



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE



KARLA MACIEL GOMES COELHO
PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS
SCHEYLA MARIA SILVA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA EMENDA
CONSTITUCIONAL 29 EM TRÊS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DO AGRESTE PERNAMBUCANO**

RECIFE

2008

KARLA MACIEL GOMES COELHO
PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS
SCHEYLA MARIA SILVA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 EM
TRÊS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora:

Dr^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C672a	<p>Coelho, Karla Maciel Gomes. Avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional 29 em três municípios da região do agreste pernambucano/ Karla Maciel Gomes Coelho, Patrícia Queiroz de Farias, Scheyla Maria Silva Gonçalves. _Recife: Os autores, 2008. 41 f.: il.</p> <p>Monografia (Especialização em Gestão e Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.</p> <p>Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.</p> <p>1. Financiamento em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política de saúde. I. Coelho, Karla Maciel Gomes. II. Farias, Patrícia Queiroz de. III. Gonçalves, Scheyla Maria Silva. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614</p>
-------	---

KARLA MACIEL GOMES COELHO
PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS
SCHEYLA MARIA SILVA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 EM
TRÊS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE**

**Prof.^a Msc. Keila Silene de Brito e Silva
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE**

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a **Deus** que nos deu muita força de vontade para que ao sairmos do trabalho, muitas vezes à noite, cansadas, ainda tínhamos coragem para produzir algo que às vezes não passava de uma linha, mas que no momento fazia toda a diferença.

Em especial agradecemos à nossa orientadora, **Dr^a. Adriana Falangola**, que teve toda a paciência do mundo, quando nós com nossa louca rotina de trabalho nos tornávamos ausentes e demorávamos a produzir, neste momento sua larga experiência falava mais alto e assim coerentemente ela nos cobrava até que chegamos ao nosso objetivo.

Aos **professores do curso de especialização**, que nos trouxeram muitas informações inovadoras, transformando nossa visão simples em profissionais mais refinados e conhecedores. Em especial a **Dr^a. Cristina Sete** que com toda calma e experiência repassava as informações que detinha de forma tão natural que acabávamos aprendendo sem fazermos o mínimo de esforço e a **Dr^a. Adriana Falangola**, que por transparecer extrema conhecedora dos embates do financiamento nos chamou a atenção e por esse destaque tornou-se nossa orientadora.

Aos **colegas do curso de especialização** que formaram junto conosco uma equipe preparada para administrar um serviço público ou privado de saúde com competência e segurança.

Aos **nossos familiares** que participaram de todo nosso crescimento durante este curso e principalmente na construção desta monografia com muito carinho e atenção, incentivou cada uma de nós de forma diferenciada, mas sempre presente e perseverante.

Aos ***nossos esposos e filhos*** que acreditamos que eram os mais presentes de todos e com muito amor abdicaram de espaços em nossas vidas, atenção, carinho e muito mais para que hoje tenhamos este projeto concretizado.

Enfim, agradecemos a todos que de forma direta ou indireta tenham participado da construção desta monografia que a princípio acreditávamos ser impossível de concluir, visto que escolhemos um tema extremamente polêmico e ao mesmo tempo estimulante, uma vez que a dificuldade de financiamento é sempre um problema para a oferta de serviços de saúde.

RESUMO

A questão do financiamento é uma variável importante no desenvolvimento das políticas públicas. Para que se desenvolvam ações e serviços de saúde é primordial que o financiamento destes esteja bem estruturado e fixado, garantindo assim, sua execução adequada e, principalmente, para que se obtenham resultados positivos. Considerando a importância do financiamento, o trabalho em pauta teve por objetivo avaliar o repasse financeiro para ações de saúde de acordo com a Emenda Constitucional 29 em três municípios do interior do Estado de Pernambuco – Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas – nos anos de 2000, 2003 e 2006. A metodologia utilizada teve por base a revisão bibliográfica do tema com uma retrospectiva de como se comportava a questão do financiamento do setor saúde antes e depois do advento do SUS, e principalmente quais as mudanças que a EC 29 proporcionou mesmo sem sua regulamentação. A partir do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foram identificados os recursos próprios destinados a saúde, ou seja, se os municípios cumpriram a EC 29 nos anos selecionados e qual o percentual dos recursos corresponde a cada esfera de governo destinado à saúde de cada município em estudo. Os resultados da análise mostram que os municípios estudados têm aumentado a contrapartida de recursos próprios para a saúde; o cumprimento à EC 29 é respeitado e a transferência de recursos federal representa no ano de 2006, 60,44% do total de recursos da saúde do município de Brejo da Madre de Deus; 45,74% em Lagoa dos Gatos e 49,85% para Riacho das Almas. Com exceção do primeiro, os demais se aproximam da média dos municípios do Estado, que é de 49,64%, no respectivo ano. E quanto ao investimento por habitante em cada município, observou-se que todos ascenderam, chegando em 2006 com valores de R\$ 152,55, 140,30 e 203,86, em Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas respectivamente, estando este último com os valores mais altos nos três anos estudados. Todos se aproximam da média dos municípios do Estado, que é de 161,30%, no ano de 2006.

Palavras-chave: Financiamento em Saúde. Sistema Único de Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT

The funding issue is an important variable in the development of public policies. For that to develop actions and health services is essential that funding of these is well structured and fixed, thus ensuring, and its proper implementation, particularly, to obtain positive results. Considering the importance of funding, work with staff aimed to assess the financial sum for the health actions in accordance with the Constitutional Amendment 29 in three municipalities in the state of Pernambuco - Brejo the Mother of God, of Laguna Creek and the Cats Souls - in the years 2000, 2003 and 2006. The methodology used was based on a literature review of the subject with a retrospective of behaved as if the issue of financing the health sector before and after the advent of the SUS, and especially what changes that the EC provided 29 even without its regulations. From the Information System of Public Health Budgets - SIOPS were identified own resources for health, or if the municipalities have met the JV in 29 years selected and what percentage of resources corresponding to each sphere of government for health of each municipality under study. The results of the analysis show that the municipalities studied have increased the contribution of own resources for health; comply with the EC 29 is respected and transfer of federal resources represents the year 2006, 60.44% of total resources of the health of the municipality Brejo of the Mother of God; 45.74% in the Laguna Cats and 49.85% for Riacho of Souls. Except the first, the other approaching average of municipalities in the state, which is 49.64% in the year. What about the investment per capita in each municipality, it was observed that all amounted, arriving in 2006 with a value of \$ 152.55, 140.30 and 203.86, in Brejo the Mother of God, of Laguna Creek and Cats respectively of Souls, The latter with high values in the three years studied. All approaching average of municipalities in the state, which is 161.30% in the year 2006.

