

Universidade Federal de Pernambuco
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesq
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES

**Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre
Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco**

Recife
2008

Universidade Federal de Pernambuco
Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação – Propesq
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Medicina Social
Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES

**Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre
Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco**

Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, sob a orientação da Profª. Dra. Adriana Falangola e co-orientação de Paulo J. Duarte-Neto, apresentada ao Colegiado do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Recife
2008

Gonçalves, Rogério Fabiano

Confiabilidade dos dados declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco / Rogério Fabiano Gonçalves. – Recife: O Autor, 2008.

69 folhas: il., fig., gráf., tab., quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia.

1. Financiamento da Saúde Pública . 2. Emenda Constitucional n. 29. 3. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. 3. Tribunal de Contas do Estado – Confiabilidade. I. Título.

614
362,1

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

UFPE
CCS2008-089



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)
MESTRAND(O)A

ROGÉRIO FABIANO GONÇALVES

No dia 27 de junho de 2008, às 10:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Valdilene Pereira Viana Schmaller (DO – Departamento de Serviço Social da UFPE) – Membro Externo e Jacira Guiro Marino (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Rogério Fabiano Gonçalves, sobre a sua Dissertação intitulada: “**Confiabilidade dos dados declarados ao sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde pelos municípios de Pernambuco**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola B. Bezerra

Aprovado

Prof^a. Dr^a. Valdilene Pereira V. Schmaller

Aprovado

Prof^a. Dr^a. Jacira Guiro Marino

Aprovado.

Adriana F. Benjamin Bezerra

Prof^a. Dr^a. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Valdilene Viana

Prof^a. Dr^a. **Valdilene Pereira Viana Schmaller**

Jacira Guiro

Prof^a. Dr^a. **Jacira Guiro Marino**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo carinho, incentivo, confiança e perseverança dedicada a cada um de seus filhos, no intuito de materializar um sonho por todos compartilhado: uma formação educacional sólida e orientadora de nossos caminhos.

Aos meus irmãos Alexandre, Ana Cláudia e Daniela, pela união, carinho, apoio e desejo mútuos de superar os obstáculos da vida.

A Rejane e Júlia, pela renovação da alegria em minha vida e pela oportunidade de externar o meu amor a cada dia.

A Adriana Falangola, por me fazer acreditar que o poder de transformar é constituído por pequenos gestos como a simplicidade, a calma, o respeito, a sinceridade, a honestidade, a sabedoria, o desejo de partilhar e a paixão pelo que se faz. Mais que uma orientadora, uma amiga e fonte de inspiração.

A Paulo, pela imensa contribuição e ensinamentos na co-orientação deste trabalho, além do apoio prestado.

Aos amigos e amigas, pela companhia e apoio nos momentos difíceis e felizes dessa jornada.

Aos professores Oswaldo Yoshimi Tanaka, Ronice Franco de Sá e Ana Bernarda Ludemir, pelos esclarecimentos e ajuda na compreensão da metodologia a ser empregada.

Às professoras Maria Dolores Paes Silva e Valdilene Pereira Viana, pelas preciosas críticas e sugestões durante a qualificação do projeto desta dissertação.

Aos professores Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e Islândia Maria Carvalho de Sousa, pelas opiniões e idéias compartilhadas no processo de construção desta dissertação.

Aos professores Alberto Galvão de Moura Filho, Glória Elizabeth Carneiro Laurentino e Joaquim Sérgio da Silva Neto pelo incentivo e orientações fundamentais ao meu ingresso no Mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa concedida, sem a qual a realização do sonho do Mestrado não seria possível.

Ao Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, pelos esclarecimentos e toda a ajuda concedida, sem as quais este projeto não seria viável.

Ao Núcleo Siops de Pernambuco, pelos esclarecimentos e ensinamentos fundamentais à execução deste projeto.

À Coordenação do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Pipasc), pela competente atuação, compromisso, orientações, apoio e incentivo neste percurso.

Aos docentes e discentes do Pipasc (turmas 2006 e 2007), pelos valiosos momentos de reflexão e discussão e pelos conhecimentos partilhados, que muito contribuíram para a construção do presente estudo.

A Moreira e Luciana, Secretários do Pipasc, pelo apoio durante esta jornada.

*Dedico este trabalho aos meus pais,
por acreditarem e incentivarem a materialização deste sonho.*

Se uma parte do conhecimento consiste no cultivo e no exame atentos da tradição científica, em compensação, no colapso atual da civilização burguesa, o que se torna problemático é não apenas a atividade, mas o sentido da ciência.

Theodor W. Adorno e Max Horkheimer

RESUMO

No Brasil, após quase vinte anos de vigência da carta constitucional de 1988, a discussão acerca do financiamento da saúde pública permanece na ordem do dia e expõe a fragilidade do Estado na garantia dos preceitos constitucionais da atenção à saúde. O cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000 (EC29) tem sido objeto de reflexão e as evidências do atendimento à Lei assumem a centralidade do debate em torno do desempenho das unidades da Federação no cumprimento das metas. No campo das políticas de informação em saúde, o aprimoramento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) tem conferido maior acessibilidade e visibilidade aos dados financeiros da União, estados e municípios, sendo o instrumento de acompanhamento da EC29. Contudo, diante do caráter declaratório dos dados que alimentam o Siops, aliado ao grande número de municípios do país, a verificação de consistência dos dados municipais não é realizada pela equipe técnica do Siops. Nesse sentido, o estudo em pauta investiga um atributo essencial a qualquer informação – a confiabilidade, avaliando a efetivação do direito à saúde no cumprimento à EC29 em Pernambuco, no período de 2000 a 2005, tomando como parâmetro os demonstrativos contábeis auditados pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). O plano de análise, estruturado em três etapas, constou da utilização do Coeficiente de Correlação Intraclassas (ICC) como prova estatística na medição da concordância dos dados, além da realização de outros procedimentos. Os resultados demonstraram a dissonância existente entre as duas fontes de informações, sugerindo um nível de concordância discreto a moderado entre os dados do Siops e do TCE. O cumprimento da EC29 no Estado apresentou uma redução nos últimos anos, destacando-se o fato dos municípios menores terem melhor desempenho na obtenção das metas da EC29 em relação aos de grande porte. As diferenças encontradas pressupõem a falta de consenso pelos municípios acerca da composição das receitas e despesas vinculadas à saúde e a efetivação do direito à saúde não segue um padrão uniforme, não ocorrendo a contento, mesmo diante do empenho da maioria dos municípios no atendimento à Lei.

Palavras-chave: financiamento da saúde pública – Emenda Constitucional n. 29 – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – Tribunal de Contas do Estado – confiabilidade.

ABSTRACT

In Brazil, after nearly twenty years of legality of the Magna Carta of 1988, the discussion about the financing of public health remains on the agenda and exposes the weakness of the State in the constitutional precept guarantee of health care. The Constitutional Amendment n. 29/2000 (EC29) execution has been the subject of reflection and the evidence of care to the Law takes the debate centrality on the performance of units of the Federation in meeting the targets. In the field of the policies for health information, the improvement of the Information System of Public Health Budgets (ISPHB/SIOPS) has given greater accessibility and visibility to the financial data of the Union, states and municipalities, as the instrument for monitoring the EC29. However, before the declaratory nature of the data that feed the ISPHB/SIOPS, linked to the large number of municipalities in the country, the verification for the data consistency is not held by the municipal technical team from the ISPHB/SIOPS. Accordingly, the present study investigates a key attribute to any information - the reliability, evaluating the effectiveness of the right to health in accomplishing the EC29 in Pernambuco, in the period 2000 to 2005, taking as a parameter the financial statements audited by the Court of Auditors of the State (CAS/ECA) The plan of analysis, structured in three stages, consisted of the use of Intraclass correlation coefficient (ICC) as a statistical proof in measuring the agreement of the data, in addition to the completion of other procedures. The results showed the dissonance between the two sources of information, suggesting a level of mild to moderate correlation between the SIOPS data and those of the TEC's. The EC29 performance in the state showed a decrease in recent years, highlighting the fact that the smallest municipalities have better performance in achieving the goals of EC29 in relation to the large ones. The finding in the differences imply a lack of consensus by municipalities on the composition of the revenue and expenses related to health and effectiveness of the right to health does not follow a uniform standard, not occurring satisfactorily, even before the commitment of most municipalities in the execution of the Law.

Keywords: financing of public health – Constitutional Amendment n. 29/2000 – the Information System of Public Health Budgets – Court of Auditors of the State – reliability

LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AGU – Advocacia Geral da União

ANS – Agência Nacional de Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

Datasus – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DES – Departamento de Economia da Saúde

DMS – Departamento de Medicina Social

EC29 – Emenda Constitucional n. 29/2000

Enap – Escola Nacional de Administração Pública

Finbra – Sistema de Finanças do Brasil

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FPE – Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclassas

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

ISS ou ISSQN – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

ITBI – Imposto sobre a Transmissão de Bens e Imóveis *Intervivos*

ITCMD ou ITCD – Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de quaisquer Bens ou Direitos

ITR – Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural

LDO – Lei de diretrizes Orçamentárias

MF – Ministério da Fazenda

MS – Ministério da Saúde

Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OGU – Orçamento Geral da União

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PIB – Produto Interno Bruto

PIPASC – Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Pnad – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

STN – Secretaria do Tesouro Nacional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

	Pág.
1 – INTRODUÇÃO	12
2- MARCO TEÓRICO	15
2.1 O direito à saúde	15
2.2 A Política Neoliberal	17
2.3 O financiamento da saúde	20
2.4 A Emenda Constitucional nº 29/2000	25
2.5 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	33
3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	37
3.1 Local do estudo e período de referência	37
3.2 Desenho do estudo	37
3.3 Coleta e processamento dos dados	38
3.4 Plano de análise	40
3.5 Limitações metodológicas	43
3.6 Considerações éticas	44
4- RESULTADOS	45
4.1 Concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e auditados pelo TCE	45
4.2 Correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29	47
4.3 Cumprimento da EC29, segundo fatores populacionais	50
5- DISCUSSÃO	53
5.1 Concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e auditados pelo TCE	53
5.2 Correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29	55
5.3 Cumprimento da EC29, segundo fatores populacionais	58
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
7- REFERÊNCIAS	63

1 – INTRODUÇÃO

No Brasil, em que pese o período de quase vinte anos de vigência da carta constitucional de 1988, o subfinanciamento da saúde pública evidencia a fragilidade do Estado na garantia dos preceitos constitucionais da atenção à saúde. Contudo, cabe ressaltar que, mesmo diante do impasse da escassez de recursos orçamentários, o Sistema Único de Saúde (SUS) segue materializando, conforme suas limitações, a perspectiva de um cenário social mais igualitário, digno e de interesse comum.

Historicamente, há pouca transparência no campo político-ideológico da negociação e definição orçamentária do País, assim como na aplicação desses recursos. Particularmente na saúde, Mendes (1999, p. 150-152) destacou que a baixa confiabilidade das informações sobre financiamento e gastos em saúde no Brasil, aliada à indisponibilidade de informações acerca da estrutura e composição desses gastos, inviabilizam a discussão do financiamento num patamar de racionalidade. É incisivo ao citar: “A ausência de informações fidedignas sobre financiamento e gastos é exemplo emblemático de um Ministério da Saúde que rema muito e navega pouco”.

Paralelamente às críticas ao Ministério da Saúde (MS), em 1999 iniciou-se a implementação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), o qual reúne informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde, para cada esfera de governo. O MS ratificou, portanto, o imperativo de contribuir com o processo de construção, consolidação e avaliação do desempenho do SUS (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Em 2000, a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (EC29) teve o mérito de comprometer as três esferas de governo com o financiamento do SUS, proporcionando maior estabilidade no aporte das receitas, e nesse sentido constitui um progresso e uma promessa de defesa do orçamento da saúde (FAVERET, 2003).

O cumprimento dessa emenda passou a ser uma das principais informações acompanhadas pelo Siops. No entanto, segundo o MS (2005), as informações prestadas ao sistema informatizado do Siops são declaratórias e apenas os dados relativos aos governos estaduais e distrital são comparados, por sua equipe técnica, com as informações publicadas em balanço. As declarações municipais não são submetidas à

verificação de consistência dos dados, tendo em vista o seu grande número. Tal fato remete a um questionamento quanto à confiabilidade dessas informações, uma vez que dão margem à publicidade de informações distorcidas.

Baseado nesse contexto, o estudo objetiva analisar os dados municipais declarados ao Siops em Pernambuco, no período de 2000 a 2005, no atendimento ao disposto na EC29, comparando-os com os dados auditados pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE), além de evidenciar a efetivação do direito à saúde no cumprimento da EC29 em Pernambuco.

Embora o ingresso na problemática do financiamento das ações e serviços públicos de saúde não constituir o objetivo central, o presente estudo se propõe a caracterizar e delinear outros fatores que interferem na concretização do direito à saúde, indispensáveis à estruturação do tema. O diagrama a seguir ilustra o quadro-síntese do marco teórico.

