

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

O Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29: a
contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de
gestores locais.

JULIANA DANTAS TORRES RIBEIRO

Recife, 2009.

JULIANA DANTAS TORRES RIBEIRO

O Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29: a
contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de
gestores locais.

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PIPASC, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra.

Recife, 2009.

Ribeiro, Juliana Dantas Torres

O Cumprimento da emenda constitucional n. 29:
a contrapartida dos municípios para a saúde sob a
ótica de gestores locais / Juliana Dantas Torres
Ribeiro. – Recife : O Autor, 2009.

117 folhas : tab., graf. e quadros.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2009.

Inclui bibliografia, anexos e apêndices.

1. Emenda constitucional n. 29. 2. *S/OPS*. 3.
Protagonismo. 4. Gestores locais I.Título.

351.72
350.841

CDU (2.ed.)
CDD (22.ed.)

UFPE
CCS2009-168



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

JULIANA DANTAS TORRES RIBEIRO

No dia 31 de agosto de 2009, às 14:30 horas, no auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador) Membro Interno, José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior (DO – do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo e Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Juliana Dantas Torres Ribeiro, sobre a sua Dissertação intitulada: **“O Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29: a contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de gestores locais”**. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

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

Aprovada

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

Aprovada

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

APROVADA

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

Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo
Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo**

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
Prof. Dr. **José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior**

Dedico esta dissertação à minha voinha Lilia e à minha mainha Odi, pelo grande exemplo de amor aos outros e à vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, amigo, parceiro, pelo apoio incondicional e indispensável nesta jornada.

À minha família, pelo carinho, torcida e companheirismo.

Ao meu irmão, Filipe, pela inspiração que me proporciona e pelo exemplo de que é possível fazer a diferença.

Aos amigos e amigas do grupo de pesquisa Economia Política da Saúde, pelas discussões, momentos de troca e de aprendizado.

À minha orientadora Adriana Falangola, pela paciência, respeito, confiança e apoio, mesmo com tantos quilômetros de obstáculos na reta final.

Às amigas do Pipasc pelas trocas e momentos de reflexão.

À coordenação do Pipasc, aos docentes e ao Moreira, pelo apoio dispensado à nossa turma.

Aos professores e alunos com os quais tive contato na Unicamp, pela possibilidade de reflexão sobre o SUS teórico e prático.

Aos amigos e amigas da equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara D'Oeste/SP, pela compreensão das ausências, pelo apoio incondicional e confiança no meu trabalho.

E a Deus, por me acompanhar lado a lado por todos esses anos, me orientando e indicando os caminhos para as vitórias, e me dando sabedoria para compreender as derrotas.

"Escrevendo"

*"Não me lembro mais
onde foi o começo, foi por
assim dizer escrito todo ao
mesmo tempo. Tudo estava ali,
ou devia estar, como no
espaço-temporal de um piano
aberto, nas teclas simultâneas
do piano. Escrevi procurando
com muita atenção o que se
estava organizando em mim e
que só depois da quinta
paciente cópia é que passei a
perceber. Meu receio era de
que, por impaciência com a
lentidão que tenho em me
compreender, eu estivesse
apressando antes da hora um
sentido. Tinha a impressão de
que, mais tempo eu me desse,
e a história diria sem convulsão
o que ela precisava dizer. Cada
vez mais acho tudo uma
questão de paciência, de amor
criando paciência, de paciência
criando amor."*

Clarice Lispector (*Para não esquecer*, 1978)

RESUMO

Pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, com o objetivo de estudar alguns aspectos relacionados ao financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, com enfoque específico na Emenda Constitucional n. 29 sob a ótica de gestores locais do Estado de Pernambuco, no ano de 2007. Aborda o papel do governo municipal em relação à contrapartida de recursos para o financiamento do setor saúde e o protagonismo dos gestores a partir do conhecimento sobre a referida emenda. O recurso metodológico utilizado foi a pesquisa documental de fontes oficiais, a análise de dados secundários obtidos através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde e de dados primários obtidos através da aplicação de questionários com perguntas abertas a gestores de municípios do Estado de Pernambuco. A perspectiva histórica foi o referencial utilizado para a realização da pesquisa e para a exposição do objeto estudado. Verificou-se não haver relação direta entre o cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 pelos municípios estudados e o conhecimento dos gestores locais de saúde entrevistados sobre a mesma. Contudo, desvela uma interface dessa questão com o protagonismo dos gestores que avaliam a emenda como um dispositivo legal que deve ser cumprido, sem aprofundar a reflexão sobre a sua importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Espera-se que este trabalho sirva de base e motivação para a elaboração de outras pesquisas que contribuam para aprofundar esse debate, enfatizando o protagonismo, entendido enquanto participação ativa, do gestor municipal da saúde nas questões orçamentárias e financeiras do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Emenda Constitucional n.29, Siops, protagonismo, gestores locais.

ABSTRACT

The goal of this qualitative-quantitative research was to study some aspects related to the funding of the Brazilian Unified Health System (SUS), focusing on the Constitutional Amendment 29, under the perspective of local public health managers of Pernambuco State, during the year of 2007. It addresses the role of the municipal government in the counterpart of resources for funding the health sector and the protagonism of local public health managers on budget and financial issues of the Brazilian Unified Health System based on their knowledge on the aforementioned amendment. A documental search on official sources and an analysis of secondary data obtained from the do System of Information on Public Budgets in Health were performed. Additionally, an analysis of primary data obtained by means of a questionnaire with open-ended questions that was applied to local public health managers of Pernambuco. The historical perspective was used as theoretical framework. No direct relationship was found between the execution of the Constitutional Amendment 29 by the municipalities and the knowledge of local public health managers on it. However, the results reveal an interface of this question with the protagonism of the local public health managers who consider the Amendment as a legal dispositive that should be executed, although they do not reflect on its importance for the consolidation of the Brazilian Unified Health System. The results of the present research are expected serve as a basis as well as motivation for the development of further research that could contribute to deepen this debate, emphasizing the protagonism of local public health managers (understood here as their participative action) on budget and financial issues related to the Brazilian Unified Health System.

Key-words: Constitutional Amendment 29, Brazilian Unified Health System, protagonism, local public health managers.

Sumário

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	MARCO TEÓRICO	16
2.1.	Perspectivas históricas do financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro	16
2.2.	A Emenda Constitucional nº 29: busca da vinculação como forma de garantir o grau de participação dos entes federados no financiamento da saúde	22
2.3.	<i>O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: interfaces entre o protagonismo dos gestores locais e a importância da informação</i>	27
2.3.1.	A informação em saúde e o protagonismo dos gestores locais	27
2.3.2.	O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	31
3.	METODOLOGIA	34
3.1.	Desenho do estudo	34
3.2.	Gestores locais envolvidos no estudo	35
3.3.	Cenário do estudo	36
3.4.	Coleta de dados	37
3.5.	Análise dos dados	38
3.6.	Considerações éticas	39
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
6.	REFERÊNCIAS	59
7.	APÊNDICES	68
	APÊNDICE A	69
	APÊNDICE B	95
	APÊNDICE C	96
8.	ANEXOS	99
	ANEXO A	100
	ANEXO B	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

CCS: Centro de Ciências da Saúde

Cebes: Centro Brasileiro de Estudos de 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

Denasus: Departamento Nacional de Auditoria do SUS

EC 29: Emenda Constitucional n. 29

FPM: Fundo de Participação dos Municípios

Geres: Gerências Regionais de Saúde

ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU: Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA: Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

IR: Imposto de Renda

ISS ou ISSQN: Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

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

ITR: Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural

Lei Kandir: Imposto sobre operações sobre circulação de mercadorias e prestação e serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicações, e dá outras providências.

MS: Ministério da Saúde

Noas: Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OGU: Orçamento Geral da União

OSS: Orçamento da Seguridade Social

PIB: Produto Interno Bruto

PDI: Plano Diretor de Investimentos

PDR: Plano Diretor de Regionalização

Siops: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) na receita total do Ministério da Saúde, 1996-2005.	19
Gráfico 2 – Evolução da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) arrecadada e da sua aplicação em saúde, 1997-2004.....	20
Gráfico 3 – Frequência da escolaridade dos gestores locais de saúde Pernambuco 2007	40
Gráfico 4 – Frequência da área de formação dos gestores locais de saúde Pernambuco, 2007.....	41
Gráfico 5 – Frequência de gestores locais de saúde que fizeram cursos de Saúde Pública, Pernambuco 2007.	41
Gráfico 6 – Tempo de permanência no cargo dos gestores locais de saúde de Pernambuco, 2007.....	42
Gráfico 7 – Experiência pregressa em cargo de gestão dos gestores locais de saúde Pernambuco, 2007.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Receita de impostos e transferências constitucionais legais (composição dos 15% preconizados pela EC29 para os municípios brasileiros)	22
Figura 3 – Síntese Triangulação	34
Figura 4 – Mapa do Estado de Pernambuco – com destaque para as Geres e os municípios participantes da pesquisa.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual mínimo das receitas de impostos e transferências constitucionais que devem ser aplicados pelos entes federados, segundo a EC29	23
Tabela 2– Percentual de participação na despesa com saúde segundo a esfera de governo, 1990 a 2006.	25
Tabela 3 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, por município, no ano de 2007.....	43
Tabela 4 – Conhecimento acerca da Emenda Constitucional Nº 29	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Art. 77, acrescido ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição de 1988*	23
Quadro 2 – Quadro-síntese das respostas dos gestores entrevistados.....	46

APRESENTAÇÃO

A reflexão acerca da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil perpassa inevitavelmente pela discussão sobre a vinculação de recursos financeiros para o setor saúde.

Sendo assim, destacamos a importância em estudar a Emenda Constitucional n. 29 (EC29), por ser a mesma uma possibilidade real de garantir uma fonte estável para o financiamento do SUS (CEBES, 2008).

Para tanto, utilizamos o método científico visando uma reflexão sobre a emenda sem, contudo, ter a pretensão de esgotar todos os aspectos envolvidos (SEVERINO, 2007) na discussão sobre a EC29 ou mesmo “apresentar um novo enfoque teórico, constituir um paradigma ou formular a última palavra” (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 26) sobre o assunto.

Além disso, atendendo às necessidades atuais de se compartilhar informações como forma de contribuir para o desenvolvimento científico da área e para o processo de tomada de decisão¹ (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005), elaborou-se um artigo científico (Apêndice A), visando a divulgação dos resultados da pesquisa.

No primeiro capítulo, dissertamos sobre as perspectivas históricas do financiamento do sistema de saúde brasileiro, destacando as fontes de recursos para a saúde designadas na Constituição Federal de 1988 e introduzindo o debate sobre a EC29.

O aprofundamento da discussão sobre a EC29 ocorre no segundo capítulo, destacando a importância da regulamentação da mesma e do pacto federativo como forma de garantir a vinculação de recursos dos entes federados para a saúde e para a implementação do SUS.

Por último, apresentamos o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e refletimos sobre as interfaces entre a importância da informação em saúde e o protagonismo dos gestores locais de saúde,

¹ “Conjunto de práticas institucionais que tendem a reproduzir e legitimar relações de poder requer monitoramento, execução e avaliação da ação – requer sistemas informativos e a disponibilidade de dados corretos para garantir a obtenção de resultados” (COHN, WESTPHAL, ELIAS, 2005, p. 115).

entendido enquanto participação ativa (Ferretti; Zibas; Tartuce, 2004), na alocação de recursos para o setor.

Apesar de a pesquisa ter sido desenvolvida após a aprovação do Pacto pela Saúde e durante a crise financeira mundial, não abordaremos esses temas como marco teórico, por não serem objetos de nosso estudo.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde instituiu no Brasil mudanças significativas que intervieram diretamente no modelo político-administrativo da assistência à saúde, no país.

A descentralização, com ênfase na municipalização, atribuiu aos municípios diversos encargos que vão desde a execução de serviços de saúde à responsabilidade pelo financiamento do setor. Passou a ser

[...] vista como possibilidade de retirar do governo federal o poder decisório e partilhar as responsabilidades com os governos estaduais, municipais, entidades sociais não governamentais e comunidades, [...] a descentralização não se processou da forma como era esperada e a defesa da equidade, assim como a tendência de universalização do acesso, teria representado uma enorme sobrecarga, muito além da capacidade dos recursos governamentais (RIZOTTO, 2005).

Em que pese a materialização do esquema tripartite de financiamento federativo da saúde (DAIN, 2007), observamos que as ações e políticas desenvolvidas não deram conta do grave desfinanciamento pelo qual passou a área da saúde na década de 90.

Sendo assim, a EC 29 foi aprovada como uma tentativa de otimizar os recursos destinados à área e organizar um sistema de saúde capaz de atender, de modo eficaz, as necessidades da população (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003), determinando a vinculação e estabelecendo a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários (CAMPELLI; CALVO, 2007) que devem ser destinados por cada ente federado às ações e serviços públicos em saúde. Além disso, objetiva expandir a base financeira do SUS e garantir sua estabilidade, o que se configura num dos principais requisitos para a manutenção de um sistema de saúde baseado no financiamento público e na cobertura universal (FAVERET, 2003).

A falta de regulamentação e o desconhecimento dos gestores da saúde sobre a real importância da EC29 possibilitam o não cumprimento do preconizado pela emenda e ainda acarretam transtornos no que se refere aos recursos alocados para a área.

Não alheio a essa discussão o Conselho Nacional de Saúde (CNS) concebeu um sistema de informação em 1993, que foi utilizado como modelo para implementação do Siops, em 1999 (BRASIL, 2005), que reúne dados sobre o financiamento e o gasto com saúde pública relativos ao preconizado pela EC29, nas três esferas do governo.

O Siops configura-se como uma valiosa fonte de dados para realização de estudos e, principalmente, acompanhamento da alocação de recursos dos entes federados para o setor. Permite que os gestores e a população de uma forma em geral possam ter “acesso não apenas aos investimentos destinados a saúde, mas aos recursos e modo de investimentos financeiros no município” (SOUSA et al., 2005, p.11).

Os sistemas de informações são capazes de produzir importantes informações que podem ter um efeito sensibilizador nos “agentes responsáveis pela tomada de decisão, alertando-os para novos problemas e oferecendo possibilidades alternativas de soluções” (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005, p. 116). Destacadamente na área da saúde, o conhecimento obtido através desses sistemas assume um papel de destaque tendo em vista que pode vir a ser incorporado no processo de tomada de decisão pelos gestores da saúde.

Neste contexto, o presente estudo se propõe a analisar a relação existente entre o conhecimento dos gestores locais de saúde sobre a EC29 e o desempenho dos municípios no cumprimento da mesma. Problematicando sobre o protagonismo e a autonomia dos gestores locais de saúde de Pernambuco no processo de tomada de decisão relativo às questões orçamentárias e financeiras para o setor.

Constitui-se num desdobramento da pesquisa Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação, aprovada no Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-Decit – Nº 36/2005, sob a execução do grupo de pesquisa “Economia Política da Saúde”, do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Perspectivas históricas do financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro

Ao final da década de 80 o Brasil passou por um processo de transição política. A mudança do regime autoritário para um regime democrático propiciou o surgimento de debates acerca da natureza do Estado no país e da necessidade de organização de um sistema de saúde capaz de atender às demandas da população e exercer um papel de intervenção social com perspectivas de modificar a realidade vigente (NASCIMENTO, 2007).

Fruto dessa realidade conjuntural, a Reforma Sanitária surgiu como um movimento capaz de agregar atores sociais² e construir uma identidade coletiva que significou a afirmação da população brasileira enquanto sujeitos de sua própria história, implicando no reconhecimento de suas próprias características, potenciais, limitações e reivindicações (RIBEIRO, 1989). O SUS se configurou, portanto, como fruto de uma bem-sucedida ação política que teve sua base ideológica no movimento sanitário.

O marcante incremento desses debates, garantindo-se a ampliação da participação e do controle social³ enquanto exercício da cidadania, somado à promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, que dispunha sobre o que se refere à saúde, como *um direito de todos e um dever do Estado* (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2005) complementaram o marco histórico que contextualizou o nascimento do Sistema Único de Saúde brasileiro.

² Definidos como “Cidadãos (usuários, profissionais, gestores, etc.) ou agrupamentos (instituições, órgãos, comunidades, movimentos sociais, equipes de trabalho, etc.) que participam, organizadamente, da formulação da gestão, planejamento e monitoramento e controle social do SUS, interferindo técnica, política ou eticamente no processo participativo” (BRASIL, 2009, p. 47).

³ É importante lembrar que o controle social não é algo que a sociedade brasileira em sua totalidade até hoje assuma como seu, há vitórias e derrotas. É uma luta que ainda está para ser ganha na sociedade. E esse é um dos grandes desafios para o exercício e consolidação da participação popular no âmbito das políticas públicas, não apenas na saúde, mas de uma forma em geral. A promulgação da Constituição Cidadã de 1988, e a Lei 8.142/90 (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>) se constituíram em passos importantes para a consolidação do Controle Social, mas isso ainda não está concretizado. Apenas alguns espaços como os Conselhos e as Conferências de Saúde são utilizados como fóruns para o exercício do controle social, contudo, estes ainda não estão implementados e consolidados em muitas regiões do país.

Criado como projeto técnico e político de organização da assistência à saúde (NASCIMENTO, 2007) e herança de uma era em que a temática da saúde esteve intrinsecamente ligada a questões sociais e econômicas, o SUS aparece como oportunidade de resgate de uma profunda dívida social, acumulada durante o longo período autoritário pelo qual passou o país.

Dessa forma, transformou-se no maior projeto público de inclusão social (SANTOS, 2008) já visto na história brasileira.

A saúde como direito social deveria, deste modo, ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que tivessem em vista principalmente a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira (BRASIL, 1988).

Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990, propunha-se a “atender toda a população, por meio de serviços próprios, da União, estados e municípios, e serviços contratados com a área privada” (SCLIAR, 2002, p.60). Para isso era preciso garantir, sobretudo, que o sistema de saúde fosse conformado a partir de algumas diretrizes organizativas: a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, integralidade do atendimento e participação da comunidade.

Constituindo-se, portanto, como um grande pacto entre os entes federados, buscando “conciliar democraticamente a unidade política com a diversidade territorial” (NASCIMENTO, 2007, p.113) e garantir o direito à saúde como dever do Estado. Todavia, para se garantir o compromisso com esse pacto federativo, foi necessário definir algumas competências para cada uma das esferas de governo do SUS. Dentre essas, destacamos a responsabilização pelo financiamento do Sistema de Saúde, como uma atribuição de extrema importância, tendo em vista ser essa temática imprescindível para a sobrevivência e implementação do sistema.

A definição do papel dos entes federados concernente ao financiamento para o SUS vem sendo discutida desde antes da promulgação da Constituição de 1988.

No capítulo da Seguridade Social, que contém os parágrafos, artigos e seções específicos da área da saúde, constam as informações que se referem ao financiamento do SUS.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195⁴, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

O SUS inaugurou a modalidade tripartite de financiamento federativo, rompendo com o padrão vigente até o momento, através da participação de cada ente federado, com o fornecimento de parcelas específicas dos Orçamentos da Seguridade Social (OSS) e do Orçamento Fiscal, que compunham o Orçamento Geral da União (OGU).

A parcela concernente à saúde do OSS foi determinada pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), presente no artigo 55 da Constituição Federal. Definia a destinação de 30% do orçamento, de origem federal, para o setor (MANSUR, 2001).

