------|-----------|-----------|-------------|
|      | Federal   | Estadual  | Municipal |             |
| 2012 | R\$607,82 | R\$340,37 | R\$395,13 | R\$1.343,32 |
| 2013 | R\$588,54 | R\$369,54 | R\$424,44 | R\$1.382,52 |
| 2014 | R\$607,24 | R\$392,43 | R\$445,08 | R\$1.444,75 |
| 2015 | R\$603,61 | R\$408,75 | R\$433,76 | R\$1.446,12 |
| 2016 | R\$582,24 | R\$420,07 | R\$430,21 | R\$1.432,52 |
| 2017 | R\$602,84 | R\$430,60 | R\$433,60 | R\$1.467,04 |
| 2018 | R\$585,29 | R\$448,79 | R\$442,70 | R\$1.476,78 |
| 2019 | R\$588,84 | R\$472,15 | R\$468,53 | R\$1.529,52 |
| 2020 | R\$760,22 | R\$551,01 | R\$625,53 | R\$1.936,76 |

Fonte: IBGE e SIOPS. Atualização de valores baseado no IPCA

Considerando o inciso II, § 3º, do art. 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e o disposto no art. 17 da LC nº 141/2012, a distribuição das transferências federais entre as UFs deve obedecer a critérios de rateio que objetivem a progressiva redução das disparidades regionais.

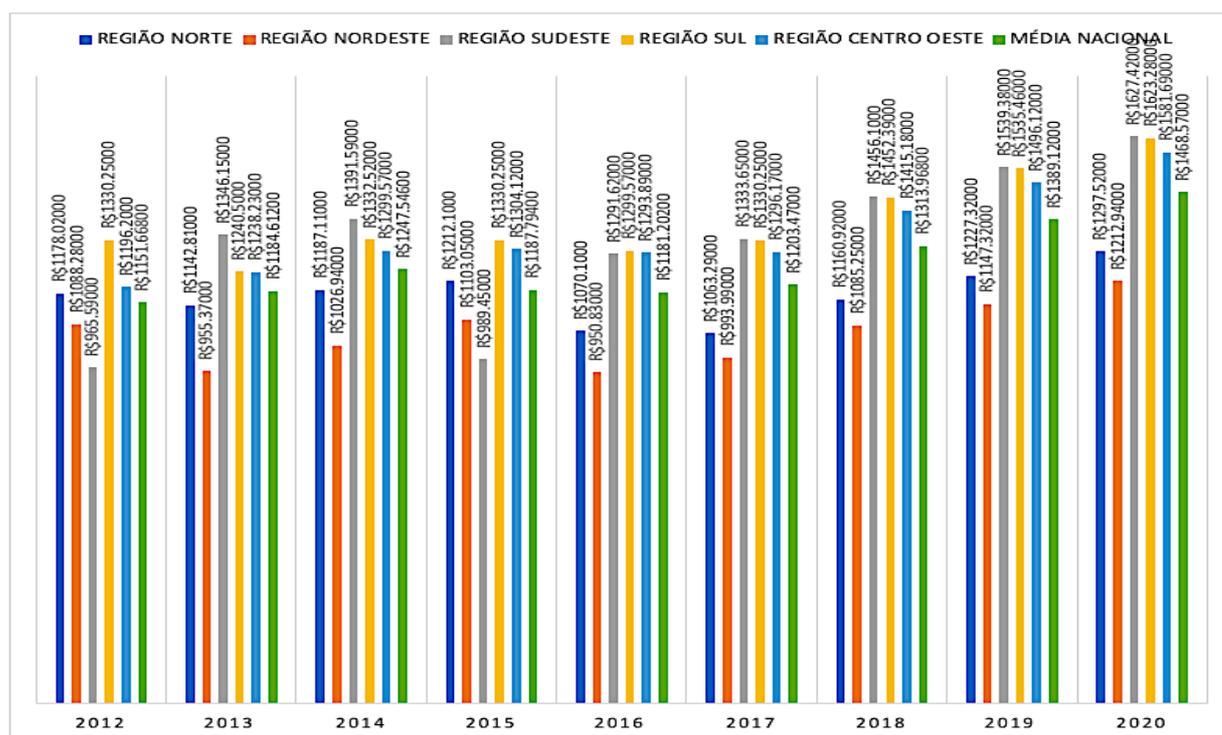
O gasto público total com ASPS cresceu no geral, em valores *per capita*, em todas as regiões no período de 2012 a 2019, no entanto em 2015, 2016 e 2017 houve queda para as regiões Sul e Sudeste; já para as regiões Norte e Nordeste a queda ocorreu entre os anos de 2016, 2017 e 2018; a região Centro-Oeste apresentou queda em 2016 e 2017 (gráfico 2).

Observa-se, também, que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, na maior parte dos anos, são as que apresentam os maiores valores *per capita*, acima da média nacional. Por sua vez, a região Nordeste é, em todo o período, a que apresenta o menor gasto *per capita* em ASPS no valor agregado das três esferas de governo.

De 2012 a 2019, os crescimentos acumulados da despesa *per capita* foram de 4,18% no Norte, 5,42% no Nordeste, 59,42% no Sudeste, 15,42% no Sul, 25,07% no Centro-Oeste e 20,61% na média do Brasil. Para o intervalo compreendido entre 2019-2020 observou-se um aumento de 5,71% referente as despesas per capita para todas as regiões; fato este marcado pela Pandemia, a fim de mitigar as consequências causadas pela COVID-19.

