

TENDÊNCIAS DO CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29 NOS ESTADOS BRASILEIROS

*Isabel Cristina Araújo Brandão¹, Claudia Santos Martiniano Sousa², Alane Karine
Dantas Pereira³, Geraldo Medeiros Júnior⁴*

¹UEPB / Enfermagem, Rua: Sergipe, 1454, Liberdade, campina Grande, PB. CEP: 58.414-040
isabrandao_ab@hotmail.com

²UEPB / Enfermagem, cmartiniano@ibest.com.br

³UEPB /Serviço Social, laninha-kd@hotmail.com

⁴UEPB /Administração e Economia, geraldomedeirosjr@uol.com.br

Resumo- Este artigo tem como objetivo analisar o cumprimento da Emenda Constitucional Nº. 29 nos estados brasileiros a partir de sua implementação. A fonte de coleta de dados foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período compreendido entre 2000 a 2009. Pode-se destacar nos últimos dez anos que apenas 67,3% dos estados brasileiros vem aplicando percentuais mínimos exigidos pela emenda. Ainda há um percentual de 31, 1% de estados que não utilizam o mínimo previsto e 1,6% de Estados que não informaram e não transmitiram informações ao SIOPS. Tais números revelam que o cumprimento da EC-29 é ainda um desafio a ser alcançado e que há uma aplicação apenas burocrática por parte dos estados cumpridores.

Palavras-chave: Política de Saúde; Financiamento; Emenda Constitucional nº 29.

Área do Conhecimento: Ciências Sociais Aplicadas

Introdução

A conquista da vinculação de recursos para a saúde pelos atores favoráveis à saúde como direito a partir da implementação da Emenda Constitucional nº. 29 não exime a preocupação com a forma como esta vem sendo implementada nas três esferas de governo. O presente artigo tem como objetivo analisar o cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 (EC 29) de estados brasileiros no período de 2000 a 2009. O recorte à esta esfera de governo deve-se ao fato de que, no processo de descentralização, como adverte Yunes (1999), os estados ao transferirem para os municípios a sua rede ambulatorial e parte da rede hospitalar, alguns abandonaram seu papel de prestador de serviços, mas não se capacitaram para assumir suas novas atribuições. O processo de descentralização instaurado pelo SUS, centrado na relação União-municípios, deixou à margem os estados como instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle.

Tal situação implica na disputa pelo papel de prestador, com o SUS deixando de dispor de uma instância articuladora e otimizadora dos recursos disponíveis em cada município, obstaculizando a execução do princípio de regionalização da assistência no SUS.

Para a elaboração do artigo foi realizada uma análise a partir da base de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) no período de 2000 a 2009.

Resultados

1. Avanços e retrocessos no processo de descentralização do sus

O debate sobre a descentralização vem ocupando espaço importante na reforma do Estado. Segundo Arretche (2003) até muito recentemente, havia um consenso em torno dos benefícios da descentralização e, por vários motivos, ganhou a adesão de diferentes correntes de orientação política, sendo apontada como capaz de superar os problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais.

A partir da CF/1988, ficou decidido que a União definiria as normas gerais para o setor e que os Municípios executariam com autonomia a política de saúde de maneira adequada às suas condições locais. Nesse contexto, caberia aos estados o papel de coordenador, avaliador e intermediador da política de saúde entre os Municípios.

Entretanto, como observa Brant (2004), desde aquela época até os dias atuais, os estados têm mostrado dificuldades em assumir seu novo papel,

Metodologia

gerando um aparente esvaziamento da esfera estadual nas ações de saúde.

Em termos conceituais, refere-se a “transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central” (JACOBI, 2000, p. 35). Ora, se a centralização implica na concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório no governo central, por inversão conceitual, descentralizar é deslocar esses recursos do centro repassando-os para os entes periféricos. Ressalte-se, porém, que a descentralização que vem ocorrendo no país é caracterizada apenas pela delegação de competências, sem, portanto, deslocamento do processo decisório, sobretudo numa conjuntura de recentralização de recursos, como a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que subtraem recursos que seriam destinados aos estados e municípios e à Seguridade Social, de onde são originados os recursos da saúde.