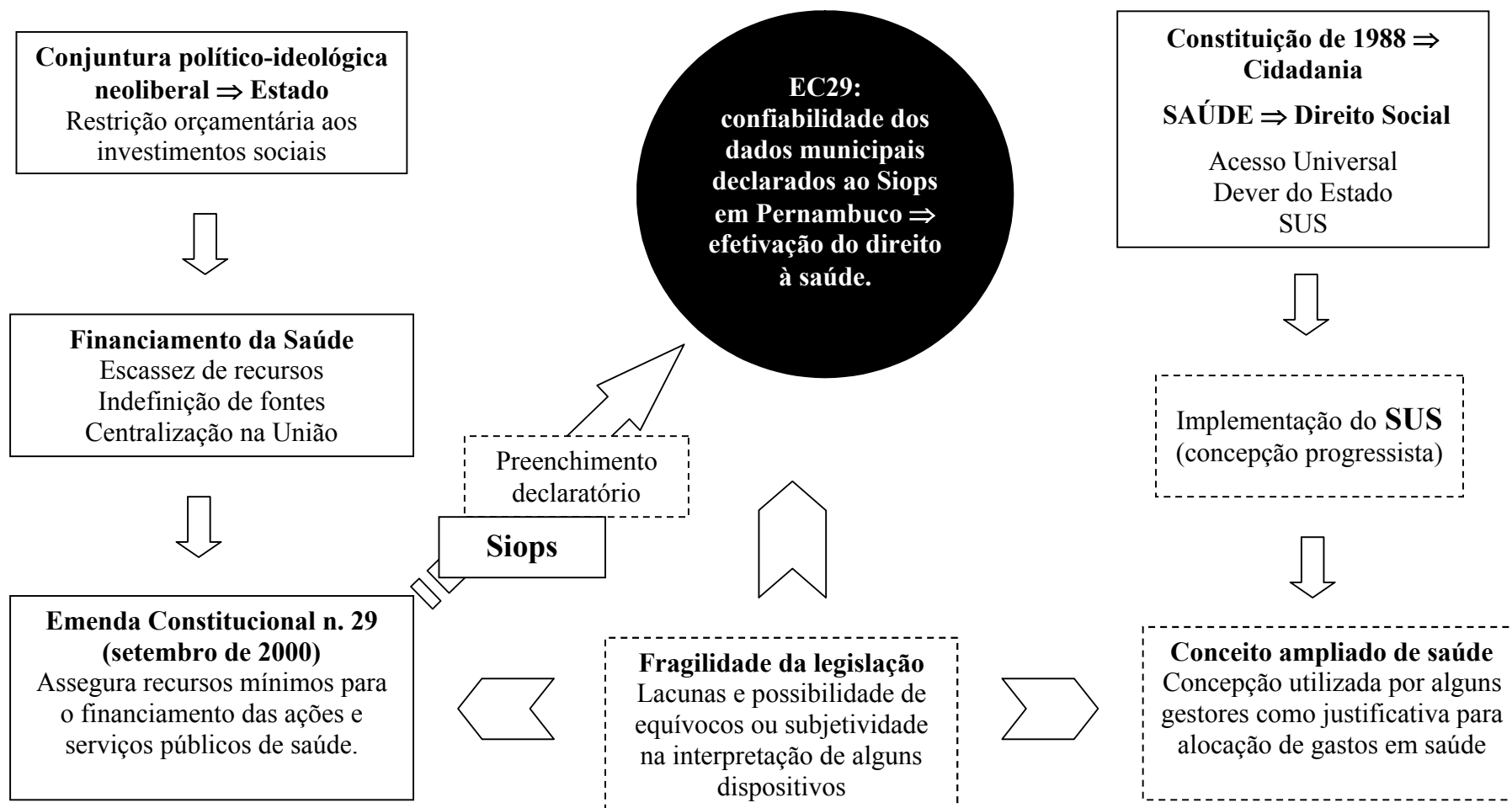


Figura 1 – Diagrama síntese de estruturação do Marco Teórico aos objetivos.

2 – MARCO TEÓRICO

2.1 O direito à saúde

A extensão dos direitos sociais, notadamente o direito à saúde, a todos os cidadãos brasileiros, é uma inclusão recente na História Republicana do País. A consolidação dessa conquista culminou numa intensa mobilização social, caracterizada pelo desejo de uma reforma sanitária, e só foi possível porque a correlação de forças existentes na sociedade se posicionou contra o descaso dos governantes frente à realidade injusta e calamitosa. Para Arato e Cohen (1999), os direitos surgem da identificação de demandas, as quais são reivindicadas por grupos e indivíduos nos espaços públicos de uma sociedade civil emergente. Nessa perspectiva, Viana (2004) compreendeu que os direitos são um conjunto de garantias historicamente adquiridas e legalmente instituídas em cartas magnas.

De acordo com Carvalho (2005, p. 7),

O esforço de construção da democracia no Brasil ganhou ímpeto após o fim da ditadura militar, em 1985. Uma das marcas desse esforço é a voga que assumiu a palavra cidadania [...] No auge do entusiasmo cívico, chamamos a constituição de 1988 de Constituição Cidadã.

Não obstante a euforia disseminada com a promulgação da carta constitucional, a materialização dos direitos e deveres constituídos ainda tem um longo caminho a ser percorrido em busca da sua efetividade. Portanto, é prudente ponderar que “a cidadania não é dada, como também nunca está acabada, pois constitui processo em permanente construção no cotidiano social” (MENDES, 1999, p. 68). Nessa ótica, a evolução dos direitos não deve ser interpretada com ingenuidade, visto que o processo democrático focado na implementação das políticas públicas é eminentemente lento, de estruturação complexa e passível de avanços e retrocessos, não assegurando a concretização dos princípios firmados em lei.

O texto constitucional sancionado em 1988 contempla, no seu artigo 6º, a inserção da saúde no rol dos direitos sociais, ao lado da educação, do trabalho, da moradia, do lazer, da segurança, da previdência social, dentre outros (BRASIL, 1988). À luz dos diferentes

valores, significados e simbologias emanadas da singularidade desses direitos é sensato percebê-los como progressivos, ou seja, dependentes de ações positivas do Estado e da sociedade para suas consecuições plenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A afirmação do direito à saúde nas disposições constitucionais é evidenciada no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ressalta-se a coerência de propor a garantia do direito universal à saúde por meio da vinculação de políticas econômicas e não somente de políticas sociais. É importante frisar que a execução de políticas públicas em prol do cidadão apresenta intrínseca dependência da capacidade de financiamento que os entes da Federação detêm; por conseguinte, a disponibilidade e suficiência de recursos orçamentários ao Setor Saúde são imprescindíveis. Isso posto, pressupõe-se que o resultado da execução de políticas sociais, sem o devido aporte orçamentário, findam numa ação sem sustentação.

Outra reflexão, também primordial, tem a ver com a definição do Estado como principal provedor da saúde à nação. Santos (1979) e Mendes (1999) analisaram a trajetória do direito à cidadania no Brasil. Concluíram que o Estado exerce um controle burocrático na restrição desse direito aos seus titulares. A ocupação do indivíduo no processo produtivo, por vários anos determinou a condição de ser ou não cidadão, culminando na configuração de uma cidadania regulada, estruturada na percepção dos direitos como privilégios destinados a poucos, sob a concessão do Estado.

De modo análogo, Carvalho (2005), ao se referir a um dado momento do populismo em países como Brasil, Argentina ou Peru – a partir da década de 30 –, reforçou a postura de dependência ou passividade dos cidadãos retratada por Santos (1979) e Mendes (1999):

A antecipação dos direitos sociais fazia com que os direitos não fossem vistos como tais, como independentes da ação do governo, mas como um favor em troca do qual se deviam gratidão e lealdade. A cidadania que daí resultava era passiva e receptora antes que ativa e reivindicadora.

Santos (1979), Mendes (1999) e Carvalho (2005) expressaram, em seus argumentos, a pouca percepção do povo, enquanto cidadãos, acerca de seus direitos instituídos. A privação desse entendimento coloca uma parcela significativa da população à mercê das decisões políticas, privilegiando uma minoria que usufrui da ordem de um *Estado Mínimo*, consolidado na desarticulação dos direitos sociais. Para Telles (1999, p. 95), a lógica que ainda predomina caracteriza-se por uma inversão de pensamento, no qual a pobreza transforma-se em carência; a justiça, em caridade, e os direitos, em ajuda, “...a que o indivíduo tem acesso não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela está excluído”.

Telles (1997, p. 4) compreendeu que, “Para além das garantias formais inscritas na lei, os direitos estruturam uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais os dramas da existência são problematizados em suas exigências de equidade e justiça”. Dessa forma, a transformação da saúde, tal qual idealizada na concepção do SUS, exige a incorporação da sociedade civil na centralidade do processo de construção social, não apenas como meros clientes do Estado. Por um lado, valorizando a participação desses atores na gestão pública como instrumento agregador de conhecimentos, experiências, identificador de demandas e orientador das decisões, por outro, resgatando a mobilização social como âncora da luta por equidade e justiça, não só para as questões de saúde, mas para tudo que contribua com a melhoria das condições de vida.

A saúde, enquanto direito público constitucionalmente adquirido, deve ser resguardada incondicionalmente, mesmo quando a conjuntura política interna e externa do País, mostrar-se desfavorável, caracterizando-a como uma ação em defesa da vida. Nesse aspecto, um grande entrave ao seu avanço é o direcionamento conferido pela racionalidade da Política Neoliberal, a qual proporciona um *emparedamento* da saúde pública, delimitando as perspectivas e opções de superação da crise do setor.

2.2 A Política Neoliberal

É corrente a premissa de que o País é refém de um projeto político, ideológico e, sobretudo, econômico, que mina as aspirações do Estado em promover o destravamento das

políticas sociais. Este pensamento, todavia, parece não ser equivocado. O'Connor (1977) afirmou haver uma crise do estado capitalista, entretanto, sugere que esta crise não é nova e o seu ônus recai sobre os sistemas de proteção social. Explica que “o estado capitalista tem de tentar desempenhar duas funções básicas e muitas vezes contraditórias: acumulação e legitimação”. A busca pela manutenção das condições de acumulação do capital confronta com as necessidades crescentes por assistência social e bem-estar das várias classes sociais, cujas soluções só estão ao alcance do Estado, como consequência, o orçamento público é cada vez mais pressionado.

Behn e Keating (2005), analisando o cenário dos EUA, partilham do pensamento de O'Connor, afirmando que as tendências financeiras são claras: as atuais responsabilidades dos estados estão crescendo mais rapidamente do que suas receitas, gerando demandas financeiras que impõem sérias mudanças fiscais, enfatizando, ainda, que a atual crise fiscal dos estados não irá desaparecer com o crescimento econômico. No Brasil, a contextualização dessa crise pressupõe a inter-relação de uma série de eventos que culminam com o remodelamento do aparelho de estado.

O documento elaborado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (Abrasco, 2006a) revela que a busca pelo desenvolvimento nacional nas últimas décadas caracterizou-se, primordialmente, pela estratégia de estabilização da economia, com obtenção de resultados positivos em relação ao controle inflacionário e ao manejo da dívida pública. Apesar disso, o país tornou-se prisioneiro dos instrumentos da política monetária praticada, reproduzindo a concentração de renda, a manutenção de elevadas taxas de juros, a elevação incessante da carga tributária e, sobretudo, da dívida pública, a ponto de, em 2004, comprometer 57% do Orçamento Geral da União (OGU) com o refinanciamento da dívida, pagamento das despesas com juros, encargos e amortização das dívidas interna e externa (DOMENICI; RUIC, 2005).

Ugá e Marques (2005) avaliaram que: “É realmente questionável a eficácia de qualquer política de contenção do gasto social frente à manutenção da atual magnitude da despesa financeira da União”. De acordo com Oliveira (1999, p. 76), o Governo vem perdendo a capacidade de remanejar seus gastos e sua arrecadação, uma vez que o

compromisso com a dívida pública implica pagamentos escalonados e indexados, resultando, praticamente, em um confisco dos recursos.

Fleury (1994, p. 15) esclarece que o poder estatal é, por inúmeras e distintas razões, controlado pelos agentes do poder econômico privado, os quais, evidentemente, “...não poderiam contemplar em suas políticas os interesses e as conquistas das classes dominadas, o que reduz toda política, inclusive a política social, a um mero elemento da estratégia de exploração ou de legitimação do exercício da dominação”. Face à natureza classista da ocupação do poder político central favorecer a expansão dos interesses de mercado, a proposta neoliberal encontra terreno fértil para sua implantação. A autora defende que a referida proposta advoga a favor da segmentação das clientelas das políticas sociais, cabendo ao Estado o papel de protetor da parcela mais pobre, enquanto o setor privado, preservando interesses lucrativos, encarregar-se-ia daqueles com maior capacidade contributiva.

Levcovitz *et al.* (2001, p. 270) apontou que o sistema de saúde do País “foi estruturado, ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas”. Para a Abrasco (2006a):

Esse padrão é o resultado da política neoliberal implantada desde a década de 90, com conseqüências irreversíveis e/ou altamente deletérias para a sociedade, face à efetuada transferência de responsabilidades governamentais e do patrimônio público para mãos privadas, ao dismantelamento da inteligência e das carreiras do Estado, às restrições orçamentárias para as políticas sociais universais e à ameaça permanente de desvinculação das receitas constitucionais a elas destinadas.

De acordo com Viana (2004), a Política Neoliberal se expressa como um conjunto de idéias que defende, entre outros pontos: a adoção de políticas de abertura da economia; medidas de estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; reformas institucionais orientadas à desresponsabilização e ao desfinanciamento da proteção social pelo Estado; precarização das relações de trabalho; incentivo às formas privadas de acesso e prestação de serviços de saúde – mercantilização da saúde.

Afora a perversa estrutura de desigualdade social do País e a baixa perspectiva de transformação positiva das condições de vida da maioria da população, a condução histórica das políticas públicas desvela um caminho de incertezas. A capacidade de implementação dessas políticas emperra na conformação das estratégias de monopólio e acumulação do capital, como também no arcaico e iníquo modelo de sustentação (política, econômica, ideológica e institucional) do Estado. Mendes (1999) propôs como diretivas o desafio de enfrentar o déficit público e promover as reformas necessárias à modernização do aparelho de Estado (reforma política, tributária, etc.). O risco de permanecer alicerçando pilares que não reforçam a estrutura da nação é uma opção que onera o cidadão e drena a aspiração de uma sociedade fortalecida na prosperidade coletiva.

É notório e claramente perceptível que o fio condutor da Política Neoliberal tem forte conotação econômica, a partir de uma visão reducionista de gastos, a qual colide com as necessidades de financiamento da saúde pública, no País. Nessa circunstância, a saúde passa a ser interpretada como mercadoria, perdendo o seu caráter de investimento na melhoria da condição humana, distanciando-se de sua natureza como direito social. Sob esta ótica, naufraga qualquer possibilidade de garantia e suficiência de recursos para o setor. O financiamento que daí advém responde, sobretudo, a questões imediatistas, desvinculadas das reais necessidades em saúde da população. Face a essa adversidade, torna-se essencial compreender a dinâmica e a conjuntura sob as quais se estabelece o financiamento da saúde, no País.

