



RECURSOS MUNICIPAIS PARA A SAÚDE E O CONTROLE EXTERNO: O CASO DO ESTADO DE MINAS GERAIS ¹

MUNICIPAL HEALTH FUNDING AND EXTERNAL CONTROL: THE CASE OF MINAS GERAIS STATE

Recebido em 02.03.2020 Aprovado em 25.06.2021

Avaliado pelo sistema *double blind review*

DOI: <https://doi.org/10.12712/rpca.v15i2.48955>

Luiza Amâncio Ferreira Duarte

luizaamancio@hotmail.com

Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, MG, Brasil

<http://orcid.org/0000-0003-2180-3219>

Silvio Ferreira Júnior

silvio.junior@fjp.mg.gov.br

Fundação João Pinheiro, Minas Gerais, MG, Brasil

<http://orcid.org/0000-0002-7515-005X>

Frederico Poley Martins Ferreira

poley@hotmail.com

Fundação João Pinheiro, Minas Gerais, MG, Brasil

<http://orcid.org/0000-0003-2103-3306>

Resumo

Mediante abordagem quantitativa, este estudo analisou a aplicação dos recursos próprios municipais em ações e serviços públicos de saúde no estado de Minas Gerais, bem como os pareceres emitidos pelo tribunal de contas em relação aos municípios que não atenderam ao percentual de aplicação exigido na LC 141/2012. Dentre as evidências obtidas, constatou-se que o princípio da insignificância, adotado por alguns conselheiros do Tribunal de Contas, além de condicionar o resultado do julgamento à composição dos membros das Câmaras Deliberativas, acaba por gerar resultados dúbios que não apresentam lastro com as realidades socioeconômicas dos municípios autuados.

Palavras-chave: Saúde pública. Administração municipal. Controle externo. Necessidades em saúde.

Abstract

By a quantitative approach, this study analyzed the application of municipal funding spent in public health policies in the State of Minas Gerais, as well as the opinions issued by the Court of Auditors regarding the municipalities that did not meet the required percentage stated in LC 141/2012. Among the evidence obtained, it was found that the principle of insignificance, adopted by some members of the Court of Auditors, in addition to conditioning the outcome of the judgment to the composition of the members of the Deliberative Chambers, ended up generating dubious results that did not have ballast with the realities socioeconomic status of the assessed municipalities.

Keywords: Public health. Municipal management. External control. Health needs.

Introdução

A partir da descentralização e da maior autonomia fiscal instituídas aos estados e municípios brasileiros pela Constituição Federal de 1988, todo um aparato normativo foi sendo consolidado com a finalidade de garantir o empenho das esferas infranacionais na aplicação dos recursos públicos nas ações e serviços de saúde, tendo como desfecho a promulgação a Lei Complementar nº 141, que regulamentou o §3º do art. 198 da Constituição Federal de 1988, ao dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), vinculando receitas e despesas na área da saúde. No caso da esfera municipal, passou a ser exigida a aplicação de, no mínimo, 15% dos recursos próprios em ASPS, cabendo aos Tribunais de Contas Estaduais, quanto órgãos de controle externo, a função de prestar auxílio ao Poder Legislativo na fiscalização quanto ao cumprimento desta exigência.

Sondagem prévia das prestações de contas disponibilizadas pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG) sugere que durante as análises das prestações de contas municipais e aferição quanto ao atendimento às exigências da LC 141/2012, parte dos conselheiros das Câmaras Deliberativas daquele órgão de controle utiliza do princípio da insignificância, para deliberar sobre a conta daqueles municípios que não tenham aplicado recursos próprios em percentuais suficientes para atender ao mínimo constitucional.

Tal fato motivou a realização deste estudo, ao levantar indagações a respeito da eficácia da aplicação do princípio da insignificância, uma vez que ela é passível de gerar resultados contraditórios. Ou seja, é possível a ocorrência de situação na qual um município tenha aplicado recursos financeiros em nível aquém do minimamente exigido pela legislação, tendo, porém, suas contas aprovadas pelo princípio da insignificância, e sendo que sua população apresenta elevado nível de necessidades em saúde. Para este caso, seria mais razoável admitir que o quadro de precariedade na saúde da sua população representaria condição suficiente para refutar a aplicação do princípio da insignificância para aprovação das contas deficitárias.²

Diante deste contexto, e partindo da premissa de que o alcance da *accountability* na administração pública dependa não somente da qualidade do aparato normativo vigente, mas do quão objetivos são os critérios utilizados pelos Tribunais de Contas, quando da emissão dos seus pareceres prévios, as seguintes indagações serviram de motivação da presente pesquisa: (i) em que medida os percentuais de recursos próprios aplicados na saúde apresentam relação com o perfil socioeconômico dos municípios? (ii) qual a representatividade do montante de recursos não aplicado pelos municípios autuados pelo TCEMG, em termos de cobertura adicional potencial de recursos humanos na saúde? (iii) em que medida os resultados dos pareceres prévios emitidos pelo TCEMG, a respeito das contas dos municípios deficitários, apresentam coerência com o nível de necessidades em saúde desses municípios?

Mediante obtenção de respostas a essas perguntas, a pesquisa pretende contribuir para a reflexão desta temática, na busca pelo aprimoramento dos mecanismos que promovam a *accountability*, isto é, “*dos processos de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar o exercício do poder concedido aos seus representantes*”, (Rocha, 2011), inclusive de seus órgãos de fiscalização e controle.

Para tal, este artigo compõe-se de sete seções, incluindo esta breve introdução. O segundo capítulo contextualiza as atribuições da esfera municipal no Sistema Único de Saúde, enquanto o terceiro capítulo apresenta os aspectos teóricos a respeito da *accountability* na administração pública. O quarto capítulo apresenta algumas características do sistema de prestações de contas do TCEMG e destaca alguns aspectos dos pareceres emitidos pelo órgão em relação aos processos dos municípios que foram autuados em algum momento do período da análise, por não terem atendido ao percentual estabelecido na LC 141/2012. O quinto capítulo apresenta os procedimentos

analíticos utilizados na parte empírica da pesquisa, enquanto o sexto capítulo apresenta e discute os resultados empíricos obtidos. Por fim, o sétimo capítulo se dedica à síntese conclusiva e às considerações finais.

Atribuições da esfera municipal no Sistema Único de Saúde

O artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988), o que posteriormente veio a ser regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS/90) - Lei 8080/1990. Em complementação à esta, foi aprovada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

A partir desse arcabouço fundamental, normas infraconstitucionais foram gradativamente editadas no intuito de promover a consolidação do SUS quanto aos princípios constitucionais da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo territorial e da continuidade do acesso, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Ferreira Júnior & Muzzi, 2019).

A partir da descentralização e da maior autonomia fiscal instituídas aos estados e municípios brasileiros, a Constituição Federal de 1988 ampliou as bases do federalismo, bem como estabeleceu contornos para suas limitações, garantindo a eles o empenho na aplicação dos recursos públicos, notadamente na área da saúde. Especialmente a partir de meados dos anos 90, intensificaram-se as normas para programação dos serviços de responsabilidade direta dos municípios, buscando organizar as ações e serviços do sistema público de saúde na forma de redes integradas, tendo como núcleo gerenciador a atenção primária à saúde (APS), esta considerada a porta de entrada preferencial do cidadão no sistema e cuja gestão é de responsabilidade municipal (Ferreira Júnior et al., 2018).

A implementação da APS ocorreu a partir do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, convertida em Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir de 1998, como forma de consolidar o modelo de saúde pública no âmbito de sua Política Nacional de Atenção Básica (Pnab). Em linhas gerais, a ESF propõe o desenvolvimento de ações de caráter individual e/ou coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, atuando sobre os condicionantes e os determinantes sociais da saúde, respeitando-se as especificidades de cada região (Ferreira Júnior & Muzzi, 2019).