## GRÁFICO 2

### Evolução do gasto público total com ASPS, em valores *per capita*, segundo região, 2012-2020 (Em R\$ de 2020)



|                     | 2012        | 2013        | 2014        | 2015        | 2016        | 2017        | 2018        | 2019        | 2020        |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| REGIÃO NORTE        | R\$1.178,02 | R\$1.142,81 | R\$1.187,11 | R\$1.212,10 | R\$1.070,10 | R\$1.063,29 | R\$1.160,92 | R\$1.227,32 | R\$1.297,52 |
| REGIÃO NORDESTE     | R\$1.088,28 | R\$955,37   | R\$1.026,94 | R\$1.103,05 | R\$950,83   | R\$993,99   | R\$1.085,25 | R\$1.147,32 | R\$1.212,94 |
| REGIÃO SUDESTE      | R\$965,59   | R\$1.346,15 | R\$1.391,59 | R\$989,45   | R\$1.291,62 | R\$1.333,65 | R\$1.456,10 | R\$1.539,38 | R\$1.627,42 |
| REGIÃO SUL          | R\$1.330,25 | R\$1.240,50 | R\$1.332,52 | R\$1.330,25 | R\$1.299,57 | R\$1.330,25 | R\$1.452,39 | R\$1.535,46 | R\$1.623,28 |
| REGIÃO CENTRO OESTE | R\$1.196,20 | R\$1.238,23 | R\$1.299,57 | R\$1.304,12 | R\$1.293,89 | R\$1.296,17 | R\$1.415,18 | R\$1.496,12 | R\$1.581,69 |
| MÉDIA NACIONAL      | R\$1.151,67 | R\$1.184,61 | R\$1.247,55 | R\$1.187,79 | R\$1.181,20 | R\$1.203,47 | R\$1.313,97 | R\$1.389,12 | R\$1.468,57 |

Fonte: DATASUS. SIOPS. Atualização de valores baseado no IPCA

Haja vista a necessidade de se identificar a redução das disparidades regionais e que uma das principais funções do gasto federal é diminuir as desigualdades na alocação de recursos públicos para saúde, torna-se necessário verificar o comportamento da distribuição regional dos dispêndios federais originários do Ministério da Saúde.

Conforme pode ser visualizado no gráfico 3, houve uma queda nas transferências da esfera federal regionalizada de 2012 a 2013 (-9,02%); esta é decorrente, em sua maior parte, da centralização das compras de alguns medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, maior gasto, nesse ano, com aquisição de vacinas, além da própria queda da despesa do Ministério da Saúde (MS) em reais *per capita* (-3,2%). Em 2014 o gasto é ampliado, no entanto diminui nos anos 2015 e 2016 para todas as regiões; voltando em crescer em 2017 e mantendo essa escalada até 2020.

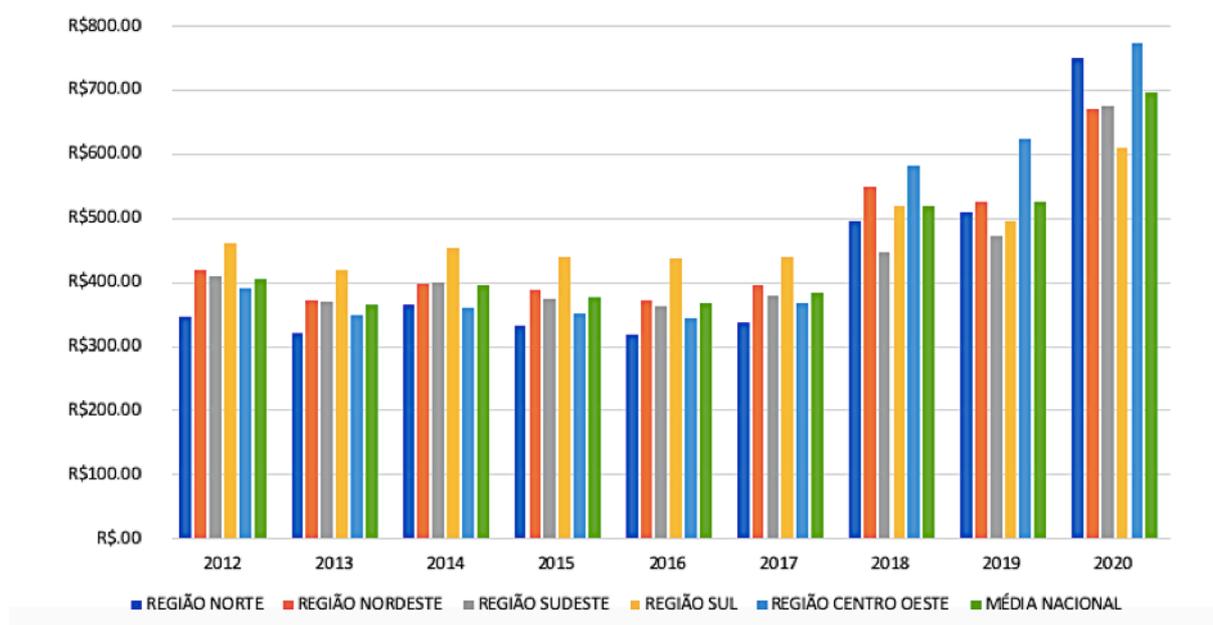
Os crescimentos acumulados da despesa federal *per capita*, registrados no período compreendido entre 2012-2019 foram de 46,67% (região norte), 25,87% (região nordeste), 15,24% (região sudeste), 7,80% (região sul) e 60,18% (região centro-oeste).

As regiões Sul e Sudeste são as que recebem os maiores valores *per capita* de recursos federais regionalizados, enquanto os menores são destinados à região Norte, realidade identificada até o ano 2017; a partir de 2019 a transferência federal para a região Norte é ampliada e torna-se maior quando comparada as regiões sul e sudeste.