Segundo Jorge et al. (2007), as fontes de financiamento da Seguridade definidas para a saúde garantiram arrecadação bastante expressiva, sendo suficientes para cobrir as despesas da saúde, previdência e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa executada por órgão quanto por função.

Entretanto, em que pese a importância do artigo aprovado, na prática o que se observou foi o seu descumprimento, seguido pelo veto presidencial do dispositivo, sob a alegação de que, pelas limitações estruturais do artigo, era “inexequível e contrário ao interesse público” (CARVALHO, 2002, p. 242) a obrigação do investimento de 30% do OGU para a saúde.

Desse momento em diante, o que ocorreu foi uma contínua desvinculação de parte das receitas da Seguridade para livre disposição pela área econômica, através da aprovação sucessiva de emendas constitucionais. Na prática, o Poder Executivo propôs e o Congresso foi “institucionalizando” a desvinculação dessas receitas, comprometendo o custeio do setor em nome da geração de superávits primários (JORGE et al, 2007, p. 06).

⁴ Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII Da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social, Seção I Disposições Gerais. Art.195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro; II - dos trabalhadores; III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

Em suma, a diminuição dos recursos para o setor acarretou algumas consequências desastrosas para o SUS que perduram até hoje, principalmente no que alude à qualidade e quantidade dos serviços prestados à população, “aumentando a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional” (DAIN, 2007, p. 1853).

A instabilidade do financiamento para o setor, a indefinição quanto às responsabilidades que cabiam aos entes federativos⁵ e a falta de vinculação da receita do OSS para a saúde, contribuíram para que o Ministério da Saúde (MS), no uso de suas atribuições, liderasse um movimento para criar uma fonte de recursos específica para a saúde: a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) implantada em 1997. Essa contribuição não gerou o aumento de recursos esperado (Gráfico 1), tendo em vista a substituição de algumas fontes de arrecadação ocorrida no orçamento do MS.

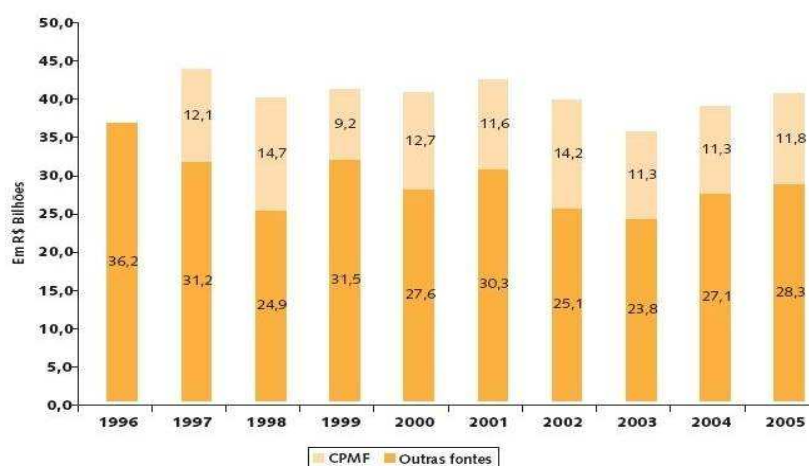


Gráfico 1 – Participação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) na receita total do Ministério da Saúde,

Fonte: Siaf/Sidor, 2005.

Além disso, em 1999, a CPMF deixa de ser fonte exclusiva da saúde, passando a financiar, dentre outras coisas, a previdência social brasileira (DAIN, 2007), conforme demonstrado no gráfico 2.

⁵ Havia de fato uma deficiência relativa aos critérios e parâmetros para definir a participação dos governos subnacionais, fazendo com que todas as pressões para aumento dos recursos setoriais recaíssem exclusivamente sobre a União (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

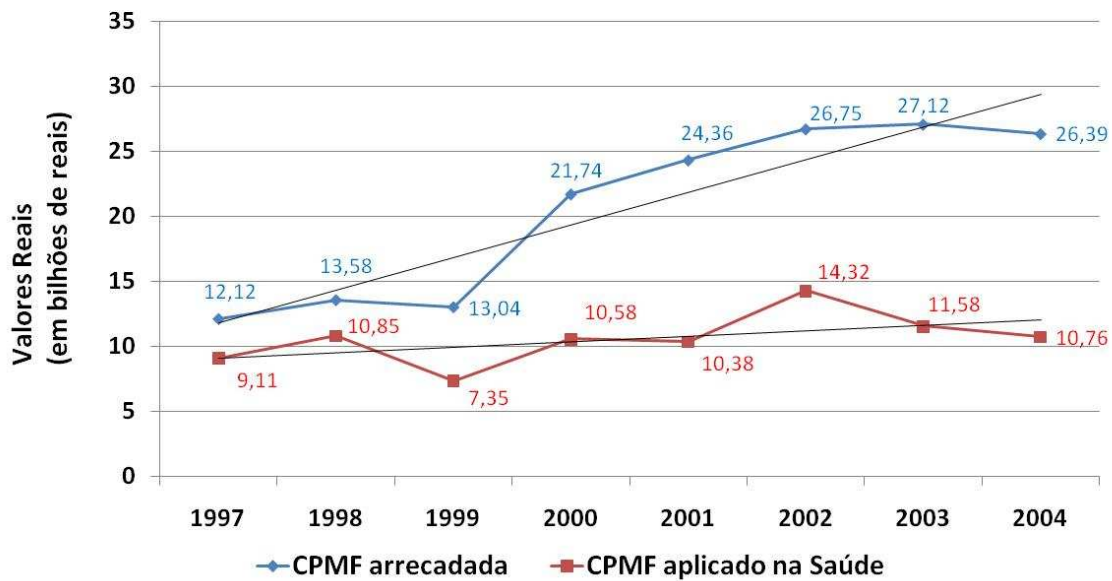


Gráfico 2 – Evolução da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) arrecadada e da sua aplicação em saúde, 1997-2004.

Fonte: Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional, 2004.

A aplicação dos recursos da CPMF na saúde, destarte, diminuiu nos anos seguintes à sua criação e as dificuldades financeiras enfrentadas pelo setor não tardaram a chegar: o gasto líquido realizado pelo MS, entre 1995 e 2002, cresceu apenas 2,5% – a despesa *per capita* passou de R\$ 176,93, em 1995, para R\$165,17, em 2002; observou-se uma crescente irregularidade no fluxo de execução orçamentária financeira do MS e ocorreu um aumento exponencial de Restos a Pagar do MS, passando de R\$ 13,6 milhões, em 2000, para R\$ 2,4 bilhões, em 2002 (MARQUES; MENDES, 2005).

Essa conjuntura política e social vem se configurando, desde esta época, como um grande desafio para os gestores do SUS, além de ter propiciado a persistência de “vários problemas ligados à redefinição das responsabilidades das esferas de governo, principalmente nas esferas federal e estadual” (CAMPELLI, 2005, p.20).

A necessidade de modificar a lógica de financiamento para garantir a estabilidade dos recursos para a saúde, além de definir claramente os papéis de cada esfera de poder era premente e constituía um caminho sem volta.

Estava em jogo a subsistência do sistema e a vinculação dos recursos financeiros com vistas a garantir os princípios doutrinários do SUS parecia uma saída viável. Além disso, surgia uma possibilidade de reverter o quadro instalado de transferência de obrigações e responsabilidades, sem garantir autonomia⁶ para a formulação e gestão da política de saúde no nível local, associada a uma estreita dependência do nível central em termos de financiamento (ELIAS, 1997; CAMPOS, 2005), que tanto prejudicavam a consolidação do SUS pelo país.

Do reconhecimento dessa problemática, antes mesmo da criação da CPMF, na segunda metade da década de 90, surgiram algumas propostas de emendas à Constituição, visando garantir tais recursos, sendo a EC29 finalmente aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000 (FAVERET, 2003).

Através desse dispositivo constitucional, o sistema de financiamento da saúde passava a ganhar, pelo menos legalmente, uma maior constância, tendo em vista o estabelecimento de “patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios no apoio ao SUS” (DAIN, 2007, p. 1853), fortalecendo o esquema de gestão tripartite do sistema.

A EC29 surge então como uma tentativa de superar a crise do financiamento da saúde, vinculando constitucionalmente os recursos do orçamento fiscal do conjunto dos entes federados, estabelecendo as regras da provisão de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

Introduzindo, assim, uma inovação no modelo de gestão e financiamento do SUS, uma vez que definiu “o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deve ser destinado para a área” (MARQUES; MENDES, 2000, p. 1), fortalecendo a responsabilidade dos entes federados na sustentação do SUS.

⁶ “[...] não há autonomia ou dependência absoluta. Os sujeitos adquirem autonomia relativa, já que se vive em redes de poder, em sistemas de dependência relativa. A autonomia de uma pessoa ou de um coletivo é indicada pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto e pelas características próprias de cada sujeito” (CAMPOS, 2007, p. 231).

2.2. A Emenda Constitucional nº 29⁷: busca da vinculação como forma de garantir o grau de participação dos entes federados no financiamento da saúde

A Emenda Constitucional n. 29 foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do SUS nos anos 90, tendo em vista que não havia um parâmetro legal que obrigasse os entes federados a destinarem recursos próprios para a área de saúde.

As diretrizes sobre a aplicação da EC29, aprovadas no Conselho Nacional de Saúde pela Resolução nº. 322⁸, apresentavam os percentuais mínimos das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais legais que deveriam ser aplicados pelos estados e municípios (BRASIL, 2003), conforme demonstrado na figura 1.

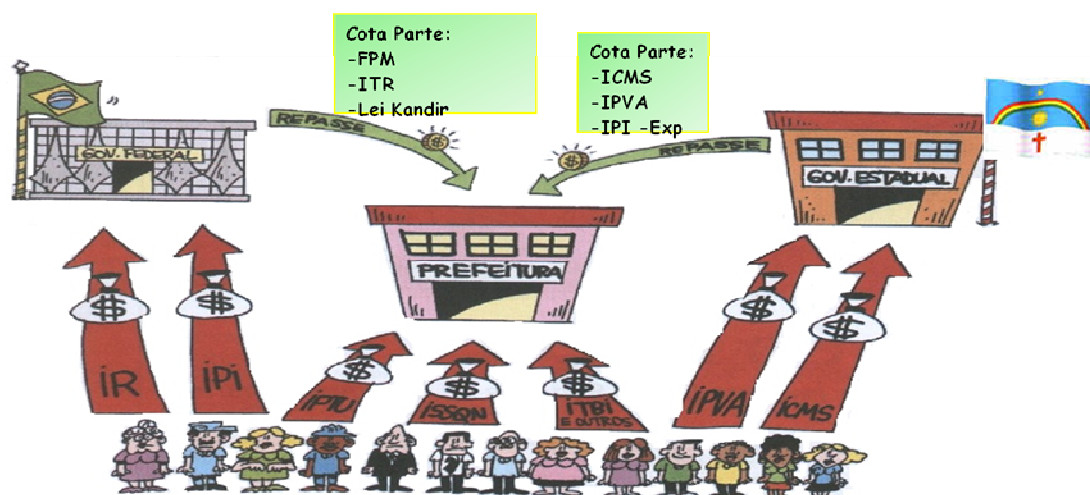


Figura 1– Receita de impostos e transferências constitucionais legais (composição dos 15% preconizados pela EC29 para os municípios brasileiros)

Fonte: Prefeitura de Campinas, 2008.

A EC29 preconizava que, a partir do ano de 2005, caso não fosse aprovada a Lei Complementar que a regulamentasse, prevaleceriam os percentuais de recursos a serem aplicados referentes à competência de 2004,

⁷ Ver EC 29 na íntegra no Anexo A.

⁸ Disponível na íntegra no site do Siops (<http://siops.datasus.gov.br>).

para estados, Distrito Federal e municípios e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União (BRASIL, 2000; CAMPELLI; CALVO, 2007), conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual mínimo das receitas de impostos e transferências constitucionais que devem ser aplicados pelos entes federados, segundo a EC29

Ano	Municípios	Estados
2000	7,0	7,0
2001	8,6	8,0
2002	10,2	9,0
2003	11,8	10,0
2004	15,0	12,0

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2003.

Sancionada no Congresso Nacional, alterou os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição, acrescentando o artigo 77 (Quadro 1) ao Ato das Disposições Transitórias.

Quadro 1 – Art. 77, acrescido ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição de 1988*

EC29 (artigo 77)**
"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)***
"I - no caso da União:" (AC)
"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;" (AC)
"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;" (AC)
"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; e" (AC)

"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." (AC)

Fonte: BRASIL (1988).

*Nesse quadro são apresentados apenas os incisos referentes ao artigo 77 que apresentam os percentuais mínimos que devem ser aplicados pelos entes federados nas ações e serviços públicos de saúde.

**Grifos da autora.

***AC = acréscimo.

Os preceitos do referido dispositivo constitucional passaram não só a fixar os percentuais mínimos para os entes federativos aplicarem em ações e serviços de saúde, como também tornaram a contrapartida de recursos próprios de cada esfera uma obrigatoriedade, se constituindo em um importante instrumento demarcador da política de saúde no processo econômico e social (CAMPELLI, 2005).

É importante enfatizar que a EC29 assegurou apenas a aplicação de *recursos mínimos* para a saúde, cabendo aos gestores públicos aperfeiçoarem as leis orçamentárias, visto que o mínimo não pode ser considerado como teto financeiro e que é preciso ter vontade política para que a saúde possa ser efetivamente priorizada.

Em suma, não se pode negar o mérito da emenda no comprometimento efetivo dos entes federados com o financiamento da saúde, mas apesar de atenuar a usual instabilidade da receita, diversos entraves ainda permaneceram, pela falta de regulamentação da mesma (FAVERET, 2003) e pelo contínuo desfinanciamento do SUS.

Não obstante as garantias constitucionais, observou-se uma tendência de estados e municípios participarem cada vez mais do financiamento do sistema, reduzindo de certa forma a participação e comprometimento da União com a sustentação do setor (NUNES, 2004). Essas informações podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2– Percentual de participação na despesa com saúde segundo a esfera de governo, 1990 a 2006.

Ano	União	Estados	Municípios
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
2004	51,1	23,6	25,2
2005	50,6	24,4	25,0
2006	46,7	26,1	27,2

Fonte: BRASIL. Siops, 2004.

Podemos observar na tabela 2 que, ao longo desse período, a despesa com saúde custeada pela União vem diminuindo progressivamente, em detrimento do aumento da responsabilidade na contribuição dos estados e municípios. Em suma, essas considerações se configuram na atualidade como um problema primordial no que se refere à aplicação de recursos para os gastos e despesas com a saúde, visto que vem significando uma oneração no orçamento dos estados e municípios e uma contínua diminuição das responsabilidades do governo federal com a população.

Segundo Marques e Mendes (2005, p. 167):

Passados os quatro primeiros anos de vigência da EC 29, 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.

Tal conjuntura serve como alerta para que não se perca o foco de que a consolidação do SUS universal e equânime, como preconizado pela Constituição Cidadã, exige de forma primordial, um compromisso, um pacto federativo que não apenas redefina um posicionamento econômico e político, mas uma responsabilidade, em todos os níveis de gestão, com a saúde da população.

Para isto, o primeiro passo a ser dado é a mobilização de gestores, profissionais e movimentos sociais representantes da população brasileira para a regulamentação da EC 29. Vários órgãos, como as Universidades, grupos de pesquisa, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vêm discutindo essa temática e desenvolvendo várias atividades, como: eventos e debates acerca do tema, publicação de cartas em defesa do SUS e a favor da regulamentação da EC29 etc.

O próprio CNS, efetivando sua atuação enquanto órgão colegiado para o exercício da participação social, elaborou, em parceria com outras entidades, o documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC 29”, no primeiro semestre de 2001. A partir desse documento foram promovidos seminários que visavam construir uma interpretação homogênea e assegurar os objetivos que motivaram a aprovação da emenda (MARQUES; MENDES, 2005).

Além da mobilização social, é importante pressionar o poder executivo para a aprovação do Projeto de Lei⁹ que regulamentará a emenda, garantindo a vinculação dos recursos dos entes federados com o setor e a definição de quais gastos podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2008).

Outro passo a ser dado, não menos importante do que os dois mencionados anteriormente, consiste na criação e fortalecimento de instrumentos de acompanhamento dos gastos com saúde e do cumprimento dos papéis dos entes federados no que se refere ao repasse de recursos para o SUS. Necessidade compartilhada por vários países, a criação desses sistemas permite não apenas o acompanhamento dos gastos de saúde pela população, mas que os gestores sejam instrumentalizados na tomada de decisão e no protagonismo em relação à alocação de recursos para o setor.

Os sistemas de informações devem ser valorizados como instrumentos de gestão que, se adequadamente utilizados, podem servir para “detectar focos

⁹ O Projeto de Lei a que nos referimos é o PLS 121/07, que dispõe sobre a vinculação orçamentária dos entes federados para a saúde e atualiza o cálculo dos recursos mínimos que devem ser empregados para o setor (BRASIL, 2008). Ver projeto de lei no Anexo B.

prioritários, levando a um planejamento responsável e a execução de ações de que condicionem a realidade às transformações necessárias” (SANTA CATARINA. Secretaria de Estado, 2009).

2.3. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: interfaces entre o protagonismo dos gestores locais e a importância da informação

2.3.1. A informação em saúde e o protagonismo dos gestores locais

A gestão das políticas públicas de saúde no Brasil foi operada ao longo da história, numa lógica em que os gestores estiveram sempre num lugar de destaque na estrutura do poder.

Com o advento do SUS, o país vem vivenciando, na atualidade, uma nova lógica de gerir as políticas públicas de saúde: a gestão *(com)partilhada* – tripartite e com participação da comunidade.

O marco legal que introduziu essa nova forma de agir e pensar foi a Lei 8.142, de 1990, que dispõe sobre a garantia da *Participação da Comunidade* na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O controle social entendido como exercício de cidadania transcende a ação estatal, de poucos e poderosos “atores” e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos segmentos sociais. Implica, também, no âmbito das agências públicas, de mecanismos que assegurem as condições de acesso à informação e de democratização dos processos decisórios. Isto equivale dizer que a gestão de saúde deve ser realizada “com” e não “para”: “co-operativa”, de “co-responsabilidade”, de “co-gestão”¹⁰ (MENDES, 2008, p.165).

Embora esse seja um marco legal, observamos que processualmente o resgate da participação da comunidade, dívida de uma era de denso controle social por parte de um Estado ditatorial, vem encontrando dificuldades para sua

¹⁰ Aqui e durante todo o trabalho consideraremos o termo co-gestão na concepção de Campos (2007), como uma tarefa coletiva, uma forma de alterar as relações de poderes instituídas, pensando uma dimensão democrática da gestão de um sistema.

efetivação, tendo em vista as contradições existentes nesses espaços de compartilhamento de poder. Ao invés

[...] da lei espontânea de harmonização entre interesse individual e o bem coletivo [...], o que ressalta é a persecução de harmonias criadas artificialmente com vantagens de uns em detrimento de outros (PEREIRA, 1986, p.68).

