



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Escola de Artes, Ciências e Humanidades

**FINANCIAMENTO PÚBLICO NA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS  
GASTOS REALIZADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS  
ENTRE 2000 E 2010**

Natália Rocha Silva  
Nº USP: 7252011

Julho de 2014  
São Paulo



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
Escola de Artes, Ciências e Humanidades

**FINANCIAMENTO PÚBLICO NA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS  
GASTOS REALIZADOS PELOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS  
ENTRE 2000 E 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Escola de Artes, Ciências e  
Humanidades da Universidade de  
São Paulo, sob orientação da Prof<sup>a</sup>.  
Dr<sup>a</sup>. Flávia Mori Sarti.

Julho de 2014  
São Paulo

## **Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso**

**Título: Financiamento Público na saúde: Uma análise dos gastos realizados pelos municípios brasileiros entre 2000 e 2010.**

Autora: Natália Rocha Silva

Ano: 2014

\_\_\_\_\_  
Nota:

Profª.Dra.Flávia Mori Sarti  
Orientadora

\_\_\_\_\_  
Nota:

Participante da Banca de Avaliação

## **Dedicatórias e Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me dado força e sabedoria para trilhar minhas escolhas. Não foi fácil conciliar duas faculdades de uma única vez e mais o estágio, mas para Deus nada é impossível e eu sou prova disso.

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria José Mendes da Silva e João Rocha Silva Filho que sempre investiram na minha educação desde pequena e que motivaram a continuar realizando meus sonhos.

Dedico ao meu irmão Thiago Rocha Silva que me auxiliou em momentos de dúvidas e incertezas.

Dedico ao meu namorado Bruno Igor Rodrigues Domingues que durante esses três anos esteve ao meu lado em todos os momentos e me ajudou em tudo o que eu precisava com muita dedicação e amor.

Agradeço à minha orientadora Flávia Mori Sarti a quem eu tenho muita admiração e que me transmitiu muitos conhecimentos.

Agradeço à Universidade de São Paulo por ter me selecionado para o programa de intercâmbio no exterior e me proporcionado uma experiência única e inesquecível.

Agradeço os meus amigos do curso de Gestão de Políticas Públicas e da minha outra graduação em Ciências Econômicas por terem me dado força para caminhar dia após dia.

## Lista de Gráficos e Tabelas

Tabela 1. Evolução do número e percentual de municípios em cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	31
Tabela 2. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em relação ao percentual de recursos financeiros aplicados em saúde nos municípios brasileiros. Brasil, 2000-2010. ....	32
Tabela 3. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	33
Gráfico 1. Número de municípios em cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	34
Gráfico 2. Percentual de municípios em cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	34
Gráfico 3. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda ( $IDH_{renda}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	35
Gráfico 4. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade ( $IDH_{longevidade}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	36
Gráfico 5. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Educação ( $IDH_{educação}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.....	36
Gráfico 6. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal ( $IDH_{Municipal}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010. ....	37

## Sumário

Tema .....	8
Pergunta.....	9
Justificativa.....	9
Introdução .....	10
Objetivos .....	12
Metodologia.....	13
Sistema Único de Saúde.....	15
Financiamento Público da Saúde.....	21
Emenda Constitucional 29 de 2000.....	25
Financiamento da saúde nos municípios brasileiros .....	30
Resultados .....	31
Conclusão .....	38

## Resumo

O presente trabalho buscou analisar o financiamento em ações e serviços públicos da saúde, especificamente a partir da análise dos resultados dos municípios brasileiros no período de 2000 até 2010. A saúde, segundo a Constituição Federal do Brasil, é “*Direito de todos e dever do Estado*”, a partir disso surge o Sistema Único de Saúde (SUS) que é uma política pública de acesso aos serviços de saúde à população brasileira que visa promover, proteger e recuperar a saúde (BRASIL, 2011). Assim, o estudo da legislação é essencial para entender as práticas de financiamento de uma área reconhecida como um direito fundamental humano. A Emenda Constitucional 29 de 2000 e a Resolução 322, de 08 de maio de 2003, determinam as proporções mínimas de contribuição dos recursos financeiros públicos nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para realização de gastos em saúde. O presente trabalho analisou a distribuição de recursos públicos direcionados para a saúde nos diferentes municípios brasileiros, buscando determinar a ocorrência de cumprimento ou descumprimento das legislações vigentes, assim como a potencial correlação entre desenvolvimento humano local e volume de recursos aplicados no financiamento da saúde.

**Palavras-chaves:** financiamento público da saúde, Sistema Único de Saúde, Emenda Constitucional 29/2000, municípios, políticas públicas de saúde.

## **Abstract**

This study aimed to analyze the financing of action funding and public health services, specifically from the analysis of the results of Brazilian municipalities from 2000 to 2010. Health, according to the Federal Constitution of Brazil, is "*right and duty of the state*", it arises from the Unified Health System is a public policy on access to health services to the Brazilian population that seeks to promote protect and restore health (BRASIL, 2011). Because of this the study of law is essential to understand the financing practices of a recognized as a fundamental human right. Constitutional Amendment 29 of 2000 and Resolution 322 of May 8, 2003, determine the minimum proportions of contribution of public financial resources at all three levels (federal, state and municipal) for conducting health expenditures. This paper examined the distribution of public resources spent on health in different municipalities, seeking to determine the occurrence of compliance or noncompliance with existing laws, as well as the potential correlation between the local human development and volume of resources invested in health financing.

**Keywords:** Public health financing, Health System, Constitutional Amendment 29/2000, municipalities, public health policies.

## **Tema**

Financiamento público na saúde: Uma análise dos gastos realizados pelos municípios brasileiros entre 2000 e 2010.

## **Pergunta**

Qual a proporção de recursos financeiros destinados à saúde nos municípios brasileiros no período de 2000 a 2010, segundo nível de desenvolvimento humano?

## **Justificativa**

O presente trabalho pauta-se no fato de que a saúde no Brasil é considerada um direito fundamental e um dever do Estado, conseqüentemente, torna-se importante a compreensão do financiamento público em saúde. O enfoque do estudo foi baseado na interpretação do papel dos municípios e suas características de desenvolvimento humano no que tange ao volume de recursos repassados ao setor saúde.

## Introdução

A Constituição Federal do Brasil (CF) no artigo 196 mostra que “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. A CF de 1988 é considerada um marco, tendo em vista que explicita a saúde pública como um direito humano fundamental. A partir deste momento o sistema de saúde passa a ser gratuito para os brasileiros, sem exceções. (CONASS, 2011)

O Sistema Único de Saúde (SUS), parte integrante do Ministério da Saúde (MS), é uma política pública que tem como objetivo garantir o acesso dos cidadãos à assistência em saúde de maneira igualitária, além de promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira. (CONASS, 2007)

Sob os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, esta política é resultado tanto mudanças sociais e políticas quanto de um momento histórico favorável que foi a redemocratização do país. (CONASS, 2007)

A implantação do SUS no Brasil tem relação direta com parâmetros de financiamento setorial por nível de governo, estabelecido pelo MS, pois o processo de descentralização das políticas públicas da saúde é amparado pela garantia de repasse de verbas ao seu financiamento, de forma a atuar em prol das demandas da sociedade em nível local.

A história do financiamento público da saúde no Brasil teve início com o Projeto de Lei Complementar (PEC) 169 que garantia em sua redação que um percentual mínimo de aplicação do dinheiro fosse destinado aos estados, municípios e Distrito Federal. (MARQUES, 2005)

A Emenda Constitucional 29 do ano de 2000 visa garantir os recursos financeiros necessários para o financiamento de ações e serviços públicos da saúde. Em seu texto, engloba a participação da União, Distrito Federal, estados e municípios, determinando uma proporção mínima do orçamento público em cada nível de governo que deve ser aplicado na saúde. (CONASS, 2011)

Pode-se entender despesas com ações e serviços públicos aquelas que se relacionam com custeio, com o capital e com o pessoal ativo que tenham relação com programas finalísticos e de apoio e que garanta à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. (CONASS, 2011)

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil possui cerca de 5.561 municípios com uma população aproximada de 169.799.170 milhões de habitantes. Esses dados revelam a importância de se realizar um estudo sobre os municípios.