Ao mesmo tempo que procurou fortalecer a ESF, o Ministério da Saúde passou a direcionar aporte crescente de recursos à esfera municipal, condicionado ao atendimento de pré-requisitos, responsabilidades e prerrogativas, dentre elas a exigência da aplicação de recursos próprios pelas esferas estaduais e municipais (Ferreira Júnior & Muzzi, 2019; Ugá & Marques, 2005; Ugá, Piola, Porto, & Vianna, 2003).

Para o atendimento de suas finalidades, o financiamento do SUS, previsto no §1º do art. 198 da Constituição Federal e nos termos do art. 195, tem como fonte os recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, possibilitando a utilização de outras fontes. As Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, por sua vez, estabeleceram regras para o financiamento da seguridade social por esfera de governo, sem, contudo, estabelecer mecanismos eficazes para coparticipação das três esferas de governo no financiamento do sistema.

Como tentativa de solucionar essa questão, a Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, passou a exigir que cada um dos entes federados aplicasse anualmente um mínimo de seus recursos financeiros em ações e serviços de saúde do seu território, estando à esfera estadual

obrigada a aplicar, no mínimo, 12% das suas receitas próprias e de transferências legais e constitucionais líquidas, enquanto os municípios deveriam aplicar o mínimo de 15% de suas receitas próprias (Brasil, 2000). Contudo, tal normativa não delimitou o escopo das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) diretamente relacionadas à área, o que permitiu aos estados e municípios arbitrarem sobre os itens de despesa que estariam relacionados à ASPS, abrindo margem para a inclusão de despesas correlatas nas prestações de contas, permitindo atender artificialmente ao mínimo constitucional.

Como forma de sanar essa deficiência normativa, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, entre outras providências, regulamentou os critérios para o cálculo dos valores percentuais aplicados na saúde, definindo objetivamente o cálculo da receita própria do ente federado e elencando as ações e serviços de saúde cujos itens de despesas correspondentes poderiam ser considerados para fins de cumprimento do percentual mínimo constitucional e para aferição dos órgãos de controle, quando da prestação de contas anuais (Brasil, 2012).

A *accountability* na administração pública

O funcionamento do Poder Público implica uma atividade financeira, de caráter instrumental, cuja finalidade é arrecadar recursos para devolvê-los à sociedade por meio da prestação de serviços públicos. Nesta seara, a administração pública encontra o desafio de lidar com recursos escassos no atendimento a exigências cada vez maiores e mais criteriosas por parte da sociedade, exigindo dos gestores públicos maior preocupação quanto à transparência administrativa e um controle mais eficiente no âmbito das instituições públicas (Albuquerque & Oliveira, 2013; Calixto; Velázquez, 2005).

Dentre os princípios e valores constitucionais consagrados pelo Estado brasileiro, encontram-se a justiça financeira e o direito fundamental à boa administração e governança pública, que devem nortear toda a atuação estatal, desde a elaboração até a execução orçamentária. (Ferreira Júnior, 2015)

A Constituição Federal de 1988, dedicou um capítulo à Administração Pública (Capítulo VII do Título III) e, no *caput* do artigo 37, deixou explícito os princípios que norteiam a atuação da Administração Pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que deverão obedecer aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, postulados fundamentais que inspiram todo o modo de agir da Administração Pública (Brasil, 1988).

Por conseguinte, a busca pelo atendimento a tais princípios requer a conformação de mecanismos que promovam a *accountability*, isto é, processos de avaliação e responsabilização permanentes dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar o exercício do poder concedido aos seus representantes (Rocha, 2011). Incluem-se, nestes casos, os próprios órgãos de fiscalização e controle. Em última análise, quem e como deveriam ser feitas o acompanhamento e a avaliação das ações dos órgãos que fiscalizam?

Conforme O'Donnell (1998a), a *accountability* se realiza em dois planos. No plano da *accountability* vertical, a sociedade exerce o seu poder de premiar ou punir seus governantes e representantes mediante a sua manutenção no poder ou sua retirada dele por intermédio do voto direto em eleições livres, além dos plebiscitos e dos conselhos de usuários de serviços públicos, entre outros mecanismos de pressão política. Já o plano da *accountability* horizontal ocorre mediante a mútua fiscalização entre os poderes (*checks and balances*), por meio de órgãos governamentais que controlam a atividade pública e, principalmente, pela existência de agências estatais com poder, vontade e capacitação para supervisionar, avaliar e punir, se for o caso, agentes ou agências governamentais (O'Donnell, 1998a, p 40, apud Rocha, 2011)

Segundo Schedler (1999), o termo *accountability* contém duas dimensões conceituais básicas. A primeira dimensão, também referida como *answerability* ou responsividade, está associada com a obrigação de funcionários e políticos de informar suas decisões e justificá-las publicamente. A segunda dimensão (*enforcement*) relaciona a prestação de contas com a existência de sanções, entendida como a capacidade de impor castigos àqueles que tenham violado seus deveres funcionais ou descumprido suas obrigações.

Por conseguinte, o autor salienta a necessidade de analisar a *accountability* por dois ângulos distintos: o da “obrigação” do agente público de agir e prestar contas, que pode ser representada pelos aspectos relacionados à obrigação de responder e informar (*answerability*), e a “obrigação” do agente fiscalizador de fazer cumprir a lei e aplicar sanções (*enforcement*).

Conforme Rocha (2011), a partir da concepção de Schedler (1999), depreende-se que o processo de *accountability* horizontal se desenrola em duas dimensões distintas: a formal e a substantiva. A dimensão formal envolve o modo como o processo é conduzido, devendo ser verificado o atendimento aos aspectos formais que obrigatoriamente envolvem o processo de *accountability*, examinando se o agente fiscalizador cumpre, ele mesmo, a lei e se age nos estritos limites dos procedimentos legais. Por sua vez, a dimensão substantiva deve-se focar no conteúdo daquilo que se fiscaliza, isto é, verificar como e de que forma o agente público vem realizando suas atividades e como tem respondido (atendido) às necessidades e interesses da sociedade e que devem ser conhecidas dela e ela comunicadas.

Em suma, a análise apropriada do processo de *accountability* no interior do próprio Estado deve levar em conta essas duas dimensões. Primeiro, pela necessidade de verificar se tais processos seguem os estritos limites da lei, característicos do estado de direito. Segundo, para não se cair na armadilha comum de privilegiar os aspectos formais do processo e deixar de analisar aquilo que é, no fundo, a essência da *accountability* (Rocha, 2011).

Levando em conta a sua dimensão substantiva, de reduzir o hiato existente entre a efetividade das ações governamentais e as necessidades dos cidadãos, deduz-se que o grau de alcance da *accountability* na administração pública dependa não somente da qualidade do aparato normativo, mas do quão objetivos são os critérios utilizados pelos Tribunais de Contas, quando da emissão dos seus pareceres prévios, levando em conta que o parecer emitido pela Corte de Contas é o pronunciamento técnico destinado a subsidiar o julgamento das contas pelo Poder Legislativo.

Estudo realizado por Arantes, Abrucio e Teixeira (2005), cujo escopo foi avaliar a imagem dos tribunais de contas subnacionais, concluiu que essas Cortes possuem, em geral, uma avaliação positiva, embora a sociedade anseie que suas decisões e seus atos de controle alcancem a efetividade das políticas governamentais, aproximando-se da substância da *accountability*.

No Brasil, existem alguns marcos no desenvolvimento da *accountability* e que também refletem diretamente na gestão dos gastos em saúde, com destaques para a aprovação da Lei Complementar no 101/2000, a conhecida Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), e a criação da Controladoria Geral da União (CGU), instituída pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Compartilhando da percepção de Sacramento (2004), Pinho & Sacramento (2009, p. 1359) ressaltam que:

“A LRF determinou condições para a execução das receitas, despesas e aos limites de endividamento. Além de estabelecer a necessidade de transparência da administração fiscal, bem como a responsabilização pelo seu descumprimento.”

