

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (Fafich)
Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

INOVAÇÃO INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DO FEDERALISMO
BRASILEIRO PÓS-1988: a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os Governos
estaduais

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes

BELO HORIZONTE
2008

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes

INOVAÇÃO INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DO FEDERALISMO
BRASILEIRO PÓS-1988: a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os Governos
estaduais

Tese apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Ciência Política da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial
para a obtenção do título de doutor em Ciência
Política

Orientadora: Profa. Maria de Fátima Junho
Anastasia

Co-orientador: Prof. José Francisco Soares

Belo Horizonte
2008

F738i Fortes, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira.
Inovação institucional no contexto do federalismo brasileiro pós-1988: a Emenda constitucional n.29 de 2000 e os governos estaduais / Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes. – Belo Horizonte, 2008.
197 f.: il.

Tese (Doutorado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Maria de Fátima Junho Anastasia.

Co-orientador: José Francisco Soares

1. Emenda Constitucional 29/2000. 2. Federalismo. 3. Gasto com saúde. 4. Novo institucionalismo. I. Fortes, Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira. II. Título.

CDU 614(81)

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

INOVAÇÃO INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DO FEDERALISMO BRASILEIRO

PÓS-1988: a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 e os Governos Estaduais

Autora: Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Ciência Política,

Belo Horizonte, 3 de outubro de 2008.

Maria de Fátima Junho Anastasia (UFMG)
Orientadora

José Francisco Soares (UFMG)
Co-orientador

Celina Souza (UFBA)

Carlos Ranulfo Félix de Melo (UFMG)

Magna Maria Inácio (UFMG)

Renato Boschi (IUPERJ)

Ao meu pai,
em memória.

À minha mãe, Anilde;
Ao Tonhão, meu companheiro;
Às minhas filhas, Renata e Flávia.

AGRADECIMENTOS

Ainda que os resultados deste trabalho sejam de minha inteira responsabilidade, muitas pessoas contribuíram para a sua realização e a elas eu quero expressar meu profundo agradecimento.

À Fátima Anastásia, minha orientadora. Obrigada pelas sugestões, pelas críticas e pelas discussões fundamentais para que eu pudesse concluir este estudo.

Ao José Francisco Soares, que se dispôs a co-orientar a elaboração desta tese. Obrigada, Chico, pela paciência, por sua contribuição decisiva para a construção do modelo de análise e por ter “criado” um tempo para me atender.

À Edite Mata Machado, com quem tenho tido o privilégio de compartilhar trabalho, idéias e amizade nesta última década. Seu entusiasmo e rigor fizeram deste um período extremamente profícuo e prazeroso. Obrigada, por seu estímulo e atenção constantes.

À Ana Carolina Maia, pela imensa disponibilidade em me ajudar na elaboração do modelo de análise desta tese. Obrigada, por tantas conversas.

À Luana Marotta, pelo apoio – fundamental – nos caminhos sinuosos dos modelos hierárquicos.

À Fundação João Pinheiro (FJP), pela liberação parcial de minhas atividades, viabilizando, desta forma, a realização do doutorado.

Aos colegas da FJP, pelo apoio e torcida. Em especial, agradeço ao Fernando Prates, à Maria Luíza Marques, à Marta Procópio e ao Olinto Nogueira. Agradeço ainda à Telma Menicucci, pelas sugestões de bibliografia e à Bruna Matias, pela ajuda no trato com o SPSS.

À Helena Schirm, sempre pronta a resolver minhas dúvidas quanto à normalização.

Às bibliotecárias da FJP — em especial, à Maria Judite Pacheco —, que sempre se mostraram dispostas a me auxiliar nas inúmeras consultas e complacentes com meus atrasos.

Às pessoas que me auxiliaram com dados e informações necessárias ao desenvolvimento deste trabalho. Em especial, meu agradecimento à Ana Cecília Faveret, à Maria Amarante Pastor Baracho, ao José Rodrigues de Moraes e ao pessoal do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

À Magna Inácio, pelas contribuições oportunas por ocasião da pré-defesa.

À minha família, pelo incentivo também nessa empreitada. À minha mãe, aproveito para um agradecimento especial, por tudo, em toda a minha vida. E ao Tonhão, sempre companheiro há 33 anos.

À Deus, que “sobre asas de águia vai me conduzindo para junto Dele” (Ex, 19:4).

“A saúde é um elemento potencial de consenso,
a forma de distribuição desse direito consensual
é que é motivo de dissenso” (ESCOREL, S., 1988)

RESUMO

O objetivo desta tese é investigar os efeitos da Emenda Constitucional n. 29, de 2000 (EC n.29) nas decisões alocativas dos governadores estaduais relativas aos gastos com saúde, buscando identificar os seus condicionantes.

Dois argumentos analíticos principais guiaram a análise. O primeiro foi o de que as instituições, entendidas como regras formais, orientam o cálculo e a interação dos atores. O segundo foi o de que, para investigar seus impactos é preciso considerar a importância da agência humana e que as escolhas refletem a interação entre instituições e condições.

De fato, após a aprovação da Emenda a grande maioria dos estados aumentou o percentual da receita aplicada na saúde, diferentemente do que se observou no período imediatamente anterior. Constatou-se, também, que o comportamento dos estados variou significativamente. Essa variabilidade das respostas dos governadores instigou a investigação dos possíveis condicionantes de seus comportamentos

Mesmo reconhecendo que a relação condicionantes–tomada de decisões seja extremamente complexa, o pressuposto foi o de que, a partir da associação entre variáveis capazes de refletir a diversidade dos estados brasileiros nos aspectos político, econômico e social e as respostas dos governadores em termos do gasto com saúde, fosse possível responder à indagação principal proposta.

Os resultados do modelo ajustado mostraram que a variável indicadora *emenda* para a aprovação da EC n. 29 mostrou-se altamente significativa, confirmando que a sua aprovação induziu os governadores a elevarem o percentual da receita aplicado na saúde. Entre as variáveis de contexto, apenas a receita líquida *per capita* e o perfil ideológico do partido do governador mostraram-se significativas. No entanto, os resultados encontrados permitem afirmar que tais variáveis condicionam apenas marginalmente o efeito substantivo da Emenda nos estados. O que se pode concluir é que a introdução de uma regra como a EC n.29 foi capaz de induzir os governadores a adotarem comportamentos independentemente das variáveis de contexto aqui consideradas. Ainda que as variáveis selecionadas possam compor o contexto das escolhas, as suas influências, mediadas pelos mais diversos interesses e circunstâncias, não puderam ser captadas numa abordagem dessa natureza.

O estudo buscou chamar a atenção ainda para o fato de que, ao mesmo tempo em que induziu o aumento dos gastos com saúde, a EC n.29 passou a estimular outros jogos envolvendo disputas relacionadas ao conceito de “ações e serviços de saúde” e quanto à base de cálculo para a definição da participação da União. Nesse sentido, o estudo confirmou a pertinência do argumento neo-constitucionalista de que as instituições não podem ser consideradas apenas como “coerções herdadas” e, portanto, exógenas ao processo político, mas que atores racionais tendem a buscar participar da elaboração/alteração das regras, de modo a favorecer suas escolhas. A investigação também lançou luzes sobre os desafios postos ao compartilhamento de responsabilidades pela engenharia federativa. Embora a Emenda tenha sido, de certa forma, bem sucedida no sentido de impor uma dada direção aos gastos com a saúde, constatou-se que alguns estados reduziram o percentual da receita aplicado na saúde quando deveriam tê-lo aumentado e que poucos estados conseguiram atingir o percentual mínimo de 12% em 2004, conforme estipulado. Portanto, ainda que a ação coletiva em países federativos possa ser favorecida por meio de regras, seus efeitos plenos podem ser retardados ou, mesmo, não serem atingidos caso o consenso em torno delas mostre-se frágil. No caso da EC n.29, essa fragilidade manifesta-se nos percalços enfrentados pela sua regulamentação e implementação.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to investigate the effects of Constitutional Amendment 29 (EC n.29), of 2000, on the decisions of state governors related to the allocation of funds for the health sector, aiming at identifying its conditioning factors.

Two main analytical arguments guided the analysis. The first: institutions, understood as formal rules, orientate the calculations and the interaction of actors. The second: in order to investigate its impacts, it is necessary to consider the importance of human agency and that choices reflect the interaction between institutions and conditions.

In fact, after the passing of Amendment 29, the great majority of the states increased their revenue percentage invested in the health sector, differently from what was seen in the previous period. It was also a fact that the behavior of the states significantly varied. Such variability regarding the governors' responses instigated the investigation into the possible factors that condition their behavior.

Even recognizing that the relation between conditioning factors and decision-making is extremely complex, the assumption was that, based on the association between variables capable of reflecting the diversity of Brazilian states concerning political, economical and social aspects and the governors' responses regarding expenditures on health, it would be possible to answer the main proposed question.

The results of the adjusted model showed that the variable *amendment* indicating the passing of EC n.29 was highly significant, confirming that its passing induced governors to raise the revenue percentage invested in the health sector. Among context-related variables, just the net *per capita* revenue and the ideological profile of the governor's party were significant. However, the overall results allow to state that such variables only marginally condition the substantial effect of the Amendment on the states. What can be concluded is that the introduction of a rule such as EC n.29 was capable of inducing governors to adopt behaviors despite the context-related variables considered herein. Although the selected variables may compose the context of choice, their influences, mediated by all sorts of interests and circumstances, could not be captured in such an approach.

The study also attempted to call attention to the fact that, while inducing the increase in the expenditures on health, EC n.29 started to stimulate other games involving disputes related to the concept of "health actions and services" and concerning the calculation basis that define the participation of the federal entity. In this regard, the present study confirmed the pertinence of the neo-institutionalism argument which states that institutions can not be considered only as "inherited coercions" and, thus, exogenous to the political process, but that rational actors tend to seek the participation in the elaboration/alteration of rules, so as to favor their choices. The investigation brought light as well to the challenges of responsibility sharing set by federative engineering. Although the Amendment was, in a way, well-succeeded in the sense that it imposed a certain direction to expenditures on health, it was possible to see that some states reduced the revenue percentage invested in the health sector when it should have been increased, and that only a few states managed to reach the established minimum of 12% in 2004. Therefore, even though collective actions in federative countries can be favored by means of rules, their full effects may be delayed or even not be reached if consensus on them turns out to be fragile. In case of EC n.29, such fragility is manifested by the drawbacks faced in its regulation and implementation.

LISTA DE SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADIN - Ação Direta de Inconstitucionalidade

AIH - Autorização para Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

ATRICON - Associação dos Membros dos Tribunais de Contas

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CF/88 - Constituição Federal de 1988

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conasp - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido

DF - Distrito Federal

DRU - Desvinculação de Arrecadação de Impostos e Contribuições Sociais da União

EC n. 29 - Emenda Constitucional 29

EGU - Encargos Gerais da União

FAE - Fator de Apoio aos Estados

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAM - Fator de Apoio aos Municípios

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FES - Fundo Estadual de Saúde

Finsocial - Fundo de Investimento Social

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FMI - Fundo Monetário Internacional

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPE - Fundo de Participação dos Estados e do DF

FSE - Fundo Social de Emergência

Fundef - Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério

GED - Grupo Executivo de Descentralização

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação

IDTE - Indicador de desempenho tributário e econômico

IGP-DI - Índice Geral de Preços- Disponibilidade Interna

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores

ITCMD - Imposto sobre Transmissão "Causa *Mortis*" e Doação de Bens e Direitos

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOS - Lei Orgânica da Saúde

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MS - Ministério da Saúde

NOBs - Normas Operacionais Básicas

OSS - Orçamento da Seguridade Social

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Pasep – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PEC - Proposta de emendas constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

PIS - Programa de Integração Social

PLP - Proposta de Lei Complementar

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSF - Programa de Saúde da Família

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

Siops - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUDS - Sistema Unificado de Saúde

STN - Secretaria do Tesouro Nacional

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1: Variação percentual da receita líquida aplicada na saúde entre 1998 e 2000 e percentual da receita líquida aplicado na saúde em 2000 – Brasil – Unidades da Federação	127
Tabela 2: Variação percentual da receita líquida aplicada na saúde entre 2001 e 2004 e percentual da receita líquida aplicado na saúde em 2004 – Brasil – Unidades da Federação	131
Tabela 3: Percentual da receita líquida aplicado na saúde e mínimo exigido pela Emenda Constitucional 29/2000 – Brasil – Unidades da Federação 2000 / 2004	135
Tabela 4: Variação percentual do gasto <i>per capita</i> com saúde entre 1998 e 2000 e gasto <i>per capita</i> com saúde em 2000 – Brasil – Unidades da Federação.....	138
Tabela 5: Variação percentual do gasto <i>per capita</i> com saúde entre 2001 e 2004 e gasto <i>per capita</i> com saúde em 2004 – Brasil – Unidades da Federação	139
Tabela 6: Variação percentual da receita líquida <i>per capita</i> entre 2001 e 2004 e receita líquida <i>per capita</i> em 2004 – Brasil – Unidades da Federação..	143
Tabela 7: Gasto com saúde <i>per capita</i> com recursos próprios – Brasil – Unidades da Federação – 2004	144
Tabela 8: Características econômicas, fiscais e sociais – Brasil – Unidades da Federação –1998–2004	148
Tabela 9: Participação média das três esferas de governo no gasto público total com saúde (%) – Brasil – 1998–2000 e 2001–2004	161
Gráfico 1: Percentual da receita líquida aplicado em ações e serviços de saúde – Brasil – Unidades da Federação –1998–2004.....	132
Gráfico 2: Percentual da receita líquida aplicado em ações e serviços de saúde – Brasil – Unidades da Federação – 1998–2000 e 2001–2004.....	133
Gráfico 3: Gasto com saúde <i>per capita</i> – Brasil – Unidades da Federação – 1998-2004 (Em R\$ constantes de 2004)	140
Gráfico 4: Teste do modelo ajustado para o cálculo dos efeitos da Emenda Constitucional 29/2000 e de variáveis contextuais sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e DF – Brasil – 1998 – 2004.....	159

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 OS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 SOBRE AS DECISÕES DOS GOVERNOS ESTADUAIS: MODELO ANALÍTICO	21
1.1 A abordagem do novo institucionalismo na explicação dos efeitos da Emenda Constitucional n. 29.....	21
1.2 Federalismo: problemas de coordenação e de cooperação	28
1.2.1 Instituições federativas e as políticas sociais: a contribuição de Pierson.....	37
1.3 Contexto das escolhas dos governadores - as variáveis selecionadas	47
1.3.1 O efeito do ponto de partida	47
1.3.1 O impacto das variáveis políticas	49
1.3.1 Os efeitos das condições estruturais dos estados	53
1.4 Hipóteses.....	58
1.5 Método de análise.....	61
2 O APARATO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS RELAÇÕES ENTRE AS ESFERAS DE GOVERNO NA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO PAÍS	63
2.1 Antecedentes da descentralização da assistência à saúde	63
2.2 A descentralização da política de saúde no pós-88.....	73
2.2.1 As normas operacionais do SUS.....	78
3 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29: ORIGENS, DESENHO E CONFLITOS .	99
3.1 Dilemas do financiamento do SUS - origens da Emenda n. 29.....	101
3.2 Desenho da Emenda n. 29	106
3.3 O longo processo de regulamentação - os percalços da EC n. 29.....	112

4 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 E OS GASTOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	124
4.1 Gasto dos governos estaduais e do Distrito Federal com assistência à saúde.....	124
4.1.1 Gasto com saúde como proporção da receita líquida – 1998-2000 e 2001-2004	125
4.1.2 Gasto com saúde <i>per capita</i>	136
4.2 Condicionantes da trajetória dos gastos com saúde dos estados e do DF..	145
4.2.1 Efeitos da EC n.29 e de fatores contextuais sobre os percentuais da receita líquida aplicados na saúde pelos estados e pelo DF.....	149
4.3 A Emenda n. 29 e o gasto das três esferas de governo com assistência à saúde	160
4.4 A EC n. 29 de 2000 e os registros contábeis dos gastos com saúde.....	162
5 CONCLUSÕES	168
REFERÊNCIAS	182
ANEXO	194

INTRODUÇÃO

O objetivo desta tese é investigar os efeitos da Emenda Constitucional 29, de 2000 (EC n. 29) nas decisões alocativas dos governadores estaduais relativas aos gastos com saúde, buscando identificar os seus condicionantes. Pretende-se, ainda, verificar as implicações dessas mudanças na participação da esfera estadual no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A EC n. 29 tem por objetivo “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. Para tanto, determina que os estados deveriam gastar, até 2004, no mínimo, 12% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais com a assistência à saúde. Para os municípios, o percentual seria de 15%. A Emenda estabelece, ainda, para os estados e os municípios, o percentual mínimo de 7% em 2000 e determina que a diferença entre o percentual aplicado nesse ano e aquele estipulado para 2004 deveria ser reduzida à razão de um quinto ao ano. Para a União, não foi estipulado um percentual, mas definiu-se que a evolução de seus gastos com saúde deve acompanhar a variação do Produto Interno Bruto (PIB). Ainda de acordo com a Emenda, os percentuais mínimos da receita das três esferas de governo, que deverão ser gastos com saúde a partir de 2005, serão definidos por Lei Complementar. Na ausência de tal lei, a EC n. 29 estabelece que prevalecem válidos os critérios estabelecidos para 2004.

A EC n. 29 institui, dessa forma, a responsabilização de todos os entes federados para com o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a enfrentar os sérios problemas de insuficiência e irregularidade de recursos financeiros vivenciados ao longo de toda a década de 1990.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) como uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços públicos de saúde, segundo as diretrizes da descentralização, com mando único em cada esfera de governo, do atendimento integral e da participação da comunidade. A CF/88 definiu também que o SUS seria financiado pelos orçamentos da Seguridade Social (OSS), da União, dos estados e dos municípios. Tem-se, portanto, que tanto a prestação dos serviços quanto o seu financiamento pressupõem uma articulação entre os três níveis de governo. A implementação do SUS esbarra, assim, numa questão cujo entendimento é considerado crucial na ciência política: a ação coletiva.

Refletindo o nível de consenso possível naquele momento, as regras definidas pela CF/88 para a divisão de responsabilidades mostraram-se imprecisas. Ainda que a regulamentação tenha resolvido certas omissões da Constituição, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) também se mostrou vaga no que diz respeito à definição das competências e à origem dos recursos financeiros na gestão do SUS.

A partir das determinações contidas na Constituição Federal e na LOS, as regras de implementação do SUS têm sido definidas, principalmente, por meio de normas operacionais (NOBs). Se essas normas mostraram-se eficientes para garantir a adesão ao SUS dos governos municipais, o mesmo não se pode dizer com relação aos estados. Assistiu-se na década de 1990 ao relativo afastamento da esfera estadual e à redução de sua participação no total de gastos públicos com saúde, contrariamente ao que se observou no caso da maioria dos municípios.

Além do pouco compromisso das esferas subnacionais para com o seu financiamento – em especial, os estados –, o SUS enfrentou dificuldades em decorrência das repercussões negativas da política de ajuste fiscal sobre o

orçamento da seguridade social e do tratamento prioritário concedido à previdência no seu interior (UGÁ; MARQUES, 2005).

Nesse contexto, constitucionalizar a vinculação de receitas às ações e serviços de saúde colocou-se como a solução racional defendida por uma ampla coalizão de atores, conforme será mostrado nos capítulos **2** e **3**, para equacionar o problema político de pactuar responsabilidades quanto ao financiamento do SUS. A EC n. 29 tem sido apontada, então, como um instrumento de cooperação intergovernamental e de coordenação federativa (OLIVEIRA, 2003; ARRETCHE, 2004; ABRÚCIO, 2005a; BIAZOTO JR, *apud* RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Com relação especificamente aos gastos dos estados e do Distrito Federal (DF) com saúde, a comparação entre os períodos antes e após a EC n. 29 sugere que a iniciativa foi bem sucedida em elevar o comprometimento dos recursos próprios com a saúde. De fato, após a Emenda 29 a grande maioria dos estados aumentou o percentual da receita aplicado na saúde, diferentemente do que se observou no período imediatamente anterior. Constatou-se, também, que o comportamento dos estados variou significativamente, apresentando desde um decréscimo de 42%, na Paraíba, a uma elevação de 307%, no Maranhão. Essa variabilidade das respostas dos governadores instigou a investigação dos possíveis condicionantes de seus comportamentos.

Partindo-se dos pressupostos de que as instituições orientam as preferências e os cálculos dos atores e de que contextos distintos geram oportunidades também diferentes, duas indagações orientaram esta investigação: 1) Quais os efeitos da EC n. 29 nas decisões alocativas dos governadores estaduais relativas aos gastos com saúde? 2) Por que os entes federativos se diferenciam no tocante à implementação da EC n. 29?

A EC n. 29 será investigada, portanto, como uma inovação institucional, no âmbito do SUS, capaz de induzir comportamentos nos representantes das esferas de governo. Na medida em que os efeitos das instituições são intermediados pelo contexto no qual atuam, considerou-se relevante buscar verificar se, além da EC n. 29, outros fatores de ordem política, econômica e social condicionaram as decisões alocativas dos governadores no tocante aos gastos com saúde.

Ao explicitar o modo como uma regra – no caso, a EC n. 29 – afeta o comportamento dos atores e ao verificar se fatores de ordem contextual poderiam explicar as diferenças observadas nas suas decisões alocativas, pretende-se contribuir para as discussões tratadas pela literatura neo-institucionalista. Espera-se, ainda, fornecer subsídios ao debate acerca da questão da cooperação intergovernamental e da coordenação federativa.

A tese está organizada em 5 capítulos, além desta introdução. O primeiro apresenta o modelo analítico adotado; são discutidos os conceitos e argumentos teóricos, especificadas as hipóteses e definidas as variáveis e os indicadores utilizados. O segundo analisa o processo de descentralização da política de saúde colocando o foco nas conseqüências políticas de suas regras. Busca-se demonstrar como elas configuraram os interesses dos representantes das esferas de governo, em particular, dos governadores, definiram suas estratégias políticas e favoreceram o desenvolvimento de determinados comportamentos. Aborda-se também a questão da cooperação intergovernamental e da coordenação federativa no âmbito do SUS. O terceiro capítulo analisa as origens, as motivações e o desenho da Emenda Constitucional 29. No quarto capítulo é feita a verificação empírica dos efeitos da EC n. 29 nas escolhas alocativas dos governos estaduais. Para tanto, os comportamentos dos governadores, no que diz respeito aos gastos com saúde, são

analisados comparativamente. Uma vez constatado que sob a mesma regra foram produzidas diferentes decisões alocativas, buscou-se testar se diferenças entre os estados no que diz respeito a algumas variáveis selecionadas poderiam contribuir para explicar as variações nas respostas dos governadores. O capítulo cinco apresenta as conclusões do estudo.¹

¹ O texto da Emenda Constitucional 29 encontra-se no Anexo.

1 OS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 SOBRE AS DECISÕES DOS GOVERNOS ESTADUAIS: MODELO ANALÍTICO

Este capítulo dedica-se à apresentação do modelo de análise adotado na investigação dos efeitos da Emenda Constitucional 29 (EC n. 29) nas decisões alocativas dos governos estaduais. Além de apresentar os conceitos e argumentos analíticos que orientaram a investigação, especifica as hipóteses construídas para a explicação do problema proposto, define as variáveis e os indicadores utilizados e indica as fontes das informações analisadas.

1.1 A abordagem do novo institucionalismo na explicação dos efeitos da Emenda Constitucional n. 29

A Emenda Constitucional n. 29 constitui uma importante inovação institucional no âmbito do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com repercussões no comportamento dos gestores das três esferas de governo. Para investigar seus efeitos nas escolhas dos governadores estaduais, foram tomados como referência os argumentos da literatura do novo institucionalismo da escolha racional, entendendo-se por instituições as regras formais que regulam o comportamento e a interação dos atores (TSEBELIS, 1998).²

Nesse sentido, a EC n. 29 foi abordada como uma iniciativa para equacionar os problemas de ação coletiva no âmbito do financiamento do SUS, conforme será

² Para Rothstein (1996), embora exista certo consenso de que instituições políticas constituam, grosso modo, as regras do jogo, as diferentes vertentes do novo institucionalismo se diferenciam por adotar conceitos mais ou menos abrangentes, com conseqüências para a análise política. Ao contrário dos adeptos da vertente da escolha racional, que adotam um conceito mais restrito (regras formais), os neo-institucionalistas históricos e sociológicos adotam um conceito mais abrangente. Para os neo-institucionalistas históricos, instituições são regras formais, mas também constrangimentos informais, como os códigos e as convenções de comportamento e os mecanismos que asseguram seu cumprimento (NORTH, 1990). Para os neo-institucionalistas sociológicos, além das regras formais, as instituições fornecem os sistemas simbólicos e os enredos cognitivos que permitem às pessoas compartilharem entendimentos (HALL; TAYLOR, 1996).

discutido nos capítulos **2** e **3**, por meio da imposição de uma regra, na medida em que a cooperação necessária entre os entes federativos para a garantia de recursos públicos não foi obtida de modo voluntário.

