

## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE MONTE CARMELO-MG NO PERÍODO DE 2018 A 2022

*ANALYSIS OF PUBLIC HEALTH SPENDING IN THE MUNICIPALITY OF MONTE CARMELO-MG FROM 2018 TO 2022*

Laryssa Santos Mendonça Pena<sup>1</sup>  
Dênia Aparecida de Amorim<sup>2</sup>

**RESUMO:** O modelo atual de saúde pública brasileira surgiu com a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, em decorrência da aprovação da Constituição Federal de 1988. Foi pensado para atender ao direito constitucional de acesso à saúde. O estudo apresentou a importância da saúde pública no Brasil e relatou a evolução da prestação de serviços. O objetivo da pesquisa foi analisar os gastos com saúde do município de Monte Carmelo-MG, entre os anos de 2018 a 2022, considerando os impactos da pandemia de Covid-19, para identificar a composição do investimento em saúde municipal. Para isso foram considerados os gastos com atendimentos eletivos, urgentes, saúde básica, média e alta complexidade, com base nos dados disponibilizados no portal da transparência do município e em informações disponíveis no portal Fiscalizando com o TCE-MG. Desde 1988, os gastos com saúde aumentaram, com ênfase em medicamentos e serviços hospitalares. A atenção primária é essencial ao sistema de saúde público e oferece diferentes níveis de atendimento na esfera municipal. No município de Monte Carmelo, os gastos com saúde atingiram cerca de R\$ 144,4 milhões durante o período analisado. Embora os gastos com saúde em Monte Carmelo tenham aumentado durante o período pandêmico, os dados apontam que o município investe grande montante em saúde pública, tendo os gastos de 2022 cerca de 41% maiores que os informados em 2018. Em relação ao gasto mínimo constitucional, em toda a série analisada, a gestão carmelitana cumpriu com o requisito e, em alguns anos, dobrou o mínimo destinado à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Pública. Gastos Públicos. Pandemia de Covid-19.

**ABSTRACT:** *The current Brazilian public health model emerged with the creation of the Unified Health System in 1990, as a result of the approval of the 1988 Federal Constitution. It was designed to meet the constitutional right of access to healthcare. The study presented the importance of public health in Brazil and reported the evolution of service provision. The objective of the research was to analyze health spending in the municipality of Monte Carmelo-MG, between the years 2018 and 2022, considering the impacts of the Covid-19 pandemic, to identify the composition of investment in municipal health. For this purpose, spending on elective, urgent, basic, medium and high complexity*

---

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Contábeis pelo Centro Universitário Mário Palmério – UNIFUCAMP (2023). E-mail: [laryssams2010@gmail.com](mailto:laryssams2010@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestra em Administração Pública pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2022). MBA em Gestão Empresarial pela Fundação Carmelitana Mário Palmério (2012); Especialista em Gestão Pública pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2016) e em Contabilidade Pública e Auditoria pela Faculdade Instituto Brasil de Ensino - IBRA (2020). Graduada em Administração (2009) e em Ciências Contábeis (2018) pela Fundação Carmelitana Mário Palmério. E-mail: [deniaamorim@hotmail.com](mailto:deniaamorim@hotmail.com)

*care was considered, based on data available on the municipality's transparency portal and information available on the "Fiscalizando com o TCE-MG" portal. Since 1988, healthcare spending has increased, with an emphasis on medicines and hospital services. Primary care is essential to the public health system and offers different levels of care at the municipal level. In the municipality of Monte Carmelo, health spending reached around R\$ 144,4 million during the period analyzed. Although health spending in Monte Carmelo increased during the pandemic period, the data shows that the municipality invests a large amount in public health, with 2022 spending being around 41% higher than those reported in 2018. In relation to the constitutional minimum expenditure, in the entire series analyzed, the Carmelite administration complied with the requirement and, in some years, doubled the minimum allocated to health.*

**KEYWORDS:** *Public Health. Public Spending. Covid-19 Pandemic.*

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde pública é um direito garantido a todos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A sociedade brasileira é beneficiária do Sistema Único de Saúde (SUS) e favorecida pelos avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), pela rede de urgência e emergência e pela melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social a todos os cidadãos (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

A Saúde Pública, em sua concepção inicial, é a organização de sistemas para prevenir, controlar e tratar as doenças da população. Os indivíduos, por direito, precisam de uma saúde pública de qualidade, a qual os governos devem fornecer gratuitamente. É papel do Estado o financiamento da rede pública de saúde por meio do fornecimento de tratamento, proteção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo desprovido de recursos para adquiri-lo.

Anos após a colonização, o Brasil não possuía políticas públicas que auxiliassem a saúde. O país era habitado por indígenas e, devido à baixa imunidade, muitos morreram por doenças simples. A vinda da Família Real, em 1808, trouxe benefícios para a área da saúde. Abriam-se cursos de medicina e os médicos formados foram aos poucos substituindo os médicos estrangeiros. O modelo atual de saúde pública brasileira surgiu em 1990 com a criação do SUS para atender a demanda da população sem acesso à saúde particular e em cumprimento aos direitos instituídos pela Constituição Federal de 1988.

Em Minas Gerais, a primeira menção a um sistema de saúde se deu em 1891 com a fundação da Secretaria do Interior de Minas Gerais. O sistema de saúde mineiro evoluiu com a inauguração da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, da Escola de Medicina, da Maternidade Hilda Brandão e, anos depois, com a criação do Gabinete Médico-Legal. Em 1948 o setor de saúde foi separado da educação por meio da Lei Ordinária nº 152, de 04 de junho (Minas Gerais, 2010).

No município de Monte Carmelo, interior de Minas Gerais, a saúde pública é alvo de bastante atenção e vários investimentos que atendem a população. Os pacientes conseguem atendimento em suas casas por meio do Programa Saúde em Casa. Foram construídas Unidades Básicas de Saúde nos bairros para atender a demanda da cidade e a população que mora em zonas rurais. Foram contratados especialistas de diversas áreas e houve a implantação da base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU.

É visível o investimento em saúde no município, seja na atenção básica, média ou alta complexidade. Assim, a problemática do estudo foi identificar qual a evolução do gasto público com saúde, de 2018 a 2022, no município de Monte Carmelo-MG, ao considerar os impactos causados pela pandemia. Assim, após a pandemia os gastos permaneceram no mesmo patamar ou houve redirecionamento de valores para outras políticas públicas?