Keywords: Amendment Constitutional 29. SIOPS. SUS.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000 nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas, nos anos de 2000, 2003 e 2006	29
Gráfico 2 - Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total dos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas – 2006	32
Gráfico 3 - Despesas per capita nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas nos anos de 2000, 2003 e 2006	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Realidade de alguns países acerca do percentual investido em saúde pública – 2002.....	21
Quadro 2. Aplicação dos recursos determinados pela EC 29 – municípios brasileiros – 2006.....	30
Quadro 3. Aplicação dos recursos determinados pela EC-29 – municípios brasileiros – 2005.....	31
Quadro 4. Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total dos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas com saúde. 2000, 2003 e 2006.....	32
Quadro 5. Receita % da saúde por esfera de governo Brasil.1995-2006.....	33
Quadro 6. Despesas públicas por habitante nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas nos anos de 2000, 2003 e 2006.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO:** Associação Brasileira de Estudos em Saúde Coletiva.
- ABNT:** Associação Brasileira de Normas e Técnicas.
- CAPs:** Caixas de Aposentadorias e Pensões.
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde.
- COFINS:** Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.
- CONEP:** Comissão Nacional de Ética e Pesquisa.
- CPMF:** Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira.
- CPqAM:** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.
- EC 29:** Emenda Constitucional nº. 29.
- FINSOCIAL:** Fundo de Investimento Social.
- FIOCRUZ:** Fundação Oswaldo Cruz.
- FPE:** Fundo de Participação dos Estados.
- FPM:** Fundo de Participação Municipal.
- IAP's:** Institutos de Aposentadorias e Pensões.
- ICMS:** Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços.
- INSS:** Instituto Nacional de Segurança Social.
- IPMF:** Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira.
- IPTU:** Imposto sobre Propriedade e Territorial Urbana.
- IPI-Exportação:** Imposto sobre Produtos Industrializados.
- IPVA:** Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores.
- ISS:** Imposto sobre Serviços de qualquer Natureza.
- ITBI:** Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acessão Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição.
- ITD:** Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação.
- ITR:** Imposto sobre Propriedade Territorial Rural.
- IVVC:** Imposto sobre Vendas e Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos.
- NESC:** Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.
- OSS:** Orçamento da Seguridade Social.
- PIB:** Produto Interno Bruto.
- SIOPS:** Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
- SUS:** Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 MARCO TEÓRICO.....	16
3.1 Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil.....	16
3.2 A Saúde e seu Financiamento após Criação do SUS.....	19
4 QUADRO CONCEITUAL.....	25
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
5.1 Tipo de Estudo.....	26
5.2 Local de Estudo.....	26
5.3 Coleta de Dados.....	27
5.4 Elencos de Variáveis.....	27
5.5 Análise dos Dados.....	27
5.6 Aspectos Éticos.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	29
7 CONCLUSÃO.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	40
Anexo A - CARTA DE ANUÊNCIA.....	41

APRESENTAÇÃO

O presente estudo debate o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 em três municípios do agreste pernambucano com o objetivo de promover uma discussão entre os agentes sociais envolvidos no setor saúde e os responsáveis pelo repasse de recursos, na tentativa de proporcionar uma real institucionalização do financiamento público da saúde a qual só se efetivará quando existir uma definição clara a respeito das fontes de arrecadação, os percentuais mínimos para investimento em saúde, qual a forma de transferência dos recursos e principalmente a descrição do que são ações e serviços de saúde, ou seja, definir os reais papéis de cada ente federado.

Com a Constituição Federal em 1988 tentou-se fixar os valores para o financiamento do SUS, entretanto não existiu um ponto redigido capaz de deixar claro e adequado ao mesmo tempo os valores a serem investidos, muito menos os atores envolvidos. A discussão sobre o financiamento da saúde vem se estendendo ao longo do tempo sem grandes avanços. Os recursos utilizados para financiar as ações de saúde eram destinados, principalmente, para hospitais e serviços de reabilitação. O financiamento da saúde é influenciado pelo quadro econômico dos países, dependendo de decisões políticas ou oscilações dos níveis de arrecadação fiscal ou contribuições de trabalhadores o que altera o volume dos recursos.

Com o passar dos anos e com as dificuldades cada vez maiores pela falta de obrigatoriedade concreta para cada esfera de governo, surge o Projeto EC 29, instrumento norteador dos recursos a serem investidos na saúde pelos entes da federação.

Neste contexto, atendendo ao requisito de apresentação de monografia para a titulação em Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – FIOCRUZ/CPqAM/NESC e considerando a importância do financiamento, conseqüentemente dos pressupostos da EC 29, apresentamos a seguir os resultados do estudo monográfico realizado a partir da realidade de três municípios do agreste pernambucano, no que se refere ao cumprimento da EC 29. A apresentação do trabalho tem por orientação Resolução da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

1 INTRODUÇÃO

Nos primórdios dos anos 80 observava-se uma estagnação da rede hospitalar pública causada pela força da rede privada onde a oferta de leitos e serviços correspondia a 86% das admissões, enquanto que o setor público apenas possuía 14% destas internações. Assim, aproximadamente 60% dos gastos com saúde eram provenientes de hospitais e laboratórios privados (COSTA, 2002).

Em detrimento a este cenário surge o Movimento Sanitário que propõe alguns aspectos importantes para estabelecer um melhor relacionamento entre os setores público e privado, como cobrança de serviços oferecidos aos usuários pelo governo, estimular o uso de planos privados na cobertura de riscos, utilização de recursos adequadamente evitando assim a má gestão dos mesmos e a descentralização dos serviços (COSTA, 2002).

De acordo com a Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196 saúde é direito de todos e dever do Estado, para tanto, fez-se necessário desenvolver políticas públicas de financiamento para as ações deste setor. A Lei Orgânica do SUS, nº 8080/90, orienta o funcionamento do sistema de saúde e a Lei nº. 8142/90 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1999).

Com a instituição do SUS, através da Constituição Federal de 1988, apresenta-se assim um novo modelo para as políticas públicas de saúde onde as responsabilidades dos serviços fazem parte dos três níveis de governo. Entretanto, por não existir a fixação de papéis entre estas esferas, muito menos as receitas que as mesmas deveriam comprometer com o financiamento das ações, ensejou-se assim, no início da década de 90, uma grave crise no setor saúde, que foi amortecida com o aumento no volume de recursos municipais investidos neste (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

O sistema de saúde adotava assim três inovações importantes: um comando único para cada esfera governamental; a descentralização como princípio básico; e a co-responsabilidade do financiamento dos recursos (COSTA, 2002).

Diante da necessidade de um financiamento regular e estável além da sujeição aberta da co-responsabilidade mínima por cada esfera do governo nas

ações e serviços públicos de saúde foram propostas alterações no texto constitucional, na tentativa de proteger a saúde de sua volatilidade (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Após diversas negociações no âmbito do Congresso Nacional, foi aprovada, com modificações em seu texto, a EC nº 29, em 13 de setembro de 2000, que acrescentou alguns parágrafos ao artigo 198 da Constituição Federal. Esta surgiu com o objetivo de evitar que os problemas permanecessem afetando o financiamento do SUS assim, na referida Emenda estabelecia-se a base de cálculos e percentuais mínimos que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, seriam obrigados a investir em ações e serviços de saúde que até então apenas existia para a área da Educação (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Com base no exposto acima e nas dificuldades financeiras observadas pelas pesquisadoras no cotidiano da operacionalização do SUS ao nível municipal, surgiu a motivação para estudar o tema em pauta visto que parte dos problemas encontrados tem suas soluções relacionadas com o custeio da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o repasse financeiro para ações de saúde de acordo com a Emenda Constitucional 29 em três municípios do interior do Estado de Pernambuco, durante os anos de 2000, 2003 e 2006.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os recursos destinados à saúde municipal por parte das três esferas de governo;
- b) Identificar no recurso municipal total da saúde o percentual correspondente às transferências por cada esfera de governo nos anos. 2000, 2003 e 2006;
- c) Verificar o valor *per capita* dos gastos municipais da saúde nos anos 2000, 2003 e 2006;
- d) Estabelecer uma correlação entre os dados expostos na literatura com aqueles encontrados no presente estudo.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

De acordo com Mansur (2001), as políticas de financiamento público da saúde no Brasil têm variado de acordo com a situação econômica do país, sendo caracterizada por diferentes modelos de atenção ao longo do século XX. Ainda segundo o autor, o início do século foi marcado pelas campanhas sanitárias, sendo o foco de atenção à saúde pública.