A abordagem conhecida como “novo institucionalismo” busca revalorizar, no âmbito das ciências sociais, o papel das instituições e seus efeitos nos resultados dos processos sociais. Em que pese comportar pelo menos três correntes analíticas – escolha racional, histórica e sociológica –, com trajetórias e interpretações distintas, os novos institucionalistas vão preocupar-se, essencialmente, em identificar as conexões entre as instituições, o comportamento dos atores e os resultados políticos, assim como em explicar como e por que as instituições surgem e se mantêm. Para elucidar essas questões, eles compartilham um pressuposto analítico básico: as instituições influenciam os resultados políticos, na medida em que delimitam a moldura na qual os atores tomam decisões e, dessa forma, tanto impõem constrangimentos quanto oferecem oportunidades para suas escolhas. Como colocam March e Olsen (1984), a forma como a vida política é organizada faz diferença.

Para os novos institucionalistas da escolha racional, as instituições favoreceriam ainda o equacionamento dos problemas de ação coletiva, ao reduzir as incertezas quanto ao comportamento dos atores. Num contexto caracterizado pela assimetria entre o custo (elevado) da participação e o impacto (reduzido) da não participação, a cooperação entre atores racionais seria alcançada por meio de regras, que favoreceriam ainda a estabilidade dos resultados (ELSTER, 1994).³

Analisando as origens do novo institucionalismo na Ciência Política, Shepsle (1989) chama a atenção para a insatisfação de teóricos da escolha racional com a

³ Elster (1994) aponta dois tipos de solução para a ação coletiva: a descentralizada, que ocorre à medida que diferentes motivações se reforçam; e a centralizada, garantida por meio de regras.

contradição entre as conclusões dos estudos empíricos sobre o comportamento do Congresso americano, que evidenciavam regularidade e estabilidade na obtenção de maiorias estáveis, e os postulados convencionais da escolha racional, que apontavam para a incongruência e a instabilidade dos resultados.

Constatada a insuficiência dos pressupostos de intencionalidade e de racionalidade na explicação dos resultados encontrados, os estudiosos do Congresso americano focalizaram as regras de procedimento que estruturam as escolhas e as informações disponíveis. Ao buscar explicar “por que tanta estabilidade”, verificaram que no curto prazo as regras legislativas garantiam certa resistência às pressões políticas e que no longo prazo limitavam as escolhas dos parlamentares.

Para os teóricos do novo institucionalismo da escolha racional, a questão analítica passou, então, a ser: Como, na ação política, as instituições afetam o comportamento racional? Neste contexto, ação racional é aquela que busca maximizar preferências por meio de “uma adaptação ótima a um ambiente institucional” (TSEBELIS, 1998, p. 51). A defesa de um papel mais autônomo para as instituições não descarta, portanto, a importância da agência humana e da escolha, mesmo que realizada dentro de limites institucionais (MENICUCCI, 2003).

Num primeiro momento, os trabalhos que adotaram a abordagem proposta pelo novo institucionalismo da escolha racional consideravam as regras do jogo como exógenas ao processo político (ANASTASIA, 2002). A partir da constatação de que há circunstâncias nas quais os atores agem estrategicamente de modo a mudar as instituições, passou-se a considerar as instituições endógenas ao processo político e, portanto, não apenas como “[...] coerções herdadas, mas possíveis objetos da atividade humana” (TSEBELIS, 1998, p. 24). “Indivíduos

racionais devem buscar conhecer as regras do jogo no qual as escolhas são feitas e buscar participar da elaboração das regras de modo a realizar melhores jogos” (OSTROM, 1991, p. 238).

Dessa forma, a abordagem proposta pelo novo institucionalismo da escolha racional permite entender tanto o comportamento individual sob determinadas regras quanto o modo como as instituições são selecionadas e se mantêm (SHEPSLE, 1989).

Conforme será demonstrado no capítulo 2, o processo de construção do SUS tem sido marcado por inúmeros conflitos de interesses entre os representantes das esferas de governo, o que tem resultado, por sua vez, em inúmeras mudanças institucionais, sendo a EC n. 29 uma delas.

A Emenda n. 29 pode ser classificada como uma instituição redistributiva (Tsebelis, 1998), na medida em que foi concebida para desonerar o Executivo federal e repassar encargos para as esferas subnacionais, em especial, os estados. Tsebelis afirma que as instituições podem ser redistributivas ou eficientes. Estas últimas promovem os interesses de todos ou da maioria. O que permite discriminar as instituições entre eficientes e redistributivas é a incerteza quanto aos resultados que produzem. Quando se podem prever suas conseqüências, abrindo a possibilidade de favorecimento de um dado grupo, elas são redistributivas. Quando não se podem prever seus resultados, os atores seriam estimulados a construir instituições eficientes. Tsebelis (1998) adverte, no entanto, que esses constituem tipos puros de instituições que raramente existem na realidade.

Ainda que possa ser classificada como uma instituição redistributiva, a não regulamentação da Emenda compromete esse seu efeito, na medida em que cria condições para os atores – em especial, os governadores definirem seu grau de

adesão, como será mostrado nos capítulos 3 e 4. A regulamentação prevista estimula ainda os atores a se envolverem numa disputa sobre as regras do jogo (MELO, 1997; TSEBELIS, 1998). Dessa forma, é importante perceber que, ao mesmo tempo em que se vêem constrangidos pela EC n. 29, os representantes das esferas de governo atuam no sentido de alterá-la a seu favor. Esse contexto de incerteza e/ ou de apostas em alterações configura um conjunto de variáveis que entram no cálculo dos gestores das três esferas de governo e condicionam as suas escolhas.

Novos institucionalistas, como Tsebelis (1998), argumentam em defesa de uma abordagem da escolha racional que, sem negar a importância das preferências que impulsionam os atores em dada direção, colocam o foco da investigação na interação entre instituições e contexto com vistas a explicar os resultados políticos.

Assim como Tsebelis, Elster (1994), Przeworski (1988) e Reis (1984) argumentam que a ação racional não pressupõe “uma racionalidade desencarnada, mas um comportamento dentro de uma atividade grupal organizada que possui metas, normas, estratégias e papéis que forneçam o terreno para a racionalidade” (NORTH LONG, 1961, *apud*, TSEBELIS, 1998, p. 45). A racionalidade deve ser “contextualizada” (REIS, 1984). Também Satz e Ferejohn (1994) defendem que a explicação da escolha racional é mais profícua quando se busca inferir as preferências e estratégias dos agentes recorrendo às restrições e oportunidades impostas pelo contexto.

Admitindo-se que em contextos distintos as mesmas regras podem ter efeitos diferentes no comportamento dos atores, conclui-se que a influência das instituições nos processos políticos é contingente, sendo mais apropriado falar em

oportunidades/riscos criados pelas instituições (THELEN e STEINMO, 1992; WEAVER e ROCKMAN, 1993).

Entre os efeitos contextuais, há que se considerar aqueles decorrentes de decisões passadas, incorporando na análise a idéia de “dependência de trajetória”, enfatizada pelo novo institucionalismo histórico (HALL e TAYLOR, 1996; PIERSON, 1995). Escolhas institucionais anteriores delimitam as trajetórias possíveis para os atores, na medida em que “conformam o entendimento dos problemas a serem solucionados, conformam os interesses a serem preservados ou destituídos e, sobretudo, conformam as capacidades institucionais de ação das burocracias” (ARRETCHE, 2000, p. 30).

Importa destacar que essa vertente do novo institucionalismo vem sendo adotada para iluminar como as políticas públicas influenciam os processos políticos e as políticas subseqüentes. Menicucci (2003) argumenta que as políticas públicas constituem, elas próprias, regras do jogo em uma sociedade, podendo ser incluídas na definição mais ampla de instituição. A adoção de um dado desenho de política teria efeitos institucionais ao estruturar o processo de tomada de decisões.

Políticas públicas interferem na distribuição de recursos e de informação, criando incentivos para a constituição e/ou o fortalecimento de determinados atores e interesses que poderão colocar dificuldades a mudanças. Como consequência, aprisionam determinados comportamentos (efeito *lock in*) e protegem os arranjos institucionais estabelecidos ao aumentarem os custos associados a alterações posteriores.

Políticas públicas têm, ainda, efeitos cognitivos, ao atribuírem significados à realidade e ao interferirem no processo de aprendizagem social. Uma vez adotadas, elas tendem a ser consideradas a resposta natural à dada questão, além de

favorecerem o desenvolvimento de alguns tipos de capacidades e de inibirem o de outras (PIERSON, 1995; MENICUCCI, 2003). De acordo com Menicucci (2003), é a perspectiva histórica, que permite identificar os mecanismos pelos quais as políticas prévias afetam as escolhas recentes. “Daí que o exame das conseqüências políticas das políticas públicas [...] se constitui em fator de ordem institucional bastante potente para a compreensão das políticas” (MENICUCCI, 2003, p. 28).

A análise dos efeitos da EC n. 29 nas decisões alocativas dos governadores estaduais levou em conta o argumento da dependência da trajetória, sinalizando que a elaboração do orçamento governamental é influenciada por decisões anteriores. Sendo assim, à medida que um dado padrão de alocação de recursos entre as diversas áreas se afirma, as mudanças tornam-se mais difíceis, além de demandarem mais tempo. Conseqüentemente, o percentual da receita comprometido com a saúde pelos estados antes da vigência da Emenda constitui uma variável importante na delimitação do contexto das escolhas dos governadores, com conseqüências sobre a possibilidade de cumprir o que foi determinado. Da mesma forma, argumenta-se que as escolhas dos governadores são influenciadas pelas características estruturais de seus estados.

Na reconstituição do processo de descentralização, o argumento da dependência da trajetória permitirá compreender, por sua vez, o comportamento *free rider*⁴ dos governos estaduais no tocante ao financiamento do SUS.

Por fim, interessa ressaltar que as instituições tendem a operar de modo mais eficiente na medida em que consideram as condições socioeconômicas e culturais vigentes (PUTNAM, 1996; ANASTASIA, 2002). No caso da EC n. 29, ao buscar enquadrar estados tão distintos em termos de suas condições sociais, econômicas e

⁴ *Free rider* é o ator que pega carona nas ações dos outros; ou seja, que se beneficia de um dado resultado sem ter contribuído para a sua produção (OLSON, 1965).

fiscais, bem como dos gastos com saúde, é de se supor que ocorram resistências, acarretando comportamentos não desejáveis.

A partir do exposto, entende-se que o principal argumento que deverá nortear a investigação dos efeitos da EC n. 29 é o de que os governadores estaduais são atores racionais, que perseguem seus interesses e que tomam decisões num ambiente em que as regras e o contexto operam estabelecendo oportunidades e restrições.

A discussão proposta relaciona-se, portanto, a duas das questões analíticas tratadas pela literatura do novo institucionalismo. Em primeiro lugar, trata-se de verificar como as instituições “importam”, o que, no caso da EC n. 29, significa identificar as respostas dos governos estaduais, considerados os decisores fundamentais. Em segundo lugar, trata-se de analisar a influência de contextos distintos nas respostas dos governadores, de modo a propor uma explicação para as diferenças encontradas. As variáveis selecionadas para compor o contexto das escolhas dos governadores serão apresentadas na seção 1.3.

1.2 Federalismo: problemas de coordenação e de cooperação

Esta seção aborda as proposições presentes na literatura relativas aos efeitos das instituições federativas na formulação e na implementação de políticas sociais. O objetivo é elaborar um quadro de referência que permita compreender o comportamento *free rider* dos governos estaduais no tocante ao financiamento do SUS, a opção por buscar equacionar o problema por meio de uma emenda constitucional e os percalços sofridos pela EC n. 29 no seu processo de implementação.

Como ponto de partida, é preciso esclarecer que a investigação de como a organização federativa de estado afeta o formato e a implementação de políticas vem se constituindo em um ponto importante na agenda de pesquisa da política contemporânea. Em particular, a questão da coordenação federativa de políticas constitui um “vetor analítico” importante nessa agenda, ainda pouco explorado (ABRÚCIO, 2005a).

O federalismo constitui uma forma de organização política baseada na divisão de autoridade entre diferentes níveis de governo, de tal modo que cada instância possua competências, sobre as quais tem a decisão final (RIKER, 1975). Caracteriza-se, segundo Elazar (1994), pela não-centralização, o que significa que a autoridade para participar do exercício do poder não pode ser retirada sem o consentimento mútuo. Nesse sentido, não-centralização difere de descentralização, em que existe uma autoridade central com poder para descentralizar ou recentralizar.

Da coexistência, num mesmo território, de distintos níveis de governo decorre o compartilhamento da autoridade política, que impõe, por sua vez, o desafio de conciliar a autonomia das esferas de governo com a necessária interdependência entre elas (ABRÚCIO, 2005b). O federalismo deve, portanto, dar corpo à fórmula clássica “autogoverno mais governo compartilhado” (*self rule plus shared rule*), enunciada por Elazar (1994). Decorre daí que a busca do equilíbrio entre forças centrífugas (em nome da unidade) e centrípetas (em nome da autonomia) constitui um problema estrutural do federalismo e marca o desenvolvimento de todas as federações.

À luz do argumento neo-institucionalista de que as instituições regulam os cálculos e as interações dos atores, argumenta-se que é por meio de um dado

desenho institucional que se torna possível compatibilizar autonomia e interdependência dos entes federativos. Esse desenho não é constituído apenas pelos dispositivos constitucionais, mas inclui um conjunto maior de regras e instrumentos que moldam as relações entre as esferas de governo em cada política particular (ARRETCHE, 2004).

Além de regular e administrar os conflitos de interesses, o desenho institucional deve ser capaz de responder às desigualdades regionais, de modo a reforçar os “laços constitutivos” da própria federação (ABRÚCIO, 2005a). O reconhecimento político da importância de se garantir níveis similares de oferta de serviços públicos em todo o território nacional constitui um dos principais argumentos para a defesa do sistema federativo. As análises comparativas das federações mostram que os países federais se diferem quanto à tolerância com as desigualdades regionais e que os pactos federativos tendem a ser mais frágeis quanto menos sólidos forem esses laços e quanto maior for o grau de desigualdade (BANTING; CORBETT, 2001; FIORI, 1995).

Uma questão crucial nas federações diz respeito às relações fiscais e financeiras entre as esferas de governo. A maneira como são gerados e distribuídos os recursos fiscais e parafiscais, ou seja, a natureza do federalismo fiscal define, em boa medida, as características próprias dos diferentes arranjos federativos, entre as quais o padrão mais geral das relações intergovernamentais (ALMEIDA, 1996).

Vale lembrar que são as regras do federalismo fiscal que vão determinar se, e em que medida, será possível reduzir as disparidades na capacidade de gasto de entes federativos com diferentes capacidades de extração de receitas. O nível de compromisso com a equalização fiscal tem implicações sobre a possibilidade de os cidadãos terem acesso aos serviços, independentemente de onde vivem. A

expectativa quanto às possibilidades de se garantir certa simetria entre os entes territoriais em termos da disponibilidade de recursos para a implementação de políticas pode favorecer ainda a cooperação e também a possibilidade de coordenação de políticas, questão complicada, especialmente em países marcados por fortes desigualdades socioeconômicas e regionais, como o Brasil.

No que diz respeito aos efeitos do federalismo sobre a implementação de políticas públicas, a visão dominante na ciência política é a de que a dispersão de autoridade, própria dessa forma de organização política, dificulta a realização de reformas e a coordenação de políticas de abrangência nacional (ARRETCHE, 2004).

Tais resultados decorrem de um tipo de investigação em que se buscava identificar o impacto do federalismo na capacidade de o governo federal aprovar reformas no Congresso Nacional (ARRETCHE, 2002). De acordo com esses estudos, o desenho institucional do federalismo restringe o poder central ao fragmentá-lo no nível nacional, introduzindo, dessa forma, constrangimentos adicionais à tomada de decisão e, conseqüentemente, à inovação em políticas.

Para Tsebelis (2002), as instituições do federalismo, em particular o bicameralismo e a exigência de maiorias qualificadas, aumentam o número de *veto players*⁵ institucionais, dificultando mudanças e, conseqüentemente, aumentando a estabilidade das políticas.

Embora afirme que todas as federações constriam o poder do governo central, Stepan (1999) defende que o grau de restrição varia muito, dependendo do modo como estão estruturadas as relações entre o Executivo e o Legislativo no

⁵ Para Tsebelis (2002), um *veto player* é um ator individual ou coletivo, cuja concordância é necessária para se tomar a decisão de mudar uma política. Analisando o potencial de mudança de políticas em diferentes contextos institucionais, Tsebelis (2002) concluiu que a estabilidade das políticas públicas aumenta com o aumento do número de *veto players*, quando sua congruência diminui (ou seja, quando cresce a divergência de suas posições políticas) e sua coesão aumenta.

plano federal. O autor propõe, então, pensar o federalismo como formando um *continuum* que vai da alta restrição à ampliação do poder do nível central de governo.⁶

Quanto maior a extensão da competência dos governos subnacionais para elaborar políticas, maior a restrição ao poder central. Quanto mais disciplinados os partidos cujos incentivos privilegiem os interesses nacionais, menor a restrição ao governo central (STEPAN, 1999).

A concentração de poder político no Executivo federal varia, no entanto, não apenas entre as federações, conforme destacado por Stepan (1999), mas também numa mesma federação ao longo do tempo, dependendo de condições que tornem o Executivo federal mais ou menos forte relativamente aos representantes das demais esferas de governo (ARRETCHE, 2004, ABRÚCIO, 2005a). Como consequência, a capacidade de aprovar reformas varia tanto entre as federações quanto internamente a cada uma delas ao longo do tempo.

Para a análise do impacto do federalismo nas políticas públicas, é preciso considerar que, uma vez aprovada uma política, as diferentes esferas de governo devem definir regras para a sua implementação, “independentemente de autorização legislativa” (ARRETCHE, 2001, p. 20). Conseqüentemente, a investigação dos efeitos da engenharia institucional do federalismo sobre as políticas públicas não pode limitar-se à sua aprovação na arena federal, mas deve ter seu escopo

⁶ Quatro variáveis seriam cruciais na construção desse *continuum*: o grau de sobre-representação da Câmara Territorial, a abrangência das políticas formuladas pela Câmara Territorial, o grau em que a Constituição confere poder de elaborar políticas às unidades da federação e o grau de nacionalização do sistema partidário em suas orientações e sistemas de incentivos. Quanto maiores o grau de super-representação e a abrangência das políticas formuladas pela Câmara Territorial, maior é seu potencial restritivo. Cabe ressaltar que não existe consenso na literatura da Ciência Política a respeito dessa dita “sobre-representação” na Câmara Territorial (CT) citada por Stepan. Diversos autores argumentam que, como a representação na CT diz respeito às unidades da Federação – no caso do Brasil, os estados –, o número de parlamentares deve ser o mesmo para todos eles. Sob esse ponto de vista, não faz sentido falar em sobre-representação em se tratando da Câmara Territorial.

ampliado, de modo a incorporar outras arenas, atores e interesses (ARRETCHE, 2001).

Arretche (2004) argumenta, ainda, que a concentração de autoridade política varia não apenas entre as federações e numa mesma federação ao longo do tempo, mas, ainda, entre as diversas políticas numa mesma federação, dependendo do modo como estão estruturadas as relações intergovernamentais. Como consequência, a capacidade de implementar o que foi previamente aprovado e de coordenar ações entre as esferas de governo é bastante variável nas federações.

Ainda que a existência de governos subnacionais autônomos aumente o número de *veto players*, colocando obstáculos à implementação de políticas de âmbito nacional, a coordenação pode ser favorecida, segundo Arretche (2004), na medida em que o Executivo federal disponha de recursos institucionais capazes de interferir nas escolhas dos representantes das esferas subnacionais e, assim, reduzir “os problemas de comando inerentes à ação coletiva” (SOUZA, 2004, p. 24).

A coordenação pressupõe, portanto, uma definição clara de qual nível de governo teria a atribuição de induzir as ações com vistas a alcançar os objetivos comuns (SPANH, 1998, *apud* FERREIRA JÚNIOR). Ou ainda, a coordenação “implica direção por imperativos de coerência na atuação e eficiência do conjunto institucional” (SILVEIRA, 2002, p. 15). O fato de demandar a centralização de decisões constituiria, segundo Souza (2004, p. 8), uma dificuldade adicional para o seu exercício, particularmente em contextos como o do Brasil a partir dos anos de 1980, quando a descentralização “passou a ser vista [...] como uma política virtuosa”.

Dessa forma, ações de cooperação se distinguiriam de ações de coordenação, já que as primeiras pressupõem decisões partilhadas orientadas para

a gestão conjunta de interesses e ações (SILVEIRA, 2002, p. 15). Souza (2004) chama a atenção para a importância de se perceber a diferença entre elas, na medida em que cada uma vai exigir determinado desenho institucional.

De todo modo, ainda que possam requerer “medidas de cima para baixo”, para serem bem sucedidas, as ações de coordenação devem ser, assim como as ações cooperativas, negociadas e aprovadas pelos entes federativos (ABRÚCIO, 2005a; SOUZA, 2004).

Na visão de Abrúcio (2005a, p. 45), a coordenação intergovernamental pode ser favorecida por meio de regras que “[...] obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas”, de fóruns federativos, assim como do desenvolvimento “de uma cultura política baseada no respeito mútuo e na negociação no plano intergovernamental” (ABRÚCIO, 2005a, p. 45). Para Abrúcio (2005a), a coordenação federativa pressupõe, ainda, a existência de capacidade burocrática.

O desafio que se coloca, portanto, é o de conciliar a ação coordenadora de um dado ente com a autonomia dos demais. O desenho institucional deve contemplar a existência tanto de instrumentos que permitam o controle mútuo entre os níveis de governo, de modo a preservar a autonomia, quanto de incentivos à ação articulada. Esses, além de poderem ser negativos (no caso das sanções a um comportamento não cooperativo) ou positivos (recompensas), atuam de modo seletivo sobre o conjunto de atores. Isso significa que devem estar em sintonia com a heterogeneidade dos atores, de modo a se tornarem efetivos (SOUZA, 2004).

Analisando o caso brasileiro, Arretche (2004) sustenta que o sucesso do Governo Federal em implementar um abrangente programa de descentralização das políticas sociais na década de 1990 mostra que a literatura que enfatiza o poder de

veto⁷ dos governos subnacionais desconsidera importantes recursos de poder do Executivo federal. Além do poder de agenda do presidente⁸ e do suporte político da coalizão de apoio no Congresso, há que se considerar que o Executivo federal foi capaz de formular regras de operação para as políticas que conformassem uma estrutura de incentivos favorável à adesão dos governos subnacionais.

A despeito da descentralização, a manutenção de uma estrutura institucional de gestão centralizada permitiu ao Governo Federal enfrentar os problemas de coordenação, próprios aos regimes que dispersam poder político. Mais especificamente, o papel de principal financiador e normatizador confere à União recursos institucionais importantes para influenciar as escolhas dos governos subnacionais.⁹

Tomando-se o caso da política de saúde, a despeito da autonomia política e fiscal concedida pela Constituição Federal, o Ministério da Saúde (MS) foi capaz de comandar e definir o ritmo da descentralização da política de saúde.

Em primeiro lugar, é preciso entender que o MS tem poder para tomar as decisões mais importantes nesta política, na medida em que é o seu principal financiador e responsável pela definição das regras gerais e pela coordenação das relações intergovernamentais. Com relação a esse último aspecto, cabe salientar que, a partir das determinações expressas na Constituição Federal e na LOS, a implementação do SUS passou a ocorrer, principalmente, por meio de normas

⁷ De fato, não se trata de um poder de veto institucional, mas da capacidade dos representantes das esferas subnacionais de definirem seu grau de adesão às políticas propostas pelo Governo Federal.