Por sua vez, a CGU:

“(…) provoca a atuação de órgãos importantes para a realização da dimensão de *enforcement* da *accountability*, fundamentais para a punição daqueles que transgridem as regras da república, tais como os tribunais de contas e o Ministério Público.” (Pinho; Sacramento, 2009, p. 1359)

É nessa perspectiva que o presente estudo pretende avaliar o perfil das decisões contidas no conjunto dos pareceres prévios emitidos pelo TCEMG, quanto à exigência constitucional contida na Lei Complementar n.º 141/2012, especialmente com relação aos municípios deficitários. Parte-se do princípio de que quanto maior a objetividade dos pareceres emitidos, maior será o grau de aderência entre o perfil socioeconômico dos municípios e as decisões proferidas pelo órgão de controle e, conseqüentemente, maior será o grau de *accountability* nos critérios adotados.

Prestação de contas municipais e os pareceres do TCEMG

A Constituição Federal de 1988 atribuiu ao Poder Legislativo, com o auxílio do Tribunal de Contas, competência para realizar a fiscalização financeira, orçamentária, contábil e operacional dos demais Poderes, instituições e órgãos encarregados da administração de receitas e despesas públicas, tanto para órgãos da administração direta quanto da administração indireta, abrangendo as três esferas de governo. O controle externo que lhes compete aborda fiscalização quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação de subvenções e renúncia de receitas.

No ordenamento jurídico brasileiro, os tribunais de contas possuem características peculiares, uma vez que são órgãos híbridos, com funções de caráter técnico e jurisdicional, tendo como modelo o Tribunal de Contas da União. Ademais, se moldam em um modelo particular, pois possuem linha hierárquica própria e independente, não subordinada a qualquer dos poderes; gozam de autonomia administrativa e funcional; têm iniciativa legislativa própria e competência normativa e reguladora específica e seus membros possuem garantias constitucionais idêntica aos dos magistrados, embora não componham o Poder Judiciário (Guerra, 2005, apud Rocha, 2011).

A prestação de contas anual, é o procedimento pelo qual o responsável por órgãos e entidades estaduais e municipais apresenta documentos, informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial destinado a comprovar, perante o Tribunal, a regularidade da gestão dos recursos públicos durante o exercício financeiro (inciso II do art. 1º da Instrução Normativa/TCEMG nº 14/2011).

Para subsidiar a análise do TCEMG, este edita Ordens de Serviços (OS) nas quais dispõem sobre o escopo das prestações de contas a serem analisadas. Dentre os aspectos analisados estão a gestão financeira, orçamentária e patrimonial, bem como o cumprimento dos programas previstos na lei orçamentária e a aplicação dos percentuais mínimos nas áreas do ensino (25%) e saúde (15%), dentre outros aspectos orçamentários e financeiros.³

Para a apresentação das prestações das contas anuais, os administradores e demais responsáveis por unidades jurisdicionadas das administrações direta e indireta estadual e municipal, deverão apresentar ao Tribunal, até o dia 31 de março do ano subsequente, o conjunto de documentos, informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, para fins de julgamento da gestão dos responsáveis por bens, dinheiros e valores públicos durante o exercício financeiro (inciso I do art. 1º da Instrução Normativa/TCEMG nº 14/2011).

A prestação de contas ocorre por meio do Sistema Informatizado de Contas dos Municípios (SICOM), uma ferramenta tecnológica criada em 2013 em parceria com os jurisdicionados, para apoiar o controle externo da gestão dos recursos públicos de forma eficiente, eficaz e transparente. Com o suporte da área de tecnologia da informação, o SICOM possibilita a consolidação dos dados encaminhados e a geração da correspondente prestação de contas, na qual constam os percentuais de recursos próprios aplicados na saúde e demais áreas do escopo. Ultrapassada essa fase, cabe ao órgão fiscalizador, analisar a documentação apresentada e verificar se o gestor público agiu em conformidade com a legislação vigente, atendendo a todos os requisitos propostos pelo órgão fiscalizador, gerando então o relatório final, com a conclusão técnica.

A instância deliberativa do TCEMG é composta pelo Tribunal Pleno e pelas duas Câmaras deliberativas, sendo que os membros destas são renovadas a cada dois anos. Os processos são distribuídos entre as duas Câmaras, que atuam em sessão independente, cabendo ao Relator dar início à apreciação de cada processo, emitindo seu voto e, em seguida, concedendo aos demais conselheiros a manifestação dos seus respectivos votos. Ao final, a Câmara deliberativa emitirá parecer conforme uma das três situações possíveis (Art. 45 da Lei Complementar nº 102/2009):

- (i) pela aprovação das contas – quando ficar demonstrada, de forma clara e objetiva, a exatidão dos demonstrativos contábeis, a compatibilidade dos planos e programas de trabalho com os resultados da execução orçamentária, a correta realocação dos créditos orçamentários e o cumprimento das normas constitucionais e legais;
- (ii) pela aprovação com ressalva - quando ficar caracterizada alguma impropriedade ou falta de natureza meramente formal, não podendo resultar danos ao erário; ou
- (iii) pela rejeição das contas - quando ficar caracterizados atos de gestão em desconformidade com as normas constitucionais e legal.

Conforme antecipado na primeira seção deste artigo, os membros das Câmaras deliberativas adotam interpretações distintas quando da análise dos processos, especialmente, em relação aos municípios que se encontram deficitários quanto ao cumprimento do mínimo constitucional. Alguns conselheiros decidem pela reprovação incondicional caso o município tenha aplicado seus recursos próprios em percentual abaixo do mínimo constitucional, enquanto outros utilizam do princípio da insignificância nos casos em que o percentual deficitário venha a ser interpretado como pouco expressivo.

Por conseguinte, tem-se uma corrente interpretativa que entende ser desproporcional rejeitar as contas em virtude de diferenças consideradas mínimas e que não caracterizam ilegalidade, enquanto outra corrente entende que, embora o princípio da insignificância tenha aplicação em alguns casos, a adoção desse princípio seria absolutamente inadequada no que se refere à aplicação de recursos próprios na saúde, como também na educação.

Como ilustração seguem transcrições dos votos de alguns conselheiros, obtidas dos arquivos do TCEMG (Minas Gerais, 2014):

Relator: Cons. Hamilton Coelho: Não se pode transigir com a exigência de aplicação mínima a que o município está sujeito, sob pena de transgressão direta à norma constitucional, pois o direito à saúde, tutelado no art. 6º da Carta de 1988, foi contemplado como garantia social pelo legislador. O piso constitucional de 15% consiste no mínimo dos mínimos, e, quando não obedecido, fulmina o encargo estatal de promover saúde de qualidade.

Conselheiro Durval Angelo: Considerando a aplicação do princípio da insignificância ou razoabilidade em relação ao percentual residual não aplicado nas ações de serviços públicos de saúde, voto pela aprovação das contas. (Processo n.º 1007788, Conselheiro Relator Hamilton Coelho) (grifei)

Conselheiro Substituto Licurgo Mourão – Relator: Por tudo que dos autos consta e considerando que o Município, tendo aplicado o percentual de 14,75% nas ações e serviços públicos de saúde, correspondente a R\$408.107,93, deixou de aplicar o percentual mínimo de 0,25% da receita base de cálculo de R\$2.767.660,24, que corresponde a 1,67% do mínimo constitucional de R\$415.149,03, equivalente a um valor a menor diário de R\$19,29, uma vez que o percentual faltante para completar o montante constitucional foi ínfimo, incapaz de alterar o objetivo constitucional e que não há indícios de que o responsável tenha agido de forma improba ou dolosamente.