Na concepção neoliberal, “a descentralização está mais relacionada com a desregulamentação da economia para torná-la mais competitiva, com a privatização de agências e serviços públicos, embora sem abdicar do financiamento do Estado” (PEREIRA, 1997, p.120). Nesta mesma direção, descentralização é sinônimo de seletividade ou de focalização, não dos destinatários, para melhor atendê-los, mas dos gastos públicos, especialmente na área social. Assim, o processo de descentralização em curso aponta para a redução das funções sociais e reguladoras do Estado, no sentido de esvaziar o Estado e dismantelar direitos sociais adquiridos.

A descentralização da saúde através da municipalização tem sido um princípio perseguido como forma de democratizar a gestão e tornar os serviços mais resolutivos, adequadas às demandas da população. Neste sentido, vários mecanismos indutores têm sido utilizados pelo governo federal no processo de descentralização, como as Normas Operacionais Básicas (nos anos de 1991, 1993 e 1996), e as Normas Operacionais da Assistência (editadas em 2001 e 2002). Segundo Solla (2006), a partir de 2003 houve uma intensificação deste processo através de forte mecanismo de indução financeira e cooperação técnica intensa. Como resultado, em janeiro de 2003, apenas 13 estados estavam em gestão plena e foi possível chegar a outubro de 2004 com todos os estados em gestão plena.

Outro destaque importante da descentralização foi que, desde novembro de 2004, o Ministério da Saúde não realiza pagamento direto para prestadores de serviços do SUS, sendo quase a totalidade dos recursos repassados para fundos estaduais e municipais de saúde. A exceção fica

por conta de hospitais filantrópicos, de pequeno porte e universitários, atualmente à caminho da contratualização de serviços.

Entre os limites e contradições da descentralização na saúde, Solla (2006, p. 341) destaca que

A ausência de gestão mais solidária do sistema, com a devida co-responsabilização entre as esferas de governo, é outra limitação verificada. De forma geral, a competição é mais intensa que a cooperação entre os gestores. Em vários estados, o processo de municipalização tem se dado de forma “solitária” sem a devida cooperação técnica e financeira dos estados, ou ocorre de forma “incompleta”, com o Estado mantendo sob sua gestão uma parte da rede de serviços. Observa-se também resistência e despreparo das Secretarias Estaduais de Saúde em assumir o novo papel a elas atribuído pela Constituição e pela Lei Orgânica da Saúde.

Convém destacar que, este artigo apreende tão somente a análise da cooperação financeira dos estados brasileiros, compreendida como condição essencial na repartição da responsabilidade financeira da saúde, como previsto na Emenda Constitucional nº. 29.

2. O significado da vinculação de recursos na saúde

Durante alguns anos a discussão em torno do financiamento da saúde foi pautando o debate, sem, contudo chegar ao plenário no Congresso, pois não se tinha nenhuma certeza de contar com sua aprovação (CARVALHO, 2008). Somente após seis anos, desde a apresentação da PEC Nº. 169 na Câmara de Deputados, pelos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, em 1993 e sua aglutinação com a PEC Nº. 86, de autoria do Deputado Carlos Mosconi (PSDB), em 1995, é aprovada a Emenda Constitucional Nº. 29 (EC Nº. 29), em 13/09/2000, que vincula recursos para a saúde nas três esferas de governo, de forma progressiva até o ano de 2004. Estabelece percentuais mínimos de participação das receitas dos Estados e dos Municípios de 7%, a partir do ano de sua implantação. No caso dos estados e municípios, a destinação deveria crescer anualmente até atingir de 12 e 15 % respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o orçamento do Ministério da Saúde do ano de 2001 a 2004, será apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Desta forma, a EC Nº. 29 representa uma importante conquista de setores da sociedade civil para a consolidação do SUS, uma vez que

estabelece a vinculação de recursos nas esferas estadual e municipal para o financiamento estável do SUS, além de prever sanções no caso do descumprimento dos limites mínimos previstos na Emenda.

A resistência do governo, sobretudo dos ministérios da área econômica, para aprovação deste projeto, deve-se ao fato do mesmo contrariar as recomendações neoliberais do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), que orientam a desvinculação de todos os recursos do orçamento para que fiquem liberados para o pagamento dos juros da dívida e outras despesas.

Depois de várias tentativas fracassadas, a Emenda Constitucional N.º 29 foi regulamentada em 2008 no Senado Federal e aguarda ainda aprovação da Câmara de Deputados. Convém destacar que o avanço da aprovação da Emenda Constitucional N.º 29, não reside somente na vinculação dos recursos, mas também na responsabilização dos entes federados com o financiamento do SUS.