Costa (2002) cita que nas décadas de 1910 e 1920 a questão social exige do Estado políticas de saúde, sendo as primeiras médico-assistenciais, existindo lei que obriga as empresas a instituir, através do Decreto nº 3.724, de 1919, os seguros de acidente do trabalho para os seus empregados, também neste período acontece a Reforma Carlos Chagas, que inclui programas de saneamento e de controle as endemias no campo da saúde pública, bem como a Lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

No campo da Saúde Pública é importante frisar que, no conjunto dos países capitalistas, pelo menos até os anos 1930, havia uma participação modesta do Estado nas políticas de saúde (COSTA, 2002), incluindo ações de vigilância epidemiológica, promoção de saneamento no país, as quais não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência, e existindo órgãos responsáveis pela execução dessas ações tanto a nível federal, como estadual e municipal (MANSUR, 2001).

Até a década de 60 a visão hospitalocêntrica predominava através da medicina previdenciária, o principal tipo de atenção à saúde, que era prestada exclusivamente àqueles trabalhadores do mercado formal e segundo Mansur (2001) os recursos que a financiavam visava atender os grupos protegidos por este sistema. De acordo com Barros (2003), a minoria da população com boas condições financeiras recorria ao setor privado lucrativo, e a grande maioria da população dependia da assistência gratuita através de entidades filantrópicas (Santas Casas de Misericórdia) que até esse período detinham mais da metade dos leitos hospitalares

existentes no país, e que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento dessa função.

Barros (2003) refere que no período compreendido entre a década de 20 até 80, o sistema de saúde brasileiro foi marcado pela exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais. Também durante esse período houve uma interiorização das campanhas sanitárias, que eram realizadas, a priori, em grandes centros urbanos, acompanhando os fluxos migratórios do trabalho assalariado.

Santos (1994 apud COSTA, 2002) relata que com a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) durante o Estado Novo, foi imposto um modelo no qual os benefícios estavam diretamente relacionados a capacidade financeira do indivíduo, não encarando a assistência médica como direito de todos.

A efetivação da participação do Estado na Saúde Pública aconteceu após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que ficou responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, alimentação e nutrição, bem como pela atenção a saúde coletiva (MANSUR, 2001). Ainda, segundo o autor citado anteriormente, o Ministério da Saúde foi financiado, predominantemente, por recursos ordinários da União, não recebendo grandes fatias de recursos para a implementação de seus programas.

Cruz (2005) relata que no final da década de 70 o Movimento da Reforma Sanitária culmina com a VIII Conferência Nacional de Saúde, mais precisamente em 1986, a qual discutiu um novo rumo para a saúde no Brasil através da união de vários seguimentos da sociedade civil.

Como resultado dos diversos debates das inúmeras propostas apresentadas em Assembléia, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde – SUS, percebendo como um direito de todo cidadão e dever do Estado, pautado através dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2003).

Ugá e Santos (2006) referem que a universalidade de acesso à saúde, enquanto um direito inerente à cidadania foi coerentemente acompanhada da inserção do setor saúde no Sistema de Seguridade Social e do financiamento setorial por meio do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais.

Assim, em 1988 a Constituição Federal redefine o conceito de saúde levando em consideração outras questões como alimentação, moradia, emprego, lazer, etc. (BRASIL, 2003).

Lucchese (1996) descreve que quanto ao financiamento do SUS, a Constituição Federal em seu art. 198 cita que este seria através de recursos do Orçamento da Seguridade Social da União (que por sua vez era composto pelas seguintes contribuições sociais: dos empregadores, incidente sobre a folha de salários dos trabalhadores, o faturamento e o lucro, e sobre a receita de concursos de prognósticos), dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Ela ainda expõe sobre as leis complementares:

- a) A Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) que complementou com outras fontes de recursos provenientes de serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajudas, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais. Todas as esferas subnacionais teriam que cumprir exigências mínimas para a definição de valores a serem repassados a estes;
- b) A Lei 8.142/90 (BRASIL, 1990b) que definiu os requisitos para o recebimento, pelos Estados, Distrito Federal e municípios, acerca dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde, destinados à cobertura das ações e serviços de saúde.

No entanto, para Schneider et al. (2005), permanece a dúvida sobre o que são “ações e serviços de saúde”.

Para Mansur (2001), por não existir algo concreto e unificado acerca do que é considerado como despesas com saúde, este assunto provoca grandes discussões entre os países, e a Constituição Federal expõe que ações e serviços de saúde são aqueles que visem à promoção, proteção e recuperação do indivíduo incluindo assistência médica, produção de medicamentos, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros.

3.2 A Saúde e seu Financiamento após Criação do SUS

De acordo com Médici (1995 apud COSTA, 2002), a criação do SUS apresenta três inovações importantes na política de saúde:

- a) um comando único para o sistema de saúde em cada esfera governamental;
- b) a descentralização como princípio organizador básico;
- c) a co-responsabilidade de financiamento dos recursos entre as três esferas governamentais.

Ribeiro, Piola e Servo (2005, p. 5) citam que o Brasil sempre visou estabilidade para com o financiamento público em saúde e a Constituição de 1988 no seu artigo 55 já manifestava esse ensejo: “[...] até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor saúde”.

Entretanto, uma grande falha existia na Constituição quando não garantia recursos diversificados e exclusivos para saúde e menos ainda quanto destes deveria ser destinado a esta área. Assim, o que iniciou com 30% do orçamento da Seguridade Social destinados à saúde, com o passar do tempo tornou-se 20% até que em 1992, com Collor, chegou a 14%, mas uma das maiores crises deste setor aconteceu em 1993 quando o Ministro da Previdência Social deixou de repassar 250 milhões de reais para a saúde (CARVALHO, 2000).

A partir de 1993, Ribeiro, Piola e Servo (2005) mostram que com os aumentos da despesa previdenciária, os recursos arrecadados pelo INSS não eram repassados ao Ministério da Saúde, sendo exclusivamente destinados à Previdência. Assim, a saúde perdia importante fonte de cobertura de seus gastos.

Em busca de soluções transitórias, Mansur (2001) cita a criação do FINSOCIAL/COFINS (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social), recursos que incidiam sobre o faturamento das empresas passaram a ser os grandes financiadores do Ministério da Saúde. Crises no financiamento provocadas pela falta de critérios e parâmetros de participação dos entes federados no financiamento da saúde, segundo Ribeiro, Piola e Servo (2005), levam a criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) que em 1996 foi renomeado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

A CPMF permaneceu em vigor apenas até 1998 como contribuição exclusiva da saúde, permanecendo até dezembro de 2007, quando teve sua prorrogação rejeitada pelo Senado Federal (RIBEIRO, 2007).