Conselheiro Cláudio Terrão: Pelo que consta aqui das minhas anotações, não impressiona, mais uma vez eu digo, o valor diário. Deixou-se de aplicar 1,67% de 15% o que, creio, dá para comprar bastante medicamento. O meu voto é pela rejeição. (Processo n.º 6862017, Conselheiro Substituto Licurgo Mourão) (grifei)

Constatadas as diferenças de entendimentos, é possível deduzir que o parecer conclusivo em relação às contas do município dependerá da proporção das linhas interpretativas que compõem as Câmaras Deliberativas. Por conseguinte, remetendo-se à dimensão substantiva dos processos de *accountability*, em que se deve focar no conteúdo daquilo que se fiscaliza (verificando como e de que forma o agente público vem respondendo às necessidades e interesses da sociedade e que devem ser conhecidas dela e ela comunicadas), urge pertinente indagar se os pareceres emitidos em relação às contas dos municípios deficitários estão ou não relacionadas com as especificidades socioeconômicas desses municípios. Ou seja, se há municípios que necessitam de mais gastos em saúde do que outros, a depender do seu quadro de necessidades em saúde, aspecto que não é levado em consideração na interpretação e julgamento das câmaras do TCE- MG.

A próxima seção apresenta os procedimentos analíticos e a fonte dos dados utilizados para a análise empírica acerca dessas questões.

Procedimentos analíticos e fonte de dados

Primeiramente, procedeu-se à análise estatística do comportamento dos percentuais de aplicação de recursos próprios municipais em saúde entre os anos 2014 e 2018, no intuito de averiguar eventuais comportamentos tendenciais que pudessem estar relacionadas com o aprimoramento normativo concernente. Essa etapa abrangeu o maior número possível dos municípios mineiros, ano a ano, condicionada à disponibilidade dos dados compilados do Sistema Informatizado de Contas dos Municípios (SICOM), do TCEMG, e que justificou a delimitação do horizonte temporal.

Em seguida, foram calculadas as médias trienais (2016, 2017 e 2018) dos percentuais de recursos próprios municipais aplicados na saúde, para, em seguida, correlacionar essa variável com algumas variáveis relacionadas ao perfil municipal, no intuito de averiguar em que medida o padrão de aplicação de recursos municipais na saúde apresenta aderência com suas características socioeconômicas.⁴

Essas correlações foram calculadas por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, indicador mais adequado para os casos em que as variáveis quantitativas contínuas apresentam distribuições assimétricas. Foram selecionadas como variáveis o “tamanho populacional” e o “PIB *per capita*”, obtidos da plataforma DataSUS, o “percentual de população pobre”, obtido da plataforma do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, e o “índice municipal de necessidades em saúde”, sugerido no estudo de Ferreira Júnior, *et al.* (2017).⁵

A etapa seguinte envolveu análise específica dos 33 municípios cujas contas foram autuadas em algum momento, entre os anos de 2003 a 2018, por terem aplicado recursos na saúde em percentual abaixo do mínimo exigido constitucionalmente. A análise partiu da comparação do perfil municipal (representado pelo conjunto de variáveis socioeconômicas elencadas na etapa anterior) com o montante de recursos correspondente ao percentual não aplicado na saúde, para, em seguida, comparar com a cobertura adicional potencial de recursos humanos que o município deficitário teria alcançado, caso tivesse atendido à exigência constitucional.

Como forma de facilitar essa análise, as variáveis socioeconômicas foram previamente transformadas em atributos qualitativos ordinais, a partir do cálculo dos quartis dos seus valores originais, conforme a seguir: (i) valores menores que o 1º quartil passaram a corresponder ao atributo “muito baixo” (MB); (ii) valores maiores que o 1º quartil e menores ou iguais ao 2º quartil (mediana) passaram a corresponder ao atributo “baixo” (B); (iii) valores maiores que o 2º quartil e menores ou iguais ao 3º quartil passaram a corresponder ao atributo “alto” (A) e valores maiores que o 3º quartil passaram a corresponder ao atributo “muito alto” (MA).

No que diz respeito à cobertura adicional potencial de recursos humanos na saúde, foram utilizados como indicadores quatro componentes, tendo por referência os parâmetros do Plano Nacional da

Atenção Básica (BRASIL, 2017): (i) *Equipe_ESF* - número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde; (ii) *Médicos_ESF* - número de médicos com especialidades concernentes à estratégia da saúde da família; (iii) *Enferm_ESF* - número de enfermeiros com especialidades concernentes à estratégia da saúde da família; (iv) *ACS* - Número de agentes comunitários de saúde; e (v) *Dentista_ESF* - número de dentistas vinculados à estratégia da saúde da família.

Basicamente, para cada um desses componentes, o indicador de cobertura adicional potencial foi calculado pela razão entre o montante de recursos financeiros correspondente ao percentual não aplicado na saúde e o custo mensal (40 horas/mês) de cada um dos componentes acima, incluídos os encargos sociais, tendo seus valores devidamente atualizados a preços de dezembro de 2019. Dessa forma, para cada componente de recursos humanos, foi possível estimar a quantidade que este estaria disponível à população do município, no decorrer de um mês ou, alternativamente, o número de meses que seria possível disponibilizar à população uma unidade do componente.⁶

De maneira a completar a análise referente aos 33 municípios deficitários, utilizou-se de análises de frequências e do Coeficiente *tau de Kendall* para medir o grau de aderência ou de associação entre os pareceres emitidos pelo TCEMG e o nível de necessidades em saúde dos municípios, sendo essas variáveis previamente transformadas em variáveis ordinais dicotômicas, conforme a seguir: parecer emitido pelo TCEMG em relação ao montante não aplicado (“rejeição” = 0 ou “aprovação” = 1); grau de necessidades em saúde do município (“muito baixo” ou “baixo” = 0 ou “alto” ou “muito alto” = 1). Essa análise partirá do pressuposto de que quanto maior a correlação entre essas duas dimensões, maior o percentual de acerto técnico na decisão tomada pelo TCEMG e, portanto, maior seria a objetividade e a eficácia da aplicação do princípio da insignificância.⁷

Os resultados dos procedimentos aqui detalhados estão consolidados na forma de tabelas, acompanhadas das devidas notas explicativas, conforme apresentados na próxima seção.

Resultados e discussões

Acerca da evolução dos percentuais de aplicação de recursos municipais em saúde, no período de 2014-2018 (Tabela 1), as comparações anuais sugerem tendência sutil de aumento, ou pequena alteração para um maior patamar. Enquanto o percentual médio aplicado em 2014 foi de 19,72%, a média do ano de 2018 ficou em 22,67%. Comportamento semelhante também se verifica para a evolução do 3º quartil e do valor máximo dos percentuais aplicados anualmente. Em 2014, o valor de 23,90% para o 3º quartil revela que ¼ dos municípios analisados realizaram aplicações maiores ou iguais àquele valor, enquanto em 2018, o 3º quartil aumentou para 25,81%. Por sua vez, o valor máximo observado para 2014 foi de 39,38%, enquanto em 2018 o valor máximo foi de 53,23%. Quanto ao grau de discrepância das aplicações anuais, enquanto em 2014 a dispersão estava em 37,72% da média observada naquele ano, ao longo dos anos seguintes, as dispersões se reduziram substancialmente, fechando o ano de 2018 com um coeficiente de variação correspondente à 20,95% da média observada para aquele ano.

Tabela 1 – Evolução dos percentuais de recursos próprios municipais aplicados na saúde e aferidos pelo TCEMG – 2014 a 2018.

Estatística	2014	2015	2016	2017	2018
Média	19,72	21,79	21,35	23,34	22,67
Coef. Variação (%)	37,72	22,51	21,26	20,63	20,95
Mínimo	0,10	8,11	0,74	0,34	2,26
1º Quartil	16,80	18,47	18,06	20,08	18,93
2º Quartil (Mediana)	20,17	21,15	20,59	22,76	22,01
3º Quartil	23,90	24,72	24,08	26,28	25,81
Máximo	39,38	40,20	37,64	40,33	43,23
n	839	850	850	852	851

Fonte: Resultados da pesquisa, com base nos dados do SICOM - TCEMG.