A base de cálculo para o estabelecimento do mínimo a ser aplicado nos municípios deriva dos impostos municipais, acrescidos de receitas de transferência da União, dos impostos de renda retidos na fonte, das receitas de transferências do Estado e de outras receitas correntes. (CONASS, 2011)

A saúde pode ser entendida como “*completo bem-estar físico, mental e social*”, de acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS). No entanto, é necessária a atuação eficaz da administração pública para viabilizar a apropriada distribuição de recursos ao financiamento da saúde, tendo em vista a busca pela garantia de assistência em saúde de qualidade aos cidadãos.

O presente estudo deve permitir uma interpretação da correlação entre nível de distribuição de recursos públicos municipais repassados ao financiamento da saúde e cumprimento ou descumprimento dos parâmetros estabelecidos pela lei EC 29 nos municípios brasileiros desde 2000 até 2010.

## **Objetivos**

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar o efetivo cumprimento ou descumprimento dos parâmetros legais de financiamento da saúde como proporção do orçamento público nos municípios brasileiros entre 2000 e 2010, conforme estipulado pela Emenda Constitucional 29 de 2000.

Como objetivos específicos têm-se:

- Apresentar a legislação relacionada ao financiamento da saúde no setor público brasileiro;
- Identificar o cumprimento ou o descumprimento da EC29 nos municípios brasileiros entre 2000 e 2010;
- Analisar o nível de recursos aplicado pelos municípios e sua correlação com características de desenvolvimento humano do município.

## Metodologia

O presente trabalho constitui um estudo exploratório descritivo que foi dividido em algumas etapas para possibilitar o levantamento de dados, a construção de indicadores e a análise das informações à luz da legislação vigente.

A primeira etapa foi realização de uma extensiva revisão bibliográfica sobre as operacionalizações e características do Sistema Único de Saúde, sobre o financiamento público da saúde no Brasil, e parâmetros de financiamento estipulados pela Emenda Constitucional 29 do ano 2000. As principais bibliografias utilizadas para estudo foram às encontradas no Conselho Nacional de Saúde (CONASS) bem como a Constituição Federal brasileira.

Em seguida, foi efetuado levantamento de dados municipais referentes ao volume de gastos públicos em saúde entre 2000 e 2010, obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), bem como dados relativos ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada município, disponíveis no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Os dados de IDH estão disponíveis somente nos anos de 2000 e 2010, sendo assim, os dados de 2010 foram utilizados como base do IDH nos municípios em todo o período estudado, tendo em vista a ausência de diferença estatística significativa entre indicadores de ambos os anos.

Posteriormente, os dados foram organizados em um único banco de dados para permitir a análise de correlação entre as variáveis consideradas. Foi construída uma variável binária adicional para cada município, relativa ao cumprimento (1) ou descumprimento (0) da EC29 nos anos analisados. Calculou-se o percentual de municípios que apresentavam cumprimento da EC29 em cada período analisado, de forma a caracterizar a tendência do financiamento público em saúde.

Na etapa seguinte foram incluídos os cálculos das correlações entre IDH municipal IDHM (municipal) e seus três componentes IDHR (renda), IDHL (longevidade) e IDHE (educação) em relação ao percentual aplicado no financiamento da saúde pelo município e ao cumprimento da EC29.

A etapa final compreendeu a síntese dos resultados obtidos em tabelas e construção de gráficos para permitir análise descritiva das variáveis e correlações construídas.

## **Sistema Único de Saúde**

Para contextualizar o Sistema Único de Saúde foram destacados os principais precedentes históricos que ocorreram no Brasil e que de alguma forma contribuíram para o surgimento desta política pública da saúde. Para compreender a história que a saúde pública percorreu no Brasil é necessário analisar o contexto social, político, econômico e cultural. (CONASS, 2007)

No período entre a Proclamação da República e a Primeira República eram as oligarquias lideradas por coronéis que tomavam as decisões, ou seja, o controle ainda era em escala regional com cada um tendo sua autonomia. (SANTOS, 2005)

Em 1891 quando surgiu a Constituição Federal, foi explicitado que os estados seriam os responsáveis pelas questões de saneamento e saúde. Vale ressaltar que essa mudança veio acompanhada de outras como o modo de produção, a presença do autoritarismo e ganhos científicos derivados da Europa. A ausência do Governo Federal, de acordo com Gilberto Hochman, fez com que o país ficasse em uma situação catastrófica. (CONASS, 2007) A partir disso, algumas políticas públicas foram feitas, como por exemplo, a campanha de vacinação e a inspeção sanitária que Oswaldo Cruz teve que fazer na tentativa de combater epidemias. (CEAP, 2005)

Em 1896 foi criado o Departamento Geral da Saúde Pública (DGSP) que possuiu como funções: direcionar os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; fiscalizar o exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre doenças infectocontagiosas; organizar estatística demográficas e sanitárias. Essas medidas foram muito importantes tendo em vista que o nosso país vivia um cenário de proliferação de algumas doenças contagiosas. (CONASS, 2007)

Nesta época o Brasil era dominado pelo poder político e econômico das oligarquias regionais, era agrário e exportador. Uma das grandes preocupações era com as questões sanitárias, para que as mercadorias não fossem afetadas por doenças. A partir disso, o pensamento em torno da saúde pública passou a ser favorecido após a criação do Instituto Soroterápico Federal em 1900, do Instituto Oswaldo Cruz em 1908, da Fundação Oswaldo Cruz em 1970 e do Instituto Butantã em 1901. (CONASS, 2007)

Em 1903 Oswaldo Cruz assume a DGSP e propõe o Código Sanitário, que tinha como objetivo promover a desinfecção além de manter o controle de doenças infecciosas. (LABRA, 1985)

Entre 1902 e 1906 ocorreu a presidência de Rodrigues Alves, em um contexto de aumento populacional e disseminação das doenças. A situação era tão grave que os navios estrangeiros ficavam distante dos portos com receio de contaminação. Diante disso, foi realizado um sanitarismo autoritário no Rio de Janeiro, ou seja, as pessoas foram retiradas de suas moradias na zona central e foram realocadas na periferia. Além disso, foi realizada a vacinação em massa contra a varíola. Porém essa maneira autoritária trouxe reflexos como a Revolta da Vacina, quando a sociedade se mostrou contra a iniciativa de vacinação. (CONASS, 2007)

Em 1918 o presidente Rodrigues Alves morreu de uma pandemia chamada gripe espanhola, foi nesta ocasião que a saúde pública voltou a ter um papel central nas discussões tendo em vista que eram necessárias mudanças urgentes. (CONASS, 2007)

A previdência social no Brasil surgiu com a iniciativa do Deputado Eloy Chaves no ano de 1923, que estipulou as diretrizes das Caixas de Aposentarias e Pensões (CAPs), que era uma maneira que os trabalhadores do setor público tinham de contribuir e em contrapartida passavam a ter, por exemplo, desconto em alguns medicamentos, atendimento médico para os segurados e familiares e aposentadoria. O Estado não era responsável pela contribuição ou administração dessas CAPs. Porém o benefício não se estendia a todos os trabalhadores, por exemplo, somente em 1960 que os trabalhadores rurais tiveram acesso. É possível perceber que uma parcela muito pequena da sociedade passou a ter alcance a este tipo de benefício, ou seja, o direito à saúde era restrito. (CEAP, 2005)

