



EACH

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

**Orçamento público em saúde: Uma análise do cumprimento da Emenda
Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros**

Juliana Gomes da Silva

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao bacharelado em Gestão de Políticas
Públicas da Escola de Artes, Ciências e
Humanidades da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2011

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

**Orçamento público em saúde: Uma análise do cumprimento da Emenda
Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros**

Juliana Gomes da Silva

Orientadora: Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

São Paulo

2011

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

**Título: Orçamento público em saúde: Uma análise do cumprimento da Emenda
Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros**

Autor: Juliana Gomes da Silva

Ano: 2011

Profa.Dra.Flávia Mori Sarti

Orientadora

Nota:

Marislei Nishijima

Participante da Banca de Avaliação

Nota:

Dedicatórias e Agradecimentos

Dedico este trabalho à minha mãe, Silvana, pois sem ela os meus sonhos não se realizariam. Por ter acordado às 4:30h da manhã durante quatro anos para que eu encontrasse o café pronto ao acordar. Por me acompanhar ao ponto da van sob chuva e o frio da manhã. Por investir na minha educação desde muito pequena, o que me proporcionou uma base muito boa para enfrentar a faculdade. Por me ajudar a construir nosso castelo com as pedras que encontramos pelo caminho. Mãe, muito obrigada.

Agradeço ao meu irmão, Rafael, pela paciência e confiança. Pelas horas em que foi compreensivo e dividiu seu computador comigo. Pelo auxílio nos textos em língua inglesa. Rafa, muito obrigada.

Agradeço à minha tia Solange, que todos os dias me conferia carinho e agrado. Pelo almoço de todos os dias. Pelos momentos em que não deixou que ninguém me incomodasse enquanto eu concluía meu trabalho. Tia, muito obrigada.

Agradeço ao meu melhor amigo Igor, que também é meu namorado, pelo apoio e compreensão. Por me escutar falando sobre o meu trabalho. Por entender minha ausência e por acreditar no meu sonho. Muito obrigada ao meu pai, à minha irmã Aline, à minha sobrinha Ana Luiza, a todos meus amigos e aos companheiros de classe. Todos, à sua maneira, contribuíram para que eu fosse até o fim.

Agradeço à minha orientadora, Flávia Mori Sarti, a quem escolhi pela enorme admiração que tenho e por ser uma excelente profissional inspirando a mim e a outros tantos alunos.

E finalmente agradeço a Deus por iluminar o meu caminho com pessoas tão queridas. Por me proporcionar saúde para que eu possa correr atrás dos meus objetivos.

Sumário

Introdução	7
A função social dos tributos	10
O Sistema Único de Saúde	12
Histórico do financiamento da saúde	14
O financiamento da saúde antes do SUS.....	14
O orçamento do SUS.....	15
A estrutura de gastos do sistema público de saúde brasileiro	17
A Emenda Constitucional 29/2000	18
Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde	22
Metodologia	26
Delineamento do estudo	26
Variáveis da análise.....	26
<i>Cumprimento da Emenda Constitucional 29</i>	26
<i>Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)</i>	26
Resultados	27
Região Norte	27
Região Nordeste	28
Região Centro-Oeste	29
Região Sudeste	30
Região Sul	31
Panorama nacional	32
Conclusão.....	34
Referências	36

Lista de Tabelas e Figuras

Gráfico 1. Participação da CPMF na receita total do Ministério da Saúde. Brasil, 1996-2005.....	16
Tabela 1. Participação percentual nas despesas públicas em saúde segundo esfera de governo. Brasil, 1980-2003.....	17
Tabela 2. Percentuais mínimos de vinculação orçamentária para o SUS, nos termos da Emenda Constitucional 29/2000. Brasil, 2003.....	24
Tabela 3. Cumprimento da EC29. Região Norte, 2000-2005.	27
Tabela 4. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Norte, 2000-2005.....	28
Tabela 5. Cumprimento da EC29. Região Nordeste, 2000-2005.....	28
Tabela 6. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Nordeste, 2000-2005.	29
Tabela 7. Cumprimento da EC29. Região Centro-Oeste, 2000-2005.	30
Tabela 8. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Centro-Oeste, 2000-2005.....	30
Tabela 9. Cumprimento da EC29. Região Sudeste, 2000-2005.....	31
Tabela 10. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sudeste, 2000-2005.	31
Tabela 11. Cumprimento da EC29. Região Sul, 2000-2005.	31
Tabela 12. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sul, 2000-2005.....	32
Tabela 13. Proporção de estados que cumpriram a EC29. Brasil, 2000-2005.....	32
Tabela 14. IDH médio dos estados segundo aplicação da EC29. Brasil, 2000-2005.....	33

Resumo

Juliana Gomes da Silva. **Orçamento público em saúde: Uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros.** São Paulo, 2011.

O presente trabalho buscou analisar o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros durante o período de 2000 a 2005. A saúde, conceituada como um direito fundamental do cidadão, é baseada em políticas públicas que viabilizem ações de assistência, prevenção e promoção em saúde. O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) constitui uma política pública de acesso às ações em saúde, apoiada em atendimento pleno, universal e gratuito da população brasileira. Assim, torna-se fundamental a criação de mecanismos institucionais que garantam os recursos financeiros necessários ao financiamento do SUS. A Emenda Constitucional 29/2000 (EC29), denominada informalmente como Emenda da Saúde, foi promulgada visando garantir a vinculação da receita dos entes federativos ao financiamento da área da saúde. A idéia básica da proposta contida na EC29 é buscar garantir um percentual mínimo que deve ser destinado às ações de saúde, como primeiro passo na efetivação de um sistema de saúde equitativo. O presente trabalho buscou analisar as condições de (des)cumprimento da EC29 pelos estados brasileiros, a partir do estudo das condições de desenvolvimento humano das unidades da federação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Emenda Constitucional 29/2000; estados; políticas públicas de saúde, Índice de Desenvolvimento Humano.

Introdução

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), assinada pelo Brasil, enumera a saúde como uma das condições necessárias à vida digna.

“Art.XXV. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

A partir da declaração dos direitos humanos, a saúde foi reconhecida como um dos direitos fundamentais do ser humano (DALLARI, 1988). Em seguida, foram instituídos órgãos especiais destinados a garantir os direitos essenciais aos homens.

Em 1946, a partir da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde foi definida como estado de completo bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946). Dejours (1986), no entanto, critica a definição de saúde expressa pela OMS, pois considera que um estado de completo bem-estar é inalcançável, portanto, a saúde seria uma busca constante por tal estado.