⁸ Diversos dispositivos previstos na Constituição Federal garantem ao presidente da República poder de agenda, a saber: capacidade de legislar por Medidas Provisórias sem aprovação prévia do Congresso, que, conseqüentemente, tem grande influência sobre a agenda do Congresso, dado o ônus de rejeitá-las após terem entrado em vigor; o poder de veto total ou parcial sobre projetos já aprovados no Congresso; o poder exclusivo de iniciar legislação sobre questões orçamentárias e de administração pública; e o pedido de urgência para seus projetos.

⁹ A exceção aqui é a política de educação fundamental, de responsabilidade de estados e municípios, não sendo o Governo Federal o seu principal financiador.

operacionais editadas pelo MS. Assiste-se, portanto, a uma delegação de poder do Legislativo para o Executivo, mais especificamente para o MS, que passou a ser a principal arena para as decisões relativas à implementação do SUS.

Amparado num esquema de incentivos, o MS conseguiu implementar a municipalização da atenção primária e a adesão dos governos locais aos programas propostos. A coordenação federativa na área da saúde pode ser identificada ainda no esforço bem-sucedido de fortalecer institucionalmente o MS por meio da criação de sistemas de informação e da melhoria dos já existentes, na constituição de duas agências reguladoras e na aprovação da Emenda Constitucional 29 (ABRÚCIO, 2005a).

A respeito da capacidade do aparato institucional do SUS de induzir as escolhas das esferas subnacionais, é importante estabelecer uma distinção entre os entes municipais e estaduais. Se o poder regulatório do MS, assentado numa estrutura de incentivos, foi bem sucedido em promover a descentralização de corte municipalizante e em aumentar o comprometimento dos municípios com os gastos com saúde, o mesmo não se pode dizer com relação à participação dos estados. Conforme será discutido no capítulo 2, o modelo de descentralização adotado previa que os recursos federais destinavam-se, basicamente, ao pagamento de serviços prestados que, em princípio, passariam a ser oferecidos pelo nível municipal. Dessa forma, os incentivos à adesão ao SUS não alcançaram a esfera estadual, que viu, ainda, suas funções serem alteradas, num primeiro momento, num sentido pouco definido. Desprestigiados pelas novas regras e também incapazes de propor alternativas, os governos estaduais responderam com uma baixa adesão ao SUS, logrando permanecer por mais tempo na condição de *free rider* (COSTA, 1996).

Nesse contexto, constitucionalizar a vinculação de receitas às ações e serviços de saúde colocou-se como a solução racional defendida por uma ampla coalizão de atores, conforme se verá no capítulo 3, para equacionar os problemas de ação coletiva no âmbito do financiamento do SUS e que se manifestaram durante toda a década de 1990, sob a forma de insuficiência e irregularidade de recursos financeiros.

A aprovação da Emenda Constitucional 29 em condições de sérias restrições fiscais demonstrou a capacidade do Governo Federal de exercer a coordenação federativa na política de saúde (ARRETCHE, 2004; ABRÚCIO, 2005a).¹⁰ A força da esfera federal refletiu, aliás, no próprio desenho da Emenda, que não fixou um percentual mínimo de comprometimento das receitas da União, como fez para os estados e os municípios.

No entanto, é preciso considerar que a trajetória da Emenda constitui um processo em aberto, na medida em que ainda não foi regulamentada. De fato, os percalços sofridos pela EC n. 29, apontados nos capítulos 3 e 4, mostram que a barganha federativa relacionada ao financiamento do SUS continua e que, portanto, o dilema da cooperação ainda está por ser definitivamente equacionado.

1.2.1 Instituições federativas e as políticas sociais: a contribuição de Pierson

Esta seção aborda algumas das questões levantadas por Pierson (1995) no que diz respeito às implicações das instituições federativas para a formulação e a implementação de políticas sociais. Como ponto de partida, deve-se esclarecer que sua contribuição pode ser dividida em duas partes. Na primeira, ele busca salienta

¹⁰ Não se desconhece a importância do apoio dos militantes do “Partido da Saúde” para a aprovação da EC n. 29, conforme será visto no capítulo 3.

como a engenharia federativa altera o ambiente no qual as políticas sociais se desenvolvem. Para tanto, analisa três ordens de efeitos dos arranjos federativos sobre a formulação e implementação dessas políticas: mudanças nas preferências políticas, nas estratégias e no poder dos atores sociais; criação de importantes atores institucionais – as unidades subnacionais; e manifestação de dilemas associados ao compartilhamento de autoridade sobre as políticas sociais por parte de distintos níveis de governo.

Na segunda parte de sua argumentação, Pierson (1995) chama a atenção para o cuidado que se deve ter com as generalizações ao se tratar das conseqüências do federalismo para a política social. Como são muitas as opções para se organizar a autoridade política, também varia entre as federações a forma como se manifestam os efeitos potenciais do federalismo sobre as políticas sociais enunciadas na primeira parte de seu estudo. Dito de outra forma, a extensão em que os efeitos da difusão territorial de poder político sobre as políticas sociais vão se manifestar vai depender das regras de distribuição desse poder político.

No que diz respeito aos efeitos do arranjo federativo sobre as estratégias dos atores sociais, um primeiro aspecto destacado por Pierson (1995) é que a governança em sistemas multiníveis conecta, necessariamente, a questão do “quê” deve ser regulado com a de “quem” deve regular. Nesse contexto, o nível de governo responsável por dada política torna-se uma variável crucial no cálculo dos atores sociais, que buscam levar as decisões políticas para as arenas decisórias mais favoráveis às suas preferências. A presença de múltiplas jurisdições estimularia também os grupos sociais a desenvolverem organizações fragmentadas e descentralizadas.

Em países em que há integração econômica e as políticas sociais são conduzidas de modo descentralizado criam-se oportunidades para o surgimento de uma situação de desregulamentação competitiva que pode conduzir as políticas sociais numa espiral descendente em direção a patamares mínimos de serviços. Tal possibilidade decorre do fato de não coincidirem, nesses países, as divisas territoriais das jurisdições políticas e dos mercados integrados, inserindo-se as políticas sociais num contexto caracterizado pela mobilidade da mão-de-obra e, em especial, do capital. Nessas circunstâncias, a estratégia adotada por grupos econômicos que se opõem a uma política social mais generosa é ameaçar de “votar com os pés”, isto é, mudar para aquelas jurisdições cuja relação custo/benefício das políticas seja considerada mais adequada. Forja-se, assim, uma situação propícia à competição entre jurisdições no sentido de oferecer um clima mais favorável ao investimento privado. Nesse ambiente, o desenvolvimento de políticas sociais redistributivas tende a ser estrangido em função do receio do êxodo dos investimentos privados e de suas conseqüências sobre a economia local e sobre as finanças públicas. De acordo com Pierson (1995), há evidências de que nos Estados Unidos grupos econômicos utilizaram as vantagens oferecidas pelo sistema federativo para conduzir as políticas num sentido de menor intervenção.

Conforme Pierson (1995) procurou demonstrar, a existência de governos multiníveis não altera apenas as estratégias disponíveis para os atores sociais, mas a própria existência de opções interfere no poder relativo desses atores. Quão mais forte for a possibilidade de mudança para uma outra jurisdição, mais forte se torna o poder de pressão dos atores que ameaçam com essa possibilidade.

Uma segunda ordem de conseqüência do arranjo federativo para as políticas sociais diz respeito à presença de atores institucionais autônomos – as unidades

subnacionais. Pierson (1995) busca demonstrar que a existência de diferentes níveis de governos subnacionais autônomos afeta o desenvolvimento da política social, na medida em que estes podem tanto buscar conduzir suas próprias políticas quanto influenciar as políticas do governo central.

Em países federais, nos quais a política social é parte dos mecanismos de legitimação dos governos, a sua provisão tornou-se fonte de conflito entre diferentes níveis de autoridade. Nesses países, cujo debate a respeito de “quem” deve fazer algo tende a se sobrepor à própria questão do que deve ser feito, desenvolveu-se uma dinâmica denominada de *state building* competitivo. Conectada à essa idéia está a de preenchimento de espaços de políticas (*pre-empted policy space*). Ou seja, uma vez adotada, uma política passa por um processo gradual de institucionalização e a decisão, por um modelo descentralizado, por exemplo, tende a restringer as opções, disponíveis para o nível central, de interferir no seu rumo. Os custos fixos envolvidos nas mudanças e as redes de interesses tornariam difíceis reformas radicais.

Pierson (1995) ressalta que para os teóricos do federalismo competitivo, a difusão de autoridade política entre diferentes jurisdições pode estimular a competição e, como consequência, a inovação. Na medida em que uma dada experiência se mostra bem sucedida, há um estímulo para a sua implementação pelas demais unidades. A existência desse tipo de incentivo seria a principal vantagem do sistema federal. Polemizando a respeito dessa questão, esse autor mostra, no entanto, que a autonomia política não é condição necessária à inovação, que requer capacidade dos entes federados para levar adiante um dado projeto.

Se o federalismo inibe ou promove a inovação, depende da distribuição dos custos e benefícios, assim como da natureza das relações entre os níveis nacional e subnacionais. O federalismo provavelmente a estimulará ali aonde as unidades puderem agir autonomamente e existirem

benefícios econômicos ou políticas que possam ser capturadas pela inovação. Mas se a inovação exigir a imposição de perdas [...] as jurisdições serão incentivadas a retardar o processo, especialmente se aqueles que sofrerem perdas puderem votar com os pés (FEIGENBAUM, H; SAMUELS, R; WEAVER, R. K , 1993 *apud* PIERSON, 1995).¹¹

A existência de externalidades coloca em xeque os argumentos dos teóricos do federalismo competitivo. Se o aumento da oferta de serviços puder atrair clientela de outras jurisdições, haverá incentivo a uma corrida ao fundo do poço em termos dos serviços e ações oferecidas. Nessas condições, a inovação tende a ser no sentido de reduzir o escopo das políticas sociais (PIERSON, 1995).

A competição horizontal entre jurisdições pode estimular outra dinâmica, que consiste em acionar o nível central para a resolução de problemas de ação coletiva. Vale lembrar que, de acordo com Souza (2004), quando, em regiões metropolitanas do Brasil, a titularidade dos sistemas de águas e esgoto tornou-se objeto de disputa entre a esfera estadual e os municípios, o nível federal buscou equacionar os conflitos por meio da elaboração do marco regulatório do setor.

Merece registro, ainda, o fato de que no Brasil o federalismo tripartite coloca também para a esfera estadual a cobrança no sentido de equacionar problemas de ação coletiva. Tomando-se como exemplo a política de saúde, ainda que os municípios sejam responsáveis constitucionalmente pela prestação dos serviços, a garantia da integralidade do atendimento requer a constituição de uma rede de serviços regionalizada e integrada, que não se torna viável sem a atuação efetiva da esfera estadual. Adianta-se aqui que, no entanto, o padrão de descentralização adotado não favoreceu o engajamento da esfera estadual ao SUS, conforme será mostrado no capítulo 2. Como conseqüência, os estados apresentaram, relativamente às demais esferas, um menor comprometimento com o seu

¹¹Tradução da autora

financiamento. Também a construção da rede de serviços públicos tem-se mostrado de difícil concretização.

A atuação do nível central pode ser solicitada também no sentido de diminuir as desigualdades regionais por meio da adoção de políticas redistributivas. Tal possibilidade seria favorecida pela centralização do poder político no governo (BANTING e CORBETT, 2001).

O ambiente de austeridade fiscal, por sua vez, pode acarretar outra possibilidade de jogo entre os governos central e subnacionais no âmbito das políticas sociais. Devido ao caráter impopular de medidas que busquem reduzir custos, a necessidade de realizar cortes em políticas pode levar os governos a buscarem repassar suas atribuições para outros níveis de governo. Assiste-se, dessa forma, a processo inverso ao do state building competitivo, no qual há competição pelos créditos associados à provisão de programas sociais.

A trajetória da Emenda n. 29 confirma esse argumento, na medida em que o formato adotado, com a União sendo preservada de uma vinculação de receita, tem propiciado o aumento da participação das esferas subnacionais no financiamento do SUS vis-à-vis uma redução da participação da União, conforme será demonstrado no capítulo 4.

Também nos Estados Unidos, o “novo federalismo” de Reagan significou uma tentativa de desafogar o nível federal dos gastos com os programas Medicare e Medicaid, transferindo para os estados a responsabilidade das prestações de serviços de saúde, o que resultou em uma grande diversidade de pacotes de benefícios (BANTING e CORBETT, 2001).

Uma terceira ordem de consequência dos arranjos federativos sobre a formulação, implementação e reforma de políticas sociais, apontada por Pierson

(1995), diz respeito aos dilemas associados ao compartilhamento de autoridade por distintos níveis de governo. A necessidade de compatibilizar interesses e capacidades muito diversas pode levar à adoção de desenhos mais complexos e mais difíceis de serem alterados. Neste último caso, o objetivo é assegurar que tais interesses continuem a ser considerados. Cabe lembrar que, no Brasil, a constitucionalização de questões foi uma tendência que a Constituição Federal de 1988 manteve e que vem sendo reforçada pelas emendas (SOUZA, 2005).

Quando os desenhos das políticas enfatizam a formalização dos mecanismos de cooperação em detrimento de certa flexibilidade, cria-se um clima favorável para o surgimento de armadilhas da decisão conjunta (joint-decision traps). Um exemplo recorrentemente citado na literatura é o da Alemanha, onde a interdependência entre os estados (länder) é um princípio constitucional assegurado por um excesso de rigidez nos mecanismos de cooperação. A necessidade da anuência de todos os atores tem sido esse

A extensão em que cada um dos efeitos da engenharia federativa sobre as políticas sociais discutidos acima se manifesta vai depender, segundo Pierson (1995), das regras que organizam a distribuição de autoridade em cada federação e das variações que conformam os tipos específicos de federalismo. O autor chama atenção, em especial, para três características dos sistemas federativos: grau em que a Constituição confere poderes específicos sobre as políticas sociais aos níveis subnacionais; modo como os interesses dos diferentes níveis são representados no centro; e extensão do compromisso com a equalização fiscal entre os entes federados. Observa-se que a primeira variável é uma das quatro utilizadas por Stepan (1999) para construir o *continuum* de países federativos, que vai da alta restrição à ampliação do poder do nível central de governo.

No que se refere ao primeiro aspecto, um arranjo que garanta muitos poderes específicos às unidades subnacionais pode restringir a atuação do nível central e, conseqüentemente, a implementação de políticas de âmbito nacional. Pierson (1995) adverte, no entanto, que a garantia de poderes particulares às unidades pode não se concretizar em contextos marcados por crescente interdependência econômica e complexidade das políticas. Nessas circunstâncias, a ação do governo central torna-se não apenas difícil de ser bloqueada como se faz mesmo necessária.

Quando as competências sobre as políticas sociais são compartilhadas, é importante analisar como estão distribuídas, em cada uma delas, as funções de financiamento e normatização entre os diversos níveis de governo. Se o nível central for o principal financiador e normatizador, como ocorre no Brasil, relativamente à maioria das políticas sociais, a autonomia política das unidades não garante autonomia decisória sobre as políticas (ARRETCHE, 2004).

A respeito das regras que definem a representação dos interesses das esferas subnacionais no nível central, Pierson (1995) argumenta que quanto mais forte e diretamente eles se fazem presentes, maior o peso dessas esferas nos processos decisórios de âmbito nacional. A esse respeito, Costa (200_) argumenta que o fator central da dinâmica política do federalismo está justamente na forma como os entes federativos, central e subnacionais, fazem-se representar nos processos políticos de âmbito nacional. O “padrão mais ou menos cooperativo e institucionalizado das relações intergovernamentais depende da capacidade dos governos subnacionais de partilharem as decisões com o governo central” (COSTA, 200_, p. 12).

A forma como são distribuídos os recursos financeiros constitui a terceira característica das federações apontada por Pierson (1995) como capaz de influenciar o seu *modus operandi*. Para esse autor, o compromisso com a equalização fiscal está relacionado com o duplo desafio de permitir a diversidade e de promover a igualdade, e assim favorecer a cooperação entre unidades com capacidades fiscais distintas e tornar a inovação com políticas redistributivas menos arriscadas. A “[...] diversidade é severamente estrangida numa federação que não faz esforço para equalizar a capacidade fiscal das unidades subnacionais” (MATHEWS, *apud* PIERSON, 1995, p. 471).

Ainda que essa seja uma questão importante no federalismo brasileiro, a qual se manifesta na existência dos fundos constitucionais de redistribuição dos recursos fiscais e das instituições promotoras do desenvolvimento regional, a falta de consenso sobre as mudanças necessárias nas regras do federalismo fiscal para corrigir suas distorções tem impedido uma política efetiva de equalização fiscal (REZENDE, 2003). Como conseqüência, não se consegue avançar no sentido de

equacionar a questão das desigualdades entre regiões, estados e municípios existentes no país em que pese o consenso de residir aí o problema principal do federalismo brasileiro (AFFONSO, 1999; DULCI, 2002; SOUZA, 2005).

No que tange especificamente às relações entre os diferentes níveis de governo, Pierson (1995, p. 458) procurou evidenciar que elas envolvem “mais que um cabo de guerra”, admitindo jogos de competição, cooperação e acomodação. Crucial aqui não é apenas o modo com as responsabilidades são compartilhadas, mas em que medida mecanismos de cooperação e de coordenação acordados pelos entes da federação se fazem presentes.

Diante do exposto, pode-se concluir que a análise do “efeito da federação” (ABRÚCIO, 2005a) sobre as políticas sociais deve considerar, em primeiro lugar, que as instituições federativas, assim como as instituições em geral, não predeterminam resultados políticos, mas geram dilemas decorrentes do compartilhamento da autoridade política por distintos níveis de governo e criam oportunidades/riscos à implementação dessas políticas (WEAVER e ROCKMAN, 1993).

Igualmente importante é levar em conta que o federalismo é um conceito flexível (ELAZAR, 1994), dinâmico (BOTHE, 1995) e genérico (WEAVER e ROCKMAN, 1993). Se as instituições federativas, ao criarem novos e importantes atores institucionais, afetam o desenvolvimento de políticas, seus efeitos dependem do tipo específico de federalismo¹² e da forma como as instituições federativas se articulam com outras instituições políticas e se inserem num contexto mais amplo,

¹² Tendo em vista a flexibilidade e o dinamismo dos arranjos federativos, conclui-se que não existe apenas um tipo de federalismo, mas um dado federalismo num determinado local e num dado momento histórico.

no qual os interesses, os recursos de poder dos atores e as características sociais e econômicas também importam.

Considera-se, então, mais profícuo ter como pressuposto analítico que a influência do federalismo sobre as políticas sociais é contingente e “só pode ser compreendida em contextos específicos, envolvendo políticas setoriais concretas” (COSTA, 200_, p. 8). Daí a importância da discussão relativa aos efeitos da regras de implementação do SUS sobre as relações entre as esferas de governo, realizada no capítulo 3, para a compreensão do contexto de implementação da EC n. 29.

1.3 Contexto das escolhas dos governadores - as variáveis selecionadas

Esta seção apresenta as variáveis que terão testados seus efeitos sobre a trajetória dos gastos com saúde dos estados e do DF. Vale lembrar que um dos argumentos que orientam a investigação dos efeitos da EC n. 29 é o de que as decisões dos governadores relativas aos gastos com saúde vão refletir a interação entre essa nova regra e fatores de ordem contextual.

Embora se reconheça que a relação condicionantes–tomada de decisões seja extremamente complexa (PITTMAN; LÓPEZ-ACUNA, *apud* VIANA *et al.*, 2006), o pressuposto é o de que, a partir da associação entre o comportamento das variáveis selecionadas e as respostas dos governadores em termos do percentual da receita aplicado em ações e serviços de saúde, seja possível responder à indagação proposta. Argumenta-se aqui que as escolhas dos governadores relativas aos gastos com saúde são constrangidas pela EC n. 29 e, também, pelas decisões prévias, por fatores de natureza política e pelas condições estruturais dos estados.

1.3.1 O efeito do ponto de partida

A influência das decisões prévias expressa no percentual da receita aplicado em ações e serviços de saúde antes da EC n. 29 será investigada como um fator capaz de condicionar o comportamento dos governadores no período pós Emenda. Sabe-se que a distribuição dos recursos orçamentários entre os diversos setores resulta de escolhas entre diferentes alternativas, que, uma vez feitas, favorecem a constituição de determinados atores e a fomentação de capacidade técnica e administrativa. Nesse contexto, promover alterações significativas na alocação de recursos não é uma questão trivial. Além de demandar o enfrentamento de interesses constituídos, expressos num dado padrão de despesa pública, aumentar os gastos num dado setor requer capacidade institucional. Ou seja, envolve não só decisões quanto aos programas que serão incentivados como também a capacidade administrativa para assegurar todo o processo relativo à execução da despesa no setor público. Diante disso, é razoável esperar que, no curto prazo, as mudanças sejam apenas incrementais, daí decorrendo, a tendência inercial dos orçamentos públicos.

Além do argumento da dependência da trajetória, essa variável adquire ainda maior importância quando se considera o contexto de “forte contração fiscal” a que estão submetidos os estados brasileiros, em decorrência da necessidade de cumprir as metas previstas no Programa de Apoio à Reestruturação e ao Ajuste Fiscal (Lei 9.496/97). Cabe esclarecer que tais metas foram negociadas com a União no âmbito dos acordos de renegociação das dívidas estaduais (LOPREATO, 2004; MORA; GIAMBIAGI, 2005). Numa situação em que o desempenho da receita corrente encontra-se constringido pelo baixo crescimento econômico, o corte dos gastos

assume papel de destaque na estratégia de ajuste fiscal. Nessas condições, aumentos significativos no percentual da receita aplicado em saúde mostram-se particularmente difíceis de serem obtidos.

Com base nesse pressuposto, argumenta-se que, quanto mais baixos os percentuais aplicados antes da Emenda, maior o esforço exigido das unidades federativas e maiores as dificuldades para cumpri-la. Para os estados que já gastavam antes da EC n. 29 mais de 12% de suas receitas com saúde ela não traria constrangimentos adicionais.

1.3.2 O impacto das variáveis políticas

Esta seção busca fundamentar a escolha dos fatores de natureza política que, supõe-se, possam afetar as decisões dos governos estaduais relativas aos gastos com saúde.

Entre as variáveis políticas, a influência dos partidos nas decisões governamentais tem sido recorrentemente objeto de investigação da literatura política, desde, pelo menos, a década de 1950.¹³ Nesses estudos, as diferenças na orientação ideológica dos partidos são apontadas como o principal fator explicativo para a escolha de diferentes políticas (RIBEIRO, 2006). Para essa discussão, a contribuição de Downs (1957, *apud* BLAIS; BLAKE; DION, 1993) forneceu um importante ponto de partida. Segundo este autor, as posições ideológicas podem ser ordenadas numa escala que vai da esquerda à direita de acordo com o grau desejado de intervenção do estado na economia, considerada a principal diferença entre elas.

¹³ Para uma revisão sucinta da literatura a esse respeito, consultar Ribeiro (2006).

No tocante aos gastos com políticas sociais, um argumento básico tem sido o de que os partidos de esquerda tendem a gastar mais com políticas sociais por serem mais identificados, relativamente aos partidos de centro e direita, com as classes mais pobres da população.

Ainda de acordo com a literatura política que trata dos efeitos dos partidos sobre as escolhas de políticas, além das motivações ideológicas, as decisões dos partidos são constrangidas pela necessidade de vencer eleições, pelo desempenho das burocracias, pela pressão de grupos sociais organizados e dos partidos de oposição (BLAIS; BLAKE; DION, 1993; PIERSON, 1995). Ou seja, a dinâmica democrática pressupõe a existência de outros atores que vão restringir e/ou orientar as escolhas dos partidos. Nessas condições, as diferenças na atuação dos partidos na condução do governo tendem a ser reduzidas.

Do mesmo modo, o legado das escolhas prévias exerce papel crucial nas decisões dos governos, conforme já enfatizado. Uma vez institucionalizada uma política, os custos de mudanças tendem a ser elevados, favorecendo a sua permanência, independentemente, do partido do governo. Por fim, o enfraquecimento da identidade ideológica dos partidos políticos também contribuiria para certa convergência dos governos com relação às políticas.

Com relação especificamente as diferenças quanto aos gastos governamentais, BLAIS; BLAKE; DION (1993) realizaram uma revisão da literatura com vistas a identificar as respostas para a seguinte questão: uma vez no poder, partidos de esquerda gastam mais que os da direita?