Favaret (2003) alerta que a simples vinculação não significa a redução de desigualdades e tampouco a solução para problemas relacionados à equidade, em especial na saúde, que depende de uma complexa organização de rede e, também, de uma rede de complexas organizações, que envolve sujeitos de diferentes interesses. A vinculação apenas garante que os estados e os municípios venham se colocar em um mesmo ponto de partida no que tange ao gasto com saúde e, com isso, tenham a possibilidade de ter maior autonomia na forma de executar o gasto, definindo seus modelos assistenciais próprios.

O cumprimento da EC N.º 29 é, ainda, um desafio a ser perseguido por estados e municípios. Conforme se pode ver na Tabela 1, segundo dados do SIOPS, em 2007 dos 27 estados (incluindo Distrito Federal).

Tabela 1 - Percentual de recursos aplicados na saúde por Estado no período de 2000 a 2009

Estados / ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Amazonas	14,58	21,15	25,11	20,37	21,15	20,78	23,47	22,17	19,21	23,23
Distrito Federal	NI*	8,91	9,78	11,06	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49	14,38
Rio Grande do Norte	12,56	11,53	13,30	14,58	12,02	12,63	14,43	17,53	16,52	16,34
Tocantins	9,40	12,30	11,48	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79	15,67
Acre	NI	NI	13,46	12,96	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34	17,23 %
Amapá	NI	10,30	12,52	14,99	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91	12,3
Piauí	5,02	NI	6,07	7,48	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16	NI
Roraima	11,51	14,92	10,14	13,26	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95	12,32
Mato Grosso do Sul	8,88	6,81	9,22	8,61	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98	14,68
Santa Catarina	9,34	8,43	5,90	8,18	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47	12,14
Minas Gerais	4,78	6,88	6,36	10,20	12,16	12,33	13,20	13,30	12,19	14,67

São Paulo	9,58	11,15	11,76	12,26	13,74	12,95	12,80	13,07	13,46	12,66
Pernambuco	NI	NI	11,59	11,88	12,00	12,23	13,24	12,80	14,80	15,81
Paraíba	3,66	12,81	10,52	10,62	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49	16,03
Bahia	NI	8,40	9,41	10,38	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77	13,89
Pará	7,33	8,88	9,88	10,31	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77	12,44
Serjipe	3,32	5,77	8,06	10,07	12,04	12,14	11,11	12,44	12,70	12,65
Goiás	7,88	12,39	8,12	10,12	12,46	12,05	12,90	12,30	12,87	13,13
Ceará	2,60	7,54	8,18	8,74	12,70	11,97	14,21	12,14	14,36	15,80
Rondônia	7,79	10,64	9,47	10,54	11,42	12,11	12,10	12,00	12,78	12,58
Alagoas	9,35	7,96	9,39	8,96	12,08	12,01	12,00	12,00	12,20	12,12
Mato Grosso	2,75	6,33	7,72	9,09	11,01	11,19	11,07	11,90	11,24	11,66
Maranhão	1,51	1,75	5,56	7,88	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06	12,61
Rio de Janeiro	7,73	5,01	6,28	10,85	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63	12,15
Espírito Santo	13,59	9,38	12,91	12,65	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24	NI
Paraná	4,06	10,09	5,98	5,75	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79	NI
Rio Grande do Sul	6,82	6,59	5,62	4,32	5,20	4,80	5,40	5,80	6,53	7,24

Fonte: SIOPS, elaboração própria.

*NI – não informaram.

Discussão

Tais números significam um claro avanço. Em 2000, apenas quatorze estados cumpriram a emenda (48,15% do total de estados). Naquele ano, quatro estados não enviaram suas informações ao SIOPS. Desde então, se vê uma evolução considerável, especialmente a partir do momento em que o não cumprimento ou não envio dos dados começaram a significar a reprovação das contas junto ao Tribunal de Contas dos Estados.

Gilson Carvalho, sanitarista, especialista em financiamento da saúde, em 2000 já expressava sua preocupação com possíveis retrocessos, a partir da entrada em vigor da EC-29 para estados que naquele momento estivessem acima dos 12% mínimos. Felizmente, também neste aspecto, as notícias foram boas. Apenas o Estado do Espírito Santo recuou, pois em 2000 já investia 13,59%, apresentando em todos os anos posteriores percentuais inferiores, chegando a 2008 com 10,24% e não informando no ano de 2009. O melhor caso é o do estado do Amazonas que, em 2000, investia 14,58%, apresentando percentuais interessantes de investimentos, tendo como pico de 25,11% em 2002, mas ainda com bom desempenho em 2009 quando investiu 23,23%.