Nas legislações atuais e na doutrina jurídica moderna brasileira, o direito à saúde está interligado a vários outros direitos, como o direito ao saneamento, à moradia, à educação, ao bem-estar social, à seguridade social, à assistência social, aos serviços médicos e à saúde física e psíquica (HUMENHUK, 2011).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira carta magna do país a expressar o direito à saúde como um direito fundamental:

“Art.196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário à ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

A Constituição também inclui a saúde como um direito social:

“Art.6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988).

Segundo Dallari (1988), não é suficiente declarar o direito universal à saúde. A Constituição deve organizar os poderes do Estado e a vida social de forma a assegurar a cada pessoa a concretização de seus direitos. Assim, conceituada como um direito do cidadão, a saúde exige ações do Estado por meio de políticas públicas para sua concretização.

“Art.2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990a).

A administração pública torna-se, portanto, responsável pela promoção e efetivação do direito à saúde. O dever do Estado é materializado por meio da instituição de um sistema único e gratuito de atendimento em saúde. O SUS é a política pública responsável pela oferta de atendimento em saúde aos cidadãos brasileiros.

No entanto, as políticas públicas dependem de recursos orçamentários que financiem as ações previstas em seu escopo. Assim, torna-se extremamente importante analisar o processo de financiamento do sistema de saúde público brasileiro, a partir do estudo das atividades assumidas pelo Estado e suas fontes de custeio.

As necessidades de financiamento em saúde são crescentes, tendo em vista os processos de transição demográfica e epidemiológica do país; assim, autoridades das três esferas de governo sempre buscam fontes adicionais de recursos (BRASIL, 2003).

O tema do financiamento da saúde tem gerado diversas discussões entre gestores e políticos responsáveis pelo setor no país, sobretudo após a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) no ano de 2007. A CPMF foi implantada

em 1997 sob a justificativa de constituir uma fonte específica de financiamento à saúde. Entretanto, a partir de 1999, os recursos obtidos pelo governo a partir da CPMF passam a financiar a previdência social, deixando de constituir fonte exclusiva do setor de saúde e, a partir de 2001, torna-se também fonte de financiamento do Fundo de Combate à Pobreza (DAIN, 2007).

Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar o cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros. A EC29 estabelece um percentual mínimo que os entes federativos devem aplicar no financiamento das ações em saúde sob sua responsabilidade. Em termos de objetivos específicos, o presente trabalho busca:

- Apresentar a Emenda Constitucional 29/2000, assim como o contexto de sua criação;
- Identificar as regiões do Brasil com maior e menor grau de cumprimento da EC29;
- Analisar descritivamente a relação entre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o cumprimento da EC29 pelos estados brasileiros.

Na primeira parte do trabalho, foi realizada revisão da bibliografia sobre a evolução do Sistema Único de Saúde, o financiamento do sistema de saúde brasileiro e o contexto da instituição da EC29. Na segunda parte, são descritas as fontes de informações utilizadas e a metodologia utilizada para análise dos dados. Na terceira parte, os resultados obtidos na pesquisa são apresentados na forma de análise descritiva, no período de 2000 a 2005. Por fim, o trabalho é finalizado pela análise das principais implicações dos resultados obtidos no setor de saúde brasileiro.

A função social dos tributos

O financiamento das ações e programas de responsabilidade do Estado exige a garantia de recursos financeiros próprios. No Brasil, tais recursos são obtidos por meio da arrecadação de tributos.

“Art.3º. Tributo é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada.” (BRASIL, 1966).

A Constituição Federal de 1988 considera a arrecadação tributária das seguintes categorias de tributos estabelecidas no Código Tributário Nacional (CTN) (BRASIL, 1966):

- **Imposto:**

“Art.16. Imposto é o tributo cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica, relativa ao contribuinte.” (BRASIL, 1966).

- **Taxa:**

“Art.77. As taxas cobradas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, têm como fato gerador o exercício regular do poder de polícia, ou a utilização, efetiva ou potencial, de serviço público específico e divisível, prestado ao contribuinte ou posto à sua disposição.” (BRASIL, 1966).

- **Contribuição de melhoria:**

“Art.81. A contribuição de melhoria cobrada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, no âmbito de suas respectivas atribuições, é instituída para fazer

face ao custo de obras públicas de que decorra valorização imobiliária, tendo como limite total a despesa realizada e como limite individual o acréscimo de valor que da obra resultar para cada imóvel beneficiado.” (BRASIL, 1966).

O CTN estabeleceu os limites e os fundamentos do direito tributário, garantindo mecanismos legais aos cidadãos para discutir os impostos e os benefícios provenientes de sua aplicação pelo setor público (GRZYBOVSKI, 2006).

“A história descrita explica a cultura brasileira de resistência em pagar imposto; há um imaginário instituído de que o governo não merece arrecadar porque aplica mal (...). O desvio das receitas públicas, que deveriam ser vertidas de forma espontânea ao Estado, aliado à falta de consciência cidadã, tem atravancado a evolução e a modernização do país em termos gerenciais.” (GRZYBOVSKI, 2006).

Atualmente, os tributos vigentes no Brasil têm finalidade social, sendo o poder de tributar irrenunciável e indelegável. A Constituição Federal repartiu as competências tributárias entre os entes federativos (BRANDÃO, 2005).

A tributação é o instrumento econômico dos governos para executar suas políticas públicas. O tributo é a principal fonte de recursos para financiamento dos serviços públicos no Brasil, que abrangem os serviços de segurança pública, regulamentação, fiscalização e seguridade social, inclusive Sistema Único de Saúde. O financiamento do SUS é realizado pela arrecadação de diversos impostos, transferências entre os entes federativos e vinculação de recursos específicos ao setor (BRANDÃO, 2005).

O Sistema Único de Saúde

Antes da criação do SUS, os cidadãos brasileiros podiam ser categorizados em três classes: indivíduos com capacidade de pagamento por serviços de saúde privados; indivíduos com direito a desfrutar de serviços de saúde públicos via previdência social; e indivíduos isentos de qualquer direito na área da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal. Dado o amplo conjunto de garantias que assegurou ao cidadão, é denominada como “Constituição Cidadã”, nomenclatura criada no discurso de Ulysses Guimarães em julho de 1988:

“Esta constituição, terá cheiro de amanhã, não cheiro de mofo (...). Ela será a Constituição Cidadã porque recuperará, como cidadãos, milhões de brasileiros (...). O povo nos mandou aqui para fazê-la, não para ter medo.”
(GUIMARÃES, 1988).