Foi na década de 90 que existiu um crescimento na contribuição fiscal atrelado à CPMF e COFINS, que foram utilizadas para fins que não eram apenas sociais (MANSUR, 2001).

O não cumprimento dos critérios de repasses dos recursos aos municípios, Distrito Federal e Estados proporcionou ao Ministério da Saúde condições para criar e implantar programas e projetos específicos de saúde condicionando o repasse de recursos às outras esferas de governo, à adesão a esses e ao cumprimento dos critérios específicos de cada um, ou seja, originou-se a história dos recursos carimbados, com ações e serviços já predeterminados pela união, desconsiderando as diversidades locais e engessando a atuação dos municípios (SCHNEIDER et al., 2005).

Schneider et al. (2005) reforçam que a forma centralizadora de agir do Ministério da Saúde permanece até os dias atuais e infringe a um dos princípios do SUS que é a descentralização verdadeira e autônoma dos recursos e das decisões.

Mansur (2001) cita que a Constituição Federal buscou um novo pacto federativo que garantisse a descentralização fiscal e administrativa dos Estados e Municípios, proporcionando assim, mais autonomia para estes tributarem. Esta foi uma das características fundamentais, que levou a um movimento de municipalização das receitas, que garantiu um incremento na arrecadação direta dos municípios e um fortalecimento do sistema de transferência de impostos (Fundo de Participação Municipal – FPM).

Entretanto, o mesmo autor descreve que posteriormente o governo federal adotou medidas que reforçam o seu poder de arrecadação atrelado a mecanismos inibidores da participação dos níveis subnacionais no processo, dificultando assim, para os Estados e Municípios participarem do financiamento das políticas públicas.

É notória a insuficiência de recursos públicos investidos em saúde no Brasil, esta situação pode ser observada pela resistência de se conceber a saúde como direito de cidadania e qualidade de vida a serem promovidos, quando se insiste em encará-la como um produto de mercado comercializável por aqueles que têm poder aquisitivo (SCHNEIDER et al., 2005).

Os autores citados retratam esta realidade observada em 2002, comparando o Brasil a outros países conforme o Quadro 1, a seguir:

PAÍSES	PERCENTUAL INVESTIDO EM SAÚDE
REINO UNIDO	97%
DINAMARCA	84%
SUÉCIA	78%
Brasil	44%

Quadro 1 - Realidade de alguns países acerca do percentual investido em saúde pública – 2002.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do texto Financiamento do SUS, (SCHNEIDER et al., 2005).

Observa-se que no Brasil a participação do setor público no gasto com saúde foi bastante reduzida em relação aos países citados e que o restante (56%) do gasto com o setor foi por conta da iniciativa privada, ou seja, do usuário que paga através de planos privados ou paga diretamente no momento que procura o serviço.

De acordo com Andreazzi e Reis (2007), quando as famílias e empresas abatem no imposto de renda suas despesas com assistência médico-hospitalar, como incentivo governamental, o Estado, de forma implícita, realiza um pagamento, ou determinada assistência financeira à saúde.

O incentivo econômico subjacente a renúncia fiscal predispõe a um aumento na oferta hospitalar privada, proporcionando como consequência, um crescimento do mercado de planos de saúde. Só em 2005, a arrecadação com planos de saúde e gastos diretos com assistência médico-hospitalar foi de R\$ 2,8 bilhões aproximadamente (ANDREAZZI; REIS, 2007).

Muito se é investido com recursos públicos em setores privados, quando vemos a situação explicitada acima, ou quando encontramos hospitais públicos, especialmente universitários, atendendo pacientes de planos de saúde, e justificando que é para aumentar os recursos para o atendimento público (SCHNEIDER et al., 2005).

Segundo os autores, “este é um reflexo da cultura brasileira em que é “normal” o público estar a serviço de grupos privados. Depois, ainda dizem que o público não funciona” (SCHNEIDER et al., 2005, p. 22).

Na tentativa de garantir um financiamento estável e confiável, o setor saúde vai à busca de mudanças que o vinculassem e beneficiassem, reduzindo assim o grau de incertezas e instabilidades (MANSUR, 2001). Desta forma, em setembro de

2000, foi aprovada uma nova forma de financiar a saúde através da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29), a qual determinou regras para provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007).

A Emenda Constitucional 29 proporcionou a adesão dos recursos orçamentários das três esferas governamentais na saúde, aumentando assim suas participações no financiamento do SUS (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2005) permitindo a ampliação dos recursos alocados e co-responsabilização com o financiamento do Sistema (SOLLA et al., 2007).

A fim de esclarecer a referida Emenda, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 316, em abril de 2002, posteriormente identificada por Resolução 322. Essa também institui orientações no caso de preceitos da mesma que ainda carecem de regulamentação, como por exemplo, as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas e a definição precisa do conceito de ações e serviços de saúde que sirva de referência para a avaliação da vinculação de recursos à área (BRASIL, 2003).

A EC 29 estabeleceu para o ano de 2000 a seguinte vinculação de recursos da União, Estados e Municípios, para despesas com saúde. A União seria responsável em aplicar o mesmo valor de 1999 acrescido de 5% e nos anos seguintes, até 2004, o investimento estaria vinculado à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Para os estados e municípios, a regra é que deverão vincular sua receita de impostos chegando no mínimo a 12% para o primeiro e no mínimo 15% para o último, estipulando-se em 2000 o mínimo de 7% como ponto de partida (BRASIL, 2000).

A União a partir de 2005 precisava ter uma Lei Complementar (a ser avaliada a cada cinco anos) que definiria, além do percentual, os critérios de rateio desses recursos entre os estados e municípios, a forma de fiscalização (avaliação e controle das despesas com saúde) e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. A regulamentação, através de lei complementar terá o papel de estabelecer uma base de cálculo para a União, isto é, 10 % das receitas correntes brutas deverão ser investidas na saúde, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social (SCHNEIDER et al., 2005).

Schneider et al. (2005) descrevem quais as fontes de arrecadação sobre às quais incide o percentual de saúde com a EC 29:

Os estados devem considerar as seguintes fontes de arrecadação:

ITD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação);

ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviço);

IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores);

Adicional de IR (Imposto de Renda);

FPE (Fundo de Participação dos Estados).

Fontes que os municípios devem considerar:

IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana);

ITBI (Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acesso Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição);

IVVC (Imposto sobre Vendas e Varejo de Combustíveis Líquidos e gasosos);

ISS (Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza);

FPM (Fundo de Participação dos Municípios);

IPI-Exportação (Imposto sobre Produtos Industrializados);

Quota-parte ITR (Imposto sobre Propriedade Territorial Rural);

ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço);

IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores).

Figura 1 – Fontes de arrecadação financeira de estados e municípios
Fonte: Financiamento do SUS (SCHNEIDER et al., 2005).

