

ARTIGO ORIGINAL

OS INVESTIMENTOS EM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO CBMMG À LUZ DA LEI COMPLEMENTAR Nº 141/2012

Wilker Tadeu Alves da Silva¹, Nelson Santana Camargos²

1. **Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais** – wilker.silva@bombeiros.mg.gov.br

2. **Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais** – nelson.camargos@bombeiros.mg.gov.br

Recebido em: 06/11/2023. Aprovado em: 08/02/2024. Publicado em: 14/03/2024.

RESUMO

O presente artigo científico tem como objetivo analisar se os investimentos realizados no atendimento pré-hospitalar (APH) pelo Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) atendem ao previsto na Lei Complementar nº 141/2012 (LC nº 141/2012) e como esses investimentos contribuem para a composição dos gastos mínimos constitucionais com saúde no Estado de Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa exploratória, bibliográfica e documental, de natureza quantitativa e qualitativa, com revisão literária e levantamento de dados. Guia-se por uma revisão narrativa de literatura, com coleta de dados na Lei Orçamentária Anual, no Portal de Compras do Estado de Minas Gerais, no Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e no Portal Fiscalizando com o Tribunal de Contas. Foram levantadas informações acerca da origem do APH realizado por bombeiros militares, da evolução do APH no Brasil após 1988, do financiamento do APH na saúde pública, da LC nº 141/2012 no contexto institucional do CBMMG, dos critérios de elegibilidade e de exclusão de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), das fontes de recursos das ASPS, das despesas com ASPS no Estado de Minas Gerais e dos investimentos no APH do CBMMG. Concluiu-se que os investimentos que foram realizados no APH pelo CBMMG, entre os anos de 2012 e 2020, não podem ser entendidos como ASPS e não podem contribuir para composição dos valores de despesas mínimas constitucionais com ASPS.

Palavras-chave: ASPS; APH; bombeiros; investimento; LC nº 141/2012.

INVESTMENTS IN PRE-HOSPITAL CARE AT CBMMG IN LIGHT OF COMPLEMENTARY LAW 141/2012

ABSTRACT

This scientific article investigates whether the investments in Pre-Hospital Care (PHC) made by the Minas Gerais Fire Department (CBMMG) comply with Complementary Law 141/2012 (LC 141/2012) and how these investments contribute to meeting the minimum constitutional health expenditure requirements in the State of Minas Gerais. Utilizing an exploratory, bibliographic, and documentary approach, this research combines quantitative and qualitative methods, including a narrative literature review and data analysis from the Annual Budget Law, the State of Minas Gerais Purchasing Portal, the State Transparency Portal, and the Monitoring with the Court of Accounts website. The study details the origins and evolution of PHC in Brazil post-1988, PHC funding in public health, the application of LC 141/2012 within the institutional context of the CBMMG, eligibility and exclusion criteria for expenditures on public health actions and services (ASPS), sources of ASPS funding, expenditures on ASPS in Minas Gerais, and investments in CBMMG's PHC. It concludes that the investments in PHC made by the CBMMG between 2012 and 2020 do not qualify as ASPS and, therefore, cannot contribute to the composition of the minimum constitutional expenditure values on ASPS.

Keywords: ASPS; PHC; firefighters; investment; LC 141/2012.



1 INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) desempenha um papel fundamental na prestação de serviços de saúde à população, principalmente em situações de emergência. No Brasil, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29/2000), em 2000, com a finalidade de, entre outros objetivos, garantir recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), o que inclui o APH, como citado por Castro (2019).

No período de 2000 a 2012, diversos tipos de gastos foram incluídos como ASPS, abrangendo áreas como saneamento básico, combate à fome e previdência de servidores, em alguns estados (Machado; Cotrim Junior, 2021). Contudo, após a promulgação da Lei Complementar nº 141/2012 (LC nº 141/2012), ficou estabelecido que gastos como os citados não são ASPS.

No entanto, não houve discussões sobre as despesas relacionadas ao APH realizado pelos Corpos de Bombeiros Militares (CBM). Assim como não ficou claro se essas despesas poderiam ser consideradas ASPS e se essas instituições poderiam obter recursos mínimos por meio da EC nº 29/2000 (Machado; Cotrim Junior, 2021).

Apesar de ser uma atividade sempre desempenhada pelos CBM, o APH não está definido na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) como uma missão desses órgãos e, por conseguinte, não é citado em nenhuma legislação como uma ASPS, quando realizado por bombeiros militares, para que seja abarcado pela EC nº 29/2000 (Brasil, 1988).

O Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG) possuía como importante fonte de recurso a Taxa de Incêndio, a qual utilizava para se reequipar. Entretanto, essa taxa foi julgada pelo Supremo Tribunal Federal, em agosto de 2020, como inconstitucional, fazendo com que a busca por recursos alternativos se tornasse fundamental para a corporação, inclusive no que se refere ao investimento em APH (Minas Gerais, 2023b).

O investimento em APH é necessário, pois a quantidade de ocorrências dessa natureza é significativa. Conforme anuário estatístico do CBMMG, em 2022, de todos os atendimentos de pronta resposta dessa instituição no estado,

aproximadamente 101 mil foram de APH, o que representou 53,35% de ocorrências no período (Minas Gerais, 2023a).

Diante do atual cenário orçamentário e analisando a participação majoritária da atividade de APH no atendimento operacional (atividade-fim), formulou-se o seguinte problema: os gastos com APH feitos pelo CBMMG entre os anos de 2012 e 2020 poderiam ser computados como ASPS?

Em resposta prévia, foi elaborada a seguinte hipótese: os investimentos com APH no CBMMG poderiam ser contabilizados como ASPS e, com isso, compor o quantitativo constitucional mínimo de saúde.

Considerado o problema, foi definido como objetivo geral: analisar se os investimentos realizados no APH pelo CBMMG atendem ao previsto na LC n° 141/2012.

Para alcançar esse objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: determinar as características do APH no Brasil; verificar a adequação do APH prestado pelo CBMMG à LC n° 141/2012; e analisar o impacto da inclusão dos investimentos em APH do CBMMG nas ASPS em Minas Gerais.

Almejando uma melhor compreensão do tema, este trabalho foi dividido em 8 seções: a seção 1, esta introdução, é indicativa do conteúdo deste estudo; a seção 2 apresenta a metodologia do estudo; a seção 3 levanta dados sobre o APH; a seção 4 discorre sobre a LC n° 141/12 no contexto institucional e a seção 5 aborda os investimentos no APH do CBMMG; a seção 6 apresenta as despesas com ASPS no Estado de Minas Gerais; a seção 7 sintetiza as discussões a respeito das seções anteriores e a seção 8 tece as considerações finais.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho buscou abordar um tema pouco estudado, sem histórico conhecido, o que, para Sampieri, Collado, Lucio (2013, p. 101), enseja uma pesquisa de alcance exploratório. A pesquisa exploratória é bastante flexível, como explica Gil (2019), e considerando o objetivo proposto neste estudo e as normativas do SUS, optou-se por uma metodologia de pesquisa bibliográfica e documental, de

natureza quantitativa e qualitativa, com revisão literária e levantamento de dados, seguindo uma revisão narrativa de literatura.

Procedeu-se à revisão da legislação correlata, EC nº 29/2000 e LC nº 141/2012. Em seguida, passou-se ao embasamento teórico, contextualizando os diversos momentos históricos, os modelos de APH, a evolução da legislação, o panorama atual do APH, o conceito e os quesitos legais de uma ASPS e em que medida o APH do CBMMG atende a esses quesitos.

Além disso, foram coletados dados financeiros da atividade de APH do CBMMG na Lei Orçamentária Anual (LOA), no Portal de Compras do Estado de Minas Gerais, no Portal da Transparência do Estado de Minas Gerais e no Portal Fiscalizando com o Tribunal de Contas.