O SUS é regido por um conjunto de princípios ético-doutrinários e organizacionais-operacionais. Os princípios ético-doutrinários compreendem a universalidade, a equidade e a integralidade da saúde, ou seja, que definem que a saúde é um direito de todos os cidadãos, que deve buscar corrigir desequilíbrios sociais e regionais atendendo às necessidades do cidadão em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2000).

Os princípios organizacionais-operacionais englobam a descentralização dos serviços, a regionalização e a hierarquização da rede de atendimento e a participação social. Os princípios tornam os entes federativos co-responsáveis pela gestão do sistema, exigindo ações articuladas e institucionalizando a democracia participativa por meio dos conselhos de saúde (BRASIL, 2000).

Há competências específicas a cada um dos entes federativos na gestão do SUS (União, estados e municípios). No âmbito municipal, as políticas de saúde são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS); no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). No âmbito federal, as políticas de saúde são negociadas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/90, que:

“...regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a, Art.1º).

Simultaneamente, a lei 8.142/90 trata da participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990b), tendo como objetivo:

“I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.” (BRASIL, 1990, Art.5º).

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos e garantindo acesso integral, universal e gratuito para a população do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Histórico do financiamento da saúde

O financiamento da saúde antes do SUS

Antes da Constituição de 1988, as políticas de saúde eram restritas às ações de saneamento e ao controle de epidemias, sendo implementadas nas grandes cidades e nos portos. No início do século XX, ações de combate à febre amarela foram implantadas pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e porto de Santos por meio de programas de saneamento. A intensa atividade comercial nos locais em questão gerava interesse em prevenir uma epidemia, que poderia interferir na economia e resultar em prejuízos ao país (CEAP, 2005).

As políticas públicas excluía ações de atendimento em saúde, assim, os indivíduos deveriam disponibilizar recursos próprios para recorrer aos médicos particulares. Os demais indivíduos deveriam buscar a assistência ofertada em Santas Casas de Misericórdia. A assistência médica disponibilizada pela previdência social era designada somente ao atendimento integral de trabalhadores formais (CEAP, 2005).

Em 1923 foi criada a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), fundos de financiamento da assistência médica e aposentadoria dos trabalhadores de determinadas categorias profissionais, que deveriam ser criados pelas empresas e financiados pela contribuição dos empregados (CEAP, 2005).

Na década de 1930, Getúlio Vargas promove a unificação de diversas Caixas de Aposentadoria e Pensão, transformando-as em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). A administração dos vultosos recursos dos IAPs foi centralizada e parte dos recursos foi utilizada pelo governo Vargas para estimular a industrialização do país, sem posterior reposição (CEAP, 2005).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), constituído a partir da unificação dos IAPs. No entanto, a lógica do atendimento em saúde concentrados em contribuintes do sistema foi mantida, abrangendo apenas 7,3% da população brasileira. Os recursos do INPS também foram destinados à realização de obras públicas, como Itaipu e a Transamazônica (CEAP, 2005).

A partir da criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), na década de 1970, houve uma tentativa de modernização administrativa do sistema previdenciário, devido à sua inoperância e à baixa eficiência dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). No entanto, a iniciativa não obteve sucesso, sendo uma das causas da ampla mobilização popular em torno das demandas de saúde que caracterizou o movimento sanitário e culminou na inclusão do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. Em

1987, o dispêndio federal com serviços de saúde correspondia a 70% do gasto público total no setor. Atualmente, a participação federal em gastos públicos no setor de saúde situa-se em torno de 50% do orçamento global da área (FRANÇA, 2011).

O orçamento do SUS

A responsabilidade pelo financiamento do SUS é atribuída às três esferas de governo, sendo que a Constituição Federal de 1988 assinala que:

“§1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do Art.195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.” (BRASIL, 1988, Art.198).

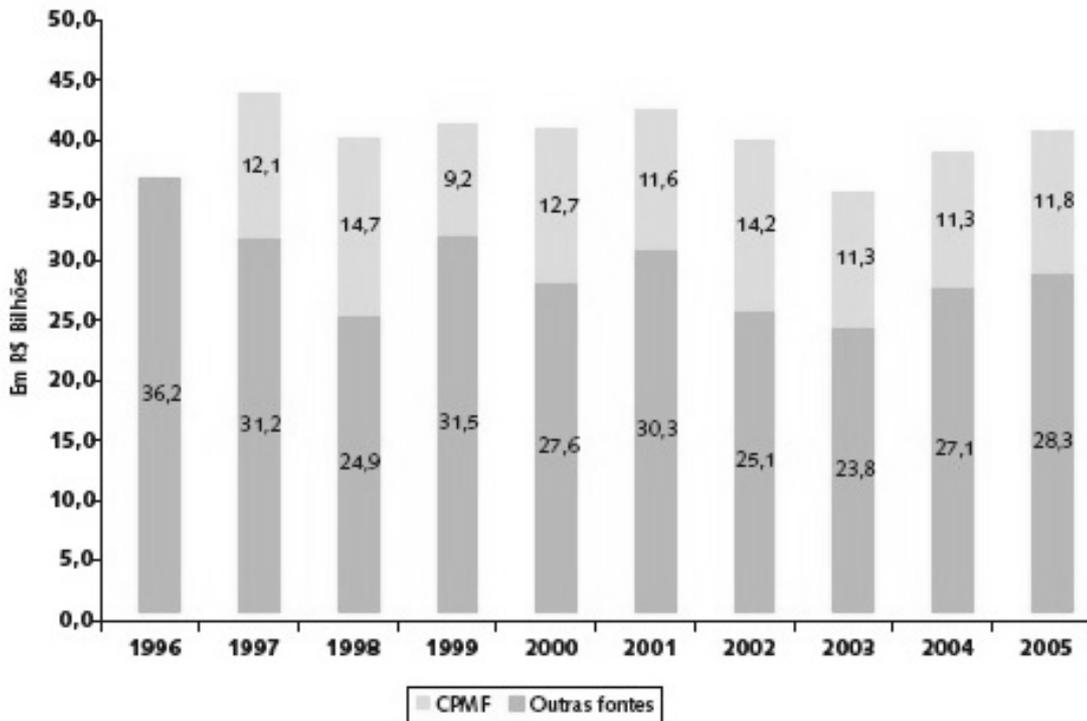
Assim, a saúde é incluída no campo da proteção social no Brasil, assim como a previdência e a assistência social. A nova visão de proteção social integrou padrões de financiamento distintos, como impostos e contribuições sociais e recursos do Orçamento Geral da União (OGU) e do Orçamento da Seguridade Social (OSS) (DAIN, 2007).