2.3 O financiamento da saúde

É prudente iniciar a contextualização do financiamento da saúde, no País, fazendo emergir algumas questões, a saber: “O gasto em saúde no Brasil: é muito ou pouco?” (ABRASCO *et al.*, 2006b). Considerando a possibilidade de insuficiência desses gastos, “o que os diferentes entes públicos e a sociedade estão dispostos a gastar em saúde? Quanto a União coloca em seu orçamento? E os estados e municípios? A sociedade aceita pagar mais impostos ou contribuições para a saúde?” E ainda: “Qual o patamar de elevação de gasto a que se deve chegar?” (MENDES, 1999). Afinal, o que é considerado gasto em saúde? Obter todas as respostas acerca destas e de tantas outras indagações foge ao escopo deste

estudo, contudo, compreender a problemática do financiamento da saúde é crucial ao desenlace e racionalidade dessa discussão.

O ponto de partida aqui adotado toma como referencial a Constituição de 1988 – a sétima promulgada no País. Ressalta-se que, nas suas disposições, a saúde fica instituída como um direito. Sua inclusão ocorre na seção II do capítulo da Seguridade Social. Esta, de acordo com o artigo 194, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Na seção específica da saúde, destaca-se: a constitucionalização do direito universal à saúde, a criação do SUS e o dever do Estado em garantir a materialização desse direito por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

O artigo 55 da referida constituição, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, determinava que “até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde” (BRASIL, 1988). Não obstante a importância do dispositivo constitucional aprovado, na prática, ocorreu o seu descumprimento. Carvalho (2002, p. 242) refere que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), de 1994, foi marcada pelo veto presidencial a esse dispositivo. O Governo “...alegava ser claro que, pelas limitações estruturais, o artigo que obrigava os 30% era inexecutável e, por isso, contrário ao interesse público”. Em suma, resultou que a saúde perdeu recursos nos anos compreendidos entre 1989 e 1995 com a não aplicação dos recursos da Seguridade Social. Essa opção política motivou a precarização da atenção à saúde no País. Tal constatação revela que a saúde não foi tratada como prioridade, e sim colocada à margem de outras políticas de Estado.

De acordo com Teixeira e Teixeira (2003), não havia, no texto constitucional, a delimitação das atribuições da União, dos estados e dos municípios, tampouco estavam definidas as fontes de receitas e níveis de comprometimento de cada esfera de Governo com o financiamento das ações. O aprofundamento dessa discussão e a percepção da pouca especificidade da regulamentação constitucional revelam a necessidade de estruturação das disposições existentes e a proposição de novas diretrizes para consolidar o processo de

construção do SUS (definição de responsabilidades entre os entes da Federação, operacionalização do Sistema, financiamento e controle social). Para Carvalho (2002, p. 18), “Nem sempre as leis resolvem e explicam tudo. São os decretos, as portarias, as normas técnicas, as instruções normativas e as circulares que acabam detalhando aquilo que se deva fazer. Por vezes extrapolam e se colocam acima das leis”.

O primeiro grande passo em direção à regulamentação complementar do SUS foi dado pela decretação da Lei 8.080, de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. No que tange ao financiamento do Sistema, os vetos da referida lei fomentaram a polêmica sobre a falta de consenso nesse âmbito. O seu artigo 31 ratifica o artigo 55 da Constituição, salvo pela omissão do percentual de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) a ser destinado à saúde:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 1990a).

Fica estabelecido no artigo 33 da referida Lei Orgânica que: “os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 1990a). No tocante ao volume de recursos para a saúde, permanece uma incógnita a definição da sua quantia. Para nortear o cálculo dos valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios – de forma equitativa – uma combinação de critérios é proposta no artigo 35. Em que pese sua relevância, a mensuração do elenco de parâmetros parece não estar em consonância com a viabilidade de obtenção dos dados e, nesse quesito, há muito por fazer, especialmente no âmbito das informações municipais. Assim, não surpreende que as formas atuais de repasse descumpram sistematicamente a lei. Nunes (2004) considerou que qualquer metodologia que pretenda alocar ou alterar a alocação de recursos de modo equitativo deve estar vinculada às necessidades das pessoas, ou, mais especificamente, às diferentes necessidades em saúde das pessoas. A maturação dessa discussão, e não unicamente ao que concerne ao favorecimento da saúde, é uma questão central para a redução das desigualdades.

Três meses após a sanção da Lei 8.080 foi promulgada a Lei 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (BRASIL, 1990b). A Lei instituiu, entre outros pontos, os requisitos para o repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos estados, Distrito Federal e municípios. É inegável o avanço destas leis em relação ao processo de operacionalização do SUS, mas, pouco se efetivou na garantia do aporte de recursos à saúde.

Porto (2006, p. 577) destacou que:

[...] as dificuldades financeiras enfrentadas pelo Ministério da Saúde, provocadas pelo descumprimento da legislação vigente, levaram à criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que a partir de 1997 passou a ser uma das principais fontes de financiamento da saúde.

Não obstante o caráter temporário da CPMF, este imposto vigorou até 2007, não sendo específico da saúde, tendo financiado também a Previdência Social. Ugá e Santos (2006, p. 1598) avaliaram que, apesar do Ministério da Saúde recorrer à introdução dessa contribuição específica como solução para a escassez de recursos setoriais, este problema tem suas raízes fora do setor saúde e externamente ao OSS:

[...] as sucessivas necessidades de financiamento enfrentadas pelas áreas que compõem a Seguridade Social se deram, fundamentalmente, porque: (I) não entram no OSS a totalidade dos recursos que lhe pertencem; (II) os recursos que ingressam no OSS não o fazem com a devida regularidade; e, finalmente, (III) são pagos com recursos do OSS gastos que não correspondem às atividades específicas da seguridade social.

De acordo com Médici (2005, p.11): “Saúde é uma das políticas sociais mais caras do mundo”. Baseando-se em estimativas do Banco Mundial, o autor revelou que o gasto médio com saúde, ao longo da década de 90, foi da ordem de 8% do PIB global – em grande medida influenciado pelos países ricos. Avaliou, ainda, que não faz sentido discutir a magnitude do gasto em saúde, desconsiderando temas como: eficiência do gasto; alocação equitativa dos recursos; fontes de financiamento e, sobretudo, o impacto da aplicação destes recursos na saúde da população. No Brasil, a Abrasco (2006b) informou que o percentual de recursos públicos destinados à saúde representou, em 2002, 3,2% do PIB nacional,

correspondendo a um patamar inferior ao de países como a Bolívia, Argentina, Colômbia, África do Sul e Cuba.

Ugá e Marques (2005) esclarecem que o gasto público com saúde no País, desde 2000, tem representado menos de 17% do OSS, cerca de 5% da despesa total da União e, como mostra a tabela 1, foi de 42,0 % em 2003, considerando o gasto total em saúde no país. A Abrasco (2006b) revelou que, nos países desenvolvidos 70%, no mínimo, das despesas totais com saúde são provenientes de receitas públicas.

Tabela 1 – Composição do gasto em saúde. Brasil, 2003.

Gasto em saúde	R\$ (milhões)	%
Gasto público total	35.778	42,0
Gasto privado com planos e seguros de saúde	17.320	20,3
Gasto privado direto das famílias	32.070	37,7
Gasto total	85.168	100,0

Fonte: Ugá e Santos, 2006, p. 1599.

Baseado nos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE, 2002-2003), do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2003, (IBGE, 2005) mostraram que a participação da esfera pública no financiamento da saúde vem aumentando. Em 1988, o SUS pagou 49,3% dos atendimentos nas duas semanas que antecederam a Pesquisa; em 2003, esse percentual foi de 57,2% dos atendimentos realizados.

De acordo com Carvalho (2002, p. 31):

A questão do financiamento da Saúde é um problema crônico. Ainda que anteriormente à Constituição Federal de 1988 o problema fosse grande, hoje, parece ser maior com a extensão universal da cobertura dos serviços públicos de saúde.

É evidente que a universalização do direito à saúde só pode ser garantida mediante a aplicação de um maior volume de recursos para o setor. Todavia, esta necessidade não deve ser vinculada exclusivamente à via da garantia de acesso. A consolidação do SUS que a sociedade almeja compreende diversos aspectos, como: resolutividade, melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, disponibilidade de medicamentos, diversidade de

especialidades clínico-ambulatoriais, eficiência e agilidade dos processos de planejamento e administração da rede, etc. Nessa concepção, o produto final que se espera alcançar com o incremento do financiamento da saúde é a satisfação do cidadão em ter materializado o seu direito, sem empecilhos à sua concretização, respeitando a integridade moral do indivíduo.

Situar a questão do financiamento da saúde pública no País como uma das peças centrais à sustentabilidade do SUS tornou-se essencial. A não definição de uma política orçamentária clara para o setor saúde limita a consecução dos princípios e diretrizes concebidos para a política do SUS. Uma proposta que vem sendo consolidada, por meio de intenso debate e mobilização social, como uma promessa de solução ao impasse do financiamento setorial, é a regulamentação da EC29. Essa emenda, ainda que não responda integralmente às inúmeras interrogações existentes, representa um passo largo rumo à definição de fontes de financiamento e à garantia de recursos mínimos para a área.

2.4 A Emenda Constitucional nº 29/2000

Para Mendes (1999, p. 153), em virtude da extrema rigidez dos gastos federais, priorizando a estabilização econômica e o controle do déficit público, a saúde é transformada em variável de ajuste desse déficit. Face ao descumprimento quanto à destinação de 30% do OSS para a saúde, o autor comentou que “os repasses para as despesas de custeio e investimentos do Ministério da Saúde ficam condicionados às disponibilidades de caixa da União”.

Como saída para a superação da crise do financiamento setorial da saúde, após penoso processo de tramitação, em 13 de setembro de 2000, foi sancionada no Congresso a EC29. A concepção dessa emenda, na realidade, data de 1993, sendo inicialmente denominada Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC 169), de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, cujo slogan era: “Recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde!”. Essa proposta intencionava:

[...] alteração do Inciso IV do Art. 167, que veda as vinculações constitucionais e que garante 30% das receitas das contribuições sociais que compõem o orçamento da Seguridade Social e 10%, no mínimo, das receitas resultantes de impostos estaduais e municipais, para a saúde (MENDES, 1999, p. 173).

Ao projeto da PEC 169 foram apensadas as propostas do deputado Darcísio Perondi, gerando um substitutivo, que agregou dois incisos ao texto original, vetando a utilização de recursos das contribuições sociais para a realização de despesas não incluídas na Seguridade Social. Apesar de sua aprovação na Comissão Especial, em setembro de 1995, esse substitutivo foi “atropelado” pela mobilização política a favor da CPMF. Ainda em 1995, o deputado Carlos Mosconi propôs outra emenda com o mesmo objetivo. As propostas foram condensadas num substitutivo elaborado pelo deputado Ursicino Queiroz, sendo, enfim, aprovado pelo Congresso e batizado como Emenda Constitucional nº 29. A redação final dessa emenda difere da proposta original – PEC 169, tendo menor alcance no seu compromisso de elevação e estabilidade dos gastos em saúde, mas, ainda assim, representou um avanço em termos da política e financiamento, no País (CARVALHO, 2002).

A EC29 “altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição e acrescenta um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2000). Nas suas disposições fica estabelecido que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos calculados conforme critérios definidos para cada unidade da Federação. No seu artigo sete fica instituído que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do art. 77:

Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

- a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;
- b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um

quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Em síntese, a EC29 determina que estados e municípios devem alocar, no primeiro ano (2000), no mínimo 7% das receitas (referidas no Quadro 1), sendo que este percentual deve ter incremento anual até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios, 15% (Quadro 2). Quanto à União, estabelece, para o primeiro ano, o aporte de, pelo menos, 5% em relação ao orçamento empenhado no período anterior; para os anos seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. A partir dessa emenda a capacidade fiscal dos estados e municípios passou a ser decisiva no dispêndio com a saúde, pois os percentuais supracitados caracterizam uma contrapartida de recursos (receitas próprias e transferências constitucionais e legais) dos governos locais frente aos repasses regulares do Governo Federal para a saúde. “Em relação à União, a EC29 não explicita qual é a origem dos recursos e, em relação à Seguridade, é omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos” (MARQUES; MENDES, 2005, p. 166).

Quadro 1 – Fonte de recursos que geram a receita própria dos estados e municípios

Estadual	Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
IRRF	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

Fonte: Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 322, 2003.

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços;

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores;

ITCMD ou ITCD - Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Doação de quaisquer Bens ou Direitos;

IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte;

FPE - Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados;

Lei Complementar n. 87 de 13 de setembro de 1996 - Lei Kandir – Dispõe sobre o imposto dos estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicações, e dá outras providências;

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano;

ISS ou ISSQN - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza;

ITBI - Imposto sobre a Transmissão de Bens e Imóveis *Intervivos*;

FPM - Fundo de Participação dos Municípios;

ITR - Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural.

Quadro 2 – Regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação para estados e municípios, segundo a Resolução n. 322

Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 322, 2003.

A redação dada à EC29 fomentou uma acirrada discussão entre o MS e o Ministério da Fazenda (MF), o primeiro argumentando que o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% pela União seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano (base móvel). Na interpretação do

Ministério da Fazenda, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido das variações nominais do PIB ano a ano (base fixa). O pouco consenso acerca dessa controvérsia tem impactado na redução do orçamento para a saúde, pois a Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa ao MF; contudo, a discussão prossegue. Como afirmam Marques e Mendes (2005, p. 167): “A diferença de interpretação resultava, já no orçamento de 2001, em R\$ 1,19 bilhão, o que permitiria, por exemplo, a duplicação dos recursos do Programa Agentes Comunitários em relação a 2000”.

Para Porto (2006, p. 577), outra polêmica que emergiu após a promulgação dessa emenda refere-se à falta de definição clara do que seja efetivamente permitido como gasto em saúde, dado a abrangência do seu conceito ampliado. Carvalho (2002, p. 230) faz menção à extensa normatização da saúde e ao seu caráter inovador, destacando que em momento algum se tem uma definição explícita do que seja saúde. Segundo o autor:

O contumaz é, sob o pretexto de conceito amplo de saúde, retirar recursos “específicos da saúde” para outras áreas, como saneamento, meio ambiente, coleta e destino de lixo, merenda escolar, assistência social integral, melhorias viárias e outras.