A Revolução de 1930 foi o fato marcante que propiciou o rompimento da Política do “Café com Leite” e deste cenário Getúlio Vargas entrou no poder. Na situação ele instituiu o voto secreto, a anistia política, criou leis trabalhistas, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Foi em 1933 que surgiu o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) o qual servia como instrumento de ampliação da Caixa de Aposentadorias e Pensões. O IAPs garantiu que todos os

profissionais fossem incluídos no sistema de saúde, com exceção dos trabalhadores rurais, profissionais liberais e aqueles que não exerciam função reconhecida pelo Estado. As questões médicas tornaram-se secundárias neste momento, apenas em 1960 que passou a vigorar. (CONASS, 2007)

Vale destacar que o Estado passou a participar da administração e do financiamento. Foi desta maneira que o sistema público de previdência social teve seu início no Brasil. (CEAP, 2005)

Em 1937 os departamentos estaduais de saúde passaram à intervenção do federal, período esse que foi marcado pelas criações de leis, normas e códigos que visavam organizar atividades a saúde nos estados, acompanhando o governo central. Em 1940 surge a Secretaria Estadual de Saúde que passou a desempenhar funções favoráveis para área. (CONASS, 2007)

Com a Constituição de 1946 o país passou a ter uma estrutura mais centralizada na área da saúde, conseqüentemente foi possível implantar campanhas e ações sanitárias em um contexto democrático. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS), que ampliava as preocupações dos governos estaduais com a saúde. No ano de 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) cujo principal foco era combater as maiores endemias que afetavam o Brasil, tendo em vista que neste momento ainda tinha uma população predominantemente rural. (CONASS, 2007)

Em 1960 começa a ser conduzido no Governo Federal um planejamento global em saúde, tendo em vista que ocorreu a ampliação do discurso dos sanitaristas. Esse planejamento relatava as reais necessidades da época em relação à saúde, o que resultou que em 1961 foi formulada a Política Nacional de Saúde. Em 26 de Agosto de 1960 foi sancionada a Lei nº 3.807 pelo Presidente Juscelino Kubitschek, na qual as instituições passaram a ser constituídas como serviço público descentralizado da União. (CONASS, 2007)

Em 1963 ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde (CNS) iniciada pelo governo João Goulart, a CNS visava reordenar os serviços de assistência médico-sanitária e municipalizar a saúde. (CONASS, 2007) Em 1966 houve a unificação entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões com o Instituto Nacional de Previdência Social, isso resultou na padronização dos institutos no que tange aos benefícios prestados à sociedade. (LIMA, 2002)

Em seguida vigorou o Regime Militar que promoveu uma política social restrita. Já por volta dos anos 70 foi feito o II Plano Nacional de Desenvolvimento que tinha como objetivo priorizar questões da educação, saúde e infraestrutura, tendo em vista que o Regime Militar não colaborou de maneira adequada para esses setores, já que não existia diálogo com a população. Foi criado em 1974 o Conselho de Desenvolvimento para colaborar com as demandas que estava surgindo. A partir disso, muitas conquistas foram estabelecidas como a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o Plano de Pronta Ação (PPA), o Sistema Nacional de Saúde (SNS), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS). Todos esses resultados foram ganhos pelos reformistas que lutavam em prol do direito à saúde. (CEAP, 2005)

No governo de João Batista Figueiredo , em 1980, foi consolidado o período de abertura democrática, na ocasião ocorreu a anistia e o surgimento de movimentos redemocráticos e contextualizou a Nova República. (CONASS, 2007)

Nesta década alguns resultados começaram a aparecer decorrentes das conquistas estabelecidas anteriormente. A primeira ação foi o acontecimento da VII Conferência Nacional de Saúde que tratou de questões como a ampliação do PIASS e explicitou a necessidade de uma rede de serviços básicos da saúde. Mas a luta por melhorias e ampliação das condições continuou, surgiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciário (CONASP) com intuito de manter um canal de controle. Este conselho conseguiu relatar a existência de algumas fraudes, dinheiro mal empregado e ineficiente, na tentativa de reparar este contexto, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). O PAIS teve bastante destaque, porque além de universalizar o direito à saúde ele conseguiu integrar os serviços públicos desta área. Este foi um passo inicial para avançar rumo à reforma deste setor. (VENÂNCIO, 2005)

Em 1983 foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), como uma estratégia descentralizadora da saúde, cujo objetivo era o de fortalecer a

rede básica ambulatorial. Foi neste período que os estados e municípios passaram a exigir que fosse feito o convênio da AIS para as secretarias estaduais e municipais, desta maneira, teriam condições de atender melhor a população, além de aumentarem seus orçamentos e deixarem a herança campanhista no passado.

As Conferências Nacionais da Saúde tiveram sua origem na lei nº 378, de 13 de Janeiro de 1937, promulgada por Getúlio Vargas. Inicialmente o objetivo delas era realizar um diagnóstico em relação às ações na área da saúde, harmonizando com as medidas e normas que seriam as possíveis soluções. (CONASS, 2007)

A partir da VIII Conferência o movimento em prol da saúde passou a ter visibilidade política, chegando a contar com a participação de usuários da saúde. Foi nesta mesma Conferência que a Reforma Sanitária passou a ser definida como: “*resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde*”; saúde como “*direito da cidadania e dever do Estado*” e regido pelos princípios “*universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade*”. (CONASS, 2007) Ou seja, foi estabelecida a universalização da saúde com o objetivo de garantir o direito. Após isso a ideia de promoção, proteção e recuperação da saúde entrou em pauta e passou a ser aprovada a criação do sistema único de saúde desvinculado com a previdência social.

Houve o estabelecimento em 1987 do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), que é considerado base para o Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro resultado do sistema foi ganhar maior autonomia para os estados. (VENÂNCIO, 2005)

Foi no contexto da Nova República que o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser criado, com o apoio do Conselho Nacional da Secretaria da Saúde (CONNAS), tendo em vista que a sociedade vivia um momento de redemocratização e passou a demandar mudanças sociais e políticas em torno da saúde. (CONASS, 2007)

Em 1987 ocorreu a Assembléia Nacional Constituinte cujo resultado foi colocar em pauta diversas propostas em relação à saúde e que culminou na aprovação na Constituição Federal de 1988 na criação do SUS. Foi nesta

situação que a saúde foi instituída como um direito de todos e dever do Estado. (CONASS, 2007)

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, mediante a denominada Lei Orgânica 8.080/90 que enfoca a questão da promoção, proteção e recuperação da saúde. No mesmo ano também ocorreu a Lei 8.142 afirmando a participação social no SUS. (CEAP, 2005)

## Financiamento Público da Saúde

Antes da implementação do Sistema Único de Saúde o repasse de recursos era feito em duas instâncias, sendo a primeira no setor previdenciário, assistência social e médico-hospitalar, e a segunda que compunha o orçamento fiscal, nesta situação os programas do Ministério da Saúde tinham que concorrer com diversos outros setores para poder ter o financiamento. (BRASIL, 2011)

Nesta época as principais demandas estaduais e municipais eram pautadas no interesse de que os serviços deveriam ser com qualidade, para isso era necessário remunerar os profissionais e os prestadores de serviços, deixando em segundo plano as melhorias em edificações e equipagens. O resultado deste cenário foi o surgimento da Emenda Constitucional 29 de 2000, derivada dessas reivindicações feitas pelos movimentos sociais e agentes da saúde. (CONASS, 2011)

O SUS é considerado um marco para a sociedade no que tange à conquista de direitos, pois é uma política pública que garante o acesso à saúde para todos os cidadãos de maneira gratuita e integral. O financiamento público ganha destaque por tentar alocar recursos de maneira equilibrada em uma sociedade tão desigual quanto à brasileira, visando garantir a universalidade e a integralidade. (CONASS, 2011)

O financiamento das ações e serviços é importante tanto pela questão social envolvida quanto pela participação que possui na economia. No Brasil, os principais problemas além da saúde pública são desemprego, situação financeira e violência, nesta ordem de importância. No que se refere ao Governo Federal somente o setor da previdência apresenta gastos superiores do que os da saúde. (CONASS, 2011)