Os recursos da seguridade social incluem, além das contribuições sobre folha salarial, o faturamento empresarial (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social), o lucro líquido das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido) e o PIS-PASEP (Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) (DAIN, 2007).

Não havia vinculação de fontes de financiamento para cada área específica da seguridade social no OSS. O artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição de 1988 determinou que, no mínimo, 30% do OSS (excluído o seguro desemprego) deveriam ser destinados à saúde até aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Entre 1990 e 1993, foi mantido o percentual de 30% nas leis orçamentárias federais. No entanto, em 1993, os recursos não são repassados ao Ministério da Saúde. Segundo Dain (2007), sob a alegação de que o recurso seria necessário para financiar exclusivamente a Previdência Social, tendo em vista o aumento das despesas. Em 1994, o percentual não é citado na LDO (CEAP, 2005).

Na segunda metade da década de 1990, o Ministério da Saúde busca incentivar a criação de uma fonte específica de financiamento da saúde. É criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CMPF), aprovada em 1996 e implantada em 1997. O novo tributo

deveria prover maior estabilidade ao sistema de financiamento da saúde. No entanto, a CPMF teve um papel substitutivo. Enquanto a CPMF gerou novos recursos para a área da saúde, as contribuições da CSLL e COFINS apresentaram significativo decréscimo (Gráfico 1).



Fonte: BRASIL (2007).

Gráfico 1. Participação da CPMF na receita total do Ministério da Saúde. Brasil, 1996-2005.

Embora a CPMF tenha sido criada para vinculação integral à saúde, foi posteriormente convertida em contribuição social e, em 1999, é utilizada para financiar a Previdência Social e, a partir de 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (DAIN, 2007).

Em 2000, após intensa negociação e discussão sobre a garantia de fontes estáveis ao financiamento do SUS, foi aprovada e promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC29). A EC29 estabelece um percentual mínimo de recursos orçamentários que União, estados, municípios e Distrito Federal devem aplicar na área da saúde, comprometendo as esferas do governo com a universalização da saúde. À vinculação da receita tributária de estados e municípios foi estabelecido um aumento gradual a partir do mínimo de 7% em 2000, até alcançar 12% e 15%, respectivamente, em 2004.

A estrutura de gastos do sistema público de saúde brasileiro

A estrutura de gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro é diferente daquela apresentada em sistemas nacionais de saúde de cunho *welfariano*. A participação do setor público no gasto nacional em saúde é somente 44% do dispêndio total em saúde no país, embora busque garantir gratuidade, universalidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira (UGÁ, 2006).

O gasto público em saúde é compartilhado pelas três esferas de governo. Até meados da década de 1990, o financiamento do sistema de saúde era centralizado em nível federal. A descentralização do financiamento do SUS ocorreu de forma progressiva a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, gerando importante alteração na distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo em saúde (BRASIL, 2007).

Nos últimos anos, há uma tendência à redução da participação federal nos gastos públicos em saúde. Entre 1980 e 1990, a União era responsável parcela superior a 70% do gasto público em saúde (Tabela 1). Em 1995, a participação federal reduz-se a 63,8% e, em seguida, apresenta queda paulatina até alcançar 50,4% em 2003. Em 2004, a participação da União nas despesas públicas em saúde foi inferior a 50% (BRASIL, 2007).

Tabela 1. Participação percentual nas despesas públicas em saúde segundo esfera de governo. Brasil, 1980-2003.

Ano	União	Estados	Municípios
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	59,8	18,5	21,7
2001	56,1	20,7	23,2
2002	52,8	21,5	25,6
2003	50,4	24,5	25,2
2004	49,9	25,6	24,5

Obs.: 1980 a 1990 = Despesa total com saúde.

1995 = Gasto público com saúde, excluindo inativos e dívida e acrescentando gastos com saúde, exceto gastos destinados a servidores públicos de outros órgãos federais.

Tabela elaborada pela Equipe do SIOPS/SCTIE/MS. Brasília, 2005. Revisões a partir de 2002.

Fonte: Brasil (2007).

Complementarmente, a participação de estados e municípios nos gastos em saúde tem aumentado progressivamente. Em 1980, os gastos municipais em saúde correspondiam a 7,2% do gasto público total em saúde, uma participação que aumentou para 24,5% em 2004.

No caso dos gastos estaduais, houve incremento de 17,8% em 1980 para 25,6% em 2004 (Tabela 1).

Os estados e os municípios são alçados a um maior protagonismo na execução de ações em saúde no bojo do processo de descentralização, que ampliou a competência tributária de tais entes federativos. A descentralização tributária, expressa na Carta Constitucional, também elevou o nível das transferências de tributos federais às esferas subnacionais de governo. (UGÁ, 2006)

Além dos impostos próprios, como o Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre Transmissão “*Causa Mortis*” e Doação de Bens e Direitos (ITCMD), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e 5% adicionais ao Imposto de Renda (IR), os estados beneficiaram-se do aumento de transferências do Fundo de Participação de Estados (FPE).

Antes de 1988, o FPE abarcava 14% do IR e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União. Depois de 1988, o FPE abarca 21,5% de ambos os impostos. Assim, os municípios obtêm o aumento de recursos devido ao incremento das transferências estaduais. A disponibilidade final de recursos dos estados manteve-se praticamente igual. (UGÁ, 2006).

A Emenda Constitucional 29/2000

Promulgada em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional 29 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007).

A emenda vinculou recursos para saúde ao estabelecer um percentual mínimo de gastos em saúde para cada uma das três esferas de governo. Os recursos são provenientes das receitas de cada ente federativo, conforme diferentes bases de cálculo. Antes da promulgação da EC29, a única área que tinha recursos vinculados constitucionalmente era o setor da educação, que obtinha 18% de receitas da União e 25% dos estados e municípios (BRASIL, 2007).

A criação da EC29 buscava reduzir problemas que comprometessem o financiamento do Sistema Único de Saúde. Na década de 1990, estados e municípios não tinham obrigação de destinar um percentual mínimo à saúde. À época, as políticas públicas federais em saúde

para financiamento do SUS eram instáveis, regidas por medidas emergenciais e provisórias (CAMPELLI, 2007). Os principais pontos da EC29 ou Emenda Constitucional da Saúde são (BRASIL, 2007):

- a) Acréscimo da possibilidade de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios aos artigos 34 e 35 da Constituição Federal; assim como possibilidade de intervenção do estado em seus municípios, caso não apliquem o mínimo previsto em ações e serviços públicos de saúde;
- b) Condicionalidade da entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda:

“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)” (BRASIL, 2000, Art.4º).