Tais constatações sugerem perenidade no aumento geral das aplicações de recursos próprios municipais, bem como na redução das dispersões, podendo atribuí-las, em parte, à LC 141/2012, que, mesmo diante do contexto de baixo crescimento econômico e baixa arrecadação dos últimos anos do período, teria garantido a aplicação dos recursos na saúde.

No intuito de analisar em que medida os percentuais aplicados apresentam relação com as correspondentes realidades socioeconômicas, a Tabela 2 apresenta o resultado das correlações de *Spearman* entre os pares de variáveis elencadas no estudo. Constata-se que todas as correlações foram estatisticamente significativas a 1%, levando a rejeitar a hipótese de ausência de correlação entre essas variáveis.

Os resultados (Tabela 2) indicam que o tamanho populacional do município está diretamente relacionado com o seu PIB *per capita* e com o percentual de recursos próprios aplicados na saúde, enquanto se relaciona inversamente com o percentual de população pobre e seu índice de necessidades em saúde. Por sua vez, o PIB municipal *per capita* se relaciona diretamente com o percentual de recursos próprios aplicados na saúde e se relaciona inversamente com o percentual de população pobre e, ainda, com índice municipal de necessidades em saúde. O percentual de população pobre se relaciona diretamente com índice municipal de necessidades em saúde e inversamente com o percentual de recursos próprios aplicados na saúde.

Tabela 2 - Correlações entre os indicadores socioeconômicos municipais selecionados e o percentual de recursos próprios municipais aplicados na saúde - Minas Gerais

	População (a)	PIB <i>per capita</i> (b)	% População Pobre (c)	Índice de Necessidades em Saúde (d)	% Recursos Próprios na Saúde (e)
População	1,000	0,300**	-0,245**	-0,341**	0,256**
PIB <i>per capita</i>	0,300**	1,000	-0,790**	-0,758**	0,402**
% População Pobre	-0,245**	-0,790**	1,000	0,907**	-0,455**
Índice de Necessidades em Saúde (d)	-0,341**	-0,758**	0,907**	1,000	-0,472**
% Recursos Próprios na Saúde	0,256**	0,402**	-0,455**	-0,472**	1,000

Fonte: Resultados da pesquisa.

** Correlações de *Spearman* apresentam 1% de significância estatística. (a) Dados de 2018, obtidos da plataforma DataSUS. (b) Dados de 2010, obtidos da plataforma DataSUS. (c) Dados do último ano censitário (2010), obtidos da plataforma do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. (d) Índices municipais de necessidades em saúde, obtidos do estudo de Ferreira Júnior, *et al.* (2017). (e) Média dos percentuais observados para os anos 2016 a 2018, obtidos do SICOM e disponibilizados pelo TCEMG.

Levando-se em conta o grau das correlações obtidas, constata-se que o índice municipal de necessidades em saúde é a variável que, no geral, mais se correlaciona com as demais variáveis socioeconômicas, valendo ressaltar que quanto maior o valor desse índice, maior será o grau de necessidades em saúde da população do município (Ferreira Júnior et al. 2017). Percebe, por exemplo, que esta variável apresenta forte e direta relação com o percentual da população pobre ($\rho = + 0,907$), enquanto apresenta relação forte e inversa com o PIB *per capita* municipal ($\rho = - 0,758$). Essa relação expressiva com os diferentes pares de variáveis socioeconômicas, comparativamente às demais, certamente se deve à natureza desse índice, cujo método estatístico envolvido na sua construção utilizou de um conjunto de variáveis demográficas e socioeconômicas consideradas como determinantes do quadro de saúde da população municipal, razão pela qual optou-se por considerá-lo no presente estudo.

Ainda, os resultados da Tabela 2 permitem responder à primeira pergunta deste artigo, qual seja: (i) em que medida os percentuais de recursos próprios aplicados na saúde apresentam relação com o perfil socioeconômico dos municípios mineiros? Os coeficientes de correlações indicam que o percentual de recursos próprios aplicados na saúde apresenta relação direta com o tamanho da população municipal e com o seu nível de atividade econômica (PIB *per capita*) e inversamente relacionado com o percentual de população pobre e com o índice de necessidades em saúde.

Ou seja, constata-se que, a despeito das correlações em níveis moderados, os municípios com maior percentual de pobres ou com maiores necessidades em saúde são aqueles que aplicam os menores percentuais de recursos próprios na saúde (e vice-versa). Esse fato pode estar refletindo as relações imbricadas entre as variáveis elencadas na Tabela 2. Como exemplo, um município com baixo PIB *per capita* reflete o baixo valor agregado da sua atividade econômica, refletindo, ainda, num perfil populacional com maior proporção de pobres, o que implica em menor capacidade de arrecadação tributária, constringendo suas possibilidades na aplicação de recursos próprios na saúde.

Admitindo o fato de que a aplicação de recursos próprios na saúde não configura condição suficiente para diminuir os níveis de necessidades em saúde da população do município, supõe-se, por outro lado, ser esta uma condição necessária para o alcance de tal objetivo, o que se revela como justificativa para a exigência da aplicação de ao menos 15% dos seus recursos próprios na área. Ademais, torna-se recomendável que os municípios que apresentem elevados níveis de necessidades em saúde apliquem, na medida do possível, percentuais proporcionalmente maiores dos seus recursos na saúde, ou em áreas correlatas, quando cumprida a exigência constitucional, principalmente, tendo em conta que os municípios de menor porte econômico são contemplados com frações maiores das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

A Tabela 3 apresenta os resultados para o conjunto específico dos 33 municípios deficitários cujas contas foram autuadas em algum momento, entre os anos 2003 de 2018. Conforme detalhado na seção 5 deste artigo, as variáveis socioeconômicas foram previamente transformadas em atributos qualitativos ordinais. A coluna dedicada aos percentuais não aplicados está seguida daquela contendo os correspondentes valores deficitários, esta, por sua vez, seguida das colunas contendo as estimativas de cobertura potencial adicional de recursos humanos na saúde que, o município deficitário poderia obter, caso tivesse aplicado o mínimo de 15% exigido constitucionalmente (cinco últimas colunas da tabela). Os municípios estão ordenados de forma decrescente dos correspondentes índices de necessidades em saúde (INS), seguido da ordem alfabética.

Os resultados da Tabela 3 permitem responder à segunda e terceira indagações levantadas na introdução deste artigo, quais sejam: (ii) qual a representatividade do montante de recursos não aplicado pelos municípios autuados pelo TCEMG, em termos de cobertura adicional potencial de recursos humanos na saúde? (iii) em que medida os resultados dos pareceres prévios emitidos pelo TCEMG, a respeito das contas dos municípios deficitários, apresentam coerência com o nível de necessidades em saúde desses municípios?

Tabela 3 - Relação das Prestações de Contas Municipais autuadas e analisadas pelo TCEMG e estimativas da cobertura adicional potencial de recursos humanos, não contratada em razão da não aplicação do percentual mínimo de recursos próprios na saúde (2003 a 2018) – municípios agrupados pelo porte dos seus índices de necessidades em saúde (INS).