Delimitou-se a coleta de dados orçamentários entre os anos de 2012 e 2020, considerando-se o ano de início da vigência LC nº 141/2012 e o último ano em que a análise das contas do Governo do Estado de Minas Gerais foi concluída e divulgada pelo Tribunal de Contas do Estado, para se evitar a antecipação de um mérito acerca de uma despesa que não foi apreciada pelo órgão competente (Brasil, 2012a; Minas Gerais, 2023e).

3 O ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR

Faz-se necessário entender a dinâmica da prestação desse serviço à sociedade dentro de um contexto histórico, financeiro, legal e institucional.

3.1 A origem do APH realizado por bombeiros militares

Considerada a lógica de atendimento a uma vítima, cujo objetivo final é seu restabelecimento da melhor maneira possível, é esperado que as ações prestadas pelos bombeiros militares, na realização de salvamentos, socorros e resgates, constituam o início desse atendimento.

A entrada dessa vítima no sistema de saúde acontece por meio desse primeiro atendimento, configurando-a como paciente a partir de então. Os cuidados de manutenção da vida do indivíduo e seu adequado transporte até uma unidade

hospitalar, quando necessário, constituem a cadeia de atendimento com o objetivo de restabelecimento das condições de saúde.

Essa preocupação com o cidadão acompanha os Corpos de Bombeiros do Brasil desde a sua criação há mais de um século:

No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893, quando o Senado da República aprovou a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, sendo que o Rio de Janeiro, no momento, era a capital do país. Consta ainda que em 1899 o Corpo de Bombeiros (CB) da então capital do país, punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação desse serviço (Cardoso, 2000; Almoyna; Nitschke, 1999 *apud* Martins; Prado, 2003).

Até a década de 1980, o APH, no Brasil, ficou a cargo dos CBM, nos quais a consciência da necessidade desse serviço surgiu pela vivência cotidiana dos militares integrantes do serviço de salvamento, responsáveis pela remoção das vítimas de locais de acidentes, de onde estavam presas ou com acesso dificultado (Velloso; Alves; Sena, 2008).

Os CBM buscaram aprimorar os serviços prestados à população, e a adoção de um modelo baseado no APH praticado nos Estados Unidos da América difundiu-se pelo país.

Em 1986, a Polícia Militar de São Paulo, em integração com os "Companheiros das Américas", associação de intercâmbio entre os Estados Unidos e Brasil, enviou à cidade de Chicago, EUA, um grupo de quatro oficiais dos Bombeiros e um da Defesa Civil, para um Curso de Técnicos em Emergências Médicas. Ao retornarem, os oficiais propuseram a reformulação dos conceitos e da instrução de primeiros socorros ministrada ao seu efetivo, bem como a criação de um serviço com viaturas, equipamentos e pessoal específicos para o atendimento e transporte das vítimas de acidentes no Corpo de Bombeiros. Em 1987, foi criada a Comissão de Atendimento Médico às Emergências do Estado de São Paulo (CAMEESP), que apresentou proposta para a criação do Projeto Resgate, um projeto piloto de atendimento pré-hospitalar (Velloso; Alves; Sena, 2008, p. 561).

De fato, não existia, até o início da década de 1990, uma política pública nacional voltada para o APH. "Inúmeras notícias nos contam que o deslocamento de feridos para o socorro adequado era feito através de voluntários que se

disponibilizavam a usar seus veículos particulares na prestação do socorro” (Minas Gerais, 2011, p. 132).

Em Minas Gerais, em decorrência dessa demanda social, no ano de 1994, foi implantado o Sistema de Atenção Pré-hospitalar na cidade de Belo Horizonte, que futuramente ficaria conhecido como Sistema Resgate (Velloso; Alves; Sena, 2008). Era uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS), através do Sistema Único de Saúde (SUS), Secretaria Municipal de Saúde e CBMMG.

Devido ao aumento do número de acidentes e as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde, buscou-se nos órgãos de segurança pública, mais numerosos e mais presentes em diversos municípios mineiros, a realização do APH, que não se restringiu apenas à capital (Minas Gerais, 2011). Construía-se, dentro dos recursos disponíveis, uma solução, e foi nesse contexto, que o ingresso do CBMMG significou parte importante do enfrentamento do problema.

Dessa forma, pode-se afirmar que o serviço de APH, no ano de 1994, passou a ser executado pelo CBMMG, não só em Belo Horizonte, mas em todos os municípios em que se fazia presente. Esse não era um movimento isolado do CBMMG. O sistema de resgate dos CBM, em várias outras regiões do país, foi implantado neste mesmo contexto, entre o final da década de 1980 e início da década de 1990 (Minas Gerais, 2011).

Em Curitiba, numa ação conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Segurança Pública, foi implantado, em 1990, o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (SIATE), proposto pelo MS. O atendimento era realizado pelos socorristas do Corpo de Bombeiros. O SIATE serviu de modelo para a estruturação do APH em nível nacional, iniciada a partir de 1990, com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo MS (Ramos; Sanna, 2005).

No que se refere ao contexto legal, o APH realizado pelos CBM encontrou um vazio normativo que não traduziu a realidade dos serviços prestados por essas instituições. Nesse sentido, no âmbito federal, não existe lei definindo o APH entre as atribuições dos CBM, ficando esse papel entregue às constituições estaduais e às leis de criação das corporações.

A CRFB/88 traz no § 5º do art. 144: “[...] aos Corpos de Bombeiros Militares, além das atribuições definidas em lei, incumbe a execução de atividades de defesa civil”. Todavia, não elucida a competência para que os CBM realizem APH, em contraste aos programas do próprio MS na década de 1990 e ao serviço prestado à sociedade por essas instituições (Brasil, 1988).

A Constituição do Estado de Minas Gerais (CE/MG) acrescenta a previsão legal do CBMMG para execução de busca e salvamento. No contexto da CE/MG, o APH realizado pelo CBMMG não é citado de forma clara e para alguns seria entendido como uma atividade indistinta da busca e salvamento, existindo muita controvérsia sobre esse conceito (Martins, 2004).

Art. 142 – A Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros Militar, forças públicas estaduais, são órgãos permanentes, organizados com base na hierarquia e na disciplina militares e comandados, preferencialmente, por oficial da ativa do último posto, competindo:

[...]

II – ao Corpo de Bombeiros Militar, a coordenação e a execução de ações de defesa civil, a prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio, busca e salvamento e estabelecimento de normas relativas à segurança das pessoas e de seus bens contra incêndio ou qualquer tipo de catástrofe (Minas Gerais, 1989, p.121).

Regulamentando a constituição estadual, a Lei Complementar nº54/1999 - lei de organização básica do CBMMG, acrescentou, além de outros pontos, o termo “proteção e socorrimento público” entre as atividades a serem desempenhadas pelo CBMMG, o que reforça o entendimento a respeito da competência legal do CBMMG para exercer o APH.

Art. 3º - Compete ao Corpo de Bombeiro Militar:

I - coordenar e executar as ações de defesa civil, proteção e socorrimento públicos, prevenção e combate a incêndio, perícias de incêndio e explosão em locais de sinistro, busca e salvamento; [...] (Minas Gerais, 1999).

Dessa forma, verifica-se que o APH prestado por bombeiros militares é anterior à publicação das normas vigentes e que, apesar de não existir essa competência orientada a CBM em âmbito nacional, o serviço continuou a ser oferecido à população.