- c) Permissão de vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde:

“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)” (BRASIL, 2000, Art.5º).

- d) Estabelecimento de base de cálculo do percentual das receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde:

“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)” (BRASIL, 2000, Art.6º).

- e) Previsão de promulgação de Lei Complementar que reavaliará a cada cinco anos:

“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) do montante a ser aplicado pela União” (BRASIL, 2000, Art.6º).

- f) Estabelecimento de percentual mínimo de recursos orçamentários que os entes federativos seriam obrigados a aplicar na área da saúde:

“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).” (BRASIL, 2000, Art.7º).

- g) Estabelecimento de obrigação à elevação progressiva de aplicações até 2004 no caso dos estados, Distrito Federal e municípios que aplicarem menos que os percentuais previstos, na razão de, pelo menos, um quinto por ano:

“§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.” (BRASIL, 2000, Art.7º).

- h) Estabelecimento de regras para aplicação dos dispositivos da emenda, enquanto a lei complementar não for promulgada:

“§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.” (BRASIL, 2000, Art.7º).

Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde

As diretrizes de aplicação da EC29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Resolução 322, de 08 de maio de 2003 (CAMPELLI, 2007). A resolução 322/2003 visa esclarecer conceitual e operacionalmente o texto constitucional, viabilizando sua aplicação até a aprovação da Lei Complementar referida no §3º do artigo 198 da Constituição Federal. A resolução contém dez diretrizes divididas em quatro temas:

- Base de cálculo para definição de recursos mínimos a serem aplicados em saúde;
- Recursos mínimos a serem aplicados em saúde;

- Ações e serviços públicos de saúde;
- Instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

As bases de cálculo das receitas estaduais e municipais são estipuladas da seguinte forma (BRASIL, 2007):

Estados	Municípios
<ul style="list-style-type: none"> • Total das receitas de impostos estaduais: ICMS, IPVA, ITCMD 	<ul style="list-style-type: none"> • Total das receitas de impostos municipais: ISS, IPTU, ITBI
<ul style="list-style-type: none"> • (+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPE Quota-Parte do IPI – Exportação Transferências da Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir) 	<ul style="list-style-type: none"> • (+) Receitas de transferências da União: Quota-Parte do FPM Quota-Parte do ITR Quota-Parte da Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir)
<ul style="list-style-type: none"> • (+) Imposto de Renda Retido na Fonte 	<ul style="list-style-type: none"> • (+) Imposto de Renda Retido na Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • (+) Outras receitas correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária 	<ul style="list-style-type: none"> • (+) Receitas de transferências do Estado: Quota-Parte do ICMS Quota-Parte do IPVA Quota-Parte do IPI – Exportação
<ul style="list-style-type: none"> • (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios: ICMS (25%) IPVA (50%) IPI – Exportação (25%) 	<ul style="list-style-type: none"> • (+) Outras Receitas Correntes: Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
<ul style="list-style-type: none"> • (=) Base de Cálculo Estadual 	<ul style="list-style-type: none"> • (=) Base de Cálculo Municipal

Fonte: BRASIL (2007).

As diretrizes de aplicação da EC29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela resolução, cujos cálculos representam os percentuais mínimos a serem aplicados pelos estados e municípios durante a regra de transição, entre 2000 e 2004, de forma a permitir ajustes graduais nos orçamentos (CAMPELLI, 2007). A partir de 2000, há três situações possíveis:

1. Entes federativos que aplicavam pelo menos 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais em saúde no ano de 2000 não podem reduzir os percentuais de gastos em saúde abaixo do patamar exigido nos anos seguintes;

2. Entes federativos que aplicavam percentual igual ou inferior ao limite mínimo de 7% em saúde no ano de 2000 devem promover elevação do percentual gasto em saúde a cada ano, conforme tabela a seguir (Tabela 2).

Tabela 2. Percentuais mínimos de vinculação orçamentária ao SUS nos termos da Emenda Constitucional 29/2000. Brasil, 2003.

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

Fonte: BRASIL (2003).

3. Entes federativos que aplicavam percentual entre 7% e 12% das receitas estaduais ou entre 7% e 15% das receitas municipais em saúde no ano de 2000 devem calcular a razão de um quinto da diferença entre o percentual aplicado em 2000 e o mínimo previsto para 2004, conforme os cálculos a seguir:

$$\text{Razão de crescimento das receitas estaduais} = \frac{12\% - \%aplicado \text{ em } 2000}{5}$$

$$\text{Razão de crescimento das receitas municipais} = \frac{15\% - \%aplicado \text{ em } 2000}{5}$$

O resultado obtido deve ser somado ao percentual aplicado em 2000 para calcular o valor mínimo para 2001. Em 2002 e 2003, a razão deve ser somada ao percentual mínimo calculado para o ano anterior (BRASIL, 2003).

“Na hipótese de descumprimento da EC n.º.29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da Emenda Constitucional no exercício anterior.

Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada,

sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.” (BRASIL, 2003).

Adicionalmente, a resolução buscou definir as ações consideradas como atividades e serviços públicos em saúde, de forma a impedir que outros tipos de gastos sejam classificados no âmbito da saúde. Nenhum ente federativo pode incluir nas despesas de saúde gastos com merenda escolar e limpeza urbana, por exemplo, como forma de tentar cumprir a EC29:

“Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº.29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, §2º, da Constituição Federal e na Lei nº.8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

A resolução também estabelece que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS) deve divulgar as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional nº.29. Tais dados são referência ao acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Material e Métodos

Delineamento do estudo

O presente trabalho constitui um estudo exploratório descritivo dos dados de dispêndio do Sistema Único de Saúde.

A fundamentação teórica foi realizada a partir da análise histórica do financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, assim como sua atual estrutura e o contexto da proposição da Emenda Constitucional 29.

Variáveis da análise

Cumprimento da Emenda Constitucional 29

Os dados quanto ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos estados da federação foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). A partir das informações declaradas pelos estados, municípios, União e Distrito Federal, o SIOPS gera um indicador demonstrativo da situação do ente federativo relativa ao cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Os dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos estados brasileiros foram extraídos do relatório “*Emprego, desenvolvimento humano e trabalho decente: A experiência brasileira recente*” (CEPAL/PNUD/OIT, 2008). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, busca quantificar o desenvolvimento humano de um país a partir de três aspectos:

- Renda per capita;
- Longevidade;
- Escolaridade.