Logo, o objetivo do estudo foi analisar os gastos com saúde do município de Monte Carmelo-MG, entre os anos de 2018 a 2022, considerando os impactos da pandemia de Covid-19, para identificar a composição do investimento em saúde municipal. Para isso foram considerados os gastos com atendimentos eletivos, urgentes, saúde básica, média e alta complexidade, com base nos dados disponibilizados no Portal da Transparência do município e em informações disponíveis no portal Fiscalizando com o TCE-MG.

Após realização das pesquisas, o estudo foi apresentado em cinco seções, sendo iniciado pela Introdução seguida pela seção de Referencial Teórico que apresentou a evolução da saúde pública no Brasil, sua importância e a composição dos gastos com saúde. A terceira seção apresentou a metodologia desenvolvida e uma breve apresentação da história do município analisado. A quarta seção demonstrou os resultados e discussões em subtópicos que analisaram os gastos com saúde do município entre os anos de 2018 a 2022, considerando que houve a pandemia de Covid-19 nesse período. Por fim, as Considerações Finais foram apresentadas.

## **2 EVOLUÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

A prestação de serviços de saúde pública é fundamental para a melhoria das condições sociais, tornando-se elemento fundamental para a promoção do desenvolvimento econômico e garantia dos direitos constitucionais. O desempenho das atividades administrativas e a forma como os recursos financeiros são utilizados, em conjunto com fatores como política, educação, saneamento básico, segurança, condições econômicas e sociais e todas as demais necessidades da sociedade, refletem-se na prestação do serviço de saúde pública em cada região brasileira (Mendes; Teixeira; Ferreira, 2021).

Entende-se como saúde pública o conjunto de discursos, políticas, práticas e saberes que objetivam o melhor estado de saúde possível das populações, ou seja, busca-se a saúde da coletividade (Almeida, 2013). A prestação de serviços de saúde pública no modelo atual é recente, pois passou a ser um direito de todos apenas no final da década de 1980 com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O Brasil foi um país colonizado basicamente por degradados e aventureiros até a instalação do império. Não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde por parte do governo imperial. Os recursos da população eram somente os naturais provindos de ervas e plantas. A vinda da Família Real criou a necessidade de uma estrutura sanitária mínima. Com a inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que se proliferasse os boticários, espécie de farmacêuticos da época. Cabia a eles a manipulação de fórmulas prescritas por médicos (Polignano, 2001).

A saúde pública foi tida como prioridade apenas no século XX com a implantação da economia exportadora de café na região Sudeste. A melhoria das condições sanitárias era necessária como controle de endemias e saneamentos dos portos e do meio urbano, a qual se tornou uma efetiva política de Estado. As melhores condições sanitárias significavam garantia para o sucesso da política governamental de atração de força de trabalho estrangeiro (Risi Junior; Nogueira, 2002).

## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO

A falta de um modelo sanitário deixava as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início dos anos 1900, o município do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico devido à presença de doenças graves como varíola, malária, febre amarela e, posteriormente a peste negra. Isso gerou consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o de comércio exterior, pois os navios estrangeiros não queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da disseminação de doenças infecciosas (Polignano, 2001). O Governo entendeu que era necessária a elaboração de políticas públicas para controlar a disseminação das doenças e atender aos doentes.

O Seguro social, programa pioneiro de saúde pública brasileira, surgiu em 1923, por meio da Lei nº 4.682, de 24 de janeiro. Foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão, CAPs, que atenderam primeiramente aos trabalhadores ferroviários e, depois, aos marítimos e estivadores. Em 1966, o Decreto Lei nº 72, de 21 de novembro, criou o Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, que tinha como objetivo corrigir os inconvenientes da segmentação institucional e aumentar a eficiência do sistema. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais foi condicionada, a partir de 1971, à disponibilidade de recursos orçamentários e a gratuidade era total ou parcial, dependendo da renda familiar do trabalhador (Risi Junior; Nogueira, 2002).

Naquele momento, o acesso à saúde era condicionado ao vínculo de trabalho do cidadão e o atendimento não era igualitário. Para Almeida (2013), com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o país passou a enfrentar dificuldades para assegurar à população os direitos e os recursos previstos sobre a Seguridade Social que previam a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde como direito de todos. Assim, o Estado teve que reestruturar alguns setores para conseguir atender aos princípios constitucionais e expandir a saúde pública para toda a sociedade.

O direito à saúde não havia sido tema das Constituições Brasileiras anteriores. A saúde pública foi incluída como um direito do cidadão pela primeira vez somente na Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 1988. A introdução dos direitos sociais foi resultado das forças dos movimentos populares no momento da redemocratização, assim, em especial os profissionais da saúde, fizeram a opção de ingressar no serviço público para atender as pessoas mais desfavorecidas (Dallari, 2009).

A história dos cuidados à saúde dos brasileiros inicialmente ficou a cargo de ações de filantropia. As pessoas eram atendidas pelas instituições e médicos filantropos. O Estado fazia ações de saúde apenas mediante ao enfrentamento de epidemias, intervenção em algumas doenças negligenciadas como a doença mental, a tuberculose, a hanseníase e outras. Só com a promulgação da CF/1988 é que começaram os atendimentos às emergências e às internações gerais em escala geral para todos os cidadãos (Carvalho, 2013).

Com a Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde, SUS. O SUS previu uma nova forma de atenção à saúde a partir da concepção que a saúde não compreende apenas a ausência de doença, mas também as políticas que englobam a qualidade de vida e a prevenção de enfermidades. A criação do sistema foi o marco inicial de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Almeida, 2013).

A história do Sistema Único de Saúde é marcada pelo desafio cotidiano de prover financiamento público adequado para assegurar a garantia do direito constitucional à saúde para todos. A concepção da Constituição é a de que o sistema deve ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, para que, independente de classe social, cor, raça, etnia ou gênero, todos devem ter acesso aos serviços de saúde pública (Menezes; Moretti; Reis, 2019).

A concepção e o campo da saúde pública são abrangentes e incluem ações individuais e coletivas, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos, como vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição, saúde da pessoa portadora de deficiência e todos os procedimentos como consultas, exames, urgências, internações, cirurgias, transplantes, UTI entre outros (Carvalho, 2013).