3.2 A evolução do atendimento pré-hospitalar no Brasil pós 1988

Apesar da alteração do modelo de saúde, no Brasil, advindo da promulgação da CRFB, em 1988, da publicação da Lei nº 8.080/1990, que instituiu o SUS, e da Lei nº 8.142/1990, Lei Orgânica da Saúde, durante toda a década de 1990, não se observou os reflexos dessas mudanças na estrutura e financiamento do APH no Brasil (Brasil, 1990a, 1990b *apud* Martins, 2004).

Mantinham-se dois modelos de APH com características distintas. Um desses operado principalmente por bombeiros militares, com aspectos doutrinários trazidos dos Estados Unidos. O outro, operado principalmente por médicos e enfermeiros, com aspectos doutrinários trazidos da França (Martins, 2004).

Apenas em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) pelo MS. Ela foi constituída pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; pela Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a PNAU; e pela Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192 (Brasil, 2006).

Portanto, o SAMU foi criado nacionalmente, em 2003, derivado do modelo francês, como o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, sendo um importante marco para o crescimento do APH no Brasil. Isso representou o afastamento dos bombeiros militares do serviço de APH no âmbito do governo federal, apesar de ter sido o modelo predominante durante a década de 1990. Machado (2020) argumenta que a expansão do SAMU pelo território nacional foi um resultado direto das diversas portarias ministeriais da saúde, alinhando-se aos objetivos da PNAU. No entanto, destaca que, apesar dessa expansão, a grande maioria dos corpos de bombeiros militares no Brasil manteve a oferta de Atendimento Pré-Hospitalar (APH).

Dentre os componentes, optamos por iniciar pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192). Não serão “ambulâncias à deriva”, buscando onde “deixar pacientes, dores, sofrimentos”. Humberto Costa - Ministro da Saúde (Brasil, 2006, p.5).

O trecho acima, retirado do texto de apresentação da PNAU, traz uma percepção sistêmica relevante: “ambulâncias à deriva”, que remete de maneira crítica aos serviços de APH não regulados por uma Central de Regulação Médica tal qual proposto para o SAMU.

Contudo, apesar da crítica, a política não ofertou incentivos para que CBM tornassem o APH regulado por uma central. As políticas do MS representaram um “farol” para os estados e municípios implementarem e expandirem o SAMU. Entretanto, deixou o APH prestado por bombeiros militares à deriva, em contradição ao fato de ter sido ele incentivado por programas do próprio MS em um passado próximo.

Esse afastamento da PNAU é relatado por Leal (2022):

Aflora que a saúde dispõe de pouca normalização dos serviços de APH prestados pelo BM no âmbito das redes de urgência e emergência e falta clareza sobre como se daria o reconhecimento do gestor público de saúde sobre o trabalho realizado por outro prestador público de APH. [...] Por derradeiro, a hipótese de que o CBMMG não se ajusta completamente às diretivas de saúde de urgência e emergência se confirmou. Isso, após analisar o desenho da RUE SUS- MG, com a regulação médica do APH ligado à CRMU do SAMU, e o executado pelo órgão. Dessa maneira, a sugestão pertinente é de que sejam realizadas alterações na legislação do CBMMG e da saúde, visando melhoria da qualificação do atendimento (LEAL, 2022, p. 19).

Assim, evidencia-se a evolução do APH no Brasil, principalmente com a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, o que não atingiu o APH prestado por bombeiros militares.

A quantidade de viaturas unidades de resgate (UR) disponíveis em Minas Gerais é pequena em comparação às ambulâncias do componente móvel SAMU. Existem áreas com vazios assistenciais, pela ausência de equipamento de APH móvel e outras em que há duplicidade de oferta de serviço. E há escassez de recursos do CBMMG para manter o APH na quantidade e qualidade necessárias para prestação de serviço em alto patamar (Leal, 2022).

3.3 O financiamento do APH na saúde pública

No Brasil, desde a Constituição de 1988, as ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Constituem um sistema único, organizado de forma

descentralizada, com direção em cada esfera de governo, voltado ao atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços essenciais, assegurando-se a participação da comunidade (Brasil, 1988).

Esse foi um grande avanço em comparação com o modelo de seguro social, que vigorou desde a época do Império até 1988 – um modelo financiado por contribuições e com proteção restrita aos seus contribuintes, herança do século XIX. A inclusão de todos os cidadãos na rede de proteção social a partir da Constituição de 1988, garantindo o acesso aos serviços públicos de saúde como direito fundamental, foi um progresso.

Entretanto, essa conquista representa um enorme desafio financeiro. Até então, o acesso ao serviço estava restrito aos trabalhadores do mercado formal (Brasil, 2013). Com a universalização da saúde pública no Brasil, pós Constituição de 1988, cresceu a discussão sobre a necessidade de destinar mais recursos financeiros para essa área.

Dessa maneira, a EC nº 29/2000 foi fruto dos 12 anos de debate, desde a promulgação da Constituição Federal, entre conservadores e movimentos sociais, bem como entre os ministérios da área social e os da área econômica do governo (Brasil, 2013). Vinculou recursos da União, Estados, Distrito Federal e municípios para serem gastos obrigatoriamente em ASPS. Para tanto, alterou o art. 198 da CRFB/88, que passou a determinar o financiamento das ASPS, mantendo a vinculação de recursos orçamentários dos três entes da Federação.

O texto da EC nº 29/2000 estabeleceu, ainda, valores mínimos para que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios apliquem, anualmente, em ASPS (Brasil, 1988). Estados e municípios ficaram obrigados a destinar o mínimo de 12% e 15% de suas receitas, respectivamente. O Distrito Federal utiliza os dois percentuais, dependendo do tipo de receita e a União possui percentual que pode variar ano a ano (Brasil, 2013).

Apenas com a EC nº 29/2000 foi definido um percentual mínimo a ser gasto com o setor saúde. Contudo, persistiram outros impasses, principalmente, ligados à definição de qual seria o conceito de saúde. Surgiram diversos desdobramentos, com diferentes interpretações desse conceito por governantes e gestores, com a

publicação de várias resoluções pelo Conselho Nacional de Saúde e com a judicialização dessa discussão.

A promulgação da LC nº 141/2012 buscou estabelecer esses conceitos:

Apenas a partir da LC 141 de 13 janeiro de 2012 que se estabeleceu uma referência legal sobre o conjunto de ações e serviços de saúde que podem ser financiados com o orçamento da saúde. A LC nº 141, de 2012 trata de aspectos financeiros e orçamentários e define as “ações e serviços públicos de saúde” - ASPs passíveis de câputo na apuração do mínimo constitucional (Machado; Cotrim Junior, 2021, p.404).

Paralelamente à edição de normas para garantir o financiamento das ASPs, conforme citado, se deu a reorganização da saúde, no Brasil, com a publicação de várias normas e leis. Dentre elas, destaca-se a edição da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS, também conhecida como Lei de Criação do SUS.

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (Brasil, 1990a).

A Lei nº 8.080/1990 dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Assim, não é razoável interpretar o alcance da LC nº 141/2012 apenas sob a ótica da Lei nº 8.080/1990. Longe disso, “os parâmetros para que determinadas despesas façam parte do piso constitucional limitam-se às disposições da LC nº 141/2012, e não às atribuições do SUS ou ao conceito amplo de saúde” (Brasil, 2012b, p. 8).

4 A LC N° 141/2012 NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Foram necessários mais de 12 anos após a publicação da EC n° 29/2000 para que fosse pacificado o conceito de ASPS, bem como a definição dos percentuais mínimos a serem destinados por cada um dos entes federativos, principalmente no que se refere à União.

Os gastos mínimos com ASPS tornaram-se uma preocupação dos governantes pelo advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal (Brasil, 2000). Diante da exigência constitucional e da Lei de Responsabilidade Fiscal, governantes que objetivavam ter maior liberdade orçamentária ampliaram ao máximo o conceito do que seria “saúde”, gerando diversas discussões políticas e judiciais que culminaram com a publicação da LC n° 141/2012 (Machado; Cotrim Junior, 2021).