Diante do exposto acima, Ribeiro, Piola e Servo (2005) ressaltam que a EC 29 teve duas grandes motivações:

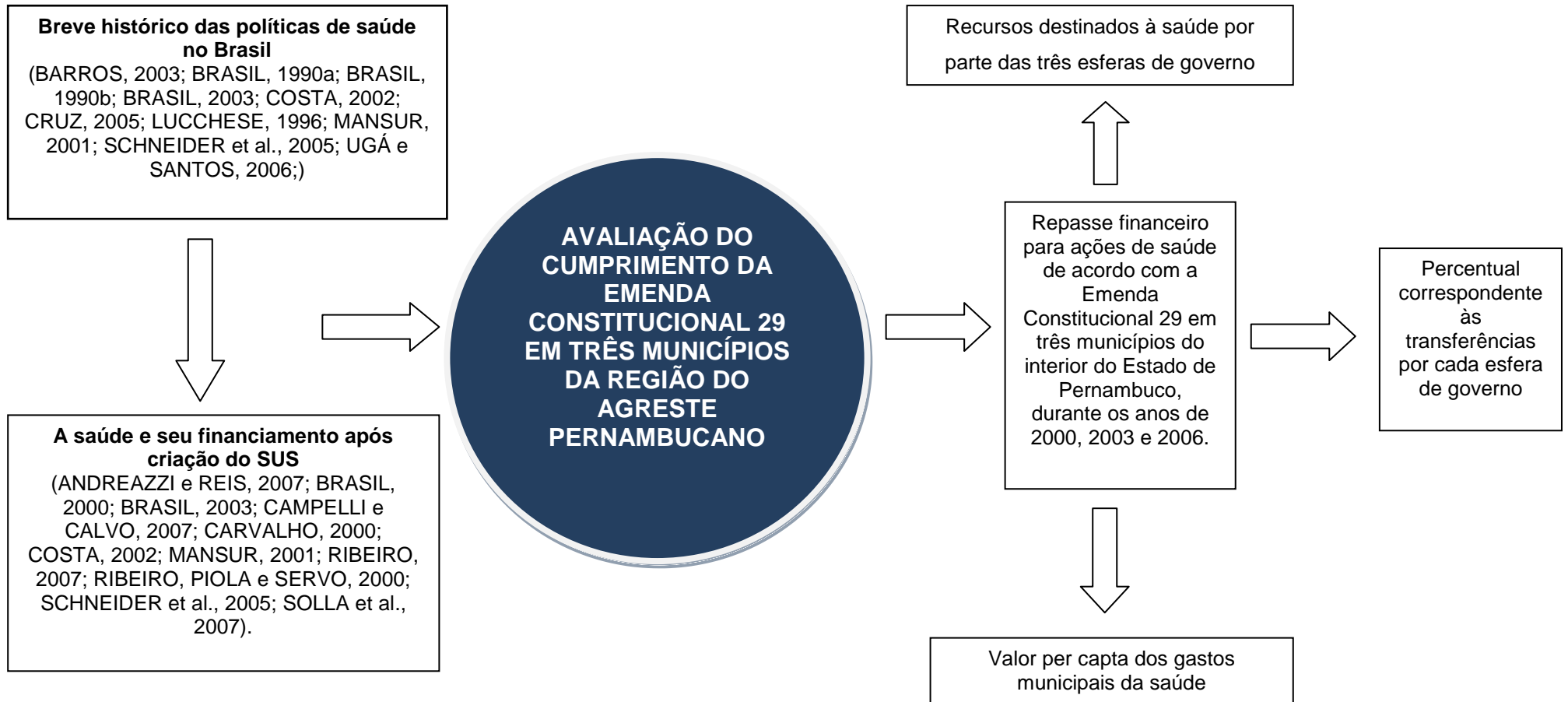
- garantir recursos estáveis para a saúde;
- fazer com que todas as esferas governamentais subnacionais, especialmente os estados, investissem no financiamento do SUS.

Entretanto, Carvalho (2000) mostra que esta é uma das formas mais injustas de arrecadar recursos, visto que a União é que deveria investir mais uma vez que a mesma é a única esfera de governo que arrecada diretamente contribuições sociais para garantir saúde, previdência e assistência social (o que é proibido a Estados e Municípios). Ela leva 56%, Estados 28% e Municípios 16% de tudo que se recolhe de impostos e contribuições. Portanto, o que se observa é que a EC 29 deixa o

grande peso para estados e municípios, desonerando exatamente a União, que é quem mais deveria contribuir.

Carvalho (2000) expõe ainda que durante o período de 1995 a 2000, as receitas recolhidas supostamente para a saúde cresceram 300% e o aumento da verba federal empregada neste setor somente cresceu 50%.

4 QUADRO CONCEITUAL



5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de Estudo

Exploratório/descritivo, agregado, de referência temporal/transversal.

5.2 Local de Estudo

O presente estudo foi realizado com os municípios de Brejo da Madre de Deus, Riacho das Almas e Lagoa dos Gatos, todos localizados no Agreste pernambucano, com características relacionadas à estrutura dos serviços de saúde importantes para sua população.

Brejo da Madre de Deus com aproximadamente 43.000 habitantes está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, possui 09 equipes de Saúde da Família com 08 equipes de Saúde Bucal, um Centro de Saúde onde se desenvolvem todas as atividades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), uma Policlínica, dois Centros de Especialidades Odontológicas, pioneiros no Brasil em oferecer serviço de ortodontia e únicos a realizar implante dentário com recursos próprios, um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, que realiza coleta do teste do pezinho, uma Unidade Hospitalar, que dispôs de 42 leitos, distribuídos em clínica médica, pediátrica e cirúrgica, onde são realizadas cirurgias de pequeno e médio porte, além de um Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).

Riacho das Almas possui uma média de 18.400 habitantes, geridos pelo mesmo tipo de Gestão do município anterior, possui 05 Equipes de Saúde da Família, um centro de Saúde que desenvolve atividades ambulatoriais, bem como o SAMU e uma Unidade Hospitalar.

Lagoa dos Gatos conta com 15.540 habitantes, contemplados por 04 Equipes de Saúde da Família, possuindo apenas duas delas o Programa de Saúde Bucal, um Centro de Saúde onde abriga todas as atividades da EACS, uma Unidade Mista que conta com 10 leitos distribuídos em Clínica Médica e Obstétrica, atendimentos

ambulatoriais nas diversas especialidades, como: Cardiologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Ultrassonografia, Fisioterapia, bem como, Laboratório de Análises Clínicas próprio. Encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

5.3 Coleta de Dados

Os dados foram retirados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) (BRASIL, 2000, 2003 e 2006). Foram escolhidos estes anos, pois se subentende que correspondem a gestões diferentes, portanto, possibilitando avaliar períodos diferentes da gestão no tocante ao cumprimento da EC nº 29.

5.4 Elencos de Variáveis

Foram utilizados os dados relativos ao:

- a) valor total do orçamento municipal da saúde – recurso das três esferas de governo;
- b) percentual do orçamento municipal repassado para saúde;
- c) percentual do orçamento federal repassados para o município;
- d) valor per capita do gasto em saúde.

5.5 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados manualmente e eletronicamente, organizados e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

5.6 Aspectos Éticos

Houve contato com os Gestores Municipais de Saúde, no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e a contribuição da mesma para a gestão e os pesquisadores. Os Secretários de Saúde assinaram Carta de Anuência, conforme preconizado para a realização do estudo (Anexo A).

Os dados foram coletados, tabulados e analisados pelos pesquisadores.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, atendendo a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tentativa de responder aos questionamentos levantados na construção deste trabalho, observou-se quanto ao cumprimento da EC 29 por parte dos municípios em estudo, que os três vêm apresentando um crescimento importante quanto ao financiamento da saúde. O Gráfico 1 apresenta a situação destes, bem como, a comparação dos mesmos em relação à média dos demais municípios do Estado.