Em suma, a gestão da política pública de saúde na prática ainda é centralizada em uma figura, um gestor, que ao mesmo tempo tem que ser protagonista, ator social e corroborar as propostas de um gestor nacional que dita as normas e diretrizes do complexo *jogo* que se constitui o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Um jogo político que necessita de uma grande capacidade de negociação. Processo este que não se configura apenas como “um simples evento para se chegar a um acordo” (MENDES, 2008, p. 169), mas, sim, como um espaço de articulação e pactuação que requer extrema destreza e autonomia, mesmo que regulada, para atingir o objetivo de garantir a saúde da população, de acordo com a necessidade das pessoas. Além disso, esse é um espaço coletivo¹¹ que prescinde do indicativo de uma co-responsabilização nos processos de gestão do SUS.

Daí a responsabilidade do poder público, ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas (FERNANDEZ; MENDES, 2007, p. 14).

Só pensando essa gestão compartilhada numa configuração participativa, a população deixará de ser mera coadjuvante para ser atuante e propor ações radicalmente criativas, capazes de legitimar a tomada de decisão dos gestores na discussão sobre a alocação de recursos para a saúde. Ações que possam reverter esse descompasso entre a dinâmica da realidade da

¹¹ O espaço coletivo constitui-se como um “lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes” (CAMPOS, 2007, p. 232).

saúde no país e os princípios da universalidade e da integralidade do acesso à atenção à saúde preconizados pelo SUS (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Outro fator que deve ser levado em consideração nessa questão é a conscientização do gestor da saúde em relação à responsabilidade que permeia seu papel de formulador, propositor e deliberador das estratégias políticas para o SUS.

Freire (2001) afirma que a conscientização implica num processo de ultrapassagem da realidade para se chegar a uma esfera crítica sobre a mesma. É pensar dialética e permanentemente essa realidade na dimensão ação-reflexão, desvelando profundamente essa conjuntura, o que exigiria, no caso dos gestores da saúde, um compromisso, isto é, um pacto mais intenso entre a necessidade da população e o ato. A tomada de decisão e a ação que vise à consolidação do SUS e a garantia dos direitos à saúde das pessoas.

Para além disso, a própria sociedade precisa desatar-se das amarras da cultura do silêncio que hoje aprisionam e tornam dependentes os movimentos e atores sociais importantes nesse processo de consolidação do sistema de saúde brasileiro. É um atravessamento da linha tênue entre ser aquilo que Freire (2001) denomina *ser-para-o-outro* para converter-se em *ser-para-si-mesmo*. Ou seja, aventurar-se nessa maré de possibilidades, tomando para si a co-responsabilidade sobre sua saúde e sobre a subsistência do SUS.

É importante lembrar que a Constituição Federal define a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil em: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. No mesmo capítulo destaca que todos os entes federados descritos nessa organização são autônomos e descreve as competências concernentes a cada um deles.

A palavra *autonomia*, do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei), foi utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes. É também vinculada à ideia de participação social e de ampliação da participação política no que tange à descentralização e desconcentração do poder (MARTINS, 2002).

Pensando na conjuntura política atual relativa à gestão do sistema de saúde municipal no Brasil, podemos dizer que essa autonomia não vem sendo exercida em sua plenitude.

Segundo os princípios e diretrizes do SUS e os dispositivos legais que o regulamentam, os gestores e a sociedade civil é que deveriam ser os formuladores e deliberadores das estratégias políticas do sistema. No entanto, estas ações vêm sendo programadas por órgãos executivos que definem de que forma elas devem ser desenvolvidas para garantir a saúde da população brasileira.

Em que pese a importância da gestão político-administrativa e financeira tripartite do SUS, o que observamos, na atualidade, é que a autonomia do município, outrora regulamentada pela Constituição¹², se apresenta como limitada. O compromisso de expandir e garantir o acesso para a maioria da população está subordinados às instâncias gestoras Estaduais e Federais, que definem as diretrizes, ações e programas que devem ser desenvolvidos em nível local.

Os gestores, limitados por essa regulamentação por parte do Estado e União, passaram a “tirar água das pedras” para fazer acontecer a política pública de maior inclusão social existente no Brasil, o SUS (SANTOS, 2005).

Pensando a questão das competências, destacamos aqui a competência municipal de prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. Para isso, é preciso que o gestor municipal seja capaz de gerir os serviços públicos locais, administrativa e financeiramente, pensando as necessidades regionais, com interferência mínima possível do Estado e União na tomada de decisão e com a participação máxima da sociedade civil.

Um dos instrumentos que podem garantir a participação da comunidade e legitimar as decisões dos gestores é a informação em saúde.

A informação é a base para se viabilizar a participação efetiva da sociedade. Sem falar que é também indispensável em todos os processos de tomada de decisão, visto que torna transparente a interação pretendida entre Estado e sociedade civil (MENDES, 2008) e legitima as ações voltadas para garantir a saúde enquanto direito dos cidadãos do país.

¹² Que além de denominada Cidadã é também reconhecida como Municipalista.

Portanto, o desafio é superar a compreensão da informação como elemento meramente técnico e passar a tratá-la como recurso estratégico, que pode contribuir para a gestão (BRANCO, 2006).

O acesso à informação pode potencializar, ainda, a interação pretendida nos processos participativos. É apenas por meio dos fluxos de informações que se possibilita o diálogo, a interpretação dos problemas, limitações e demandas das partes envolvidas na gestão. Além disso, um sistema permanente de informações, que faça uso de todos os meios disponíveis, tem o objetivo de sensibilizar e motivar os indivíduos, que passam a cooperar, desenvolvendo práticas inovadoras e soluções objetivas de atuação conjunta, potencializando, via comunicação e diálogo, o processo decisório e o exercício de controle da gestão pública [...] (MENDES, 2008, p. 170).

O desafio, dessa forma, é descentralizar a informação e distribuí-la de forma transparente para a sociedade, para que o gestor sinta-se mobilizado para realizar deliberações referentes à saúde – desde as de caráter financeiro às de organização da assistência – evitando-se tomar decisões “conflitantes ou consensuais, gerindo os estoques de informação em processos, muitas vezes, tão autoritários quanto as próprias políticas” (MOYSÉS, 2008, p. 109).

Entretanto, não podemos esquecer que a simples existência da informação não garante isso. É preciso valorizar os imensos arquivos de dados disponíveis, superando sua condição de meros repositórios de dados para transformá-los em importantes fontes de conhecimento, e destacar o papel fundamental da educação como transformadora da realidade e dos sujeitos (ROCHA, 2000).

2.3.2. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Siops é um sistema de informação que reúne dados sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos três entes federados, permitindo a visualização do “dispêndio e da capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, em nível local, estadual ou federal” (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 380).

Instituído pela Portaria do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, n. 1.163/2000, o Siops passou a ser o instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços de saúde preconizados pela EC29 (BRASIL, 2004).

No que se refere à solução de informática, o Siops

[...] pode ser desmembrado em três componentes: (1) um endereço eletrônico público situado no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sis/siops); (2) os programas de declaração de municípios e estados; e (3) um banco de dados centralizado pelo ministério. O programa de coleta permite a declaração eletrônica e o envio, via internet, das informações contábeis dos municípios e estados sobre as receitas totais e as despesas com saúde. Os usuários obtêm o sistema por meio do portal do Ministério da Saúde, preenchem os campos a partir dos balanços e orçamentos e, pela internet, alimentam uma base de dados residente no ministério (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 381).

A sistematização da declaração das informações pelos municípios viabiliza o repasse dos dados necessários de acordo com o preconizado pela portaria ministerial citada. Todavia, apesar dos dados repassados ao sistema serem “declaratórios”, os conhecimentos obtidos configuram-se como relevantes e têm subsidiado articulações entre os gestores da saúde e as áreas de planejamento e orçamento dos estados e municípios, permitindo uma melhor compreensão do papel e da responsabilidade do setor (ROCHA et al., 2006).

Segundo Teixeira e Teixeira (2003), a disponibilidade de informações sobre o perfil do financiamento e do gasto em saúde para cada esfera de governo constitui um imperativo para o processo de construção e avaliação do desempenho do SUS, tendo em vista que essas informações podem viabilizar, dentre outras coisas, o aprimoramento da gestão e a adequação da distribuição dos gastos com o setor.

Nesse sentido, os autores destacam que o Siops vem evoluindo de maneira gradual no que se refere ao repasse dessas informações, tendo em vista que permite a construção e aplicação de indicadores que possibilitam avanços no acompanhamento e avaliação de gastos públicos com a saúde e a realização de um trabalho de análise frente à realidade de alocação de

recursos, viabilizando a verificação da adequação do gasto às necessidades da população.

Tais indicadores fornecem elementos extremamente relevantes na análise do perfil do gasto e da capacidade de arrecadação de cada Estado e de cada Município brasileiro, permitindo comparações entre os entes federados. É importante lembrar que esses dados podem constituir insumos para a elaboração e implementação dos Planos Diretores de Regionalização - PDRs e para os Planos de Investimentos – PDIs, uma vez que há previsão de aportes, pelo conjunto dos governos, para a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, na busca da garantia da melhoria de acesso da população à saúde (BRASIL, 2004, p. 3).

Além do fato de que o Siops produz informações importantes para o acompanhamento e avaliação dos gastos em saúde e da contrapartida financeira dos entes federados para o SUS é importante destacar o papel fundamental desse sistema como um instrumento de gestão-financeira capaz de auxiliar os gestores no planejamento de suas ações e na tomada de decisão.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho do estudo

Refletir sobre a questão do financiamento para a saúde no Brasil não é uma tarefa simples. Como pudemos observar no Capítulo 1, a problemática dos recursos financeiros para o SUS, que vem sendo analisada e (re)formulada há mais ou menos 20 anos, ainda influencia e promove entraves ao processo de implementação do sistema, no país.

Considerando, portanto, a complexidade da temática e o objetivo geral do estudo, optamos pela realização de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo triangulação de métodos, por entendermos ser esta a opção mais adequada para a abordagem do tema proposto.

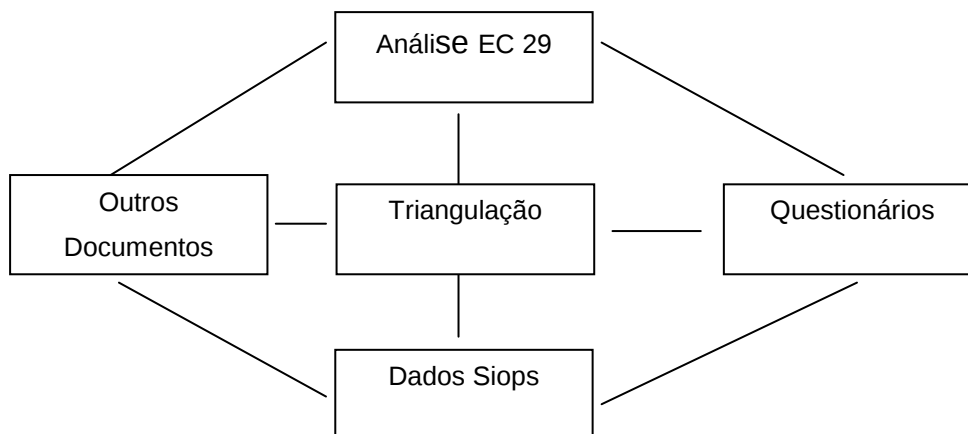


Figura 2 – Síntese Triangulação

Fonte: Elaboração Própria.

Segundo Minayo e Sanches (1993), do ponto de vista metodológico, não há contradição entre investigação quantitativa e qualitativa. As duas são de naturezas diferentes e atuam em níveis diferentes de compreensão do objeto. Enquanto a investigação quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, a investigação qualitativa trabalha com *valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões*.

A opção em utilizar os dois tipos de pesquisa mencionados se justifica pela necessidade de um maior aprofundamento e detalhamento dos dados que

serão coletados, para se atingir os objetivos do estudo. Isso não seria possível se os métodos fossem utilizados isoladamente.

Assim, a *complementaridade*¹³ surge como uma vantagem da combinação dos métodos de forma a contribuir para o aprofundamento acerca do objeto, permitindo uma maior compreensão da realidade e um avanço na construção do conhecimento sobre o mesmo (GUIMARÃES; MARTINS; GUIMARÃES, 2004; GOLDENBERG, 2007).

3.2. Gestores locais envolvidos no estudo

O grupo envolvido no estudo foi composto por cinquenta gestores locais, sendo: quarenta e seis Secretários(as) de Saúde, um Diretor de Departamento de Vigilância à Saúde, um Assessor da Secretaria de Saúde, um Coordenador de Saúde e um Secretário Adjunto.

Essa amostra corresponde a uma parcela dos 184 municípios do Estado de Pernambuco e foi selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Gestores locais cujos municípios informaram ao Siops o percentual da contrapartida de recursos próprios gastos em saúde no ano de 2007;
- Municípios participantes da pesquisa Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação¹⁴, cujos gestores responderam ao questionário aplicado no ano de 2007.

¹³ Para Guimarães, Martins e Guimarães (2004), existem vantagens e desvantagens nesse tipo de pesquisa. Dentre as vantagens, os autores citam: desenvolver medidas (uma abordagem pode ser usada para dar informações à outra, p. ex., utilizar uma pesquisa qualitativa para desenvolver um instrumento que será utilizado numa pesquisa quantitativa); aumento da validade (os resultados podem ser confirmados mediante diferentes fontes de informação); complementaridade (adição de informação, ou seja, palavras transformadas em números e vice-versa, que permitem interpretar e explicar os dados obtidos) e criação de novas linhas de pensamento e de pesquisa em função do surgimento de novas perspectivas ou contradições.

¹⁴ O presente estudo constitui uma parte da pesquisa Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação, realizada pelo Grupo de Estudo em Economia Política da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

3.3. Cenário do estudo

O Estado de Pernambuco está situado na porção Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil. É composto por 184 municípios e Fernando de Noronha, que ocupam 98.938 Km² de extensão territorial. Tem uma população estimada de 8.485.386 habitantes (IBGE, 2007).

Marcado, ao longo de sua história, pela economia açucareira, foram consolidados, no Estado, a partir da última década, setores de ponta atrelados ao de serviços, como o turismo, a informática e, marcadamente, a medicina.

No que se refere à organização político-administrativa da saúde, o estado é dividido em 11 Gerências Regionais de Saúde (Geres), cujas sedes são Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira e Serra Talhada. A amostra da pesquisa é composta por municípios representativos de todas as regiões, conforme demonstrado na figura 4.

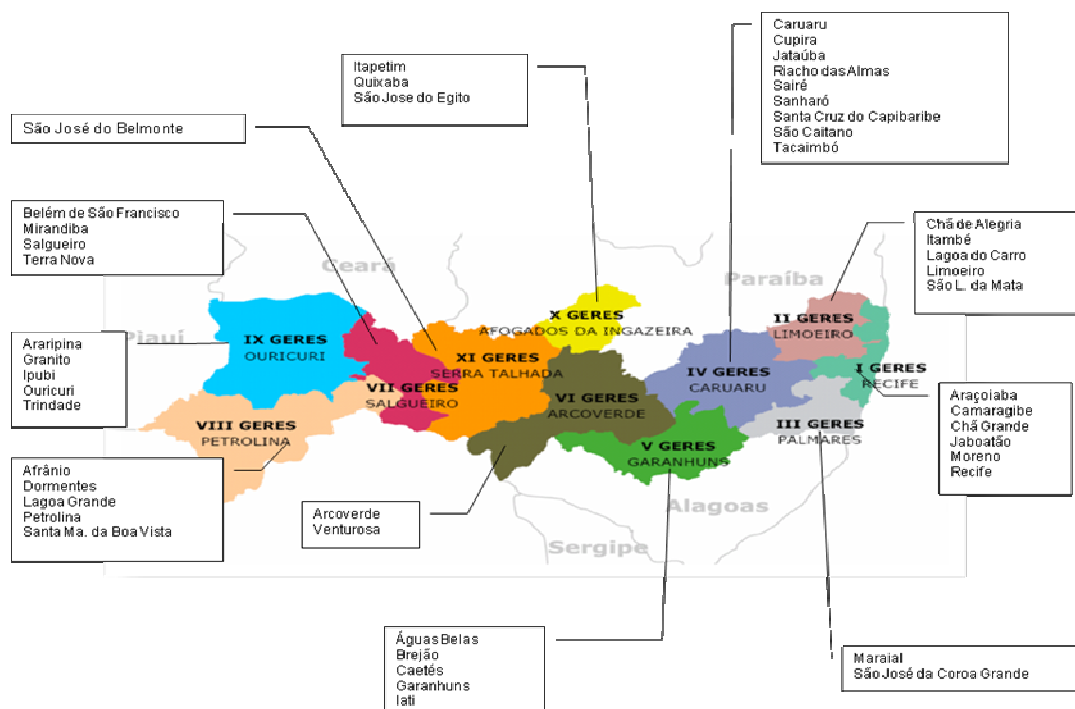


Figura 3 – Mapa do Estado de Pernambuco – com destaque para as Gerês e os municípios participantes da pesquisa

Fonte: PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

3.4. Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário (Apêndice B)¹⁵, análise de textos e documentos sobre a EC29 e levantamento de dados secundários do Siops sobre o histórico da situação de entrega dos dados municipais e o cumprimento do percentual preconizado pela emenda, no ano de 2007.

Antes da coleta, os(as) entrevistados(as) receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), atendendo a normas dos Comitês de Ética em Pesquisa.

Os questionários aplicados continham perguntas abertas acerca do tema da pesquisa e foram preenchidos pelos(as) próprios(as) entrevistados(as). A vantagem de se utilizar questões abertas consiste no fato de que o(a) entrevistado(a) fica mais à vontade para responder da forma que achar necessário, formulando melhor suas respostas (OLIVEIRA, 2007).

Alguns autores, como Rosa e Arnoldi (2006), destacam as limitações desse tipo de instrumento, se comparado às entrevistas semiestruturadas, consideradas fontes de riqueza informativa por sua flexibilidade e acessibilidade a informações de difícil observação. Outros pontuam as vantagens e desvantagens (MARCONI; LAKATOS, 2006; OLIVEIRA, 2007) na aplicação do questionário. Levando em consideração o público ao qual os questionários foram aplicados nessa pesquisa, podemos enfatizar que o mesmo nos auxiliou a obter as informações necessárias acerca dos objetivos de estudo.

Os dados secundários sobre o histórico da situação de entrega dos dados municipais ao Siops e o cumprimento do percentual preconizado pela EC29 foram coletados e tabulados através do Siops, disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)¹⁶.

¹⁵ Segundo Severino (2007) o questionário é um “conjunto de questões que se destinam a levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados, com vistas a conhecer a opinião dos mesmos sobre os assuntos em estudo”.

¹⁶ Site do Siops no Datasus: <http://siops.datasus.gov.br>.

3.5. Análise dos dados

Os dados secundários obtidos através do Siops foram tabulados e analisados levando em consideração a frequência referente ao histórico dos percentuais de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pelos Municípios, de acordo com a EC29, referente à competência de 2007.

Em relação aos recursos próprios aplicados, levamos em consideração o cumprimento ou não da emenda, não interessando, para os objetivos de nossa pesquisa, o valor apostado em moeda, nem mesmo o percentual a mais ou a menos aplicado em relação ao preconizado.

Na segunda etapa, os dados preenchidos pelos(as) entrevistados(as) foram digitados e submetidos a uma análise de conteúdo do tipo temática.

Segundo Minayo (2007, p. 303), ao comentar citação de Bardin (1979), essa técnica permite tornar “replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. Além disso, o objetivo de se utilizar essa técnica é o de ultrapassar os sentidos manifestos pelos indivíduos em suas falas, buscando atingir um patamar mais profundo do que está sendo comunicado, ou seja, essa etapa busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico que será estudado.