A afirmação constitucional do direito à saúde foi uma experiência única. Ela veio com as bases da política destinada a realizar esse direito e exigiu a participação popular para sua definição e implementação. A participação da sociedade na Constituinte de 1988 tornou a política pública de saúde adequada aos requisitos impostos pelo conceito contemporâneo de saúde, visto que implica aspectos de direito individual e de direito coletivo (Dallari, 2009).

As ações do SUS seguem as diretrizes e princípios técnico-assistenciais da Constituição Federal e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços relacionados. Os princípios são: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (Carvalho, 2013). Assim, a legislação brasileira assegura o acesso às políticas públicas de forma igualitária a todos, contudo, o Estado necessita de gestão financeira adequada para que a arrecadação consiga financiar os serviços de saúde pública para todos com o máximo de qualidade possível.

## **2.1 Abrangência da Saúde Pública no Brasil**

A atenção básica é definida como sendo um conjunto de ações assistenciais de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem ações de promoção, prevenção, proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde em diferentes características e gênero (Freitas; Santos, 2015). Esses serviços podem ser prestados tanto pelo Estado quanto pelo segmento privado. O fato de o sistema de saúde ser dual e se alicerçar sobre a rede de serviços privados, têm implicações para o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

A saúde, embora prevista na Constituição Federal como um direito social, não é um serviço prestado exclusivamente pelo Estado, visto que é permitida a exploração econômica pelo setor privado. Em função das diferenças de valores pagos pelo SUS aos prestadores, se o estabelecimento tiver condições favoráveis, a opção mais rentável será sempre vender os serviços para planos de saúde. Mesmo assim, a produção ambulatorial cresceu 123% no período de julho de 1994 a dezembro de 2007, sendo que os atendimentos básicos cresceram 424%, ao passo que os não-básicos apenas 39% (Menicucci, 2009).

As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada por meio de parcerias e convênios, são organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990). Logo, além das esferas federal, estadual, distrital e municipal, os serviços são classificados em básica, média e alta complexidade, de acordo com o risco à vida e a necessidade imediata de atendimento.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2007) saúde básica, média complexidade e alta complexidade são os termos utilizados para classificar diferentes níveis de atenção e serviços de saúde oferecidos à população, levando em consideração a complexidade dos cuidados necessários em cada caso. Esses níveis são

definidos com o objetivo de garantir uma abordagem integrada e hierarquizada na organização do sistema de saúde.

A saúde básica, também conhecida como atenção primária à saúde, é o primeiro nível de atendimento no sistema de saúde. A média complexidade é o segundo nível de atenção à saúde e abrange serviços especializados que exigem recursos e conhecimentos técnicos mais avançados do que os oferecidos na atenção primária. A alta complexidade é o nível mais avançado de atenção à saúde e abrange serviços especializados de alta tecnologia e maior complexidade diagnóstica e terapêutica (Ministério da Saúde, 2022).

O acesso aos serviços de média complexidade tem sido apontado, por gestores e pesquisadores, como um dos entraves para a efetivação da integralidade do SUS. Nessa direção, gestores de distintas esferas de governo têm assinalado que a dificuldade de acesso aos serviços especializados é mais abrangente que a outros serviços. A Tabela SUS foi lembrada como um dos fatores que estariam associados a essa situação. Os valores pagos para procedimentos de alta complexidade são mais atrativos, o que induz os prestadores privados a privilegiar a realização desses em detrimento daqueles da média complexidade (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010). Esse tipo de situação prejudica o acesso aos serviços, principalmente aos que mais necessitam.

Existem programas específicos para os diferentes níveis de saúde: básica, média e alta complexidade. Saúde Básica: Programa de Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunização. Saúde de Média Complexidade: Programas de controle de doenças crônicas e programas de atendimento a grupos específicos. Saúde de Alta Complexidade: incluem programas de tratamento de câncer e programas de transplante de órgãos (Ministério da Saúde, 2022).

As organizações prestadoras de serviços de alta complexidade em saúde se preocupam em compartilhar e adquirir conhecimento com os pacientes. Programas como o *pay-for-performance* (P4P) objetivam melhorar a qualidade de serviços de saúde por meio de incentivos financeiros para premiar médicos, hospitais e clínicas que entendam as especificações e metas de desempenho (Gonçalo; Borges, 2010), o que gera uma concorrência desleal com o SUS, visto que remuneram com valores fixos e, muitas das vezes, desatualizados. Embora os valores de remuneração do SUS se diferenciem de outras tabelas de prestadores, o sistema de saúde pública tem se diferenciado ao expandir gradualmente sua área de alcance.

De acordo com Garlet *et al.* (2009), constata-se que a organização do trabalho da equipe de saúde é dividida em três momentos para melhor adequação das necessidades e priorização dos casos imediatos. Os três momentos são o atendimento às urgências e emergências em que o risco à vida é iminente, a assistência aos pacientes em sala de observação e a atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes. O atendimento aos casos graves, com potencial risco à vida é sempre priorizado. Eles têm acesso livre e são encaminhados de forma imediata até a sala de emergência.

Para que a saúde pública possa desenvolver atendimentos básicos e políticas de prevenção, foi criado o Programa Saúde da Família, PSF. O programa surgiu no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. O PSF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente (Rosa; Labate, 2005).

O crescimento dos gastos em saúde depende do mercado, ou seja, do encontro entre os que querem usufruir dos bens e serviços de saúde com aqueles que os oferecem. O

consumo consiste no uso de bens ou de serviços visando à satisfação direta das necessidades. Pode-se falar em consumo de bens e serviços de saúde, que trazem uma melhora do bem-estar e das condições de existência de uma população. O consumo de saúde é composto basicamente por três estruturas diferentes: medicamentos, honorários de médicos, dentistas e auxiliares dos serviços médicos e, gastos em hospitalização e tratamento. Atualmente, os gastos em hospitalização e tratamento encabeçam as maiores despesas do consumo em saúde (Zucchi; Nero; Malik, 2000).

O gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015, um crescimento de 40%, caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016, ou seja, uma queda de 7%. Em termos reais, como provável consequência da crise econômica sobre a capacidade de gasto dos entes subnacionais, do maior protagonismo do Ministério da Saúde na aquisição de medicamentos e no financiamento da oferta de produtos farmacêuticos por meio do programa Farmácia Popular do Brasil. Entre 2010 e 2016, as despesas do SUS registraram crescimento de 30%. O importante aumento do gasto com medicamentos nos últimos sete anos ocorreu devido a esforço especial do Ministério da Saúde (Vieira, 2018).