Com a Constituição Federal de 1988 ocorreram mudanças na ordem tributária através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e do Plano Plurianual (PPA), a seguridade social passou a ter seu próprio orçamento proveniente, principalmente, das contribuições. (CONASS, 2011)

Houve uma mudança na ordem fiscal, que passou a favorecer os municípios em detrimento da União. *“Em meados da década de 1970, mais de*

*68% da receita tributária disponível ficava com a União. Aos estados e municípios cabiam, respectivamente, 23,3% e 8,6%. Em 1993, ao fim da implantação gradual da reforma, esses percentuais ficaram em 57,8% para União, 26,4% para os estados e 15,8% aos municípios.”* (ARAÚJO, 2006) Essa diferença na repartição de recursos destinados à União ocorreu pela existência dos tributos, como o imposto de renda e imposto sob produto industrializado. (CONASS, 2011)

As criações da LDO e do PPA representam as principais ferramentas para as finanças públicas e governamentais, o Plano Plurianual age de forma regionalizada estabelecendo as diretrizes, objetivos e metas da administração pública, enquanto que a Lei de Diretrizes Orçamentárias orienta a elaboração do orçamento fiscal, da seguridade social e de investimento das empresas estatais, levando em consideração o que foi estabelecido pelo PPA. (CONASS, 2011)

O sistema de saúde brasileiro em 1950 representava cerca de 1% do PIB enquanto que em 1980 passou para 4,5% do PIB, porém houve momentos de comprometimento como quando se tinha inflação, baixo crescimento da economia e crescimento dos gastos em aposentaria. Com a criação do SUS em 1990, o financiamento passou a ter um papel central na questão da saúde, tendo em vista que passou a ser algo universal. (CONASS, 2011)

O SUS pode ser considerado a principal política de inclusão social da história contemporânea, o momento de seu surgimento coincidiu com um momento de agravamento fiscal. O processo de vinculação de recursos para o SUS começou em meados de 1986, através da Comissão Nacional de Reformas Sanitárias (CNRS), que almejava que 10% do PIB fossem destinados à saúde. Existiram algumas leis que tentaram estabelecer essa vinculação como: Lei nº 7.800/89, Lei nº 8.074/90 e Lei nº 8.211/91, no entanto o percentual estabelecido só poderia ser alcançado se fossem incluídos os gastos com saneamento básico, apoio nutricional, hospitais universitários, saúde escolar, merenda escolar, assistência médica e odontológica para servidores da União, além de encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde. (CONASS, 2011)

A conquista do SUS significa não só uma política da saúde, mas também um marco social porque, de acordo com a CF de 1988, é universal e tem como

principal objetivo a inclusão. Porém em alguns momentos da nossa história existiram antagonismos entre o crescimento dessa política e as condições financeiras. Primeiro houve o impasse entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda, por acusações de ineficiência administrativa. Em seguida, a atenção médica na Previdência Social esteve condicionada à disponibilidade de recursos após atender despesas com pensões e aposentadorias. Depois, em meados dos anos 1990 ocorreu um contexto em que o trabalho formal entrou em crise e os recursos derivados da folha de pagamentos já não eram mais suficientes para arcar com os benefícios. Outra situação foi o envelhecimento da população e a necessidade de incorporar novas tecnologias médicas (aumento dos gastos na saúde). A judicialização da saúde é o quinto exemplo de demanda por despesas setoriais. Esses exemplos demonstram que o financiamento da área da saúde teve alguns impasses com a maneira pela qual a política tinha a necessidade de destinar suas demandas. (BRASIL, 2011)

O ponto de partida relacionado com a EC29 de 2000 ocorreu com a primeira proposta estabelecida pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, com a consolidação da PEC 169-A, que visava afastar os recursos da contribuição sobre a folha do financiamento da saúde. Após isso ficou estabelecido no artigo 198 da Constituição Federal que *“A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõe o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita de impostos. Os estados e municípios e Distrito Federal aplicarão anualmente, na implantação do Sistema Único de Saúde, nunca menos que dez por cento das receitas resultantes de impostos”*. (CONASS, 2011)

O deputado José Aristodemo Pinotti apresentou a proposta que a saúde pública fosse financiada com 5% do PIB do ano anterior. O segundo PEC 82-A feita pelo deputado Carlos Mosconi, explicitava que a vinculação dos recursos financeiros para saúde fosse pela Cofins e pela CSLL. (CONASS, 2011)

No II Encontro Nacional de Conselheiros da Saúde, foi estabelecido pelo ministro José Serra que fosse destinado 30% das contribuições sociais para saúde, sem especializar fontes. Isso refletiu na participação dos estados e

municípios, entre 1999 e 2003, que passaria de 8% a 12% e de 11% a 15% da receita própria de impostos e transferências. (MARQUES, 2005)

O Projeto de Lei Complementar nº 1/2003 ocorreu sob iniciativa do deputado Roberto Gouveia que estabeleceu que destinasse à saúde de 10% das receitas correntes brutas que compõem o orçamento fiscal e da seguridade social. Foi aprovado no dia 31 de Outubro de 2007 e recebeu uma nova numeração, PLC nº 89 de 2007. (CONASS, 2011)

O Projeto de Lei do Senado – Complementar nº 121/2007 sob autoria do Senador Tião Viana, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos da saúde por Estados, Distrito Federal, Municípios e União. (CONASS, 2011)

O PLS nº 121/2007 na Câmara dos Deputados (Projeto de Lei Complementar PLP nº 306/2008) sob autoria do deputado Rafael Guerra, o projeto foi aprovado em 14 de Maio de 2008. O texto explicita que os municípios devem aplicar o montante mínimo de 15% da arrecadação dos impostos referidos nos artigos 156, 158 e 159. Os municípios que não cumprirem devem atingir no próximo exercício reduzindo a diferença à razão de um quarto por ano. (CONASS, 2011)

Vale ressaltar que desde a VIII Conferência Nacional da Saúde, foi colocada na pauta a necessidade de ocorrer uma vinculação de recursos para o SUS. Na década de 1990 alguns resultados foram alcançados, inicialmente com o PEC 169 e com o artigo 198 da CF. O PEC conseguiu assegurar em sua redação que um percentual mínimo de aplicação ocorresse nos estados, municípios e Distrito Federal. Depois disso, a participação dos estados e municípios iria evoluir de acordo com os repasses entre 1999 e 2003 foram entre 8% e 12% e 11% e 15%, respectivamente. (MARQUES, 2005)

## **Emenda Constitucional 29 de 2000**

A Emenda Constitucional 29 foi implementada em 13 de Setembro de 2000 e tem como objetivo o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo os recursos mínimos para as três esferas de governo, derivadas da aplicação de percentuais das receitas. (CONASS, 2011)

As despesas em ações e serviços de saúde podem ser entendidas como aquelas que se relacionam com custeio, com o capital e com o pessoal ativo que tenham relação com programas finalísticos que seguem os seguintes critérios: que sejam relacionados com o acesso universal, gratuito e igualitário; que sigam as metas e objetivos dos planos de saúde dos entes federativos; que seja de responsabilidade do setor da saúde; essas despesas deverão ser financiadas através do Fundo de Saúde. (CONASS, 2011)

Além disso, as ações e serviços públicos devem garantir à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo: vigilância epidemiológica e controle de doenças; vigilância sanitária; vigilância nutricional; educação para saúde; saúde do trabalhador; assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; assistência farmacêutica; atenção a saúde do povo indígena; capacitação de recursos humanos do SUS; pesquisa e desenvolvimento científico da área da saúde; produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos; saneamento básico e do meio ambiente; serviço de saúde penitenciário; atenção especial aos portadores de deficiência e ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS. (CONASS, 2011)