Buscamos, portanto, ao optar por esse tipo de análise ouvir o que o(a) entrevistado(a) tem a dizer, tentando apreender sua mensagem textual, sem contudo intervir no texto. “Praticamente, trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem” (SEVERINO, 2007, p. 57).

Seguindo essas diretrizes, os dados obtidos foram inicialmente parafraseados e condensados por semelhanças, levando-se em consideração os aspectos teóricos e empíricos presentes nas falas dos entrevistados. Em seguida, foram agrupados em temas descritos através de enunciados.

Por último, foi realizado um cruzamento das informações obtidas nas etapas anteriores, com o intuito de verificar a existência ou não de relação entre os dados secundários obtidos através do Siops e os primários, através dos questionários, no que se refere ao cumprimento da EC29.

É importante destacar que o cruzamento das informações não tem a intenção de confrontar os dados qualitativos com os dados quantitativos, pelo contrário,

[...] quisiéramos sostener que ellos (con sus diferencias) constituyen las quebraduras y las articulaciones del proceso de la ciencia como *una totalidad orgánica*. Son momentos diferentes en la unidad de la ciencia cuando ella es pensada en concreto, es decir, en la totalidad de sus niveles de integración y en las transformaciones que producen el desarrollo del conocimiento (SAMAJA, 1992, p. 32).

Ou seja, nosso intuito é o de complementar as informações obtidas e verificar possíveis variações que sejam significativas para os objetivos do estudo.

3.6. Considerações éticas

O trabalho constitui uma parte da pesquisa “Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e obteve aprovação do comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob o registro n. 002.0.172.000 – 06 – 003/2006.

Foi realizado com dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados e utilizados conforme informado aos entrevistados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem qualquer prejuízo para os mesmos, principalmente no que diz respeito a menção de nomes ou outras informações pessoais. Estas informações se encontram sob a guarda da pesquisadora e do Grupo de Economia Política da Saúde, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, apresentaremos os dados percentuais referentes à escolaridade, o cargo ocupado e se havia experiência pregressa na gestão, como forma de traçar um perfil dos gestores locais entrevistados.

Perfil dos gestores locais

Quanto à escolaridade, 84% dos entrevistados possuíam nível superior, sendo 80% com nível superior completo e 4% com nível superior incompleto.

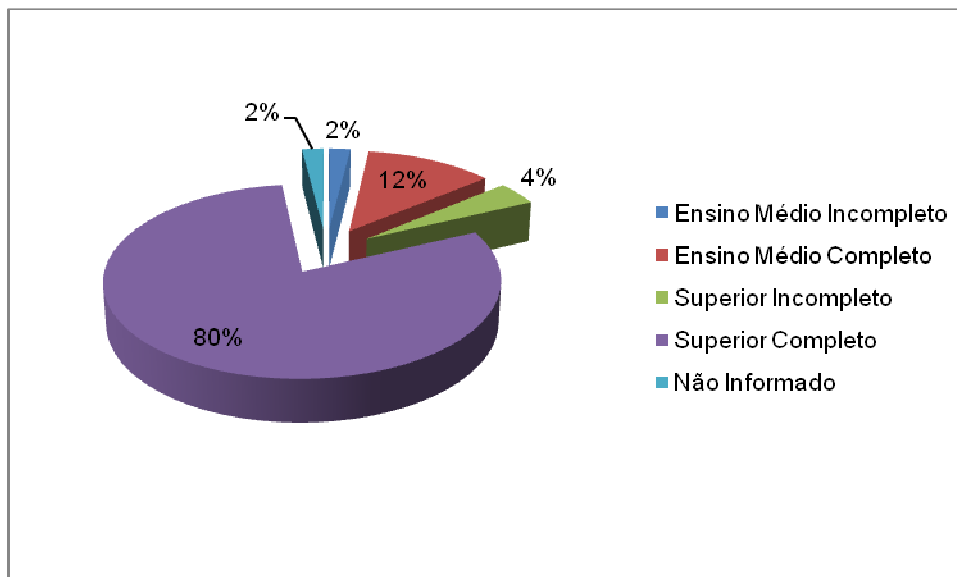


Gráfico 3 – Frequência da escolaridade dos gestores locais de saúde Pernambuco 2007

Em relação à área de concentração da formação dos gestores com nível superior, como demonstrado no gráfico 4, a maior concentração corresponde aos cursos da área da saúde (56%). Contudo, os resultados demonstram que 44% dos profissionais responsáveis pela gestão do SUS nesses locais têm cursos em outras áreas de formação.

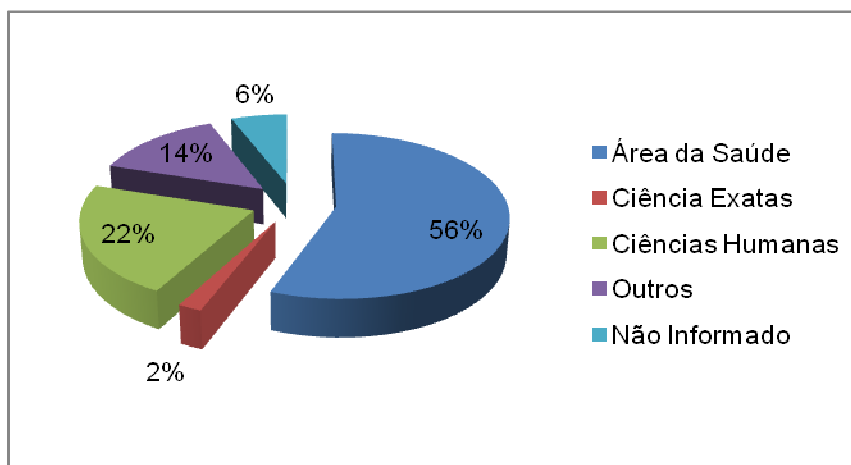


Gráfico 4 – Frequência da área de formação dos gestores locais de saúde Pernambuco, 2007

Todavia, apesar do alto índice de profissionais de outras áreas que não a da saúde, a frequência dos gestores que realizaram cursos na área de Saúde Pública é bastante significativa (72%), conforme evidenciado do gráfico 5. Isso pode demonstrar uma certa preocupação desses profissionais em se aproximarem da área da saúde, adquirindo mais conhecimento sobre o setor, o que deve influenciar na qualidade da gestão.



Gráfico 5 – Frequência de gestores locais de saúde que fizeram cursos de Saúde Pública, Pernambuco 2007.

Em relação ao tempo de permanência no cargo (Gráfico 6) a maioria está ocupando o cargo há mais de um ano, o que corresponde a 56% da

amostra. Esses dados demonstram a grande rotatividade dos gestores nesses cargos de gestão. O pouco tempo em que os gestores permanecem nos cargos contribui para uma descontinuidade no andamento de processos e projetos e na implementação de um modelo de atenção.

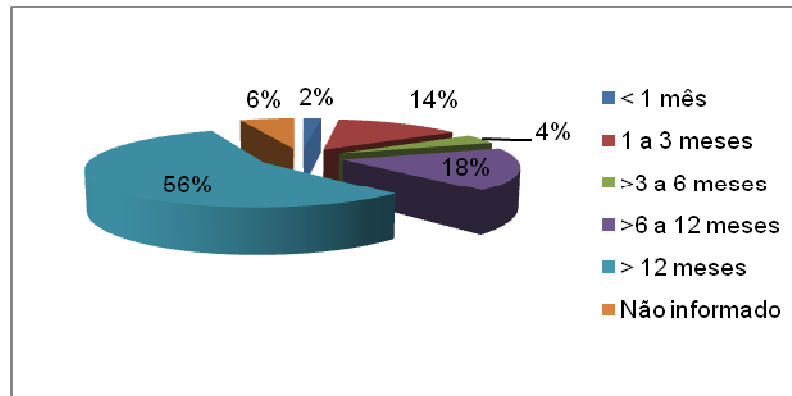


Gráfico 6 – Tempo de permanência no cargo dos gestores locais de saúde de Pernambuco, 2007

Outro dado relevante e não menos importante do que os já apresentados refere-se à experiência pregressa em cargos de gestão – na área de saúde ou não. Observamos que 80% dos gestores já ocuparam outros cargos de gestão, uma informação que pode ser considerada positiva, tendo em vista o fato de que ter uma experiência anterior, nesse caso da gestão, pode auxiliar o profissional a desenvolver melhor seu processo de trabalho.

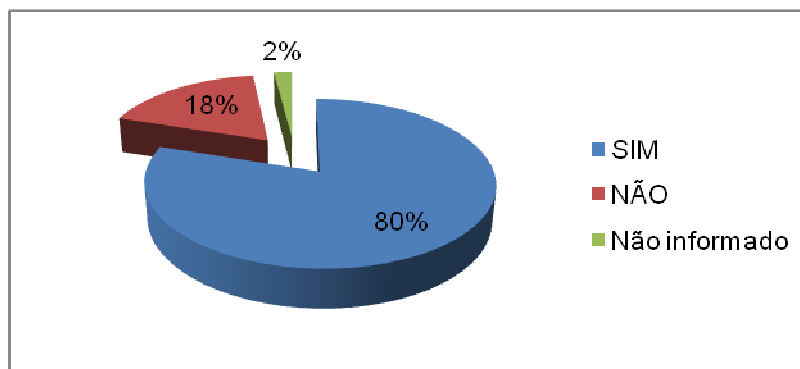


Gráfico 7 – Experiência pregressa em cargo de gestão dos gestores locais de saúde de Pernambuco, 2007

Em relação ao cumprimento da EC 29, 100% dos municípios aplicaram, no mínimo, o percentual de 15% preconizado pela emenda, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, por município, no ano de 2007

Municípios	% aplicado	Municípios	% aplicado
Afrânio	15,06	Maraial	16,15
Águas Belas	19,02	Mirandiba	17,25
Araçoiaba	26,04	Moreno	15,36
Arcoverde	17,04	Orocó	16,39
Belém de São Francisco	20,72	Ouricuri	17,45
Brejão	15,6	Petrolina	18,66
Caetés	22,99	Quixabá	21,1
Camaragibe	30,55	Recife	15,6
Caruaru	18,4	Riacho das Almas	21,89
Chã de Alegria	18,53	Sairé	16,35
Chã Grande	16,03	Salgueiro	15,61
Condado	15,32	Sanharó	19,55
Cupira	15,11	Santa Cruz do Capibaribe	19,51
Dormentes	29,11	Santa Maria da Boa Vista	21,2
Garanhuns	15,89	São Caitano	25,5
Granito	20,39	São José da Coroa Grande	16,7
Iati	15,92	São José do Belmonte	21,98
Ipubi	29,16	São José do Egito	20,6
Itambé	28,37	São Lourenço da Mata	22,78
Itapetim	15,37	Tacaimbó	15,8
Jaboatão dos Guararapes	18,57	Terra Nova	26,53
Jataúba	26,97	Tracunhaém	22,1
Lagoa do Carro	18,83	Trindade	21,49
Lagoa Grande	16,32	Tuparetama	16,25
Limoeiro	15,13	Venturosa	26,46

Fonte: Brasil – Datasus/ Siops.

Podemos observar também que 40% dos municípios aplicaram um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais legais acima de 20%. Embora não seja objeto de nossa análise esse diferencial percentual aplicado a mais em relação ao preconizado pela EC29, podemos fazer algumas inferências e suposições a partir desses dados.

Alguns autores têm realizado trabalhos sobre o percentual de recursos próprios aplicados pelos municípios na saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007; DAIN, 2007; SOUSA et al., 2007). A maioria demonstra que, apesar dos Estados e da União descumprirem sistematicamente o percentual preconizado pela emenda, há uma tendência dos municípios cumprirem e até mesmo superarem o valor mínimo preconizado.

O desfinanciamento da saúde bancado pelo Estado e União faz com que os municípios tenham que assumir um maior investimento de seus recursos para o setor. Além disso, as diferenças populacionais e regionais podem ter influência sobre os montantes aplicados.

A análise temática

Segundo Minayo (2001), o conhecimento que vem sendo construído sobre a saúde pública tem sido sistematicamente marcado pelo apagamento do sujeito. A partir da década de 90 observamos um retorno desse sujeito outrora apagado e sem voz, necessário como ator das reformas, como partícipe e atuante em busca da promoção de mudanças na realidade.

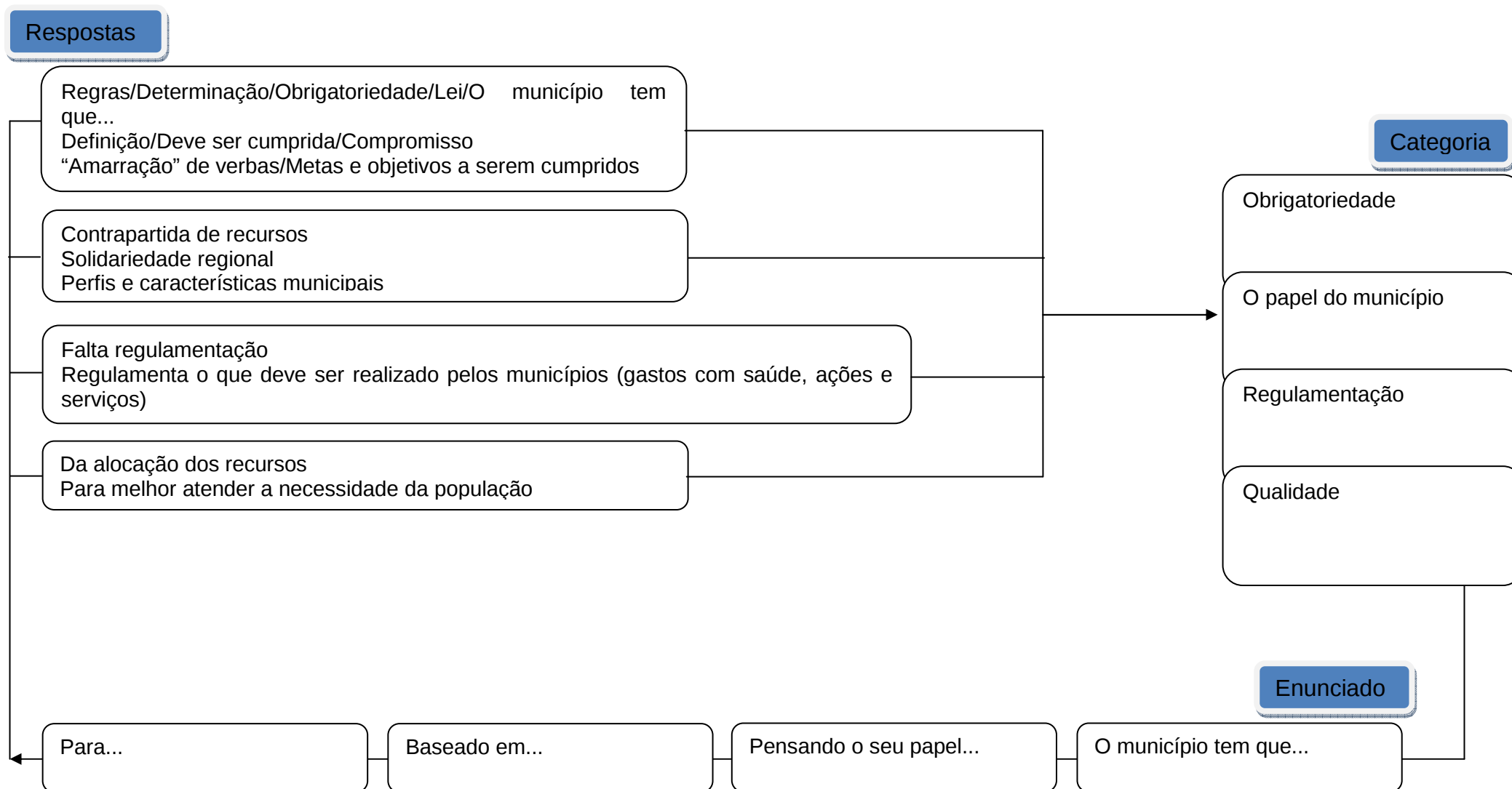
O sujeito de que falaremos nesta análise é o gestor local das políticas públicas de saúde, aqui representado pelos 50 gestores municipais entrevistados do estado de Pernambuco.

A análise realizada levou em consideração as dimensões do papel que deve ser desempenhado pelo gestor municipal e a autonomia e o protagonismo desse sujeito diante da conjuntura atual.

Antes de iniciar a discussão propriamente dita, apresentaremos um quadro-síntese das categorias temáticas obtidas a partir das falas dos gestores entrevistados acerca da EC29, representativas dos sentimentos, crenças e expectativas relacionadas à emenda. A partir dessas respostas, tentaremos

refletir acerca da opinião desse grupo em relação à emenda, considerando as dimensões mencionadas anteriormente.

Quadro 2 – Quadro-síntese das respostas dos gestores entrevistados



Ao serem questionados sobre seu conhecimento em relação à EC29, os gestores levantaram algumas características conceituais que denotam sua relação com o cumprimento da emenda e com o seu papel frente à gestão municipal.

I. Obrigatoriedade

“Imposto pelo dever ou pela lei” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008)

A primeira característica mencionada pelos entrevistados se refere ao caráter de *obrigatoriedade*.

Com a promulgação da EC29, que alterou o conteúdo da Constituição Federal de 1988, os gestores locais passaram a ter novas obrigações com a gestão dos sistemas de saúde locais, para além da responsabilidade sanitária¹⁷.

Ao analisarmos o conteúdo da escrita dos gestores observamos que a obrigatoriedade é uma característica marcadamente mencionada em relação à emenda. Obrigatoriedade que se refere a compromissos, regras, determinações, leis, metas e objetivos que devem ser cumpridos pelos gestores locais.

Vejamos, a seguir, alguns trechos que enfatizam essa característica:

Gestor 11

“A Emenda 29 define a obrigatoriedade dos três entes federados: União, Estado e Município o percentual para cada um; de repasse com relação aos recursos para saúde”.

¹⁷ Os gestores do SUS são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. Há dois níveis de responsabilização, no âmbito da saúde: a macrossanitária e a microssanitária. A primeira se refere à responsabilidade do gestor pelos resultados de sua gestão, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, responsabilizando-se pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, que recuperem doentes e que previnam doenças e agravos. A responsabilidade microssanitária, por sua vez, pressupõe que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e estabeleça uma relação de compromisso com a população que lhe é adscrita (BRASIL, 2009).

Gestor 16

“Definiu percentual de receita líquida do tesouro municipal que deveria ser empregado obrigatoriamente ao setor saúde”.

Gestor 21

“Entendo que a Emenda define os percentuais de recursos a serem aplicados na saúde nas três esferas de governo, define, ou seja, classifica as despesas que podem ser consideradas e custeadas com recursos da saúde”.

Gestor 25

“É o que determina o percentual de 15% na saúde, ou seja, a obrigatoriedade do percentual”.

A obrigação mencionada pelos gestores remete a uma dimensão de compromisso e de cuidado, que extrapola a *responsabilidade sanitária com o território*, enfatizando uma relação de *sujeição*: um sujeito impõe determinadas condições e o outro cumpre (DAL, 2002). No nosso caso, esse outro é o gestor municipal.

Os gestores entrevistados vêem a emenda como um dispositivo legal que deve ser cumprido, como uma ação inerente a seu papel enquanto gestor do sistema municipal e ordenador de despesas. A importância da mesma para a implementação e subsistência do SUS não parece ser destacada.