Para auxílio às políticas públicas de saúde, o Estado conta com credenciamentos de instituições particulares, com as redes de serviços federais, estaduais e municipais, seja diretamente ligada à esfera governamental ou intermediada pela rede de educação pública. No Brasil existem 45 hospitais vinculados a universidades do Ministério da Educação, MEC. São os chamados hospitais universitários, HU's. Os HU's seguem dois tipos de orientação para as atividades. De um lado, atendem aos objetivos do MEC, proporcionando a formação de profissionais da saúde em todos os níveis de educação e desenvolvem novas tecnologias e pesquisas. De outro lado, respondem aos propósitos do Ministério da Saúde, MS, fornecendo assistência à população. Os HU's são subsidiados por recursos do MEC e do MS, por meio do Sistema Único de Saúde (Dantas, 2011).

Em geral, os hospitais universitários complementam os atendimentos do SUS com prestação de serviços de média e alta complexidade, além de urgência e emergência, atuando de forma regional, ou seja, atendem a município sede e as cidades da região por meio de agendamento. A Constituição Federal de 1988 estabelece índices de gastos com saúde para as esferas governamentais e todos os entes públicos devem prestar contas das receitas e despesas por meio dos Portais de Transparência. O estudo foi desenvolvido por meio de consultas a essas informações de acesso livre.

### **3 METODOLOGIA**

Para desenvolvimento da pesquisa foi adotada a abordagem mista, com análise dos dados de forma qualitativa e quantitativa. A modalidade de coleta de dados foi bibliográfica, ao buscar estudos anteriores para embasar os achados e, exploratória, ao pesquisar dados brutos nos portais de transparência e transformá-los em informações relevantes.

Sob o ponto de vista dos objetivos, a pesquisa é classificada como exploratória, pois buscou constatar a composição dos gastos com saúde em determinado período de tempo com intuito de conhecer melhor como os recursos públicos são investidos em prol da sociedade carmelitana.

O estudo foi desenvolvido por meio de seleção de informações sobre gastos públicos com saúde do município de Monte Carmelo-MG. A cidade foi fundada em 1882 e, tem uma população de 47.692 habitantes, de acordo com dados do censo do IBGE de

2022. Os dados propostos para a pesquisa foram coletados de bancos de dados como o Fiscalizando com o TCE, portal da transparência do município e repositórios de dados *SciELO* e *Google Acadêmico*. A análise comparativa foi feita em relação aos anos de 2018 a 2022, levando-se em consideração o início da pandemia de Covid-19 em março de 2020. Todas as informações utilizadas são de acesso público disponíveis de forma *on-line*.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O município de Monte Carmelo, embora conte com o Hospital Municipal, anexo ao Pronto Socorro, encaminha os casos urgentes com maior gravidade para o município de Uberlândia, que conta com o hospital universitário. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, HC-UFU, foi criado em 26 de agosto de 1970, começando os trabalhos em outubro do mesmo ano. Objetivou servir como centro de instrução para o curso de medicina da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (Stutz, 2009).

Com a idealização de Sistema Único de Saúde em 1988 devido à promulgação da Constituição Federal e, dois anos depois, a regulamentação do SUS por meio da Lei nº 8.080/1990, o HC da UFU estabeleceu uma estrita ligação que resultou em um hospital referência em atendimentos de alta complexidade. O atendimento aos municípios da região ajuda a complementar os serviços de saúde pública necessários, principalmente em relação às cirurgias complexas e exames específicos.

Par atender os níveis básicos de serviços de saúde, Monte Carmelo conta com equipes multidisciplinares e unidades de saúde espalhadas por toda a cidade. A atenção Primária à Saúde é formada por 13 equipes de saúde da família. São ofertadas as especialidades de oftalmologia, cardiologia, ortopedia, urologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia geral, pequenas cirurgias, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, gastroenterologia, psiquiatria e endocrinologia. São oferecidos serviços de psicologia, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Além dessas especialidades ofertadas pelo Sistema Único de Saúde, há profissionais de outras nove especialidades que atendem semanalmente por convênio ou particular. A Atenção à Urgência e Emergência é realizada pelo Pronto Socorro Municipal e pelo Hospital Municipal (Miranda, 2018).

Conforme determinado na Constituição Federal de 1988, o município deve gastar, no mínimo, 15% das receitas de impostos e transferências obrigatórias na Saúde. De acordo com dados do Fiscalizando com o TCE, em 2021 o município de Monte Carmelo apresentou gastos de R\$ 31,7 milhões de gastos com saúde pública, correspondendo a 31,66% das receitas municipais de impostos e transferências, ou seja, gastou o dobro do valor estipulado com o atendimento à sociedade.

Por meio de dados extraídos do Fiscalizando com o TCE, o Quadro 01 apresenta informações referentes aos gastos durante o período de 2018 a 2022. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estipula percentuais mínimos para aplicação em ações de saúde pública para cada ente federativo, sendo 15% da receita tributária municipal para os municípios (Miranda *et al.*, 2021). Foi observado que nos anos analisados essa porcentagem foi cumprida e praticamente duplicou na maior parte do período.



Quadro 01: Comparativo em percentuais de Gasto Mínimo e Gasto Informado

Ano	Gasto Mínimo	Gasto informado	Total (R\$)
2018	15%	29,95%	22,9 milhões
2019	15%	40,34%	30,7 milhões
2020	15%	33,60%	26,6 milhões
2021	15%	31,66%	31,7 milhões
2022	15%	28,02%	32,5 milhões

Fonte: TCE MG, 2023.

Ao observar os dados, é evidente um aumento nas porcentagens de determinados indicadores de 2019 a 2022. Esse aumento pode ser atribuído à influência da pandemia de Covid-19, que teve início em março de 2020 e se prolongou até o ano de 2022.

A análise dos investimentos em saúde e prioridades de programas governamentais do município de Monte Carmelo-MG foi apresentada por meio de figuras extraídas do perfil do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. O repositório do TCE-MG disponibiliza as informações enviadas pelos municípios e demonstra esses dados de maneira simples para que a sociedade e pesquisadores possam entender com facilidade, além de oferecer os parâmetros legislativos para que o usuário analise se o ente está cumprindo os limites de gastos (Amorim, 2020). Essas informações são apresentadas em forma de figuras para embasar os argumentos dessa pesquisa.

