

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UFSJ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – UFSJ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

**CUMPRIMENTO DA LEI COMPLEMENTAR 141/2012 NO ESTADO
DE SÃO PAULO:**

DANIEL ALVES MARTINS

FRANCA-2018

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	5
1.2 PERGUNTAS / PRESSUPOSTOS OU HIPÓTESES DE PESQUISA	5
1.3 OBJETIVOS.....	5
1.3.1 OBJETIVO GERAL	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	6
2. REFERENCIAL TEÓRICO	6
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	10
5. CONCLUSÃO	13
6. BIBLIOGRAFIA.....	15

RESUMO

A aprovação da lei complementar 141/12 em 2012 estipula os percentuais mínimos a serem investidos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nas esferas Federais, Estaduais e Municipais.

O objetivo deste trabalho foi demonstrar qual percentual de cidades do estado de São Paulo tem cumprido as exigências da lei 141/12 no período de 2012 a 2017, os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Apresenta-se como resultado que 100% das cidades do estado de São Paulo fazem cumprimento a aplicação mínima de capital próprio em saúde conforme exigido pela lei complementar 141/12, 60% das cidades investem mais de 25% de capital próprio em saúde, nota-se uma tendência de que o investimento em saúde vem crescendo anualmente.

Um das possíveis causas desse crescimento é o aumento de pessoas que dependem exclusivamente do sistema SUS devido à situação financeira.

Palavras-chave: lei complementar 141/12. Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde. Investimento municipal em saúde.

1. INTRODUÇÃO

A disponibilidade dos resultados de investimentos e gastos em saúde das políticas públicas auxilia no gerenciamento e elaborações de indicadores de performance do Sistema Único de Saúde. Essas informações são relevantes para melhorias na gestão e distribuição dos investimentos dos entes federados, de forma a adequar as necessidades da saúde. (TEIXEIRA & TEIXEIRA, 2003).

O Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde (Siops) é uma ferramenta de coleta e organização de dados sobre receitas e despesas no âmbito dos estados, municípios e do Distrito Federal monitora os gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Implantado no final da década de 90, o banco de dados do Siops passou a ser alimentado pela internet e seus dados fornecidos pelas unidades da Federação, assim, permanecem atualizados e possibilitam a realização de consultas a qualquer momento e oferece relatórios com informações detalhadas e relatórios exigidos para cumprimento de leis específicas.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A partir do ano 2000 foi elaborada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) para definir percentuais mínimos a serem aplicados em saúde pelos entes federados, após mais de uma década originou às transferências Inter federativas do SUS, a lei complementar 141/2012 (LC 141/2012) que prevê valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios, assim como a EC-29 a LC 141/2012 também faz uso dos dados fornecidos pelo SIOPS (BRASIL, 2012).

1.2 PERGUNTAS / PRESSUPOSTOS OU HIPÓTESES DE PESQUISA

O financiamento da saúde pública é um problema que se alastra desde a fundação do sistema sus, e a lei 141/2012 é um mecanismo atual que em conjunto com o sistema Siops visa garantir repasses mínimos em todas as esferas ao setor, mas cumprimento dos repasses da lei complementar 141/12 são suficientes para solucionar os problemas da saúde pública?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar o cumprimento da lei complementar 141/12 com base nos demonstrativos do Siops dos municípios no estado de São Paulo no período de 2013 a 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Demonstrar qual o percentual dos municípios do estado de São Paulo que cumprem a lei complementar 141/12.

Demonstrar se o mínimo exigido pela lei complementar 141/12 aos municípios é o suficiente com base no percentual que vem sendo aplicado.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Conforme o trabalho realizado por Campelli & Calvo (2007), analisam o período de 2000 a 2003 que abrange todo o território nacional, após a implantação da EC-29 houve uma evolução nas aplicações em saúde, porém neste período algumas regiões ainda permaneciam abaixo do mínimo exigido. Portanto, a lei 141/12 é fundamental para ampliação do financiamento na área da saúde

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A regulamentação da EC – 29/2000 se deu em janeiro de 2012 com sanção da lei complementar nº141 pela Presidente Dilma Rousseff tal artigo dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicado em saúde (BRASIL, 2012).