Contudo, tendo em vista a falta de regulamentação da emenda e a escassez de estudos sobre o olhar do gestor acerca desse dispositivo, observamos que ainda há muitas controvérsias em relação ao efetivo cumprimento da emenda (VASCONCELOS; PASCHE, 2006), que precisam ser avaliadas e estudadas em profundidade. Principalmente no que concerne à importância da emenda e seu impacto na garantia de uma estabilidade de recursos para o SUS, dívida histórica do país.

Sem estar ligada a um planejamento ou a uma avaliação que subsidie a tomada de decisão, a alocação de recursos permanece ainda hoje fortemente dependente dos programas e atividades definidas pelas esferas nacionais e estaduais, cabendo ao município apenas a execução dessas políticas. O gestor da política local em alguns casos não é o gestor do fundo municipal e as

informações repassadas ao Siops são preenchidas por empresas terceirizadas que não têm compromisso com a política de saúde do município.

Cumprir o que preceitua a emenda e repassar informações ao Siops tornou-se uma atividade corriqueira, com feições administrativo-financeiras quase sempre desempenhadas por atores que não estão diretamente implicados na gestão do sistema. O caráter da obrigatoriedade ignora e supera a importância da vinculação de recursos para o setor saúde e os 20 anos de paciência histórica dos defensores do sistema público de saúde do país.

II. O Papel

“Maneira de proceder, desempenho, conduta” (ACADEMIA
BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).

De todas as questões levantadas pelos gestores em relação à EC29, talvez essa seja a de maior importância: a discussão sobre o papel do gestor municipal em relação à EC29.

Podemos dizer que o papel desempenhado pelo gestor local de saúde é resultante da interação social, dentro de um processo de socialização, isto é, ele é construído na interação com as pessoas e o contexto do território. O comportamento do gestor é aquele que é socialmente esperado em função dos deveres destes para com a sociedade (WIKIPÉDIA, 2009).

O que tentaremos destacar aqui são duas importantes dimensões pouco discutidas na atualidade e que podem contribuir muito para a reflexão acerca da EC29: a autonomia e o protagonismo do gestor.

Todavia, antes de iniciar a discussão dessas dimensões, apresentaremos alguns trechos das informações repassadas pelos gestores. Em relação a essa categoria, o conteúdo trazido pelas respostas dos gestores remonta à contrapartida de recursos, à importância de que existe uma solidariedade regional e que os perfis/características de cada município sejam respeitados ao se pensar a alocação de recursos.

Vejamos alguns trechos que se referem a essa questão:

Gestor 27

“Que é uma emenda que vincula receita para a saúde da esfera estadual e municipal, contudo não define o percentual da União. Sou a favor da vinculação, contudo os municípios estão com a maior participação”.

Gestor 34

“[...] excelente - o recurso dá se os grandes municípios ajudassem os pequenos”.

Gestor 36

“Sou a favor da vinculação dos gastos em função de cada município ter perfil próprio de ações”.

Apesar de ter certa ligação com a questão da obrigatoriedade do cumprimento da emenda, surgem algumas questões que parecem estar diretamente implicadas no papel do gestor enquanto autoridade sanitária local e envolvem certo protagonismo e autonomia deste enquanto tomador de decisões.

Antes de qualquer coisa, é importante enfatizar que, no processo de implantação do SUS, a municipalização foi uma diretriz que promoveu mudanças significativas no modelo de gestão e no papel do gestor do sistema, no país.

Não podemos esquecer que a implantação do SUS inaugurou uma gestão tripartite, acrescentando a significativa participação da comunidade na definição dos caminhos do sistema, no país¹⁸. Teoricamente, essa modalidade de gestão solidária garante aos sujeitos envolvidos na gestão do SUS uma certa autonomia compartilhada e a oportunidade de exercer um protagonismo consciente que pode ter o poder de mudar os rumos do sistema brasileiro.

Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação do SUS comprometido com as necessidades

¹⁸ A descentralização político-administrativa, apesar de ser uma tendência contemporânea, está longe de alcançar o estágio desejável, quer pela ambiguidade no plano de definição de competências, quer pela imposição de matrizes da União que minimizam a força criadora dos Municípios no sentido de estabelecer soluções próprias, desfocadas da limitação da autonomia pelo Poder Central.

específicas da população, em cada localidade do país (BRASIL, 2009). Tornaram-se necessárias a ampliação das bases da negociação política da tomada de decisão, a conformação da prática federalista cooperativa, o investimento na capacidade institucional dos atores responsáveis pela sua operacionalização e a ousadia de construção de soluções criativas (PIRES, 1999), lançando mão de um imaginário radical para alcançar esses objetivos e da retomada da autonomia, do “ser mais”, associado à capacidade de transformar a realidade em sua volta (FREIRE, 1996). Passando assim a ser sujeito e não apenas objeto da história ou mero coadjuvante no processo de consolidação do SUS.

Decerto, não podemos ser ingênuos de achar que essa é uma visão compartilhada por todos os gestores. É fato que o grupo de Pernambuco, foco dessa pesquisa, parece ter uma visão consensual relativa a essa questão – pelo que pudemos observar nas respostas aos questionários. Contudo, uma pesquisa realizada por Nascimento (2007) aponta uma forma diferente de pensar de alguns gestores da região do ABC paulista, entrevistados no ano 2000.

Não podemos desconsiderar as diferenças regionais e a conjuntura econômica, política e cultural que entornam a prática profissional desses gestores, ao fazer essa análise. Mas, o que queremos realçar da fala desses sujeitos da pesquisa é a sua preocupação no que concerne à autonomia municipal. Mencionam que a autonomia apresenta duas faces: uma positiva e outra negativa. A positiva se refere ao fortalecimento da ideia de descentralização da tomada de decisão e da co-gestão em parceria com a comunidade. Já a negativa é aquela que pensa a municipalização de uma forma irresponsável, tendo em vista a atuação restrita dos municípios na resolução de problemas complexos que demandam intervenções dos três níveis de gestão.

III. Regulamentação

“Submeter (algo) a regulamento; estabelecer normas; regularizar; regular; regerar” (ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008).

Apesar das palavras obrigatoriedade e regulamentação terem conotações parecidas, elas foram separadas em categorias distintas, tendo em vista aos enfoques diferentes dados pelos gestores para ambas. Enquanto a primeira foi apresentada na dimensão do deve ser cumprido, a segunda diz respeito à necessidade de orientação dos gestores quanto ao papel dos municípios no que diz respeito aos gastos com saúde, ações e serviços. Também se refere a algumas reclamações concernentes à falta de regulamentação da emenda.

Assim como para as outras categorias, apresentaremos a seguir alguns trechos trazidos pelos gestores, que imprimem significado à discussão:

Gestor 4

Importante embora não tenha ainda sido regulamentada a nível do Governo Federal e Estadual, e no Estado não termos nenhuma participação fixa e objetiva de repasses para os municípios.

Gestor 7

É uma emenda que se regulamentada poderá trazer mais recursos para a saúde [...]

Gestor 23

Essa emenda é importante porque regulamenta alguns serviços/procedimentos em relação ao financiamento da saúde.

Gestor 49

Um avanço para as secretarias municipais, embora não seja ainda regulamentado

A EC29 foi criada no ano 2000, com o intuito de assegurar recursos financeiros mínimos para a saúde, através da vinculação de percentuais dos orçamentos fiscais (das receitas tributárias e transferências constitucionais legais) dos três entes federados.

É importante reiterar que os recursos financeiros assegurados para a Saúde pela EC29 são *recursos mínimos*. Os gestores, se houver vontade

política para isso, podem apresentar melhores propostas em suas leis orçamentárias (REZENDE, 2005).

Após cerca de nove anos tramitando entre a Câmara e o Senado, a emenda permanece sem regulamentação.

A importância de pressionar os atores sociais responsáveis pela regulamentação da EC29 está relacionada ao fato de que será através desse ato que o SUS passará de um rumo, de um financiamento aceitável, para um de inadiáveis transformações e impactos nos modelos de gestão. Um rumo cuja lógica esteja voltada definitivamente para a centralidade dos direitos do usuário cidadão, para os resultados na saúde da população, para o desempenho das equipes de saúde e para a efetiva participação da sociedade na definição das prioridades (SANTOS, 2005).

A fala dos gestores assinala a necessidade da regulamentação da emenda, assim como alguns importantes atores sociais – como o CNS, a Abrasco, o Cebes etc. –, que lutam pela repolitização da população para assumir, enquanto sujeito coletivo –, a defesa do SUS e do ideário da Reforma Sanitária. Regulamentar a emenda, construindo debates com os atores sociais diretamente interessados nessa questão, refletirá inevitavelmente na garantia de uma estabilidade financeira para o SUS – já que regulamenta e vincula os orçamentos dos três entes federados para o sistema –, e no maior acesso da população aos serviços que mais precisa, tendo em vista a decisão sobre o que são gastos em saúde.

IV. Qualidade

“Característica pela qual alguém se distingue dos demais”
(ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS, 2008)

A última categoria se refere à *qualidade* da gestão do sistema de saúde no que concerne à alocação de recursos financeiros para o setor e o atendimento às reais necessidades da população. Serão apresentados alguns exemplos a seguir:

Gestor 1

“Estabelecimento de regras que definem os recursos financeiros do orçamento que deve ser aplicado na saúde e em que qualidade”.

Gestor 7

“É uma emenda que [...] poderá trazer mais recursos para a saúde, consequentemente dar um melhor atendimento à população necessitada”.

Essa categoria remonta à importância de refletir sobre a equidade na alocação de recursos financeiros para a saúde, buscando fornecer um melhor atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população.

A equidade pode ser entendida como “a igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. Para isso o SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa” (BRASIL, 2009, p. 138), de acordo com as necessidades de cada sujeito. É a igualdade respeitando a diversidade.

Sabemos que os instrumentos de planejamento e gestão são essenciais para a tomada de decisão no âmbito da saúde, de forma a garantir essas dimensões mencionadas. Além disso, os gestores e a comunidade hoje têm disponível, por vários meios, diversas informações sobre a organização e o desenvolvimento das ações de saúde.

Um exemplo disso são as informações referentes aos orçamentos públicos em saúde, que estão disponíveis no site do Datasus e podem ser acessados através do Siops que é:

[...] instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS, que funciona por meio da coleta e do processamento de informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, das três esferas de governo. Dessa forma, possibilita o conhecimento da estrutura do financiamento da saúde pública no Brasil e facilita o controle, a avaliação e a gestão dos gastos públicos e das políticas de saúde. Tem como principais objetivos: 1) contribuir para o aprimoramento do planejamento, da gestão e da avaliação dos gastos públicos em saúde; 2) dimensionar a participação de estados e municípios no financiamento da saúde; 3) acompanhar e analisar a vinculação constitucional de recursos para saúde (EC 29/2000) (BRASIL, 2009, p. 463).

O que observamos, na realidade, é que, apesar de todas essas funcionalidades do sistema e de sua importância enquanto instrumento de gestão, a informação disponível ainda é utilizada como forma de obter valores e percentuais relativos ao montante de recursos aplicados para o setor. Destacadamente, em relação ao quanto foi aplicado a mais ou a menos em relação ao percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29.

Ao optarem por esse caminho de utilização do sistema, os gestores demonstram preocupação apenas em cumprir as regras determinadas pela legislação e pela gestão central do SUS, sem pensar em inovações e estratégias para adequar a organização do sistema e a oferta de serviços de acordo com a necessidade de cada território e de sua população.

São frágeis, portanto, o desejo e o interesse em formular propostas, criando assim possibilidades e oportunidades locais com vistas à superação dos impasses que entravam o desenvolvimento do SUS.

Cohn, Westphal e Elias (2005) destacam que, em alguns municípios do país, os sistemas de informação têm sido utilizados para obter recursos financeiros e atender às solicitações dos construtores das políticas públicas de saúde, que nem sempre são os gestores locais do setor. Afirmam também os autores que ainda é muito grande a dificuldade de se utilizar as informações obtidas através desses sistemas para a tomada de decisões políticas que atendam às reais necessidades das populações. Concluem dizendo que essas dificuldades estão centradas na hegemonia de um poder público ainda conservador e nas amarras do país, que não consegue se 'soltar' de uma era clientelista e efetivar a descentralização autorizada e consolidada pela Constituição Cidadã de 1988.

Carvalho e Kaniski (2000) referem que é essencial atentarmos para duas facetas importantes sobre a informação, as quais constituem uma dicotomia significativa: a informação pode tanto ser fator de dominação quanto de emancipação. Essas dimensões, apesar de estarem presentes neste objeto, vão surgir, dependendo do uso que se faz da informação obtida.

O gestor precisa estar preparado para pensar a qualidade de suas intervenções, o valor de sua atuação enquanto autoridade sanitária, para utilizar estes instrumentos de gestão adotando estratégias para viabilizar o

acesso local, pactuando uma regionalização solidária¹⁹ e tomando decisões conscientes e consistentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Cruzando informações

Como já afirmamos anteriormente o cruzamento de dados qualitativos e quantitativos nessa pesquisa não tem a intenção de comparar dados ou mesmo comprovar a superioridade de uma abordagem sobre a outra. O objetivo é lançar mão do maior número possível de informações para atingir o objetivo proposto inicialmente.

Observamos através dos dados que, estatisticamente, não há nenhuma relação direta entre o conhecimento acerca da EC29 e o cumprimento do que é preconizado pela mesma nos municípios estudados no estado de Pernambuco (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimento acerca da Emenda Constitucional Nº 29.

Cumprimento da EC29	Conhece a EC29	
	Sim	Não
Aplicou o percentual da EC29	19	31
Não aplicou o percentual da EC29	0	0

Ou seja, ao realizar esse cruzamento, não observamos uma relação direta entre o cumprimento da EC29 pelos municípios estudados e o conhecimento dos gestores locais de saúde sobre a referida emenda, o que corrobora com a importância de se utilizar dos dados qualitativos para maior aprofundamento e detalhamento dos dados obtidos para se atingir os objetivos pretendidos.

¹⁹ A regionalização é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores na atualidade, visando superar de maneira solidária as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização do SUS. Objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais (BRASIL, 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve o intuito de abordar, qualitativa e quantitativamente, o cumprimento da EC 29 a partir da contrapartida dos municípios para a saúde, sob a ótica de gestores locais.

O objetivo era verificar se havia correspondência entre o conhecimento sobre a EC 29 e o cumprimento do percentual preconizado pelos municípios dos gestores entrevistados.

Observamos que, apesar de não haver uma relação estatística comprovada entre os dados quantitativos e qualitativos, existiam muitas interfaces entre o papel do gestor municipal de saúde e o cumprimento da EC29 que deveriam ser analisadas qualitativamente.

O primeiro desafio encontrado foi a escassez de trabalhos científicos que tratem diretamente da EC29 pensando no protagonismo e na autonomia do gestor da saúde enquanto tomador de decisões no que se refere à alocação de recursos para o setor.

Superado esse primeiro desafio, a partir do diálogo com autores de áreas de conhecimento diversas, deparamo-nos com o segundo obstáculo: a sistematização dos discursos para proceder à análise temática.

As respostas analisadas permitiram constatar que os gestores entrevistados pensam a EC29 como um dispositivo legal que precisa ser cumprido invariavelmente. Pensam essa dimensão sem levar em consideração a importância da emenda como um instrumento para garantir uma aplicação mínima de recursos para a saúde, vinculados aos orçamentos dos entes federados, contribuindo assim para o atendimento às necessidades da população de maneira regional e territorializada.

É importante superar a discussão baseada exclusivamente na escassez de recursos, para se pensar na realização de pesquisas e reflexões sobre a EC29 e tantos outros temas importantes para a subsistência do SUS no Brasil.

A materialização do SUS, como sistema de saúde público e universal, implica em definir opções valorativas e realizar um movimento deliberativo e proativo de mobilização social em sua defesa. As dificuldades na implementação do mesmo constituem uma questão estrutural e a volta ao

caminho originário de mobilização e confiança nesse sistema enquanto política de Estado capaz de mudar a realidade parece ser uma alternativa.

O encantamento dos gestores e da população pelo SUS é essencial para a sua subsistência. Só essa parceria poderá garantir a alocação adequada de recursos para atender às necessidades dos cidadãos brasileiros e a existência de modelos de gestão eficazes.

Em conclusão, como nos ensinou o Mestre Nelson Rodrigues dos Santos, na disciplina Políticas e Práticas em Instituições de Saúde, oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp): “É necessário uma retomada (**reconstrução**) do caminho. Historicamente fizemos e comprovamos que isso deu certo!”

Conforme já afirmado ao longo do trabalho, este é um tema ainda pouco estudado, com aspectos controversos que necessitam ser refletidos sob diferentes óticas, visando chegar a um consenso sobre a maneira mais adequada e eficaz de distribuir os recursos do SUS, como sistema de saúde público e universal. Todas essas reflexões acerca da alocação e da gestão do financiamento da saúde devem ser centradas no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

Assim, esperamos que este trabalho desperte o interesse de outros e os mobilize para pesquisar os outros aspectos aqui relatados desta problemática relativa ao financiamento da saúde, de forma a possibilitar a montagem de um quadro mais amplo de conhecimento sobre o tema, como forma de subsidiar discussões mais profundas acerca de tão complexa realidade.

6. REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Dicionário escolar da língua portuguesa**. 2ª. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979, apud MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

BRANCO, Maria A. F. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

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

_____. **Emenda Constitucional n. 29, de 14 de setembro de 2000**. Brasília: Senado Federal, 2000.

_____. **Resolução CNS n. 322, de 08 de maio de 2003**. Brasília: Senado Federal, 2003.

_____. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **A implantação da EC 29: apresentação dos dados do Siops, 2000 a 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Implanta%C3%A7%C3%A3o_EC_29_dados_SIOPS.PDF>. Acesso em: 16 de abr. 2008.

_____. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007**. Brasília, 2008.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf> Acesso em: 08 de mar. 2009.

CAMPELLI, Magali G. R. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29.** 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CAMPELLI, Magali G. R.; CALVO, Maria C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1613-1623, jul. 2007.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Prestação de Contas do ano de 2008.** Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acesso em: 30 de mar. 2009.

CAMPOS, Gastão W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde do Brasil.** 2005. Arquivo Word disponibilizado pelo autor.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Gilson C. M. de. **Financiamento público federal do Sistema de Saúde, 1988-2001.** 2002. 311 F. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, Isabel C. L.; KANISKI, Ana L. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 33-39, set./dez. 2000.

CEBES. **20 anos do SUS. Celebrar o conquistado. Repudiar o inaceitável.** Disponível em: < http://www.cebex.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&blD=56>. Acesso em: 30 de nov. 2008.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia F.; ELIAS, Paulo E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de abr. 2009.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 0, p. 1851-1864, nov. 2007.

DAL, Helder M. C. Obrigações negativas. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 91, n. 800, p. 735-757, jun. 2002.

ELIAS, Paulo E. **Reforma ou Contra-Reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. 1997. Disponível: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf>>. Acesso em: 14 de mar. De 2008

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

FERNANDEZ, Juan C. A.; MENDES, Rosilda. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. **Cepedoc Cidades Saudáveis**. São Paulo, 2007.