Para o lapso temporal 2019-2020 observou-se um maior pico de crescimento no gasto federal regionalizado, sendo descrito: região norte (46,82%), região nordeste (27,16%), região sudeste (42,93%), região sul (22,98%) e região centro-oeste (23,77%). Fato este identificado como a aprovação, em maio de 2020, da Emenda Constitucional nº 106 estabelecendo regime fiscal, financeiro e de contratações extraordinárias que autorizava a União a não cumprir a regra de ouro, bem como outras regras fiscais impeditivas do aumento de despesas diretas ou tributárias, sendo nominado “orçamento de guerra”, livre dos constrangimentos fiscais normais, logo, apto para responder com agilidade às demandas para mitigar os efeitos da pandemia em termos sanitários, sociais e econômicos. (SILVEIRA & GAIGER, 2021)

### GRÁFICO 3

#### Gasto federal em ASPS por habitante e Grandes Regiões 2012-2020 (Em R\$ de 2020)



|                     | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| REGIÃO NORTE        | R\$347,61 | R\$320,35 | R\$365,79 | R\$331,71 | R\$319,21 | R\$336,25 | R\$494,69 | R\$509,86 | R\$748,64 |
| REGIÃO NORDESTE     | R\$418,05 | R\$372,61 | R\$397,60 | R\$388,51 | R\$372,61 | R\$396,46 | R\$550,06 | R\$526,24 | R\$669,21 |
| REGIÃO SUDESTE      | R\$410,09 | R\$369,20 | R\$399,87 | R\$374,88 | R\$363,52 | R\$378,29 | R\$446,11 | R\$472,61 | R\$675,52 |
| REGIÃO SUL          | R\$460,08 | R\$418,05 | R\$454,40 | R\$438,49 | R\$436,22 | R\$440,76 | R\$517,88 | R\$496,33 | R\$610,43 |
| REGIÃO CENTRO OESTE | R\$389,65 | R\$348,05 | R\$361,25 | R\$352,16 | R\$345,34 | R\$366,93 | R\$580,88 | R\$624,17 | R\$772,56 |
| MÉDIA NACIONAL      | R\$405,10 | R\$365,65 | R\$395,78 | R\$377,15 | R\$367,38 | R\$383,74 | R\$517,92 | R\$525,84 | R\$695,27 |

Fonte: DATASUS e SIOPS. Atualização de valores baseado no IPCA

A vinculação orçamentária introduzida pela EC nº 29/2000 por si só não foi suficiente para que alguns estados cumprissem o percentual mínimo de aplicação de 12% dos seus recursos próprios em ASPS. O atendimento dessa obrigação constitucional somente ocorreu, nesses casos, com a introdução de sanções severas a partir da aprovação da LC nº 141 em 2012, seja para o descumprimento das aplicações mínimas ou para a inobservância das determinações nela previstas. Esta lei complementar estabelece a suspensão de transferências constitucionais, no caso de não declaração do gasto com ASPS por meio do SIOPS, e o redirecionamento de parcela do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE); o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) para a conta bancária do fundo de saúde, no caso de aplicação inferior ao piso da saúde. (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019)

Como demonstrado na tabela 3, no período de 2010-2012, o percentual médio de aplicação dos seguintes estados era inferior a 12%: Paraná (9,8%) e Rio Grande do Sul (8,4%). Já no período após o estabelecimento da LC 141/2012 (2013-2017), somente os estados do Paraná (11,2%) e Goiás (11,72%) em 2013 e do Rio de Janeiro (10,3%) em 2016 continuaram aplicando em média menos de 12% em ASPS, ficando sujeitos ao redirecionamento de parcela de seu FPE para a conta do fundo estadual de saúde. Este mapeamento está baseado em dados declarados pelos entes e informados por meio do SIOPS.

Nos últimos anos, a partir de 2014, a elevação do percentual de aplicação também pode ser atribuída aos efeitos da crise econômica. As despesas com saúde são menos elásticas que outras despesas. Não se consegue impor uma grande compressão a elas, mesmo com a queda da arrecadação que afetou profundamente os estados. Com a redução das receitas em maior magnitude do que a redução das despesas, o resultado é que o indicador percentual de aplicação dos recursos próprios em ASPS se revela maior em relação aos anos anteriores, de forma proeminente para alguns estados. (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2019)