A lei complementar nº141 traz as definições do que pode e do que não pode ser considerado gasto em Saúde. Segue as atividades que se considera como parte da ASPS pela lei complementar 141/2012 Art. 3º.

- 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.

O objetivo destas diretrizes foi evitar que gestores desvirtuem seus orçamentos, inserindo na conta da Saúde despesas que não têm relação direta com ASPS. Também impede que sejam considerados os custeios com pagamento de salário para servidores que não atuam na área (BRASIL,2013). A responsabilidade de se preencher e enviar os dados através do SIOPS é necessária para atender o § 3º do art. 165 da Constituição Federal. O Relatório Resumido de Execução Orçamentaria (RREO) que traz demonstrativos das receitas por categoria econômica e fonte e das despesas que deve ser publicado até 30 dias após o encerramento de cada bimestre (BRASIL, 1988).

A lei complementar 141/12 vem regulamentar o § 3º Art. 198 da Constituição Federal o qual se refere aos percentuais mínimos a serem aplicados pela união, estados e municípios em ações e serviços públicos da saúde (**Figura 1**) (BRASIL, 2013).

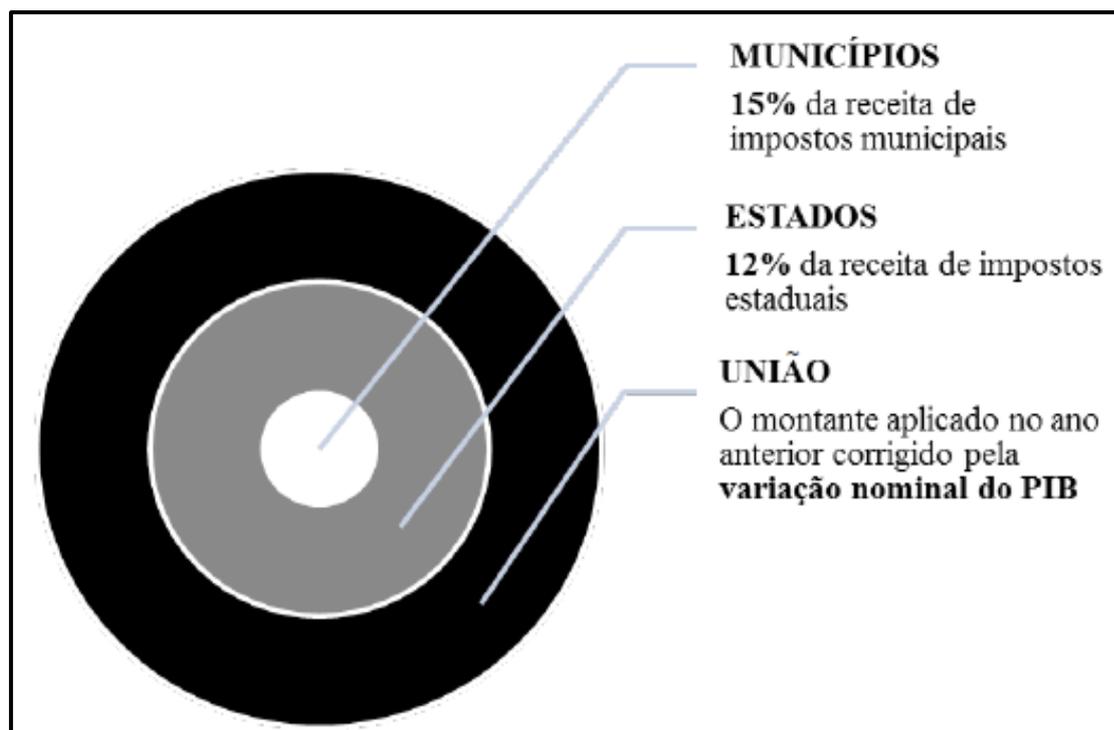


Figura 1: Modelo de recursos para serviços em saúde, valores percentuais mínimos a serem aplicados pela União, Estados e Municípios. Fonte: BRASIL, 2013.