FERRETTI, Celso J.; ZIBAS, Dagmar, M. L.; TARTUCE, Gisela L. B. P. Protagonismo Juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, vol. 34, n. 122, p. 411-423, maio/ago. 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** São Paulo: Centauro, 2001.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 2007.

GUIMARÃES, Liliana A. M.; MARTINS, Daniela de A.; GUIMARÃES, Patrícia M. Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In: GRUBITS, Sônia; NORIEGA, José A. V. (Orgs.). **Método qualitativo: epistemologia, complementaridade e campos de aplicação.** São Paulo: Vetor, 2004.

IBGE. **Contagem da população 2007.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2008.

JORGE, Elias A. et al. **Seguridade social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.** 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_seguridade_social.pdf>. Acesso em: 14 de mar. 2008.

LIMA, Cláudia R. A.; CARVALHO, Marília S.; SCHRAMM, Joyce M. A. Financiamento público em saúde e confiabilidade de bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, set. 2006.

MANSUR, Marília C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. **Novas incertezas sobre o financiamento da saúde**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 2000. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/journal/m/marques4.doc>>. Acesso em: 20 de nov. 2008.

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

MARTINS, Ângela M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p. 207-232, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2009.

MENDES, R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, Maria A. de. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras, 2008.

MINAYO, Maria. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria. C. S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239–262, jul./set. 1993.

MOYSÉS, Samuel J. Informação em saúde e cidadania. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, Maria A. de. **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas & Letras, 2008.

NASCIMENTO, Vânia B. do. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

NUNES, André. **A alocação eqüitativa Inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, Maria M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PEREIRA, Potyara A. P. O Estado de bem-estar e as controvérsias da igualdade. **Serviço Social e Sociedade**, Brasília, v. 1, n. 20, p. 11-24, 1986.

PERNAMBUCO. **Secretaria Estadual de Saúde. Mapa do Estado de Pernambuco dividido por Regionais de Saúde, 2007**. Disponível em: <http://www.saude.pe.gov.br/cadernos2006/mapa_geres.html>. Acessado em: 16 de out. de 2008.

PIOLA, S. F. 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.

PIRES, Maria C. S. Autonomia municipal no Estado brasileiro. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 36, n. 142, p. 143-166, abr./jun. 1999.

REZENDE, C. **Nota técnica: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde), 2005**. Disponível em: <<http://www.pt.org.br>>. Acessado em: 10 de jan 2009.

RIBEIRO, José A.; PIOLA, Sérgio F.; SERVO, Luciana M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 21-43, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/>>

media/File/publicacoes/RevAbres/DivulgaçãodemSaúdeparaDebate_n37.pdf>.

Acesso em: 25 set 2008.

RIBEIRO, Lúcia. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 264-275, jul./set. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set 2007.

RIZZOTTO, Maria L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de saúde no Brasil nos anos 90. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 140-147, maio/ago. 2005.

ROCHA, Marisa P. C. A questão da cidadania na sociedade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 40-45, jan./abr. 2000.

ROCHA, Tânia M. N. et al. Emenda Constitucional – EC Nº 29/2000: 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.

ROSA, Maria V. F. P. C; ARNOLDI, Marlene A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SAMAJA, Juan. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialectica del trabajo interdisciplinario. **Educación Medica y Salud**, v. 26, n. 1, p. 4-34, 1992.

SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Saúde. Sistema de Informação de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf>. Acesso em: 13 de abr. de 2009.

SANTOS, Nelson R. dos. In: GOULART, Flávio A. R. **Municipalização: veredas (Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil)**. Brasília, 1995. Trabalho não publicado.

_____. Regulamentar a EC 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 338-351, set./dez. 2005.

_____. **Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. Rio de Janeiro, Cebes: 2008. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=333>. Acesso em: 16 de out. 2008.

SCLIAR, Moacyr. Políticas de saúde pública no Brasil: uma visão histórica. In: SCLIAR, Moacyr et al. **Saúde pública: histórias, políticas e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002.

SEVERINO, Antônio J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 16 de set. 2007.

SOUSA, Islândia M. C. et al. **Financiamento no SUS: a Emenda Constitucional 29 e o Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde em Pernambuco**. 2005. 43 p. Monografia (Especialização) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2005.

SOUSA, Islândia M. C. et al. **Avaliação do SIOPS e cumprimento da EC n. 29/2000 em Pernambuco**. In: VIII Encontro da ABRES - Democracia, Universalidade e Economia da Saúde, 2007, São Paulo. Anais do VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, Hugo V.; TEIXEIRA, Marcelo G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 08, n. 2, p. 379-391, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 531-562.

VIANA, Ana L. D.; FAUSTO, Maria C. R.; LIMA, Luciana D. de. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S_0102-8839200300010_0007_&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 15 de jul. 2007.

WIKIPÉDIA. **Enciclopédia livre**. Papel social. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Papel_social>. Acesso em: 20 de abr. 2009.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A

O PROTAGONISMO DOS GESTORES LOCAIS DE SAÚDE FRENTE À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29: ALGUMAS REFLEXÕES²⁰.

EL PROTAGONISMO DE LOS GESTORES LOCALES DE LA SALUD ACERCA DE LA ENMIENDA CONSTITUCIONAL N. 29: ALGUNAS REFLEXIONES.

CONSTITUTIONAL AMENDMENT N. 29: REFLECTIONS ABOUT LOCAL HEALTH MANAGERS' PROTAGONISM.

1. Juliana Dantas Torres Ribeiro

Secretaria Municipal de Saúde de Santa Bárbara d'Oeste

Rua Itu, 86 – apto. 51B – Centro – Campinas/SP – CEP 13.015-315

Cel. (19) 93061194 / Tel. Trabalho (19) 3464.9406

Email: torres.juliana@gmail.com

2. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Professora Adjunto do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: afalangola@uol.com.br

²⁰ O presente artigo é inédito e apresenta os resultados da Dissertação de Mestrado intitulada *O Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29: a contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de gestores locais*. Constitui-se num desdobramento da pesquisa *Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação*, aprovada no Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-Decit – Nº 36/2005 e obteve aprovação do comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob o registro n. 002.0.172.000 – 06 – 003/2006.

O PROTAGONISMO DOS GESTORES LOCAIS DE SAÚDE FRENTE À EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29: ALGUMAS REFLEXÕES²¹.

RESUMO

O presente artigo objetiva refletir sobre a Emenda Constitucional n. 29 à luz do protagonismo dos gestores locais de saúde, em relação à contrapartida de recursos para o financiamento do setor. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujo recurso metodológico foi a pesquisa documental de fontes oficiais e os relatos dos gestores de saúde obtidos através da aplicação de questionário com perguntas abertas. Os resultados desvelam uma interface entre o cumprimento da Emenda Constitucional n.29 pelos municípios com o protagonismo dos gestores locais de saúde. A Emenda é avaliada pelos mesmos como um dispositivo legal que deve ser cumprido, sem aprofundar a reflexão sobre a sua importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: SUS, Emenda Constitucional n.29, protagonismo, gestores locais.

EL PROTAGONISMO DE LOS GESTORES LOCALES DE LA SALUD ACERCA DE LA ENMIENDA CONSTITUCIONAL N. 29: ALGUNAS REFLEXIONES.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es reflejar acerca de la Enmienda Constitucional n. 29 en vista del protagonismo del gestor de la salud local en

²¹ O presente artigo é inédito e apresenta os resultados da Dissertação de Mestrado intitulada *O Cumprimento da Emenda Constitucional n. 29: a contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de gestores locais*. Constitui-se num desdobramento da pesquisa *Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação*, aprovada no Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-Decit – Nº 36/2005 e obteve aprovação do comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE), sob o registro n. 002.0.172.000 – 06 – 003/2006.

relación a la contrapartida de recursos para el financiamiento del sector. Se trata de un estudio cualitativo cuyo recurso metodológico fue la investigación documental de fuentes oficiales y los informes de los gestores de la salud obtenidos de la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas. Los resultados muestran una interfaz entre el cumplimiento de la Enmienda Constitucional n. 29 por las ciudades y el protagonismo de los gestores locales de salud. La enmienda se evalúa como un dispositivo jurídico que hay que lograr sin ir más profundo en el reflejo de su importancia para la consolidación del Sistema Único de Salud Brasileño.

PALABRAS CLAVE: Sistema de la Salud, Enmienda Constitucional n. 29, protagonismo, gestor local.

REFLECTIONS ON THE ROLE OF LOCAL HEALTH MANAGERS IN FACE OF THE CONSTITUTIONAL AMENDMENT 29

ABSTRACT

The present article aims to reflect on the Constitutional Amendment n. 29 in light of the role played by local health managers in relation to the counterpart of resources for funding the health sector. This is a qualitative study whose methodological resource was a documental research of official sources and local health managers' reports, which were obtained by means of a questionnaire with open-ended questions. The results revealed an interface of the execution process of the Constitutional Amendment n. 29 at the municipal level. The Amendment is evaluated by local health managers as a legal dispositive that has to be executed, although they did not go deep into the reflection of its importance for the consolidation of the Brazilian Unified Health System.

KEYWORDS: Brazilian Unified Health System, Constitutional Amendment n. 29, protagonism, local health managers.

Perspectivas históricas do Sistema Único de Saúde brasileiro

Ao final da década de 80 o Brasil passou por um processo profundo de transição política. A mudança do regime autoritário para um regime democrático propiciou o surgimento de debates acerca da natureza do Estado no país e da necessidade de organização de um sistema de saúde capaz de atender às demandas da população e exercer um papel de intervenção social com perspectivas de modificar a realidade vigente (Nascimento, 2007).

Fruto de uma realidade conjuntural de cerceamento de direitos, a Reforma Sanitária surgiu como um movimento capaz de agregar atores sociais e construir uma identidade coletiva que significou a afirmação da população brasileira enquanto sujeitos de sua própria história, implicados no reconhecimento de suas próprias características, potenciais, limitações e reivindicações (Ribeiro, 1989).

O marcante incremento do debate acerca da saúde pública no país, garantindo a ampliação da participação social enquanto exercício da cidadania, somado à promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, que dispunha sobre o que se refere à saúde, como *um direito de todos e um dever do Estado* (Siqueira-Batista; Schramm, 2005) complementaram o marco histórico que contextualizou o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. O SUS se configurou, portanto, como fruto de uma bem-sucedida ação política que teve sua base ideológica no movimento sanitário

Os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS, como por exemplo, a universalidade, a integralidade, a igualdade e a participação da comunidade, apontavam para o grande desafio que seria construir uma política que se configurava como tão inovadora e ousada, frente ao Estado, que passava a ser marcadamente questionado.

Criado como projeto técnico e político de organização da assistência à saúde (Nascimento, 2007) e herança de uma era em que esta temática esteve intrinsecamente ligada a questões sociais e econômicas, o SUS apareceu como oportunidade de resgate de uma profunda dívida social, acumulada durante o longo período autoritário pelo qual passou o país. Transformou-se no maior projeto público de inclusão social (Santos, 2008) já visto na história brasileira!

No SUS, a saúde como direito deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que tenham em vista, principalmente, a redução do risco de doenças e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988).

Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990, o SUS propunha-se a “atender toda a população, por meio de serviços próprios, da União, estados e municípios, e serviços contratados com a área privada” (Scliar, 2002, p.60). Constitui-se, portanto, como um grande pacto entre os entes federados, buscando “conciliar democraticamente a unidade política com a diversidade territorial” (Nascimento, 2007, p.113).

Todavia, para se garantir o compromisso com o pacto federativo estruturante para a implementação do SUS no país, foi necessário definir algumas competências para cada uma das esferas de governo. Dentre essas, destacamos a responsabilização pelo financiamento, como uma atribuição de extrema importância e imprescindível a manutenção e o fortalecimento do sistema.

A definição do papel dos entes federados concernente ao financiamento para o SUS vem sendo discutida desde antes da promulgação da Constituição de 1988. No capítulo da Seguridade Social, que contém os parágrafos, artigos e seções específicos da área da saúde, constam as informações que se referem ao financiamento do sistema, que inaugurou uma modalidade tripartite de financiamento federativo, através da participação de cada ente federado, com o fornecimento de parcelas específicas dos Orçamentos da Seguridade Social (OSS) e do Orçamento Fiscal, que compunham o Orçamento Geral da União (OGU).

A parcela concernente à saúde do OSS foi determinada pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), presente no artigo 55 da Constituição Federal. Definia a destinação de 30% do orçamento, de origem federal, para o setor (Mansur, 2001).

Segundo Jorge et al. (2007), as fontes de financiamento da Seguridade definidas para a saúde garantiram arrecadação bastante expressiva, sendo suficientes para cobrir as despesas da saúde, previdência e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa

executada por órgão quanto por função. Entretanto, em que pese a importância do artigo aprovado, na prática o que se observou foi o seu descumprimento, seguido pelo veto presidencial do dispositivo, sob a alegação de que, pelas limitações estruturais do artigo, era “inexequível e contrário ao interesse público” (Carvalho, 2002, p. 242) a obrigação do investimento de 30% do OGU para a saúde.

Desse momento em diante, o que ocorreu foi uma contínua desvinculação de parte das receitas da Seguridade para livre disposição pela área econômica, através da aprovação sucessiva de emendas constitucionais. Na prática, o Poder Executivo propôs e o Congresso foi “institucionalizando” a desvinculação dessas receitas, comprometendo o custeio do setor em nome da geração de superávits primários (Jorge et al, 2007, p. 06).

Em suma, a diminuição dos recursos para o setor acarretou algumas consequências desastrosas para o SUS que perduram até hoje, principalmente no que alude à qualidade e quantidade dos serviços prestados à população, “aumentando a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional” (Dain, 2007, p. 1853).

A instabilidade do financiamento para o setor, a indefinição quanto às responsabilidades que cabiam aos entes federativos e a falta de vinculação da receita do OSS para a saúde, contribuíram para que o Ministério da Saúde (MS), no uso de suas atribuições, liderasse um movimento para criar uma fonte de recursos específica para a saúde: a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) implantada em 1997. Essa contribuição não gerou o aumento de recursos esperado, tendo em vista a substituição de algumas fontes de arrecadação ocorrida no orçamento do MS. Além disso, em 1999, a CPMF deixa de ser fonte exclusiva da saúde, passando a financiar, dentre outras coisas, a previdência social brasileira (Dain, 2007)

Essa conjuntura política e social vem se configurando, desde esta época, como um grande desafio para os gestores do SUS, além de ter propiciado a persistência de “vários problemas ligados à redefinição das responsabilidades das esferas de governo, principalmente nas esferas federal e estadual” (Campelli, 2005, p.20).

Emenda Constitucional n. 29: um pacto federativo para o financiamento do SUS

Em que pese a materialização do esquema tripartite de gestão federativa da saúde, observa-se que as ações e políticas desenvolvidas não deram conta do grave desfinanciamento pelo qual passou o setor na década de 90. A necessidade de modificar a lógica de financiamento para garantir a estabilidade de recursos, além de definir claramente os papéis de cada esfera de poder era premente e constituía um caminho sem volta.

Estava em jogo a efetivação do sistema, e a vinculação dos recursos financeiros com vistas a garantir os princípios doutrinários do SUS parecia uma saída viável. Além disso, surgia uma possibilidade de reverter o quadro instalado de transferência de obrigações e responsabilidades, sem garantir autonomia²², advindos com a descentralização, para a formulação e gestão da política de saúde no nível local, associada a uma estreita dependência do nível central em termos de financiamento (Elias, 1997; Campos, 2005). Do reconhecimento dessa problemática, surgiram algumas propostas de emendas à Constituição, visando garantir tais recursos, sendo a Emenda Constitucional n.29 finalmente aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000 (Faveret, 2003).

O sistema de financiamento da saúde passava a ganhar, pelo menos legalmente, uma maior constância, tendo em vista o estabelecimento de “patamares mínimos de aplicação de recursos da União, dos estados e dos municípios no apoio ao SUS” (Dain, 2007, p. 1853), fortalecendo o esquema de gestão tripartite do sistema.

A EC29 surge então como uma tentativa de superar a crise do financiamento da saúde, vinculando constitucionalmente os recursos do orçamento fiscal do conjunto dos entes federados, estabelecendo as regras da provisão de recursos para as ações e serviços públicos de saúde. Introduzindo, assim, uma inovação no modelo de gestão e financiamento do SUS, uma vez

²² “[...] não há autonomia ou dependência absoluta. Os sujeitos adquirem autonomia relativa, já que se vive em redes de poder, em sistemas de dependência relativa. A autonomia de uma pessoa ou de um coletivo é indicada pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto e pelas características próprias de cada sujeito” (Campos, 2007, p. 231).

que definiu “o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deve ser destinado para a área” (Marques; Mendes, 2000, p. 1), fortalecendo a responsabilidade dos entes federados na sustentação do SUS.

Os preceitos da EC29 passaram não só a fixar os percentuais mínimos (12% Estados; 15% Municípios) e para os entes federativos aplicarem em ações e serviços de saúde, como também tornaram a contrapartida de recursos próprios de cada esfera uma obrigatoriedade, se constituindo em um importante instrumento demarcador da política de saúde no processo econômico e social (Campelli, 2005).

É importante enfatizar que a EC29 assegurou apenas a aplicação de *recursos mínimos* para a saúde, cabendo aos gestores públicos aperfeiçoarem as leis orçamentárias, visto que o mínimo não pode ser considerado como teto financeiro e que é preciso ter vontade política para que a saúde possa ser efetivamente priorizada.

Não obstante as garantias constitucionais, observou-se uma tendência de estados e municípios participarem cada vez mais do financiamento do sistema, reduzindo de certa forma a participação e comprometimento da União com a sustentação do setor (Nunes, 2004).

Tal conjuntura serviu como alerta para que não se perdesse o foco de que a consolidação do SUS universal e equânime, como preconizado pela Constituição Cidadã, exige de forma primordial, um compromisso, um pacto que não apenas redefina um posicionamento econômico e político, mas uma responsabilidade, em todos os níveis de gestão, com a saúde da população.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a conscientização do gestor da saúde em relação à responsabilidade que permeia seu papel de formulador, propositor e deliberador das estratégias políticas para o SUS. A conscientização sobre o seu protagonismo frente às demandas de saúde e à alocação de recursos financeiros.

Freire (2001) afirma que a conscientização implica num processo de ultrapassagem da realidade para se chegar a uma esfera crítica sobre a mesma. É pensar dialética e permanentemente essa realidade na dimensão ação-reflexão, desvelando profundamente essa conjuntura. Exige-se dos gestores da saúde um compromisso mais intenso entre a necessidade da

população e o ato: a tomada de decisão e a ação visando à consolidação do SUS e a garantia dos direitos à saúde das pessoas.

É um atravessamento da linha tênue entre ser aquilo que Freire (2001) denomina *ser-para-o-outro* para converter-se em *ser-para-si-mesmo*. Ou seja, aventurar-se nessa maré de possibilidades, tomando para si a co-responsabilidade sobre sua saúde e sobre a subsistência do SUS, resgatando a subjetividade e a autonomia dos sujeitos, sejam eles usuários, gestores ou trabalhadores.

É importante lembrar que a Constituição Federal define a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil em: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Destaca que todos os entes federados são autônomos e descreve as competências concernentes a cada um deles.

A palavra *autonomia*, do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei), foi utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das cidades-estado independentes. É também vinculada à ideia de participação social e de ampliação da participação política no que tange à descentralização e desconcentração do poder (Martins, 2002). Pensando na conjuntura política atual relativa à gestão do sistema de saúde municipal no Brasil, podemos dizer que essa autonomia não vem sendo exercida em sua plenitude.