Município	População ^(a)	PIB per capita ^(b)	% População Pobre ^(c)	INS ^(d)	Ano Fiscal ^(e)	% Recursos Próprios na Saúde ^(e)	Valor não aplicado ^(e)	Parecer do TCEMG ^(e)	Cobertura adicional potencial do valor não aplicado ⁽ⁱ⁾				
									Equipe_ESF ^(g)	Medicos_ESF ^(h)	Enferm_SF ⁽ⁱ⁾	ACS ^(j)	Dentista_ESF ^(k)
Água Boa	A	MB	MA	MA	2006	14,48	86.746,38	Aprovação	2,08	4,24	10,52	35,99	7,59
Águas Vermelhas	A	A	MA	MA	2007	14,93	9.897,37	Rejeição	0,24	0,48	1,20	4,11	0,87
Bonito de Minas	A	MB	MA	MA	2012	14,67	43.423,75	Rejeição	1,04	2,12	5,26	18,01	3,80
Cristália	B	MB	MA	MA	2004	14,97	2.136,55	Aprovação	0,05	0,10	0,26	0,89	0,19
Dores de Guanhães	B	B	MA	MA	2004	14,59	2.714,03	Aprovação	0,06	0,13	0,33	1,13	0,24
Icaraí de Minas	A	MB	MA	MA	2002	15,00	1.891,55	Aprovação	0,05	0,09	0,23	0,78	0,17
Januária	MA	MB	MA	MA	2015	14,96	20.985,42	Aprovação	0,50	1,03	2,54	8,71	1,84
Jequitinhonha	MA	MB	MA	MA	2001	14,90	14.902,43	Rejeição	0,36	0,73	1,81	6,18	1,30
Morro do Pilar	MB	MB	A	MA	2015	14,05	125.066,30	Rejeição	2,99	6,12	15,16	51,88	10,94
Nova Porteirinha	B	B	A	MA	2009	14,30	78.650,82	Rejeição	1,88	3,85	9,53	32,63	6,88
Padre Carvalho	B	MB	MA	MA	2014	14,59	52.875,39	Aprovação	1,27	2,59	6,41	21,94	4,63
Pavão	A	MB	MA	MA	2005	14,85	13.371,39	Aprovação	0,32	0,65	1,62	5,55	1,17
São Félix de Minas	MB	B	MA	MA	2015	13,66	142.455,40	Rejeição	3,41	6,97	17,27	59,10	12,46
Serranópolis de Minas	MB	MB	MA	MA	2002	14,17	70.685,96	Rejeição	1,69	3,46	8,57	29,32	6,18
Barra Longa	B	MB	MA	A	2013	14,77	29.978,42	Aprovação	0,72	1,47	3,63	12,44	2,62
Carmésia	MB	B	A	A	2002	14,25	53.491,75	Rejeição	1,28	2,62	6,48	22,19	4,68
Coroaci	A	MB	MA	A	2016	14,74	44.951,69	Aprovação	1,08	2,20	5,45	18,65	3,93
Dom Joaquim	MB	B	MA	A	2013	14,80	34.199,89	Aprovação	0,82	1,67	4,15	14,19	2,99

Recursos municipais para a saúde e o controle externo: o caso do estado de Minas Gerais

Marliéria	MB	MB	B	A	2004	14,94	4.194,38	Aprovação	0,10	0,21	0,51	1,74	0,37
Santana do Manhuaçu	A	B	MA	A	2015	14,89	14.022,31	Aprovação	0,34	0,69	1,70	5,82	1,23
Senador Amaral	B	B	A	A	2003	14,75	17.225,73	Rejeição	0,41	0,84	2,09	7,15	1,51
Senador José Bento	MB	A	B	A	2004	14,70	17.724,64	Rejeição	0,42	0,87	2,15	7,35	1,55
Continua													
Continuação													
Conceição do Rio Verde	A	A	B	B	2004	14,97	3.366,21	Rejeição	0,08	0,16	0,41	1,40	0,29
Fama	MB	A	MB	B	2003	14,79	13.172,59	Aprovação	0,32	0,64	1,60	5,46	1,15
Itamonte	A	MA	MB	B	2015	14,38	169.622,11	Rejeição	4,06	8,30	20,56	70,37	14,84
Manhumirim	MA	A	B	B	2004	14,65	61.041,02	Rejeição	1,46	2,99	7,40	25,32	5,34
Dona Eusébia	B	B	MB	MB	2013	14,87	18.142,13	Aprovação	0,43	0,89	2,20	7,53	1,59
Douradoquara	MB	MA	MB	MB	2002	14,94	3.853,00	Rejeição	0,09	0,19	0,47	1,60	0,34
Douradoquara	MB	MA	MB	MB	2007	14,82	16.447,21	Rejeição	0,39	0,80	1,99	6,82	1,44
Governador Valadares	MA	MA	B	MB	2015	13,90	3.681.919,19	Aprovação	88,14	180,15	446,35	1.527,45	322,10
Lagoa da Prata	MA	MA	MB	MB	2003	14,74	83.219,24	Rejeição	1,99	4,07	10,09	34,52	7,28
Nova Serrana	MA	MA	MB	MB	2003	14,56	147.251,50	Rejeição	3,53	7,20	17,85	61,09	12,88
Perdões	MA	MA	MB	MB	2001	14,56	15.438,56	Aprovação	0,37	0,76	1,87	6,40	1,35

Fonte: Resultados da pesquisa.

^(a) Dados de 2018, obtidos da plataforma DataSUS. ^(b) Dados de 2010, obtidos da plataforma DataSUS. ^(c) Dados do último ano censitário (2010), obtidos da plataforma do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. ^(d) Índices municipais de necessidades em saúde, obtidos do estudo de Ferreira Júnior, *et al.* (2017). ^(e) Dados do Sistema Informatizado de Contas dos Municípios (SICOM) e disponibilizados pelo TCEMG; atualizados pelo IPCA-dez. 2019. ^(f) Os cálculos levam em conta os custos dos recursos humanos na atenção básica, estimados por Vieira e Servo (2013) - atualizados pelo IPCA-dez. 2019, e parâmetro do Plano Nacional da Atenção Básica. ^(g) Número mensal de equipes da Estratégia de Saúde da Família ou número de meses em que é possível custear uma equipe. ^(h) Número mensal de médicos da Estratégia de Saúde da Família ou número de meses em que é possível custear um médico. ⁽ⁱ⁾ Número mensal de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família ou número de meses em que é possível custear um enfermeiro. ^(j) Número mensal de agentes comunitários da Estratégia de Saúde da Família ou número de meses em que é possível custear um agente. ^(k) Número mensal de cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família ou número de meses em que é possível custear um cirurgião-dentista. MA - Muito Alto; A - Alto; B - Baixo; MB - Muito Baixo.

Percebe que quatorze municípios deficitários apresentam índices de necessidades considerados como muito alto (MA), sendo que metade deles receberam parecer favorável pelo TCEMG, baseando-se no princípio da insignificância, em que pese a constatação de que o valor não aplicado poderia ter sido revertido na ampliação de recursos humanos em prol das ações de saúde no município (Tabela 3).

Como exemplo, o Município de Água Boa, em 2006, ao aplicar seus recursos próprios em 0,52% aquém do mínimo constitucional exigido, deixou de aplicar o correspondente a quase R\$87 mil (valores atualizados para dezembro de 2019), o que lhe permitiria ampliar os recursos humanos na saúde de várias formas, dentre os quais exemplificam-se algumas delas: (i) duas equipes da estratégia de saúde da família (2,08) durante um mês ou uma equipe durante mais de dois meses, (ii) quatro médicos da estratégia de saúde da família (4,24) durante um mês ou um médico durante mais de quatro meses, (iii) dez enfermeiros da estratégia de saúde da família (10,52) durante um mês ou um enfermeiro durante mais de dez meses, (iv) quase trinta e cinco agentes comunitários de saúde (34,99) durante um mês ou um agente comunitário durante quase trinta e cinco meses, (v) sete dentistas da estratégia de saúde da família (7,59) durante um mês ou um dentista durante mais de sete meses.

Situação diametralmente oposta pode ser verificada dentre os municípios pertencentes ao grupo daqueles que apresentam muito baixos (MB) índices de necessidades em saúde. Dos sete municípios desse grupo, a despeito dos baixos níveis de necessidades em saúde, quatro deles não foram amparados pelo princípio da insignificância. Como exemplo, constata-se o Município de Nova Serrana que, em 2003, ao aplicar seus recursos próprios em 0,44% aquém do mínimo constitucional exigido, deixou de aplicar o correspondente a pouco mais de R\$147 mil (valores atualizados para dezembro de 2019). A despeito da constatação de que esse valor poderia ser revertido na ampliação da cobertura de recursos humanos na saúde, tais quais exemplificados na Tabela 3, fato é que este município apresenta PIB *per capita* em patamar classificado como muito alto (MA), enquanto seu percentual de população pobre e seu índice de necessidades em saúde estão classificados como muito baixos (MB).