Após a implementação da Emenda, os Estados que pouco investiam na saúde, a exemplo do Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Piauí e Paraíba ampliaram seus gastos neste setor. Os casos mais gritantes foram do Maranhão (com incrível percentual de 1,51% em 2000 e o quase cumprimento do mínimo em 2009 quando chegou a 12,61%), e Ceará (de 2,60% em 2000 para o

pleno cumprimento do mínimo a partir de 2006). Os casos de Tocantins e Piauí merecem destaque, pois ambos os estados não só passaram a cumprir a EC-29, como foram respectivamente 4º e 7º no país em desempenho.

Entre os destaques negativos, o caso do Rio Grande do Sul chama a atenção. O estado chegou em 2009 a obter percentual menor (6,24%) do que tivera em 2000 (6,82%). Em nenhum dos anos conseguiu cumprir a EC-29. O estado do Paraná é outro com baixos índices, porém em franca expansão: saiu de 4,06% em 2000 para 12,00% em 2008. Segundo Carvalho (2009), em 2006, os Estados ficaram devendo R\$ 3,4 bilhões ao sistema, enquanto os municípios gastaram R\$ 6 bilhões a mais com saúde. Entre 2000 e 2006, a dívida dos Estados foi de R\$ 20 bilhões. “Deram um rombo à luz do dia”, afirmou Carvalho (2009, p. 21).

Se a preocupação de Gilson Carvalho quanto a possíveis reduções dos percentuais por parte dos estados e municípios já cumpridores não se realizou, outros alertas do referido autor podem estar sendo concretizados. Primeiro, se no corpo da EC N.º. 29 houve clara preocupação com a definição sobre quais itens são gastos com saúde, nem sempre tal aplicação foi consensual nos estados e nos Tribunais de Contas dos Estados.

Outra preocupação de Carvalho (2008) era com relação ao maior comprometimento de responsabilidades da parte de estados e municípios, sem que houvesse uma descentralização de recursos. De fato, segundo o SIOPS, a participação da União com Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde caiu nos últimos anos de 1,73% do PIB em 2000, para 1,68% em 2004, tendo chegado a 1,60% em 2003. Em 2005, porém, recupera o percentual de 1,73%. A participação dos estados aumenta de 0,54% do PIB para 0,80% no mesmo período, tendo chegado a 0,83% em 2004. A participação dos municípios salta de 0,63% do PIB para 0,94% no mesmo período.

O fato de que, em 2007, 21 dos 27 estados (78% do total) e em 2008, 23 dos 27 (85% do total) terem cumprido a EC- 29, não significa por si só que a luta por mais recursos para a saúde tenham acabado. Primeiro, porque apenas 67,3% dos Estados brasileiros vem cumprido o mínimo estabelecido. Segundo, porque poucos estados se aventuraram a investir muito mais que os 12% previstos em lei. Terceiro, porque o cumprimento do percentual mínimo não garante por si só, mesmo com os critérios sobre o que são gastos com saúde na própria emenda, a qualidade dos gastos realizados.

Ao mesmo tempo, a União não tem cumprido a EC N.º. 29. Campelli; Calvo (2007) calculavam que entre 2001 e 2003, a União deixou de investir

cerca de R\$ 1,8 bilhão. Em tempos de aumento do crescimento do PIB, tal hiato tende a ser maior. A partir da revisão metodológica do cálculo do PIB, anunciada pelo IBGE em 2007, certamente tal diferença tende a crescer, uma vez que os percentuais de crescimento do PIB, em sua maioria, foram recalculados para cima.

Entretanto, Carvalho (2008) adverte que

A finalidade da PEC era conseguir mais recursos para a saúde. Quem mais tem que contribuir é exatamente a União, pois é a única esfera de governo que arrecada diretamente contribuições sociais para garantir saúde, previdência e assistência social. Estados e Municípios vão retirar de suas receitas gerais. A União abocanha cerca de 56%, Estados 28% e Municípios 16% de tudo que se arrecada de impostos e contribuições.

Portanto, ainda lembra o autor, por mais que se aumente a alíquota de estados e municípios, a repercussão financeira será pouco significativa, já que a arrecadação é majoritária da União, devendo ser a mais onerada, pois ela arrecada para isto, o que é impróprio a Estados e Municípios.