**TABELA 3**  
**Percentual das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC no 141/2012 (Em % das receitas)**

| UF                  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Rondônia            | 14,71 | 12    | 12,13 | 14,28 | 13,52 | 14,53 | 12,89 | 14,69 | 13,01 | 13,02 | 13,76 |
| Acre                | 17,43 | 16,24 | 16,31 | 16,64 | 17,32 | 15,37 | 14,25 | 15,05 | 14,23 | 13,07 | 14,57 |
| Amazonas            | 20,67 | 22,18 | 21    | 22,87 | 22,21 | 20,78 | 22,32 | 17,81 | 19,44 | 16,34 | 20,62 |
| Roraima             | 13,78 | 14,13 | 14,16 | 17,31 | 12,23 | 16,03 | 16,58 | 18,37 | 18,21 | 16,33 | 12,1  |
| Pará                | 12,48 | 12,4  | 13,54 | 13,54 | 12,97 | 13,66 | 13,9  | 14,9  | 15,26 | 13,97 | 15,46 |
| Amapá               | 12,03 | 12,99 | 12,54 | 15,57 | 13,39 | 14,08 | 16,7  | 12,45 | 12,93 | 13,28 | 19,44 |
| Tocantins           | 17,24 | 18,72 | 18,48 | 20,68 | 21,47 | 19,17 | 17,95 | 18,03 | 16,46 | 16,79 | 16,02 |
| Maranhão            | 12,03 | 12,23 | 12,45 | 12,43 | 13,62 | 13,49 | 12,31 | 14,08 | 14,46 | 14,37 | 15,11 |
| Piauí               | 11,07 | 9,88  | 11,64 | 12,74 | 13,39 | 13,52 | 12,31 | 12,76 | 12,26 | 12,06 | 16,02 |
| Ceará               | 16,11 | 15,51 | 13,77 | 13,83 | 15,76 | 14,25 | 13,8  | 14,65 | 15,45 | 13,43 | 16,54 |
| Rio Grande do Norte | 15,28 | 15,57 | 14,15 | 13,89 | 13,88 | 15,2  | 12,44 | 12,15 | 10,56 | 12,2  | 14,4  |
| Paraíba             | 13,73 | 12,03 | 13,45 | 13,44 | 13,69 | 13    | 12,51 | 13,66 | 12,27 | 12,22 | 12,4  |
| Pernambuco          | 17,64 | 15,73 | 15,74 | 14,96 | 16,58 | 16,23 | 15    | 16,35 | 15,35 | 14,98 | 16,58 |
| Alagoas             | 12,34 | 11,93 | 12,06 | 12,11 | 12,06 | 12,95 | 12,19 | 12,34 | 12,16 | 12,08 | 12,56 |
| Sergipe             | 13,02 | 12,69 | 12,77 | 12,93 | 12,72 | 12,4  | 12,15 | 12,14 | 12,32 | 12,28 | 12,59 |
| Bahia               | 13,67 | 13,44 | 12,19 | 12,02 | 12,94 | 12,45 | 12,26 | 13    | 12,05 | 12,97 | 13,26 |
| Minas Gerais        | 13,3  | 12,29 | 12,03 | 12,29 | 12,15 | 12,3  | 12,38 | 12,09 | 10,22 | 12,75 | 12,29 |
| Espírito Santo      | 12,77 | 12,48 | 13,24 | 15,95 | 18,53 | 18,99 | 18,12 | 18,75 | 18,96 | 17,57 | 16,66 |
| Rio de Janeiro      | 12,09 | 12,22 | 12,1  | 12,04 | 12,06 | 12,34 | 10,35 | 12,22 | 12,16 | 12,05 | 12,03 |
| São Paulo           | 12,63 | 12,83 | 12,43 | 12,43 | 12,46 | 12,5  | 13,19 | 13,24 | 13,37 | 13,32 | 13,97 |
| Paraná              | 9,98  | 9,74  | 9,94  | 11,22 | 12,29 | 12,03 | 12,08 | 12,07 | 12,17 | 12,21 | 12,96 |
| Santa Catarina      | 12,04 | 12,09 | 12,14 | 12,02 | 12,37 | 12,87 | 12,82 | 13    | 14,1  | 12,91 | 14,63 |
| Rio Grande do Sul   | 7,62  | 8,04  | 9,71  | 12,47 | 12,72 | 12,2  | 12,13 | 12,25 | 12,16 | 12,15 | 12,15 |
| Mato Grosso do Sul  | 14,92 | 13,94 | 12,06 | 12,5  | 12,11 | 16,67 | 16,39 | 18,05 | 14,17 | 14,04 | 14,39 |
| Mato Grosso         | 12,28 | 12,07 | 12,67 | 12,58 | 12,6  | 13,01 | 14,12 | 12,5  | 12,21 | 12,18 | 12,46 |
| Goiás               | 12,16 | 14,62 | 12,12 | 11,72 | 12,7  | 12,07 | 12,03 | 12,09 | 12,11 | 12,17 | 12,78 |

Fonte: SIOPS.

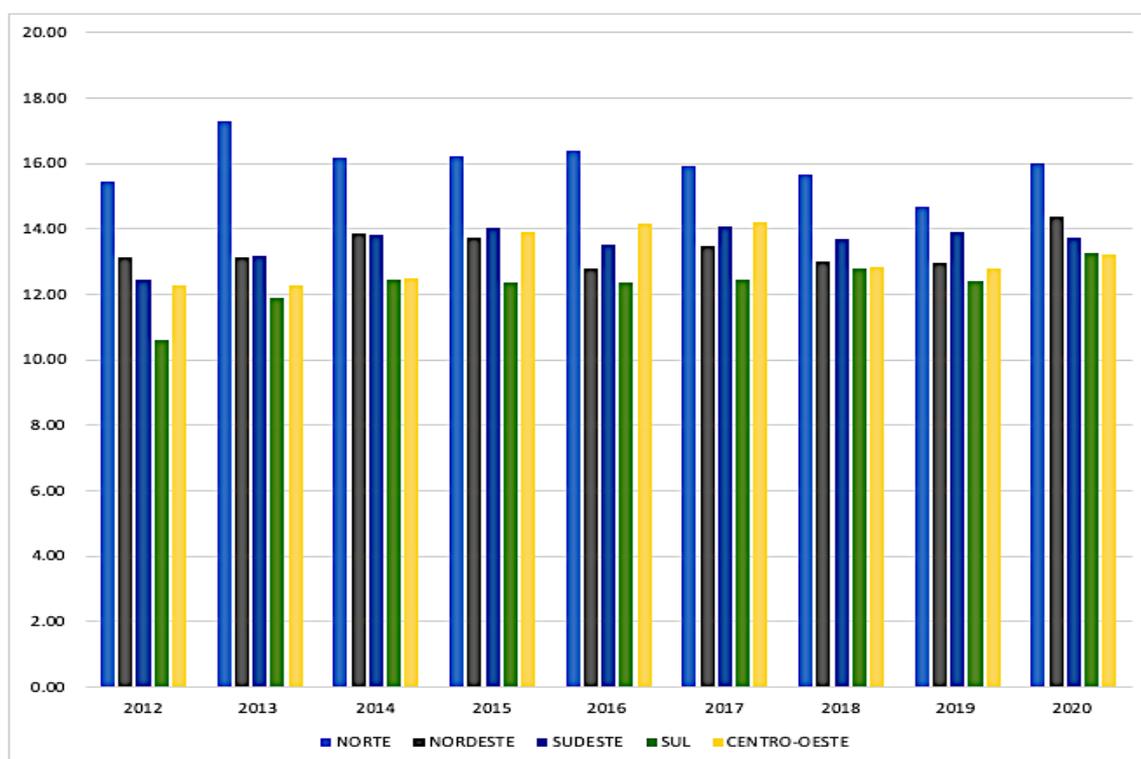
De acordo com o representado no gráfico 4, os resultados obtidos permitiram identificar que a região Norte apresenta a maior média percentual (15,96%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS ao longo de 2012-2019; ao passo que a região Sul demonstrou a menor