Os autores constataram que existem razões teóricas para prever tanto a convergência quanto a divergência na atuação dos partidos e que essas duas forças agem concomitantemente. Não surpreendentemente, como argumentam BLAIS;

BLAKE; DION (1993), diferentes modelos implicaram em diferentes expectativas quanto à influência dos partidos. Diante disso, concluíram que um pressuposto analítico adequado é esperar que existam diferenças entre os partidos, mas que elas sejam pequenas.

A revisão dos estudos empíricos mostrou, por sua vez, resultados conflitantes, baseados num número pequeno de observações. Diante disso, esses autores se propuseram a estudar 15 países num período de 28 anos. Os resultados mostraram que, internamente a cada país, mudanças na composição partidária do governo não são sistematicamente seguidas de mudanças nos gastos. A comparação entre países, por sua vez, não apontou um efeito estatisticamente significativo dos partidos, embora tenha sugerido que exista algum. Para BLAIS; BLAKE; DION (1993), as evidências são de que os partidos de esquerda gastam um pouco mais que os de direita e, que, portanto, os partidos fazem diferença, ainda que modesta. Além disso, essa diferença é restrita a democracias majoritárias e leva tempo para se expressar.

Também no Brasil diversos estudos têm buscado verificar o impacto dos partidos nas decisões de gasto dos governos.

Em sua tese de doutorado, Dias (1997) procurou verificar se as diferenças encontradas no comportamento dos gastos com educação secundária, segurança e assistência à saúde dos estados brasileiros nas gestões 1983/86, 1987/1990 e 1991/94 decorriam de variáveis conjunturais ou refletiam decisões políticas. Descartada a primeira hipótese, o autor testou a influência de fatores de natureza política nas decisões, entre os quais a filiação partidária. A conclusão foi que indicadores político-partidários e o perfil do governador não conseguiram explicar as suas preferências administrativas (DIAS, 1997).

Também Ribeiro (2006) buscou investigar o impacto dos partidos políticos nos esforços para a provisão de políticas sociais nos municípios brasileiros entre 1996 e 2004. Os resultados sugerem que a relação entre os diferentes partidos políticos e a provisão de políticas sociais nos municípios é muito tênue. De forma semelhante aos resultados encontrados na literatura internacional, o autor concluiu que o efeito de fatores políticos é incremental e que os partidos de esquerda, em geral, esforçam-se um pouco mais em termos da implementação de políticas sociais. No entanto, grande parte da variação da provisão de políticas sociais ainda precisa ser explicada.

Rodrigues (2003) e Arretche e Marques (2002) também buscaram investigar a influência das concepções ideológicas dos partidos políticos no poder na aplicação dos recursos públicos. A conclusão foi a de que não existe relação significativa entre as preferências alocativas dos prefeitos e o pertencimento às siglas partidárias (ARRETCHÉ, 2004). Se os resultados dos estudos apontam para uma mesma direção, as explicações, no entanto, variam.

Para Ribeiro (2006), a existência de certa convergência no conteúdo programático e na atuação dos partidos e o fato de a ideologia não ser uma característica marcante dos partidos brasileiros podem explicar os resultados encontrados. A explicação proposta por Arretche (2006) é outra e relaciona-se à estrutura regulatória existente no País, que tem conseguido induzir as decisões dos governos locais, favorecendo a convergência de políticas, independentemente da orientação dos partidos. Esta questão será retomada na seção seguinte.

Com o objetivo de contribuir com mais uma evidência para esse debate, o perfil ideológico do governador, medido por sua filiação partidária, será testado como uma variável que pode influenciar as decisões alocativas dos governos estaduais.

Para tanto, os partidos foram agrupados, de acordo com Melo (2000), em: direita, centro e esquerda. Como se trata de uma variável com três categorias, para sua inclusão no modelo de análise foi necessário transformá-la em duas variáveis indicadoras: *perfil 1* e *perfil 2*. O perfil de esquerda será tomado como referência. Ou seja, será testado se os partidos de centro e de direita diferenciam-se dos de esquerda. Assim, a variável *perfil 1* capta o efeito no percentual da receita aplicado na saúde quando se passa de um estado com governador de partido de esquerda para um estado com governador de partido de centro. Da mesma forma, a variável *perfil 2* capta o efeito no percentual da receita aplicado na saúde quando se passa de um estado com governador de partido de esquerda para um estado com governador de partido de direita.

1.3.3 Os efeitos das condições estruturais dos estados

A discussão teórica sobre os determinantes das políticas sociais aponta para a importância de considerar o contexto socioeconômico como um fator capaz de criar uma estrutura de oportunidades e/ou de restrições para as escolhas políticas (RIBEIRO, 2006).

Com relação especificamente aos gastos com saúde, os inúmeros estudos empíricos sobre seus determinantes apresentam resultados insatisfatórios, que têm gerado mais perguntas que respostas (GERDTHAM e JÖNSSON, 2000).

Para Gerdtham e Jönsson (2000), uma das dificuldades que tais análises enfrentam reside na fragilidade das bases teóricas dos determinantes dos gastos, o que resulta em insuficiente orientação para a escolha das variáveis e para a compreensão dos mecanismos causais envolvidos. Esses autores apontam, ainda,

problemas relacionados com a qualidade dos dados e com a falta de tratabilidade de variáveis explicativas relevantes, como fatores que têm dificultado o desenvolvimento dos estudos.

Entre as variáveis explicativas empregadas nos modelos, o efeito da estrutura etária da população – mais especificamente, o percentual da população com mais de 65 anos – tem sido recorrentemente testado, ainda que em estudos mais recentes esta variável tenha se mostrado pouco significativa.

Um resultado comum e extremamente robusto das comparações internacionais é que o efeito da renda *per capita* sobre o gasto é claramente positivo e significativo. Entre os aspectos institucionais, a existência de controle na porta de entrada do sistema (*gatekeepers*) resulta em menores gastos, assim como os sistemas em que há o reembolso pelo pagamento realizado.

Buscando contribuir para com essa literatura, Barros (1998) buscou identificar os determinantes do crescimento dos gastos com saúde em 24 países da OCDE a partir da comparação das décadas 1960–1970, 1970–1980 e 1980–1990. Os resultados mostraram que variáveis explicativas propostas, como a existência de *gatekeepers* e a idade da população, não conseguiram explicar as taxas de crescimento dos gastos com saúde, permanecendo o comportamento da trajetória dos países largamente não explicado e, portanto, como um desafio a ser perseguido.

No que se refere especificamente aos gastos públicos com saúde em países federativos, não foram encontrados estudos que pudessem iluminar a investigação proposta.

Isso posto, decidiu-se testar os efeitos das seguintes variáveis, que, acredita-se, possam diferenciar os estados em termos de suas condições estruturais: a)

capacidade de gasto; b) desempenho das bases econômica e tributária; c) comprometimento da receita com os gastos com pessoal; d) percentual da população com mais de 65 anos; e) percentual da população com menos de 1 ano; f) percentual da população entre 1 e 4 anos; e g) percentual da população urbana.

14

A capacidade de gasto, medida pela receita líquida per capita (receita de impostos e transferências constitucionais segundo a EC n. 29)¹⁵, permite comparar os estados em termos da disponibilidade total de recursos por habitante que dispõe o governador para fazer face às despesas. A escolha desse indicador apóia-se no argumento de que a disponibilidade de recursos afeta as capacidades decisória, financeira e administrativa dos estados (ARRETCHÉ, 2000; SOUZA, 2005).¹⁶ O pressuposto é o de que uma maior disponibilidade de recursos confere maior poder de manobra ao gestor para propor alterações no orçamento.

Os dados relativos à receita líquida foram coletados no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde, e estão disponíveis no *site* www.datasus.siops.gov.br. Os valores foram atualizados pelo Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio

¹⁴ Na primeira versão desta tese, o efeito da estrutura etária da população nos gastos com saúde foi testado utilizando-se apenas o percentual da população com mais de 65 anos. Agradeço o comentário de Magna Inácio, por ocasião da pré-defesa, de que no Brasil, diferentemente dos países desenvolvidos, seria importante testar o efeito da população com menos de 5 anos.

¹⁵ A receita líquida corresponde ao somatório das receitas estaduais que integram a base de cálculo para a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a EC n. 29. Também denominada de “receita vinculada”, é composta pelos impostos estaduais e pelas transferências constitucionais recebidas da União deduzida a parcela transferida aos municípios. São os seguintes os impostos estaduais: Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Transmissão “Causa *Mortis*” e Doação de Bens e Direitos (ITCMD). São as seguintes as receitas de transferências: Fundo de Participação dos Estados e do DF (FPE), Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI Exportação) e Lei Kandir (Lei Complementar n° 87/96).

¹⁶ Analisando os determinantes da descentralização das políticas sociais, Arretche (2000), concluiu que atributos estruturais como a capacidade fiscal, dentre outros, constituem variáveis capazes de interferir nas decisões dos gestores municipais, ainda que não sejam determinantes em si.

Vargas, e são apresentados a preços médios de 2004. Os valores *per capita* de cada ano foram obtidos a partir da divisão da receita líquida total de cada estado pela respectiva população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O desempenho das bases econômica e tributária dos estados será aferido por meio do indicador de desempenho tributário e econômico (IDTE). A partir da relação entre as receitas tributárias dos estados, oriundas, portanto, de sua base produtiva, e as receitas provenientes das transferências de Fundo de Participação dos Estados (FPE), que não guardam relação com a base econômica, esse indicador permite extrair conclusões sobre o estágio de desenvolvimento econômico e tributário dos estados (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1998).¹⁷ Os dados referentes à receita tributária e ao FPE foram extraídos da Execução Orçamentária dos Estados (1995-2006) disponível no *site* da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Fazenda: [http:// www.tesouro.fazenda.gov.br](http://www.tesouro.fazenda.gov.br).

É interessante perceber que esse indicador complementa as informações fornecidas pelo anterior (capacidade de gasto). Ou seja, enquanto este caracteriza os estados em termos da disponibilidade total de recursos por habitante, aquele permite inferências sobre a potencialidade de arrecadação da base econômica. Conforme já exposto, a capacidade de gasto dos estados, dadas as regras do federalismo fiscal brasileiro, não reflete, necessariamente, o potencial de suas bases econômica e tributária. A respeito da influência deste indicador nas escolhas dos governadores estaduais, argumenta-se que o nível de desenvolvimento econômico e

¹⁷ IDTE = receita tributária/transferência do FPE. IDTE < 1: O estado classifica-se entre os de baixo desempenho econômico e tributário, já que sua receita deriva, predominantemente, das transferências do FPE, que não são determinadas pela sua base econômica. IDTE > 1: O estado classifica-se entre os de maior desempenho econômico e tributário, cujo grau aumenta diretamente com a elevação do IDTE.

tributário é uma variável que tem repercussões no potencial de arrecadação dos governos e, conseqüentemente, pode conferir maior/menor poder de decisão aos governantes (ARRETCHE, 2000).

O comprometimento da receita com os gastos com pessoal será medido pela participação das despesas com pessoal na receita corrente líquida. A receita corrente líquida foi calculada de acordo com a definição da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).¹⁸ Ou seja, trata-se da receita corrente total dos estados, deduzidas as transferências constitucionais aos municípios. Os dados relativos à receita e à despesa com pessoal também foram extraídos da Execução Orçamentária dos Estados (1995-2006) disponível no *site* da STN. A escolha dessa variável justifica-se na medida em que a LRF estabelece limites máximos para os gastos com pessoal ativo e inativo, restringindo a autonomia dos entes governamentais para contratar funcionários. Ainda que se reconheça que pode haver crescimento dos gastos com saúde sem que se tenha, necessariamente, de aumentar os gastos com pessoal, argumenta-se que um elevado comprometimento da receita com pessoal pode dificultar, num curto período de tempo, a elevação das despesas com saúde. Basta lembrar que parcela preponderante dos gastos com pessoal diz respeito exatamente ao pagamento de servidores alocados nas áreas da Educação, Segurança e Saúde, conforme mostra a literatura. Ressalte-se que a posição dos estados no que diz respeito a esse indicador é bastante variável conforme será mostrado no capítulo 4, com vários estados situando-se acima dos limites estabelecidos pela LRF.

O efeito da estrutura etária da população será testado em sintonia com os estudos que vêm buscando detectar os determinantes do comportamento dos gastos com saúde na literatura internacional. O argumento é o de que a maior

¹⁸ Lei Complementar n. 101, de 04/05/2000 – ARTIGO 2, INCISO IV.

participação de pessoas com mais de 65 anos, com menos de 1 ano e com idade entre 1 e 4 anos na população total favorece o aumento dos gastos com saúde.

Por fim, será testado se a taxa de urbanização tem influência sobre a trajetória dos gastos. A hipótese é a de que maiores taxas estariam associadas a maiores gastos.

Explicitados os argumentos e apresentadas as variáveis e seus respectivos indicadores, a próxima seção apresenta as hipóteses que orientarão o estudo proposto.

1.4 Hipóteses

Para responder às indagações propostas, serão testadas quatro hipóteses.

a) Primeira hipótese:

A EC n. 29 influenciou as decisões alocativas dos governadores estaduais, que aumentaram o comprometimento de suas receitas com assistência à saúde.

Variável independente: EC n. 29 de 2000

Variável dependente: percentual da receita líquida aplicado na saúde pelos estados e pelo DF no período 1998 a 2004.

A definição do período de análise (1998 a 2004) justifica-se, no caso do último ano, pelo fato de ser esse o estipulado pela Emenda para os estados atingirem o percentual de 12% de suas receitas comprometido com as ações e os serviços de saúde. Além disso, quando da coleta dos dados, aqueles relativos aos anos mais recentes ou não haviam sido informados por todos os estados ou não tinham passado por um processo de consistência por parte do Siops. Já o ano de 1998 é o

primeiro com dados sistematizados para todos os estados que seguiram um padrão de coleta e de consistência (FAVERET, 2000).

Os dados têm por fonte o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

b) Segunda hipótese:

Como resultado do aumento dos percentuais da receita líquida vinculados à saúde, os valores dos gastos dos estados e do DF com saúde aumentaram. Dado que as vinculações tendem a reproduzir as diferenças na capacidade de gasto, as diferenças entre os estados no tocante ao gasto per capita tendem a permanecer.

Variável independente: percentual da receita líquida aplicado na saúde por estados e municípios no período de 1998 a 2004.

Variável dependente: gasto com saúde *per capita* de estados e do DF no período 1998 a 2004.

c) Terceira hipótese:

Os efeitos da EC n. 29 sobre as decisões alocativas dos governadores estaduais decorrem de sua interação com fatores de ordem contextual. Ou seja, contextos distintos podem afetar de modo diverso o comportamento desses atores no que se refere ao gasto com saúde.

Argumenta-se que as escolhas dos governadores, no que diz respeito ao percentual da receita líquida aplicado na saúde, são condicionadas:

a) pelo comprometimento prévio da receita dos estados e do DF com as ações de saúde. Quanto maior o comprometimento prévio de recursos próprios dos estados e do DF com as ações de saúde, maior a possibilidade de cumprir a Emenda.

b) pelas características estruturais dos estados, como a capacidade de gasto, o desempenho tributário e econômico, o percentual da população com mais de 65

anos, o percentual da população com menos de 1 ano, o percentual da população com idade entre 1 e 4 anos, a taxa de urbanização e o comprometimento da receita com o gasto com pessoal. Espera-se que o efeito das quatro primeiras variáveis seja positivo e da última, negativo.

c) por fatores de natureza política, como o perfil do partido do governador. Ainda que a literatura sugira que as escolhas alocativas dos gestores não guardam relação significativa com as siglas partidárias, será testado se o comportamento dos governadores de partidos de esquerda se diferencia daquele de partidos de centro e de direita.

Variável dependente: percentual da receita líquida aplicado na saúde pelos estados e pelo DF no período de 1998 a 2004.

Variáveis independentes:

a) Comprometimento prévio da receita líquida com a saúde dos estados e do DF no período anterior à EC n. 29.

b) Perfil ideológico do partido do governador. Foram definidos, de acordo com Melo (2000), como partidos de esquerda: PT, PDT, PSB, PC do B, PPS e PV; como de centro: PMDB e PSDB; e como de direita: PFL, PPB, PTB e PL. As pequenas legendas também foram consideradas e agrupadas segundo o mesmo critério.

c) Capacidade de gasto dos estados e do DF.

d) Desempenho das bases econômica e tributária dos estados e do DF.

e) Situação dos estados e do DF no que diz respeito ao comprometimento da receita corrente líquida com os gastos com pessoal.

f) Percentual da população com mais de 65 anos.

g) Percentual da população com menos de 1 ano.

h) Percentual da população entre 1 e 4 anos.

i) Percentual da população urbana.

d) Quarta hipótese:

A EC n. 29 promoverá uma alteração na participação relativa dos entes federativos no total dos gastos públicos com saúde. Em razão das exigências da Emenda e da situação prévia das três esferas de governo no tocante ao comprometimento de recursos próprios com as ações e serviços de saúde, espera-se que os gastos dos estados sejam os mais afetados e que haja um aumento relativo na participação da esfera estadual.

Variável independente: EC n. 29 de 2000

Variáveis dependentes: participação de cada esfera de governo no financiamento do SUS no período 1998-2004.

1.5 Método de análise

A verificação empírica dos efeitos da EC n. 29 será objeto do capítulo 4. Num primeiro momento, será feita uma análise descritiva da evolução dos gastos dos estados com saúde, buscando comparar os períodos 1998–2000 (antes da Emenda) e 2001–2004 (depois da Emenda). Cabe esclarecer que, como a Emenda foi promulgada no final de 2000, não havia mais tempo para suplementações substanciais nos orçamentos. Com base nisso, considerou-se que ela passou a afetar o comportamento dos entes federativos, de fato, a partir de 2001. Este pressuposto está em sintonia com o que foi colocado por Faveret (2002; 2003). Segundo essa autora, o período de vigência constituiu um dos aspectos de maior consenso, desde quando se iniciaram as discussões, visando subsidiar a sua implementação e regulamentação. Embora, por ser auto-aplicável, já devesse

vigorar em 2000, acordou-se sua vigência a partir do ano de 2001, em função da mencionada dificuldade em providenciar as suplementações nos orçamentos.

Os objetivos desta primeira etapa da análise serão: a) examinar em que medida as administrações estaduais diferenciam-se no tocante à implementação da EC n. 29; b) comparar as trajetórias dos estados antes e depois da aprovação da Emenda em termos do percentual da receita líquida aplicada na saúde; c) verificar o efeito do ponto de partida sobre as possibilidades de cumprimento da EC n. 29; e d) verificar a segunda hipótese, buscando-se comparar o valor do gasto per capita de estados e do DF com saúde antes e após a EC n. 29.

Numa segunda etapa, serão testadas a primeira e a terceira hipóteses. Para tanto, será ajustado um modelo de regressão. Para a verificação da quarta hipótese, será comparada a participação dos gastos das três esferas de governo com saúde antes e após a EC n. 29. O capítulo 4 abordará, ainda, a questão dos registros contábeis dos gastos com saúde dos estados.

Por fim, vale lembrar que os capítulos 2 e 3 objetivam contextualizar a análise dos efeitos da EC n. 29 nas decisões alocativas dos governadores relativas aos gastos com saúde. Para tanto, o capítulo 2 demonstrará como a interação entre as regras da descentralização da política de saúde e determinadas condições postas pelo redesenho do federalismo brasileiro vão contribuir para o relativo afastamento da esfera estadual e para a redução de sua participação no total do gasto público com saúde. O capítulo 3 abordará as origens, o desenho e os percalços enfrentados pela EC n. 29 ao longo de sua implementação e das tentativas de regulamentação.

2 O APARATO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E AS RELAÇÕES ENTRE AS ESFERAS DE GOVERNO NA DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO PAÍS

Este capítulo aborda o aparato institucional que deu suporte à descentralização da política de assistência à saúde no País, buscando apontar seus efeitos no comportamento dos representantes das esferas subnacionais e nas relações intergovernamentais envolvidas na implementação do SUS. Se as dificuldades enfrentadas pelo financiamento federal constituíram uma das motivações da EC n. 29, conforme será mostrado no capítulo seguinte, procurar-se-á explicitar aqui por que a defesa da vinculação de recursos para a saúde visou garantir também um maior comprometimento das esferas subnacionais – em particular, os estados – para com o financiamento do SUS. Não se trata, portanto, de simplesmente reconstituir o processo de descentralização, mas, antes, chamar a atenção para as suas conseqüências políticas e demonstrar como elas configuraram os interesses dos gestores subnacionais, definiram suas estratégias políticas e favoreceram o desenvolvimento de determinados comportamentos. Para tanto, será mostrado como a interação entre as regras de implementação do SUS e determinadas condições postas pelo redesenho do federalismo brasileiro contribuiu para o relativo afastamento da esfera estadual e para a redução de sua participação no total do gasto público com saúde, contrariamente ao que se observou no caso dos municípios.

2.1 Antecedentes da descentralização da assistência à saúde

O termo *descentralização* passa a ser utilizado de modo mais recorrente, no plano nacional, no final da década de 1970, no bojo das reivindicações do “movimento municipalista” por maior participação no “bolo” tributário e por maior

autonomia nas decisões sobre o gasto e a organização administrativa (ELIAS, 1996). Utilizando-se de um discurso que associava de modo automático centralização e autoritarismo, a discussão da autonomia político-administrativa passava ao largo de questões como a capacidade de gestão autônoma dos municípios em termos de recursos próprios, financeiros e administrativos. Para esses atores, a descentralização era uma meta a ser atingida, a qual visava, principalmente, “à possibilidade de gerir recursos da União com independência [...]” (GERSCHMAN, 1995, p. 133).

Com relação, especificamente, ao setor da Saúde, a compreensão dos rumos da descentralização requer que se considere que no início da década de 1980, num contexto de crise econômica e política do Estado autoritário e do modelo dominante de atenção à saúde em particular, dois grupos de atores portadores de ideologias, interesses e projetos “político-sanitários” distintos posicionavam-se na arena sanitária.¹⁹ Um deles, representando os interesses do complexo médico-sanitário, propunha uma “reciclagem” do modelo vigente, a partir da modernização da máquina previdenciária, conformando um “projeto político-sanitário liberal”. O outro propunha uma mudança radical no modelo assistencial: a reforma sanitária (MENDES, 1993).

¹⁹ O modelo dominante de atenção à saúde no País, que entra em crise no final dos anos 70, caracterizava-se pela dicotomia entre ações coletivas de saúde e assistência médica individual. As primeiras (epidemiologia, controle sanitário, elaboração de planos e normas para a saúde da população) eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, diretamente ou indiretamente, por meio das secretarias estaduais de saúde. O atendimento médico individualizado cabia ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), mais especificamente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ao vincular a assistência médica à previdência, parcela expressiva da população ficava excluída da atenção. Tendo o Estado como o grande financiador, este modelo priorizava as ações curativas, direcionando um volume muito maior de recursos ao sistema previdenciário, relativamente às ações coletivas e também à compra de serviços de prestadores privados, lucrativo ou não, desde a década de 60, fragilizando o setor público (Cohn, 1996, p. 4).

Em ambos os projetos, a descentralização foi colocada como estratégia para operacionalizar as mudanças, mas a sua defesa se fazia a partir de perspectivas distintas. No primeiro caso, a descentralização era defendida, em sintonia com o receituário neoliberal da reforma do Estado nos anos 80, como medida racionalizadora. Para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS), ator principal na luta pela reformulação do sistema de saúde, a descentralização constituía uma das estratégias da democratização e de valorização do espaço público, “[...] assumindo nesse caso, valores políticos finalísticos, tais como a universalização, a equidade, o controle social²⁰” (TEIXEIRA, 1987, p. 98).

O MRS, que teve sua origem na academia, como forma de resistência à ditadura e à mercantilização da saúde, fortaleceu-se a partir de meados da década de 1970, quando teve início o processo de distensão política. Para os seus militantes, a democratização do País passava pela democratização da saúde. Utilizando-se de diversas estratégias para difundir sua proposta reformadora, que incluíam a produção acadêmica e a realização de projetos experimentais, o MRS chegou, no início dos anos 80, com um “projeto técnico-político claramente formulado em torno de um conjunto de diretrizes e princípios organizativos de um sistema público, universal e integral de atenção à saúde” (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1989, p. 205).

Ao longo de sua trajetória, o MRS recebeu apoio de segmentos da burocracia que também discordavam do modelo assistencial vigente e, nos anos 80, do Movimento Municipalista da Saúde, constituído pelos secretários e técnicos

²⁰ O termo “controle social” tem sido recorrentemente utilizado em substituição a “controle público” ainda que tenham sentidos completamente distintos. O primeiro constitui um conceito seminal da sociologia e diz respeito ao controle que a sociedade exerce sobre os indivíduos. O controle público diz respeito ao controle dos cidadãos sobre os atos de seus governantes.

municipais de saúde, que passaram a ter papel proeminente na definição dos rumos da Reforma Sanitária.