As figuras apresentam um panorama dos gastos em diferentes áreas da saúde e destacam os programas que receberam os maiores recursos durante o período especificado. Esses dados revelaram o perfil dos investimentos na área da saúde e nos programas governamentais do município de Monte Carmelo-MG. A Figura 01 apresentou a segregação dos gastos com saúde pública no município de Monte Carmelo-MG no ano de 2018.

Figura 01: Segregação de gastos no ano de 2018.



Fonte: TCE MG, 2023.

## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO

Em 2018 destaca-se que a Assistência Hospitalar e Ambulatorial recebeu a maior parte dos recursos, totalizando R\$ 13,1 milhões, indicando uma ênfase na atenção médica especializada. Por outro lado, a Atenção Básica e a Administração Geral também receberam investimentos significativos, demonstrando o compromisso com a prevenção e a gestão eficiente da saúde. Os investimentos em Suporte Profilático e Terapêutico sugerem um foco na prevenção e no tratamento de doenças. A Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária receberam recursos, destacando a importância do monitoramento e controle de doenças e questões de saúde pública.

Além disso, os programas que mais receberam recursos incluem o programa “Saúde Integral e Humanizada para Todos”, refletindo a prioridade dada à qualidade e abrangência dos serviços de saúde. O programa “Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência” também recebeu investimentos substanciais, ressaltando o compromisso com a governança eficiente. Por fim, “Gestão Política de Comunicação com Publicidades” recebeu um investimento menor em comparação aos outros programas.

Essa alocação de recursos sugere uma estratégia variada para abordar as necessidades de saúde da população, com foco tanto na assistência médica especializada quanto na prevenção, transparência governamental e comunicação pública. Outro fato ressaltado é que o município cumpriu com o mínimo constitucional de aplicação de recursos, direcionando quase 30% da receita municipal para ações de saúde pública.

A Figura 02 apresenta os gastos do ano de 2019. Os recursos foram gastos nos diversos programas de saúde pública do município, com destaque para a assistência hospitalar e ambulatorial, que alcançou mais de R\$ 16 milhões.

Figura 02: Segregação de gastos no ano de 2019.



Fonte: TCE MG, 2023.

No ano de 2019 houve aumento considerável nos investimentos em diferentes áreas da saúde. A Assistência Hospitalar e Ambulatorial recebeu a maior parcela de investimento, totalizando R\$ 16,1 milhões. A Atenção Básica recebeu uma quantia substancial de R\$ 5,6 milhões. Além disso, a Administração Geral recebeu R\$ 3 milhões em recursos. Os investimentos no Suporte Profilático e Terapêutico somaram R\$ 1,9 milhão. A Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária receberam R\$ 1,1 milhão e R\$ 354.9 mil, respectivamente.

Os programas que receberam os maiores investimentos incluíram Saúde Integral e Humanizada para Todos, com um total de R\$ 25,4 milhões, destacando a priorização da qualidade e abrangência dos serviços de saúde. Além disso, o programa “Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência” recebeu uma quantia significativa de R\$ 2,8 milhões. Por outro lado, o investimento destinado ao programa “Gestão Política de Comunicação com Publicidades” foi mais modesto, totalizando R\$ 110,2 mil.

Em resumo, esses dados indicam uma estratégia diversificada para atender às necessidades de saúde da população, com um equilíbrio entre atenção médica especializada e serviços primários, com ênfase na qualidade, transparência e comunicação governamental. De acordo com *Morais et al. (2015)* as campanhas relacionadas à saúde pública são importantes, visto que, como no caso da dengue, alguns conceitos como sintomas da dengue hemorrágica e identificação do vetor, ainda permanecem pouco conhecidos, o que permite sugerir maior ênfase nesses pontos nas campanhas de conscientização na cidade.

A Figura 03 apresenta a segregação de gastos em saúde pública durante o ano de 2020. Deve-se ressaltar que nesse ano foi declarada a pandemia de Covid-19 de abrangência mundial, o que desacelerou os gastos com procedimentos eletivos e aumentou a necessidade de custeio de materiais hospitalares, além do investimento em leitos para internação.

Figura 03: Segregação de gastos no ano de 2020.



Fonte: TCE MG, 2023.

Embora as ações de combate à pandemia tenham sido intensas, os gastos no ano de 2020 foram em menor montante que no ano anterior, o que pode ser explicado pela paralização dos atendimentos eletivos e redução nos atendimentos presenciais devido às políticas de isolamento social.

Os recursos destinados à área da saúde e aos programas governamentais foram distribuídos da seguinte forma: Na área da saúde, a maior parcela dos recursos, no valor de R\$ 13,6 milhões, foi direcionada para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, seguida pela Atenção Básica, que recebeu R\$ 4,7 milhões. A Administração Geral obteve R\$ 3,6 milhões em investimentos, enquanto o Suporte Profilático e Terapêutico recebeu R\$ 2,2

## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO

milhões. Os investimentos na Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária foram menores, totalizando R\$ 1,1 milhão e R\$ 154 mil, respectivamente.

No que diz respeito aos programas governamentais, os que mais receberam recursos foram Saúde Integral e Humanizada para Todos, com um montante de R\$ 22,1 milhões, destacando o compromisso com a qualidade e a abrangência dos serviços de saúde. O programa “Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência” também obteve um investimento significativo, somando R\$ 3,5 milhões. Em contrapartida, o programa “Gestão Política de Comunicação com Publicidades” recebeu um investimento menor, totalizando R\$ 26 mil. No total, foram alocados R\$ 25,6 milhões, refletindo uma estratégia de investimento diversificada na área da saúde, com ênfase na assistência hospitalar e programas voltados para uma abordagem integral e eficiente na gestão governamental.

Entre fevereiro e dezembro de 2020, foram registrados no Sistema de Informações Hospitalares, SIH-SUS, 462.149 internações hospitalares que tiveram como procedimento principal tratamento de pacientes com coronavírus, correspondendo a um gasto total de R\$ 2.248.011.968,40 (dois bilhões, duzentos e quarenta e oito milhões, onze mil, novecentos e sessenta e oito reais e quarenta centavos).

Cabe considerar que 85% desse valor foi gasto com serviços hospitalares e 15% com serviços profissionais. Dentre todas as regiões do país, verificou-se que a maior parcela dos gastos ocorreu na região Sudeste, representando cerca de 45% do total. (Santos *et al.*, 2021). Outro aspecto relevante é a redução no gasto com vigilância sanitária, porém justificável pelo período de isolamento social.