Para superar essa deficiência da legislação e fortalecer o cumprimento da EC29 em 4 de abril de 2002 foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), após intenso debate, a Resolução n. 316, substituída depois pela Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003. Marques e Mendes (2005, p. 169) esclarecem que essa última resolução, detalhando os conceitos de “receita própria” e “ações e serviços públicos de saúde”, “constituiu-se no grande instrumento-chave do consenso entre as entidades ligadas à saúde e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC29”.

Para Faveret (2003) a EC29 teve o grande mérito de ampliar o orçamento da saúde por meio da vinculação de recursos provenientes da União, estados e municípios, no entanto advertiu que:

[...] a simples vinculação não significa, por si só, a redução de desigualdades e tampouco a solução para problemas relacionados à equidade, em especial na saúde, que depende de uma complexa organização da rede e, também, de uma rede de complexas organizações, que envolve múltiplos atores e diferentes interesses. A vinculação, de fato, apenas garante que os estados e os municípios

venham a se colocar em um mesmo ponto de partida no que tange ao gasto com saúde e, com isso, tenham a possibilidade de ter maior autonomia na forma de executar o gasto, definindo seus modelos assistenciais próprios.

Em relação aos efeitos produzidos após sua decretação, Piola (2006, p. 574) admitiu que, “graças à Emenda 29, o gasto público com saúde, apesar de ainda baixo de acordo com parâmetros internacionais, passou de 3,1% do PIB em 2000 para 3,6% em 2003”. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007c, p. 63), em 2001, o gasto público em saúde apresentou um crescimento real de 10% em relação ao ano anterior e de 35%, entre 2000 e 2004. De acordo com a avaliação do MS, a evolução do gasto em saúde, ilustrada na tabela 2, deve-se ao incremento do dispêndio executado pelos municípios e estados.

Correia (2005, p. 67) referiu que: “Na realidade, com a EC nº 29, o governo federal reduz sua obrigação para com o financiamento da saúde, repassando para os estados e municípios a responsabilidade maior”. A despesa da União com as ações e serviços públicos de saúde tem evoluído positivamente em números absolutos, mas, a tendência de redução da participação federal parece clara, principalmente quando se observa os dados da tabela 3.

Tabela 2 - Despesa com ações e serviços públicos de saúde por nível de governo em percentual do produto interno bruto, 2000 a 2003

Esfera	2000	2001	2002	2003
União	1,85	1,87	1,84	1,75
Estados	0,57	0,69	0,77	0,79
Municípios	0,67	0,77	0,87	0,91
Total	3,09	3,33	3,48	3,45

Fonte: Ministério da Saúde, 2005, p. 4.

Tabela 3 – Percentual de participação na despesa com saúde, segundo o nível de governo, 1980 a 2003

Ano	União	Estados	Municípios
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	59,7	18,5	21,7
2001	56,2	20,7	23,2
2002	52,9	22,0	25,1
2003	50,7	22,8	26,5

Obs.: 1980 a 1990 - Despesa total com saúde;

1995 - Gasto público com saúde – exclui inativos e dívida e acrescenta gastos com servidores da saúde – exceto os destinados a servidores públicos de outros órgãos federais;

2000 a 2003 - Ações e Serviços Públicos de Saúde, segundo a EC29.

Fonte: Ministério da Saúde, 2005, p. 5.

Carvalho (2002, p. 217) explica que:

É impossível não reconhecer que Estados e Municípios estão retirando de seus recursos gerais, e a União nada tira de suas receitas fiscais. Apenas repassa recursos da seguridade que é a única, constitucionalmente habilitada, a recolher para as três esferas de governo se desincumbirem de suas funções. Não só não repassa do dela, mas também desvia recursos da seguridade para outras áreas, o que é inconstitucional.

A EC29 não rompe com a postura político-econômica de centralização dos recursos na União. Segundo Faveret (2003), os novos dispositivos constitucionais favorecem a autonomia dos estados e municípios, uma vez que, a respeito do repasse de recursos, ocorre um desprendimento da rígida normatização federal, a qual – ainda que em diferentes graus –, é dirigida ao cumprimento de objetivos específicos, o que fere a autonomia gestora das instâncias de governo locais. A EC29, de fato, reduz o engessamento do orçamento para a saúde, pois abre caminho para a descentralização do financiamento do SUS. A sua defesa é a garantia de recursos mínimos, a obrigatoriedade diz respeito ao mínimo, então, fica a critério dos poderes constituídos que esse mínimo seja superado.

Marques e Mendes (2005, p. 167/168), com base em dados do Siops, avaliaram que: “Passados os quatro primeiros anos de vigência da EC29, verifica-se que a União vem

descumprindo a sua aplicação a cada ano, indicando um valor de R\$ 1,8 bilhão como a diferença acumulada no não-cumprimento nos anos de 2001, 2002 e 2003”. Destacam que alguns estados não cumpriram a Emenda em todos esses anos e, em 2002, 16 estados deixaram de aplicar o percentual mínimo exigido. Concernente aos municípios, consideraram que o cumprimento da EC29, em geral, tem sido respeitado.

Carvalho (2002, p. 284), analisando o descomprometimento da União com o financiamento da saúde, desde as disposições constitucionais de 1988, conclui que:

Está sendo descumprido o bloco de constitucionalidade referente ao financiamento federal da saúde. Como corolário: os órgãos fiscalizadores das ações governamentais no âmbito federal descumprem a lei ao não impedirem que estas ilegalidades do executivo continuem se mantendo.

Como desafio premente e imprescindível, que assegure o direito à saúde e a qualidade dessa atenção, impõe-se a regulamentação da EC29, mesmo admitindo que esse intento não constitua a única via possível para contornar a situação. Entre outras necessidades, ressalte-se: acabar com todas as formas de malversação dos recursos públicos, zelar pelo cumprimento da lei, romper com o amadorismo na administração do SUS, objetivar a eficiência e a eficácia do Sistema. A regulamentação está contemplada na redação da própria Emenda, por meio de determinação que indica a elaboração de Lei Complementar a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Nessa perspectiva, tramita o projeto de Lei Complementar n. 1, de 2003, proposto pelo deputado Roberto Gouveia, o qual:

[...] garante o compromisso do governo federal, expresso em 10% da Receita Corrente, base de cálculo definida por deliberação da 12ª Conferência Nacional de Saúde, além dos recursos de impostos das outras esferas de governo. Ainda, este projeto define o conceito de ações e serviços de saúde – tão questionado e desrespeitado ultimamente pelas três esferas de governo – orienta a alocação, distribuição e controle dos recursos do SUS, de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade (Abrasco, 2006b).

A criação de mecanismos que assegurem o acompanhamento do financiamento da saúde pública e da aplicação desses recursos tem sido determinante para a democratização e o aprofundamento do debate em saúde. A implantação do Siops, vinculado ao Departamento de Informática do SUS (Datasus), tem permitido o detalhamento quantitativo

e qualitativo de dados ou indicadores que embasam o referido debate; o cumprimento da EC29 é um dos indicadores disponibilizados no site do Siops.

2.5 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

A discussão recente sobre políticas de informação em saúde reforça a necessidade de se dispor de dados qualificados, abrangentes, oportunos e confiáveis, reconhecendo a perspectiva de satisfazer as especificidades de interesses, caracterizadas pela singularidade do olhar de cada cidadão. De acordo com Camargo Jr. e Coeli (2005, p. 151):

As últimas conferências nacionais em saúde para o SUS, adicionalmente, o próprio desenvolvimento tecnológico e institucional possibilitou a implantação de várias iniciativas e sistemas que vêm garantindo uma crescente disponibilidade de informações essenciais para a gestão do SUS.

No tocante à gestão financeira da saúde, Mendes (1999) considera que a incipiente produção e disponibilidade de informações pertinentes ao dispêndio público com saúde limitam a qualidade do debate sobre o financiamento. Para Couttolenc e Zucchi (1988, p. 23): “A crescente complexidade e o volume de recursos financeiros, associados à gestão do SUS, tornam obrigatória a utilização de instrumentos de administração financeira mais sofisticados”. Em 1999, decorridos dez anos de operacionalização do SUS, começou a tomar forma o anseio por um sistema informatizado que permitisse acompanhar o financiamento e os gastos com a saúde pública nas três esferas de Governo.

Pautado na experiência bem sucedida de preenchimento e declaração do Imposto de Renda, utilizada pela Secretaria da Receita Federal, o MS, em parceria com o Datasus e outros órgãos, promoveu a implantação e estruturação do Siops. Em suma, a estratégia desse sistema corresponde ao elo de três componentes: um “software” disponibilizado aos municípios e estados para que efetuem a declaração de seus respectivos demonstrativos contábeis acerca da saúde; um endereço eletrônico no portal do Datasus (<http://Siops.Datasus.gov.br>) e a centralização de um banco de dados, pelo MS (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

O Siops foi instituído pela Portaria Conjunta do MS e da Procuradoria Geral da República n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, sendo coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde (DES), órgão da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Entre outros pontos, a referida Portaria propõe a implantação de Núcleos Estaduais do Siops como órgãos de fomento à efetiva interlocução com os municípios, ao aprimoramento do sistema, à utilização dos dados do Siops pelos gestores, como ferramenta de informação gerencial, além de contribuir para o controle social do SUS.

Com a aprovação, pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Resolução n. 322, o Sistema passou a ser o instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Para Piola (2006): “Com a criação do Siops, o Brasil passou a ter informações mais regulares sobre os gastos de estados e municípios com saúde. Mas o maior uso dessas informações tem sido a verificação do cumprimento da Emenda 29”. O autor acredita que é necessário avançar nos estudos que tratam da alocação equitativa intra-estadual dos recursos, ressaltando que o Siops apenas capta os recursos públicos destinados ao SUS, mas não contabiliza outros recursos públicos alocados para sistemas restritos a servidores públicos civis e militares e não considera o gasto privado em saúde. E conclui Piola: “De qualquer forma, ainda que lentamente, avançou-se bastante nas últimas décadas no campo da economia da saúde”.

Em maio de 2002, o Siops recebeu o prêmio de “experiência inovadora de gestão”, concedido pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 382). Lima, Carvalho e Schramm (2006), em estudo comparativo entre os bancos de dados do Siops, do FNS, do Sistema de Finanças do Brasil (Finbra) e registros da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), constataram que os dados do Siops são confiáveis, afirmando que, no campo dos estudos epidemiológicos: “A inclusão dos dados financeiros na composição dos indicadores que explicam a situação de saúde de uma população traz um novo olhar”.

A partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), em 2001, a informação ao Siops tornou-se compulsória, sendo requisito para a habilitação dos

estados e municípios a uma condição de gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O banco de dados de representação nacional, disponibilizado ao domínio público no site do Sistema, é de natureza declaratória e tem a sua visibilidade ampliada a partir do compartilhamento dos seus dados com outras instâncias do poder federativo. Lima, Carvalho e Schramm (2006, p. 1862) destacam que o Siops “passou a ser integrante do instrumental de controle da Lei de Responsabilidade Fiscal [...], possibilitando a geração de demonstrativo da receita líquida de impostos e das despesas próprias com saúde”. No Pacto pela Saúde, a portaria n. 91 do MS, de 10 de janeiro de 2007, classifica o Siops como fonte de acompanhamento da receita própria aplicada em saúde, conforme previsto na EC29 (BRASIL, 2007a). Essas vinculações atribuídas ao Siops significam avanços na garantia da confiabilidade dos dados declarados.

A alimentação do Siops, mediante o envio dos dados dos estados e municípios, ocorre duas vezes ao ano e objetiva conformar as declarações em “um sistema anual do exercício financeiro imediatamente anterior e um sistema semestral do ano vigente, tanto para estados, quanto para municípios” (SIOPS, 2007). O Anexo de Metas Fiscais e o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (MINISTÉRIO DA FAZENDA, 2006) determinam que as publicações dos demonstrativos contábeis, municipais e estaduais devem ser efetuadas em até 30 dias após o encerramento do exercício anterior. Assim, o balanço anual de 2006 deve ser declarado ao Siops até 30 de janeiro de 2007, enquanto que o balanço do primeiro semestre de 2006, em 30 de julho de 2006. O controle de pendências na alimentação do Siops começou a ser realizado a partir de 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a) e pode ser analisado em relação ao quantitativo de períodos não informados (anos ou semestres), além do tempo decorrido para regularização das pendências após a expiração do prazo de envio dos dados.

O software do Siops possui “filtros de consistência”, críticas internas com o objetivo de garantirem a padronização dos dados e evitar o comprometimento qualitativo das informações prestadas. Trata-se de uma medida de segurança, que minimiza a possibilidade de preenchimento incorreto das declarações pelo usuário e alerta sobre qualquer incompatibilidade. Este recurso verifica, dentre outros, a:

[...] duplicidade de dados entre as despesas da administração direta e indireta, o limite superior de 40% para o percentual de recursos próprios aplicados em saúde e a despesa própria per capita de saúde em até R\$ 400,00” (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003 p. 381).

Os dados, cujas fontes de informação são os relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira das instâncias subnacionais, não podem ser alterados pela equipe técnica do Siops. Constatada incoerência nas informações enviadas, é sugerida ao declarante a realização das retificações necessárias e o reenvio dos dados pela internet. Esta orientação também é adotada nos Tribunais de Contas: “Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo Siops” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Cumpre salientar que cabe a essas instâncias: “o controle, fiscalização e auditoria para aferimento e garantia da fidedignidade das informações declaradas [...] nos balanços gerais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a).

A partir da compreensão do Siops como um contribuinte para o avanço nos processos de planejamento, gestão e controle social do SUS, sendo crescente o seu aprimoramento e a sua credibilidade junto à sociedade, e considerando o imperativo de tornar o cumprimento da EC29 uma realidade, o estudo em pauta investiga um atributo essencial a qualquer informação – a confiabilidade. Nesse sentido, propõe-se a avaliar a efetivação do direito à saúde no cumprimento à EC29 em Pernambuco, no período de 2000 a 2005, analisando a confiabilidade dos dados municipais declarados ao Siops. Assim, o significado de confiabilidade, aqui adotado, compreende uma combinação de duas análises: a concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e aqueles constantes dos demonstrativos contábeis auditados pelo TCE e a correspondência de informações quanto à situação de cumprimento da EC29 em Pernambuco, a partir das fontes de dados mencionadas. Em ambas as análises, os dados do TCE são considerados como os que melhor se aproximam do efetivo dispêndio na saúde, a partir da receita própria dos municípios.