A renda é mensurada a partir do PIB per capita do país ou unidade geográfica em análise. A longevidade abarca a expectativa ao nascer. A educação inclui o índice de analfabetismo e a taxa de matrícula das escolas. As três dimensões apresentam o mesmo peso no cálculo do índice, que apresenta uma escala de zero a um (CEPAL/PNUD/OIT, 2008).

Resultados

Região Norte

A região norte é a região mais extensa do país com uma área correspondente a 42,27% do território nacional. No ano 2000, os estados da região cumpriam o percentual mínimo de gastos vinculados ao SUS. O Acre era o estado da região com maior percentual de gastos em saúde no ano (18,49%), enquanto o Pará apresentou o menor percentual de vinculação (7,33%) (Tabela 3).

Tabela 3. Cumprimento da EC29. Região Norte, 2000-2005.

Estados	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín.	% aplic.										
Rondônia	7,00	7,79	8,63	10,64	9,47	9,47	10,32	10,54	12,00	11,42	12,00	12,11
Acre	7,00	18,49	12,00	14,77	12,00	13,46	12,00	12,96	12,00	12,48	12,00	12,05
Amazonas	7,00	14,58	12,00	21,15	12,00	25,11	12,00	20,37	12,00	21,15	12,00	20,78
Roraima	7,00	11,51	11,61	14,92	11,71	10,14	11,80	13,26	12,00	11,53	12,00	12,77
Pará	7,00	7,33	8,26	8,88	9,20	9,88	10,13	10,31	12,00	12,04	12,00	12,41
Amapá	7,00	10,16	10,53	10,30	10,90	12,52	11,26	14,99	12,00	14,14	12,00	11,31
Tocantins	7,00	9,40	9,92	12,30	10,44	11,48	10,96	11,32	12,00	12,02	12,00	12,05

Fonte: SIOPS (2011).

Em 2001, o estado do Amapá (10,3%) foi o único da região norte do Brasil que não atingiu o percentual mínimo estabelecido para o estado (10,53%). Os demais estados da região cumpriram o percentual estabelecido pela EC29, sendo que o estado do Amazonas apresentou percentual superior ao dobro do limite mínimo (21,15%).

Em 2002, o Amapá cumpriu a EC29, no entanto, o estado de Roraima não alcançou o percentual mínimo estabelecido (11,71%), pois atingiu um percentual de 10,14%. No ano de 2003, os estados da região norte conseguiram aplicar o percentual mínimo de receita vinculada à saúde. Em 2004, dois estados da região não cumpriram o percentual mínimo estabelecido pela emenda (Rondônia e Roraima). Em 2005, somente o Amapá não atingiu o percentual previsto na EC29.

É interessante notar que, em 2001, o Amapá com o maior IDH da região, foi o único estado da região norte que não cumpriu os dispêndios em saúde previstos na EC29. O mesmo ocorreu em 2004 no caso de Rondônia e em 2005 no caso de Amapá, que apresentaram melhores IDH da região, mas não garantiram o percentual mínimo de recursos para a saúde (Tabela 4).

Tabela 4. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Norte, 2000-2005.

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Rondônia	0,753	0,753	0,766	0,765	0,768	0,776
Acre	0,729	0,741	0,751	0,752	0,748	0,751
Amazonas	0,731	0,748	0,757	0,759	0,766	0,780
Roraima	0,754	0,750	0,744	0,752	0,741	0,750
Pará	0,734	0,739	0,748	0,740	0,749	0,755
Amapá	0,755	0,766	0,759	0,765	0,762	0,780
Tocantins	0,730	0,741	0,738	0,742	0,751	0,756

Fonte: CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Região Nordeste

A região nordeste apresenta o maior número de estados entre as regiões brasileiras. Nota-se que a maioria dos estados da região não cumpriu as diretrizes da EC29 até 2002 (Tabela 5). Em 2000, apenas quatro estados do nordeste foram capazes de garantir o percentual mínimo estabelecido em lei para gastos em saúde: Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas e Bahia. A situação piorou nos anos seguintes, sendo que Pernambuco que foi o único estado que cumpriu a emenda nos três primeiros anos de vigência. O Maranhão apresentou os piores indicadores de desempenho quanto à aplicação mínima de recursos em saúde.

Tabela 5. Cumprimento da EC29. Região Nordeste, 2000-2005.

Estados	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín.	% aplic.										
Maranhão	7,00	1,51	8,00	1,75	9,00	5,56	10,00	7,98	12,00	13,23	12,00	12,73
Piauí	7,00	5,02	8,00	8,90	9,00	6,07	10,00	7,48	12,00	11,62	12,00	12,64
Ceará	7,00	2,60	8,00	7,54	9,00	8,18	10,00	8,74	12,00	12,70	12,00	11,97
R.G.Norte	7,00	12,56	12,00	11,53	12,00	13,30	12,00	14,58	12,00	12,02	12,00	12,63
Paraíba	7,00	3,66	8,00	12,81	9,00	10,52	10,00	10,62	12,00	9,59	12,00	10,32
Pernambuco	7,00	10,46	10,77	11,60	11,08	11,59	11,38	11,88	12,00	12,00	12,00	12,23
Alagoas	7,00	9,35	9,88	7,96	10,41	9,39	10,94	8,96	12,00	12,08	12,00	12,01
Sergipe	7,00	3,32	8,00	5,77	9,00	8,06	10,00	10,07	12,00	12,04	12,00	12,14
Bahia	7,00	8,49	9,19	8,40	9,89	9,41	10,60	10,38	12,00	12,15	12,00	12,15

Fonte: SIOPS (2011).

No ano de 2003, somente quatro estados do nordeste cumpriram os percentuais mínimos de verba destinada à saúde: Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Sergipe. A situação

da região apresentou um avanço nos anos de 2004 e 2005: sete estados da região cumpriram a EC29.

Tabela 6. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Nordeste, 2000-2005.

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Maranhão	0,655	0,675	0,679	0,677	0,686	0,683
Piauí	0,667	0,677	0,688	0,688	0,698	0,703
Ceará	0,698	0,706	0,712	0,709	0,717	0,723
Rio Grande do Norte	0,710	0,716	0,721	0,715	0,724	0,738
Paraíba	0,685	0,688	0,699	0,702	0,709	0,718
Pernambuco	0,691	0,699	0,703	0,699	0,710	0,718
Alagoas	0,648	0,662	0,665	0,669	0,670	0,677
Sergipe	0,706	0,717	0,730	0,736	0,741	0,742
Bahia	0,715	0,720	0,727	0,727	0,732	0,742

Fonte: CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Analisando-se o Índice de Desenvolvimento Humano dos estados da região, verifica-se que, entre 2000 e 2005, a Paraíba foi o estado com menor IDH; enquanto a Bahia apresentou IDH superior na região em 2000, tendo cumprido a EC29. No entanto, em 2001, embora tenha apresentado novamente o melhor IDH da região, a Bahia descumpriu a EC29. Em 2005, Bahia e Sergipe obtiveram os melhores IDH entre estados do nordeste e, simultaneamente, cumpriram os parâmetros da EC29 (Tabela 6).