Para a união essa aplicação é o valor empenhado do ano anterior em ações e serviços da saúde acrescido a variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior, caso variação negativa não poderá ser reduzida, para os estados essa aplicação se dá com o mínimo de 12% da arrecadação de impostos que se refere ao Art. 155 e recursos do Art. 157, referente aos municípios se aplicarão anualmente o percentual de 15% da arrecadação de impostos a que se refere o Art. 156 e dos recursos que tratam o Art. 158 e Art. 159 (BRASIL, 1988).

O descumprimento da aplicação mínima da receita a ser aplicada pelos municípios é cabível de penalidades dispostas na lei nº 141/2012 a União pode condicionar o repasse das transferências constitucionais e suspenderá as transferências voluntárias até que a situação seja regularizada.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para este estudo a metodologia adotada foi a descritiva, na qual se utilizou dados publicados pelo Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde (Siops) no período de 2012 a 2017. Para análise dos dados foram selecionados os percentuais de recursos mínimos aplicados em saúde pelos municípios do estado de São Paulo referente a relação entre os gastos em ASPS e receitas do respectivo município.

O procedimento de coleta de dados utilizado foi fornecido pelos indicadores municipais em sua série histórica na plataforma virtual fornecida gratuitamente pelo próprio Siops. Os dados selecionados desta plataforma foram municípios do estado de São Paulo, os percentuais de recursos próprios mínimos aplicados em saúde e a população de cada município.

Os municípios foram agrupados por faixa populacional já padronizadas pelas análises de indicadores sociais do IBGE (CENSO DEMOGRÁFICO, 2002), as faixas populacionais são: Até 5.000, de 5.001 até 10.000, de 10.001 até 20.000, de 20.001 até 50.000, de 50.001 até 100.000, de 100.001 até 500.000 e Mais de 500.000 que totalizaram 645 municípios no estado de São Paulo.

Os percentuais de recursos próprios mínimos aplicados em saúde de cada município, foram divididos em faixas de aplicação para que a visualização e análise fosse mais simples e clara, as faixas adotadas para esse trabalho foram de: Até 15%, Entre 15% e 19%, Entre 20% e 24%, Entre 25% e 29% e Maior que 30% de aplicações de recursos próprios em saúde.

4. ANALISE DOS RESULTADOS

Na tabela 1 elaborada estão presentes as 645 cidades do estado de São Paulo no período analisado, neste período podemos evidenciar que apenas 4 cidades tiveram investimento de capital próprio de em saúde igual ou inferior aos 15% mínimos exigidos pela Lei 141/12.

Dentro do total das cidades analisadas cerca de 55% obtém população entre 5.001 e 500.000 habitantes, destas aproximadamente metade tiveram investimentos entre 25 e 29 por cento de capital próprio em saúde.

No período analisado as cidades com população abaixo de 5.000 habitantes, tiveram a maior incidência de aplicações de capital próprio em investimento em saúde menor que 20%.

No ano de 2012, o número de cidades que investiam menos de 20% de capital próprio em saúde era de 121, já no ano de 2017 esse número caiu para 47, uma redução de 60%. Em contrapartida em 2012 o número de cidades com investimento superior a 25% era de 250 já em 2017 esse número sobe para 419 um crescimento de quase 70%.

No a partir do ano de 2014 cerca de 60% do total das cidades analisadas investem mais de 25% de capital próprio em saúde.

Para Mendes a lei 141/12 foi uma derrota para o financiamento da saúde, já que nela apenas estados e municípios tiveram novos valores mínimos obrigatórios já o governo federal não teve reajuste de valores mínimos a serem aplicados em saúde (CONASEMS, 2013). Com base nessa citação podemos refletir se que o a falta de repasses federais consistentes podem estar sobrecarregando os municípios do estado de São Paulo como analisado.