3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Local do estudo e período de referência

A escolha do cenário de realização da pesquisa teve como princípio norteador a viabilidade de operacionalização dos objetivos do estudo, considerada a partir da avaliação de aspectos como: conhecimento prévio do território a ser investigado, acesso às informações, articulação e comunicação com órgãos institucionais da esfera pública. Nesse sentido, optou-se pelo Estado de Pernambuco.

Situado na Região Nordeste, o Estado de Pernambuco ocupa uma área de 98.311,616 km² e 748 km de extensão, dividindo-se em cinco regiões geográficas ou mesorregiões: Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. É constituído por 184 municípios e o território ultramarino de Fernando de Noronha. A população recenseada e estimada no Estado, em 2007, correspondia a 8.485.386 habitantes (IBGE, 2007).

A pesquisa teve como referência o período de 2000 a 2005, por conta da promulgação e o início de vigência da EC29, em 2000, e a disponibilidade de informações do TCE até 2005.

3.2 Desenho do estudo

Face à natureza comparativa do estudo entre registros numéricos de dados secundários, não havendo intervenção do investigador sobre o fenômeno estudado e sendo a coleta de dados um processo pontual, a investigação configura-se como um estudo quantitativo, do tipo transversal e de caráter analítico (PEREIRA, 1995).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) enfatizam que o desenho transversal mostra um instantâneo do momento presente, cuja finalidade se presta “tanto a descrever tendências comuns a todos os grupos quanto a identificar quaisquer diferenças entre os subgrupos”. De acordo com Pereira (1995), esses estudos são os únicos possíveis de realizar em numerosas ocasiões, destacando, na maior parte dos casos, a relativa

simplicidade e baixo custo de execução, a objetividade e o curto intervalo de tempo da coleta de dados. Por outro lado, o autor ressalta como limitações dessa abordagem a dificuldade de atribuir causalidade, de interpretar fatores que possam confundir, além de que os resultados expressos podem não ser representativos dos acontecimentos presentes, haja vista caracterizarem um momento particular.

3.3 Coleta e processamento dos dados

O procedimento de coleta se deu a partir do levantamento de dados secundários do Siops, do TCE, da Contagem da População 2007, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e informações da Secretaria Estadual de Saúde (SES) acerca da condição de gestão dos municípios do Estado. No Siops, foram verificados os percentuais de aplicação da contrapartida de recursos municipais gastos em saúde, e, no TCE, buscou-se a referida informação a partir dos demonstrativos contábeis da saúde auditados. Somente os dados com informações simultâneas nas duas fontes, para cada ano avaliado, foram incluídos para análise, constituindo uma série temporal de 2000 a 2005.

A partir da coleta, os dados foram registrados em planilhas eletrônicas do Microsoft Office Excel 2007 (©Copyright Microsoft Corporation), para formação de um banco de dados, contendo as seguintes variáveis:

- I. Percentuais de recursos mínimos aplicados em saúde nos municípios de Pernambuco, caracterizados como contrapartida de recursos municipais frente aos repasses fundo a fundo do Governo Federal e Estadual, sendo obtidos de acordo com os seguintes estágios de evolução do cálculo de apuração dos percentuais aplicados:
 - 2000 a 2001 – despesa empenhada.
 - 2002 a 2003 – despesa liquidada.
 - 2004 a 2005 – despesa empenhada, descontados os valores de restos a pagar sem disponibilidade financeira e os valores de restos a pagar cancelados após a compensação pelo saldo de aplicação.

II. Fatores populacionais:

- a) Faixas de receita própria per capita dos municípios – Adotada a codificação do IBGE utilizada na divulgação dos resultados do Perfil dos Municípios Brasileiros – Finanças Públicas 1998-2000: sendo 1 = até R\$ 200, 2 = mais de R\$ 200 a 250, 3 = mais de R\$ 250 a 300, 4 = mais de R\$ 300 a 350, 5 = mais de R\$ 350 a 400, 6 = mais de R\$ 400 a 500, 7 = mais de R\$ 500 a 700 e 8 = mais de R\$ 700.
- b) Tipo de gestão dos municípios – Foram consideradas as condições de gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSM) publicadas na Norma Operacional Básica da Saúde (NOB 96), pelo MS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).
- c) Porte populacional – Categorias determinadas a partir da contagem da população de Pernambuco pelo IBGE, segundo a população estimada e recenseada para julho de 2005: 1 - até 5.000 habitantes, 2 - de 5.001 até 10.000, 3 - de 10.001 até 20.000, 4 - de 20.001 até 50.000, 5 - de 50.001 até 100.000, 6 - de 100.001 até 500.000, 7 - mais de 500.000.
- d) Ano Declaratório da EC29 – Corresponde ao registro anual de aplicação da EC29. Neste estudo foram considerados os registros do intervalo de 2000 a 2005.
- e) Regularidade na alimentação do Siops – Categorizada em semestres de atraso no envio das declarações municipais ao Sistema.

Tendo em vista haver 184 municípios no Estado e considerando o intervalo de anos pesquisados, seria possível a obtenção de 1104 registros de dados municipais no Siops e igual quantitativo no TCE, caso não houvesse pendências na alimentação do Siops e o processo de auditoria do TCE ocorresse de modo oportuno e sem contingências (eventualidades que podem surgir mediante atrasos na prestação de contas dos municípios, ausência de documentos para comprovação de despesas, solicitação de prazos para justificativas ou retificação de demonstrativos, etc.). Portanto, obedecendo ao critério

estabelecido, pareamento simultâneo de dados nas duas fontes de coleta, 937 registros de cada fonte constituíram a amostra analisada, ou seja, os dados disponíveis representaram 84,9% dos 1104 registros possíveis por fonte investigada.

3.4 Plano de análise

O banco de dados foi analisado considerando três etapas, descritas abaixo, utilizando os softwares Office Excel 2007, Statistica 6.0 (©Copyright StatSoft, Inc.) e SPSS 14.0 (©Copyright SPSS Inc.). Para as duas últimas etapas foram desconsiderados da análise os municípios que não apresentaram informações para todo o período investigado nas duas fontes de coleta. Conforme orienta a resolução do CNS n. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), a ausência dessas informações inviabiliza o cálculo da progressividade dos percentuais mínimos de vinculação da EC29. Assim, do total de 184 municípios de Pernambuco, 82 foram selecionados, representando 44,6% dos municípios do Estado e 52,5% do total de dados disponíveis coletados.

Etapas 1 – Concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e auditados pelo TCE

A análise teve como proposta verificar, para cada ano, se os percentuais de aplicação da EC29 no Siops correspondiam aos que constavam nos demonstrativos contábeis auditados pelo TCE. Não interferindo nessa avaliação o mérito de cumprimento da Lei, importando apenas os valores registrados em cada fonte de coleta.

O método de mensuração escolhido foi o Coeficiente de Correlação Intraclassas (ICC). Este método foi utilizado por Lima, Carvalho e Schramm (2006), em estudo sobre o financiamento público em saúde, avaliando a confiabilidade dos bancos de dados nacionais.

O ICC é amplamente empregado como prova estatística na medição da concordância de dados expressos em escala contínua, constituindo-se numa estimativa da fração da variabilidade total de medidas, devido a variações entre as observações. O resultado da estimação do teste é representado por uma faixa que vai de zero a um, com aumento progressivo da concordância à medida que se distancia de zero e se aproxima de 1.

O uso correto do ICC exige a identificação do modelo de cálculo mais adequado à influência dos efeitos dos observadores e das observações (CARRASCO; JOVER, 2003).

Neste estudo, o efeito dos observadores (bancos de dados) foi caracterizado como fixo, tendo em vista que a forma de registro de dados no Siops e no TCE segue padrões estabelecidos, ou seja, as fontes de coleta possuem instrumentos metodológicos bem definidos para obtenção de informações, enquanto que os dados registrados nessas observações variam e, por isso, são caracterizados como efeito aleatório. Portanto, nessa distribuição, as colunas comportam-se como efeito fixo e as linhas, aleatório, sendo apropriada a expressão do ICC a seguir (MCGRAW; WONG, 1996):

$$ICC = \frac{MS_R - MS_E}{MS_R + (k - 1) MS_E + \frac{k}{n} (MS_C - MS_E)}$$

Na qual:

MS_R é o quadrado médio referente às observações, MS_E o quadrado médio referente ao erro, MS_C é o quadrado médio referente aos observadores, k é o número de observadores e n é o número de observações.

Etapla 2 – Correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29

O objetivo dessa etapa foi verificar se as informações sobre o cumprimento da EC29, levadas à publicidade pelos municípios no Siops, correspondiam àquelas resultantes da auditoria do TCE, não importando a magnitude dos percentuais aplicados, mas o alcance da meta de cumprimento da Emenda, identificada para cada município, na seqüência de anos investigados, por fonte de coleta. A referida avaliação foi executada calculando-se os percentuais mínimos de recursos vinculados à saúde que garantiriam o atendimento à Lei, comparando-os com os percentuais efetivamente aplicados.

Segundo a Resolução do CNS n. 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), a contrapartida de recursos municipais na saúde deveria corresponder, em 2000 a 7%; em 2001, a 8,6%; em 2002, a 10,2%; em 2003, a 11,8% e, a partir de 2004, a 15%. Porém,

diante da possibilidade de haver variações na aplicação dos percentuais foi estabelecido que a diferença entre o efetivamente aplicado em 2000 e o percentual final estipulado no texto da Emenda Constitucional deveria ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que, em 2004, o mínimo deveria ser 15%.

A partir das determinações da Resolução supracitada, considerou-se ainda que, na hipótese de descumprimento da EC29, a definição dos valores do exercício seguinte não seria afetada; ou seja, os valores mínimos seriam definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC29 no exercício anterior; portanto, os critérios de ressarcimento dos valores não empregados seguem outra lógica e não interferem com a progressão da Emenda. Outro ponto é que, em virtude do caráter progressivo da vinculação de recursos, uma vez superado o valor mínimo de aplicação para determinado ano, não pode haver retrocesso nos anos posteriores, exceto nos casos em que o percentual de 15% já tenha sido contemplado.

Etapa 3 – Cumprimento da EC29, segundo fatores populacionais

Considerando que os percentuais de aplicação da EC29 auditados pelo TCE representam a melhor aproximação do efetivo dispêndio na saúde a partir da contrapartida de recursos dos municípios, buscou-se, nesta etapa, analisar a possível existência de associações entre o cumprimento da Emenda e os fatores populacionais a seguir: as faixas de receita própria per capita dos municípios, a habilitação destes a uma condição de gestão, o porte populacional, o ano declaratório da EC29 e a regularidade na alimentação do Siops. Como variável dependente, utilizou-se a proporção de cumprimento positivo da EC29 observada no TCE. A estimação desta proporção foi realizada agrupando por estratos os 82 municípios (combinações possíveis dos níveis de cada fator), procedendo-se ao cálculo em cada estrato definido.

A opção de realizar esta abordagem teve como propósito evidenciar a efetivação do direito à saúde no cumprimento da EC29, não somente numa perspectiva de observância da adequação dos percentuais investidos, mas ampliando esse escopo para a verificação da influência de determinados fatores no alcance das metas de atendimento às determinações da legislação vigente pelos municípios de Pernambuco.

Em virtude da proporção de cumprimento da EC29, pelos dados do TCE, não ter constituído uma distribuição normal, uma vez que o número de sucessos no atendimento à Lei mostrou-se bastante superior ao de fracassos, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Segundo Motta (2006), esse teste é alternativa não-paramétrica à análise de variância para a um critério de classificação. Como pré-requisito, exige a comparação de três ou mais amostras independentes e testa a hipótese nula de que as diferentes amostras na comparação, com tamanho mínimo de seis registros de dados no mínimo ordinais, dispostos em ordem crescente, foram tiradas a partir da mesma distribuição ou de distribuição com a mesma mediana.

3.5 Limitações metodológicas

Evidenciar a efetivação do direito à saúde constitui uma tarefa difícil e audaciosa, tendo em vista a complexa natureza dos fatores que interagem na dinâmica da materialização da saúde como preceituada pelo SUS. O foco do estudo, no intuito de atenuar essa dificuldade, centrou-se na investigação da aplicação da contrapartida de recursos dos municípios de Pernambuco na saúde, como exigência da EC29, explorando a confiabilidade dos dados declarados e a existência de associações entre o efetivo cumprimento da Emenda e um elenco de variáveis selecionadas, no sentido de identificar aspectos que influenciam esse cumprimento. Contudo, este estudo não investigou a natureza dos gastos municipais com saúde, nem dispunha de dados sobre as reais condições da rede assistencial de cada município. Todos os comentários limitaram-se apenas a hipóteses baseadas na análise dos resultados encontrados.

Por último, uma consideração importante diz respeito à utilização de dados secundários, oriundos de bancos, como foi o caso deste projeto, o que impõe certas limitações, como a insuficiência de dados e a disponibilidade destes entre fontes de coleta de natureza distinta, para efeito de comparação dos registros, principalmente quanto ao aspecto temporal.

3.6 Considerações éticas

Este estudo é um desdobramento da pesquisa: “Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação dos dados no uso da tecnologia da informação”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a coordenação da Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra. A pesquisa está vinculada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) do Departamento de Medicina Social (DMS) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e teve a aprovação do Comitê de Ética do CCS/UFPE, sob o registro n. 0002.0.172.000-06 - 003/2006.

4 – RESULTADOS

4.1 Concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e auditados pelo TCE

A análise de concordância, referente ao período de 2000 – 2005, para os 184 municípios do Estado, constou da verificação de 1874 registros de percentuais de aplicação da EC29, sendo 50% desses registros referentes ao Siops, agrupados por município e ano declaratório, e a outra metade resultante do TCE, obtidos no processo de auditoria dos referidos percentuais declarados no Siops; caracterizando, portanto, 937 observações pareadas, distribuídas conforme ilustra a tabela 4. O maior volume de dados pareados foi obtido nos anos de 2002 e 2003, sendo coletados, em cada ano, 172 registros do total de 184 possíveis (93,5%); em 2000, esse montante representou 70,1% dos dados, 129 registros pareados, o menor quantitativo dos anos declaratórios avaliados. No conjunto, a amostra foi constituída por 84,9% dos dados possíveis de obtenção.