média percentual (12,17%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS no mesmo período; cabe ainda destacar que os repasses estaduais na região Sul foram respeitados, em conformidade com os percentuais mínimos dispostos na LC 141/2012, apenas a partir do ano de 2014. Nas demais regiões verificou-se que o percentual mínimo de repasse das receitas próprias estaduais foram prontamente respeitadas apresentando percentual médio, no intervalo 2012-2019, de 13,25% (região Nordeste), 13,58% (região Sudeste) e 13,12% (região Centro-Oeste).

Para o ano de 2020, marcado pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para enfrentamento da pandemia, esses percentuais foram acrescidos, conforme observado, quando em análise comparativa ao ano anterior: região Norte (8,92%), região Nordeste (11,03%), região Sul (6,62%), região Centro-Oeste (3,23%); não respeitando essa regra de ampliação do percentual de repasse da esfera estadual no intervalo temporal mencionado, a região Sudeste onde foi registrado um decréscimo de 1,31%.

#### GRÁFICO 4

**Percentual das receitas próprias estaduais, por região, aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC nº 141/2012 (Em % das receitas)**



| UF           | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| NORTE        | 15,45 | 17,27 | 16,16 | 16,23 | 16,37 | 15,90 | 15,65 | 14,69 | 16,00 |
| NORDESTE     | 13,14 | 13,15 | 13,85 | 13,72 | 12,77 | 13,46 | 12,99 | 12,95 | 14,38 |
| SUDESTE      | 12,45 | 13,18 | 13,80 | 14,03 | 13,51 | 14,08 | 13,68 | 13,92 | 13,74 |
| SUL          | 10,60 | 11,90 | 12,46 | 12,37 | 12,34 | 12,44 | 12,81 | 12,42 | 13,25 |
| CENTRO-OESTE | 12,3  | 12,3  | 12,5  | 13,9  | 14,2  | 14,2  | 12,8  | 12,8  | 13,2  |

Fonte: SIOPS.

No caso dos municípios, como registrado a tabela 4, desde 2010 o percentual médio de aplicação do conjunto destes entes em cada Unidade da Federação superou os 15% dos seus recursos próprios. A média de aplicação de todos os municípios brasileiros foi de 19,75%, em 2010, passou para 20,94% em 2013, 21,97%, em 2015, aumentou para 22,5%, em 2017 e decresceu para 21,37% em 2019.

Observa-se uma ampliação do esforço municipal, muito além do percentual mínimo obrigatório, haja vista a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios e a pressão da demanda.

Cabe enfatizar que para o lapso temporal de 2017-2019 houve um decréscimo na média do percentual nacional, conforme observado na tabela 4, sendo essa média ampliada para 22,58%, no ano de 2020, registrando o maior patamar ao longo dos anos analisados; motivo este claramente justificado pela pandemia da COVID-19.