Região Centro-Oeste

A região centro-oeste do Brasil apresenta quatro unidades federativas: Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal, sendo o segundo maior território em extensão do país.

No período de vigência da EC29, o estado de Mato Grosso teve dificuldades em cumprir o percentual mínimo de gastos em saúde; enquanto o Distrito Federal foi o único ente federativo a garantir cumprimento da EC29 durante a quase totalidade do período em análise (Tabela 7).

Em síntese, nos primeiros anos da EC 29 (2000 e 2001), 50% dos estados da região centro-oeste cumpriram a EC29. O quadro piorou entre 2002 e 2003, quando apenas 25% dos estados da região cumpriram as diretrizes da emenda. Nos últimos anos analisados (2004 e 2005), a maioria dos estados (75%) atingiu o percentual mínimo de gastos em saúde previstos na EC29.

Tabela 7. Cumprimento da EC29. Região Centro-Oeste, 2000-2005.

Estados	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín.	% aplic.										
M.Grosso Sul	7,00	8,88	9,50	6,81	10,13	9,22	10,75	8,61	12,00	12,14	12,00	12,57
Mato Grosso	7,00	2,75	8,00	6,33	9,00	7,72	10,00	9,09	12,00	11,01	12,00	11,19
Goiás	7,00	7,88	8,70	12,39	9,53	8,12	10,35	10,12	12,00	12,46	12,00	12,05
D.Federal	7,00	6,16	8,00	8,91	9,00	9,78	10,00	11,06	12,00	13,27	12,00	15,51

Fonte: SIOPS (2011).

Em termos de IDH, o Distrito Federal manteve o maior IDH da região no período analisado, sendo que cumpriu a EC29 na maioria dos anos, exceto em 2000. Já o estado de Mato Grosso, que não cumpriu a emenda em nenhum momento, apresenta o pior IDH da região na maioria dos anos, exceto em 2002 (Tabela 8).

Tabela 8. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Centro-Oeste, 2000-2005.

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mato Grosso do Sul	0,781	0,784	0,795	0,791	0,793	0,802
Mato Grosso	0,775	0,784	0,790	0,782	0,793	0,796
Goiás	0,779	0,784	0,787	0,786	0,794	0,800
Distrito Federal	0,858	0,858	0,865	0,865	0,868	0,874

Fonte: CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Região Sudeste

A região sudeste é a região mais populosa do país, formada por quatro estados: Minas Gerais, Espírito Santos, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 2000, somente Minas Gerais descumpriu o nível de gastos mínimos em saúde previsto na EC29. No entanto, em 2001 e 2002, dois estados da região efetuaram dispêndio em saúde inferior às exigências da EC29: Minas Gerais e Rio de Janeiro.

No ano de 2003, os quatro estados da região sudeste atingiram a meta de gastos em saúde prevista pela EC29. Nos últimos anos do período analisado (2004 e 2005), somente o estado do Rio de Janeiro descumpriu a EC29 na região (Tabela 9).

Tabela 9. Cumprimento da EC29. Região Sudeste, 2000-2005.

Estados	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín.	% aplic.										
Minas Gerais	7,00	4,78	8,00	6,88	9,00	6,36	10,00	10,20	12,00	12,16	12,00	12,33
Espírito Sto.	7,00	13,59	12,00	12,23	12,00	12,91	12,00	12,65	12,00	12,23	12,00	12,05
R.de Janeiro	7,00	7,73	8,58	5,01	9,44	6,28	10,29	10,85	12,00	11,92	12,00	11,92
São Paulo	7,00	9,58	10,06	11,15	10,55	11,76	11,03	12,26	12,00	13,74	12,00	12,95

Fonte: SIOPS (2011).

O estado do Espírito Santo teve o menor IDH da região nos anos de 2000, 2001 e 2004; no entanto, cumpriu os parâmetros da EC29 no período. São Paulo apresentou o maior IDH da região na maioria dos anos analisados e também cumpriu a EC29. É interessante observar que, em 2004, o maior IDH da região foi registrado no estado do Rio de Janeiro, que descumpriu a emenda no ano (Tabela 10).

Tabela 10. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sudeste, 2000-2005.

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Minas Gerais	0,780	0,781	0,785	0,786	0,795	0,800
Espírito Santo	0,778	0,777	0,788	0,786	0,794	0,802
Rio de Janeiro	0,811	0,815	0,821	0,825	0,826	0,832
São Paulo	0,821	0,823	0,824	0,824	0,825	0,833

Fonte: CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Região Sul

A região sul é composta pelos estados do Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, sendo a menor região brasileira em território. A situação dos estados da região em relação ao cumprimento da EC29 é bastante crítica. No ano de 2000, somente o estado de Santa Catarina cumpriu os parâmetros de gastos em saúde da EC29; enquanto em 2001 o único estado a cumprir a EC29 foi o Paraná (Tabela 11). Nenhum estado da região sul cumpriu a EC29 no período de 2003 a 2005.

Tabela 11. Cumprimento da EC29. Região Sul, 2000-2005.

Estados	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	% mín.	% aplic.										
Paraná	7,00	4,06	8,00	10,09	9,00	5,98	10,00	5,75	12,00	6,14	12,00	8,35
Sta.Catarina	7,00	9,34	9,87	8,43	10,40	5,90	10,94	8,18	12,00	11,25	12,00	10,79
R.G.Sul	7,00	6,82	8,00	6,59	9,00	5,62	10,00	4,32	12,00	5,20	12,00	4,80

Fonte: SIOPS (2011).

Analisando-se o IDH da região, verifica-se que os estados apresentam alto IDH em comparação com as demais regiões brasileiras. Entre 2001 e 2005, o estado de Santa Catarina apresentou o melhor IDH da região sul e do Brasil; no entanto, descumpriu o percentual mínimo de gastos em saúde no período analisado (Tabela 12).

Tabela 12. Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sul, 2000-2005.