As médias observadas se mantiveram acima dos percentuais mínimos exigidos para o cumprimento da Emenda, de acordo com os critérios de evolução progressiva da Resolução nº 322 do CNS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Em todos os anos a média do TCE foi inferior à do SIOPS. De modo geral, o desvio padrão das distribuições oscilou, aproximadamente, de 3,86 a 7,54 pontos no SIOPS e de 4,65 a 6,20 no TCE.

Tabela 4 – Distribuição dos percentuais de aplicação da EC29¹, segundo registros declaratórios do Siops² e de auditoria do TCE³ no período de 2000 a 2005

Ano declaratório da EC29	Fonte de dados	Média dos % da EC29 aplicados	Desvio Padrão	N
2000	Siops	13,80	7,54	129
	TCE	12,96	5,92	129
2001	Siops	16,34	6,95	165
	TCE	14,86	6,20	165
2002	Siops	17,17	6,19	172
	TCE	16,73	6,03	172
2003	Siops	19,16	5,39	172
	TCE	18,28	6,10	172
2004	Siops	18,48	4,68	161
	TCE	18,36	5,44	161
2005	Siops	18,83	3,86	138
	TCE	18,32	4,65	138

¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado

A estimativa da concordância dos dados pelo ICC variou de 0,38 a 0,63 para os anos investigados (Tabela 5). Os anos com maior correlação foram 2001 e 2003, respectivamente 0,60 e 0,63; verificando-se os menores valores em 2000 e 2002, 0,38 e 0,48. Os resultados do ICC sugerem um nível de concordância discreto a moderado entre as distribuições dos percentuais no Siops e no TCE. Considerando que o menor valor do ICC foi evidenciado no início do intervalo de referência, ano 2000, o aumento verificado nos anos posteriores não assumiu uma tendência homogênea, ocorrendo inversões entre incremento e declínio.

Tabela 5 – Mensuração da concordância dos percentuais de aplicação da EC29¹, segundo registros declaratórios do Siops² e de auditoria do TCE³, no período de 2000 a 2005, por meio do ICC⁴

Ano declaratório da EC29	Fonte de variação	GL	QM	ICC	IC 95%	
					LI	LS
2000	Observação	128	63,73	0,38	0,23	0,52
	Observador	1	45,65			
	Erro	128	28,24			
2001	Observação	164	70,18	0,60	0,49	0,70
	Observador	1	180,68			
	Erro	164	16,61			
2002	Observação	171	55,01	0,48	0,35	0,58
	Observador	1	16,98			
	Erro	171	19,56			
2003	Observação	171	54,13	0,63	0,53	0,71
	Observador	1	65,88			
	Erro	171	12,17			
2004	Observação	160	40,45	0,57	0,46	0,67
	Observador	1	1,19			
	Erro	160	11,02			
2005	Observação	137	28,52	0,56	0,43	0,66
	Observador	1	17,64			
	Erro	137	8,01			

GL = Graus de Liberdade; QM = Quadrados Médios; ICC = Coeficiente de Correlação Intraclassas; IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite inferior e LS = Limite superior.

¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado

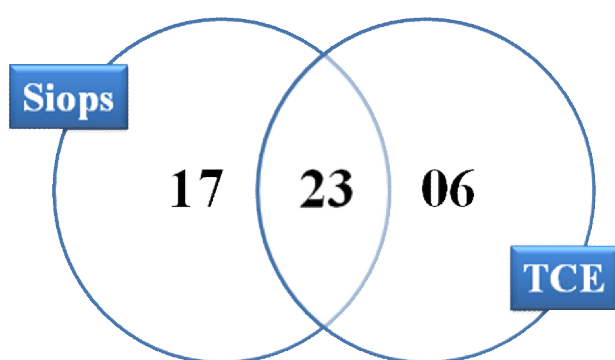
⁴ Coeficiente de Correlação Intraclassas

4.2 Correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29

Do conjunto de 1874 registros utilizados para avaliar a concordância dos dados, 984 constituíram o quantitativo de observações passíveis de análise, nas duas fontes de coleta, no tocante ao desempenho dos municípios quanto ao cumprimento da EC29, segundo critérios explicitados nos procedimentos metodológicos. Dessa forma, a avaliação proposta se deu a partir de 492 observações pareadas, entre o Siops e o TCE, totalizando 82 municípios.

Verificou-se que dos 82 municípios selecionados 23 cumpriram o que determina a legislação, em ambas as fontes, o que representa 28,0% da amostra. No Siops, esse registro correspondeu a 40 municípios, os 23 citados anteriormente somados a 17 com cumprimento

exclusivo nesse Sistema. Para o TCE esse quantitativo correspondeu a 29, 06 além dos 23 já mencionados (Figura 2). Portanto, 46 municípios (soma dos dados da Figura 2) cumpriram com a EC29, no período de 2000 a 2005, em pelo menos uma fonte de coleta, sendo evidenciada uma diferença de 11 municípios no total daqueles que cumpriram a Lei entre os dois bancos de dados. Os demais municípios, 36 (43,9% da amostra), descumpriram com a Emenda em um ou mais anos do período investigado, não sendo representados na figura abaixo.



¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado

Figura 2 – Diagrama ilustrativo do número de municípios do Estado de Pernambuco que cumpriram a progressão dos percentuais de aplicação da EC29¹, no período de 2000 a 2005, a partir de registros do Siops² e do TCE³

O cumprimento total alcançado no somatório dos dados, por fonte investigada, para todo o período avaliado, foi de 85,8%, no Siops, e de 78,1%, no TCE (Tabela 6). Representando graficamente a distribuição anual dos percentuais (Gráfico 1), identifica-se situações distintas entre as séries de dados do Siops e do TCE. Na primeira, o patamar de cumprimento obtido no ano 2000 é superado em 2003 e 2005; na segunda, em momento algum se atinge o resultado inicial. Em 2002, evidencia-se a maior aproximação entre as séries, sendo interessante constatar o distanciamento entre os pontos percentuais de ambas em 2001, 2003, 2004 e 2005. O ano de pior desempenho do intervalo foi o de 2001.

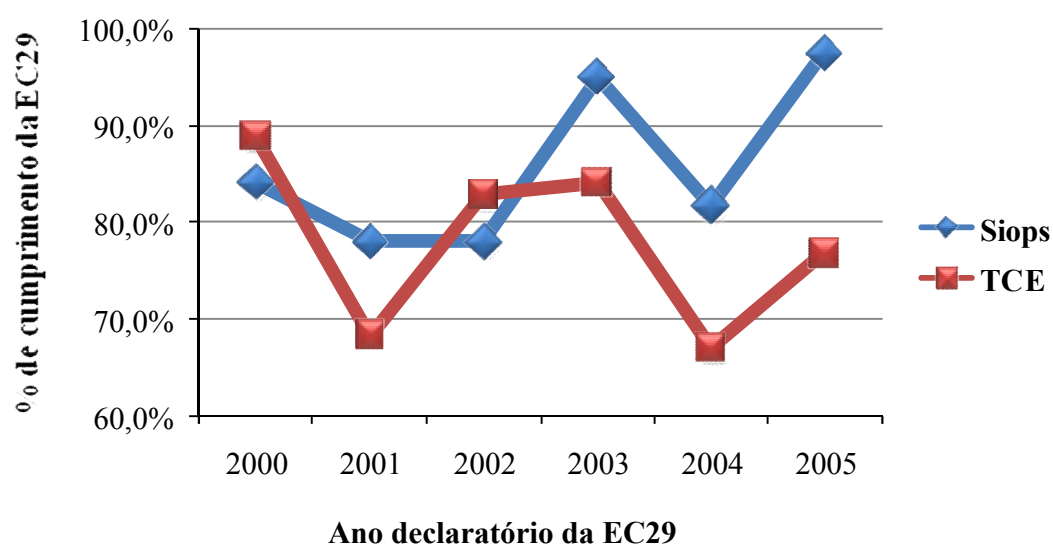
Tabela 6 – Municípios do Estado de Pernambuco que cumpriram a EC29¹, segundo registros do Siops² e dos balancetes auditados pelo TCE³, no período de 2000 a 2005

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Siops	69	84,2	64	78,1	64	78,1	78	95,1	67	81,7	80	97,6	422	85,8
TCE	73	89,0	56	68,3	68	82,9	69	84,2	55	67,0	63	76,8	384	78,1

¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado



¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado

Gráfico 1 – Distribuição percentual do número de municípios do Estado de Pernambuco que cumpriram a EC29¹, considerando registros do Siops² e dos balancetes auditados pelo TCE³, no período de 2000 a 2005

Dos 492 registros pareados analisados, apenas 7 (1,4%) não apresentaram divergências quanto ao valor absoluto, ou seja, possuíam registros idênticos nos dois bancos de dados. Considerando a correspondência de informações quanto à situação de cumprimento da EC29 declarada no Siops e as informações de auditoria do TCE, o consenso abrangeu 79,5% dos dados municipais (Tabela 7), ou seja, 20,5% dos dados

pareados significaram situações de cumprimento opostas, não convergentes na condição de atendimento à Lei. A amplitude de variação de informações convergentes teve como limite inferior o valor de 75,6% (2001 e 2004) e superior, 86,6% (2003); para as informações divergentes essa variação oscilou de 13,4% (2003) a 24,4% (2004).

Tabela 7 – Correspondência da informação de cumprimento da EC29¹ no Estado de Pernambuco, segundo registros do Siops² e dos balancetes auditados pelo TCE³, no período de 2000 a 2005

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	68	82,9	62	75,6	63	76,8	71	86,6	62	75,6	65	79,3	391	79,5
Não	14	17,1	20	24,4	19	23,2	11	13,4	20	24,4	17	20,7	101	20,5

¹ Emenda Constitucional nº 29/2000

² Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

³ Tribunal de Contas do Estado

4.3 Cumprimento da EC29, segundo fatores populacionais

A avaliação proposta foi executada a partir do cálculo do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Dentre o elenco das variáveis independentes selecionadas, o cumprimento da EC29, resultante de balancetes auditados pelo TCE nos 82 municípios passíveis de análise, em função da disponibilidade de dados para todo o período de referência investigado, foi significativo ($p < 0,05$) entre os anos declaratórios ($p = 0,0016$) e entre os portes populacionais ($p = 0,0049$) – (Gráficos 2 e 3). Os demais fatores não foram significativos ($p > 0,05$).

Observando o gráfico 2, identifica-se, pela mediana e nível dos quartis (25-75%), a assimetria entre o sucesso e o fracasso no cumprimento da EC29, predominando o primeiro. Excetuando-se 2004, a mediana ocupou o limite superior da escala de distribuição em cada ano declaratório, havendo decréscimo desse cumprimento ao se verificar os quartis. A maior variabilidade de dados ocorreu em 2004 e 2005.

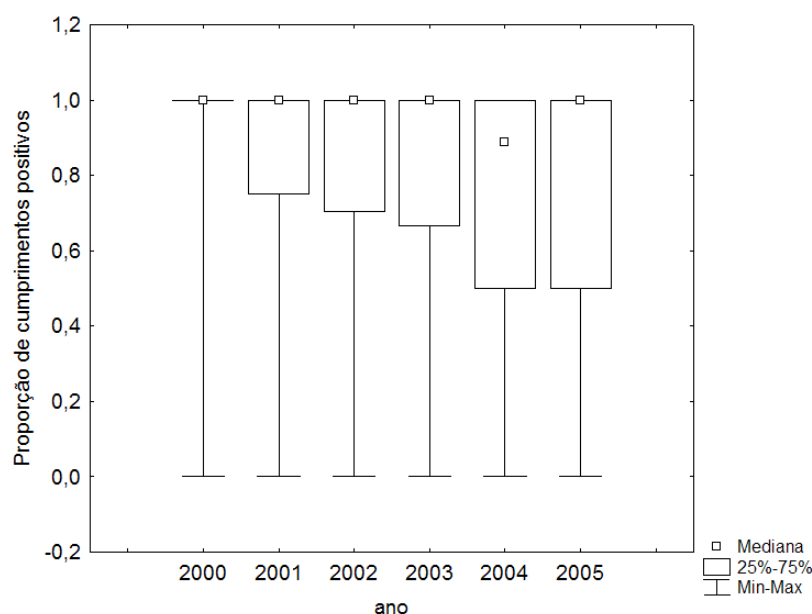


Gráfico 2 – Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2005, segundo dados do TCE, por ano declaratório

No gráfico 3, o cumprimento da Emenda é averiguado frente aos contingentes populacionais dos municípios. Conforme a situação descrita no parágrafo anterior, a mediana e os quartis observados também revelam a assimetria das proporções entre sucesso e fracasso. Para a questão pesquisada, vale salientar que foi superior o desempenho dos municípios de pequeno e médio porte, com até 50.000 habitantes, destacando a performance daqueles com até 5.000 pessoas. Entre os de maior população, chama a atenção o menor cumprimento da EC29 nos portes 5 e 7, representando, respectivamente, municípios com população de 50.0001 até 100.000 hab. e acima de 500.000 hab.