TABELA 4

**Percentual das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC nº 141/2012 (Em % das receitas)**

| UF                  | 2010         | 2011         | 2012         | 2013         | 2014         | 2015         | 2016         | 2017         | 2018         | 2019         | 2020         |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Rondônia            | 19,68        | 20,44        | 21,48        | 21,76        | 22,61        | 23,38        | 25,09        | 25,48        | 23,41        | 22,72        | 23,86        |
| Acre                | 16           | 15,59        | 15,49        | 16,48        | 16,19        | 15,98        | 15,93        | 15,8         | 16,39        | 15,87        | 17,14        |
| Amazonas            | 18,98        | 19,42        | 21,99        | 21,04        | 20,41        | 21,53        | 22,2         | 21,89        | 20,05        | 20,02        | 22,78        |
| Roraima             | 20,13        | 15,56        | 16,38        | 17,24        | 17,42        | 18,97        | 16,5         | 16,78        | 17,81        | 17,72        | 19,63        |
| Pará                | 18,87        | 18,45        | 18,23        | 19,61        | 20,89        | 20,2         | 21,41        | 22,41        | 22,55        | 22,21        | 23,72        |
| Amapá               | 17,93        | 16,86        | 15,8         | 16,71        | 19,53        | 18,81        | 17,79        | 16,12        | 16,41        | 16,79        | 17,87        |
| Tocantins           | 19,2         | 18,25        | 18,87        | 18,69        | 18,66        | 18,29        | 18,28        | 18,73        | 18,28        | 17,94        | 20,11        |
| Maranhão            | 22,79        | 20,57        | 20,57        | 22,61        | 23           | 21,95        | 22,92        | 23,37        | 21,95        | 20,13        | 22,47        |
| Piauí               | 22,16        | 21,93        | 21,87        | 21,65        | 23,5         | 23,28        | 23,78        | 24,42        | 24,27        | 24,13        | 27,21        |
| Ceará               | 21,41        | 21,64        | 21,95        | 23,88        | 24,7         | 24,71        | 23,67        | 24,84        | 23,49        | 24,01        | 25,71        |
| Rio Grande do Norte | 21,86        | 21,72        | 22,25        | 23,81        | 24,41        | 24,68        | 24,73        | 24,82        | 23,04        | 23,76        | 26,64        |
| Paraíba             | 18,38        | 18,74        | 19,75        | 20,98        | 21,68        | 22,07        | 21,09        | 22,08        | 20,15        | 20,03        | 21,61        |
| Pernambuco          | 18,52        | 17,28        | 17,81        | 19,2         | 19,29        | 19,61        | 18,89        | 20,28        | 19,64        | 19,55        | 21,3         |
| Alagoas             | 18,14        | 18,24        | 19,46        | 19,92        | 21,86        | 21,53        | 21,18        | 21,25        | 20,09        | 20,24        | 20,57        |
| Sergipe             | 16,89        | 16,94        | 18,32        | 18,22        | 19,25        | 20,62        | 19,04        | 19,82        | 19,41        | 18,96        | 21,24        |
| Bahia               | 17,52        | 17,96        | 18,3         | 19,11        | 19,66        | 19,78        | 19,65        | 20,8         | 19,86        | 20,06        | 22,16        |
| Minas Gerais        | 22,02        | 21,61        | 21,99        | 23,47        | 24,44        | 24,82        | 24,2         | 25,68        | 25,63        | 24,99        | 25,72        |
| Espírito Santo      | 18,61        | 18,9         | 19,61        | 21           | 21,96        | 21,3         | 20,51        | 21,03        | 20,53        | 20,75        | 21,05        |
| Rio de Janeiro      | 19,77        | 21,21        | 23,62        | 22,82        | 24,54        | 24,68        | 26,87        | 26,3         | 23,43        | 23,16        | 20,73        |
| São Paulo           | 21,24        | 21,48        | 22,26        | 23,01        | 23,91        | 24,42        | 25,86        | 25,44        | 24,12        | 23,54        | 25,11        |
| Paraná              | 19,86        | 20,26        | 21,02        | 22,27        | 22,95        | 23,43        | 24,29        | 24,28        | 22,86        | 23,29        | 22,58        |
| Santa Catarina      | 20,05        | 20,02        | 21,59        | 22,27        | 23,16        | 24,1         | 24,69        | 24,53        | 23,84        | 23,73        | 23,77        |
| Rio Grande do Sul   | 19,14        | 19,39        | 20,54        | 20,43        | 20,98        | 21,26        | 21,21        | 22,17        | 20,7         | 21,04        | 21,07        |
| Mato Grosso do Sul  | 23,35        | 21,87        | 23,18        | 24,81        | 25,12        | 26,14        | 26,04        | 27,74        | 24,07        | 25,74        | 24,65        |
| Mato Grosso         | 22,29        | 21,03        | 22,8         | 23,25        | 24,6         | 25,29        | 26,69        | 27,24        | 25,69        | 25,05        | 26,8         |
| Goiás               | 18,59        | 19,04        | 19,96        | 20,18        | 20,08        | 20,51        | 22,3         | 21,42        | 19,76        | 20,27        | 21,47        |
| <b>BRASIL</b>       | <b>19,75</b> | <b>19,40</b> | <b>20,20</b> | <b>20,94</b> | <b>21,72</b> | <b>21,97</b> | <b>22,11</b> | <b>22,49</b> | <b>21,44</b> | <b>21,37</b> | <b>22,58</b> |

Fonte: SIOPS.

Consoante com a análise do gráfico 5 observou-se que a região Centro-Oeste apresentou a maior média percentual (23,66%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS ao longo do período 2012-2019; ao passo que a região Norte demonstrou a menor média percentual (19,20%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS no mesmo período.