Por conseguinte, é admissível indagar se este município não teria reunidas as condicionalidades socioeconômicas para a aprovação de suas contas pelo princípio da insignificância, supondo-se que, diante de seu quadro favorável em termos de saúde pública, comparativamente aos demais, o município teria direcionado esse aporte de recursos a outras áreas também consideradas prioritárias, levando em conta, ainda que este município é contemplado com fração menor das transferências mediante FPM.

De maneira a completar a análise, a Tabela 4 apresenta as frequências cruzadas, acompanhadas do resultado do indicador de correlação entre os pareceres emitidos pelo TCEMG (“aprovação” ou “rejeição”) e os níveis de necessidades municipais em saúde (“muito baixo” e “baixo” ou “alto” e “muito alto”). Dos 33 municípios autuados, 16 tiveram suas contas aprovadas pelo princípio da insignificância, correspondendo a 48,5% dos municípios deficitários no período da análise. Exatamente 2/3 dos municípios autuados apresentam níveis “altos” ou “muito altos” de necessidades em saúde (22 municípios), sendo que 54,5% deles tiveram suas contas aprovadas pelo princípio da insignificância. Os outros 1/3 apresentam níveis “muito baixos” ou “baixos” de necessidades em saúde (11 municípios), sendo que 63,6% deles tiveram suas contas reprovadas pela TCEMG.

Na Tabela 4, o valor do coeficiente de correlação *Tau-b* de *Kendall* permite estimar estatisticamente o grau e o sentido da relação entre os pareceres emitidos pelo TCEMG e os níveis de necessidades municipais em saúde. O valor obtido (*Tau-b* = 0,171), além de inexpressivo, apresentou-se estatisticamente igual a zero (Sig. = 0,325), concluindo-se pela não rejeição da hipótese H_0 de ausência de correlação entre as duas dimensões.

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas dos municípios mineiros autuados, entre 2003 e 2018, agrupados conforme o parecer emitido pelo TCEMG e o nível de necessidades em saúde o coeficiente de correlação de *Kendall*

<i>Tau-b de Kendall</i> = 0,171 ^(a)		Grau de Necessidades em Saúde ^(a)		
		Muito Baixo ou Baixo (0)	Alto ou Muito Alto (1)	Total
Parecer do TCEMG	Aprovação (1)	4 36,4%	12 54,5%	16 48,5%
	Rejeição (0)	7 63,6%	10 45,5%	17 51,5%
Total		11	22	33
		100%	100%	100%

Fonte: Resultados da pesquisa.

^(a) Sig. = 0,325, levando a não rejeitar a hipótese H_0 de ausência de associação entre as variáveis.

Assim, dentre os 33 (trinta e três) municípios analisados, 11 (onze) possuem um Baixo ou Muito Baixo Índice de Necessidade em Saúde (INS), enquanto 22 (vinte e dois) possuem um Alto ou Muito Alto INS. Atrelado ao parecer prévio emitido pelo TCEMG, pode-se concluir que houve uma taxa de 42,4% (quarenta e dois vírgula quatro por cento) de acerto, haja vista que municípios com Baixo ou Muito Baixo INS não precisariam ter suas contas rejeitadas, já que possuem um percentual de aplicação de recursos que, relativamente, atende às suas necessidades em saúde.

Ao contrário, utilizando do mesmo raciocínio, municípios com Alto ou Muito Alto INS, não deveriam ter suas contas aprovadas, uma vez que baixa aplicação de recursos na saúde impacta mais intensamente em ausência de recursos humanos, que, uma vez custeados, poderiam contribuir, ao menos minimamente, para amenizar os problemas sanitários de sua população.

Nesse sentido, e baseado nas tabelas propostas, pode-se concluir que, da análise dos 33 municípios em que houve emissão de parecer prévio pelo TCEMG, a taxa de acerto do Órgão foi de 42,4%, quando atrelada a aprovação ao INS Baixo ou Muito Baixo e, ainda, atrelada a rejeição ao INS Alto ou Muito Alto. De outra forma, se constata que a taxa de erro foi de 57,6%.

Considerações finais

A sondagem prévia das prestações de contas disponibilizadas pelo Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCEMG) sugere que durante as análises das prestações de contas municipais e da aferição quanto ao atendimento às exigências da LC 141/2012, parte dos conselheiros das Câmaras Deliberativas daquele órgão de controle utiliza do princípio da insignificância, para deliberar sobre a conta daqueles municípios que não tenham aplicado recursos próprios em percentuais suficientes para atender ao mínimo constitucional.

Em que pese o entendimento de que a norma constitucional não deve ser analisada isoladamente, os resultados da presente pesquisa permitiram constatar que os pareceres conclusivos emitidos pelas Câmaras Deliberativas do TCEMG não apresentaram, no período da análise, relação com o grau das necessidades em saúde dos municípios autuados, o que leva a indagações a respeito do alcance da *accountability*, na sua dimensão substantiva.

A resultados sugerem que o simples fato de não ter havido o cumprimento da norma constitucional não implica que o município tenha deixado de ser zeloso, atencioso ou até eficaz em suas ações, haja vista que, por se tratar de municípios muito heteroêneos - ainda que a legislação tenha tido como objetivo garantir linearmente o percentual mínimo de aplicação de recursos próprios -, alguns municípios

apresentam baixos índices de necessidades em saúde, o que poderia justificar sua baixa aplicação de recursos, quando comparada ao mínimo disposto constitucionalmente.

Também é possível constatar casos de municípios que deixaram de atender ao mínimo constitucionalmente exigido, mas que deveriam ter tido suas contas rejeitadas, por apresentarem níveis de necessidades em saúde elevados a ponto de não se justificar a aplicação do princípio da insignificância. Ainda, é possível constatar casos de municípios que aplicam recursos próprios acima do percentual exigido, mas que seria recomendável a aplicação de percentual ainda maior, quando confrontados com seus elevados níveis de necessidades em saúde.

Partindo da premissa de que o alcance da *accountability* na administração pública dependa não somente da qualidade do aparato normativo vigente, mas do quão objetivos e eficazes são os critérios utilizados pelos Tribunais de Contas, pode-se indagar, como os princípios da *accountability* horizontal tem sido aplicada nas suas duas dimensões descritas: a formal e a substantiva.

Na dimensão formal, deve-se admitir o fato de que a aplicação de recursos próprios na saúde não configura condição suficiente para diminuir os níveis de necessidades em saúde da população do município, supõe-se, por outro lado, ser esta uma condição necessária para o alcance de tal objetivo, o que se revela como justificativa para a exigência da aplicação de ao menos 15% dos recursos próprios na área, principalmente, tendo em conta que os municípios de menor porte econômico são contemplados com frações maiores das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e que podem ser direcionados a outras áreas de ação da administração municipal.

Quanto a dimensão substantiva, dos processos autuados, resultados antagônicos foram majoritários, correspondendo ao grupo de casos em que municípios tiveram suas contas reprovadas, a despeito de seus baixos níveis de necessidades em saúde, e outro grupo de casos em que municípios tiveram suas contas aprovadas, a despeito de seus elevados níveis de necessidades em saúde. O teste estatístico de correlação corroborou tal evidência, ao permitir indicar completa ausência de aderência entre os pareceres conclusivos emitidos pelo TCEMG e os níveis de necessidades em saúde dos municípios autuados.