Vale ressaltar que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não considera como despesas em ações e serviços públicos: pagamento de aposentadoria e pensão; assistência à saúde que não atenda aos princípios da universalidade; merenda escolar; saneamento básico; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos; preservação e correção do meio ambiente; ações de assistência social desvinculadas do SUS; ações e serviços com custeio diferente do estabelecido na base de cálculos dos estados e municípios. (CONASS, 2011)

A Emenda Constitucional 29 de 2000 é uma maneira de assegurar a participação entre a União, os estados, municípios e Distrito Federal no

financiamento da saúde. Foram estabelecidos percentuais mínimos das receitas a serem aplicados, na tentativa de garantir estabilidade na aplicação dos recursos desta área. Para a União, os recursos são vinculados ao Produto Interno Bruto. Destacando que os estados, municípios e Distrito Federal que não cumprirem o mínimo estabelecido na EC29 estão sujeitos a sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal. (BRASIL, 2011)

Neste contexto a União pode intervir nos estados e Distrito Federal, e os estados nos municípios caso não seja repassada a quantia mínima. Os municípios podem cobrar progressivamente o IPTU em função do valor do imóvel, podem condicionar a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados para atender a emenda, além de permitir à vinculação de receita de impostos para ações e serviços da saúde e, finalmente, seguir a determinação do artigo 198 da CF que sejam aplicados recursos mínimos. (CONASS, 2011)

No caso dos municípios, a EC29 vai se relacionar com a quantidade de impostos arrecadados, sendo que os resultados serão reavaliadas no intervalo de cinco anos. A Emenda vai estabelecer que os recursos sejam correspondentes a 15% das arrecadações de impostos e dos recursos de transferências constitucionais, vale destacar que em relação aos primeiros anos de implementação da EC29 os municípios que aplicaram menos que o previsto podiam elevar progressivamente suas aplicações até 2004. Também foi estabelecido que a partir do ano 2000 as aplicações de estados, Distrito Federal e municípios seriam de, no mínimo, 7%, obrigando a aplicação pelos municípios de no mínimo 15% dos recursos federais e determinando que os recursos sejam aplicados por meio dos Fundos de Saúde, sob fiscalização dos Conselhos de Saúde. (CONASS, 2011)

O processo de regulamentação da Emenda Constitucional 29 foi necessário para orientar os Tribunais de Contas no que tange a fiscalização. Ocorreu o Projeto de Lei Complementar nº1/2003 sob iniciativa do Deputado Roberto Gouveia que destacava a necessidade da participação mínima anual das três esferas de governo no financiamento do SUS. Depois surgiu o Projeto de Lei Complementar do Senado nº 121/2007 de autoria do senador Tião Viana que *“dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estados, Distrito Federal, municípios e União em ações e serviços públicos de*

saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferência para a saúde nas três esferas de governo.” Após a aprovação dos dois Projetos de Lei, ficou estabelecido que os estados e municípios continuassem aplicando respectivamente 12% e 15% da arrecadação dos impostos estabelecidos. (BRASIL, 2011)

A EC29 foi instituída no dia 13 de Setembro do ano 2000, porém a regulamentação demorou um tempo, e isso dificultou a definição precisa a cerca das ações e serviços que competiam a ela, além de reduzir a quantidade de recursos dessa área. (CONASS, 2011)

O financiamento da saúde ocorre através do repasse de recursos da União para estados, Distrito Federal e municípios, de acordo com as atividades que cada um realiza. O processo ocorre de maneira regular e automático, ou seja, o pagamento é feito do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, para pagar por serviços contratados e beneficiários. A transferência de recursos deve estar relacionada com a *“Atenção básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e dos Municípios não habilitados, quando realizadas por estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema Estadual”* e na *“Assistência de média e alta complexidade realizada por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual.”* A remuneração por serviços produzidos é um tipo de transferência direta que é feita aos prestadores de serviços do SUS nos estados e municípios que estejam habilitados na Gestão Plena de Sistema. Os convênios são destinados às ações e programas que possuem responsabilidades mútuas entre o órgão que concedeu o serviço e o conveniado. (BRASIL, 2011)

Foi através da Resolução nº 322/2003 que foi estabelecida a base de cálculo para a definição dos recursos mínimos. O limite mínimo para aplicação de recursos para União refere-se ao valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de 5%, essa regra valeu para o primeiro ano em que a EC29 entrou em vigor. Para os anos seguintes, estabelecia que o valor anual a ser aplicado fosse o apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Para estados, distrito federal e municípios o repasse foi de 7% mínimo da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais legais, isso foi válido para o primeiro ano de EC29.

Para os seguintes, foi acrescido um quinto deste percentual, chegando em 2004 a atingir 12% para estados e 15% para municípios. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde no Ministério da Saúde (Siops) é o responsável pelo acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento da Emenda Constitucional 29 do ano 2000. (BRASIL, 2011)

O esquema a seguir extraído do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) do ano de 2011 revela como é a base de cálculo vigente nos municípios brasileiros:

<b>Base de Cálculo na definição do mínimo aplicado nos municípios brasileiros</b>
<b>Total das Receitas de Impostos Municipais (ISS, IPTU, ITBI)</b>
<b>(+) Receitas de Transferências da União</b>
> Quota - Parte do FPM
> Quota - Parte do ITR
> Quota - Parte da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)
<b>(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF</b>
<b>(+) Receitas de Transferências do Estado</b>
> Quota - Parte do ICMS
> Quota - Parte do IPVA
> Quota - Parte do IPI - Exportações
<b>(+) Outras Receitas Correntes</b>
> Receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correções
<b>(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal</b>

A base de cálculo para definir a quantia mínima a ser aplicada nos municípios deriva do total das receitas de impostos municipais, acrescido de receitas de transferência da União, dos impostos de renda retidos na fonte, das receitas de transferências do Estado, de outras receitas correntes, o que deriva a receita própria do município. (CONASS, 2011)

A fiscalização e o controle da aplicação dos referidos recursos em ações e serviços públicos cabe ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos

em Saúde do Ministério da Saúde (Siops), esses dados estão disponíveis para que qualquer cidadão tenha acesso. (CONASS, 2011)

Com a EC29 em vigor os resultados começaram a aparecer logo no ano seguinte após sua implantação, quando houve um crescimento de 10% dos gastos em saúde, e entre 2000 e 2004 foram de 35%. Revelando uma gradual importância da participação da saúde na pauta brasileira. (CONASS, 2011)

## **Financiamento da saúde nos municípios brasileiros**

Conforme a Constituição Federal brasileira de 1988 o financiamento da saúde tinha a maior parte de seus recursos direcionados para o poder federal, propiciando que algumas políticas públicas fossem priorizadas em detrimento de outras, mesmo que não refletissem na real demanda local. Por este motivo, alguns anos depois houve a necessidade de se repensar nas questões mais peculiares desta divisão de recursos. (BRASIL, 2007)

A organização do Sistema Único de Saúde passou a ser descentralizada por volta de 1990, garantindo aos municípios uma maior autonomia nas decisões relacionadas ao financiamento da saúde. Entre 1994 e 2001 a participação dos entes subnacionais era de 21,3%, segundo a Norma Operacional Básica SUS 01/93. Ou seja, com isso os municípios passariam a ter a possibilidade de implementar projetos da área levando em conta as peculiaridades locais. (BRASIL, 2007)

Atualmente é possível notar que os municípios têm conseguido respeitar os limites estabelecidos pela EC29, segundo o SIOPS/MS *“no ano 2000 o percentual médio destinado à saúde foi de 13,64% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Em 2001, esse percentual passou para 14,71%; em 2002, atingiu 15,97%; e, em 2003, 17,58%.”*, revelando a importância que eles passaram a ter no direcionamento dos recursos. (BRASIL, 2011)

Conforme os dados dispostos nota-se que a quantidade de recursos destinada aos municípios progressivamente cresce, e isso pode ser entendido como reflexo de uma demanda que se concentra primordialmente no âmbito local. Ainda temos um sistema deficiente que nem sempre atende as necessidades populacionais de maneira adequada, porém com uma maior autonomia municipal este cenário pode ir mudando aos poucos.