O Movimento Municipalista da Saúde, encampando as reivindicações do “Movimento Municipalista” por maior autonomia política, financeira e administrativa, passou a defender que a reformulação da política de saúde deveria contemplar também maior liberdade para as esferas locais na formulação das políticas de abrangência municipal e maior participação no bolo tributário.

Merece registro que, em meados da década de 1970, alguns governos municipais da oposição iniciaram experiências inovadoras de organização dos serviços de saúde, ocupando “espaços vazios deixados por outras esferas de governo” (NEVES, 1987, *apud* MULLER NETO, 1991). No final dos anos 70, essas experiências, assim como outras de âmbito local, ainda que não necessariamente de iniciativa dos governos municipais²¹, passaram a ser divulgadas e discutidas em encontros de secretários municipais de Saúde, os quais estimularam a criação, mais tarde, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde.

Em 1979, outro episódio contribuiu para a defesa da descentralização da política de saúde: o *1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde*, na Câmara dos Deputados. Nesse evento, foi apresentado o documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) contendo uma síntese das propostas do Movimento Sanitário. Entre elas, cabe destacar a de que o sistema de saúde deveria ser estruturado de modo descentralizado, “articulando sua organização com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal [...]” (MULLER NETO, 1991, p. 60).

²¹ Entre essas experiências, destacam-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Projeto Montes Claros. A criação do PIASS pode ser considerada um primeiro sinal de mudança do modelo de atenção à saúde no Brasil na direção da universalização.

Na década de 1980, diante da crise financeira da previdência²² e, no seu interior, do modelo de atenção à saúde vigente, a reforma da política de saúde e a descentralização, em particular, foram favorecidas pelas “*estratégias racionalizadoras*” (grifo no original) implementadas (VIANNA, 2000, p. 8).

Embora orientadas para a redução de custos, tais estratégias refletiram as mudanças na correlação das forças políticas favorecidas pelo processo de abertura, principalmente a partir de 1982, quando a oposição saiu vitoriosa nas eleições estaduais para governadores em importantes estados, passando, ainda, a deter quase a maioria das cadeiras na Câmara dos Deputados. O resultado de tais eleições acarretou um deslocamento efetivo de poder político das elites federais para as estaduais e regionais, que passaram a pressionar por medidas descentralizadoras (ABRÚCIO, 1998). Dentre elas, cabe mencionar a Emenda Constitucional 23 (Passos Porto), de dezembro de 1983, considerada uma vitória dos governadores, que se constituiu num passo importante do processo de descentralização fiscal que a Constituição de 1988 iria consolidar.

O processo de abertura teve conseqüências importantes para os rumos da descentralização da política da saúde, tanto pela constituição de novos atores quanto pela possibilidade de uma maior participação dos já existentes. Com relação ao primeiro aspecto, merece registro a iniciativa dos secretários estaduais de saúde de criarem, em fevereiro de 1982, uma entidade – o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) –, por meio da qual buscaram se fortalecer nas negociações com o governo federal.

²² A grave crise econômica que o País enfrentou a partir do final dos anos de 1970 comprometeu enormemente o financiamento do sistema de proteção social, dependente, principalmente, das contribuições sociais sobre a folha de salários.

Também como consequência da abertura política, o Movimento Sanitário passou a ocupar postos no aparelho do Estado e, com isso, a influenciar no desenho das políticas de saúde e a impulsionar a

atenção à saúde em escala nacional. Em que pese a forte resistência por parte de segmentos daquela instituição, a presença de integrantes do MRS na tecnoburocracia federal impulsionou o processo, tendo as AIS sido implantadas em todos os estados e em cerca de dois mil municípios.

Ao estimular uma maior utilização das redes públicas municipais e estaduais, as AIS acarretaram o aumento dos recursos transferidos pelo Governo Federal aos governos subnacionais (VIANNA, 2000; COSTA, 1996). Ainda que o repasse desses recursos tivesse como critério o pagamento por produção de serviços, igualando as esferas subnacionais aos prestadores privados, e que, portanto, a descentralização de recursos não tenha significado autonomia decisória na sua alocação, as transferências federais fortaleceram os governadores e os secretários estaduais de saúde.²⁶

A implantação das AIS, que foi acompanhada da criação de estruturas de gestão colegiada²⁷, de modo a favorecer as relações entre as esferas de governo, deve ser entendida como uma resposta tanto à necessidade de contenção de gastos quanto às demandas das elites políticas regionais e locais por maior participação nos recursos e nas decisões.

Merece registro o fato de que durante as AIS alguns governos municipais buscaram aperfeiçoar suas atividades, tendo conseguido garantir repasses financeiros com base não mais nos atos médicos, mas na capacidade de atendimento, o que lhes permitiu equipar as unidades sob sua gestão. Para Muller

²⁶ Entre 1981 e 1987, a participação dos estados e municípios nas despesas com assistência médica do Inamps passou de 5,7% para 30,4%.

²⁷ A implantação das AIS previa a criação, em cada estado, de uma Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), presidida pelo secretário estadual de Saúde e composta pelo Superintendente do INAPMS, pelo Delegado Federal de saúde (MS) e, quando for o caso, do Diretor do Hospital Universitário. Foram previstas também comissões similares microrregionais e municipais. Foi prevista também a participação de representação, ainda que minoritária, dos usuários e do setor privado (VIANNA, 2000).

Neto (1991, p. 61), “um dos maiores méritos das AIS foi o de constituírem oportunidade ímpar para que os municípios desfizessem o mito da incompetência congênita, que dificultava as propostas descentralizadoras”.

Um marco significativo do processo da Reforma Sanitária foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)²⁸ em 1986. Impulsionada pelo processo de transição democrática, essa Conferência difere das demais não apenas pelo número expressivo de participantes como pelo fato de ter sido precedida por conferências no âmbito dos estados e dos municípios.

Como fruto das discussões, a descentralização foi colocada como um dos pré-requisitos para a mudança do padrão histórico de intervenção governamental na área da assistência à saúde, tendo sido aprovado que “[...] o SUS deve reforçar o poder político, administrativo e financeiro dos Estados e municípios”. No entanto, embora também constasse dos *Anais da VIII Conferência* que a construção de um projeto nacional de Reforma Sanitária deveria enfrentar os conflitos de ordem federativa, a questão da descentralização não foi discutida em profundidade, mas defendida em “[...] contraposição à lógica centralizadora adotada pelo regime militar” (NASCIMENTO, 2000, p. 71).

O número reduzido de representantes do Poder Público municipal, previamente estabelecido pela Comissão Organizadora da VIII Conferência, é revelador de que a definição dos rumos da descentralização era um problema de ação coletiva ainda não resolvido *intra* Movimento Sanitário (GOULART, 1996, *apud* NASCIMENTO, 2000). Nesse sentido, “[...] a luta pela municipalização foi travada também dentro da VIII Conferência”, que marcou, dessa forma, “[...] um ponto de

²⁸ As Conferências de Saúde têm sua origem na lei 378, de 13 de janeiro de 1937, promulgada por Getúlio Vargas. A primeira ocorreu em 1941, e as seguintes em 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1980, 1986, 1992, 1996, 2000, 2003 e 2007. Fóruns principalmente de discussões técnicas, passaram a ter conotações políticas importantes, a partir da 8ª Conferência realizada em 1986.

inflexão no Movimento Municipalista da Saúde a partir da autopercepção da necessidade premente de organizar-se para poder ser interlocutor no processo de mudança do setor saúde” (MULLER NETO, 1991, p. 61).

Em 1987, por iniciativa do Ministério da Previdência, presidido então por Hésio Cordeiro de Albuquerque, um membro histórico do Movimento Sanitário, foi implantado o Sistema Unificado de Saúde (SUDS), num contexto marcado pela força política dos governadores eleitos e em início de mandato *vis-à-vis* a fragilidade do governo Sarney.²⁹ Para Arouca (1992, *apud* PEREIRA, 1996), o SUDS representou uma última tentativa de sobrevivência do Inamps, e diferenciou-se das AIS principalmente pela estratégia de fortalecimento das funções gestoras das instâncias estaduais. Na vigência do SUDS, a descentralização caracterizou-se pela “estadualização da política de saúde”, passando as secretarias estaduais a absorver funções antes desempenhadas pelo Inamps (VIANA, 1995).

Por meio da celebração de convênios entre os governos estaduais e o Governo Federal (Inamps), as unidades de serviço do Inamps foram transferidas para as secretarias estaduais, assim como a gestão dos serviços contratados e conveniados com os setores público e privado.

A transferência do poder sobre os recursos da esfera federal (Inamps) para a estadual (governadores) representou, sem dúvida, uma mudança institucional importante no processo de descentralização, acarretando profunda desarticulação nos interesses organizados no setor Saúde.

Ainda que o controle sobre os recursos financeiros, dada a modalidade de repasse via convênio, tenha permanecido no âmbito da esfera federal, mais concretamente no Inamps, houve resistências por parte de sua burocracia, que se

²⁹ Decreto 94.657 de 1987.

sentiu ameaçada, e do setor privado contratado, que passou a ter de negociar individualmente com as secretarias estaduais e municipais, ao invés de diretamente com o Inamps.

O SUDS se tornou alvo de críticas também por parte da ala mais à esquerda do Movimento Sanitário e do movimento municipalista, que viam nele uma política conciliadora do Governo Federal para com os governos estaduais (MENDES, 1996). Com relação a esse último aspecto, refletindo a força política dos governadores, as regras do SUDS concederam aos estados, relativamente à esfera municipal, maior poder sobre os recursos federais, abrindo espaço para a ocorrência de ações clientelísticas de municipalização seletiva (MENDES, 1993).

Como reflexo das resistências enfrentadas, o SUDS assumiu feições diferenciadas em cada estado e só teve resultados efetivos naqueles em que houve comprometimento dos dirigentes locais com as mudanças preconizadas por ele.

Dados os objetivos deste capítulo, é importante chamar a atenção, nos termos colocados por Menicucci (2003), para as “conseqüências políticas da política de saúde” no Sistema Unificado de Saúde (SUDS). Como nas AIS, o aumento das transferências federais, além de estimular a competição entre os atores governamentais subnacionais, permitiu que os secretários municipais e estaduais de saúde aderissem à esses programas na condição de *free riders* na medida em que “[...] o ônus contábil e institucional da ampliação do direito à saúde permaneceu, até o início dos anos 90, por conta do fundo previdenciário” (COSTA, 1996, p. 490).

Com relação especificamente aos governadores, interessa ressaltar o comportamento estimulado pelo SUDS, que foi o de governar com recursos da União e de reduzir os gastos em saúde com recursos próprios (MENDES, 1996). Ao mostrar-se de difícil reversão, num contexto de agravamento do quadro fiscal dos

estados, tal tendência contribuirá para a crise de financiamento que o SUS enfrentará.

Cabe registrar que, em 1987, enquanto tinha início a implantação do SUDS pelo Executivo, no Legislativo, no âmbito do processo constituinte, era travada uma disputa com o objetivo de incluir na nova Carta Federal os princípios da Reforma Sanitária, sintetizados no relatório da 8ª CNS.

Por fim, deve-se mencionar que as mudanças na política de saúde ao longo da década de 1980 se inserem num contexto no qual, enquanto a União perdia legitimidade e recursos, as esferas subnacionais – em especial, os

(art. 23). Também foi definido que compete à União, Estados e Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a proteção da saúde (art. 24).³² A competência pela prestação dos serviços foi atribuída aos municípios, mediante cooperação técnica e financeira promovida pela União e dos estados (art. 30).

A CF/88 especifica ainda o acesso à saúde como um direito inerente à cidadania (artigo 196) e que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, o SUS, organizado segundo as diretrizes da descentralização, com mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (art. 198). Ao eleger a descentralização – de corte municipalizante – como um dos princípios organizacionais do SUS, mas estruturar a prestação dos serviços, segundo níveis de atenção, a partir de uma rede integrada e hierarquizada de serviços públicos³³, a CF/88 buscou enfrentar o fato de que muitas das questões de saúde não podem ser resolvidas no âmbito municipal.

Ainda que a CF/88 tenha definido que as responsabilidades no âmbito do SUS devam ser compartilhadas entre as três esferas de governo, há um consenso na literatura de que a distribuição de atribuições mostrou-se imprecisa, não tendo

³² A Constituição Federal de 1988 estabelece diferentes formas de distribuição de competências entre os entes federados. As competências materiais (de implementação de políticas) podem ser exclusivas ou indelegáveis e comuns ou cumulativas. Quanto à competência legislativa (para o estabelecimento de normas), elas podem ser exclusivas (artigos 25 e 30), privativas e concorrentes. Quando a competência de legislar for concorrente, à União compete definir as normas gerais. Vianna (2000) chama a atenção para o fato de que, na prática, nem sempre é fácil precisar o que vem a ser “normas gerais”. A competência material com relação à saúde é comum e a legislativa é concorrente.

³³ Os serviços de saúde estruturam-se, de forma hierarquizada, por níveis de atenção que variam segundo suas respectivas densidades tecnológicas. Se a atenção primária deve ser prestada o mais descentralizadamente possível, os níveis secundário e terciário organizam-se obedecendo aos princípios de disponibilidade de recursos e de economia de escala. Dessa forma, a par de organizar as unidades de saúde de forma escalar, há que distribuí-las adequadamente no espaço, a fim de aumentar sua produtividade. [...] Daí o embricamento entre territorialização e hierarquização” (MENDES, 1998, p. 33).

sido estabelecidos critérios para tanto (SANTOS, 1994; MÉDICI, 1994; VIANNA, 2000).

Essa imprecisão do compromisso federativo, expressando um problema político de pactuar competências, não é desprovida de motivos e de escolhas que, de fato, foram feitas. O texto constitucional reflete o acordo possível naquele momento entre interesses conflitantes, que voltaram a manifestar-se no momento da regulamentação e da implantação do SUS.

Como argumentado no capítulo 1, num contexto federativo a divisão de responsabilidades requer a existência de regras e instrumentos capazes de administrar o jogo de interesses e que favoreçam a ação coordenada das diferentes esferas de governo. No entanto, ainda que subjacente à sua concepção esteja o pressuposto de um federalismo cooperativo, o SUS ressentiu-se, conforme se procurará mostrar, de um arcabouço institucional que pudesse favorecer um melhor equilíbrio entre as instâncias de governo. Como consequência, a arquitetura prevista pela CF/88 ficou comprometida, o que repercutiu negativamente nas possibilidades de garantir-se a cooperação entre as esferas de governo na execução de serviços e na alocação de recursos.

Reconstituindo o processo constituinte, Vianna (2000) sustenta que, ao resultar na municipalização do atendimento à saúde, o modelo do SUS significou uma “radicalização” da proposta que vinha sendo defendida pelo Movimento Sanitário, decorrente da forte pressão dos secretários municipais de saúde sobre os congressistas, num momento de fragilidade do Governo Federal. Deve-se mencionar que, visando aumentar seu poder de pressão, esses secretários criaram o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), em fevereiro de 1988.

De acordo com esse autor, a proposta elaborada pela Subcomissão dos Municípios e Regiões atribuía ao município responsabilidade apenas sobre a atenção primária. Embora esse entendimento tenha sido mantido na Comissão de Organização do Estado, nos anteprojetos e no Projeto de Constituição, a competência municipal foi ampliada na versão definitiva do texto constitucional para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento de saúde à população” (artigo 30).

A municipalização constituiu, na verdade, um dos efeitos não desejados da Reforma Sanitária.

“[...] a reforma sanitária não é uma reforma municipalista; ela fala de descentralização, e não de municipalização. Imaginar que o sistema é municipalista é um grande equívoco. Esta idéia ganhou força porque os estados saíram da luta, vindo a crescer a linha da municipalização como se fosse o caminho. Se for municipalização, o sistema vai ser tão incompetente como o centralizado” (AROUCA, entrevista, 1993, *apud* PEREIRA, 1996, p. 469).

Uma vez promulgada a Constituição, discutiu-se no Congresso a Lei Orgânica da Saúde (LOS). A partir de um esforço para tornar a saúde uma questão suprapartidária, ela foi aprovada em duas etapas (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990).³⁴

Embora tenha resolvido certas omissões da Constituição, para uma corrente de autores a LOS ainda se mostrou vaga no que diz respeito à definição das competências e à origem dos recursos financeiros na gestão do SUS (VIANNA; PIOLA, 1994).

De fato, na seção relativa ao financiamento do SUS, a Lei n. 8.080 só estabelece que o “orçamento da Seguridade Social destinará ao SUS, [...] os

³⁴ A lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Devido a vetos presidenciais no texto desta Lei foi necessária a Lei 8.142 para regulamentar a participação da comunidade na gestão do sistema, bem como as transferências inter-governamentais de recursos financeiros. Tais vetos disseram respeito, principalmente, às transferências fundo-a-fundo, que acabavam com os obstáculos às transferências de recursos financeiros do Governo Federal aos governos subnacionais, e à participação da comunidade.

recursos *necessários* à realização de suas finalidades” (art. 31) (grifo da autora). Na parte referente à gestão financeira do SUS, faz-se referência apenas aos recursos do orçamento da Seguridade Social e de outros orçamentos da União (art. 33). Se a participação da União foi feita de forma vaga, a das esferas subnacionais sequer foi mencionada. A esse respeito, ressalte-se que na seção referente às competências da esfera estadual é definido que ela deverá “prestar apoio técnico e financeiro aos municípios” (art. 17).

Quanto à lei 8.142, que trata das transferências federais às esferas subnacionais, ela se limitou a condicionar os repasses à existência de contrapartida de recursos para a saúde nos respectivos orçamentos, assim como, entre outros aspectos, à criação de fundos e de Conselhos de Saúde. Esta lei estabeleceu ainda que os recursos federais deveriam ser depositados no Fundo Nacional de Saúde e transferidos às esferas subnacionais de modo regular e automático, segundo os critérios previstos no art. 35 da lei 8.080, e que enquanto este artigo não fosse regulamentado o repasse de recursos deveria ser feito exclusivamente pelo critério populacional.³⁵

Dois fatores principais iriam influenciar os rumos do SUS: primeiro, o fato de o Movimento da Reforma Sanitária, propriamente dito, ter perdido fôlego após a promulgação da CF/88; segundo, o agravamento da crise fiscal do País. A conjuntura de crise, aliada às indefinições acerca do financiamento, fez com que essa questão passasse a sobrepor a todas as demais, condicionando a relação entre as esferas de governo, que passaram a competir por recursos dentro e fora do setor saúde.

³⁵ Os critérios definidos pelo art. 35, nunca regulamentado, são os seguintes: 50% com base na população e o restante de acordo com os perfis demográfico e epidemiológico da população; capacidade física da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; e níveis de participação do setor nos orçamentos estaduais e municipais.

2.2.1 As normas operacionais do SUS

A partir das determinações contidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, a institucionalização da descentralização da assistência à saúde passou a ocorrer, principalmente, por meio de normas operacionais (NOBs).

Elaboradas pelo Executivo, que passa a ser a arena principal para a formulação e negociação das regras relativas à implementação do SUS, as NOBs são transitórias, na medida em que a edição de uma nova norma anula a anterior. Já foram instituídas as seguintes normas operacionais: NOB/91, NOB 01/92, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, NOAS-SUS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002. Dados os objetivos do capítulo, as duas últimas, editadas já na vigência da EC n. 29, não serão discutidas.

Enquanto a primeira norma (NOB 91) foi elaborada exclusivamente por atores do Executivo federal, as demais contaram com a participação de representantes das esferas subnacionais de governo. Tais processos caracterizaram-se por uma acirrada disputa, na medida em que deveriam enfrentar questões relacionadas à autonomia dos entes federados, e à possibilidade de cooperação e de coordenação intergovernamental.

A análise do processo de implementação do SUS estruturado por tais normas visa demonstrar que ainda que tenham sido eficientes em incentivar uma descentralização “radical” da política de saúde, suas regras induziram antes o comportamento *free-rider* do que o engajamento dos governadores ao SUS.

a) Norma operacional de 1991 (NOB 91)

A NOB 91, editada ainda pela presidência do Inamps³⁶, tratou da política de financiamento do SUS.³⁷ A respeito das regras introduzidas por esta norma, destacam-se, a seguir, aquelas relacionadas aos objetivos desta tese.

Como ponto de partida, deve-se colocar que esta norma definiu, basicamente, as regras para a divisão de recursos do Inamps, não fazendo referência aos recursos orçamentários do Ministério da Saúde. A contrapartida de recursos dos orçamentos das esferas subnacionais, no entanto, foi prevista, tendo sido definido, nas Disposições Gerais, que os governos estaduais e os municipais deveriam alocar pelo menos 10% de seu orçamento na área da Saúde.

É interessante perceber que o fato de a vinculação de percentuais do orçamento fiscal da União para a saúde não ter sido instituído nessa primeira norma do SUS, já sinalizava para um problema que não foi equacionado nem pela EC n. 29, quase dez anos depois. Na medida em que foi fruto de uma decisão unilateral do Governo Federal, a vinculação de recursos das esferas subnacionais, por sua vez, constituiu apenas mais uma regra não cumprida.

Para viabilizar o repasse dos recursos do Inamps a estados e municípios, a NOB 91 definiu o convênio com base nos procedimentos realizados.³⁸

³⁶ Naquele momento, o Inamps já havia sido transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. A transferência ocorreu por meio do Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990, que representou mais um passo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do SUS.

³⁷ A NOB 91 foi publicada em anexo à Resolução 258, de 07/01/1991.

³⁸ Foram previstas modalidades distintas de pagamento para os procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Os serviços ambulatoriais realizados por prestadores públicos e privados seriam pagos pelo Inamps, por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA – SUS), que seria implementado a partir de fevereiro de 1991, tendo sido instituído para tanto a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), cujo valor seria fixado por meio de resolução do presidente do Inamps. O montante de recursos a ser transferido a estados e municípios, até que fosse regulamentado a art. 35 da Lei 8.080/90, resultaria da multiplicação do valor da UCA pela sua população. A Portaria 20,

Constata-se, portanto, que, na medida em que os recursos federais seriam repassados, basicamente, mediante a prestação de serviços oferecidos, em princípio, pelos municípios, os estados foram praticamente excluídos dessa nova modalidade de relacionamento com a União. Rompendo com o modelo de descentralização na vigência do SUDS, foi previsto apenas que os estados deveriam dar apoio técnico aos municípios para que pudessem cumprir os requisitos entre os quais a constituição do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo de Saúde. Somente os recursos referentes aos municípios que não atendessem aos critérios estabelecidos seriam repassados às secretarias estaduais que se tornariam transitoriamente responsáveis pela adoção de critérios próprios de distribuição.

A possibilidade de os municípios poderem firmar convênios com o MS/Inamps com pouca interferência da esfera estadual representou, por sua vez, uma restrição ao poder dessa esfera de coordenar a construção de uma rede de serviços a partir da articulação dos sistemas municipais. Portanto, apesar de ter sido ressaltado que essa norma buscava reforçar o gestor estadual no seu papel de coordenador das ações na sua esfera de atuação, não houve correspondência entre o discurso e os procedimentos criados.

Essa modalidade de “pagamento por produção” mediante convênio foi questionada sob diversos aspectos. Em primeiro lugar, esse mecanismo teve sua legitimidade contestada por ir de encontro às diretrizes da Lei Orgânica, que

publicada um dia após a edição da NOB 91, classificou os estados em seis grupos, tendo por base os valores históricos da produção ambulatorial. A cada um correspondeu um diferente valor de UCA, variando de Cr\$ 1 200,00, para os estados da região Norte, a Cr\$ 3 200,00, para o estado de São Paulo (OLIVEIRA JÚNIOR, 1999).

O pagamento dos procedimentos hospitalares aos prestadores públicos e privados se daria por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), sob a forma de Autorização para Internação Hospitalar (AIH). O quantitativo de AIH (em termos de número e não de valor) de cada unidade executora seria proporcional à população, devendo ser observado o perfil epidemiológico e a complexidade da rede. Às secretarias de saúde de cada estado caberia distribuí-las entre os municípios e demais prestadores.

estabeleceu o repasse regular e automático de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais de saúde (FES e FMS). Ainda que a escolha desse instrumento tenha sido justificada pela não regulamentação do artigo dessa Lei que dispõe sobre os critérios de transferência, ele foi considerado uma decisão centralizadora e ilegal do Inamps que buscou garantir para si o poder de contratar e de pagar.