Segundo os princípios e diretrizes do SUS e os dispositivos legais que o regulamentam, os gestores e a sociedade civil é que deveriam ser, ascendentemente, os formuladores e deliberadores das estratégias políticas do sistema. No entanto, estas ações vêm sendo programadas por órgãos executivos que definem de que forma elas devem ser desenvolvidas para garantir a saúde da população brasileira.

Os municípios, que têm o compromisso de expandir e garantir o acesso para a maioria da população, estão subordinados, enquanto esferas subnacionais, às instâncias gestoras dos Estados e União, que definem as diretrizes, ações e programas que devem ser desenvolvidos em nível local. Os gestores municipais passaram a “tirar água das pedras” para fazer acontecer a política pública de maior inclusão social existente no Brasil, o SUS (Santos, 2005). O protagonismo dos gestores, entendendo aqui esse conceito enquanto *participação ativa* (Ferretti; Zibas; Tartuce, 2004) desses sujeitos na formulação

e implementação das políticas públicas no país, passa a ser fundamental para garantir os preceitos constitucionais preconizados pelo SUS.

Neste contexto, o presente artigo se propõe a refletir sobre o protagonismo e a autonomia dos gestores locais de saúde de Pernambuco no processo de tomada de decisão concernente à alocação de recursos para o setor, preconizada pela EC29.

Percurso metodológico

Considerando, a complexidade da temática em estudo, optamos pela realização de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo triangulação de métodos, por entendermos ser esta a opção mais adequada para a abordagem do tema proposto.

Segundo Minayo e Sanches (1993), do ponto de vista metodológico, não há contradição entre investigação quantitativa e qualitativa. As duas são de naturezas diferentes e atuam em níveis diferentes de compreensão do objeto. Enquanto a investigação quantitativa tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, a investigação qualitativa trabalha com *valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões*.

A opção em utilizar os dois tipos de pesquisa mencionados se justifica pela necessidade de um maior aprofundamento e detalhamento dos dados que serão coletados, para se atingir os objetivos do estudo. Isso não seria possível se os métodos fossem utilizados isoladamente. Assim, a *complementaridade* surge como uma vantagem da combinação dos métodos de forma a contribuir para o aprofundamento acerca do objeto, permitindo uma maior compreensão da realidade e um avanço na construção do conhecimento sobre o mesmo (Guimarães; Martins; Guimarães, 2004; Goldenberg, 2007).

A amostra do estudo foi composta por cinquenta gestores locais, sendo: quarenta e seis Secretários(as) de Saúde, um Diretor de Departamento de Vigilância à Saúde, um Assessor da Secretaria de Saúde, um Coordenador de Saúde e um Secretário Adjunto.

Essa amostra corresponde a uma parcela dos 184 municípios do Estado de Pernambuco e foi selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: (a) Gestores locais cujos municípios informaram ao Sistema de Informações

sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) o percentual da contrapartida de recursos próprios gastos em saúde no ano de 2007; (b) Municípios participantes da pesquisa *Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação*, cujos gestores responderam ao questionário aplicado no ano de 2007.

O Cenário do estudo

O Estado de Pernambuco está situado na porção Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil. É dividido em 11 Gerências Regionais de Saúde (Geres), cujas sedes são Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira e Serra Talhada. A amostra da pesquisa foi composta por municípios representativos de todas as regiões.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário com perguntas abertas, análise de documentos sobre a EC29 e levantamento de dados do Siops sobre o histórico da situação de entrega dos dados municipais e o cumprimento do percentual preconizado pela emenda, no ano de 2007.

Alguns autores, como Rosa e Arnoldi (2006), destacam as limitações do uso do questionário como instrumento de coleta de dados, se comparado às entrevistas semiestruturadas, consideradas fontes de riqueza informativa por sua flexibilidade e acessibilidade a informações de difícil observação. Outros pontuam as vantagens e desvantagens (Marconi; Lakatos, 2006; Oliveira, 2007) na aplicação do mesmo. Levando em consideração o nosso público alvo, podemos enfatizar que o mesmo nos auxiliou a obter as informações necessárias acerca dos objetivos do artigo.

Os dados secundários sobre o histórico da situação de entrega dos dados municipais e o cumprimento do percentual preconizado pela EC29 foram

coletados e tabulados através do Siops, disponível no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

A análise dos dados

As respostas dadas pelos entrevistados foram digitadas e submetidas a uma análise de conteúdo do tipo temática.

Segundo Minayo (2007, p. 303), ao comentar citação de Bardin (1979), essa técnica permite tornar “replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”. Além disso, o objetivo de se utilizar essa técnica é o de ultrapassar os sentidos manifestos pelos indivíduos em suas falas, buscando atingir um patamar mais profundo do que está sendo comunicado, ou seja, essa etapa busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico que será estudado.

Buscamos, portanto, ao optar por esse tipo de análise ler o que os entrevistados têm a dizer, tentando apreender sua mensagem textual, sem contudo intervir no texto. “Praticamente, trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem” (Severino, 2007, p. 57).

Seguindo essas diretrizes, os dados obtidos foram inicialmente parafraseados e condensados por semelhanças, levando-se em consideração os aspectos teóricos e empíricos presentes nas falas dos entrevistados. Em seguida, foram agrupados em temas descritos através de enunciados.

Os dados secundários obtidos através do Siops foram tabulados e analisados levando em consideração a frequência referente ao histórico dos percentuais de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pelos Municípios, de acordo com a EC29, referente à competência de 2007.

Em relação aos recursos próprios aplicados, levamos em consideração o cumprimento ou não da emenda, não interessando, para os objetivos de nossa pesquisa, o valor apostado em moeda, nem mesmo o percentual a mais ou a menos aplicado em relação ao preconizado.

Produzindo conhecimento: a análise estatística e a análise temática

A análise dos dados obtidos através do Siops revelou que 100% dos municípios componentes da amostra transmitiram seus dados ao Siops no período estudado e cumpriram com o preconizado pela EC29, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, por município, no ano de 2007

Municípios	% aplicado	Municípios	% aplicado
Afrânio	15,06	Maraial	16,15
Águas Belas	19,02	Mirandiba	17,25
Araçoiaba	26,04	Moreno	15,36
Arcoverde	17,04	Orocó	16,39
Belém de São Francisco	20,72	Ouricuri	17,45
Brejão	15,6	Petrolina	18,66
Caetés	22,99	Quixabá	21,1
Camaragibe	30,55	Recife	15,6
Caruaru	18,4	Riacho das Almas	21,89
Chã de Alegria	18,53	Sairé	16,35
Chã Grande	16,03	Salgueiro	15,61
Condado	15,32	Sanharó	19,55
Cupira	15,11	Santa Cruz do Capibaribe	19,51
Dormentes	29,11	Santa Maria da Boa Vista	21,2
Garanhuns	15,89	São Caitano	25,5
Granito	20,39	São José da Coroa Grande	16,7
Iati	15,92	São José do Belmonte	21,98
Ipubi	29,16	São José do Egito	20,6
Itambé	28,37	São Lourenço da Mata	22,78
Itapetim	15,37	Tacaimbó	15,8
Jaboatão dos Guararapes	18,57	Terra Nova	26,53
Jataúba	26,97	Tracunhaém	22,1
Lagoa do Carro	18,83	Trindade	21,49
Lagoa Grande	16,32	Tuparetama	16,25
Limoeiro	15,13	Venturosa	26,46

Fonte: Brasil – Datasus/ Siops.

Em relação ao conhecimento acerca da emenda, observamos que 62% dos gestores entrevistados demonstram em suas respostas não conhecer a mesma, tendo em vista que não fazem referências às definições de vinculação e percentual mínimo dos recursos próprios de Estados, Municípios e União que devem obrigatoriamente ser aplicados com o setor saúde.

O cruzamento dessas informações nos mostra que, estatisticamente, não há nenhuma relação direta entre o conhecimento acerca da EC29 e o cumprimento do que é preconizado pela mesma nos municípios estudados no estado de Pernambuco (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento acerca da Emenda Constitucional Nº 29

Cumprimento da EC29	Conhece a EC29	
	Sim	Não
Aplicou o percentual da EC29	19	31
Não aplicou o percentual da EC29	0	0

A análise temática levou em consideração os sentimentos, crenças e expectativas do sujeito *gestor local de saúde*, aqui representado pelos 50 (cinquenta) entrevistados do estado de Pernambuco. Considerou também o papel que deve ser desempenhado pelos gestores e a autonomia e o protagonismo desse sujeito diante da conjuntura atual, frente à alocação de recursos para a saúde, preconizada pela EC29.

A obrigatoriedade

Ao serem questionados sobre seu conhecimento em relação à EC29, os gestores levantaram algumas características conceituais que denotam sua relação com o cumprimento da emenda e com o seu papel frente à gestão municipal.

A primeira característica mencionada pelos entrevistados se refere ao caráter de *obrigatoriedade*.

Com a promulgação da EC29, que alterou o conteúdo da Constituição Federal de 1988, os gestores locais passaram a ter novas obrigações

com a gestão dos sistemas de saúde locais, para além da responsabilidade sanitária²³.

Ao analisarmos o conteúdo da escrita dos gestores observamos que a obrigatoriedade é uma característica marcadamente mencionada em relação à emenda. Obrigatoriedade que se refere a compromissos, regras, determinações, leis, metas e objetivos que devem ser cumpridos pelos gestores locais.

A obrigação mencionada pelos gestores remete a uma dimensão de compromisso e de cuidado, que extrapola a *responsabilidade sanitária com o território*, enfatizando uma relação de *sujeição*: um sujeito impõe determinadas condições e o outro cumpre (Dal, 2002). No nosso caso, esse outro é o gestor municipal.

Os gestores entrevistados vêem a emenda como um dispositivo legal que deve ser cumprido, como uma ação inerente ao seu papel enquanto gestor do sistema municipal e ordenador de despesas. A importância da mesma para a implementação e subsistência do SUS não parece ser destacada.

Tendo em vista a falta de regulamentação da emenda e a escassez de estudos sobre o olhar do gestor acerca desse dispositivo, observamos que ainda há muitas controvérsias em relação ao efetivo cumprimento da emenda (Vasconcelos; Pasche, 2006), que precisam ser avaliadas e estudadas em profundidade. Principalmente no que concerne à importância da emenda e seu impacto na garantia de uma estabilidade de recursos para o SUS, dívida histórica do país.

Sem estar ligada a um planejamento ou a uma avaliação que subsidie a tomada de decisão, a alocação de recursos permanece ainda hoje fortemente dependente dos programas e atividades definidas pelas esferas nacionais e estaduais, cabendo ao município apenas a execução dessas políticas. O gestor da política local em alguns casos não é o gestor do fundo municipal e as

²³ Os gestores do SUS são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. Há dois níveis de responsabilização, no âmbito da saúde: a macrossanitária e a microssanitária. A primeira se refere à responsabilidade do gestor pelos resultados de sua gestão, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, responsabilizando-se pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, que recuperem doentes e que previnam doenças e agravos. A responsabilidade microssanitária, por sua vez, pressupõe que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e estabeleça uma relação de compromisso com a população que lhe é adscrita (Brasil, 2009).

informações repassadas ao Siops são preenchidas por empresas terceirizadas que não têm compromisso com a política de saúde do município.

Cumprir o que preceitua a emenda tornou-se uma atividade corriqueira, com feições administrativo-financeiras quase sempre desempenhadas por atores que não estão diretamente implicados na gestão do sistema. O caráter da obrigatoriedade ignora e supera a importância da vinculação de recursos para o setor saúde e os 20 anos de paciência histórica dos defensores do sistema público de saúde do país.

O papel

De todas as questões levantadas pelos gestores, talvez a discussão sobre o papel do gestor municipal em relação à EC29 seja a de maior importância.

Podemos dizer que o papel desempenhado pelo gestor local de saúde é resultante da interação social, dentro de um processo de socialização, isto é, ele é construído na interação com as pessoas e o contexto do território.

O que tentaremos destacar aqui são duas importantes dimensões pouco discutidas na atualidade em relação à reflexão acerca da EC29: a autonomia e o protagonismo do gestor.

O conteúdo trazido pelas respostas dos gestores remonta à contrapartida de recursos, à importância de que existe uma solidariedade regional e que os perfis/características de cada município sejam respeitados ao se pensar a alocação de recursos.

Apesar de ter certa ligação com a questão da obrigatoriedade do cumprimento da emenda, surgem algumas questões que parecem estar diretamente implicadas no papel do gestor enquanto autoridade sanitária local e envolvem certo protagonismo e autonomia deste enquanto tomador de decisões.

Não podemos esquecer que a implantação do SUS inaugurou uma gestão tripartite, acrescentando a significativa participação da comunidade na definição dos caminhos do sistema, no país. Teoricamente, essa modalidade de gestão solidária garante aos sujeitos envolvidos na gestão do SUS certa autonomia compartilhada e a oportunidade de exercer um protagonismo

consciente que pode ter o poder de mudar os rumos do sistema brasileiro. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação do SUS comprometido com as necessidades específicas da população, em cada localidade do país (Brasil, 2009).

Decerto, não podemos ser ingênuos de achar que essa é uma visão compartilhada por todos os gestores. É fato que o grupo de Pernambuco, foco dessa pesquisa, parece ter uma visão consensual relativa a essa questão – pelo que pudemos observar nas respostas aos questionários. Contudo, uma pesquisa realizada por Nascimento (2007) aponta uma forma diferente de pensar de alguns gestores da região do ABC paulista, entrevistados no ano 2000.

Não podemos desconsiderar as diferenças regionais e a conjuntura econômica, política e cultural que entornam a prática profissional desses gestores, ao fazer essa análise. Mas, o que queremos realçar da fala desses sujeitos da pesquisa é a sua preocupação no que concerne à autonomia municipal. Mencionam que a autonomia apresenta duas faces: uma positiva e outra negativa. A positiva se refere ao fortalecimento da ideia de descentralização da tomada de decisão e da co-gestão em parceria com a comunidade. Já a negativa é aquela que pensa a municipalização de uma forma irresponsável, tendo em vista a atuação restrita dos municípios na resolução de problemas complexos que demandam intervenções dos três níveis de gestão.

A regulamentação

Apesar das palavras obrigatoriedade e regulamentação terem conotações parecidas, elas foram separadas em categorias distintas, tendo em vista aos enfoques diferentes dados pelos gestores para ambas. Enquanto a primeira foi apresentada na dimensão do deve ser cumprido, a segunda diz respeito à necessidade de orientação dos gestores quanto ao papel dos municípios no que diz respeito aos gastos com saúde, ações e serviços. Também se refere a algumas reclamações concernentes à falta de regulamentação da emenda.

A EC29 foi criada no ano 2000, com o intuito de assegurar recursos financeiros mínimos para a saúde, através da vinculação de percentuais dos orçamentos fiscais (das receitas tributárias e transferências constitucionais legais) dos três entes federados.

É importante reiterar que os recursos financeiros assegurados para a Saúde pela EC29 são *recursos mínimos*. Os gestores, se houver vontade política para isso, podem apresentar melhores propostas em suas leis orçamentárias (Rezende, 2005).

Após cerca de nove anos tramitando entre a Câmara e o Senado, a emenda permanece sem regulamentação.

A importância de pressionar os atores sociais responsáveis pela regulamentação da EC29 está relacionada ao fato de que será através desse ato que o SUS passará de um rumo, de um financiamento aceitável, para um de inadiáveis transformações e impactos nos modelos de gestão. Um rumo cuja lógica esteja voltada definitivamente para a centralidade dos direitos do usuário cidadão, para os resultados na saúde da população, para o desempenho das equipes de saúde e para a efetiva participação da sociedade na definição das prioridades (Santos, 2005).

A fala dos gestores assinala a necessidade da regulamentação da emenda, assim como alguns importantes atores sociais – como o CNS, a Abrasco, o Cebes etc. –, que lutam pela repolitização da população para assumir, enquanto sujeito coletivo –, a defesa do SUS e do ideário da Reforma Sanitária. Regulamentar a emenda, construindo debates com os atores sociais diretamente interessados nessa questão, refletirá inevitavelmente na garantia de uma estabilidade financeira para o SUS – já que regulamenta e vincula os orçamentos dos três entes federados para o sistema –, e no maior acesso da população aos serviços que mais precisa, tendo em vista a decisão sobre o que são gastos em saúde.

A Qualidade

A última categoria se refere à *qualidade* da gestão do sistema de saúde no que concerne à alocação de recursos financeiros para o setor e o atendimento às reais necessidades da população.

Essa categoria remonta à importância de refletir sobre a equidade na alocação de recursos financeiros para a saúde, buscando fornecer um melhor atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população.

A equidade pode ser entendida como “a igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. Para isso o SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa” (Brasil, 2009, p. 138), de acordo com as necessidades de cada sujeito. É a igualdade respeitando a diversidade.

Sabemos que os instrumentos de planejamento e gestão são essenciais para a tomada de decisão no âmbito da saúde, de forma a garantir essas dimensões mencionadas. Além disso, os gestores e a comunidade hoje têm disponível, por vários meios, diversas informações sobre a organização e o desenvolvimento das ações de saúde.

Um exemplo disso são as informações referentes aos orçamentos públicos em saúde, que estão disponíveis no site do Datasus e podem ser acessados através do Siops.

O que observamos, na realidade, é que, apesar de todas essas funcionalidades do sistema e de sua importância enquanto instrumento de gestão, a informação disponível ainda é utilizada como forma de obter valores e percentuais relativos ao montante de recursos aplicados para o setor. Destacadamente, em relação ao quanto foi aplicado a mais ou a menos em relação ao percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29.

Ao optarem por esse caminho de utilização do sistema, os gestores demonstram preocupação apenas em cumprir as regras determinadas pela legislação e pela gestão central do SUS, sem pensar em inovações e estratégias para adequar a organização do sistema e a oferta de serviços de acordo com a necessidade de cada território e de sua população.

São frágeis, portanto, o desejo e o interesse em formular propostas, criando assim possibilidades e oportunidades locais com vistas à superação dos impasses que entravam o desenvolvimento do SUS.

Cohn, Westphal e Elias (2005) destacam que, em alguns municípios do país, os sistemas de informação têm sido utilizados para obter recursos financeiros e atender às solicitações dos construtores das políticas públicas de saúde, que nem sempre são os gestores locais do setor. Afirmam também os autores que ainda é muito grande a dificuldade de se utilizar as informações

obtidas através desses sistemas para a tomada de decisões políticas que atendam às reais necessidades das populações. Concluem dizendo que essas dificuldades estão centradas na hegemonia de um poder público ainda conservador e nas amarras do país, que não consegue se 'soltar' de uma era clientelista e efetivar a descentralização autorizada e consolidada pela Constituição Cidadã de 1988.

Carvalho e Kaniski (2000) referem que é essencial atentarmos para duas facetas importantes sobre a informação, as quais constituem uma dicotomia significativa: a informação pode tanto ser fator de dominação quanto de emancipação. Essas dimensões, apesar de estarem presentes neste objeto, vão surgir dependendo do uso que se faz da informação obtida.

O gestor precisa estar preparado para pensar a qualidade de suas intervenções, o valor de sua atuação enquanto autoridade sanitária, para utilizar estes instrumentos de gestão adotando estratégias para viabilizar o acesso local, pactuando uma regionalização solidária e tomando decisões conscientes e consistentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Algumas considerações

Essa pesquisa teve o intuito de abordar, qualitativamente, o cumprimento da EC 29 a partir do protagonismo dos gestores locais de saúde frente à contrapartida recursos para o setor.