A Figura 04 apresenta os gastos em saúde no ano de 2021.

Figura 04: Segregação de gastos no ano de 2021.



Fonte: TCE MG, 2023.

Para o município de Monte Carmelo, os primeiros meses do ano foram o auge da pandemia, concentrando o maior número de óbitos pela infecção. A infecção pelo SARS-CoV-2 se apresentou como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde e para a gestão pública municipal. Desde o primeiro caso registrado, em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, a doença causada pelo coronavírus se alastrou rapidamente pelo mundo

todo e, até o dia 15 de maio de 2021 já havia registrado mais de 161.513.458 casos confirmados e mais de 3,3 milhões de óbitos (Santos *et al.*, 2021).

Nesse ano, os números apresentados revelaram a alocação de recursos na área da saúde e em programas governamentais. A maior parcela de recursos, no valor de R\$ 16,2 milhões, foi direcionada para a "Assistência Hospitalar e Ambulatorial," indicando um foco expressivo na prestação de serviços médicos especializados e ambulatoriais.

A Atenção Básica recebeu uma alocação considerável, com R\$ 4,9 milhões, demonstrando um compromisso sólido com a promoção dos cuidados primários de saúde e as práticas de prevenção e controle de doenças. A Administração Geral obteve recursos no valor de R\$ 4,6 milhões, possivelmente destinados à gestão eficaz dos serviços de saúde. Os recursos destinados ao Suporte Profilático e Terapêutico somaram R\$ 2,8 milhões, enfatizando a importância da prevenção e tratamento de doenças.

A Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária também receberam recursos, com R\$ 1,3 milhão e R\$ 252,3 mil, respectivamente, destacando a relevância do monitoramento e controle de doenças e questões relacionadas à saúde pública.

Os programas que mais receberam recursos foram "Saúde Integral e Humanizada para Todos", com R\$ 26,6 milhões, refletindo a prioridade dada à qualidade e abrangência dos serviços de saúde. "Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência" obteve um montante considerável, com R\$ 3,5 milhões. "Gestão Política de Comunicação com Publicidades" recebeu um investimento menor, totalizando R\$ 81,8 mil.

Globalmente, esses dados sugerem uma abordagem diversificada e abrangente para atender às necessidades de saúde da população, com ênfase em serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como programas governamentais voltados para a qualidade, eficiência e transparência. O investimento total foi de R\$ 31,7 milhões.

A Figura 5 demonstra a segregação dos gastos no ano de 2022. Os números apresentados indicam notavelmente que a maior parte dos recursos, no montante de R\$ 18,6 milhões, foi alocado para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, o que ressalta novamente a ênfase dada aos serviços hospitalares e ambulatoriais. O ano de 2022 foi marcado pela retomada da normalidade após relaxamento das restrições sociais impostas durante o período pandêmico.

Figura 05: Segregação de gastos no ano de 2022.



## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO



Fonte: TCE MG, 2023.

A Atenção Básica recebeu uma quantia substancial, totalizando R\$ 5,1 milhões, evidenciando o comprometimento com os cuidados primários de saúde. Recursos da ordem de R\$ 4,5 milhões foram destinados à “Administração Geral”, voltados para a gestão eficaz dos serviços de saúde. O Suporte Profilático e Terapêutico obteve R\$ 2,5 milhões em recursos, destacando a importância atribuída à prevenção e ao tratamento de doenças. A Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária também receberam aportes financeiros, com R\$ 1,1 milhão e R\$ 239,3 mil, respectivamente, enfatizando a relevância do monitoramento e controle de doenças e questões relacionadas à saúde pública.

Os programas que mais receberam recursos foram “Saúde Integral e Humanizada para Todos”, com R\$ 27,5 milhões, demonstrando a prioridade dada à qualidade e abrangência dos serviços de saúde. “Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência” também obteve uma parcela considerável, com R\$ 4,3 milhões. Além disso, o programa “Investimento para Melhorar a Saúde da População” recebeu investimentos para a aquisição de três lotes de terrenos na situados na Avenida Brasil Leste destinados a construção de uma Unidade Básica de Saúde, como demonstrou o Diário Oficial de Monte Carmelo edição nº. 2.441. O valor declarado foi de R\$ 471 mil (Monte Carmelo, 2022).

Esses dados sugerem uma abordagem humanizada para atender às necessidades de saúde da população, com destaque para serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como programas governamentais voltados para a qualidade, eficiência, transparência e comunicação pública. O investimento total foi de R\$ 32,5 milhões.

O Quadro 02 apresenta os dados de 2018 a 2022 agrupados para análise da evolução dos gastos. Nota-se que os efeitos da pandemia de Covid-19 não impactaram as despesas com saúde, visto que a gestão municipal apenas realocou montantes financeiros em ações imediatas, não prejudicando o atendimento público. Ressalta-se que o município apresenta diversas políticas públicas para melhoria dos atendimentos de saúde pública, desenvolvendo mutirões para atendimentos em massa, o que proporciona a redução da fila de espera para diversos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos.

Quadro 02: Alocação dos gastos com saúde no período de 2018 a 2022.

	2018 (Milhões \$)	2019 (Milhões \$)	2020 (Milhões \$)	2021 (Milhões \$)	2022 (Milhões \$)	Total (Milhões \$)
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	13,1	16,1	13,6	16,2	18,6	<b>R\$ 77,6</b>
Atenção Básica	3,2	5,6	4,7	4,9	5,1	<b>R\$ 23,5</b>
Administração Geral	3	3	3,6	4,6	4,5	<b>R\$ 18,7</b>
Suporte Profilático e Terapêutico	2	1,9	2,2	2,8	2,5	<b>R\$ 11,4</b>
Vigilância Epidemiológica	0,7772	1,1	1,1	1,3	1,1	<b>R\$ 5,3772</b>
Vigilância Sanitária	0,2414	0,3549	0,154	0,2523	0,2393	<b>R\$ 1,2419</b>
<b>PROGRAMAS</b>						
Saúde Integral e Humanizada para Todos	19.526.640	25.385.708	22.077.141	26.648.965	27.514.081	<b>R\$ 121.152.538,43</b>
Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência	2.855.554	2.856.838	3.499.898	3.560.681	4.357.415	<b>R\$ 17.130.386,96</b>
Gestão Política de Comunicação com Publicidades	72.863	110.229	26.041	81.800	26.644	<b>R\$ 317.579,89</b>
Investimento para Melhorar a Saúde da População					471.000	<b>R\$ 471.000,00</b>
<b>DESPESA TOTAL EM MILHÕES \$</b>						
Despesa Total	22,9	30,7	26,6	31,7	32,5	<b>R\$ 144,4</b>

Fonte: TCE MG, 2023.