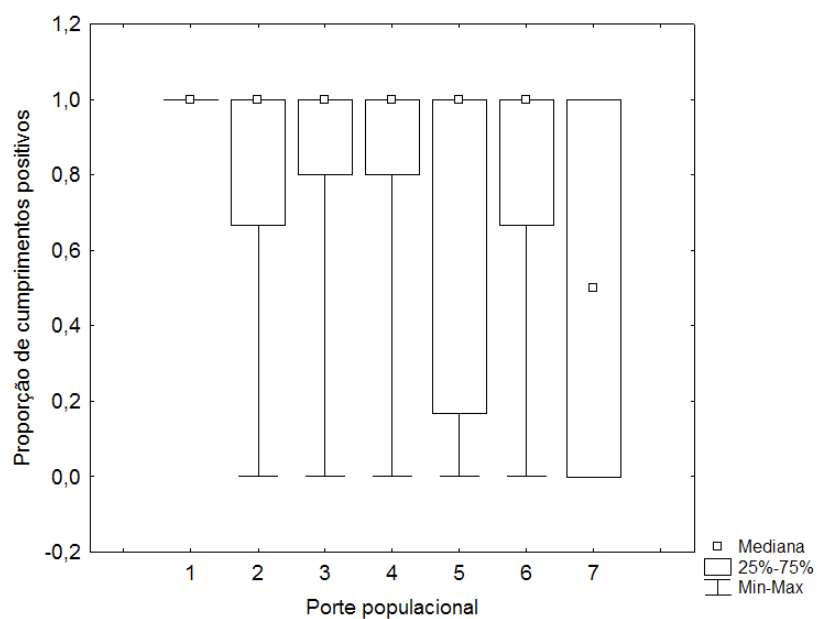


Gráfico 3 – Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 no Estado de Pernambuco, no período de 2000 a 2005, segundo dados do TCE, por porte populacional

5 – DISCUSSÃO

5.1 Concordância entre os dados municipais declarados ao Siops e auditados pelo TCE

A opção de utilizar o ICC como prova estatística levou em consideração a pesquisa bibliográfica acerca de estudos com perfis semelhantes de abordagem. Destacando-se o de Lima, Carvalho e Schramm (2006), sobre a avaliação da confiabilidade dos bancos de dados nacionais relativos ao financiamento da saúde pública.

Embora o trabalho mencionado tenha contribuído para a escolha do teste estatístico apropriado à condução desta pesquisa, foi necessário explorar a concepção dos autores de que o ICC por si só não era suficiente para estimar a concordância entre bancos de dados, apenas a consistência entre os mesmos; por isso, seria necessário utilizar um método complementar para estimar a concordância. Contudo, essa afirmação diverge das opiniões reveladas em outros trabalhos (MCGRAW; WONG, 1996; CARRASCO; JOVER, 2003), nos quais se argumenta que a capacidade do ICC em estimar a concordância entre dados se deve à utilização do modelo de cálculo adequado. Nesse sentido, é fundamental considerar a característica dos observadores (bancos de dados), os quais podem ter efeito fixo ou variável e, conseqüentemente, impõem alteração na fórmula do ICC. Ademais, estudos que pretendem mensurar somente a consistência ignoram as diferenças sistemáticas entre observadores, denotando baixo interesse em estimar a concordância.

Com base nos resultados, foram evidenciadas diferenças entre os registros das duas fontes de coleta; a variação do ICC, obtida para os anos investigados, oscilou de 0,38 a 0,63, valores que sugerem um nível de concordância discreto a moderado. A enumeração de causas que justifiquem as diferenças encontradas é uma tarefa ampla, tendo em vista a necessidade de verificação minuciosa dos dados de cada município, referentes à composição da receita própria, considerando um determinado exercício financeiro, e do detalhamento da despesa paga na saúde para o respectivo ano orçamentário.

Cabe ressaltar que os Tribunais de Contas dos Estados – responsáveis pelo controle, fiscalização e auditoria das informações declaradas ao Siops –, não dão conta com a devida

regularidade, do acompanhamento do contingente de declarações municipais do País. No âmbito dos estados, a aferição oportuna dos demonstrativos contábeis permite à equipe do Sistema elaborar relatórios técnicos anuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Portanto, em virtude do presente estudo não ter empregado a metodologia descrita no parágrafo anterior, pois apenas os percentuais de aplicação da EC29 foram utilizados, a análise das diferenças encontradas apresenta restrições e baseia-se nos relatórios da equipe técnica do Siops acerca dos estados e em hipóteses consubstanciadas na análise dos resultados.

Segundo as Notas Técnicas do Siops nº 49/2006, 2/2007 e 21/2007 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2007^a; 2007b), referentes à divulgação dos resultados da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, englobando, respectivamente, os exercícios de 2004, 2005 e 2006: no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela EC29 e diretrizes da Resolução do CNS nº 322 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), é consenso que a apresentação dos dados contidos nos balanços gerais não apresenta uniformidade. As principais divergências de receitas e despesas avaliadas são descritas a seguir:

- A Lei Federal nº 4.320/64 (que institui normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal) define o detalhamento de despesas apenas até o nível de elemento, fato que dificulta uma melhor análise, devido a não pormenorizar determinadas receitas e despesas demonstradas nos balanços gerais, principalmente a Função 10 – Saúde;
- Observa-se a inclusão de despesas em ações e serviços de saúde que estão em dissonância com a Resolução do CNS nº 322, de 08 de maio de 2003, o que demonstra a não adesão de parte dos entes ao preconizado por esta Resolução;
- Não consideração de multas, juros e atualizações monetárias de impostos e das dívidas ativas, por unidade da Federação, nos valores declarados ao Siops;
- Valores de despesas empenhadas informados ao Siops superiores aos divulgados nos balanços gerais, inscritos como Restos a Pagar, sem disponibilidade financeira, bem como a compensação de Restos a Pagar de anos anteriores;

- Diversos gestores estaduais, em muitos casos amparados pelos respectivos Tribunais de Contas e legislações estaduais, têm adotado conceitos diferentes na contabilização de receitas vinculadas e na conceituação de ações e serviços de saúde, o que pode ocasionar diferenças no cálculo do percentual mínimo de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde encontradas nos balanços e o constante no Siops.

Diante dessas considerações, entende-se que, embora a composição de receitas vinculadas e despesas realizadas em ações e serviços de saúde, com recursos próprios, com vistas a atingir o percentual de aplicação preconizado pela EC29 obedçam a regras particulares e tenha natureza distinta entre estados e municípios, entende-se que os aspectos contraditórios identificados na análise dos dados estaduais também possam estar presentes nos dados municipais declarados ao Siops. Nesse sentido, a percepção da equipe técnica do Siops é conclusiva: os critérios adotados pelo MS, referentes ao cálculo da EC29 e ao cumprimento das diretrizes da Resolução do CNS nº 322 não estão sendo seguidos, o que demonstra não haver ainda um consenso em relação ao tema.

5.2 Correspondência de informações quanto ao cumprimento da EC29

Considerando o cumprimento da EC29 no decorrer de 2000 a 2005, 46 municípios (56,1% dos 82 investigados nessa etapa) alcançaram essa meta, no intervalo de anos considerado, em pelo menos uma das fontes de coleta (Siops ou TCE), porém, apresentando um desempenho desigual por fonte de informação. No Siops, 40 municípios, atingiram esse objetivo; no TCE, esse quantitativo correspondeu a 29. Houve consenso, entre as duas fontes de coleta, quanto à situação de obtenção dos percentuais mínimos de vinculação estabelecidos na Emenda, para 23 municípios.

À semelhança dos resultados apreciados nas Notas Técnicas, mencionadas anteriormente, as divergências observadas entre as fontes investigadas revelam que, nos estados e municípios, o percentual de cumprimento da EC29 no Siops é superior ao evidenciado no TCE. Em 2005, entre os 21 estados que enviaram os dados ao Siops, 16 declararam estar aplicando o mínimo de 12% em gastos com ações e serviços públicos de saúde; no entanto, após análise dos balanços estaduais, o total de estados que atingiram o percentual de 12% reduziu-se para 7 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007a). Em 2006, com

maior número de estados informantes, totalizando 26, 20 declararam estar aplicando o mínimo exigido. Posteriormente, detectou-se que apenas 9, de fato cumpriram o que determina a legislação vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b). Essa evidência reforça a impressão de que a crítica do TCE aos dados declarados no Siops pode abranger aspectos comuns, a estados e municípios, salvo algumas particularidades pertinentes a cada ente da Federação.

A observação a respeito do cumprimento da EC29, a cada ano, nas duas séries de dados, do Siops e do TCE, ratifica a situação anteriormente descrita, ou seja, que a checagem dos demonstrativos contábeis da saúde, seja no âmbito estadual ou municipal, tende a reduzir o número de unidades da Federação que efetivamente atendem aos dispositivos da legislação vigente. A partir de 2003 é visível o distanciamento entre as duas seqüências de dados, podendo-se levantar a hipótese de que o fato é devido à homologação da Resolução nº 322 do CNS. Essa normatização, entre outros pontos, tem o propósito de subsidiar os gestores na avaliação de seus gastos setoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b), definindo as despesas alheias às ações e serviços públicos de saúde. Contudo, trata-se de um instrumento frágil, pois a Resolução resulta de um ato administrativo, não tem força de lei. Assim, sua aplicação tende a flexibilizar o atendimento às definições estabelecidas, não é capaz de promover a adesão dos municípios aos princípios e parâmetros determinados. Para o TCE, esse instrumento pode significar uma ferramenta fundamental para o acompanhamento das despesas.

Outra hipótese é que a exigência da EC29, relativa a percentuais progressivamente maiores, nos últimos anos, e de prévio conhecimento, a partir de 2004 – 15%, incrementou os recursos empregados em despesas não classificadas como gastos em saúde, a partir da ampliação ou diversificação das ações e serviços praticados, gerando, em alguns casos, distorções crescentes na aplicação dessas receitas.

Avaliando-se o patamar de cumprimento da Emenda para o período de referência investigado, no Siops os municípios alcançaram 85,8% de êxito, embora, após análise do TCE, esse percentual tenha declinado para 78,1%. Ainda que não houvesse diferenças entre as duas fontes de coleta, o descumprimento constatado merece atenção, uma vez que, frente à atual magnitude da escassez de recursos, a soma dos valores que deixaram de ser

aplicados implica na restrição do direito à saúde. Para Campelli e Calvo (2007), uma medida imprescindível ao efetivo cumprimento da EC29 é a aprovação de mecanismo legal que imponha sanções pelo não atendimento à Lei:

[...] o que ocorrerá a partir do momento em que o parlamento brasileiro aprove o PLC 01/2003, que capitula como crime de responsabilidade o não cumprimento da EC29, sujeitando o ente infrator às penalidades já existentes na Lei de Responsabilidade Fiscal.

Cita-se: intervenção federal; impedimentos para receber transferências voluntárias, para contratação de operações de crédito, além da cassação de mandatos. Segundo as autoras:

Os Tribunais de Contas, ao apreciarem as contas dos entes das três esferas, e diante da constatação de que tais entes não cumprem os limites estabelecidos na EC29, apontam tais irregularidades como restrições, sem que haja uma efetiva punição. O Ministério Público, por sua vez, ao que se tem conhecimento, não age no sentido de fiscal da lei, promovendo a efetiva representação ao Judiciário no sentido de penalizar o agente público pela irregularidade indicada nos processos de apreciação de contas.

Entende-se que a falta de punição é um fator contributivo na geração de precedentes para o descomprometimento das gestões com as prestações de contas da saúde. Por outro lado, o acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde, função precípua do Siops, não deve se limitar às ações das equipes do próprio Siops e dos Tribunais de Contas dos Estados, sendo necessária a participação da sociedade neste controle. Rezende (2005) afirma que, apesar de todas as dificuldades, a atuação dos conselhos de saúde constitui-se no melhor caminho para a consolidação do SUS. Ressalta que os conselhos de saúde, no exercício de suas atribuições, devem analisar e emitir parecer acerca da aprovação das prestações de contas do SUS, salientando que a capacidade de organização dessas representações pode fazer a diferença, no sentido de assegurar que os valores de referência dos recursos mínimos para a saúde, previstos na EC29, sejam garantidos “nas leis orçamentárias, para que sejam empenhados em tempo hábil, sem contingenciamentos, e sejam executados”.

5.3 Cumprimento da EC29, segundo fatores populacionais

Quando analisada a existência de associações entre a variável dependente, cumprimento da EC29, considerando o elenco de variáveis mencionadas, tomou-se como referência os valores de aplicação da EC29 do TCE, por representarem a melhor aproximação do gasto efetivo com saúde a partir da receita própria dos municípios. Assim, os resultados, utilizando-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, apresentaram significância estatística entre os anos declaratórios e o porte populacional dos municípios, valores de p, respectivamente, menores que 0,05.

Em relação ao comportamento do cumprimento da EC29 no período de 2000 a 2005 (Gráfico 2), verificou-se que a proporção de cumprimento positivo predominou, reduzindo-se nos anos de 2004 e 2005. Segundo observam Marques e Mendes (2000), comentando pesquisa realizada pelo MS, em 1998, em cerca de 1500 municípios do País, a média de aplicação de recursos próprios em saúde, pelos municípios, correspondia a 15%, demonstrando que, para uma parcela destes, a vinculação de recursos pela EC29, com patamar inicial de 7%, não significou uma meta de difícil superação. Contudo, há de se compreender que, no caso dos municípios que investiram percentuais inferiores à média de 15%, principalmente aqueles com percentuais de aplicação mais distanciados desse patamar, a garantia do financiamento da saúde deve ter exigido maiores esforços de suas gestões. Assim, conforme os resultados apontam, nos anos de 2004 e 2005, em que havia a exigência de aplicação de um percentual mínimo de 15%, superior em 8% ao exigido em 2000, é previsível que tenha havido uma maior dificuldade dos entes federados no atendimento a essa meta. Conseqüentemente, o acréscimo no percentual exigido talvez tenha constituído um fator que influenciou o maior descumprimento da EC29, nestes anos.

No caso da associação entre o cumprimento da EC29 e o porte populacional, os dados indicaram que municípios de menor contingente populacional apresentaram melhor desempenho no atendimento às exigências da Lei. Rocha *et al.* (2006), em pesquisa envolvendo municípios da Bahia, aferindo o cumprimento da EC29, revelaram resultados nesta mesma direção, ou seja, os municípios com menor PIB *per capita* e menor número de habitantes, localizados nos eixos de menor desenvolvimento econômico na Região do

Semi-Árido do Estado foram os que fizeram maiores dispêndios na saúde, a partir de receitas próprias.

Nascimento (2007) esclarece que milhares de municípios brasileiros não dispõem de capacidades técnica, fiscal e financeira próprias para assumirem políticas de base local. Para a autora a problemática do financiamento das ações e serviços de saúde tem como agravante o modelo de repasse de recursos aos entes da Federação, o qual privilegia a capacidade instalada e segue a lógica da remuneração por procedimentos realizados. A adoção desses critérios incita a competição predatória e perpetua as iniquidades entre os entes subnacionais, fazendo com que municípios menores, com carências do ponto de vista da oferta de serviços, tenham menos prerrogativas em relação aos de maior porte, do ponto de vista do financiamento do Sistema. Reduz-se, portanto, a possibilidade de captação de incentivos federais para fins específicos, convênios e programas, além de comprometer o aporte de transferências fundo-a-fundo, decorrente da baixa produtividade, imputando a estes municípios uma maior responsabilização na garantia do acesso universal à saúde e à atenção integral, preconizados na Constituição, pois exige um maior volume percentual de recursos como contrapartida financeira do SUS.