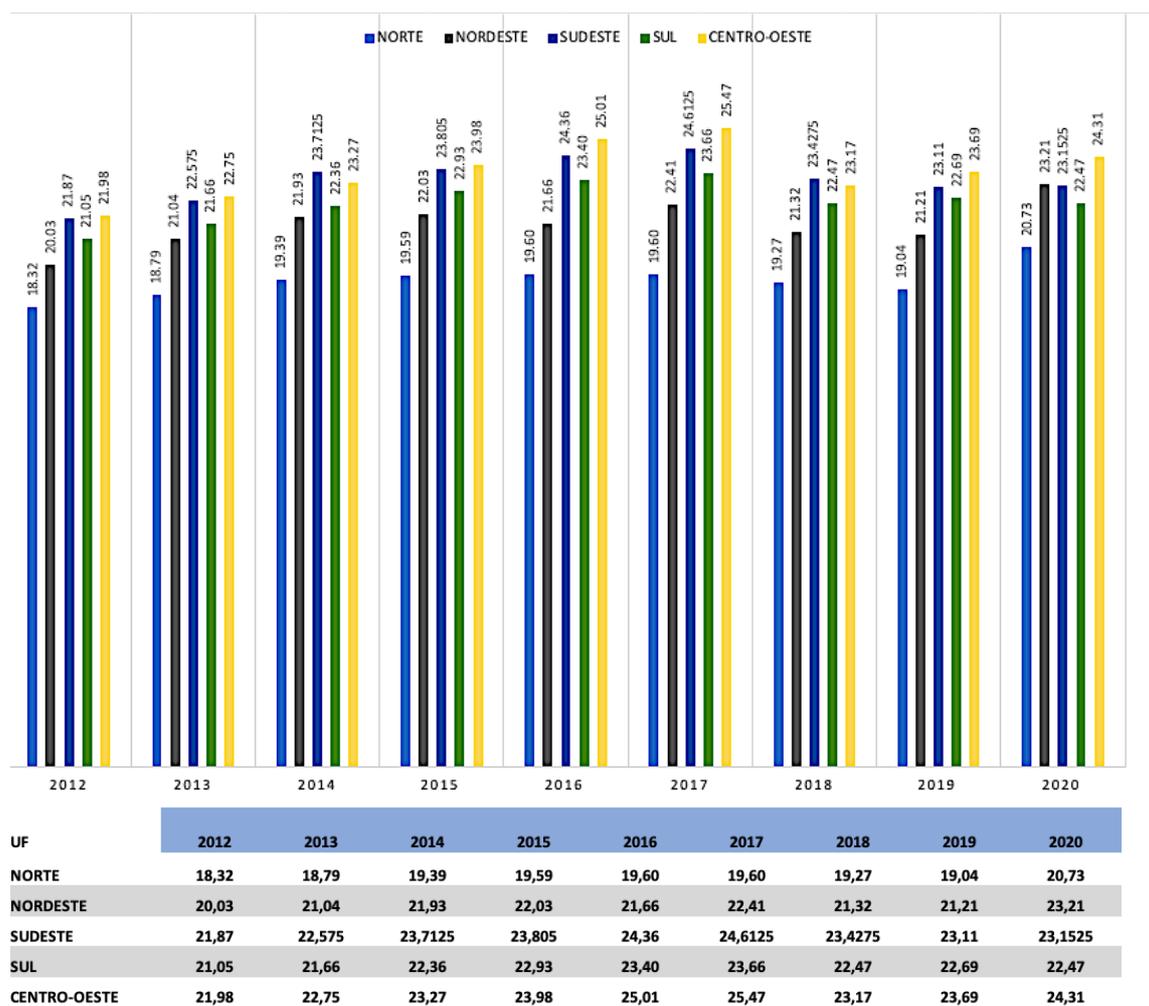
Cabe ainda destacar, que os repasses municipais em todas as regiões do Brasil foram repassados, em conformidade com os percentuais mínimos dispostos na LC 141/2012, no período analisado.

Para o ano de 2020, marcado pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para enfrentamento da pandemia, esses percentuais foram acrescidos, conforme observado, quando em análise comparativa ao ano anterior: região Norte (8,9%), região Nordeste (9,45%), região Sul (0,20%), região Centro-Oeste (2,61%); não respeitando essa regra de ampliação do

percentual de repasse da esfera estadual no intervalo temporal mencionado, a região Sudeste onde foi registrado um decréscimo de 0,94%.

## GRÁFICO 5

**Percentual das receitas próprias municipais, por região, aplicadas em ASPS, antes e após a promulgação da LC n° 141/2012 (Em % das receitas)**



Fonte: SIOPS.

## 5 CONCLUSÃO

Para o intervalo de tempo, objeto deste estudo, os resultados do financiamento do SUS pelas três esferas de governo, registraram que:

i) principalmente em decorrência da regulamentação da EC 29/2000 pela LC 141/2012, observou-se um crescimento contínuo da despesa das três esferas de governo com ASPS; o

gasto total das três esferas entre 2012-2019 teve um crescimento de 21,00%. Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 2,60%; o estadual de 46,99%; e o municipal de 25,65%.

ii) devido a uma flexibilização sem precedentes da política fiscal em 2020, ocasionada pela pandemia da COVID-19, observou-se a partir da análise entre o período de 2012-2020, em valores constantes, que o gasto total das três esferas teve um crescimento substancial de 53,94%. Isoladamente, o gasto federal apresentou um crescimento de 33,54%; o estadual de 72,85%; e o municipal de 69,04%.

iii) para evolução do gasto *per capita* com ASPS das três esferas de governo verificou-se uma oscilação referente aos repasses da esfera federal, ocorrendo uma diminuição na participação de 6,75%, no período compreendido entre 2012-2019; já nas instâncias estadual e municipal observou-se um crescimento contínuo para o lapso temporal supracitado, sendo 5,53% e 1,22% para estados e municípios respectivamente.

iv) em razão do reconhecimento do estado de calamidade pública, em função da emergência de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19, observou-se um crescimento real de repassadas total das três instâncias de governo de 26,62%, quando analisado o intervalo entre 2019-2020.

v) para as regiões no período avaliado (2012-2019), os crescimentos acumulados da despesa *per capita* foram de 4,18% no Norte, 5,42% no Nordeste, 59,42% no Sudeste, 15,42% no Sul, 25,07% no Centro-Oeste e 20,61% na média do Brasil; para o intervalo compreendido entre 2019-2020 observou-se um aumento de 5,71% referente as despesas *per capita* para todas as regiões, fato este marcado pela Pandemia, a fim de mitigar as consequências causadas pela COVID-19.

vi) os crescimentos acumulados da despesa federal *per capita*, registrados no período compreendido entre 2012-2019 foram de 46,67% (região norte), 25,87% (região nordeste), 15,24% (região sudeste), 7,80% (região sul) e 60,18% (região centro-oeste).

vii) por efeito do denominado “orçamento de guerra”, livre dos constrangimentos fiscais normais, logo, apto para responder com agilidade às demandas para mitigar os efeitos da pandemia em termos sanitários, sociais e econômicos, registrou-se um maior pico de

crescimento no gasto federal regionalizado, sendo descrito: região norte (46,82%), região nordeste (27,16%), região sudeste (42,93%), região sul (22,98%) e região centro-oeste (23,77%).