Portanto, a discussão e normatização acerca do que pode ser contabilizado ou não para fins de gastos mínimos constitucionais com ASPS, não se baliza por meio das normas que organizam e delimitam a saúde no Brasil de forma geral, mas na estrita aplicação da LC n° 141/2012 (Brasil, 2012, 2012b).

Importante destacar que deliberações, portarias, resoluções e leis ordinárias não deveriam contrariar ou inovar acerca do conceito de ASPS, pois considerando a hierarquia do ordenamento jurídico brasileiro, ao serem definidas através de Lei Complementar, as ASPS não podem ser alteradas por normas inferiores, exceto nos casos expressos na própria lei (Silva, 2022).

Assim, não se faz necessário analisar a adequação do APH prestado pelo CBMMG a toda legislação do SUS a fim de entendê-lo como uma ASPS, e sim a adequação desse serviço à LC n° 141/2012 e às demais normas citadas nessa lei apenas.

4.1 Critérios de elegibilidade e de exclusão

A LC n° 141/2012 trouxe o conceito de ASPS, um dos questionamentos que motivou a publicação desta lei na busca da regulamentação da EC n° 29/2000. Assim, são consideradas despesas com ASPS:

Art. 2° Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7° da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; [...] (Brasil, 2012a).

Então, as ASPS se destinam à promoção, proteção e recuperação da saúde e atendem simultaneamente a princípios e diretrizes definidos.

A gênese do APH no CBMMG se motivou justamente pelo cuidado com a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, pela busca da continuidade e da integralidade do atendimento, o que se materializa em sua Lei de Organização Básica, na qual lhe compete “coordenar e executar ações de [...] proteção e socorrimentos públicos” (Minas Gerais, 1999).

As diretrizes previstas no inciso I, do artigo 2°, da LC n° 141/2012, acesso universal, igualitário e gratuito, são atendidas pelo APH do CBMMG, que possui livre acesso por qualquer cidadão através do número telefônico de emergência 193, o qual não distingue o cidadão que solicita o socorro (Minas Gerais, 2005). Já a diretriz do inciso II, do artigo 2°, LC n° 141/2012 merece atenção, pois o APH ofertado pelo CBMMG deve estar em “conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação”.

No Estado de Minas Gerais, o Plano Estadual de Saúde (PES) foi aprovado pela Resolução n° 72/2020 do Conselho Estadual de Saúde, publicado no Jornal Minas Gerais, Diário Oficial do Estado, no dia 4 de fevereiro de 2020, a partir da página 13 (Minas Gerais, 2020c). O PES 2020/2023 possui 3 diretrizes, 17 objetivos e 98 metas, todas com descrições, indicadores e órgãos responsáveis, e nenhuma dessas metas envolve diretamente o APH prestado pelas viaturas terrestres do CBMMG.

Também foram analisados os PES 2008/2011, 2012/2015 e 2016/2019 e em nenhum deles foi entendida a possibilidade de participação de outros órgãos nos objetivos e metas que se relacionam ao APH (Minas Gerais, 2009, 2013, 2016, 2020c). Inclusive, a conformidade com os objetivos e metas do PES costuma ser alvo da análise dos Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), quando do julgamento das contas do Estado.

Por oportuno, acolho a glosa de despesas formalizada no estudo técnico, fl. 300, de R\$2,019 milhões, aplicados na Ação 4487 – Gestão da Regulação do Acesso, inserida no âmbito do Programa 183 – Regulação, previsto no TDCO 0011/2018, celebrado entre a SES e a Polícia Militar de Minas Gerais – PMMG, por terem como fontes (84 e 37) recursos não vinculados legalmente ao financiamento de ASPS para apuração do índice constitucional, além de não ser mencionado no Plano Estadual de Saúde e, ainda, ter por finalidade políticas que não permitem identificar o seu emprego exclusivo em ASPS, nos termos da legislação (Minas Gerais, 2021c, p.26).

Apesar da exigência das ASPS estarem em conformidade com o PES do ente federativo, observa-se nas leis orçamentárias dos anos de 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 que existem despesas planejadas como ASPS a cargo de órgãos que não estão inseridos como responsáveis por metas do PES (Minas Gerais, 2019, 2020, 2020, 2021, 2023).

Como exemplo, no ano de 2019, foram incluídas na LOA (Minas Gerais, 2019) despesas a cargo do orçamento da Secretaria de Estado de Segurança Pública na função saúde, para cálculo dos mínimos constitucionais, a serem gastos como ASPS, informados nos relatórios ao TCE-MG (Minas Gerais, 2020d, p. 91) que não sofreram glosa¹ pelo pleno do tribunal (Minas Gerais, 2021c). Tratam-se de recursos ordenados com empenho total superior a R\$ 30 milhões, classificados no orçamento na função saúde, subfunção custódia e reintegração social.

A despesa com ASPS, embora não esteja explicitamente detalhada no Plano de Saúde Estadual (PES), encontra-se fundamentada no princípio da conformidade. Isso significa que, mesmo sem uma menção direta, as despesas com ASPS podem ser consideradas em conformidade com o PES devido à existência de objetivos e metas que são essencialmente similares. Essa interpretação encontra respaldo no artigo 2º, inciso II, da LC nº 141/2012, que estabelece a necessidade de que as

¹ Glosar é equivalente a censurar, criticar, suprimir ou anular, dentre outras acepções (Glosar, 1998)

despesas “estejam em **conformidade** com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; [...]” (Brasil, 2012, art. 2º, grifo nosso).

Portanto, a interpretação de que as despesas estão em conformidade com os objetivos e metas do PES, conforme determinado pelo inciso II do artigo 2º da LC nº 141/2012, indica que a explicitação objetiva dessa conformidade não é um requisito. Essa abordagem, no entanto, pode levar a discussões interpretativas e certa subjetividade, representando um desafio para a implementação de políticas públicas e para a adequação das ASPS, as quais, em determinados contextos, podem ser consideradas como não conformes.

conformidade

substantivo feminino

1. Qualidade do que é ou está conforme.

2. Identidade, semelhança ou analogia.

3. Qualidade de quem se conforma com algo = concordância, conformação, resignação, submissão (Conformidade, 1998)

No que se refere ao inciso III, do artigo 2º, da LC nº 141/2012, o qual determina que a despesa seja realizada com políticas públicas de responsabilidade específica do setor da saúde para ser entendida como uma ASPS, a realização do APH pelo CBMMG atende a esse requisito, vez que “o serviço de APH móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da Saúde” de acordo com o descrito na PNAU (Brasil, 2006, p. 81).

O artigo 2º da LC nº 141/2012 também prevê que uma ASPS atenda aos princípios do SUS, instituídos no art. 7º da Lei nº 8.080/1990. Tratam-se de princípios que sujeitam-se ao órgão que executa a ASPS, como a universalidade de acesso, preservação da autonomia das pessoas e direito à informação. No entanto, a maioria deles são relativos ao “sistema” e dependem da governança institucional, da conformidade ao PES e da continuidade do atendimento ao paciente (Brasil, 1990a).

Cabe ressaltar que já existem dispositivos na Portaria nº 2.048/2002 que garantem ao APH do CBMMG o atendimento aos princípios do SUS, especialmente no que se refere à capacidade de resolução dos serviços e a integralidade de assistência (Brasil, 2002). Essa portaria define que a regulação médica das urgências do SUS deve definir fluxos e critérios para os corpos de bombeiros, que

serão orientados e regulados pelas centrais de regulação (CRU) e que os bombeiros militares retransmitirão os pedidos de socorro às CRU.

3 – Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública **deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS**, conforme os termos deste Regulamento.