As respostas analisadas permitiram constatar que os gestores entrevistados pensam a EC29 como um dispositivo legal que precisa ser cumprido invariavelmente. Pensam essa dimensão sem levar em consideração a importância da emenda como um instrumento para garantir uma aplicação mínima de recursos para a saúde, vinculados aos orçamentos dos entes federados, contribuindo assim para o atendimento às necessidades da população de maneira regional e territorializada.

É importante superar a discussão baseada exclusivamente na escassez de recursos, para se pensar na realização de pesquisas e reflexões sobre a EC29 e tantos outros temas importantes para a subsistência do SUS no Brasil.

A materialização do SUS, como sistema de saúde público e universal, implica em definir opções valorativas e realizar um movimento deliberativo e

proativo de mobilização social em sua defesa. As dificuldades na implementação do mesmo constituem uma questão estrutural e a volta ao caminho originário de mobilização e confiança nesse sistema enquanto política de Estado capaz de mudar a realidade parece ser uma alternativa.

O encantamento dos gestores e da população pelo SUS é essencial para a sua subsistência. Só essa parceria poderá garantir a alocação adequada de recursos para atender às necessidades dos cidadãos brasileiros e a existência de modelos de gestão eficazes.

Conforme já afirmado ao longo do trabalho, este é um tema ainda pouco estudado, com aspectos controversos que necessitam ser refletidos sob diferentes óticas, visando chegar a um consenso sobre a maneira mais adequada e eficaz de distribuir os recursos do SUS, como sistema de saúde público e universal. Todas essas reflexões acerca da alocação e da gestão do financiamento da saúde devem ser centradas no cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito”.

Referências

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979, apud MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf> Acesso em: 08 de mar. 2009.

CAMPELLI, Magali G. R. **O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29**. 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CAMPOS, Gastão W. S. **Efeitos paradoxais da descentralização no sistema único de saúde do Brasil**. 2005. Arquivo Word disponibilizado pelo autor.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Gilson C. M. de. **Financiamento público federal do Sistema de Saúde, 1988-2001**. 2002. 311 F. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, Isabel C. L.; KANISKI, Ana L. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 33-39, set./dez. 2000.

COHN, Amélia; WESTPHAL, Márcia F.; ELIAS, Paulo E. Informação e decisão política em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 de abr. 2009.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 0, p. 1851-1864, nov. 2007.

DAL, Helder M. C. Obrigações negativas. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 91, n. 800, p. 735-757, jun. 2002.

ELIAS, Paulo E. **Reforma ou Contra-Reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. 1997. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

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

FERRETTI, Celso J.; ZIBAS, Dagmar, M. L.; TARTUCE, Gisela L. B. P. Protagonismo Juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, vol. 34, n. 122, p. 411-423, maio/ago. 2004.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro, 2001.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GUIMARÃES, Liliana A. M.; MARTINS, Daniela de A.; GUIMARÃES, Patrícia M. Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In: GRUBITS, Sônia; NORIEGA, José A. V. (Orgs.). **Método qualitativo: epistemologia, complementaridade e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004.

JORGE, Elias A. et al. **Seguridade social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil**. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estudo_seguridade_social.pdf>. Acesso em: 14 de mar. 2008.

MANSUR, Marília C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. **Novas incertezas sobre o financiamento da saúde**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 2000. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/journal/m/marques4.doc>>. Acesso em: 20 de nov. 2008.

MARTINS, Ângela M. Autonomia e educação: a trajetória de um conceito. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 115, p. 207-232, mar. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a09n115.pdf>>. Acesso em: 15 de jan. 2009.

MINAYO, Maria. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria. C. S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239–262, jul./set. 1993.

NASCIMENTO, Vânia B. do. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

NUNES, André. **A alocação eqüitativa Inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, Maria M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

REZENDE, C. **Nota técnica: a implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde), 2005**. Disponível em: <<http://www.pt.org.br>>. Acessado em: 10 de jan 2009.

RIBEIRO, Lúcia. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 264-275, jul./set. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex>

t&pid=S0102-311X198900030 0003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 set 2007.

ROSA, Maria V. F. P. C; ARNOLDI, Marlene A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SANTOS, Nelson R. Regulamentar a EC 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 338-351, set./dez. 2005.

_____. **Política Pública de Saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos**. Rio de Janeiro, Cebes: 2008. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬icialId=333>. Acesso em: 16 de out. 2008.

SCLIAR, Moacyr. Políticas de saúde pública no Brasil: uma visão histórica. In: SCLIAR, Moacyr et al. **Saúde pública: histórias, políticas e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002.

SEVERINO, Antônio J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 16 de set. 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 531-562.

WIKIPÉDIA. **Enciclopédia livre.** Papel social. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Papel_social>. Acesso em: 20 de abr. 2009.

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO

Município: _____

Data: ____/____/2007.

Eu, _____,
portador do R.G. _____ residente à rua
_____,
nº_____, complemento _____, Bairro _____, Cidade
_____, Estado _____ CEP
_____ estou de acordo, na qualidade de entrevistado(a)
(respondendo as questões contidas nos instrumentos de coleta de dados do
projeto), em participar da pesquisa “Avaliação do Siops e capacitação de
gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de
tecnologia da informação”. A pesquisa está sob a coordenação da professora
Adriana Falangola Benjamin Bezerra, do Departamento de Medicina Social do
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

De acordo,

APÊNDICE C



QUESTIONÁRIO

Escolaridade:

☐	Fundamental 1 (1 ^a à 4 ^a série) incompleto			
☐	Fundamental 1 completo			
☐	Fundamental 2 (5 ^a à 8 ^a série) incompleto			
☐	Fundamental 2 completo			
☐	Ensino Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) incompleto			
☐	Ensino Médio completo			
☐	Superior incompleto	Curso:	_____	
☐	Superior completo	Curso:	_____	
☐	Pós-graduação:	☐ Sim	☐ Não	Caso sim, em que área? _____
☐	Outra formação:	☐ Sim	☐ Não	

Qual (is)? _____

2. Cargo(s)/Função(ões) que ocupa:

2.1. Tempo em que exerce o(s) cargo(s)/função(ões)? _____

2.2. Teve experiência anterior em cargo(s)/função(ões) pública(s)?

☐ Sim ☐ Não

Qual? _____

3. Domínio de Informática:

☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Médio ☐ Suficiente

3.1. Existe acesso à internet na prefeitura:

☐ Sim ☐ Não

3.2. A conexão é satisfatória?

☐ Sim ☐ Não (Caso a resposta seja não, favor explicar o que ocorre)

3.3. Tipo de utilização da internet:

☐ Gestão do sistema de saúde ☐ Pessoal ☐ Ambos

4. O que você entende/sabe sobre o SIOPS?

4.1. Em sua opinião esse sistema é importante para a gestão municipal? Por quê?

4.2. Você já visitou a página do SIOPS na Internet?

☐ Sim ☐ Não Se sim,

4.2.1. Já utilizou os dados disponibilizados para alguma finalidade? Qual?

4.2.2. Qual sua opinião sobre a página do SIOPS na internet?

☐ Ruim ☐ Regular ☐ Boa ☐ Ótima
Por quê?

4.3. Você já participou de capacitação para utilizar o SIOPS?

☐ Sim ☐ Não

4.3.1. Se sim, quem capacitou? Onde? Quando?

4.3.2. Você se considera capacitado?

☐ Sim ☐ Não

4.3.2.1. Se não se considera, o que acha importante aprender sobre o SIOPS?

5. Você participa da elaboração dos balancetes contábeis do município, relativos à saúde, enviados ao Tribunal de Contas do Estado (TCE)?

☐ Sim ☐ Não

6. Você acha que os recursos disponíveis para a saúde no seu município são:

☐ Insuficientes ☐ Adequados ☐ Excedentes

7. Qual a sua opinião sobre um percentual de no mínimo 15% da receita própria do seu município ser aplicado na saúde?

☐ Insuficiente ☐ Adequado ☐ Excedente

8. O que você entende/sabe sobre a Emenda Constitucional 29?

9. Em sua opinião que entraves/circunstâncias do orçamento ou do financiamento dificultam ou limitam a operacionalização da gestão municipal em saúde?

8. ANEXOS

ANEXO A

SENADO FEDERAL SECRETARIA-GERAL DA MESA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34....."

"VII-....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35....."

"III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)

"II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel."

(AC) [*] "....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167....."

"IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art.198....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o 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;" (AC)

"III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o 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." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá." (AC)

"I - os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I - no caso da União:" (AC)

"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;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;" (AC)

"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; e" (AC)

"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." (AC)

"§ 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." (AC)

"§ 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." (AC)

"§ 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." (AC)

"§ 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." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

Mesa da Câmara dos Deputados

Deputado Michel Temer

Presidente

Deputado Heráclito Fortes

1º Vice-Presidente

Deputado Severino Cavalcanti

2º Vice-Presidente

Deputado Ubiratan Aguiar

1º Secretário

Deputado Nelson Trad

2º Secretário

Deputado Jaques Wagner

3º Secretário

Deputado Efraim Morais

4º Secretário

Mesa do Senado Federal

Senador Antonio Carlos
Magalhães

Presidente

Senador Geraldo Melo

1º Vice-Presidente

Senador Ademir Andrade

2º Vice-Presidente

Senador Ronaldo Cunha Lima

1º Secretário

Senador Carlos Patrocínio

2º Secretário

Senador Nabor Júnior

3º Secretário

[*] AC = Acréscimo.

ANEXO B

Redação final do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar.

Fonte: <http://www.senado.gov.br/sf/atividade/Materia/getHTML.asp?t=13112>.

A Comissão Diretora apresenta a redação final do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 - Complementar, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, consolidando o texto de harmonização do art. 2º aprovado pelo Plenário.

Redação final do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 - Complementar.

Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Art. 1º Esta Lei dispõe, nos termos dos §§ 2º e 3º do art. 198 da Constituição Federal, sobre:

- I - percentual mínimo das receitas da União a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus Municípios;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Art. 2º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a dez por cento de suas receitas correntes brutas, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, constantes de anexo à lei orçamentária anual referente às receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social, excluídas as restituições tributárias, e observado o disposto no § 3º.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, são consideradas receitas correntes brutas a totalidade das receitas:

- I - tributárias;
- II - patrimoniais;
- III - industriais;
- IV - agropecuárias;
- V - de contribuições;
- VI - de serviços;
- VII - de transferências correntes;
- VIII - outras receitas correntes.

§ 2º É vedada a dedução ou exclusão de qualquer parcela de receita vinculada à finalidade específica ou transferida aos demais entes da Federação a qualquer título.

§ 3º O percentual previsto no caput será integralizado evoluindo de, no mínimo, oito e meio por cento em 2008, para nove por cento em 2009 e nove e meio por cento em 2010, alcançando dez por cento em 2011.

Art. 3º Os Estados aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a doze por cento 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, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. Os Estados que, na data de início da vigência desta Lei, apliquem percentual inferior ao especificado no caput deste artigo,

considerando-se o disposto nos arts. 17, 18 e 19, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam o percentual mínimo no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

Art. 4º Os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a quinze por cento 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, da Constituição Federal.

Parágrafo único. Os Municípios que, na data de início da vigência desta Lei, apliquem percentual inferior ao especificado no caput deste artigo, considerando-se o disposto nos arts. 17, 18 e 19, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam o percentual mínimo no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

Art. 5º O montante a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde por parte do Distrito Federal deverá corresponder, pelo menos, ao somatório dos percentuais mínimos de vinculação estabelecidos para os Estados e para os Municípios nos arts. 3º e 4º, calculados separadamente.

Parágrafo único. Aplicam-se ao Distrito Federal as disposições constantes dos parágrafos únicos dos arts. 3º e 4º.

Art. 6º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos.

Art. 7º Os recursos de que trata esta Lei serão recolhidos e movimentados até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial, na forma do § 3º

do art. 164 da Constituição Federal, sob responsabilidade do gestor do respectivo fundo de saúde.

§ 1º Em caso de não haver instituição financeira oficial no Município, os recursos de que trata o art. 4º desta Lei poderão ser recolhidos e movimentados em contas mantidas em instituição financeira privada.

§ 2º Os recursos de que trata esta Lei, enquanto não forem utilizados em ações e serviços públicos de saúde, poderão ser objeto de aplicação financeira nas contas especificadas no caput e no § 1º, não sendo considerados, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei, os rendimentos dessas aplicações.

Art. 8º Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Art. 9º As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 10. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei, serão consideradas:

- I - as despesas liquidadas no exercício;
- II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo de saúde.

§ 1º Os recursos provenientes do cancelamento ou da prescrição de restos a pagar, inscritos na forma do inciso II deste artigo, deverão ser, necessariamente, aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, os recursos deverão ser, efetivamente, aplicados em ações e serviços de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Para a União, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados após a entrada em vigor desta Lei, para financiar ações e serviços públicos de saúde, integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

§ 4º Para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados a partir de 1º de janeiro de 2000 para financiar ações e serviços públicos de saúde integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

§ 5º Para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as despesas listadas no art. 18, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 6º Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas, bem como de pagamento pela prestação de serviços de assistência à saúde, arrecadados por entidades da área da saúde integrantes da administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde, porém não serão considerados para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 2º, 3º, 4º e 5º.

§ 7º Na eventualidade de aplicação, em ações e serviços de saúde, de valores abaixo do mínimo estipulado por esta Lei em um determinado exercício, a diferença entre o mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado, em valores

absolutos, deverá ser compensada no exercício subsequente, conforme disposto em regulamento, sem prejuízo da aplicação do montante mínimo para o exercício em curso e das sanções cabíveis.

Art. 11. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 2º, 3º, 4º e 5º.

Art. 12. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput aplica-se à parcela adicional do imposto de que trata o inciso II do art. 155 da Constituição Federal vinculada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

Art. 13. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei.

Art. 14. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados a despesas correntes e de capital referentes a ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, em conformidade com critérios de transferências em cotas previstas na programação e no cronograma aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, poderão ser transferidos recursos aos fundos de saúde mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos, respeitadas as normas de financiamento.

Art. 15. O rateio dos recursos da União transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério das necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial, a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

§ 1º A equalização dos recursos transferidos aos Estados e ao Distrito Federal será atingida, progressivamente, até o exercício financeiro de 2011.

§ 2º O Poder Executivo definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada pelos gestores das três esferas de Governo e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, Distrito Federal e Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 3º O Poder Executivo manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre os montantes de recursos previstos para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 4º Os recursos destinados a investimentos terão programação realizada anualmente e serão distribuídos em proporção inversa à capacidade da rede assistencial de saúde de cada Estado.

Art. 16. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais aos Municípios e a previsão anual de recursos para cada Município, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo manterá os respectivos Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre os montantes de recursos previstos para transferência do Estado para os Municípios.

Art. 17. Para os efeitos desta Lei e do art. 198 da Constituição Federal, considerar-se-ão despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e de capital, compreendidas nestas as despesas de investimento, financiadas por qualquer das três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas a ações e serviços de acesso universal;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de saúde de cada ente da Federação;
- III - sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde, realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 18. Observadas as disposições do art. 17, somente serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde que se enquadrarem em qualquer dos seguintes campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a assistência terapêutica e a recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do SUS;
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos para os serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue, hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - apoio administrativo realizado por instituições do SUS, desde que vinculado à execução das ações relacionadas neste artigo;

X - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde;

XI - remuneração do pessoal de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XII - construção, ampliação e reforma de estabelecimentos de saúde do SUS.

Art. 19. Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei, aquelas decorrentes de:

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

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

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

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvado o disposto no inciso II do art. 18;

V - saneamento básico financiado ou que vier a ser mantido com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - assistência social;

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

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

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Art. 20. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase para o que se refere a:

I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei;

II - relatório de gestão do SUS;

III - avaliação do conselho de saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

Art. 21. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil auxiliar relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Art. 22. O gestor de saúde promoverá, em tempo hábil, a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Art. 23. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 24. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição e nesta Lei.

Art. 25. A prestação de contas prevista no art. 24 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 26. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração do plano de saúde anual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei;
- IV - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- V - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de sua competência, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, observadas as normas estatuídas nesta Lei.

Art. 27. Sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas, o Poder Executivo manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações referentes aos orçamentos públicos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, garantido o acesso público às informações.

§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, ou outro sistema que venha a substituí-lo, apresentará as seguintes características:

- I - obrigatoriedade da inserção e atualização permanente de dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
- II - caráter declaratório;
- III - processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;
- IV - disponibilidade do programa de declaração aos interessados;
- V - publicidade das informações declaradas e dos indicadores calculados;
- VI - realização de cálculo automático dos percentuais mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei;
- VII - presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados na base de dados com os demonstrativos contábeis publicados pelos entes da Federação.

§ 2º Atribui-se ao declarante a responsabilidade:

- I - pela inserção de dados no programa de declaração;
- II - pela fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis;
- III - pela veracidade das informações inseridas na base de dados.

§ 3º Os resultados do monitoramento e da avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma sistêmica e objetiva, inclusive por meio de indicadores de desempenho e integrarão o relatório de gestão de que trata o art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 4º O órgão responsável pela administração do sistema de que trata o caput, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei, dará ciência ao chefe do Poder Executivo do ente da Federação envolvido, ao respectivo Conselho de Saúde, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), ao Ministério Público, à Controladoria-Geral da União e ao Tribunal de Contas com jurisdição no território do ente da Federação, para a adoção das medidas cabíveis.

Art. 28. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

Art. 29. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão, a cada quadrimestre, o relatório do gestor de saúde sobre a repercussão da execução desta Lei nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde à disposição das populações adstritas e encaminharão, ao chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação, as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

§ 1º O gestor do fundo de saúde de cada ente da Federação deverá submeter, até dez dias após o encerramento de cada bimestre, ao respectivo Conselho de Saúde, relatório consolidado contendo o resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde deverá certificar, até quinze dias após o encerramento do bimestre, o cumprimento das disposições previstas nesta Lei, com a finalidade de subsidiar a elaboração do demonstrativo das despesas com saúde que integrará o relatório resumido da execução orçamentária.

Art. 30. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito no exercício seguinte àquele em que houver o descumprimento da aplicação dos valores correspondentes aos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde em conformidade com as normas estatuídas nesta Lei.

§ 1º Os efeitos da medida prevista no caput serão suspensos imediatamente após a regularização da situação por parte do ente da Federação, mediante a comprovação de aplicação adicional do valor correspondente à parcela do percentual mínimo que deixou de ser aplicada no exercício anterior, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, o valor correspondente à parcela do percentual mínimo que deixou de ser aplicada no exercício anterior poderá ser dividido em cotas, considerando-se regularizada a situação quando houver a comprovação de aplicação das cotas previstas até o mês anterior àquele em que ocorrer a demonstração da regularização.

§ 3º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições dos §§ 1º e 2º deste artigo, sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente.

§ 4º Os efeitos da medida prevista no caput serão restabelecidos se houver interrupção do cumprimento do disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

Art. 31. As infrações dos dispositivos desta Lei serão punidas segundo o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); a Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992; e demais normas da legislação pertinente.

Art. 32. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 33. Revogam-se o art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o § 1º do art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.