## Resultados

No Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) estão disponibilizados os dados referentes ao volume de gastos na saúde para cada município brasileiro entre os anos de 2000 a 2010. Partindo disso foi construído um banco de dados no qual foi possível fazer o estudo sobre o cumprimento e descumprimento da EC29 tendo em vista que a mesma estabelece uma quantia mínima de gastos para os municípios.

Os dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 de 2000 nos municípios brasileiros revelam que nos dez primeiros anos de sua existência houve uma gradual elevação do percentual investido na saúde, à exceção de 2001(Tabela 1).

**Tabela 1. Evolução do número e percentual de municípios em cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**

Ano	Municípios em cumprimento da EC29	
	Número	Percentual
2000	4.578	83,16%
2001	3.564	64,74%
2002	4.185	76,02%
2003	4.611	83,76%
2004	4.604	83,63%
2005	5.284	95,99%
2006	5.423	98,51%
2007	5.408	98,24%
2008	5.384	97,80%
2009	5.437	98,76%
2010	5.331	96,84%

Em seguida foram extraídos os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no PNUD relativo ao ano de 2010 para calcular se houve o cumprimento efetivo dos municípios em relação ao mínimo estabelecido na EC29. A partir disso foi possível realizar os cálculos referentes às correlações

entre IDH municipal (IDHM) e seus três componentes IDHR (renda), IDHL (longevidade) e IDHE (educação) em relação ao percentual aplicado no financiamento da saúde pelo município e ao cumprimento da EC29.

A tabela abaixo mostra que no decorrer dos dez anos estudados houve picos de crescimento e decréscimo do Índice de Desenvolvimento Humano e seus componentes.

**Tabela 2. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em relação ao percentual de recursos financeiros aplicados em saúde nos municípios brasileiros. Brasil, 2000-2010.**

Ano	IDH <sub>Municipal</sub>	IDH <sub>renda</sub>	IDH <sub>longevidade</sub>	IDH <sub>educação</sub>
2000	0,046374	0,050724	0,036555	0,041498
2001	0,008128	0,014374	0,012714	-0,004005
2002	0,017624	0,028085	0,009215	0,010858
2003	0,036227	0,046407	0,033734	0,020658
2004	0,000564	0,002715	0,000371	-0,001431
2005	0,008480	-0,017605	-0,029505	0,038677
2006	-0,043209	-0,072845	-0,075959	-0,005733
2007	0,033399	0,011967	0,005654	0,053754
2008	0,024774	0,004481	0,010943	0,039953
2009	0,104110	0,085310	0,076672	0,111860
2010	0,131339	0,105184	0,100888	0,142992

Os estudos do Índice de Desenvolvimento Humano e o percentual de recursos financeiros aplicados revelam que nos dez anos estudados a correlação do IDHM houve um gradual crescimento, chegando a um pico positivo em 2010 e um negativo em 2006. A correlação IDHrenda apresentou um aumento gradual no período estudado, destacando positivamente em 2010 e negativamente em 2006. A correlação IDH longevidade também teve uma elevação contínua dos seus índices, exceto nos anos 2005 e 2006. Por fim, a correlação IDH educação mostra uma elevação gradual, com o maior índice em 2010 e menor em 2006. Isso traduz que a correlação entre o Índice de Desenvolvimento Municipal e seus componentes com os recursos financeiros

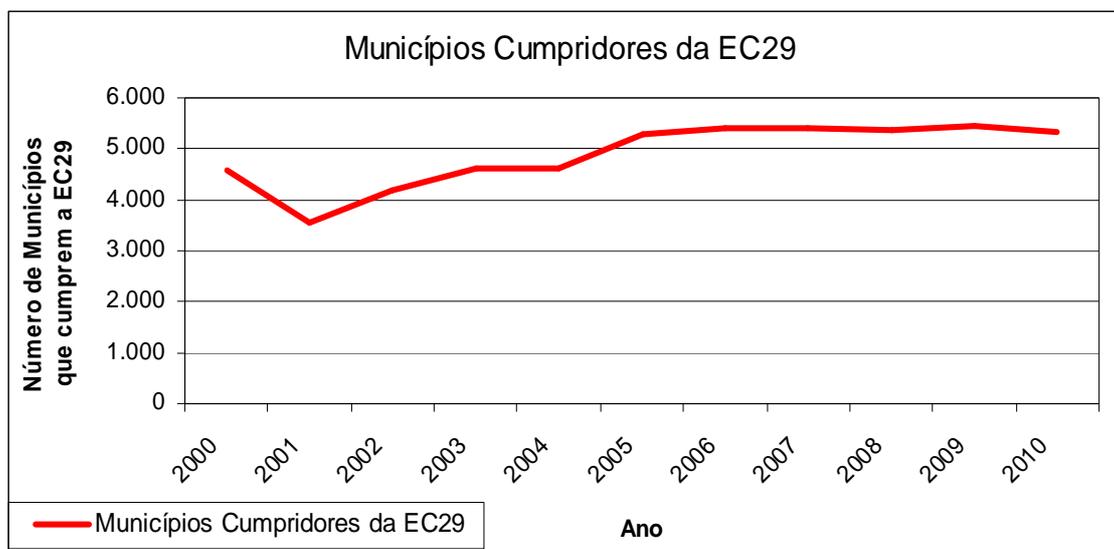
aplicados, de uma maneira geral, cresceram, mas vale ressaltar que os dados oscilaram.

**Tabela 3. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**

Ano	IDH <sub>Municipal</sub>	IDH <sub>renda</sub>	IDH <sub>longevidade</sub>	IDH <sub>educação</sub>
2000	0,152991	0,158593	0,141374	0,127402
2001	0,020969	0,026515	0,027550	0,005273
2002	0,082483	0,095971	0,075859	0,058125
2003	0,111826	0,118662	0,101627	0,091937
2004	0,111158	0,107955	0,104982	0,098328
2005	0,051385	0,051893	0,036370	0,048790
2006	0,066777	0,054445	0,031644	0,076476
2007	0,080320	0,071228	0,063329	0,080484
2008	0,117509	0,116346	0,096395	0,107606
2009	0,108899	0,110595	0,091425	0,096000
2010	0,152660	0,153776	0,131969	0,135247

Os estudos do Índice de Desenvolvimento Humano e da Emenda Constitucional 29 revelam que nos dez anos estudados na correlação do IDH municipal e o cumprimento da EC29 houve um gradual crescimento, com um pico positivo em 2010 e de menor crescimento em 2001. A correlação IDH renda apresentou um aumento gradual no período estudado, destacando positivamente em 2010 e com menos destaque em 2001. A correlação IDH longevidade também teve uma elevação contínua dos seus índices, exceto nos anos 2001, 2005 e 2006. Por fim, a correlação IDH educação mostra uma elevação gradual, com o maior índice em 2010 e menor em 2001. Isso traduz que a correlação entre o Índice de Desenvolvimento Municipal e seus componentes com os dados referentes ao cumprimento da EC29 oscilam.