Em segundo lugar, ao condicionar a transferência de recursos à realização de determinados serviços, a norma interferiu na autonomia de os gestores subnacionais de fazerem escolhas relativas à condução dos sistemas de saúde pautadas nas prioridades apontadas nos seus Planos de Saúde.

Em terceiro lugar, o pagamento por produção determinou uma alocação de recursos segundo a capacidade instalada, ou seja, segundo a capacidade de oferta e não de acordo com as necessidades da população. Ao favorecer um modelo de assistência no qual os sistemas municipais são “avaliados” pela quantidade de serviços, estimulou-se a concorrência entre municípios, além de reforçar as desigualdades existentes na distribuição dos serviços de saúde no País.

Em quarto lugar, às esferas subnacionais foi concedido o mesmo tratamento dado pelo Inamps aos prestadores privados. A esse respeito, observa-se que, ao preservarem-se as competências e atividades do Inamps, preservaram-se também a sua lógica de financiamento e a de alocação de recursos financeiros.

Apesar das inúmeras críticas feitas à NOB 91, os atores do nível municipal a apoiaram na medida em que suas regras possibilitavam-lhes receber recursos diretamente da esfera federal, sem intermediação da esfera estadual (MENDES, 2001 e LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Portanto, apesar de concentrar autoridade no governo federal, a NOB 91 propiciou o engajamento dos gestores

municipais do nível municipal na construção do SUS. Já aos governos estaduais, empenhados em manter o controle dos recursos financeiros e políticos até então canalizados para sua esfera de atuação por meio das AIS e do SUDS, não interessava esse padrão de descentralização de corte municipalizante. Como conseqüência, de uma maneira geral, eles atuaram no sentido de conter esse processo.

Ainda a respeito dessas regras, é interessante perceber que elas refletem, basicamente, o contexto político em que foram elaboradas. Tendo resultado de uma decisão unilateral do Governo Federal, num momento no qual os integrantes do Movimento da Reforma Sanitária que haviam apoiado o candidato ao Governo Federal derrotado (Lula) haviam sido afastados das arenas decisórias federais, a NOB 91 serviu aos objetivos políticos de Collor “de criar nos municípios base de sustentação do governo e isolar os governos dos estados, na maioria, de oposição” (LEVCOVITZ, 1998, *apud* GERSCHMAN, S., 1999, p. 139).

Mesmo que fuja aos objetivos deste capítulo, vale mencionar que a NOB 91 foi omissa no tocante aos recursos para investimento. Ou seja, não foram criados instrumentos para interferir na distribuição da capacidade instalada de serviços no País, reconhecidamente desigual.

Por fim, cabe mencionar que, embora seu período de vigência tenha sido curto (praticamente um ano), as regras fundamentais estabelecidas pela NOB 91, ao serem confirmadas, em grande medida, pelas normas seguintes, iriam estruturar comportamentos distintos nos representantes dos governos subnacionais. Os governos municipais foram fortalecidos e incentivados a aderir ao SUS, o que resultou, entre outros aspectos, no aumento do comprometimento de suas receitas com a saúde. O mesmo não ocorreu com os estados, conforme será demonstrado.

b) Norma operacional 92 (NOB 92)

A respeito da NOB 92³⁹, também editada pelo Inamps, deve-se colocar que, além de confirmar as principais regras da NOB 91 para a transferência de recursos às esferas subnacionais, como o pagamento por produção mediante convênio, introduz uma inovação importante ao estabelecer prazo para a criação de sistemas de informação em cumprimento ao que estabeleceu a LOS.⁴⁰

Por meio da criação de sistemas centralizados e informatizados, da uniformização dos instrumentos de remuneração dos serviços realizados por prestadores públicos e privados e dos critérios para a transferência de recursos federais, o Governo Federal instrumentaliza-se para exercer a coordenação federativa da política de saúde, na medida em que tais regras reforçam a sua capacidade de induzir determinados comportamentos dos níveis subnacionais por meio de mecanismos de financiamento.

Outro avanço no sentido da implementação do SUS pela NOB 92 foi estabelecer que, a partir de então, os recursos do Governo Federal seriam alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS). Com isso, o Inamps deixaria de ser o órgão repassador de recursos para os estados e os municípios.

Como na NOB 91, a questão do financiamento é tratada por meio das regras de transferência dos recursos federais para as esferas subnacionais. O fato de a

³⁹ A NOB 92 foi publicada no Diário Oficial da União em 10 de fevereiro de 1992, em anexo à Portaria 234, de 07/02/1992.

⁴⁰ A LOS estabeleceu que o Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais, deveria, num prazo de 2 anos, organizar um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

contribuição de recursos orçamentários das três esferas de governo para com o SUS não ter sido sequer mencionada é indicativo da falta de acordo sobre essa questão, ainda que na sua introdução tenha sido colocado que “[...] o sucesso do sistema dependerá fortemente da capacidade das três esferas pactuarem a co-gestão do SUS [...]”.

A respeito do seu contexto de elaboração, na sua introdução, é feita referência ao fato de ter sido fruto de consenso entre o MS, o Conass e o Conasems. Em que pesem tais fatos, ainda que as entidades representativas das esferas subnacionais tenham sido chamadas a participar as suas contribuições foram, de fato, pouco significativas (CARVALHO, 2001).

c) Norma Operacional de 1993 (NOB 93)

A NOB 93, já publicada pelo Ministério da Saúde⁴¹, teve por objetivo principal dar início, efetivamente, à descentralização da assistência. Para tanto, especifica regras capazes de induzir, em especial, os municípios a assumirem a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde.

Tendo por base documento elaborado pelo Grupo Executivo de Descentralização (GED) – “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei” –, esta norma buscou construir um processo de transição entre as regras em vigor e o que definia a LOS, a “lei” que não vinha sendo cumprida.

A criação do GED, no início de 1993, constituído por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

⁴¹ Em 27 de julho de 1993, o Inamps foi extinto. Suas funções, competências, atividades e atribuições foram absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

(Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), foi uma resposta às manifestações gerais de insatisfação e às críticas à ilegalidade das regras de descentralização então em vigor. Segundo Goulart (2001, p. 296), esse grupo, introduziu a “[...] cultura de negociação tripartite dentro do MS”. O processo político que envolveu a elaboração da NOB 93 foi, portanto, diferente das anteriores, o que refletiu em seu conteúdo. O maior poder de pressão do Conasems, que se encontrava fortalecido, relativamente ao Conass, pelas regras das normas anteriores e também o predomínio da concepção municipalista entre os técnicos do MS, imprimiram, conforme será mostrado, um “viés municipalista” na NOB 93 (LEVCOVITZ, 1997, *apud* LIMA, 1999).

Como as anteriores, a questão do comprometimento das receitas orçamentárias das três esferas de governo, ainda que possa ter sido discutida, não foi contemplada por essa norma, em que pese ao contexto de forte restrição de recursos vivido pelo Ministério da Saúde e ao fato de que propostas de vinculação de recursos para a saúde já começassem a ser discutidas no Congresso Nacional. De fato, conforme será mostrado no capítulo seguinte, a primeira proposta de Emenda Constitucional (PEC n. 169) apresentada já em 1993 propunha que a União aplicasse anualmente 30% dos recursos da Seguridade Social e 10% da receita de impostos na saúde. Os estados, o DF e os municípios deveriam comprometer, no mínimo, 10% das receitas de impostos.

Uma inovação importante foi a institucionalização da participação das esferas subnacionais nas decisões relativas à descentralização, por meio da criação de comissões interinstitucionais. A constituição dessas arenas federativas foi favorecida pela “oportunidade institucional” criada pela vinculação do ministro (Jamil Haddad)

que assumiu em setembro de 1992 e sua equipe com o Movimento da Reforma Sanitária (ARRETCHE, 2002).

Por determinação da NOB 93, essas estruturas deveriam ser organizadas no nível federal (Comissão Intergestores Tripartite – CIT) e no âmbito de cada estado (Comissão Intergestores Bipartite – CIB).

A CIT, constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, foi instituída para “[...] assistir o MS na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (p. 50). De fato, a CIT foi criada em julho de 1991 (Portaria GM 1.180), mas se manteve até então funcionando de modo irregular. Foi somente a partir da NOB 93 que ela passou a ser o fórum para as decisões do SUS.

A CIB, integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos secretários municipais de saúde do estado, passaria a ser o fórum privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito de cada estado. Suas decisões deveriam ser referendadas ou aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

No tocante às regras para a transferência dos recursos federais às esferas subnacionais, a sua lógica foi mantida inalterada – pagamento por produção por meio de convênio. Com isso, NOB 93 ratifica um padrão de descentralização caracterizado por “uma supervalorização do papel do Município como prestador dos serviços de saúde, ao lado de uma subvalorização do papel dos Estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle” (MÉDICI, 1996, *apud* MENDES, 1998, p. 38).

Além de as regras para o repasse de recursos federais favorecerem os municípios, relativamente aos estados, as responsabilidades e prerrogativas para as secretarias estaduais foram menos elaboradas do que para as secretarias municipais. Para uma das principais atribuições da esfera estadual, qual seja, a organização da rede de serviços hierarquizada, a NOB 1993 não estabeleceu mecanismos que pudessem instrumentalizar a esfera estadual para tanto.

Ainda com relação ao repasse de recursos federais, a NOB 93 introduziu novas regras, por meio da exigência de habilitação dos estados e municípios às distintas modalidades de gestão do sistema de saúde. Para cada uma das modalidades de gestão foram definidas as responsabilidades, os requisitos para a habilitação e as prerrogativas do gestor municipal/estadual. Segundo consta no documento, a possibilidade de diferentes condições de gestão para estados e municípios visou “[...] assegurar flexibilidade ao processo, de modo a permitir a consideração das diferentes realidades estaduais e municipais”.

Para os estados, foram instituídas duas condições de gestão – parcial e semiplena –, enquanto para os municípios, três modalidades – incipiente, parcial e semiplena. Superada a fase de transição, caracterizada por esses diferentes estágios de gestão, teria início a gestão plena, na qual a Lei Orgânica seria cumprida na íntegra.⁴²

⁴² A gestão parcial para os estados significou, entre outras, as seguintes atribuições: programação integrada com os municípios, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, e coordenação da rede de referência. Na gestão semiplena, os estados teriam total responsabilidade sobre a condução da política de saúde no seu nível de atuação. Para a habilitação à gestão parcial, o estado deveria: dispor de Conselho Estadual de Saúde, de Fundo Estadual de Saúde e de Comissão Bipartite em funcionamento; apresentar, anualmente, à CIT o Plano de Saúde, o Relatório de Gestão e a Programação Integrada, aprovada pelo colegiado de secretários municipais e pelo Conselho de Saúde; comprovar a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde; e manter o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), entre outras exigências. No caso da gestão semiplena, além desses requisitos, o estado deveria apresentar à CIT Termo de Compromisso, aprovado pelo CES, com as metas que o gestor se propunha a cumprir no período de um ano e os indicadores de resultados com que se comprometia a ser avaliado e manter o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). No caso dos municípios, aqueles em gestão semiplena, de maior autonomia, receberiam, mensalmente, e de modo automático (fundo a fundo), a totalidade dos

Como as esferas subnacionais poderiam escolher aderir ou não, as regras da NOB condicionaram o recebimento de recursos à habilitação, de modo a contornar o poder de veto desses atores e induzi-los a se enquadrar em uma das modalidades previstas.

A respeito das conseqüências políticas dessas regras, interessa ressaltar, dados os objetivos deste capítulo, que, ao serem contemplados com regras diferentes, os representantes das esferas subnacionais responderam, também, de modo distinto.

Com relação aos atores municipais, a NOB 93 mostrou-se eficaz no sentido de induzir a adesão da esfera municipal ao SUS, o que pode ser constatado pela habilitação de 63% dos municípios a alguma modalidade de gestão durante a sua vigência (OLIVEIRA, 2002).

No entanto, ao desencadear uma descentralização polarizada entre a esfera federal, que detinha o poder financeiro e normatizador, e os municípios, responsáveis pela execução das ações, suas regras reforçaram nos municípios uma lógica de atuação autárquica, segundo a qual passaram a disputar os recursos federais a partir do aumento da oferta de serviços médicos. Se, por um lado, tal fato vai impor constrangimentos ao processo de regionalização da atenção e, portanto, à própria implementação do SUS, de outro, para elevar o número e o leque dos serviços oferecidos, os municípios tiveram que elevar seus gastos com saúde. Tal

recursos federais para a assistência de seu município, tornando-se, portanto, o responsável pelo pagamento dos prestadores públicos e privados existentes. O repasse dos recursos foi condicionado ainda à criação do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde, e à realização de um planejamento das ações (BRASIL, 1993). Salienta-se que a autonomia prevista para os municípios na gestão semiplena não era completa, já que o critério para o repasse dos recursos se manteve o mesmo, definido pela NOB 91 (pagamento por produção, segundo as tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, definidos no nível central), devendo os valores transferidos fundo a fundo respeitar o valor da produção apresentada no SIA e no SIH (Viana, 2000). Segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001), a ausência de controle nos sistemas de pagamentos na maioria dos estados garantiu, no entanto, certa liberdade aos municípios na alocação dos recursos.

fato fica comprovado pelo aumento da participação da esfera municipal no gasto público total com saúde, conforme será visto mais à frente.

Ainda com relação à adesão da esfera municipal, é importante registrar que as exigências impostas, num momento em que o MS enfrentava forte restrição de recursos, acabaram gerando insegurança sobre a regularidade dos fluxos financeiros, o que induziu seus representantes a terem um comportamento cauteloso e a habilitarem-se majoritariamente à gestão incipiente, ou seja, aquela que envolvia a assunção de um número menor de atribuições. Assim, em dezembro de 1994, apenas 24 municípios tinham se habilitado à gestão semiplena (HEIMANN *et al.*, 1998 *apud* LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001); em 1996, esse número havia crescido para 137 (HEIMANN *et al.*, 1998 *apud* LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001); e em 1997, ainda na vigência da NOB 93, para 144 (OLIVEIRA, 2002). A grande maioria dos municípios se manteve, portanto, na condição de prestadores de serviços, recebendo por produção, não podendo ser considerados efetivamente gestores do sistema de saúde na sua esfera de atuação.

Já os representantes da esfera estadual, desprestigiados e incapazes “[...] técnica e politicamente de promover a articulação apropriada para propor outro modelo de relacionamento e de financiamento”, utilizando-se de seu poder de veto, responderam com uma baixa adesão ao SUS (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001, p. 275). De fato, a habilitação dos estados sob a NOB 93 foi, além de restrita (cinco estados em gestão parcial e sete em gestão plena do sistema), apenas formal, na medida em que não tiveram sua operacionalização regulamentada por parte do MS (OLIVEIRA JÚNIOR, 1999; OLIVEIRA, 2002).

No âmbito das secretarias estaduais, esse modelo de descentralização contribuiu para fragilizá-las tendo acarretado uma crise de identidade. Instituídas para

a prestação de serviços, passaram a experimentar um sentimento de perda de poder e de vazio institucional com a municipalização da rede ambulatorial, na medida em que não conseguiam se organizar para as novas funções de regulação (MENDES, 1998).

Analisando o caso de Minas Gerais, Mendes (1998) coloca que a possibilidade de a secretaria estadual se reciclar para o desempenho de novas funções esbarrou ainda na resistência de interesses constituídos e cristalizados no próprio aparato estatal. Segundo esse autor, a partir da criação do SUS a antiga cultura inamsiana da atenção médica se manteve como um enclave na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, sem conseguir se integrar com a nova cultura sanitária. Tal fato, que provavelmente ocorreu também em outros estados, vem corroborar, por sua vez, o argumento de que decisões políticas constituem interesses que acabam colocando obstáculos às mudanças instituídas por políticas subsequentes.

A partir do que foi colocado, entende-se por que as regras da NOB 93 induziram o aumento dos gastos municipais com saúde, o mesmo não sendo observado com relação aos estados. De fato, a análise do gasto público total com saúde, segundo a origem dos recursos, entre 1994 e 1996, e, portanto, na vigência da NOB 93, mostra que, enquanto a participação dos municípios passou de 17,2% para 27,8%, a da esfera estadual reduziu de 22,1% para 18,5%. Os gastos da esfera federal, que, em termos absolutos, foram, em 1996, ligeiramente superiores aos de 1994, reduziram, em termos relativos de 60,7% para 53,7% (UGÁ; MARQUES, 2005).

Por fim, cabe registrar que a implementação de algumas regras instituídas pela NOB 93 enfrentou obstáculos, em função da conjuntura de forte restrição orçamentária do MS e também do frágil consenso em torno da descentralização. A transferência automática do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais, por

exemplo, sofreu vários entraves por parte tanto de determinados setores do MS quanto da equipe econômica, que resistiram à perda de controle dos recursos. Alguns instrumentos, como o Fator de Apoio aos Municípios (FAM) e o Fator de Apoio aos Estados (FAE), sequer foram implementados.

Além da crise fiscal do País, também contribuiu para as dificuldades financeiras do MS a fragilidade dos ministros da saúde na sua relação com a equipe da área econômica. Um momento particularmente difícil foi quando Antônio Britto, ministro da Previdência, cancelou a transferência de recursos da contribuição sobre a folha de salários para a saúde. Essa atitude, conforme será visto no capítulo 3, teve conseqüências importantes para o financiamento do SUS não apenas pelas dificuldades acarretadas, mas na medida em que desencadeou todo um processo de discussão e de luta pela definição de fontes estáveis de financiamento e pela vinculação de recursos das três esferas de governo para a saúde.

d) Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96)

Uma primeira questão a ser colocada a respeito da NOB 96 diz respeito ao longo período de negociações tanto para a sua formulação (12 meses, segundo Levcovitz, LIMA e MACHADO, 2001) quanto entre a sua edição (1996) e o início de sua implementação (1998). As dificuldades para a construção de consensos refletiam as divergências entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) relativas aos rumos da descentralização e ao financiamento do SUS.

O Conass, que fora praticamente “excluído” da gestão dos recursos financeiros pelas regras da NOB 93, defendia maior participação dos estados nos rumos da descentralização e uma hierarquia nas relações entre as esferas de governo na área da Saúde, numa crítica à autonomia excessiva dos municípios em relação aos estados. A posição do Conasems era a de que o município deveria gerenciar todos os recursos federais em seu território, independentemente da complexidade de sua rede assistencial, o que significava a ampliação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos municipais, sem a interferência do estado. No âmbito do Ministério, também havia divergências entre a Secretaria Executiva, mais favorável às posições do Conasems e a Secretaria de Assistência à Saúde, alinhada com o Conass (OLIVEIRA JÚNIOR, 1999).

Em que pese ao contexto nacional de discussão da necessidade de garantir recursos estáveis para a saúde e de instituir a responsabilização das três esferas de governo pelo financiamento do SUS, a NOB 96 não fez referência a essa questão. Vale lembrar que durante o período de negociação desta norma foi aprovada a CPMF, que acabou substituindo outras fontes de recursos que deixaram de ser destinadas à saúde, bem como outras propostas de emenda constitucional garantindo recursos para a saúde foram apresentadas na Câmara dos Deputados.

Entre as novas regras introduzidas pela NOB 96, cujo objetivo principal explicitado no seu texto era o de consolidar o papel do Poder Público municipal, destaca-se a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), definido como um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio da atenção primária e

transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios.⁴³

Além de um montante com base num valor *per capita* (PAB fixo), foram estabelecidas outras possibilidades para a transferência automática, entre as quais um incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na forma de um acréscimo percentual ao valor do PAB (PAB variável).

O recebimento do PAB (partes fixa e variável) de modo automático estava condicionado à habilitação em uma das modalidades de gestão do sistema local de saúde previstas na norma. Os municípios não habilitados continuariam a receber os recursos federais para a atenção primária por procedimentos. Tais valores seriam repassados aos estados que se encarregariam do pagamento.

Ainda que a fragmentação dos recursos financeiros transferidos pelo Governo Federal tenha sido alvo de críticas, na medida em que vinculada às prioridades definidas pelo Ministério da Saúde, o PAB (fixo e variável) teve um forte poder indutor da descentralização, haja vista que ao final do primeiro ano de sua implementação 93,4% dos municípios brasileiros já se encontravam habilitados. Em dezembro de 2000, 99% dos municípios do País estavam habilitados, ainda que menos de 10% na gestão plena (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

⁴³ O PAB é composto de duas partes: uma fixa, destinada à assistência básica (consultas médicas e procedimentos odontológicos básicos, vacinação, assistência pré-natal e pequenas cirurgias); e uma variável, que se destina a incentivar ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia ambulatorial, assistência farmacêutica e programas de agentes comunitários de saúde, de saúde da família (PSF) e de combate a carências nutricionais. O PAB fixo de cada município resultaria da multiplicação de um valor *per capita* nacional pela sua população. A pressão exercida pelos municípios fez com que na definição desse valor *per capita* nacional fosse considerada a produção histórica dos municípios. Como consequência, o valor “fixo”, inicialmente previsto de R\$10,00, passou a variar entre R\$10,00 e R\$18,00 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2003).

A adoção de mecanismos de indução, num contexto que inspirava certa confiança na regularidade dos fluxos financeiros (fim da inflação e aprovação da CPMF), mostrou-se uma estratégia eficiente em alterar, na barganha federativa, os cálculos dos custos e benefícios de se assumirem determinadas atribuições (ARRETCHE, 2002).

Tal como nas NOBs anteriores, os incentivos financeiros criados alcançaram, basicamente, os municípios. Como consequência, em 2001, apenas sete estados tinham se habilitado na gestão plena e cinco na avançada (OLIVEIRA, 2002).⁴⁴ O menor comprometimento da esfera estadual com o SUS fica evidenciado também pela sua participação no gasto público total com saúde que reduziu entre 1996 e 2000 de 18,5% para 17,4% (UGÁ; MARQUES, 2005). Cabe lembrar que, de modo geral, os governos estaduais enfrentavam restrições do ponto de vista de suas finanças por conta da política de ajuste fiscal adotada pelo governo federal a partir de 1995.

É nesse contexto que, no início da década de 2000, duas regras buscaram equacionar os problemas relacionados à divisão de responsabilidades no SUS. Enquanto a EC n. 29 buscou assegurar recursos financeiros mínimos, a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (Noas)⁴⁵, que substituiu a NOB 96,

⁴⁴ A NOB 96 redefiniu as modalidades de habilitação ao SUS. Foram criadas duas modalidades para os municípios – gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde – e duas para os estados – gestão avançada e gestão plena do sistema estadual de saúde. Os municípios habilitados na gestão plena do sistema deveriam responder por toda a programação municipal e pela gestão da totalidade dos recursos federais para assistência à saúde que seriam transferidos em bloco fundo a fundo. No caso da gestão plena da atenção básica, os municípios responderiam pela gestão dos serviços de assistência básica, recebendo para tanto o PAB (BRASIL, 1996). No caso dos estados, apenas a gestão plena significava a prerrogativa de gerir recursos federais significativos. A respeito das informações relativas à habilitação, cabe mencionar que há diferenças nas fontes utilizadas. Segundo Oliveira (2002), em 2000, cinco estados estavam habilitados na gestão plena. De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001), esse número era quatro. Embora essa informação tenha sido solicitada ao MS mais de uma vez, não se conseguiu obtê-la.

⁴⁵ O consenso em torno da divisão de responsabilidades entre estados e municípios tal como foi aprovada na Noas/2001 mostrou-se tão precário que, poucos meses após a sua publicação, as

procurou enfrentar, entre outros, os reconhecidos problemas de acesso aos serviços de saúde por parte da população. Em ambos os casos, tratou-se de assegurar um maior protagonismo à esfera estadual.

Uma questão que pode ser levantada diz respeito aos efeitos da interação entre essas duas novas regras. Ou, antes, é possível se indagar a respeito da existência de alguma associação entre a habilitação prevista pelas regras de implementação do SUS e os gastos com saúde dos estados. Porém, é necessário assinalar que⁴⁶: 1) foi possível constatar que a habilitação dos estados na NOB 96 e, portanto, antes da EC n. 29 não provocou uma alteração sistemática no percentual aplicado em saúde, que, pelo contrário, continuou variando aleatoriamente. De fato, entre 1998 e 2000 apenas quatro estados (Alagoas, Paraná, Santa Catarina e Ceará) e o Distrito Federal haviam sido habilitados na gestão plena⁴⁷; 2) foi observado que a habilitação dos municípios na NOB 96, entre 1998 e 2000, também não provocou uma variação sistemática no percentual aplicado em saúde pelos estados no mesmo período. Como conseqüência, a habilitação ao SUS não foi considerada entre as variáveis de contexto que, supõe-se, possam condicionar as decisões dos gastos com saúde.