Esta lógica de liberação de recursos da União com liberdade alocativa faz parte da recomendação dos organismos internacionais, ao qual o governo Lula vem obedecendo cegamente, mantendo a hegemonia do capital financeiro já que segundo Druck; Filgueiras (2007, 27), “o governo Lula não moveu um milímetro para alterar a essência do modelo de desenvolvimento – caracterizado, sobretudo, pela dominação da lógica financeira – nem, tampouco, a política macroeconômica que herdou do governo anterior”.

Trata-se, portanto, sob o ponto de vista da sociedade organizada, de um momento de ainda se buscar que a totalidade dos estados e municípios venham a cumprir o previsto em lei. A luta se mantém. Ao mesmo tempo, é importante se desenvolver instrumentos para acompanhar a qualidade dos gastos.

Conclusão

Para aqueles que supunham que a EC N.º. 29 pudesse promover a blindagem do sistema, a nosso ver, o seu cumprimento, embora seja capaz de ampliar os recursos para a saúde, não permite cumprir o dito constitucional da saúde como direitos de todos e dever do Estado, pois a soma dos gastos com saúde nas três esferas de governo em 2007 foi de R\$ 94,4 bilhões, enquanto o gasto privado foi de R\$ 98,4 bilhões, totalizando um R\$ 192,8 bilhões para a saúde. O custo público da saúde por pessoa, neste ano foi de R\$

1,41 por dia (CARVALHO, 2009). Disto comprova-se que o financiamento da saúde ainda é incompatível com a ampliação e universalização dos direitos sociais. Face a esse contexto de retração de gastos, Westin (2010) acrescenta que, segundo o Ministério da Saúde em 2008 treze Estados investiram em saúde valores mais baixos que o mínimo exigido, isso representa uma perda de R\$ 3,1 bilhões para a saúde. “Com esse valor, seria possível construir 60 hospitais de médio porte (150 leitos) ou comprar todos os remédios do Programa brasileiro de Aids ao longo de três anos”. Em suas análises, Westin ressalta que esses Estados incluíram como gastos com saúde ações de outra natureza. O Piauí contabilizou o dinheiro aplicado nas prisões, a Paraíba na Polícia Militar. Alagoas, em Programas de reforma agrária. Minas gerais, no Fundo de Apoio Habitacional da Assembléia Legislativa. O Paraná, no Programa do leite. Rio Grande do Sul, em programas de saneamento básico e prevenção da violência. O Rio de Janeiro contabilizou gastos nos programas de prevenção de catástrofes naturais. Santa Catarina, no plano de saúde dos funcionários Estaduais. Maranhão, Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso e Goiás também consideraram despesas projetos que o Ministério da Saúde não reconheceu como saúde pública.

Se por um lado, a Emenda Constitucional é um importante passo para a estabilidade financeira na saúde, por outro, medidas contundentes de ajustes vem sendo tomados que coadunam mais com a lógica securitária e mercadológica da saúde do que com a garantia da saúde como direito universal.

Referências

- BRANT, L. M. **O papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais.** Monografia de Especialização em Políticas Sociais de Saúde (PUC). Belo Horizonte, 2004.
- CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. O cumprimento da Emenda Constitucional N. 29. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: julho de 2007.
- CARVALHO, G. Gasto com Saúde no Brasil em 2007. **IDISA**, 2008.
- CARVALHO, G. O. Expressão Reducionista. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 77, jan. 2009.
- DRUK, G. FILGUEIRAS, L. Política Social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**. Florianópolis. V. 10. N. 1. jan./jun. 2007, p. 15-23.
- FAVARET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**. Vol. 8, n. 2, p. 371-8, 2003.
- JACOBI, P. Estado e Movimentos Sociais: algumas questões controversas. In: **Movimentos Sociais e Políticas Públicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- PEREIRA, P. A. P. **A Política Social e do Welfare State: a particularidade das Assistência Social**. Brasília: NEPPPOS/CEAM/UNB, 1997.
- SOLLA, J. J. S. P. Avanços e desafios da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 30, n. 2, p. 332-348. Jul./dez. 2006.
- YUNES, J. **O SUS na lógica da descentralização.** *Estud. av.* [online]. 1999, vol.13, n.35, pp. 65-70.
- WESTIN, Ricardo. Folha de São Paulo. **Metade os Estados investem menos que o mínimo em saúde, diz governo.** Maio de 2010.