Já os dados apresentados no Quadro 03 são informações sobre a receita orçamentária e os dispêndios em relação aos recursos destinados à saúde e recursos vinculados à saúde ao longo dos anos de 2018 a 2022. Esses dados evidenciam variações significativas nos recursos destinados à saúde ao longo desses anos, com momentos de aumento e diminuição na Receita Orçamentária, mas com os Dispêndios em Saúde muitas vezes superando a receita disponível. Essa análise pode ser útil para compreender a evolução do financiamento da saúde ao longo do período mencionado e suas implicações nas políticas de saúde pública.

Quadro 03: Demonstrativo da Prestação de Contas Anual de Monte Carmelo.

Anos	Receita Orçamentária		Dispêndios	
	Recursos Destinados à Saúde		Recursos Vinculados à Saúde	
2018	R\$	32.831.983,97	R\$	38.038.942,16
2019	R\$	40.453.860,13	R\$	45.228.128,63
2020	R\$	39.640.130,66	R\$	46.950.955,79
2021	R\$	63.495.057,38	R\$	60.767.425,91
2022	R\$	50.579.887,21	R\$	64.221.296,91

Fonte: TCE MG, 2023.

Em 2018, a receita orçamentária foi de R\$ 32.831.983,97, enquanto os dispêndios em saúde totalizaram R\$ 38.038.942,16, indicando um *déficit* de recursos destinados à saúde. Em 2019, a receita orçamentária aumentou para R\$ 40.453.860,13, e os dispêndios em saúde também aumentaram, atingindo R\$ 45.228.128,63. No ano de 2020, a receita orçamentária manteve-se elevada, atingindo R\$ 39.640.130,66, e os dispêndios em saúde continuaram a crescer, alcançando R\$ 46.950.955,79. Em 2021, a receita orçamentária aumentou consideravelmente para R\$ 63.495.057,38, superando os anos anteriores, enquanto os dispêndios em saúde totalizaram R\$ 60.767.425,91. Em 2022, houve uma redução na receita orçamentária para R\$ 50.579.887,21, porém, os dispêndios em saúde foram ainda maiores, atingindo R\$ 64.221.296,91, indicando novamente um *déficit* nesse aspecto.

Embora o município de Monte Carmelo tenha prestado serviços de saúde pública durante todo o período pandêmico, é comum o *déficit* orçamentário, visto que a gestão prioriza a saúde dos carmelitanos, sendo esse o ponto principal das políticas municipais. A alta demanda fez com que o sistema de saúde entrasse em níveis críticos. Logo, durante a pandemia todos que necessitaram foram atendidos ou transferidos para centros mais avançadas. A título de exemplo, o número de mortes quase dobrou em 2021 em relação aos números desde março de 2020, no início da pandemia. Acredita-se que esse aumento nos números foi devido às festas de fim de ano e ao relaxamento do isolamento social devido ao início de ano e período de férias (Muratori, 2021).

Conforme Miranda *et al.* (2021) é indiscutível a grande relevância dos investimentos realizados na área da saúde pelos entes federativos, uma vez que a saúde é um direito social previsto na Constituição Federal de 1988. O município de Monte Carmelo, assim como os municípios analisados no estudo de Miranda *et al.* (2021), cumpriram com os limites constitucionais para aplicação nas ações de saúde, ou seja, aplicaram o percentual mínimo exigido durante o período examinado e, em alguns casos quase dobrou o índice mínimo. É extremamente importante que a gestão municipal tenha o engajamento para desenvolver políticas públicas de saúde com qualidade e respeito aos pacientes e, em Monte Carmelo, isso acontece frequentemente, comprovado pelo gasto de 100% a mais do que o mínimo constitucional estabelecido para realização de serviços de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi desenvolvido com base na problemática: após o período de pandemia Covid-19, os gastos com saúde pública do município de Monte Carmelo-MG permaneceram no mesmo patamar ou houve redirecionamento de valores para outras políticas públicas? Como resposta a essa questão, os dados demonstram que os gastos públicos com a saúde carmelitana mantêm-se em um nível constante, variando entre 28% e 40% da receita, ou seja, cumpre-se o mínimo constitucional de 15% com quase 100% de acréscimo.

Foi explorado o período de 2018 a 2022, no qual os gastos com saúde pública em Monte Carmelo-MG aumentaram constantemente. Esse crescimento pode ser atribuído a diversos fatores, incluindo o impacto da pandemia de Covid-19, que exigiu investimentos significativos em recursos e pessoal para atendimento na área de saúde. Ao longo do



estudo foi conduzida a análise detalhada e a coleta de dados para responder às questões de pesquisa e alcançar os objetivos.

As análises dos investimentos em saúde pública em Monte Carmelo apontam para uma estratégia variada de alocação de recursos, com destaque para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial, que recebeu a maior parte dos recursos em todos os anos analisados. Isso reflete a ênfase na atenção médica especializada na região. Os programas governamentais, especialmente “Saúde Integral e Humanizada para Todos e Governo para Todos com Responsabilidade, Eficiência e Transparência”, receberam investimentos substanciais, enfatizando a prioridade dada à qualidade, eficiência e transparência nos serviços de saúde e na governança pública.

No entanto, é importante notar que ao longo desses anos, houve desafios financeiros evidenciados pelo *déficit* entre a Receita Orçamentária e os Dispendios em Saúde. Embora isso seja um desafio recorrente em todos os entes públicos, o município de Monte Carmelo tem conseguido gerir o setor de saúde com respeito aos usuários e ofertando qualidade e humanização. É necessário planejamento financeiro eficaz para garantir a sustentabilidade dos investimentos em saúde pública, e mesmo com todos os obstáculos, a área de saúde pública carmelitana é um diferencial na região.