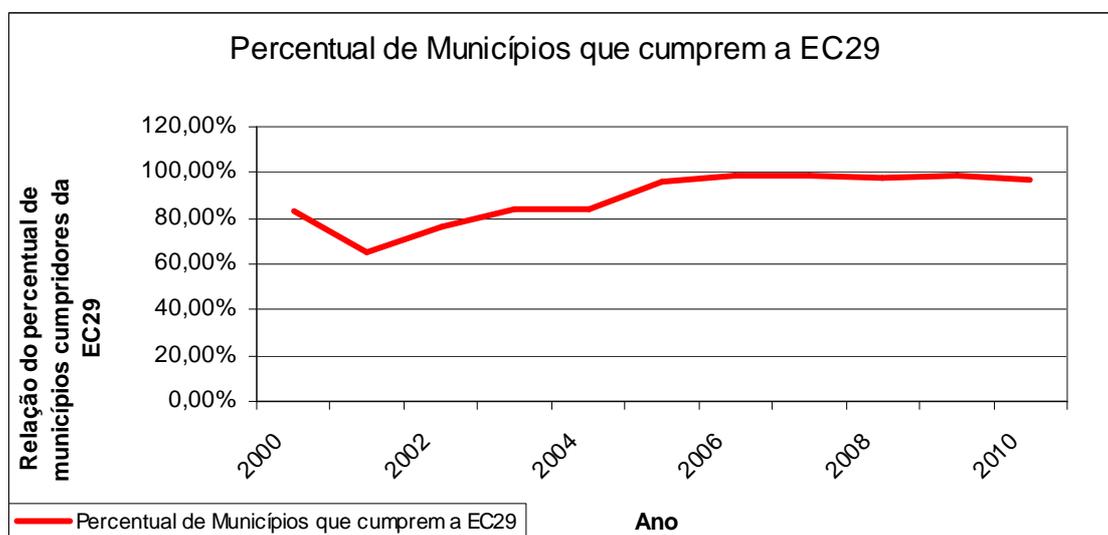
**Gráfico 1. Número de municípios em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



Para obter as informações explicitadas no gráfico 1 foi necessário recolher os dados do percentual de recursos gastos na área da saúde nos municípios brasileiros através do site SIOPS e relacionar com o cumprimento da EC29.

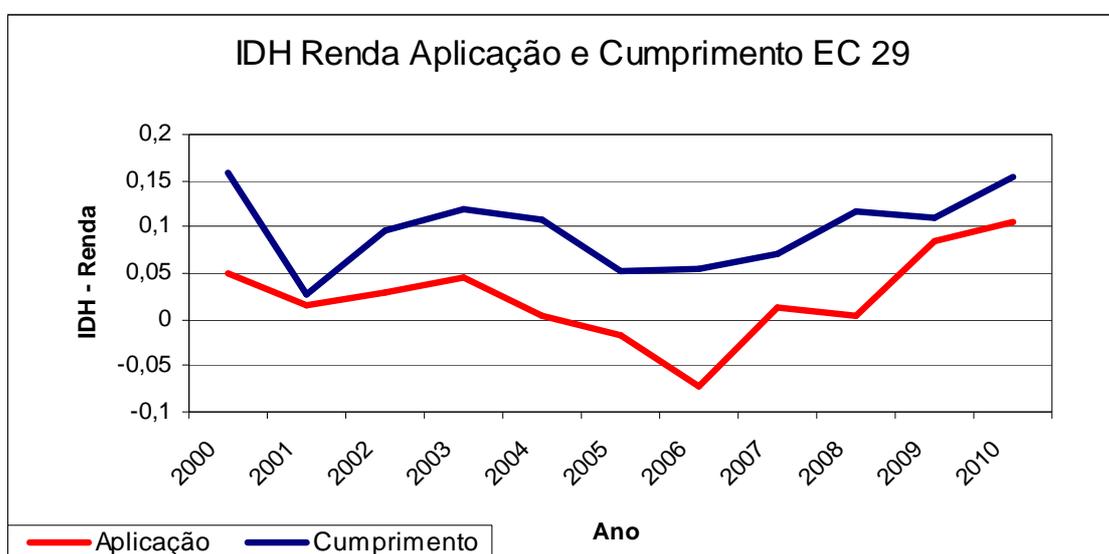
O gráfico 1 revela a quantidade de municípios brasileiros que cumprem a Emenda Constitucional 29 entre os anos 2000 até 2010. Pode-se notar que conforme os anos foram passando a quantidade de municípios que aderiu foi, de maneira geral, aumentando.

**Gráfico 2. Percentual de municípios em cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



Para obter as informações disponíveis neste gráfico foi necessário utilizar os dados do gráfico 1 e passar para termos percentuais. O gráfico mostra o percentual de municípios brasileiro que cumprem a Emenda Constitucional 29. De uma maneira geral, é possível notar que apresenta um comportamento crescente, pois cada vez mais os municípios tendem a cumprir o patamar mínimo de recursos que devem ser repassados para ações e serviços da saúde.

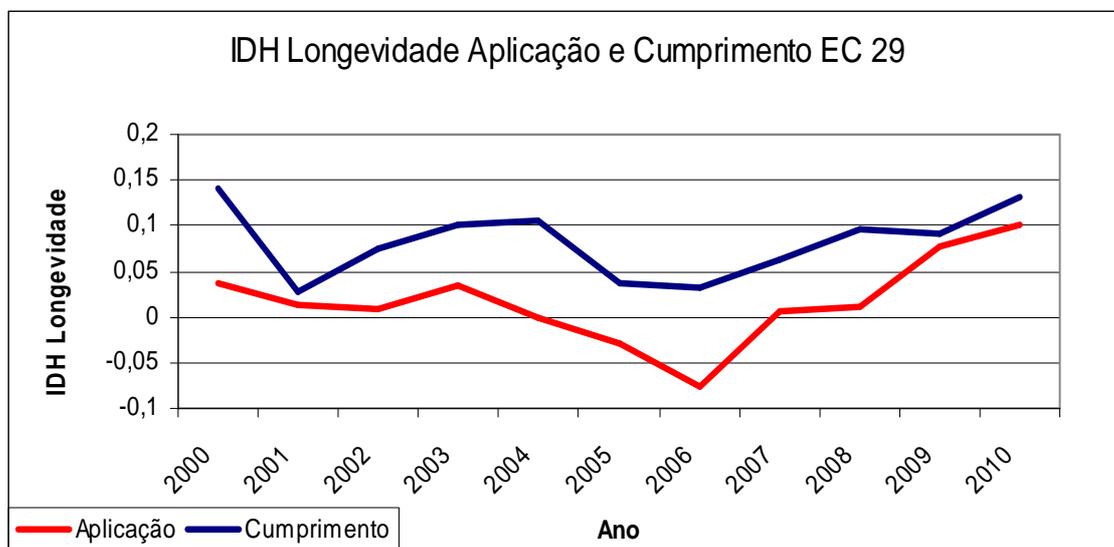
**Gráfico 3. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda ( $IDH_{renda}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



O gráfico 3 foi obtido através da relação entre o IDH renda com o cumprimento da EC29 e com a aplicação de recursos financeiros. Percebe-se que em ambas as situações predominam um comportamento crescente. A quantidade de municípios que cumprem a EC29 no quesito renda aumenta mais do que a efetiva aplicação dos recursos repassados no período entre os anos 2000 e 2010.

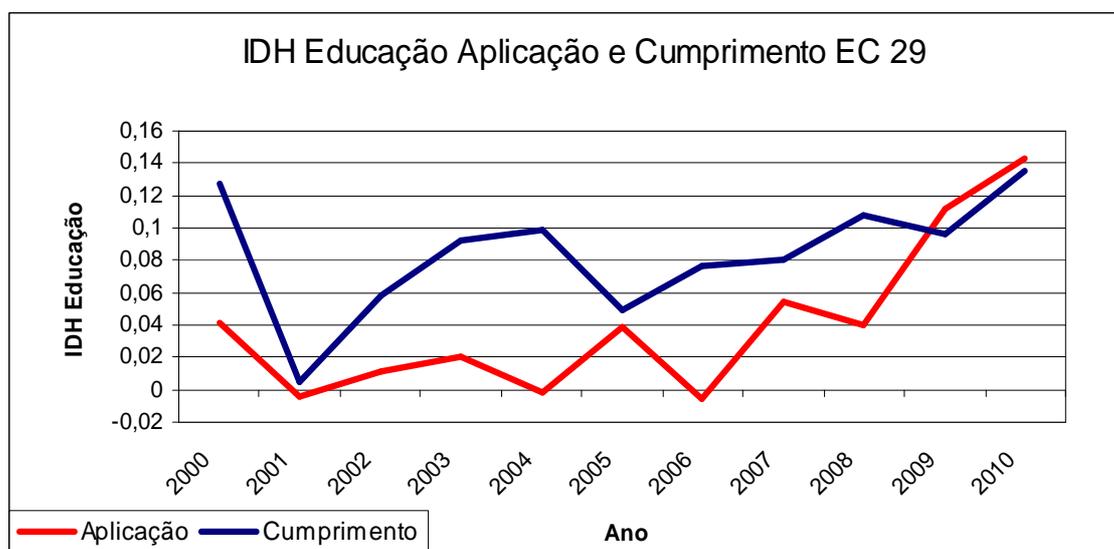
O gráfico 4 mostra as correlações entre o IDH longevidade e a aplicação de recursos financeiros e também o IDH longevidade e o cumprimento da EC29.