Estados	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Paraná	0,795	0,800	0,804	0,808	0,816	0,820
Santa Catarina	0,817	0,825	0,825	0,831	0,833	0,840
Rio Grande do Sul	0,818	0,819	0,824	0,825	0,829	0,832

Fonte: CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Panorama nacional

Em 2000, 62,96% dos estados brasileiros efetuaram gastos em saúde de acordo com o percentual previsto na EC29. No ano de 2002, houve uma significativa queda no percentual de estados que cumpriram a EC29 (44,44%). A partir de 2003, o índice apresenta paulatino incremento, atingindo 70,37% no ano de 2005 (Tabela13).

Tabela 13. Proporção de estados com gastos em saúde em conformidade à previsão da EC29. Brasil, 2000-2005.

Ano	Cumprimento da EC29	Descumprimento da EC29
2000	62,96%	37,04%
2001	51,85%	48,15%
2002	44,44%	55,56%
2003	59,26%	40,74%
2004	66,66%	33,34%
2005	70,37%	29,63%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (2011).

Um indicador de interesse é a análise do IDH médio dos estados que efetuaram gastos em saúde de acordo com a previsão da Emenda Constitucional 29 (Tabela 14).

Tabela 14. IDH médio dos estados segundo cumprimento da EC29. Brasil, 2000-2005.

Ano	Cumprimento da EC29	Descumprimento da EC29
2000	0,749	0,744
2001	0,756	0,752
2002	0,760	0,758
2003	0,763	0,754
2004	0,757	0,779
2005	0,762	0,793

Fonte: Elaboração própria com utilização de dados do SIOPS (2011) e CEPAL/PNUD/OIT (2008).

Entre 2000 e 2002, a média do IDH entre estados que cumpriram ou descumpriram a EC29 apresentava-se bastante próxima. A partir de 2003, no entanto, a diferença eleva-se paulatinamente.

Conclusão

O presente trabalho buscou analisar dados de estados brasileiros em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000, também conhecida como Emenda da Saúde, no período de 2000 a 2005.

A EC29 representa uma evolução na vinculação constitucional do empenho de recursos financeiros à área da saúde. A emenda define o volume de receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos entes federativos que deve ser destinado à realização de ações em saúde, de forma a garantir a operacionalização do Sistema Único de Saúde a partir das necessidades e demandas populacionais (CAMPELLI, 2007).

A comparação entre as regiões brasileiras demonstrou que os estados da região norte apresentam maior frequência no cumprimento dos percentuais mínimos de gastos e saúde estabelecidos na EC29. Por outro lado, os estados da região sul, embora apresentem os melhores índices em termos de desenvolvimento humano no país, demonstraram dificuldades no cumprimento dos parâmetros estipulados pela EC29.

Verificou-se certa tendência dos estados com melhor IDH das regiões em descumprir os padrões de gastos em saúde previstos na emenda. No entanto, há exceções à tendência observada: tanto o Distrito Federal quanto o estado de São Paulo apresentaram significativa adesão à EC29 nos anos em que apresentaram o IDH mais alto de suas respectivas regiões.

É importante ressaltar que há previsão de mecanismos para verificação das despesas com ações e serviços de saúde declaradas pelos entes federativos no âmbito do SIOPS. A Resolução 322/2003 (BRASIL, 2003) define claramente os gastos que devem ser considerados sob a designação de despesas em saúde, cabendo aos Tribunais de Contas dos diferentes níveis de governo a fiscalização dos dados declarados.

Segundo CAMPELLI (2007), no período de 2000 a 2003, alguns estados incluíram gastos considerados alheios à saúde para atingir as metas de aplicação da EC29, tais como despesas com inativos, saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação e hospitais de clientela fechada. Espera-se que o papel dos Tribunais de Contas seja exercido na medida prevista em lei, punindo os estados que forneçam informações falsas para tentar escapar ao monitoramento estabelecido pelo Ministério da Saúde quanto ao cumprimento da EC29.

A Emenda Constitucional 29/2000 busca somente assegurar que o sistema de saúde público brasileiro obtenha os recursos mínimos necessários à operacionalização das ações em saúde no âmbito do SUS. No entanto, dificilmente resolverá os problemas do financiamento

do sistema de saúde público brasileiro. Cabe ao gestor público decidir como os recursos devem ser aplicados, de forma a garantir a plena operacionalização e fortalecimento do SUS para atendimento da população brasileira e consolidação do direito à saúde.

Referências

- BRANDÃO CRC. O poder de tributar: Limitações e o controle difuso de constitucionalidade – Resolução Senatorial. *Boletim Jurídico*, 3(142), 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O financiamento da saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Resolução n. 322, de 08 de maio de 2003*. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 05 de outubro de 1988.
- BRASIL. *Lei 5.172, de 25 de outubro de 1966. Código Tributário Nacional*. Brasília, 1966.
- BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Brasília, 1990a.
- BRASIL. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Brasília, 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual básico*. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- CAMPELLI MGR, CALVO MCM. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23(7):1613-23, 2007.
- CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). *Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do direito humano à saúde*. Passo Fundo: CEAP, 2005.
- COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE/PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO/ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (CEPAL/PNUD/OIT). *Emprego, desenvolvimento humano e trabalho decente: A experiência brasileira recente*. Brasília: CEPAL/PNUD/OIT, 2008.
- COSTA AP. *Breves considerações acerca do poder de tributar do Estado*. Universidade Católica de Salvador, 2011.
- DAIN S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: Uma tentativa de integração. *Ciênc & Saúde Colet*, 12(Supl.):1851-64, 2007.
- DALLARI SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Públ*, 22:57-63, 1988.
- DEJOURS C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saúde Ocup*, 14(54):7-11, 1986.
- FRANÇA JRM, COSTA NR. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Ciênc & Saúde Colet*, 16(1):241-57, 2011.

- GRZYBOVSKI D, HAHN TG. Educação fiscal: Premissa para melhor percepção da questão tributária. *Rev Adm Pública*, 40(5), 2006.
- GUIMARÃES U. *Discurso pronunciado pelo Presidente da Assembléia, Ulysses Guimarães, na Sessão da Assembléia Nacional Constituinte*. Brasília, 27 de julho de 1988.
- HUMENHUK H. O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais. *Jus Navigandi*, 9(227), 2004.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração universal dos direitos humanos*. Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.
- SEN A. *Prefácio*. In: PNUD. *Relatório de Desenvolvimento Humano*. PNUD, 1999.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). *Emenda Constitucional 29/2000 – Dados declarados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- UGÁ MAD, SANTOS IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*, 22(8):1597-1609, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Constitution of the world Health Organization*. New York: WHO, 1946.