viii) os resultados obtidos permitiram identificar que a região Norte apresenta a maior média percentual (15,96%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS ao longo de 2012-2019; ao passo que a região Sul demonstrou a menor média percentual (12,17%) das receitas próprias estaduais aplicadas em ASPS no mesmo período; cabe ainda destacar que os repasses estaduais na região Sul foram respeitados, em conformidade com os percentuais mínimos dispostos na LC 141/2012, apenas a partir do ano de 2014.

ix) observou-se que a região Centro-Oeste apresentou a maior média percentual (23,66%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS ao longo do período 2012-2019; ao passo que a região Norte demonstrou a menor média percentual (19,20%) das receitas próprias municipais aplicadas em ASPS no mesmo período; cabendo ainda destacar, que os repasses municipais em todas as regiões do Brasil foram perpassados, em conformidade com os percentuais mínimos dispostos na LC 141/2012, no período analisado.

x) para o ano de 2020, marcado pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para enfrentamento da pandemia da COVID-19, os percentuais das despesas próprias tanto estaduais quanto municipais foram acrescidos, conforme observado, quando em análise comparativa ao ano anterior.

O financiamento adequado é uma necessidade pungente do Sistema Único de Saúde; e essa questão torna-se premente em um momento de crise sanitária gerada pela pandemia. É, portanto, mister a ampliação quanto a discussão sobre financiamento, gastos e alocação de recursos em saúde pública a fim de que sejam reformuladas políticas regulatórias e fiscais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Federal nº 8080, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. **Lei Federal 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. **Lei Federal nº 9311, de 24 de outubro de 1996**. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19311.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19311.htm). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº29, 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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa: 1988**. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 32, de 2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6 de 1994. Brasília: Coordenação de Publicações, Câmara dos Deputados; 2001.

BRASIL. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 7 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Ministério da Saúde nº3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992\\_28\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html). Acesso em: 7 jun. 2022.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. **Card. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, ed. 7, p. 1613-1623, jul 2007.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: Conass, 2015. Disponível <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2022.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Card. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, ed. 12, p. 2612-2620, Dezembro.2009.

LEITE, Valéria Rodrigues; LIMA, Kenio Costa; DE VASCONCELOS, Cipriano Maia. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Cien Saúde Colet**, v. 7, ed. 17, p. 1849-1856, 2012.

MATIAS, Alessandra Giseli *et al.* Mudanças no Financiamento da Saúde. **Confederação Nacional de Municípios – CNM**, Brasília, p. 1-40, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2022.

NUNES Danilo Henrique, ABÍLIO Adriana Galvão. O impacto Emenda Complementar 95/2016 nas políticas públicas de educação e saúde. **Anais do I Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social**. n. 1, p. 240-253. 2019. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rede/article/view/1564>. Acesso em 22 set. 2022

PIOLA, Sérgio Francisco. Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação da Lei Complementar nº141/2012. **IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA**. Brasília, 2000. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2298.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2298.pdf). Acesso em: 15 fev.2022

PIOLA, Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá; VIEIRA, Fabíola Sulpino. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. **IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td\\_2439.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8934/1/td_2439.pdf). Acesso em: 15 fev.2022

PIRES, Antonio Barbosa. Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GESTÃO SOCIAL**, v. 8, n. 1, 2016. Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351557773008>. Acesso em 20 de setembro de 2022

SAMBIASE, Ana Gabriela Filippi. ASPECTOS LEGAIS DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, ed. 1, p. 63-74, mar 2003. Disponível em: file:///Users/carolinaquintas/Downloads/82419-Texto%20do%20artigo-113788-1-10-20140626.pdf. Acesso em: 7 jun. 2022.

SANTOS Isabela Soares, SANTOS Maria Angélica Borges, BORGES Danielle da Costa Leite. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 4. p. 73-13, 2013.

Senado Federal (BR). **Proposta de Emenda à Constituição Nº 188, de 2019**. Altera arts. 6o, 18, 20, 29-A, 37, 39, 48, 62, 68, 71, 74, 84, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 184, 198, 208, 212, 213 e 239 da Constituição Federal e os arts. 35, 107,109 e 111do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 135-A, 163-A, 164-A, 167-A, 167-B, 168-A e 245-A; acrescenta ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias os arts. 91-A, 115, 116 e 117; revoga dispositivos constitucionais e legais e dá outras providências. Brasília, DF; 2019. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=8035580&ts=1582036854418&disposition=inline>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SERVO Luciana Mendes Santos, SANTOS Maria Angélica Borges dos Santos, VIEIRA Fabíola Sulpino, BENEVIDES Rodrigo Pucci de Sá. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 4, p. 114-129. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 22 set. 2022

SILVEIRA Fernando Gaiger, GAIGER Maria Luiza Campos. O gasto em saúde e suas bases de financiamento: dinâmica e tendências para o Brasil (Texto para Discussão, 74). **Saúde Amanhã – Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro. 2021. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Gaiger-F-Gaiger-MLC\\_O-gasto-em-sa%C3%BAde-e-suas-bases-de-financiamento\\_TD74.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Gaiger-F-Gaiger-MLC_O-gasto-em-sa%C3%BAde-e-suas-bases-de-financiamento_TD74.pdf) Acesso em: 22 set. 2022.

VIEIRA Fabíola Sulpino, PIOLA Sérgio Francisco; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor. (Texto para Discussão, 2516). **IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA**. Rio de Janeiro, 2019 Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9428/1/td\\_2516.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9428/1/td_2516.pdf). Acesso em: 15 fev. 2022