Outro fator que faz jus ao aumento do investimento em saúde é o aumento da população que depende exclusivamente do SUS que deu um salto de 23,90 milhões em 2014 para 25,05 milhões em 2016 o fato gerador deste aumento é crise econômica logo com esse aumento de demanda vem o aumento de custos a migração tem resultado no

crescimento da demanda e do atendimento na rede estadual de Saúde (ARCOVERDE, 2016).

FAIXA POPULAÇÃO Até 5.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%	1					
Entre 15% e 19%	53	37	27	30	40	30
Entre 20% e 24%	70	86	83	84	81	75
Entre 25% e 29%	26	22	33	27	22	33
Maior que 30%	5	4	8	7	3	8

FAIXA POPULAÇÃO De 5.001 até 10.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%		1			1	
Entre 15% e 19%	21	12	4	5	1	2
Entre 20% e 24%	52	51	39	42	49	34
Entre 25% e 29%	36	45	58	54	59	60
Maior que 30%	13	14	19	22	14	28

FAIXA POPULAÇÃO De 10.001 até 20.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%						
Entre 15% e 19%	16	5	1	4	4	7
Entre 20% e 24%	43	44	32	27	30	18
Entre 25% e 29%	44	57	61	50	54	54
Maior que 30%	15	16	30	40	32	41

FAIXA POPULAÇÃO De 20.001 até 50.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%				1		
Entre 15% e 19%	13	6	4	3	6	3
Entre 20% e 24%	53	45	31	30	29	21
Entre 25% e 29%	44	49	53	48	50	58
Maior que 30%	12	18	29	35	34	37

FAIXA POPULAÇÃO De 50.001 até 100.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%						
Entre 15% e 19%	6	3	1		1	2
Entre 20% e 24%	21	16	13	13	13	11
Entre 25% e 29%	17	24	27	27	25	29
Maior que 30%	8	13	16	20	19	16

FAIXA POPULAÇÃO De 100.001 até 500.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%						
Entre 15% e 19%	10	5	3	1	3	3
Entre 20% e 24%	30	27	20	23	13	17
Entre 25% e 29%	17	20	25	28	30	31
Maiores que 30%	8	15	19	15	23	18

FAIXA POPULAÇÃO Mais de 500.000						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%						
Entre 15% e 19%	1	1	1	1		
Entre 20% e 24%	3	1	1	2	2	3
Entre 25% e 29%	5	7	5	5	3	3
Maiores que 30%			2	1	4	3

TOTAL POPULACIONAL						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Até 15%	1	1		1	1	
Entre 15% e 19%	120	69	41	44	55	47
Entre 20% e 24%	272	270	219	221	217	179
Entre 25% e 29%	189	224	262	239	243	268
Maiores que 30%	61	80	123	140	129	151

Tabela 1: Porcentual de aplicações de capital próprio em investimento em saúde de 2012 a 2017 em 645 cidades do estado de São Paulo.

No gráfico 1 Elaborado podemos visualizar que existe uma tendência de crescimento de investimento de capital próprio municipal, essa tendência se concretiza ao notar que o número de cidades com investimentos superior a 30% de capital próprio teve aumento ano a ano.