[...]

CAPÍTULO IV

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

[...]

Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, **devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação** por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

[...]

1.2.5 - Bombeiros Militares: Profissionais Bombeiros Militares, com nível médio, reconhecidos pelo gestor público da saúde para o desempenho destas atividades, em serviços normatizados pelo SUS, **regulados e orientados pelas Centrais de Regulação**. Atuam na identificação de situações de risco e comando das ações de proteção ambiental, da vítima e dos profissionais envolvidos no seu atendimento, fazem o resgate de vítimas de locais ou situações que impossibilitam o acesso da equipe de saúde. Podem realizar suporte básico de vida, com ações não invasivas, sob supervisão médica direta ou à distância, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação previstos neste Regulamento (Brasil, 2002, grifos nossos).

O artigo 3º da LC nº 141/2012 trata da elegibilidade das despesas e exhibe o rol das que serão consideradas como ASPS para efeito da aplicação dos recursos estabelecidos nessa lei, entre elas destaca-se a “atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade”, o que inclui o APH (Brasil, 2012).

Em contraponto, o artigo 4º da LC nº 141/2012 enumera as despesas que não devem ser consideradas como ASPS:

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. (Brasil, 2012)

Observando-se esse rol de despesas, o ponto de atenção que pode interferir no entendimento do APH prestado pelo CBMMG como uma ASPS está presente no inciso X, referente a fontes de recursos, assunto que será abordado nas próximas seções.

4.2 Fontes de recursos de ASPS

Além dos quesitos relativos às despesas, existem critérios que tratam da origem dos recursos aplicados com ASPS para que assim sejam consideradas. De acordo com o artigo 6º da LC nº 141/2012, no âmbito dos estados serão aplicados no mínimo 12% da arrecadação de impostos, citados no artigo 155 da LC nº 141/2012 e dos recursos citados nos art. 157 e 159, I “a”, e II, da CRFB/88, descontados os valores transferidos aos respectivos municípios (Brasil, 1988, 2012a).

A) Impostos do Estado:

- Imposto sobre a transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos – ITCMD;
- Imposto sobre Circulação de Mercadorias – ICMS;
- Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA;
- (+) Receita de multas, juros de mora e correção monetária decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial; e
- (+) Receita da Dívida Ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária respectivos, também cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial (Brasil, 1988, 2012 *apud* São Paulo, 2023, p.28).

Além de enumerar as fontes de receitas para despesas com ASPS, a LC nº 141/2012, em seu artigo 24, deixa claro que não podem ser incluídas como ASPS despesas cuja receita advém de outros recursos não considerados na base de cálculo da receita descrita no artigo 6º.

Também elucida que, nos casos de despesas inscritas em “restos a pagar”, só podem ser contabilizadas como ASPS se houver disponibilidade de caixa no final do exercício, consolidada no Fundo de Saúde, devendo os restos a pagar cancelados ou prescritos serem reaplicados, os recursos, em ASPS (Brasil, 2012a).

Para considerar uma despesa finalizada, é necessário que ocorra suas três fases, o empenho, a liquidação e o pagamento. A despesa acontece através do empenho, que é uma espécie de reserva no orçamento público do valor correspondente. Entretanto, se o produto ou serviço não é entregue (liquidação) até o final do exercício financeiro (31 de dezembro), a despesa é inscrita em restos a pagar não processados (RPNP) (Brasil, 1964). E, ainda, quando a despesa é empenhada e o produto ou serviço é entregue, porém o pagamento não é realizado, dá-se ao final do exercício financeiro a despesa inscrita em restos a pagar processados (RPP) (Brasil, 1964).

5 OS INVESTIMENTOS EM APH DO CBMMG

As despesas no setor público podem ser analisadas por diversos pontos de referências. Optou-se, neste trabalho, por examinar a categoria econômica dos investimentos sob a ótica do orçamento público, de acordo com o previsto na Lei nº 4.320/1964 (Brasil, 1964), especificamente aqueles destinados à compra de UR. No

âmbito do CBMMG, essas URs são utilizadas exclusivamente para a atividade de APH, o que não se pode afirmar em relação a outras aquisições.

Valores estimados ou que não podem ser definidos dentro do orçamento público como vinculados ao APH não serão abordados aqui, pois não atendem aos objetivos deste estudo. Isso porque seria complexo demonstrar que estão de acordo com as exigências da LC nº 141/2012 e poderiam ferir o previsto no inciso III, do artigo 2º dessa lei. Ou seja, não ser entendida como uma responsabilidade específica do setor de saúde, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (Brasil, 2012).

Podem existir viaturas e equipamentos que foram doados ao CBMMG no período entre 2012 e 2020, adquiridos por outros órgãos ou entidades e entregues posteriormente. Tais investimentos não serão alvo deste estudo, pois seria complexo enumerar todos eles e em quais contextos cada um dos itens foram adquiridos antes de serem destinados ao APH do CBMMG.

Tabela 1 – Investimento na aquisição de UR – 2012 a 2020

Ano de exercício	Nº de viaturas adquiridas	Fontes do Recurso	Valor total (R\$)
2012	57	Taxa de incêndio	7.654.650,84
2013	2	Contribuição patronal aos institutos de previdência	268.584,24
2013	12	Taxa de incêndio	1.611.505,44
2014	-	Sem aquisições	-
2015	-	Sem aquisições	-
2016	21	Taxa de incêndio	2.620.500,00
2016	12	Emenda parlamentar estadual	1.602.000,00
2016	2	Convênio com a Infraero	242.600,00
2017	1	Emenda parlamentar estadual	216.678,33
2018	-	Sem aquisições	-
2019	-	Sem aquisições	-
2020	6	Convênio Federal	1.352.679,00
2020	9	Emenda parlamentar estadual	1.795.311,00

Fonte: elaborado pelo autor com dados do Portal de Compras MG (Minas Gerais, 2023d).

A Tabela 1 mostra que, entre os anos de 2012 e 2020, o CBMMG não foi capaz de manter um equilíbrio nas aquisições de UR, que variaram em número de viaturas adquiridas e fonte de recurso de aquisição em cada um dos anos. Foram adquiridas 122 viaturas em todo o período. Contudo, 70 delas foram compradas nos

anos de 2012 e 2013 e, entre os anos de 2017 e 2020, apenas 16 viaturas foram adquiridas, utilizando-se de 5 fontes distintas de recursos.

Tabela 2 – Relação entre os investimentos em UR e a arrecadação estadual

Ano de exercício	Investimentos em viaturas (R\$)	Arrecadação - Base de cálculo (R\$)	Razão percentual (%)
2012	7.654.650,84	31.538.358.967,00	0,024
2013	1.880.089,68	35.134.759.273,00	0,005
2014	0	38.055.929.988,00	0
2015	0	39.098.329.481,00	0
2016	4.465.100,00	43.307.597.994,00	0,010
2017	216.678,33	47.208.000.000,00	0,001
2018	0	50.097.000.000,00	0
2019	0	52.694.000.000,00	0
2020	3.147.990,00	53.760.000.000,00	0,006

Fonte: elaborado pelo autor com dados do TCE-MG (Minas Gerais, 2023e).

Pela leitura dos dados da Tabela 2, fica demonstrado que os investimentos realizados na aquisição de UR no período entre 2012 e 2020 pouco contribuíram para a composição dos mínimos constitucionais com ASPS, pois somariam 0,006%, em média, aos percentuais mínimos constitucionais de despesas com ASPS.

E, ainda, se forem utilizados os critérios relativos a fontes de recursos a serem aplicados em ASPS, conforme o inciso X, do artigo 4º, e artigo 6º da LC nº 141/2012, nenhum valor poderia ser contabilizado, mesmo os oriundos de emendas parlamentares estaduais, uma vez que não foram indicados para essa finalidade pelos respectivos deputados (Brasil, 2012).