**Gráfico 4. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade ( $IDH_{\text{longevidade}}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



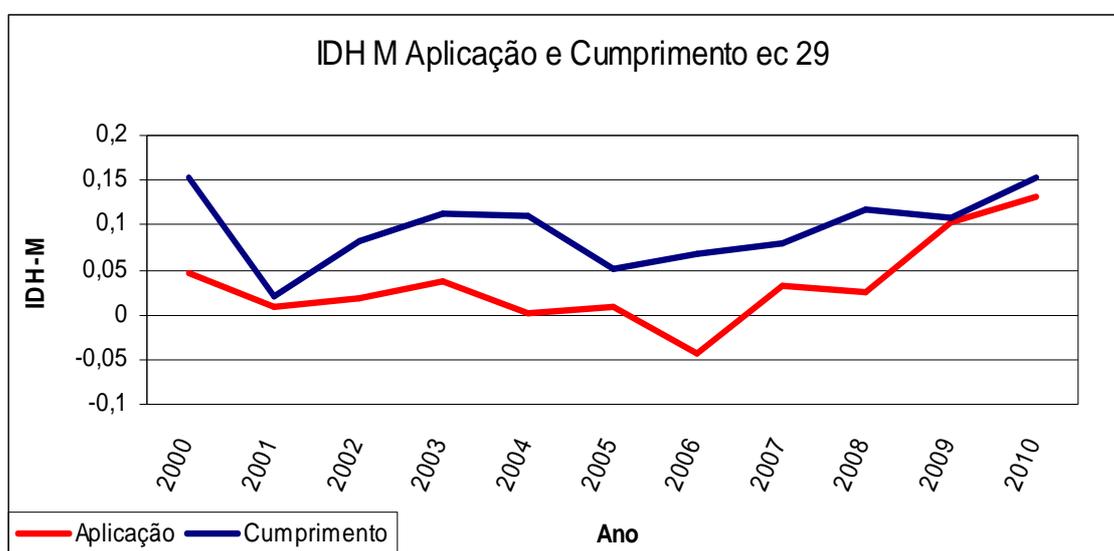
Percebe-se que em ambas as situações predominam um comportamento crescente. A quantidade de municípios que cumprem a EC29 no quesito longevidade aumenta mais do que a efetiva aplicação dos recursos repassados no período entre os anos 2000 e 2010.

**Gráfico 5. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Educação ( $IDH_{\text{educação}}$ ), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



O gráfico 5 mostra as correlações entre o IDH educação com a aplicação de recursos financeiros e com o cumprimento da EC29. Percebe-se que em ambas as situações predominam um comportamento crescente. A quantidade de municípios que cumprem a EC29 no quesito educação aumenta mais do que a efetiva aplicação dos recursos repassados no período entre 2000 e 2009, à exceção do período entre 2009 e 2010.

**Gráfico 6. Correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH<sub>Municipal</sub>), aplicação e cumprimento da Emenda Constitucional 29. Brasil, 2000-2010.**



O gráfico 6 mostra as correlações entre o IDH Municipal com a aplicação de recursos financeiros e com o cumprimento da EC29. Percebe-se que em ambas as situações predominam um comportamento crescente. A quantidade de municípios que cumprem a EC29 no quesito estudado aumenta mais do que a efetiva aplicação dos recursos repassados no período entre 2000 e 2009, em seguida quase se igualam e voltam ao comportamento anterior.

## Conclusão

O Sistema Único de Saúde foi instituído através da Constituição Federal de 1988 mediante a Lei Orgânica nº 8.090/90, resultado de lutas e reivindicações da sociedade em prol da universalização desta política pública a todos os cidadãos brasileiros, tornando-se um marco social.(CONASS, 2007) O financiamento público da saúde ganhou destaque neste contexto com a aprovação da PEC 169 que estabelece o percentual mínimo de aplicação para estados, municípios e Distrito Federal.(MARQUES, 2005)

A Emenda Constitucional 29 de 2000 assegura a participação da União, estados, municípios e Distrito Federal no financiamento da saúde.(BRASIL, 2011) Desde sua implantação revelou que a quantidade de recursos destinada aos municípios progressivamente cresce.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil possui cerca de 5.561 municípios com uma população aproximada de 169.799.170 milhões de habitantes. Esses dados revelam a necessidade de se realizar um estudo enfocando os municípios.

O presente trabalho analisou os dados dos municípios brasileiros no que tange ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 do ano 2000.

A EC29 estabelece a quantia mínima de recursos que a União, estados, municípios e Distrito Federal devem cumprir. A quantidade mínima foi aumentando progressivamente entre os anos 2000 até 2010.

Os resultados obtidos revelam que com o passar dos anos a quantidade de municípios que aderiram ao cumprimento da EC29 cresceu. Isso revela que os recursos estão sendo destinados de maneira adequada, em sua maioria. A aplicação dos recursos é ainda menor do que o cumprimento, isso mostra que mesmo que os recursos tenham sido destinados, não significa que a aplicação ocorra em sua totalidade.

A correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano municipal e seus componentes (renda, longevidade, educação) em relação ao nível de cumprimento da EC29 é positiva de maneira geral, embora ainda seja bastante baixa, apresentando uma tendência de oscilação em determinados períodos,

verificando-se tendência negativa da correlação especialmente em períodos pós-eleitorais.

No caso da correlação entre IDH e seus componentes e o nível de aplicação de recursos financeiros em saúde, verifica-se que é inferior à correlação do mesmo índice de desenvolvimento e o cumprimento da EC 29, o que indica que há maior correlação com o cumprimento da EC 29.

A Emenda Constitucional 29 de 2000 vai assegurar que a quantia mínima de recursos seja repassada para que ocorram as ações no Sistema Único de Saúde, porém a aplicação vai ficar a critério de cada município, já que possuem autonomia para direcionar os gastos.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O financiamento da saúde: Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura do setor de saúde suplementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional 29/2000: Dados declarados**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Disponível na internet em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops> [Data de acesso: Agosto, 2013].

CARVALHO, G. **A saúde pública brasileira precisa de mais recursos do governo federal**. Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, 2012.

CARVALHO, G. Saúde: avanços e entraves ao processo de descentralização.  
In: CEPAM. **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo. 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (ORG). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE :  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores\\_sociais\\_municipais/tabela1a.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtm) , acessado em Maio de 2014.

LABRA, M.E. O movimento sanitarista nos anos 20: Da "conexão sanitária internacional" à especialização em Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 1985, vol.1, n.4, pp. 483-484.

LIMA, N.T. **O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: Uma história em três dimensões**. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: OPAS/ FIOCRUZ, 2002.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**. 2012, vol.21, n.2, p.345-362.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da Seguridade Social. **Economia e Sociedade**. 2005, vol.14, n.1, p.159-175.

SANTOS, W.G. **O ex-Leviatã brasileiro: Do voto disperso ao clientelismo concentrado**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

SILVA, J.G. **Orçamento público: Uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional 29/2000 nos estados brasileiros.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

VARELA, P.S. **Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor da saúde: uma avaliação de eficiência.** Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.