TOTAL POPULACIONAL

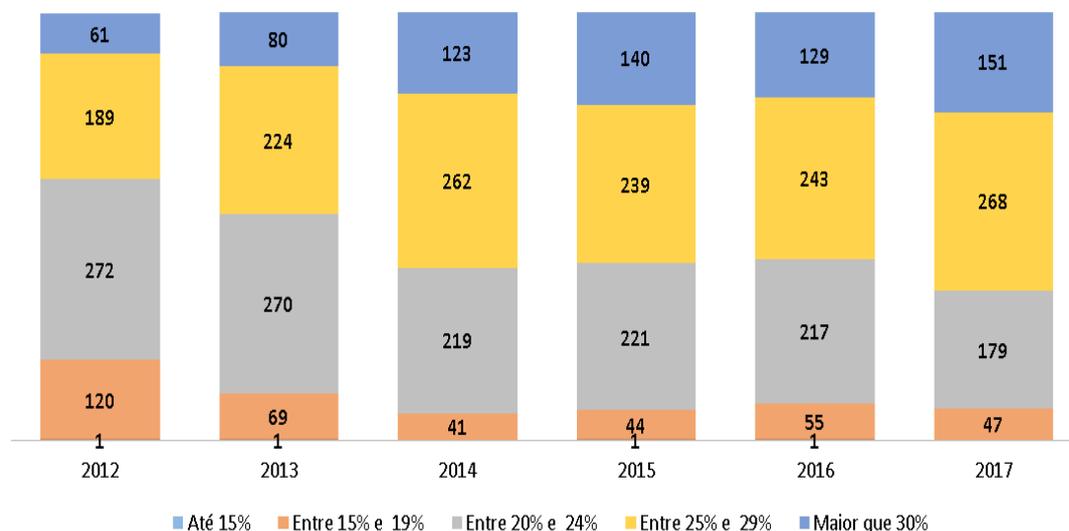


Gráfico 1: Representação gráfica dos investimentos de capital próprio em saúde das 645 cidades do estado de São Paulo.

5. CONCLUSÃO

Na análise das cidades do estado de São Paulo no período de 2012 a 2017 quanto ao percentual mínimo de 15% investimento municipal em saúde exigido pela lei 141/12 foi constatado que todas as cidades estão cumprindo a lei.

Ficou clara uma tendência de alta no percentual dos investimentos durante os anos de 2012 a 2017 independente da faixa populacional das cidades analisadas.

O baixo percentual exigido de investimento em saúde para o governo federal tem reflexo direto no gasto dos municípios.

Outro fator que pode ser observado foi o aumento da população dependente exclusiva do SUS devido à crise financeira que faz com que cada vez aumente o número de pessoas que não conseguem pagar por um plano de saúde e desta maneira ficam obrigados a utilizarem o SUS.

A lei 141/12 assegura os investimentos mínimos em saúde nas esferas federal, estadual e municipal porem cabe aos gestores analisarem se a

política está realmente adequada a as necessidades do atual cenário do país, como foi analisado os municípios investem em grande parte o dobro ao mínimo exigido, e mesmo com esse investimento, nenhuma cidade do estado de são Paulo tem um atendimento público satisfatório quando se fala em atendimento em saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

ARCOVERDE, L. **Crise gera 1,1 milhões de novos usuários exclusivos do SUS só em SP.** Set. 2016. Disponível em: <<http://www.figuemsabendo.com.br/saude/desemprego-gera-11-milhao-de-novos-usuarios-exclusivos-do-sus-so-em-sp/>>. Acesso em jul. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88>. Acesso em: 03 jun. 2018.

BRASIL, LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012. **Que regula o financiamento mínimo da Saúde,** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm >. Acesso em 01 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Siops/Ministério da Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CAMPELLI, M. G. R., CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.7, 2007 Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700012&script=sci_arttext&tlng=> Acesso em: 10 jun. 2018.

CONASEMS. **Áquilas Mendes comenta a Lei Complementar n 141 e propõe alternativas para o financiamento do SUS.** Ago. 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/08/aquilas-mendes-comenta-a->

[lei-complementar-no-141-e-propoe-alternativas-para-o-financiamento-do-sus/](#)>. Acesso em jul. 2018.

CENSO DEMOGRÁFICO 1991. **Resultados do universo: micro dados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

TEIXEIRA, H. V., TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciências & Saúde Coletiva**, n. 8, v. 2, 2003. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232003000200005&script=sci_arttext&tlng=> Acesso em: 10 jul. 2018.