6 AS DESPESAS COM ASPS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A fiscalização da aplicação dos recursos mínimos em ASPS será exercida pelos órgãos de controle interno, pela ampla divulgação de relatórios e informações pelos gestores de saúde e, externamente, pelo poder legislativo, diretamente ou por meio dos Tribunais de Contas, de acordo com o artigo 38 da LC nº 141/2012 (Brasil, 2012).

Dessa forma, os relatórios técnicos e os balanços gerais relativos aos julgamentos das contas do Governo do Estado de Minas Gerais emitidos pelo

TCE-MG são uma importante fonte de informação da execução orçamentária da ASPS.

Atendendo ao objeto desta pesquisa, optou-se por analisar as despesas com ASPS a partir ano de 2012, início da vigência da LC nº 141/2012, até o ano de 2020, último ano com contas julgadas e divulgadas pelo TCE-MG.

A Tabela 3 refere-se ao estudo constante do Relatório Sobre a Macrogestão do Estado de Minas Gerais, elaborado pelo TCE-MG, em junho de 2017. Nela foram debitados dos percentuais aplicados em ASPS e os restos a pagar cancelados e que não foram reaplicados (Minas Gerais, 2017).

Tabela 3 – Despesas com ASPS em Minas Gerais de 2012 a 2016

Ano de exercício	Base de cálculo (R\$)	Valor aplicado em ASPS (R\$)	TAG	Índice aplicado em ASPS (%)
2012	31.538.358.967	3.659.597.977	9,68	11,60
2013	35.134.759.273	4.129.969.099	10,84	11,75
2014	38.055.929.988	4.442.030.515	12,00	11,67
2015	39.098.329.481	4.716.286.531	12,00	12,06
2016	43.307.597.994	5.361.411.990	-	12,38

Fonte: elaborado pelo autor, dados do TCE-MG (Minas Gerais, 2017, p. 54).

Em 2012, foi celebrado um Termo de Ajustamento de Gestão (TAG) entre o Governo do Estado de Minas Gerais e o TCE-MG, através do qual, entre os anos de 2012 e 2013, os índices mínimos de aplicação em ASPS deveriam ser 9,68% e 10,84%, respectivamente (Minas Gerais, 2017).

Tabela 4 – Despesas com ASPS em Minas Gerais – 2017 a 2020

Ano de exercício	Base de cálculo (R\$)	Valor aplicado em ASPS (R\$)	Restos a pagar	Índice aplicado em ASPS (%)
2017	47.208.000.000	5.709.000.000	2.067.000.000	12,09
2018	50.097.000.000	5.119.000.000	1.151.000.000	10,22
2019	52.694.000.000	6.386.000.000	2.013.000.000	12,12
2020	53.760.000.000	6.222.000.000	828.000.000	11,57

Fonte: elaborado pelo autor com dados do TCE-MG (Minas Gerais, 2018, p. 206; 2019, p. 224; 2021c, p. 153; 2022, p. 212).

Os valores citados nas Tabelas 3 e 4 foram produzidos por meio da leitura dos relatórios e pareceres do TCE-MG, após glosas, inclusões de valores e análise

dos restos a pagar, e podem apresentar discrepâncias em relação ao informado no Portal da Transparência do Governo de Minas Gerais.

Pode-se observar pelos valores apresentados nas Tabelas 3 e 4 que, ao longo da primeira década de vigência da LC n° 141/2012, apenas nos anos de 2015, 2016, 2017 e 2019 os gastos com ASPS atingiram os índices mínimos constitucionais exigidos. Situação que se agrava, considerando que o parágrafo 1° do artigo 24 da LC n° 141/2012 prevê que os restos a pagar considerados para fins de composição de mínimos constitucionais, cancelados ou prescritos, deverão ser aplicados em ASPS, o que contribui para um efeito cumulativo de saldos a serem reaplicados em ASPS, além dos valores mínimos constitucionais.

Destarte, determino, ainda, na linha esposa pelo *Parquet* de Contas, que o Governo encaminhe, no prazo de 120 dias a partir da publicação dessa decisão, Plano de Ação para aplicação em ASPS as disponibilidades financeiras oriundas dos cancelamentos de Restos a Pagar ocorridos nos exercícios de 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019, conforme disposto nos §§1° e 2° do art. 24 da LC n. 141/2012 (Minas Gerais, 2021c, p. 49).

Importante destacar também que os restos a pagar têm sido integralmente incluídos nos cálculos de ASPS, em alguns exercícios financeiros, de forma excepcional, uma vez que o inciso II, do artigo 24, da LC n° 141/2012 apenas permite a inclusão de restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde, e tal disponibilidade não tem ocorrido (Brasil, 2012; Minas Gerais, 2021c).

7 DISCUSSÃO

No que se refere à origem do APH realizado por bombeiros militares, esse atendimento se confunde com a própria existência destas instituições (Martins; Prado, 2003). Percebe-se que é indissociável o socorro, a busca e o salvamento, deveres legais e históricos dos CBM. No encadeamento lógico, vê-se que as ações de socorro, busca e salvamento congregam o termo atendimento da vítima, prévio à sua entrada hospitalar (Minas Gerais, 2011; Martins, 2004).

Um fato relevante que concretiza a interface do APH prestado por bombeiros militares com a saúde pública, ocorreu na década de 1990, quando o MS, através do SUS, incentivou a realização desse serviço com programas (Ramos; Sanna, 2005).

No Brasil, o APH se expandiu após 1988, primeiro na década de 1990, quando era prestado principalmente por bombeiros militares e, em um segundo momento, com a publicação da PNAU em 2003, um importante marco para o crescimento do serviço no Brasil (Machado, 2020). Apesar da coexistência desses dois modelos na década de 1990, no início dos anos 2000, a PNAU escolheu o APH prestado pelo SAMU como o modelo a ser fomentado nacionalmente (Brasil, 2006).

O afastamento do CBMMG da PNAU promoveu um desajuste do serviço prestado pela instituição em relação às diretrizes de saúde do APH ligado à Central de Regulação Médica de Urgência do SAMU (Leal, 2022). Aflora que o setor da saúde dispõe de pouca normalização dos serviços de APH prestados pelo CBMMG no âmbito da rede de urgência e emergência do SUS, faltando clareza sobre como se daria o reconhecimento do gestor público de saúde sobre o trabalho realizado por outro prestador público de APH (Leal, 2022).

O financiamento da universalização da saúde pública, trazida pela CRFB/88, passou a ser um enorme desafio. Inicialmente, a EC nº 29/2000 assegurou o financiamento da saúde, definindo percentuais mínimos de contribuição de cada um dos entes federativos. Contudo, apenas em 2012, a LC nº 141/2012 foi capaz de regular o alcance dos gastos com ASPS, conceituando-os (Brasil, 1988, 2012a).

No âmbito da União, as transferências de recursos destinados ao APH foram canalizadas principalmente para o modelo contemplado na PNAU, o SAMU. No âmbito do estado de Minas Gerais, optou-se também por concentrar os recursos para cumprimento dos mínimos constitucionais com ASPS apenas no sistema SAMU, no que se refere a APH.

Embora tenha ocorrido o afastamento do serviço de APH prestado pelo CBMMG das diretrizes da saúde, esse fato isoladamente não descredencia esse serviço de ser entendido como uma ASPS, pois a análise do entendimento do que é uma ASPS está restrita à LC nº 141/2012, excetuando-se os casos mencionados na própria lei (Brasil, 2012b).