Ao levar em consideração variáveis referentes às condições de saúde da população municipal, é possível ao órgão fiscalizador uma análise com maior objetividade, inclusive para aplicar o princípio da insignificância e para emitir recomendações aos gestores públicos locais. Neste caso, também se deve questionar como a sociedade e principalmente os municípios e seus representantes poderiam melhor acompanhar e cobrar, dentro de todos os princípios constitucionais que norteiam a administração pública, uma melhor atuação dos órgãos que os fiscalizam.

Numa perspectiva evolutiva, debates sobre as possibilidades de aperfeiçoamento institucional devem ser objetivos constantes de quaisquer organizações, principalmente no setor público. Desenvolver análises e criar novos instrumentos de acompanhamento, transparência e prestação de contas, inclusive dos órgãos fiscalizadores contribuem para o aperfeiçoamento da administração pública e da democracia no país. Desta maneira, as diferentes análises que envolvam as tomadas de decisões dos órgãos fiscalizadores devem ser mais frequentemente desenvolvidas e divulgadas, de maneira a promoverem o aperfeiçoamento contínuo das ações e em última análise para a resolução de problemas complexos, como é o caso dos gastos com saúde em âmbito municipal, conforme analisado nesse trabalho.

Notas

¹ Este artigo é parte dos resultados do trabalho de dissertação de mestrado da autora, tendo como orientador e coorientador os respectivos coautores.

² Parecer prévio “é uma peça técnica, instrumento de apreciação das contas que dará suporte para o julgamento delas pelo Poder Legislativo” (Guerra, 2005, p. 172).

³ Além da análise prevista no art. 1º da Ordem de Serviço Conjunta nº 01/2019, a Lei Federal nº 13.005, de 25 de junho de 2014, aprovou o Plano Nacional de Educação (PNE), estabelecendo diretrizes, metas e estratégias conforme preceitos constitucionais (art. 214 da Constituição Federal de 1988).

⁴ A opção por utilizar a média trienal, ao invés de apenas um ano, pretende amenizar eventuais oscilações pontuais que pudessem destoar do comportamento padrão atual das aplicações municipais. Foi possível calcular a média trienal para 850 municípios mineiros, que apresentaram informações completas na trienal 2016 a 2018.

⁵ Índices municipais de necessidade em saúde foram obtidos mediante indicador construído pela combinação linear de um conjunto de variáveis relacionadas, direta ou indiretamente, às condições de saúde da população municipal, tendo por base a literatura concernente aos determinantes sociais em saúde (DSS). Quanto mais alto o seu valor, maiores são as necessidades em saúde do município. Detalhes da sua construção constam no estudo de Ferreira Júnior et al. (2017).

⁶ A preços de dezembro de 2019, os custos mensais de cada item de cobertura seriam: *Equipe_ESF* = R\$41.771,28; *Médico_ESF* = R\$20.437,87; *Enferm_ESF* = R\$8.248,99; *ACS* = R\$2.410,50; *Dentista_ESF* = R\$11.431,15.

⁷ O coeficiente *tau de Kendall* é um indicador útil para medir a correlação de postos entre duas variáveis ordinais. Varia entre -1 e +1, sendo que quanto mais próximo de +1, mais intensa a concordância entre as variáveis, e quanto mais próximo de -1, mais intensa será a discordância. A correlação é considerada estatisticamente igual zero (não rejeição da hipótese H_0) caso a significância estatística do teste (*sig.*) supere os 5%.

Referências

ALBUQUERQUE, C. C. B de; OLIVEIRA, A. G. de. A *accountability* em pareceres prévios do Tribunal de Contas do Estado do Paraná: possíveis consequências para o desenvolvimento local. *Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento*, v. 2, n. 2, p. 43-57, jul./dez. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd/article/view/3075/2093>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ARANTES, R. B.; ABRUCIO, F. L.; TEIXEIRA, M. A. C. A imagem dos tribunais de contas subnacionais. *Revista do Serviço Público*, v. 56, n. 1, p. 57-83, 2005. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/217/222>>. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição Federal Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 jul. 2020.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm>. Acesso em: 12 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 09. jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 jul. 2020.

CALIXTO, G. E.; VELÁSQUEZ, M. D. P. Sistema de Controle Interno na Administração Pública Federal. Revista Eletrônica de Contabilidade. Jul./2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/contabilidade/article/view/63/3660>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

DUARTE, L. A. F. Análise da Eficácia dos Gastos com Saúde nos Municípios de Minas Gerais e dos Pareceres do TCEMG. Dissertação (Mestrado em Administração Pública), Fundação João Pinheiro, 2020. Disponível em <http://tede.fjp.mg.gov.br/handle/tede/517>. Acesso em: 07/06/2021.

FERREIRA JÚNIOR, A. de M. O bom controle público e as Cortes de Contas como tribunais da boa governança. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/134784/333913.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FERREIRA JÚNIOR, S.; MUZZI, J. R. Evolução da cobertura de médicos na atenção primária à saúde nos municípios de Minas Gerais: uma análise empírica no contexto do programa Mais Médicos. In: Antônio José Calhau de Resende; José Alcione Bernardes Júnior. (Org.). Políticas Públicas: múltiplos olhares. 1. ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, Escola do Legislativo, 2019, p. 195-226. Disponível em: <<https://dspace.almg.gov.br/bitstream/11037/35683/1/Pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20m%C3%BAltiplos%20olhares.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

FERREIRA JÚNIOR, S.; FAHEL, M. C. X.; HORTA, C. J. G. Índice de Priorização dos Municípios Brasileiros para Investimentos na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2018.

GUERRA, E. M. Os controles externo e interno da Administração Pública. 2. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2005.

MINAS GERAIS. Lei Complementar nº 102, de 17 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a organização do Tribunal de Contas e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa-nova-min.html?tipo=LCP&num=102&ano=2008>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MINAS GERAIS. TCEMG. Sistema Informatizado de Contas dos Municípios – SICOM. Disponível em: <<https://portalsicom1.tce.mg.gov.br/>>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MINAS GERAIS. TCEMG. Notas Taquigráficas. Primeira Câmara – 1ª Sessão do dia 18 de março de 2014. Processo nº 750.158 – Prestação de Contas Municipal. Relator: Conselheiro Substituto Licurgo Mourão. 2014. Disponível em: <<https://tcjuris.tce.mg.gov.br/Nota/BuscarArquivoTRE/616066>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

MINAS GERAIS. TCEMG. Resolução nº 12, de 19 de dezembro de 2008. Regimento Interno do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <<http://tclegis.tce.mg.gov.br/Home/Detalle/978636>>. Acesso em: 05 jul. 2020.

PINHO, J. A. G. de; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública – RAP*, Rio de Janeiro, 3(6):1343-1368, nov./dez. 2009.

ROCHA, A. C. Realização do potencial de *accountability* dos pareceres prévios do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. Tese (Doutorado em Administração), Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/24661/1/Arlindo%20Rocha%20-%20Tese%20completa%20-%20Vers%C3%A3o%20final%20em%20PDF.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SACRAMENTO, Ana Rita S. Lei de responsabilidade fiscal, accountability e cultura política do patrimonialismo: um estudo exploratório em seis municípios da Região Metropolitana de Salvador. Dissertação (Mestrado em Administração) — Universidade Federal da Bahia, NPGA/EAUFBA, 2004. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/9191> Acesso em: 07 jun. 2021.

UGÁ, M. A. D., & Marques, R. M. (2005). O financiamento do SUS: trajetórias, contexto e constrangimentos. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler, J. M. Suárez. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde*. (pp. 193-234). Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz.

UGÁ, M. A. D., Piola, S. F., Porto, S.M., & Vianna, S. M. (2003). Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 417-438.

VICTER, R. S. Prestação de contas ou auditoria de contas? A busca por uma significação. Dissertação de mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro – RJ, 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17561/Roberto%20Santos%20Victerr_Mografia_Aprovada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jul. 2020.

VIEIRA, R. S.; SERVO, L. M. S. (2013). Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/131011_notatecnicadisoc16.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.