Outras considerações são necessárias, no sentido de elucidar essa aparente contradição evidenciada nos resultados. Os municípios de maior porte populacional, geralmente em regiões de maior dinamismo econômico, comumente têm maior arrecadação fiscal e dispõem de infra-estrutura administrativa e operacional mais complexa e qualificada; no âmbito da saúde, tais características tendem a favorecer a capacidade das gestões locais de atender com maior eficácia os requisitos estabelecidos pelo MS para liberação e ampliação de recursos de custeio e investimento (LIMA, 2007). Segundo análise realizada por Figueiró *et al.* (2002), a partir dos balanços orçamentários municipais remetidos à Secretaria do Tesouro Nacional (STN), dados referentes a 2001: dos 4.884 municípios que enviaram seus balanços destaca-se que “As prefeituras com mais de 50.000 habitantes foram responsáveis por 91% da coleta de impostos municipais, indicando que a arrecadação é concentrada nas maiores cidades”. O oposto tende a ocorrer nos municípios de menor porte populacional, os quais são maioria no país: com raras exceções, a receita fiscal proveniente de arrecadação direta é secundária e dependente de repasses da União,

cuja principal fonte é o Fundo de Participação dos Municípios - FPM (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2001; LIMA, 2007). De modo geral, as prefeituras desses municípios não partilham condições semelhantes aos de maior porte nos aspectos estruturais e de recursos humanos, repercutindo em maiores limitações na capacidade gerencial e assistencial.

Esta situação faz com que os municípios pequenos tenham menor possibilidade de se enquadrar às exigências do SUS no tocante ao incremento do aporte financeiro determinado pelo MS. Com isso, os critérios de transferências de recursos, que não constituem receita própria, tendem a beneficiar os municípios de maior porte populacional. Outro aspecto a ponderar diz respeito à quantificação dos valores utilizados para efeito da aplicação da contrapartida de recursos na saúde, pois 15% da receita própria de um município representa um montante de recursos que dependem da capacidade ou potencial tributário explorado, dos repasses das transferências constitucionais e legais, do número de habitantes e, sobretudo, das necessidades em saúde frente à heterogeneidade de perfis epidemiológicos e carências sociais existentes. Além dessas características, as decisões de alocação dos recursos entre as diversas áreas de gestão de uma prefeitura configuram-se numa tarefa de complexidade variável em relação à dimensão populacional, ou seja, ao número de habitantes. É patente que o maior volume de receitas dos municípios de grande porte é objeto de uma disputa mais acirrada pela partilha desses valores; assim, o patamar de 15% da EC29 tende a ser cumprido integralmente, com variações discretas do percentual aplicado. Conseqüentemente, as distorções nos gastos assumem maior importância no que concerne ao descumprimento da Emenda.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da confiabilidade dos dados da EC29 declarados ao Siops em Pernambuco, a partir da comparação com os balancetes municipais auditados pelo TCE, tomados como referência da melhor aproximação do efetivo dispêndio na saúde, constatou a dissonância entre as duas fontes de informações. As diferenças encontradas pressupõem a falta de consenso, pelos municípios, acerca da composição das receitas e despesas vinculadas à saúde, quer seja uma distorção de ordem quantitativa ou qualitativa. Sendo necessário percorrer um longo caminho para alcançar a consolidação da fidedignidade como parâmetro desejável aos registros declaratórios do Siops.

O cumprimento da EC29 no Estado tem diminuído nos últimos anos, de 2000 a 2005, dado que apresentou significância estatística, configurando-se numa situação preocupante, tendo em vista a escassez de recursos na saúde e os problemas não equacionados do SUS, centrados, principalmente, nas questões do acesso, da resolutividade, da qualidade da atenção e do gerenciamento da rede. Cabe ressaltar que, embora esse resultado não reflita a condição da maior parte dos municípios, repercute na atenção à saúde no Estado, polarizando e sobrecarregando os municípios com rede mais estruturada de serviços, os quais têm de absorver a demanda de usuários, sem o devido repasse financeiro pela cobertura realizada.

Destaca-se o fato dos municípios menores apresentarem melhor desempenho no cumprimento das metas da EC29, em relação aos de grande porte. Contudo, salienta-se que algumas particularidades inerentes à dimensão e complexidade da rede de serviços e estrutura técnico-administrativa de gestão qualificam os municípios de maior porte a serem mais beneficiados pela política de alocação de recursos do MS, com ênfase na lógica de remuneração por procedimentos realizados. Na perspectiva dos pequenos municípios, a menor capacidade fiscal impõe maior dependência às transferências do SUS e, conseqüentemente, maiores dificuldades dos gestores na garantia da atenção à saúde de seus munícipes, justificando valores de aplicação da EC29, em média, acima de 18% para superar a restrição das verbas rubricadas frente às necessidades do setor saúde.

Assim, a efetivação financeira que garante o direito universal à saúde não segue um padrão uniforme entre os municípios de Pernambuco e não ocorre a contento, não obstante o empenho da maioria dos municípios no atendimento à EC29.

De fato, a materialização dos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade demanda maior aporte de recursos para a saúde; entretanto, o financiamento da saúde deve estar em consonância com o perfil dos municípios, no tocante às disparidades sociais, ao cenário epidemiológico diferenciado de cada região, aos indicadores de saúde e, sobretudo, à capacidade de resposta dos municípios às demandas por saúde. Problemas que não estão sendo equalizados pela atual política de vinculação de recursos para a saúde.

O entendimento de que alguns municípios de Pernambuco disponibilizam, em média, percentuais da receita própria superiores ao mínimo exigido pela EC29 indica que a suplementação orçamentária para a saúde deve ter como foco o incremento da participação financeira da União, sobretudo pelo seu poder de aporte fiscal e centralização financeira do MS, sendo esse o objeto essencial de regulamentação da Emenda. Outro ponto vital é a efetiva cooperação do Estado junto aos municípios na ampliação do volume de recursos destinados ao SUS, enfatizando a necessidade do maior empenho da gestão estadual no compromisso de aplicação dos 12% da EC29.

Para estabelecer o financiamento como um elemento transformador do SUS, alcançando os princípios e diretrizes determinados por lei, requer a exploração de alternativas à política de alocação dos recursos atualmente praticada, buscar a otimização dos gastos, pautando-se na estratégia permanente de planejamento e avaliação, com vistas ao aumento da eficiência, eficácia e efetividade das ações. Portanto, a responsabilização da efetivação do direito à saúde deve ser construída em conjunto pela União, estados e municípios, prescindindo de soluções urgentes que se adaptem à heterogeneidade dos perfis municipais nas diversas regiões do País.

7 – REFERÊNCIAS

ABRASCO. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.** Relatório do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, Rio de Janeiro, jul. 2006a. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/manifesto_final.pdf>. Acesso em: fev. 2007.

_____. **Esclarecimento público. Gasto em saúde no Brasil: é muito ou pouco.** Documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, Rio de Janeiro, jul. 2006b. Disponível em: <<http://www.Abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf>>. Acesso em: fev. 2007.

ARATO, Andrew; COHEN, Jean. La sociedad civil y la teoría social. In: OLVERA, A. J. (Coord.). **La sociedad civil, de la teoría a la realidad.** México: Colmex, 1999. p. 83-112.

ARAÚJO, Erika; OLIVEIRA, Paulo André de. **Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS.** Projeto BNDES/Cepal. Informe do BNDES, jun. 2001. Disponível em: < www.bndes.gov.br/conhecimento/informeSF/inf_28.pdf >. Acesso em: jan. 2008.

BEHN, Robert D.; KEATING, Elizabeth K. The fiscal crisis of the states: recession, structural spending gap, or political “disconnect”? **Taubman Center Policy Briefs.** Abril, 2005. Disponível em: <www.hks.harvard.edu/taubmancenter/pdfs/fiscalcrisis.pdf>. Acesso em: nov. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.** Brasília, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990a.

_____. **Lei Complementar n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, 1990b.

_____. **Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000.** Brasília, 2000.

_____. **Portaria nº91/GM de 10 de janeiro de 2007.** Brasília, 2007a.

CAMARGO Jr., K. R; COELI, C. M. **Políticas de informação em saúde**. Textos de apoio em políticas de saúde. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 240 p.

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

CARRASCO, Josep L.; JOVER, Lluís. Estimating the generalized Concordance Correlation Coefficient through variance components. **Biometrics**, n. 59, p. 849-858, dez. 2003.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Financiamento público federal do Sistema de Saúde, 1988-2001**. 2002. 301 f. [Tese – Doutorado] – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005. 236 p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 280 p.

COUTTOLENC, Bernard F; ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1988. 124 p. (Série Saúde & Cidadania).

DOMENICI, Thiago; RUIC, Diogo. Caminhos e descaminhos do orçamento: como se arrecada, qual o seu destino e o que você tem a ver com isso. **Revista Caros Amigos – Especial Corrupção**, São Paulo, n. 25, p. 23, set. 2005.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.371-378, 2003.

FIGUEIRÓ, Ricardo *et al.* **Municípios: os bons resultados orçamentários se repetem em 2001.** Projeto BNDES/Cepal. Informe do BNDES, n. 49, dez. 2002. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/conhecimento/informeSF/inf_49.pdf>. Acesso em: jan. 2008.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos – Seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 252 p.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 (Pnad): acesso e utilização de serviços de saúde 2003.** (comentários). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/default.shtm>>. Brasília, 2005. Acesso em: dez. 2006.

_____. **Contagem da População 2007.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: jan. 2008.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p.269-291, 2001.

LIMA, Claudia Risso de Araújo; CARVALHO, Marília Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, set. 2006.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do SUS: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais.** Rio de Janeiro: Museu da República, 2007. 352 p.

MCGRAW, Kenneth O.; WONG, S. P. Forming inferences about some Intraclass Correlation Coefficients. **Biometrics**, vol. 1, n. 1, p. 30-46, mar.1996.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. São Paulo: **Gazeta Mercantil**, 13 de setembro de 2000. Disponível em <www.race.nuca.ie.ufrj.br/journal/m/marques4.doc> Acesso em: dez. 2007.

_____. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Revista Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MEDICI, André. **Financiamento público e privado em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990**. Nota técnica de saúde. – n. 3, 2005. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Disponível em: <<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=570053>>. Acesso em: nov. 2006. 30 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria do Tesouro Nacional. **Anexo de metas fiscais e relatório resumido da execução orçamentária: manual de elaboração**. 6ª. ed. Brasília: 2006. 379 p. Disponível em: <<http://Siops.Datasus.gov.br>>. Acesso em: jan. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB 96**. Brasília, 1996.

_____. **Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=37&codPagina=62>>. Acesso em: fev. 2007.

_____. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 322, de 08 de maio de 2003**. Brasília, 2003.

_____. **A implantação da EC 29: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003**. Brasília, jul. 2005. 14 p. Disponível em: <<http://Siops.Datasus.gov.br>>. Acesso em: dez. 2006.

_____. **Nota técnica n. 49/2006**. Brasília, 2006. 10 p. Disponível em: <http://Siops.Datasus.gov.br/Documentacao/NT_49_2006.PDF>. Acesso em: jan. 2008.

_____. **Nota técnica n. 2/2007**. Brasília, 2007a. 15 p. Disponível em: <http://www.Conass.org.br/admin/arquivos/NT_2A_2007.pdf>. Acesso em: fev. 2007.

_____. **Nota Técnica n. 21/2007.** Brasília, 2007b. 8 p. Disponível em: <http://Siops.Datasus.gov.br/Documentacao/NT_21-2007-Analise_BGE_2006.pdf>.

Acesso em: jan. 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 3. Brasília: Conass, 2007c. 164 p.

MOTTA, Valter T. **Bioestatística.** 2ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2006. 190 p.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS: pacto federativo e gestão pública.** São Paulo: Cescos, 2007. 228 p.

NUNES, André. **A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora.** Relatório de Consultoria. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://Siops.Datasus.gov.br>>. Acesso em: dez. 2006.

O'CONNOR, James. **USA: a crise do estado capitalista.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

OLIVEIRA, Francisco de. À sombra do manifesto comunista: globalização e reforma do estado na América Latina. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo A. A. (Orgs.). **Pós-Neoliberalismo II: que estado para que democracia?** Petrópolis: Vozes, 1999.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. 583p.

PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n.4, p.573-575, ago. 2006.

PORTO, Silvia Marta. Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-578, ago. 2006.

REZENDE Conceição. **Nota técnica: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde)**. 2005. Disponível em: <www.pt.org.br/assessor/ec29.pdf>. Acesso em: jan. 2008.

ROCHA, Tânia Margarida de Novaes *et al.* Emenda Constitucional – EC nº 29/200: o cumprimento pelos municípios do Estado da Bahia, 2000 a 2003. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 30, n. 1, p. 141-153, jan./jun. 2006.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979. 138 p.

SIOPS. **Acompanhamento das pendências de entrega**. [Desenvolvido pelo Núcleo de Informática do Governo Federal - Datasus]. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: <<http://Siops.Datasus.gov.br/acompndependent.php>>. Acesso em: 12 fev. 2007.

TELLES, Vera da Silva. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Conferência: Direitos humanos no limiar do século XXI, São Paulo, 1997. 12 p. Disponível em: <http://www2.ibam.org.br/municipiodh/biblioteca/Artigos/Direitos_sociais.pdf>. Acesso em: jan. 2008.

_____. **Direitos sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: UFMG, 1999. 194 p.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.379-391, 2003.

UGÁ, Maria Alicia Domínguez; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio C. (Orgs.). **História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

UGA, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

VIANA, Valdilene Pereira. **A universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**. 2004. 215 f. [Tese – Doutorado] – Curso de Pós-Graduação, Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. **Avaliação de programas sociais**. São Paulo: Instituto Fonte – Ed. Gente; 2004.