O que foi colocado permite concluir a respeito dos efeitos das regras da descentralização sobre o comportamento dos representantes das esferas subnacionais que a municipalização da atenção à saúde, desencadeada pela NOB 93, num contexto no qual a CF/88 ampliou os recursos fiscais da esfera municipal,

discussões entre o MS, o Conass e o Conasems foram reiniciadas. Após um período de negociações foi editada a Noas/2002, que incorporou no seu texto os pontos acordados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de modo a fazer face às dificuldades enfrentadas pela anterior.

⁴⁶ Os dados que informam essas afirmações encontram-se disponíveis em www.saude.gov.br

⁴⁷ Apenas a habilitação na gestão plena garantia aos estados a prerrogativa de gerir recursos federais significativos, ainda que tais recursos permanecessem vinculados à oferta de serviços e, portanto, destinados, preferencialmente aos municípios.

acarretou a elevação dos gastos dos municípios com saúde nos anos de 1990. O mesmo, entretanto, não se observou com os estados.

Além de não terem sido contemplados com incentivos financeiros, que se destinavam, basicamente, ao pagamento de serviços prestados, em princípio, pelo nível municipal, e de não terem seu papel bem especificado pelas regras da descentralização, os estados também não se beneficiaram, como os municípios, da descentralização fiscal promovida pela CF/88.⁴⁸

Cabe acrescentar que a possibilidade de os estados se capacitarem para o exercício de novas atribuições esbarrava ainda nas condições restritivas impostas pela crise financeira e pelos esforços da União para enfrentá-la. As medidas destinadas ao controle da inflação e ao enfrentamento dos desequilíbrios fiscais resultaram na redução do nível das atividades econômicas e, conseqüentemente, das receitas estaduais. Além disso, a União também lançou mão de expedientes que impactaram negativamente as finanças subnacionais e, em particular, dos estados, como a redução do bolo tributário partilhado pelas três esferas por meio da criação do Fundo Social de Emergência⁴⁹ e, já a partir de 1996, pela Lei Kandir.⁵⁰ Por fim, a autonomia dos estados encontrava-se reduzida em decorrência do endividamento e do intenso processo de reestruturação financeira, o que os levou a comprometer parcela importante de suas receitas com o pagamento de suas dívidas internas.

⁴⁸ No processo de redistribuição dos recursos públicos ocorrido nas décadas de 1980 e 1990, em termos verticais, quase todos os ganhos relativos couberam à esfera municipal, pouco se alterando a posição do nível estadual, sobretudo no conceito de receita tributária disponível (arrecadação própria mais e transferências constitucionais) (SERRA E AFONSO, 1999).

⁴⁹ O Fundo Social de Emergência (FSE), criado em 1994, foi constituído a partir do contingenciamento de 20% das receitas que a União deveria repassar aos estados e municípios. O FSE foi substituído pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, mais tarde, pelo expediente da Desvinculação de Arrecadação de Impostos e Contribuições Sociais da União (DRU).

⁵⁰ A Lei Kandir completa a desoneração das exportações do ICMS, o principal tributo estadual, impactando, principalmente, os estados com maior dependência de exportações.

A análise das regras introduzidas pelas normas operacionais na década de 1990 evidenciou ainda que elas privilegiaram a regulação das transferências de recursos financeiros da União para as esferas subnacionais em detrimento das possibilidades de cooperação entre os níveis de governo.

Ainda que as tais regras tenham conseguido garantir o exercício da coordenação federativa por parte da União, tal fato não se deu, entretanto, sem ferir a autonomia dos demais entes. A implementação das normas analisadas foram pautadas por decisões unilaterais da esfera federal, sob a forma de portarias ministeriais, que acabaram, como no caso da NOB 96, por alterar de modo significativo o seu conteúdo original, e também por não-decisões, como a não implantação de inúmeros instrumentos pactuados.

Percebe-se, portanto, que mesmo que as comissões interinstitucionais tenham se firmado como fóruns de negociação, a existência da CIT não tem impedido atitudes centralizadoras por parte da União. De fato, há evidências de que esta arena federativa vem servindo mais à vocalização de interesses do que propriamente à negociação de questões polêmicas e, ainda, que muitas questões são enviadas pelo MS para serem discutidas apenas as formas de encaminhamento/implementação, e não seus méritos (MIRANDA, 2003).

Mesmo que a cooperação tenha sido sempre mencionada como fundamental para a implementação do SUS, a pactuação de mecanismos que pudessem favorecê-la tem-se mostrado de difícil consecução, explicitando as dificuldades das três esferas de governo em compartilhar responsabilidades. A ausência de instrumentos que incentivem a cooperação entre os diferentes níveis de governo é, aliás, uma característica do federalismo brasileiro (SOUZA, 2005). Ainda que o parágrafo único do artigo 23 da CF/88 estabeleça que lei complementar fixará

normas para a cooperação entre as três esferas de governo, “[...] tal lei nunca foi proposta pelo poder Executivo ao Congresso Nacional e não existem sinais de que esteja na agenda dos entes governamentais” (SOUZA, 2005, p.114).

3 A Emenda Constitucional n. 29: origens, desenho e conflitos

A Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, tem por objetivo “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. Ao definir a participação das três esferas de governo, ela constitui a iniciativa mais abrangente de regularização do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal definiu que o SUS seria financiado pelos orçamentos da Seguridade Social (OSS), da União, dos estados e dos municípios (art.198). Ainda que tenha sido previsto que as três esferas de governo deveriam participar de seu financiamento, essa determinação foi feita de forma imprecisa, não tendo sido estabelecidos critérios para tanto.

A respeito do OSS, cabe esclarecer que a CF/88, no seu artigo 194, instituiu a Seguridade Social como um conjunto de ações nas áreas da saúde, previdência e assistência sob a responsabilidade dos Poderes Públicos e da sociedade. Para o seu financiamento, foi criado um orçamento específico, cujos recursos seriam provenientes dos orçamentos das três esferas de governo, de contribuições sociais incidentes sobre o salário (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento (Fundo de Investimento Social – Finsocial⁵¹ e o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/Pasep) e o lucro

⁵¹ O Finsocial foi criado, em maio de 1982, como forma de prover recursos adicionais para a Previdência e demais áreas sociais. Com as contestações judiciais de 1990/92, mudou-se sua denominação para Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) em 1991. Sua alíquota vem aumentando sistematicamente, tendo passado de 0,5% sobre o faturamento em 1982 para 2% em 1992 (MÉDICI, 1994).

líquido das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL⁵²) e da receita de concursos e prognósticos (loterias).

Tendo por base um conceito holístico de proteção social, no qual não se admite a cobertura de um risco sem a garantia de cobertura de outro, não foi estabelecido vínculo entre fonte de recursos e uso no interior da Seguridade Social. Não se definiu, portanto, uma fonte específica para o setor saúde.

De todo modo, refletindo os esforços para garantir estabilidade ao financiamento público da saúde empreendidos por atores integrantes de um amplo movimento de apoio ao setor, o art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabelece que “[...] até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde”.⁵³ A vinculação de recursos para a saúde seria, portanto, transitória e restrita ao orçamento da Seguridade Social. É interessante registrar que, embora fosse uma proposta do movimento sanitário, no processo de elaboração da Constituição de 1988, os parlamentares, liderados por José Serra, recusaram-se a definir percentuais para a saúde, como foi feito para a educação (MENICUCCI, 2003). Conforme será visto mais à frente, o próprio José Serra, em outra posição institucional, irá se empenhar na luta pela vinculação de recursos para a saúde.

Além de diversificar as fontes, de modo a tornar a seguridade menos vulnerável às oscilações da economia e a fazer face aos direitos sociais ampliados pela Constituição, os constituintes definiram que esses recursos seriam exclusivos da proteção social, o que, de fato, nunca ocorreu.

⁵² A CSLL foi criada com a Constituição Federal como base adicional do OSS, de modo a cumprir o princípio da diversificação das fontes.

⁵³ O percentual de 30% vinculado, transitoriamente, à saúde corresponde ao que historicamente o Inamps vinha gastando do orçamento da Previdência Social com o setor antes da Reforma Sanitária.

3.1 Dilemas do financiamento do SUS - origens da Emenda n. 29

Esta seção tem por objetivo reconstituir os percalços enfrentados pelo financiamento do SUS, de modo a identificar os interesses subjacentes à defesa da vinculação de recursos para o setor. A análise restringe-se às vicissitudes enfrentadas pelo gasto federal, já que o comportamento das esferas subnacionais frente ao financiamento do SUS foi abordado no capítulo anterior.

Conforme procurar-se-á demonstrar ao longo da década de 1990, o SUS enfrentou sérios problemas de financiamento, em decorrência das repercussões negativas da política de ajuste fiscal sobre o orçamento da seguridade social e do tratamento prioritário concedido à previdência no seu interior (UGÁ; MARQUES, 2005).

Já em 1989, a quase totalidade dos recursos provenientes do Finsocial e da CSLL, que deveriam ser destinados exclusivamente à seguridade social, foi transferida para pagar, respectivamente, a cota-parte da União no financiamento da aposentadoria dos servidores federais (os Encargos Gerais da União - EGU) e as despesas de pessoal e de administração. Essa situação voltou a acontecer em 1990, só que com uma parcela menor dos recursos (MENDES; MARQUES, 1999).

Em maio de 1993, num cenário caracterizado pelo aumento das despesas previdenciárias⁵⁴ e pelo fraco desempenho das contribuições de empregados e empregadores, principal receita do OSS, um acordo entre os gestores das áreas econômica e previdenciária determinou a suspensão do repasse para o MS de recursos relativos às contribuições incidentes sobre a folha de salários como estratégia para enfrentar o déficit previdenciário. Para se ter uma idéia do

⁵⁴ Entre 1990 e 1993, as despesas com os benefícios previdenciários cresceram 47% (PIOLA; RIBEIRO e REIS, 2000).

constrangimento causado, os recursos provenientes dessa fonte representavam naquele ano mais de 31% do orçamento da saúde (BARROS, 2003).

Diante disso, o MS foi obrigado a solicitar um empréstimo ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)⁵⁵, o que, além de ser uma solução eminentemente transitória, acabou comprometendo as receitas futuras do ministério.

Além de perder os recursos das contribuições sobre a folha de salários, que, a partir de então, passaram a ser exclusivos da previdência, o SUS enfrentou a indisponibilidade, por algum tempo, dos recursos provenientes das contribuições sobre o lucro líquido (CSLL) e sobre o faturamento (Finsocial), que foram objeto de questionamento jurídico.

Ainda em 1993, o SUS sofreu um segundo golpe, quando o presidente vetou o artigo da LDO que destinava 30% dos recursos do OSS para a saúde, o que até então vinha ocorrendo.⁵⁶

Diante desse quadro, começaram a surgir, no âmbito do Congresso Nacional, propostas de emendas constitucionais (PECs) vinculando recursos para a saúde. Num contexto de crise fiscal, a constitucionalização de responsabilidades para com o financiamento do SUS por parte das três esferas de governo passou a ser

⁵⁵ O Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) é um fundo de natureza contábil-financeira, vinculado ao Ministério do Trabalho e Emprego (TEM), destinado ao custeio do Programa do Seguro-Desemprego, do Abono Salarial e ao financiamento de Programas de Desenvolvimento Econômico. A Constituição Federal determinou que os recursos provenientes da arrecadação das contribuições para o PIS e para o PASEP fossem destinados ao custeio do Programa do Seguro-Desemprego, do Abono Salarial e, pelo menos quarenta por cento, ao financiamento de Programas de Desenvolvimento Econômico, esses últimos a cargo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social – BNDES - (Ministério do Trabalho e Emprego: www.mte.gov.br/fat/historico.asp. Acesso em agosto de 2007).

⁵⁶ Cabe esclarecer que, de acordo com o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, cessa o disposto nesse que garantia pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social para a Saúde, com exceção da arrecadação do PIS/Pasep, de uso exclusivo do FAT. Ainda assim, o Ministério da Saúde recebeu em 1991 33,1% do total das contribuições. Um ano após, essa participação foi reduzida para 20,95% (MENICUCCI, 2003).

considerada a estratégia mais apropriada para reverter uma situação caracterizada pela instabilidade dos recursos e pela presença de “caronas”.⁵⁷

A primeira proposta de Emenda Constitucional surgiu ainda em 1993 (PEC 169). De autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires (do PT), propunha que 30% dos recursos da Seguridade Social fossem destinados à saúde. A PEC 169 conseguiu aglutinar todos os atores sociais que atuavam no setor, como os gestores municipais e estaduais, os conselheiros de saúde dos três níveis de governo, os conselhos de secretários de saúde e as entidades representativas de prestadores de serviços e de profissionais de saúde. Recebeu, ainda, o apoio de entidades como a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e o Fórum de Trabalhadores além da Frente Parlamentar de Saúde, do Congresso, de caráter informal e multipartidária (MENICUCCI, 2003).

Enquanto no âmbito do Legislativo tinham início as discussões em torno da PEC n. 169, o ministro da Saúde, Adib Jatene, com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, iniciou negociações com o Congresso com vistas à criação de uma contribuição provisória, incidente sobre a movimentação financeira, para garantir recursos para o SUS, em busca de soluções transitórias para o seu financiamento.

Em 1994, foi criado o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que, posteriormente assumiu a forma da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)⁵⁸, que veio a vigorar a partir de 1997. A CPMF

⁵⁷ Além dos problemas relativos aos recursos federais, o financiamento do SUS enfrentou dificuldades para garantir a participação dos entes subnacionais, em particular dos estados, conforme abordado no capítulo 2.

⁵⁸ Para a aprovação da CPMF, foi necessário alterar a Constituição, o que foi feito por meio da Emenda Constitucional n. 12, de agosto de 1996, que incluiu nas Disposições Transitórias da Constituição Federal o artigo 74, pelo qual foi dada competência à União para instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos de natureza financeira. De acordo com essa emenda, alterada posteriormente, a receita proveniente dessa arrecadação deveria ser destinada integralmente para o financiamento das ações e serviços de saúde

vigorou até o final de 1998 e, após intenso debate, foi novamente prorrogada, deixando de ser uma contribuição destinada exclusivamente ao financiamento das ações e serviços de saúde.⁵⁹

Diferentemente do esperado, a CPMF não acarretou um novo patamar de gasto com a saúde, na medida em que a entrada de seus recursos foi acompanhada da redução daqueles oriundos de outras fontes (PIOLA; RIBEIRO; REIS, 2000).

É importante chamar a atenção para o fato de que em 1994, enquanto se assistia, no âmbito do Executivo e do Legislativo, ao surgimento e desenvolvimento de iniciativas que buscavam vincular recursos para a saúde, o Governo Federal lança, em sentido contrário, o Fundo Social de Emergência (FSE), que determina que 20% das receitas de impostos e contribuições arrecadados pela União possam ser alocados livremente. Com isso, a seguridade e o SUS, em particular, passam a ter parte de seus recursos contingenciados.

Entre 1993 e 1998, várias outras propostas de vinculação de recursos orçamentários dos três níveis de governo para a saúde foram elaboradas e discutidas no Congresso Nacional, tendo enfrentado sempre a resistência da área econômica do governo.⁶⁰

A partir de 1998, a discussão da vinculação de recursos foi acelerada no Congresso, após obter apoio explícito do presidente da República e por pressão do então ministro da Saúde José Serra, que passou a ser o “grande defensor” da Emenda.

É importante perceber que essa mudança de estratégia não significou uma intenção do Governo Federal em aumentar sua participação no financiamento do

⁵⁹ Quando foi prorrogada em 1999 (EC n. 21, de março de 1999), houve aumento de alíquota, que passou de 0,20% para 0,38%, sendo 0,18% para a previdência.

⁶⁰ Para uma análise detalhada sobre as diferentes PECs, consultar Mendes e Marques (1999) e PIOLA; RIBEIRO e REIS (2000).

SUS, haja vista as inúmeras ações em sentido contrário tais como a aprovação do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF)⁶¹ e o desvio de recursos da CPMF.

Dois propósitos motivaram essa conduta do Governo Federal: forçar o aumento da participação das esferas subnacionais, em particular dos estados; e desvincular os recursos da CPMF da saúde, para o que seria necessário indicar uma nova fonte de custeio para o setor (MENICUCCI, 2003). Cabe esclarecer que os esforços para agilizar a tramitação da PEC coincidiam com a aproximação do término de vigência da CPMF, previsto para 31/12/1999.

A partir de um acordo suprapartidário, foi possível aprovar, em tramitação acelerada, sob a forma de uma emenda aglutinativa, a PEC n. 82/95, do deputado Carlos Mosconi, do partido governista, resultado da fusão de várias PECs (entre as quais a PEC 169).

A principal diferença entre a proposta original e a Emenda Constitucional n. 29 de 2000 está na participação da União. Por pressão da área econômica, o Governo Federal ficou isento da vinculação de percentual da receita. Ao longo do período de tramitação, a definição das receitas federais sobre as quais incidiria a vinculação para a saúde foi bastante polêmica na Câmara (MENICUCCI, 2003). A falta de consenso acabou remetendo a decisão para a lei complementar prevista na EC n. 29.

A aprovação da Emenda n. 29 não acabou com as divergências entre ministros e com a forte resistência de governadores, conforme será demonstrado. Tratou-se, antes, de um consenso provisório. No momento de implementar o que

⁶¹ O FEF (Emenda Constitucional n. 10/96) substituiu, em 1996, o Fundo Social de Emergência (FSE) e vigiu até 31/12/1999. Em 2000, a Emenda Constitucional n. 27, de 21 de março de 2000, instituiu a Desvinculação de Arrecadação de Impostos e Contribuições Sociais da União (DRU).

havia sido acordado, os conflitos de interesses, que se fizeram presentes ao longo do período de tramitação, logo retornaram à cena.

3.2 Desenho da Emenda n. 29

A EC n. 29 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

A nova redação dos artigos 34 e 35 da Constituição acrescenta outra possibilidade de intervenção da União nos estados, municípios e Distrito Federal: o não cumprimento da aplicação do mínimo previsto de suas receitas em ações e serviços de saúde.

A modificação no artigo 156 admite que o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) possa ser progressivo e tenha diferentes alíquotas.⁶² A alteração do artigo 160 foi no sentido de condicionar a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela Emenda. A mudança do artigo 167 permite a vinculação de receitas de impostos para atender a ações e serviços públicos de saúde.

O artigo 198 foi acrescido de dois parágrafos, que definem a participação da União, dos estados e dos municípios no financiamento público da saúde, especificam a composição da receita vinculada à saúde de estados e municípios, e estabelecem que uma Lei Complementar definirá os percentuais de participação de

⁶² Ao admitir a progressividade do IPTU em função do valor e a existência de alíquotas diferentes em função da localização e uso do imóvel, a Emenda buscou viabilizar aumentos na arrecadação dos municípios, de modo a favorecer a elevação dos gastos com saúde.

cada ente federativo, as fontes de recursos da União destinadas à saúde e as formas de fiscalização e controle das despesas com saúde.

O artigo 77, acrescentado aos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), estabelece a participação da União, dos estados e dos municípios no financiamento da saúde para o período 2000 a 2004, ou até a aprovação de Lei Complementar. Na ausência da Lei Complementar, prevista para ser avaliada a cada cinco anos, os parâmetros estabelecidos na Emenda n. 29 permanecem válidos.

No caso da União, foi estabelecido que os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde deveriam ser equivalentes, no ano 2000, ao montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde em 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento. De 2001 a 2004, o gasto federal com saúde deveria ser, no mínimo, igual ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Para os estados foi especificado que seus gastos com ações e serviços de saúde deveriam corresponder, até 2004, no mínimo, a 12% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais, deduzidas as parcelas transferidas aos respectivos municípios. Para os municípios, o percentual deveria ser de 15%. A Emenda n. 29 estabelece, ainda, para os estados e os municípios, o percentual mínimo de 7% em 2000 e que a diferença entre o percentual aplicado e aquele estipulado para 2004 deveria ser reduzida à razão de um quinto ao ano.

É preciso salientar que a EC n. 29 é auto-aplicável, o que significa que suas exigências são imediatas, não necessitando de nenhum instrumento legal para seu cumprimento. A Lei Complementar prevista deverá definir: a) os percentuais mínimos da receita de estados e municípios que deverão ser gastos com saúde, a

partir de 2005; b) normas para o cálculo do montante a ser aplicado pela União, a partir de 2005; e c) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

Uma vez explicitado o desenho da Emenda, buscar-se-á levantar alguns aspectos que, considera-se, influenciam o comportamento dos atores diretamente envolvidos na sua operacionalização.

Em primeiro lugar, a EC n. 29 concede tratamento diferenciado à União, relativamente às esferas subnacionais, ao não explicitar a origem de seus recursos e não fixar um percentual de vinculação. Desconsiderando dispositivo constitucional, não faz referência ao Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Piola, Ribeiro e Reis (2000) sustentam que a opção por esse desenho poderia ser justificada como uma defesa de uma reforma tributária que, naquele momento, esperava-se que fosse eliminar as contribuições sociais. Discordando desse argumento, Ribeiro, Piola e Servo (2007) lembram que, para prevenir-se de uma eventual extinção das contribuições sociais, bastaria que a vinculação federal fosse sobre o total da arrecadação tributária, da mesma forma como se fez para estados e municípios.

Esse aspecto, que traz as marcas de um longo processo de negociação, conforme será demonstrado na seção **3.2**, favorece o enfraquecimento do compromisso da União. A vinculação estabelecida dissocia o crescimento dos recursos federais para a saúde da trajetória das contribuições sociais, que tem apresentado um comportamento mais dinâmico que o do PIB (OLIVEIRA, 2003). Além disso, não permite que o gasto federal aumente em termos da participação no PIB, que fica estagnada no patamar de 2000. Num cabo-de-guerra às avessas, o Governo Federal “empurra” tal atribuição para as esferas subnacionais.

O desenho da Emenda n. 29 suscitou dois questionamentos principais. O primeiro relaciona-se à definição dos gastos que podem ser considerados como “ações e serviços públicos de saúde”; e o segundo, à base a ser utilizada para o cálculo do montante mínimo de recursos a ser gasto pela União a partir de 2001.

Com relação ao primeiro aspecto, a Emenda n. 29, de fato, não apresenta uma definição do que pode ser computado, favorecendo o conflito entre aqueles que defendem um conceito mais restrito de gasto com saúde e aqueles que advogam a favor de uma definição mais abrangente.

O segundo aspecto tem gerado o famoso embate “base fixa” *versus* “base móvel” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda. Para o ano de 2000, a Emenda n. 29 não deixa dúvidas. O valor gasto pela União deve ser igual ao “montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”. Os problemas surgem, entretanto, para os anos de 2001 a 2004, na medida em que a EC n. 29 estabelece que os recursos mínimos a serem aplicados deveriam ser equivalentes ao “valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto”.

Para o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e o Tribunal de Contas da União (TCU), o valor “apurado” para esses anos seria sempre o volume de recursos efetivamente aplicado no ano anterior acrescido da variação do PIB. Esta interpretação é conhecida como “critério de base móvel”, pois o valor apurado seria calculado ano a ano. Já o Ministério da Fazenda (MS) e o Ministério do Planejamento, apoiados em parecer da Advocacia-Geral da União (AGU), defendem que os recursos previstos para ações e serviços públicos de saúde serão, em cada ano, sempre correspondentes ao valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e corrigido pela variação nominal do PIB acumulada no período. Essa interpretação é

conhecida como “critério da base fixa”, na medida em que o ano base será sempre o de 1999. Deve-se lembrar que é o parecer da AGU que orienta os vetos presidenciais à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária (RIBEIRO, PIOLA, e SERVO, 2007).

Dois aspectos da Emenda n. 29 são apontados como avanços em se tratando de vinculação. O primeiro refere-se ao seu caráter gradualista, uma vez que estabelece um prazo de cinco anos para que os percentuais mínimos da receita das esferas subnacionais, que devem ser obrigatoriamente gastos com saúde, sejam atingidos.

O segundo diz respeito à flexibilidade prevista para essa vinculação, na medida em que determina que ao final de cada período de cinco anos os percentuais sejam revistos por meio de Lei Complementar. O desenho da Emenda n. 29 contemplaria, em tese, a existência tanto de regras estáveis, essencial para enquadrar o comportamento dos atores e diminuir as deserções, quanto de “[...] espaço para negociações e mudanças que expressem a dinâmica democrática do voto” (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004, p. 5).