Diante disso, foram analisados aspectos relativos ao conceito de ASPS, aos critérios de elegibilidade e de exclusão, e às fontes de recursos, contemplados na LC n° 141/2012. Do que se pode extrair, o APH do CBMMG atende aos critérios de elegibilidade, pois é um serviço que compõe a “atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade”, em conformidade ao inciso II, do artigo 3° ,da LC n° 141/2012, tal qual o APH prestado pelo SAMU ou qualquer outro órgão (Brasil, 2012a).

Na abordagem dos critérios de exclusão, é importante destacar o inciso X, do artigo 4°, da LC n° 141/2012, que exclui das ASPS aquelas custeadas com recursos distintos da base de cálculo definida em lei (Brasil, 2012a). Esse é o caso dos recursos oriundos da extinta Taxa de Incêndio, principal fonte que financiou o investimento de aquisição de viaturas UR do CBMMG no período analisado. Isso prejudica a inclusão dessas despesas como ASPS para composição dos mínimos constitucionais. Além do inciso X, não há nenhum outro critério de exclusão aplicável ao APH prestado pelo CBMMG.

No que se refere ao conceito de ASPS, artigo 2° da LC n° 141/2012, verificou-se que não está demonstrado de maneira objetiva, no âmbito do CBMMG, que o APH está em conformidade com os objetivos e metas do PES. Essa afirmação foi construída pela ausência no âmbito das normativas internas do CBMMG de informações que detalham a qual diretriz, objetivo ou meta do PES o APH está conforme e, também, pela inexistência de qualquer menção nos PES 2012/2015, 2016/2019, 2020/2023 acerca do APH do CBMMG (Minas Gerais, 2005, 2013, 2016 2021a, 2020c).

Apesar de ser possível entender que uma ASPS qualquer está em conformidade com o PES utilizando-se de analogia e semelhança, o ideal é que exista uma construção junto ao gestor SUS do ente federativo, atendendo aos princípios do SUS, instituídos no art. 7° da Lei n° 8.080/1990, segundo determina o artigo 2° da LC n° 141/2012, sendo este outro quesito relativo ao conceito de ASPS (Brasil, 1990a, 2012a).

Os princípios do SUS relativos à integralidade da assistência, participação da comunidade, capacidade de resolução e universalidade de acesso aos serviços de

saúde podem ser alcançados pela criação de interfaces com os gestores de saúde de cada um dos entes federativos e pelo alinhamento aos PES.

É importante reforçar que a LC n° 141/12 não determina que uma ASPS atenda ao previsto em todas as portarias, resoluções e normativas da saúde. Entretanto, buscar o alinhamento a essas normas facilita a compreensão de que o APH do CBMMG se adequa aos princípios do SUS.

Cumprir o que está previsto na Portaria n° 2.048/2002, ou seja, seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS - CRU, como já ocorre em algumas regiões de Minas Gerais, de acordo com Machado (2020, p. 92), pode viabilizar o recebimento do recurso federal previsto em norma e também tornar viável a inclusão do serviço como uma ASPS no âmbito estadual. No entanto, outras políticas podem ser construídas junto a outros objetivos do PES, no uso de UR para respostas a desastres e calamidades públicas ou recobrimento de vazios geográficos assistenciais, por exemplo.

Do que pode ser percebido, os investimentos realizados no APH do CBMMG não podem contribuir para composição dos valores de despesas mínimas constitucionais com ASPS. Isso porque não houve a devida conformidade com os objetivos e metas do PES. Soma-se o fato de não atender aos princípios do SUS e por ter recebido recursos de financiamento de fontes distintas das que podem compor as ASPS.

Outra observação a ser destacada refere-se ao pequeno impacto que significaria os valores aplicados em investimentos no APH do CBMMG frente ao cumprimento do percentual mínimo constitucional de despesas com ASPS, representando acréscimo médio de 0,006% no índice percentual de gastos com ASPS em cada um dos anos analisados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi conduzido com o objetivo de verificar se os investimentos realizados no APH pelo CBMMG atendem ao previsto na LC n° 141/2012. Abarca também a análise sobre como os investimentos no APH do CBMMG poderiam ser

vistos como uma ASPS, com suas despesas contabilizadas no orçamento público para fins de composição dos mínimos constitucionais.

Dessa forma, foram atendidos os seguintes objetivos específicos: determinar as características do APH no Brasil; verificar a adequação do APH prestado pelo CBMMG à LC n° 141/2012 e analisar o impacto da inclusão dos investimentos em APH do CBMMG nas ASPS em Minas Gerais.

As características do APH no Brasil foram analisadas abordando a origem do APH realizado por bombeiros militares, a evolução do APH após 1988 e o financiamento da Saúde Pública, limitando-se as discussões ao tema do trabalho. Já a análise da adequação do APH prestado pelo CBMMG à LC n° 141/2012 foi alcançada pela verificação dos critérios de elegibilidade, critérios exclusão, conceito de ASPS e das fontes de arrecadação que podem ter recursos direcionados às ASPS. E o impacto da inclusão dos investimentos em APH do CBMMG nas ASPS em Minas Gerais foi medido pela análise desses investimentos e das despesas com ASPS no estado.

Assim, o problema foi respondido, refutando-se a hipótese inicial de que os investimentos com APH no CBMMG poderiam ser contabilizados como ASPS e que contribuiriam para os gastos mínimos constitucionais de saúde.

Trata-se de um tema bastante complexo e de competência legal de órgãos de controle interno e externo (tribunais de contas). Ainda que não seja conclusivo, algumas considerações finais podem ser destacadas.

Observa-se que não é possível considerar o APH do CBMMG uma ASPS sem provocar o envolvimento dos gestores de saúde de cada ente federativo responsável pelo recurso a ser aplicado, sendo fundamental a conformidade com os objetivos e metas do Plano de Saúde do ente. Ainda, o não recebimento de recursos da união, bem como o não alinhamento com a política nacional, não descredencia o APH realizado pelo CBMMG de ser entendido como uma ASPS no âmbito do orçamento estadual.

Mesmo que a hipótese inicial do trabalho, de que os investimentos com APH no CBMMG podem ser contabilizados como ASPS, tenha sido refutada, no futuro é possível adequar o APH do CBMMG para que seja entendido como uma ASPS. Todavia, esse processo não depende apenas do CBMMG, pois um passo importante

é a conformidade ao PES, elaborado no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde.

Sugere-se a realização de outros estudos, para analisar de quais formas o APH realizado pelo CBMMG pode se enquadrar aos objetivos da saúde no estado de Minas Gerais e para pesquisar a relevância e a oportunidade de recebimento dos recursos federais já previstos na Portaria nº 2.048/2002.

Propõe-se, também, a distinção formal orçamentária de todos os gastos relacionados exclusivamente com o APH, para que sejam agrupados em um único programa e componham de maneira clara as ASPS (Brasil, 2002).

Este trabalho encontrou limitações pela escassez de estudos que abordam este assunto e também limitações para avaliar todos os investimentos realizados em APH no CBMMG, pois algumas despesas estão aglutinadas a outros serviços, indistintamente. Isso restringiu este estudo aos investimentos nas compras de UR.

Por fim, viu-se a necessidade da aproximação do CBMMG com os gestores de saúde, no objetivo de promover o APH da corporação como uma ASPS, oportunizando a governança e a intersetorialidade, principalmente no âmbito do próprio estado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 4320, de 17 mar. 1964.** Normas Gerais do Direito Financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 1964. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4320.htm. Acesso em: 21 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde: 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: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/70313>. Acesso em: 5 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 256 p. (E. Legislação de Saúde).

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. Brasília: Câmara dos Deputados, 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 4 ago. 2023.

BRASIL. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Câmara dos Deputados. **Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD**: análise das principais inovações trazidas pela lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a emenda constitucional nº 29, de 2000. [Brasília]: Câmara dos Deputados, 2012b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. **Financiamento público de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 26 ago. 2023.