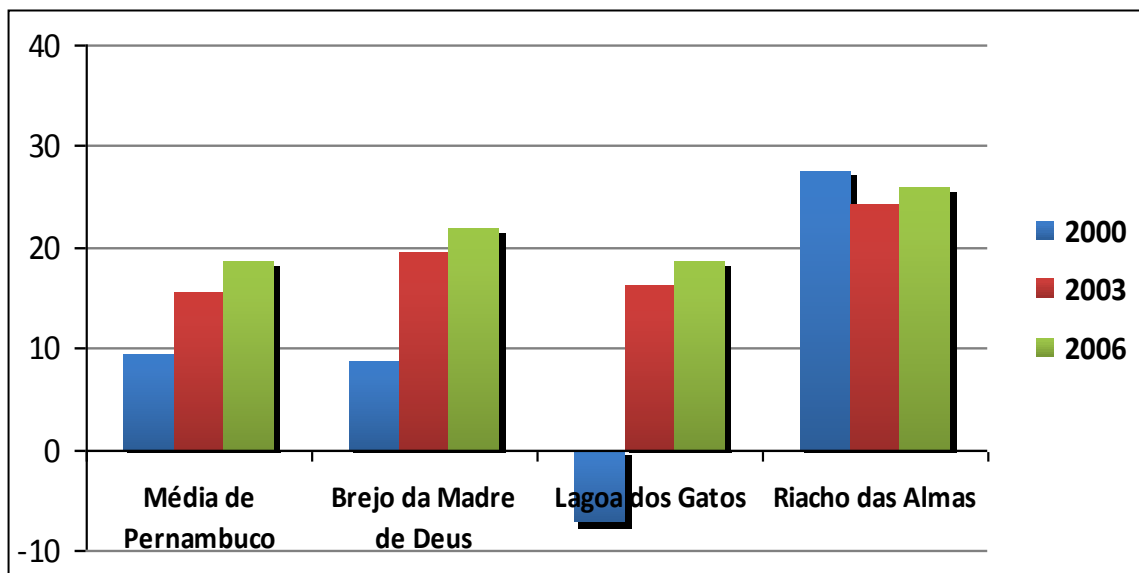


Gráfico 1. Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000 nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas, nos anos de 2000, 2003 e 2006.

Fonte: Siops (2007).

Ao realizarmos uma análise individual dos anos em estudo, pode-se perceber que em 2000 apenas o município de Riacho das Almas teve um investimento em saúde próximo dos 30% utilizando recursos próprios, e que o município de Brejo da Madre de Deus atende aos 7% iniciais previstos pela Emenda Constitucional. No entanto, o município de Lagoa dos Gatos apresenta desempenho negativo, o que impossibilita uma avaliação. De acordo com consulta ao grupo técnico do SIOPS, municípios com desempenho negativo significa erro na transmissão do dado.

A análise do ano de 2003 mostra que os municípios de Brejo da Madre de Deus e Lagoa dos Gatos aumentaram consideravelmente o investimento em saúde utilizando receita própria. Apenas o município de Riacho das Almas teve uma discreta queda neste período, mas mesmo assim permaneceu em cumprimento à referida emenda. Em 2006, os municípios mantêm o crescimento do investimento próprio em saúde.

Por fim, ao comparar os investimentos destinados a ações e serviços de saúde utilizando recursos próprios, o gráfico mostra que os três municípios, com exceção de Lagoa dos Gatos em 2000, com a implantação da EC 29 os mesmos se encontraram próximos ou superiores à média dos municípios do Estado.

Carvalho (2007), através de um estudo no qual expõe a situação dos municípios brasileiros nos anos de 2005 e 2006, elucida a situação dos municípios quanto à aplicação dos recursos através da EC 29, como mostram os Quadros 2 e 3 a seguir:

CONDIÇÃO DOS MUNICÍPIOS	Nº DE MUNICÍPIOS	VALORES
MUNICÍPIOS QUE SUPERARAM O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	5.165	R\$ 6.023,8 BI
MUNICÍPIOS QUE NÃO ATINGIRAM O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	180	MENOS R\$ 40,7 MI
MUNICÍPIOS QUE APLICARAM EXATAMENTE O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	01	0
TOTAL	5.562	A MAIS R\$ 5.983,1 BI
Metodologia e observações: 1. Utilizados os dados de transmissão de SIOPS anual 2006- em Outubro de 2007. Até outubro de 2007, 217 municípios sem informação; 2. Para os municípios que não transmitiram os dados ao SIOPS, utilizados os dados da expansão feita para a RIPSA. 3. Os valores aplicados em ações e serviços de saúde, acima do mínimo previsto para a EC 29, não devem ser considerados como excedentes, uma vez que a EC 29 estabeleceu o piso de aplicação e não o teto.		

Quadro 2. Aplicação dos recursos determinados pela EC 29 – municípios brasileiros – 2006.

Fonte: Adaptação dos dados expostos em Carvalho (2007).

CONDIÇÃO DOS MUNICÍPIOS	Nº DE MUNICÍPIOS	VALORES
MUNICÍPIOS QUE SUPERARAM O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	5.132	R\$4.249 BI
MUNICÍPIOS QUE NÃO ATINGIRAM O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	428	MENOS R\$146,6 MI
MUNICÍPIOS QUE APLICARAM EXATAMENTE O MÍNIMO PRECONIZADO NA EC 29	02	0
TOTAL	5.562	A MAIS R\$ 4.103 BI
Metodologia e observações: 1. Utilizados os dados de transmissão de SIOPS anual 2005; 2. Para os municípios que não transmitiram os dados ao SIOPS, utilizados os dados da expansão feita para a RIPSA. 3. Os valores aplicados em ações e serviços de saúde, acima do mínimo previsto para a EC 29, não devem ser considerados como excedentes, uma vez que a EC 29 estabeleceu o piso de aplicação e não o teto.		

Quadro 3. Aplicação dos recursos determinados pela EC-29 – municípios brasileiros – 2005.

Fonte: Adaptação dos dados expostos em Carvalho (2007).

Este autor consegue, através dos dados acima, mostrar que os municípios, as unidades que menos arrecadam, conseguem investir 30% a mais do que a constituição obriga como mínimo para a saúde.

Assim, é possível perceber que em dois anos, foi realizado um investimento em saúde por parte dos municípios, utilizando recursos próprios, de aproximadamente R\$ 10.086,1 Bi acima do mínimo que se esperava para estes anos.

Segundo Solla et al. (2007), a participação dos municípios no financiamento do SUS vem aumentando progressivamente, tanto que no ano 1993 a esfera federal arcava com 72 % dos recursos destinados ao SUS e os municípios com 16%, percentuais que em 2002 foram alterados, respectivamente, para 58% e 22%, e os estados completavam com 20% restantes. De acordo com o autor o crescimento da participação dos municípios no financiamento do SUS nos anos 90 deve-se a municipalização da saúde e a reforma fiscal instituída pela Constituição de 88.