Além disso, deve-se levar em consideração a evolução dos desafios de saúde, como destacado no ano de 2021, quando houve um aumento significativo nas taxas de mortalidade, possivelmente relacionado ao relaxamento nas medidas de prevenção da pandemia. Isso enfatiza a importância da educação pública e campanhas de conscientização para lidar com os desafios emergentes de saúde. A análise dos investimentos em saúde pública, ao longo do período analisado, demonstrou uma abordagem diversificada, mas destacou a importância de abordar questões financeiras e de saúde emergentes com eficácia, ao mesmo tempo em que mantém o compromisso com a qualidade e a transparência nos serviços públicos e na gestão governamental.

É importante ressaltar que os resultados encontrados são referentes ao período de 2018 a 2022, e que houve a pandemia de Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021, o que, por si só, tende a aumentar os gastos com saúde. Como limitação cita-se que toda a pesquisa foi feita por meio de pesquisa em dados disponíveis na *internet*, utilizando como base apenas endereços eletrônicos de acesso público. Sugere-se para estudos futuros que a pesquisa seja realizada com abordagem direta ao município, por meio de pesquisa documental e/ou entrevistas com agentes públicos que lidam diretamente com gastos com saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 01-09, 2013. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/210>. Acesso em: 12 abr. 2023.

AMORIM, Dênia Aparecida de. Repositórios de dados públicos como fontes de informações para o controle social e desenvolvimento de pesquisas. **RAGC**, v. 8, n. 38, p. 109-123, 2020. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/ragc/article/view/2319>. Acesso em: 28 fev. 2024.

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. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 16 fev. 2024.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2023.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro9.pdf). Acesso em: 15 set. 2023.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3 p. 9-34, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 11 abr. 2023.

DANTAS, Cláudio Bezerra. **Análise da utilização de indicadores de desempenho pelo Ministério da Educação para o financiamento dos Hospitais Universitários Federais no período de 2004 a 2008**. 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Programa Multiinstitucional Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Paraíba, Natal, 2011. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/22139/1/2011\\_ClaudioBezerraDantas.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/22139/1/2011_ClaudioBezerraDantas.pdf). Acesso em: 21 abr. 2023.

FREITAS, Gustavo Magalhães; SANTOS, Nayane Sousa Silva. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [S. l.]**, v. 4, n. 2, p. 1194-1203, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/443>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GARLET, Estela Regina; LIMA, Maria Alice Dias da Silva; SANTOS, José Luís Guedes dos; MARQUES, Giselda Quintana. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/L6vWvNSdvDkdxwBVX4CmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

GONÇALO, Claudio Reis; BORGES, Maria de Lourdes. Organizações de saúde intensivas em conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 449-461, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vbWTWZBKmqDMSJzNWbx6mxj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados – MONTE CARMELO (MG)**. 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-carmelo/panorama>. Acesso em: 28 fev. 2024.

MENDES, Wanderson de Almeida; TEIXEIRA, Karla Maria Damiano; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Os investimentos em saúde pública: uma avaliação do desempenho dos gastos públicos em Minas Gerais. **Enfoque: Reflexão Contábil**, v. 40, n. 1, p. 88-105, 2021. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3071/307166330007/307166330007.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2024.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 58-70, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jjYrqX6JTYN8cDWFdNXKtYC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Histórico**. 2010. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/historico>. Acesso em: 18 mar. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária e Atenção Especializada**: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16496>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MIRANDA, Liliane de Oliveira. **Plano de intervenção para controle do diabetes mellitus 2 na população do bairro Vila Nova em Monte Carmelo, Minas Gerais**. 2018. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Uberaba, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/LILIANE-OLIVEIRA-MIRANDA.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2023.

MIRANDA, Marconi dos Santos; SILVA, Daniel Xavier da; DURAES, Jaqueline Souza; OLIVEIRA, Larissa Gabriela Mendes. Gastos em saúde: uma análise do cumprimento do percentual mínimo constitucional pelos municípios da Microrregião do Alto Rio Pardo no período de 2013 a 2018. In: Congresso Brasileiro de Custos, 28, 2021, [s. l.]. **Anais...** [s. l.]: CBC, 2021. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4891/4905>. Acesso em: 04 set. 2023.

MONTE CARMELO. **Lei nº 1861, de 27 de setembro de 2022**. Autoriza o Município de Monte Carmelo/MG, por intermédio do Poder Executivo, a adquirir bens imóveis para construção de Unidade Básica de Saúde, na forma que especifica. Monte Carmelo: Diário Oficial do Município, 27 set. 2022.

## ANÁLISE DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO

MORAIS, Cássio Resende de; VIEIRA, Thays Cunha; BORGES, Luiza Diniz Ferreira; SOUSA, Francielle Aparecida de; BONETTI, Ana Maria. Inquérito domiciliar acerca dos conhecimentos sobre a Dengue na cidade de Monte Carmelo, MG. **Getec**, v. 4, n. 8, p. 73-89, 2015. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/getec/article/view/674>. Acesso em: 11 set. 2023.

MURATORI, Matheus. **Prefeito de Monte Carmelo detalha crise por falta de cilindros de oxigênio**. Estado de Minas Gerais, 2021. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/02/15/interna\\_gerais,1237896/prefeito-de-monte-carmelo-detalha-crise-por-falta-de-cilindros-de-oxigenio.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/02/15/interna_gerais,1237896/prefeito-de-monte-carmelo-detalha-crise-por-falta-de-cilindros-de-oxigenio.shtml). Acesso em 11 set. 2023.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena Revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em: <http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/historiapoliticassaudebrasil.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2023.

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. cap. 2, p. 120-234. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGxm7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; MACIEL, Fernanda Beatriz Melo; SANTOS JUNIOR, Geovani Moreno; MARTINS, Poliana Cardoso; PRADO, Níliá Maria de Brito Lima. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/189611/175087>. Acesso em: 18 out. 2023.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vBv9ZbGrBZd4N8RKx5xGRNL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2023.

STUTZ, Beatriz Lemos. **Técnico em enfermagem no município de Uberlândia: a construção histórica de uma profissão e a primeira instituição escolar**. 2009. 249 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/13608/1/Beatriz.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

TCE-MG, Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Fiscalizando com o TCE: Minas Transparente – Monte Carmelo**. 2023. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br>. Acesso em: 21 abr. 2023.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD\\_2356.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf). Acesso em: 21 abr. 2023.

ZUCCHI, Paola; NERO, Carlos Del; MALIK, Ana Maria. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta de serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. ½, p. 127-150, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/BVxTm8X5zqk9FxBx3XYKL4c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2023.