CASTRO, Marly Dias Oliveira de. **O Financiamento Público da Saúde no Estado de Minas Gerais após a Vigência da Lei Complementar 141 de 2012**: uma análise

financeira para o período de 2013 a 2018. 2019. 71 f. Monografia (Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://monografias.fjp.mg.gov.br/handle/123456789/2680>. Acesso em: 5 set. 2023.

CONFORMIDADE. *In*: **DICIONÁRIO da língua portuguesa**. Lisboa: Priberam Informática, 1998. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/conformidade>. Acesso em: 10 set. 2023.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GLOSAR. *In*: **DICIONÁRIO da língua portuguesa**. Lisboa: Priberam Informática, 1998. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/glosar>. Acesso em: 10 set. 2023.

LEAL, Karla Lessa Alvarenga. **Sistema Resgate à luz da rede de urgência e emergência SUS-MG: uma revisão sistemática**. 2022. 38 p. (Especialização em Gestão Estratégica e Políticas Públicas) - Academia de Bombeiros Militar, Belo Horizonte, 2022.

MACHADO, Bruno César Amorim. **Análise dos custos e despesas do atendimento pré-hospitalar executado pelas unidades de resgate do corpo de bombeiros militar de minas gerais sediadas em Belo Horizonte: uma perspectiva de sua redução a partir da celebração de convênios**. 2020. 158 p. (Especialização em Gestão, Proteção e Defesa Civil) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2020.

MACHADO, F. R. de S.; COTRIM JUNIOR, D. F. Judicialização da política de saúde e federalismo no STF: o caso das ADI 2999 e 3088. **REI - Revista Estudos Institucionais**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 398–418, 2021. DOI: 10.21783/rei.v7i1.586. Disponível em: <https://www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/586>. Acesso em: 2 set. 2023.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin; PRADO, Marta Lenise do. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 71-75, fev. 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672003000100015>. Acesso em: 26 ago. 2023.

MARTINS, Pedro Paulo Scremin. **Atendimento Pré-Hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem?**: uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. 2004.

264 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/87426>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MINAS GERAIS. [Constituição (1989)]. **Constituição do Estado de Minas Gerais**. 32. ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 1989. Disponível em: https://dspace.almg.gov.br/bitstream/11037/48648/1/CE%20Atualizada%202023-05-32%C2%AAed-Maio_A.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 54, de 13 de dez. 1999**. Lei de Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 1999. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LCP/54/1999/>. Acesso em: 1º ago. 2023.

MINAS GERAIS. Sistema Integrado de Defesa Social. **Diretriz Integrada de Ações e Operações do Sistema de Defesa Social**. [s.n.]: [Belo Horizonte], 2005. Disponível em: <https://diao.sids.mg.gov.br>. Acesso em: 26 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=3962. Acesso em: 3 set. 2023.

MINAS GERAIS. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. Governo do Estado de Minas Gerais. **Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais: cem anos de história e reflexão 1911-2011**. [S. /]: Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, 2011. 264 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=13349-plano-estadual-de-saude-2012-2015. Acesso em: 5 set. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal Pleno. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Relatório sobre a Macrogestão e Contas do Governo do Estado de Minas Gerais: exercício 2018**. [Belo Horizonte]: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, 2019. 445 p. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/>. Acesso em: 17 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. Disponível em <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/plano-estadual-de-saude-2016-2019/?wpdmdl=6447>. Acesso em: 6 set. 2023.

MINAS GERAIS. Coordenadoria de Fiscalização e Avaliação da Macrogestão Governamental do Estado-Cfange. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Relatório sobre a Macrogestão e Contas do Governo do Estado de Minas Gerais**: exercício 2016. [Belo Horizonte]: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, 2017. 85 p. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/#/inicio>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal Pleno. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Balanco Geral do Estado nº1040601**: exercício 2017. [Belo Horizonte]: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, 2018. 227 p. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/>. Acesso em: 17 ago. 2023.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.290, de 9 de janeiro de 2019**. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2019. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/loa/>. Acesso em: 10 ago. 2023

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.579, de 15 de janeiro de 2020**. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2020. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2020a. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/loa/>. Acesso em: 10 ago. 2023

MINAS GERAIS. **Lei nº 23.751, de 30 de dezembro de 2020**. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2021. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2020b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/loa/>. Acesso em: 10 ago. 2023

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Jornal Minas Gerais. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado, 2020c. Disponível em:

<https://saude.mg.gov.br/sus/story/14205-plano-estadual-de-saude-2020-2023-entra-em-vigor>. Acesso em: 3 set. 2023.

MINAS GERAIS. Controladoria-Geral do Estado. Governo do Estado de Minas Gerais. **Relatório de Controle Interno 2020**: relatório e parecer conclusivo sobre as contas do governador referentes ao exercício de 2019. Belo Horizonte, 2020d. 251 p. Disponível em: <https://tcnotas.tce.mg.gov.br/tcjuris/Nota/BuscarArquivo/2082991>. Acesso em: 12 ago. 2023.

MINAS GERAIS. **Instrução Técnica Operacional nº 23**: Protocolo de Atendimento Pré-Hospitalar. Belo Horizonte: Corpo de Bombeiros Militar. 3.ed. 2021a.

MINAS GERAIS. **Lei nº 24.013, de 30 de novembro de 2021**. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2022 . Belo Horizonte: Assembléia Legislativa, 2021b. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/loa/>. Acesso em: 10 ago. 2023

MINAS GERAIS. Tribunal Pleno. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Balanco Geral do Estado**: exercício 2019. [Belo Horizonte]: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, 2021c. 160 p. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Tribunal Pleno. Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. **Balanco Geral do Estado**: exercício 2020. [Belo Horizonte]: Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, 2022. 214 p. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Centro Integrado de Informações de Segurança Pública - CINSP. **Anuário estatístico do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais 2022**. Belo Horizonte: Corpo de Bombeiros Militar, 2023a.

MINAS GERAIS. Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais. (org.). **Plano de Comando 2015/2026**. 5. ed. Belo Horizonte, 2023b. 98 p.

MINAS GERAIS. **Lei nº 24.272, de 20 de janeiro de 2023**. Estima as receitas e fixa as despesas do orçamento fiscal do Estado de Minas Gerais e do orçamento de investimento das empresas controladas pelo Estado para o exercício de 2023 . Belo Horizonte: Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2023c. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/atividade-parlamentar/orcamento-do-estado/loa/>. Acesso em: 10 ago. 2023

MINAS GERAIS. Secretaria de Planejamento e Gestão. Governo do Estado de Minas Gerais. **Portal de Compras MG**. 2023d. Disponível em: <https://www.compras.mg.gov.br/>. Acesso em: 20 ago. 2023.

MINAS GERAIS. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. (org.). **Fiscalizando com o TCE**. 2023e. Disponível em: <https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina. A inserção da Enfermeira no Atendimento Pré-Hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 58, n. 3, p. 355-360, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672005000300020>

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso: 2013. 624 p.

SÃO PAULO. TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO . **Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde**. São Paulo: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 2023. 73 p. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/publicacoes/financiamento-acoes-e-servicos-publicos-saud-e-0>. Acesso em: 13 ago. 2023.

SILVA, Matheus Pelegrino da. Hierarquia entre lei complementar e lei ordinária: uma proposta de solução do problema a partir da teoria da construção escalonada do direito de merkl. **Revista de Investigações Constitucionais**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 681, 25 dez. 2022. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v9i3.85615>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/cQSVvfNMSVMbQR8G6NdnrCL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2023.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio; ALVES, Marília; SENA, Roseni Rosângela de. Atendimento móvel de urgência como política pública de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 557-563, dez. 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v12n4/v12n4a15.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.