Outro dado observado no estudo em pauta foi quanto aos recursos investidos em saúde através das transferências dos demais órgãos federados aos municípios, como mostra o Gráfico 2, a seguir:

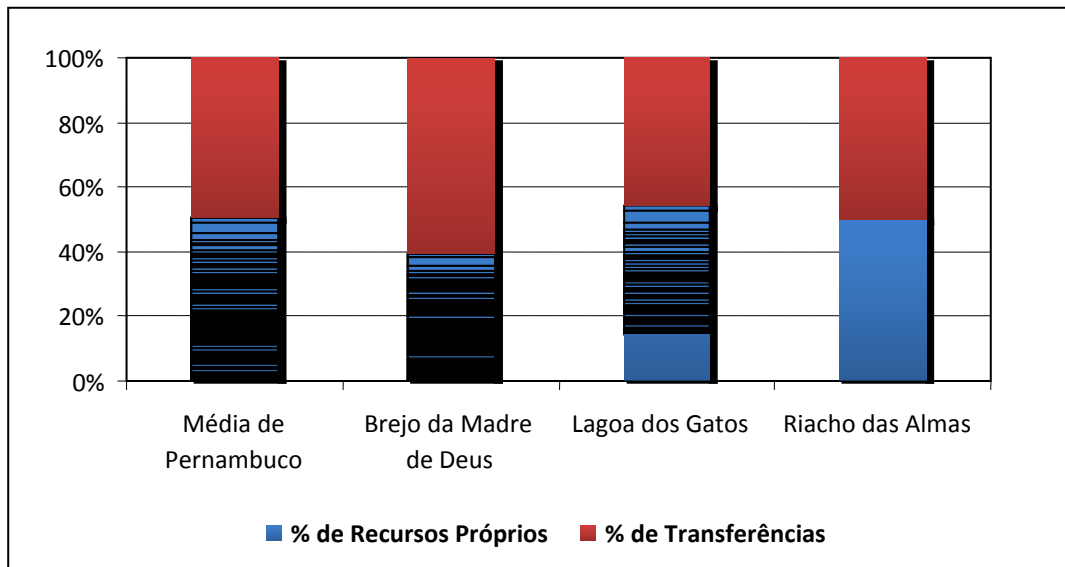


Gráfico 2. Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total dos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas – 2006.

Fonte: SIOPS (2007).

Ao analisar o gráfico é possível observar que no município de Brejo da Madre de Deus, do total dos recursos públicos de saúde, mais de 50% se refere a recursos das transferências federais.

Os demais municípios do estudo, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas encontram-se próximos à média no Estado, que é de 49,64% em 2006.

O Quadro 4 torna mais fácil a compreensão do Gráfico 2, ao apresentar o cenário nos anos 2000, 2003 e 2006.

MUNICÍPIOS	2000	2003	2006
Brejo da Madre de Deus	86,63	64,24	60,44
Lagoa dos Gatos	135,1	44,36	45,74
Riacho das Almas	48,31	50,67	49,85
Média no Estado	60,39	50,25	49,64

Quadro 4. Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total dos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas, nos anos de 2000, 2003 e 2006.

Fonte: SIOPS (2000, 2003 e 2006).

A partir do Quadro 5, pode-se observar que em Brejo da Madre de Deus e Lagoa dos Gatos as transferências para investir em saúde, passam a representar um menor percentual em relação ao recurso público total da área.

Um dado relevante é a situação de Riacho das Almas que permaneceu praticamente estável quanto à representação do recurso de transferência no total de recursos.

Carvalho (2007) mostra a situação dos investimentos dos três entes federados ao longo dos anos através do Quadro 5, abaixo.

ANO	% UNIÃO	% ESTADOS	% MUNICÍPIOS
1995	63,80	18,80	17,40
2000	59,74	18,53	21,73
2001	56,17	20,67	23,16
2002	53,11	21,64	25,25
2003	50,69	22,80	25,24
2004	51,14	23,62	25,24
2005	51,14	24,48	24,98
2006	46,70	26,12	27,18

Quadro 5. Receita % da saúde por esfera de governo Brasil.1995-2006.

Fonte: Carvalho (2007).

Este quadro evidencia claramente a redução crescente dos investimentos da União na saúde e o crescimento permanente dos Estados e Municípios, durante o período.

Solla et al. (2007) complementam que o processo de municipalização da saúde nos anos 90 foi muito importante para o crescimento da participação municipal no financiamento do setor.

Para completar as respostas aos questionamentos norteadores do estudo, foi realizada análise do gasto *per capita*, a partir dos recursos totais públicos (receita própria e transferência) (Quadro 6).

MUNICÍPIOS	2000	2003	2006
Brejo da Madre de Deus	76,09	110,32	152,55
Lagoa dos Gatos	39,25	78,82	140,30
Riacho das Almas	103,34	134,36	203,86
Média no Estado	58,84	96,35	161,30

Quadro 6. Despesas públicas por habitante nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas nos anos de 2000, 2003 e 2006.

Fonte: Siops (2007).

Ao observar o quadro acima, percebe-se que existiu um aumento crescente no investimento em saúde por habitante, em todos os municípios envolvidos no estudo e que este aconteceu em todos os anos analisados.

Riacho das Almas merece um comentário especial, pois foi o único que no ano da implantação da EC 29, já se encontrava com um valor de investimento acima dos demais municípios, e este permaneceu crescente ao longo dos anos, estando em 2006 com o maior valor dentre os três analisados.

Os demais municípios comportaram-se também de forma progressiva, onde é possível perceber que Brejo da Madre de Deus investiu em 2003 quase o dobro do valor utilizado em 2000, semelhante à Lagoa dos Gatos que duplicou este recurso, passando de R\$ 39,25 para R\$ 78,82 em 2000 e 2003, respectivamente.

O Gráfico 3 torna possível uma comparação dos municípios estudados, nos anos selecionados, com a média de investimentos em saúde, por habitante, dos demais municípios do Estado.

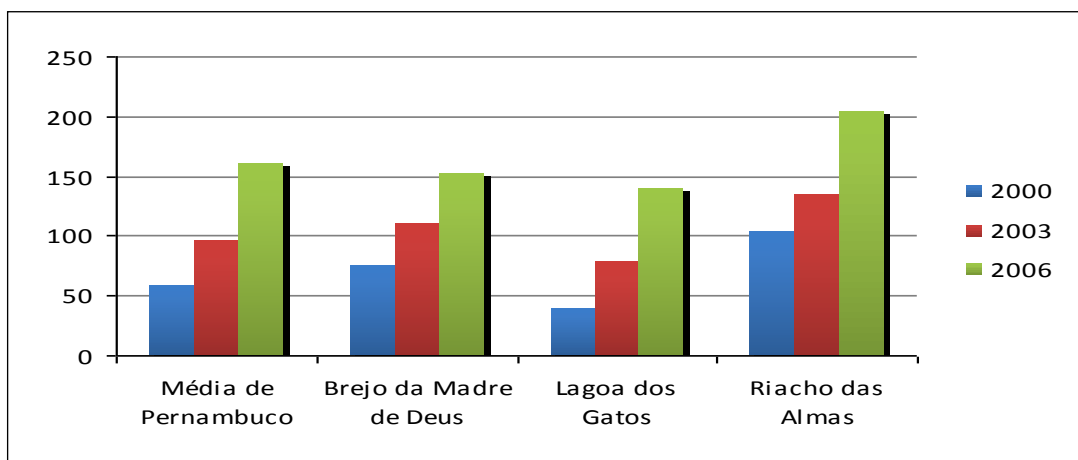


Gráfico 3. Despesas per capita nos municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas nos anos de 2000, 2003 e 2006.

Fonte: Siops (2007).

Aqui fica mais fácil visualizar que foram crescentes os investimentos realizados na saúde da população de cada município e que em 2006 o município de Lagoa dos Gatos e Brejo da Madre de Deus ainda estão abaixo da média do Estado. Riacho das Almas apresenta valor per capita, bem acima desta média, permanecendo desta forma durante os três anos do estudo.

Segundo dados da Associação Brasileira de Estudos em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2006), o financiamento no setor Saúde estagnou entre US\$ 120 e 150

per capita, o que representa um gasto de, aproximadamente R\$1,00 por dia por habitante, o que corresponde a menos do que países vizinhos como Chile, México, Argentina. Enquanto que em outros países de sistemas universais, no mínimo 70% de todos os gastos com saúde são de orçamentos públicos, no Brasil este valor é de apenas 45%, segundo Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2006, com dados relativos a 2003.

O cálculo por dia do que foi investido pelo município de Brejo da Madre de Deus, no ano de 2006, mostra que o mesmo esteve aplicando aproximadamente R\$ 0,40 por habitante, o que se calculado para os demais municípios observaremos que todos se encontram com valores próximos, variando entre R\$ 0,38 e R\$ 0,55, como é o caso de Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas, respectivamente. Valores extremamente baixos, o que inviabiliza um sistema de saúde de qualidade, atendendo aos princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade.

7 CONCLUSÃO

Diante do exposto no corpo deste trabalho referente ao tema financiamento da saúde, do levantamento dos dados e suas análises, conclui-se que:

- a) os municípios de Brejo da Madre de Deus, Lagoa dos Gatos e Riacho das Almas cresceram em seus investimentos nos anos de 2000, 2003 e 2006, estando em 2003 e 2006 acima do mínimo preconizado pela EC 29;
- b) em 2000, o município de Lagoa dos Gatos apresenta desempenho negativo, estando neste ano Riacho das Almas e Brejo da Madre de Deus cumprindo com o mínimo recomendado na EC 29;
- c) do total de transferências em saúde no ano de 2000 remetidas aos municípios do estudo, as mesmas representaram 50% ou mais dos recursos para investir em saúde. Em 2003 e 2006, essa realidade mudou e todos os três municípios se encontravam na média dos demais municípios do Estado;
- d) quando foi analisado o investimento na saúde, a partir do *per capita*, observou-se que todos eles aumentaram seus investimentos, entretanto, o município de Riacho das Almas destacou-se, pois mostrou que os recursos utilizados para cada habitante mesmo no ano da implantação da EC 29 já era bastante elevado em relação aos demais municípios do estudo, bem como em relação à média do estado;
- e) apesar do cumprimento à EC 29, ao analisarmos os valores *per capita*/dia constatamos valores absurdamente baixos, o que nos deixa claro o grande exercício cotidiano que é manter em funcionamento o SUS;
- f) assim, é impossível não comentar que a regulamentação da EC 29 prevendo percentual de recursos da esfera federal, além da estadual e municipal, é de extrema importância, para que desta forma todos os entes federados façam cumprir o recomendado na Constituição Federal, proporcionando assim mais recursos para ações e serviços de saúde;
- g) que a regulamentação da EC 29 tenha em seu texto todas as condicionalidades para o financiamento da saúde, como deverão ser as transferências dos recursos e, principalmente, a definição concreta do que são ações e serviços de saúde, eliminando assim a grande dúvida dos atuais gestores do sistema.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; REIS, Carlos O. O. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. **Gasto em saúde no Brasil: é muito ou pouco?** Esclarecimento Público. 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2008.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. Brasília, 2003. (Série Técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n. 4)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**: promulgada em 05 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 20, de 15-12-1998. 21. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional n. 29 de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 178, 14 set. 2000. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 1990b. Seção 1.

CAMPELLI, Magali G. R.; CALVO, Maria Cristina M. O Cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7 p. 1613-1623, jul. 2007.

CARVALHO, Gilson. O financiamento da saúde no Brasil: o estado da arte em 2000. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON LINE, 10., 1996, Brasília. **Anais**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/brasil-2000.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2008.

CARVALHO, Gilson. **Municípios brasileiros gastam com saúde 30% a mais que o mínimo determinado pela Constituição Federal (EC-29)**. Brasília: CONASEMS, 2007a. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/download/GASTOSMUNICIPAISCOMSAUDE_2005_2006.pdf.htm>. Acesso em: 06 jul. 2008.

CARVALHO, Gilson. **Gastos com saúde em 2006**. Brasília: CONASEMS, 2007b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/pdf/gasto.com.saude.2006.pdf.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.

COSTA, Ricardo C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil Durante a Década de 1990. **Revista de sociologia e política**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 49-71, jun. 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Reforma Sanitária**. 2005. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 28 abr. 2008.

LUCHESE, Patrícia T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 14, 1996.

MANSUR, Marília C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 90**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

RIBEIRO, Jeferson. **Fim da CPMF obriga revisão no Orçamento 2008**. 2007. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/interna/0,,OI2149662-EI7896,00.html>>. Acesso em: 24 jul. 2008.

RIBEIRO, José A.; PIOLA, Sérgio F.; SERVO, Luciana M. **As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços de saúde no Brasil**. Belo Horizonte, 2005 (Mimeografado).

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano**. São Paulo: Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2005. Disponível em: <http://www.ceaprs.org.br/arquivos/img_pub/cefc27c04ccfa93ee7b24df981dcbfc8.pdf.htm>. Acesso em: 05 ago. 2008.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. **Informação em saúde**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/acompendent.php.html>>. Acesso em: 12 fev. 2007.

SOLLA, Jorge J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do SUS. **Revista brasileira saúde materno-infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 495-502, out./dez. 2007.

TEIXEIRA, Hugo V.; TEIXEIRA, Marcelo G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

UGÁ, Maria Alicia D.; SANTOS, Isabela S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago. 2006.

ANEXOS

Anexo A – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA¹

Carta de Anuência/Secretaria Municipal de Saúde de _____.

Prezado Senhor _____

Secretário de Saúde do município de _____

Através desta, nós, Patrícia Queiroz de Farias, Karla Maciel Gomes Coelho e Scheyla Maria Silva Gonçalves, pesquisadoras, nos propomos a realizar a pesquisa sob o título **Avaliação do Cumprimento da Emenda Constitucional 29 em três municípios da região do Agreste Pernambucano**, sob a orientação da Professora Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra, cujo projeto encontra-se anexo, vimos solicitar a vossa autorização para utilizarmos as informações do Fundo Municipal de Saúde. Aproveitamos para informar que não haverá custos para a instituição.

Agradecemos antecipadamente o seu apoio e compreensão, certas da vossa colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Município, data

Assinatura dos pesquisadores

Autorizo a realização do presente estudo, em face de estar totalmente esclarecida sobre os seus propósitos, podendo retirar essa autorização em qualquer época.

Município, data

 Secretário Municipal de Saúde

¹ Este documento foi oferecido como modelo pelo Comitê de Ética da ASCES (Associação Caruaruense de Ensino Superior).