A opção por uma Lei Complementar, que exige maioria absoluta para ser aprovada, e não uma lei ordinária revela a intenção dos atores empenhados na vinculação de recursos para o SUS de impor alguma restrição às mudanças, como forma de garantir, nos termos colocados por Pierson (1995), que seus interesses continuem sendo considerados. As dificuldades enfrentadas pela regulamentação da EC n. 29 justificam o porquê de se falar em “certa” flexibilidade.

Tais obstáculos remetem, por sua vez, à reflexão sobre os efeitos das vinculações previstas na Constituição, que, a despeito da legitimidade dos

propósitos, impõem aos governantes a necessidade de subordinar suas agendas, vencedoras nas urnas, a tais dispositivos (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004).

Entre as possíveis formas de enfrentar esse “engessamento”, Abrúcio (2005a) sugere a combinação de regras intertemporais, como a EC n. 29, com a negociação contínua de metas e resultados. Para esse autor, o Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (Fundef)⁶³ estaria, relativamente à Emenda n. 29, mais adequado ao padrão federalista, na medida em que tem metas e prazo para esgotar-se.

O desenho da EC n. 29 é omissivo ao tratar a questão das desigualdades de recursos para a saúde entre os entes federativos, que se constitui em uma questão relevante na discussão do financiamento da saúde. Primeiro, porque deixa para Lei Complementar a definição dos critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde transferidos aos estados e municípios, e dos estados a seus municípios. Em segundo lugar, porque embora estabeleça que tais critérios devam objetivar a progressiva redução das disparidades regionais, não especifica a que tipo de disparidade se refere: de recursos públicos, na utilização de serviços ou nas condições de saúde (PIOLA; RIBEIRO e REIS, 2000). Esse seria mais um ponto obscuro que, espera-se, a regulamentação possa esclarecer.

Ainda a esse respeito interessa ressaltar que no âmbito de cada estado ou município o gasto total com saúde resulta do somatório do gasto com recursos próprios acrescido do gasto realizado pelas demais esferas. O gasto com recursos próprios, por sua vez, depende do percentual aplicado e da receita vinculada à EC n. 29, reconhecidamente desiguais, tanto entre estados quanto entre municípios.

⁶³ “O Fundef é um fundo contábil que subvincula receitas de transferências de estados e municípios, com a complementação da União, e as redistribui a partir de critérios relacionados ao número de alunos atendidos no ensino fundamental e ao gasto realizado por cada unidade para atendê-los” (DINIZ, 2005, p. 1).

Tomando-se o caso dos estados, ao favorecer certa convergência nos percentuais aplicados, a Emenda pode acarretar alguma redução nas diferenças do valor do gasto, mas, na ausência de mudanças na receita, vinculações como a EC n. 29 tendem a reproduzir as desigualdades preexistentes na capacidade de gasto. A redução das enormes desigualdades de recursos para a saúde entre os entes federativos depende, portanto, de mudanças nas regras do federalismo fiscal e, no âmbito do SUS, dos critérios das transferências federais para estados e municípios e também dos estados para seus municípios.

Por fim, interessa ressaltar que a necessidade de elaborar a Lei Complementar, prevista na Emenda n. 29, faz com que os representantes das três esferas de governo se vejam envolvidos em diversos jogos políticos (TSEBELIS, 1998). Ao mesmo tempo em que se vêem às voltas com a necessidade de implementar o que determina a Emenda na sua esfera de atuação, esses atores se envolvem em negociações não apenas para regulamentar o que foi estipulado, mas também para introduzir mudanças que venham ao encontro de suas preferências (MELO, 1997). Nos termos colocados por Hill (1997), enquanto não for aprovada a Lei Complementar, os atores sociais e institucionais encontram-se inseridos não apenas em um jogo com regras, mas também em outro em que buscam renegociar as próprias regras.

3.3 O longo processo de regulamentação - os percalços da EC n. 29

Tão logo foi promulgada, a Emenda n. 29 desencadeou um amplo debate com vistas a favorecer o seu cumprimento e a subsidiar o processo de sua regulamentação. Conduzidas pelo Ministério da Saúde, que teve no Conselho

Nacional de Saúde seu principal interlocutor e parceiro, as discussões envolveram também o Ministério Público Federal, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), as Comissões de Seguridade Social do Congresso Nacional, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado e a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON).

Das discussões resultou, ainda no primeiro semestre de 2001, o documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC n. 29”, que, além de buscar esclarecer a questão do “ano anterior”, abordou outros aspectos polêmicos, como o conceito de ações e serviços de saúde.⁶⁴ Cabe salientar que embora segundo tal documento, lei complementar deverá estabelecer um conceito normativo de “ações e serviços públicos de saúde”, ele já apresenta, sob a forma de recomendação, as despesas que devem e não devem ser computadas como gastos com saúde para efeitos de cumprimento da EC n. 29. Constata-se, portanto, que desde aquele momento, já havia sido acordado, em reuniões que contaram com a participação das três esferas de governo, um dado conceito e que, portanto, a não aprovação de tal lei serve antes de pretexto para os conflitos que envolvem essa questão.

Tendo por base esse documento, foram realizados três seminários, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, envolvendo aqueles mesmos atores citados acima. Dessas discussões resultou a Resolução n. 316, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 4 de abril de 2002, que foi substituída pela Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, a qual ao estabelecer dez diretrizes para a implementação da

⁶⁴ No momento de decidir o orçamento da saúde para o ano de 2001, o Ministério da Fazenda emitiu parecer segundo o qual para 2001 o valor que deveria ser gasto pela União seria equivalente ao de 1999, acrescido de 5% corrigido pela variação do PIB, e não o valor de 2000, conforme entendimento do MS. De acordo com Faveret (2002), esse foi o estopim que rearticulou os atores mencionados com vistas a defender a Emenda, dando início aos debates.

Emenda n. 29, a partir dos temas abordados nos seminários, passou a ser o instrumento de referência para o projeto de sua regulamentação. Com base nessa resolução, foi promulgada pelo ministro da saúde a Portaria MS/GM n. 2047, de 5 de novembro de 2002, que dispõe sobre as diretrizes operacionais para a aplicação da EC n. 29.⁶⁵

Para encerrar os encaminhamentos para a regulamentação da EC n. 29, foram realizados, ao longo de 2003, em Brasília, mais dois seminários, promovidos pela Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos sobre Saúde (Siops) e pela Comissão para Elaboração de Proposta de Lei Complementar (PLP) do Ministério da Saúde.

A respeito do Siops, sua criação pode ser vista como mais uma iniciativa de atores racionais comprometidos em garantir recursos para a saúde. Para a sua implantação, que teve início em 1999, o MS contou com o apoio do CNS, do Conass e do Conasems. Além das atribuições de coletar, armazenar, processar e divulgar

⁶⁵ A portaria do MS especifica: a) a base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde para estados e municípios; b) o percentual de recursos mínimos no período 2000 a 2004; c) as ações e serviços que podem ser computados como gasto com saúde. Foi estabelecido que despesas com saúde são aquelas destinadas às ações e serviços de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito, que estejam em conformidade com os Planos de Saúde em cada ente da Federação e que sejam de responsabilidade específica do setor de saúde; e d) despesas que, embora possam ter interpretação ambígua, não devem ser incluídas nos gastos com saúde, tais como: aposentadorias e pensões do pessoal da saúde; assistência à saúde de clientela fechada, merenda escolar, saneamento básico realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que executado por órgão do setorial saúde ou a ele vinculado, limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos, preservação e correção do meio ambiente, assistência social não correlata à saúde e ou não promovida pelo SUS e as despesas com os serviços de dívidas decorrentes de operações de crédito, mesmo que contratadas pelos três entes federados para financiar ações e serviços públicos de saúde. A mencionada portaria estabelece que o acompanhamento dos gastos de modo a verificar o cumprimento da Emenda seja de responsabilidade do Sistema de Informação em Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (Siops) e que caberá à Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, caso se verifique o descumprimento da Emenda por Ente Federado, informar o ocorrido ao Departamento Nacional de auditoria do SUS (DENASUS), ao próprio Ente, ao Conselho Nacional de Saúde, ao Ministério Público e ao respectivo Tribunal de Contas, para as medidas cabíveis.

O Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza, criado em dezembro de 2000 “[...] tem como objetivo viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência e seus recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social, voltados para a melhoria da qualidade de vida”. (Art. 1º da Lei Complementar n. 111, de 6 de julho de 2001).

dados relativos às receitas e às despesas com saúde dos três níveis de governo, cabe ao Siops acompanhar a implementação da EC n. 29 pelas três esferas de governo, segundo a Portaria MS/GM 2047, de 5 de novembro de 2002. As informações têm caráter declaratório, sendo que um sistema de filtros de consistência avisa ou impede a entrada de dados inconsistentes de modo a favorecer a qualidade dos dados. No caso dos dados informados pelos estados, a equipe do Siops vem divulgando “Notas Técnicas”, nas quais tais dados são comparados com aqueles disponíveis em outras fontes, como os balanços estaduais, de modo a apontar inconsistências.

O processo de regulamentação da EC n. 29 teve início, na Câmara dos Deputados, em fevereiro de 2003, com a apresentação do Projeto de Lei Complementar (PLP) 01/2003, pelo deputado Roberto Gouveia (PT/SP). A inovação deste PLP reside na vinculação de 11,5% da receita de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Ele estabelece ainda que esse montante não deveria ser inferior ao empenhado no exercício anterior, corrigido pela variação nominal do PIB ou pela taxa de incremento populacional, a que fosse maior.

Em março de 2004, o deputado Guilherme Menezes, designado relator do PLP 01/2003 (Comissão de Seguridade Social e Família), apresentou parecer pela aprovação de substitutivo. Uma das modificações propostas afeta a contribuição da União, que passaria a ser de 10% das receitas correntes. De acordo com o relator, tomando-se os dados de 2002, a mudança em relação ao critério proposto por Gouveia elevaria os gastos da União de R\$ 28 bilhões para R\$ 34 bilhões.

O texto aprovado estabelece, ainda, entre outros aspectos, o conceito de ações e serviços de saúde e a determinação de que as infrações aos dispositivos

desta Lei Complementar configuram ato de improbidade administrativa.⁶⁶ Para os estados e os municípios, os percentuais mínimos foram mantidos em 12% e 15%, respectivamente, da receita líquida.

Em sua tramitação na Câmara dos Deputados, o substitutivo do deputado Guilherme Menezes foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, na Comissão de Finanças e Tributação e na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, em agosto de 2004, em novembro de 2004 e em setembro de 2005, respectivamente. A partir de abril de 2006, o PLP 01/2003 passou a aguardar discussão no Plenário da Câmara dos Deputados. Embora tenha sido incluído na

⁶⁶ O PLP 01/2003 estabelece que podem ser computados como gastos com saúde aqueles destinados às ações e serviços de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito que estejam em conformidade com os Planos de Saúde em cada ente da Federação e que sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que, embora atuem sobre determinantes sociais e econômicos das condições de saúde, como as de saneamento, não constituem gastos específicos com o setor. Assim, podem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde: a) vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; b) atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; c) capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); d) desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; e) produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; f) ações de saneamento básico próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, desde que aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação, as efetivadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras a critério do Conselho Nacional de Saúde; g) ações de manejo ambiental vinculadas diretamente ao controle de vetores de doenças; h) gestão do sistema público de saúde e operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde; i) investimentos na rede física do SUS, que inclui a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde; j) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e l) remuneração de pessoal ativo em exercício na área de saúde, incluindo os encargos sociais. Ainda de acordo com o PLC, não poderão ser contabilizadas como despesas com saúde para fins de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados na área, aquelas realizadas com: a) pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde; b) pessoal ativo da área de saúde, quando em atividade alheia à respectiva área; c) serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas; d) merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvada a recuperação de deficiências nutricionais; e) ações de saneamento básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos; f) limpeza urbana e remoção de resíduos; g) preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação e por entidades não-governamentais; h) ações de assistência social; i) obras de infra-estrutura urbana, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e j) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na lei complementar ou vinculados a fundos específicos.

pauta de votação de 11 de abril, após audiência das principais entidades ligadas à saúde pública e dos representantes da maioria dos estados com o presidente da Câmara, deputado Aldo Rebelo, não logrou ser votado naquele ano.

No segundo semestre de 2007, o agravamento de problemas relacionados ao atendimento do SUS (greves e a conseqüente falta de atendimento em hospitais públicos, assim como a piora no controle de algumas doenças como a dengue), ao colocar novamente em evidência a questão do subfinanciamento do SUS, fez com que a regulamentação da Emenda n. 29 passasse a ocupar lugar de destaque na mídia.

Mais uma vez, a sua discussão coincidiu com a prorrogação da CPMF. Nesse contexto, o Governo Federal passou a defender que as duas matérias fossem votadas o mais rápido possível, buscando mostrar para a sociedade um discurso afinado entre as pastas da Saúde, do Desenvolvimento Social e da Fazenda. Ao defender a aprovação da prorrogação da CPMF sem a redução de alíquota e sem dividir com as esferas subnacionais, conforme proposta da oposição, o ministro da Fazenda foi enfático ao afirmar que em caso contrário a Emenda n. 29 teria que ser discutida, sinalizando para a redução de recursos federais para a saúde (FOLHA DE SÃO PAULO, 2007). O presidente da República, por sua vez, passou a cobrar, em público, que os ministros da Saúde e da Fazenda se entendessem sobre o valor dos gastos da União com a saúde, ao mesmo tempo em que buscava dividir responsabilidades pelos problemas do SUS com os governadores, que passaram a receber ataques diários pelo não cumprimento da Emenda n. 29 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2007).

Essa conjuntura favoreceu a discussão do PLP 01/2003 que foi emendado em 30/10/2007. A respeito das Emendas de Plenário (a maioria não foi aprovada), cabe

mencionar a da deputada Rita Camata e outros que confere progressividade ao percentual da receita corrente aplicado pela União em ações e serviços de saúde. Esse deveria ser elevado de 8,5%, em 2008, até atingir 10%, em 2011. Na justificativa, reveladora dos conflitos entre os interesses do Governo Federal, contrário à definição de percentual de vinculação de suas receitas, e os da Frente Parlamentar da Saúde, pontuou-se que esta posição se devia ao fato de as negociações indicarem um recuo para o critério anterior, qual seja, o valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB.

Confirmando o recuo, em 31/10/2007, o parecer às Emendas de Plenário do relator Guilherme Menezes, pela Comissão de Seguridade Social e Família, foi pela aprovação de uma de suas Emendas, pela rejeição de quatro e pela aprovação parcial de outras quatro, na forma da Subemenda Substitutiva apresentada. Apesar de o parecer tratar de “pequenas alterações”, a vinculação de receita da União foi substituída pelo formato anterior, prevalecendo, portanto, o interesse do Governo Federal. A Subemenda foi votada e aprovada por 291 votos favoráveis, 111 contrários e 1 abstenção⁶⁷. Cabe salientar que ainda houve uma tentativa de votação em separado do Substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família em preferência à Subemenda Substitutiva oferecida em Plenário pelo relator da Comissão de Seguridade Social e Família. A substituição foi, no entanto, rejeitada. Aprovada sua redação final, o PLP 01/2003 foi enviado ao Senado. Embora tenha tramitado no Senado, o PLC n. 89/2007 perdeu relevância, até porque alguns de seus dispositivos estavam atrelados à CPMF, então já extinta.

Também no Senado ocorreram iniciativas visando à regulamentação da EC n. 29. Em 2002, o senador Tião Viana (PT/AC) apresentou o Projeto de Lei do Senado

⁶⁷ Constata-se, portanto, que um número significativo de deputados (110, ou seja, 21% do total) não compareceu à votação.

(PLS) n. 35. Para os objetivos aqui pretendidos, importa destacar que este projeto também vinculava um percentual mínimo de recursos a ser aplicado na saúde pela União (10% das receitas brutas), além de definir as ações e os serviços de saúde. Para os estados e municípios, foram mantidos os percentuais de 12% e 15%, respectivamente. Como ocorreu na Câmara com o PLP n. 01/2003, o PLS n. 35/2002 pouco avançou entre 2002 e 2007, o que acarretou o seu arquivamento. Diante disso, o senador Tião Viana voltou a apresentar um novo projeto – PLS 121 –, em 20/3/2007, nos moldes do anterior. Deve-se acrescentar que também o senador Marconi Perilo (PSDB/GO) apresentou um projeto de regulamentação da EC n. 29, no qual propunha que a contribuição da União fosse fixada em 18% da Receita Corrente Líquida, calculada segundo a LRF. Este senador apresentou requerimento, não aprovado, de tramitação conjunta dos PLS n. 121 e n. 156, ambos de 2007, com o PLC n. 89/2007 (PLP 01/2003). Em 6 de maio de 2008, o PLS n. 121/2007 foi aprovado no Senado e remetido à Câmara dos Deputados, em 8 de maio de 2008. Com isso, a discussão da regulamentação da EC n. 29 recomeça na Câmara, com a Frente Parlamentar da Saúde pressionando para que essa Casa confirme os percentuais aprovados pelo Senado.

bj0.00ação daCPMF

,Tw (vigortou tb 31/123/2007, acarretou)Tj-0.000

estimular iniciativas de parlamentares ou de segmentos da área da saúde para sua criação (ESTADO DE MINAS, 2008). Com esse propósito, o ministro das Relações Institucionais já iniciou discussão com os secretários estaduais de saúde que defendem a criação de um imposto do cheque definitivo, cujos recursos deveriam se repassados totalmente para a saúde. A Frente Parlamentar da Saúde, no entanto, não encamparia a idéia de recriar a CPMF, segundo o deputado Raphael Guerra (PSDB- MG), que declarou ainda que “a saúde está cansada de ser usada para enganar povo” (O ESTADO DE SÃO PAULO). Vale lembrar que o governo enviou a proposta de destinar o total da arrecadação da CPMF para a saúde à meia-noite do dia da votação do PLP 01/2003, não havendo, no entanto, mais tempo para discussão.

Registre-se, ainda, que um movimento nacional pela criação de uma Contribuição Social sobre Movimentação Financeira (CSMF) só para saúde foi desencadeado na segunda semana de janeiro deste ano por um grupo de sanitaristas. Após colher assinaturas de adesão, a idéia era enviar ao presidente um manifesto solicitando-lhe que encaminhe ao Congresso Nacional uma Proposta de Emenda Constitucional sobre o assunto. Com isso, teve início um novo capítulo na luta pela busca de uma fonte de financiamento para a saúde maior e mais estável. Enquanto isso, a regulamentação da EC n. 29 continua em compasso de espera.

À medida em que as negociações para a regulamentação da Emenda 29 se arrastavam, ela foi sofrendo vetos dos níveis federal e estadual. A existência de interpretações distintas por parte dos ministérios da Saúde e da Fazenda relativa à participação da União tem acarretado conseqüências sobre o acompanhamento da Emenda. Utilizando-se para o cálculo do valor mínimo a ser gasto pela União, o critério de “base fixa”, verifica-se que, com exceção de 2003, a Emenda teria sido

cumprida nos demais anos. Já quando se utiliza o critério de “base móvel”, o resultado é bem diferente, na medida em que, com exceção de 2000, a Emenda não teria sido cumprida (RIBEIRO, PIOLA, e SERVO, 2007). O conflito intra-burocrático tem, portanto, atuado de modo a reduzir os recursos federais para a saúde e a fragilizar a Emenda.

Outra estratégia do Executivo federal no sentido de contornar a Emenda n. 29 tem sido a inclusão no cálculo do gasto federal com saúde, para efeitos de cumprimento da Emenda, de despesas que se mostram em claro desacordo com o que determina a Portaria n. 2047 do MS.

No orçamento de 2004, por exemplo, o Executivo federal buscou computar como gastos com saúde despesas com encargos previdenciários da União e com o serviço da dívida, bem como os recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (gastos com alimentação e saneamento básico). Diante da forte reação contrária do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde, o governo voltou atrás no que diz respeito aos dois primeiros gastos, mas manteve o último (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Outra atitude reveladora das intenções da União no que diz respeito à EC n. 29 foi o documento encaminhado ao Fundo Monetário Internacional (FMI), ainda no final de 2003, manifestando a intenção de flexibilizar a alocação dos recursos públicos das três esferas, de modo a criar um ambiente favorável ao desenvolvimento (MARQUES e MENDES, 2005). O documento faz referência a um estudo a ser elaborado pelo governo sobre as implicações das vinculações setoriais. Para Marques e Mendes (2005), o objetivo do Governo Federal é eliminar os preceitos constitucionais que obrigam as três esferas de governo a comprometer percentuais da receita com os setores de Educação e Saúde.

O comportamento dos governadores estaduais para com a Emenda n. 29 não tem sido muito diferente. Conforme será mostrado no capítulo 4, eles têm usado de vários artifícios para “burlar” a Emenda. A esse respeito, merece registro a atitude da governadora do Rio de Janeiro⁶⁸, que, em setembro de 2003, propôs ao Supremo Tribunal Federal uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) com pedido de medida cautelar, em razão da Resolução n. 322 do Conselho Nacional de Saúde, com vistas a sua invalidação e à suspensão imediata dos seus efeitos (MARQUES e MENDES, 2005). Por meio dessa estratégia, a governadora buscou eliminar um constrangimento à possibilidade de computar como ações e serviços com saúde despesas vedadas pela Resolução.

Como mais uma manifestação das dificuldades enfrentadas pela Emenda n. 29, merece registro o fato de que nas discussões da Reforma Tributária, no início do primeiro governo Lula, terem surgido propostas no sentido da criação de mecanismos semelhantes à Desvinculação de Recursos da União (DRU)⁶⁹ nos estados e municípios. A partir de uma grande mobilização das entidades ligadas à saúde, conseguiu-se o compromisso do Governo Federal de retirar essa proposta do projeto do Executivo. Caso fossem aprovadas essas desvinculações, poder-se-ia assistir a uma redução dos gastos com saúde das três esferas de governo, configurando o que Pierson (1995) denominou de “corrida ao fundo do poço”. A demonstrar que a questão da desvinculação de receitas estaduais não está de todo descartada, cabe registrar que ela voltou a ser discutida em março de 2007, em reunião dos governadores com o presidente da República, no contexto de discussão

⁶⁸ Rosângela Barros Assed Matheus de Oliveira (Rosinha Garotinho) – governadora do estado do Rio de Janeiro de 2003 a 2006.

⁶⁹ A DRU, instituída pela Emenda Constitucional n.27 de 2000, autoriza a desvinculação de 20% de todos os impostos e contribuições federais. A DRU substituiu, com modificações, o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

da prorrogação da Emenda Constitucional que trata da desvinculação das receitas da União (MARQUES; MENDES, 2005).

O que foi colocado permite concluir que a trajetória da EC n. 29 exemplifica as dificuldades inerentes ao compartilhamento de responsabilidades sobre políticas sociais em países federativos, particularmente num contexto de ajuste fiscal. Ainda que a ação coletiva em países federativos possa ser favorecida por meio de uma regra, seus efeitos plenos podem ser retardados, ou, mesmo, não serem atingidos caso o consenso em torno dela se mostre frágil, como é o caso da Emenda n. 29. De fato, a fragilidade do consenso reflete na sua própria institucionalidade – incompleta –, na medida em que ainda não foi regulamentada, como previsto.

A Emenda n. 29 constitui-se, ainda, em mais uma evidência de que estados federativos não criam, necessariamente, obstáculos à atuação do governo central. Ainda que tenha sido proposta pelo Legislativo, coube ao Executivo estabelecer o ritmo de tramitação da Emenda, que só foi acelerado quando de seu interesse. O desenho da Emenda, conforme já ressaltado, confirma que a União conseguiu imprimir mudanças nos projetos anteriores no sentido de fazer valer suas preferências. Ademais, a atuação do Governo Federal também tem se mostrado decisiva na sua implementação e regulamentação.

Se as instituições federativas do País não têm impedido a União de implementar sua agenda, conforme demonstram os diversos estudos que tratam do assunto, não é menos verdade que a posição institucional dos governadores estaduais também tem-lhes permitido definir o ritmo de implementação do que determina a Emenda. Além de não a estarem cumprindo, em sua grande maioria, conforme será demonstrado no capítulo 4, também vêm adotando artifícios para contornar as suas determinações.

4 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 E OS GASTOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL COM ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Este capítulo trata da verificação empírica dos efeitos da Emenda Constitucional n. 29 nos gastos dos governos estaduais e do Distrito Federal (DF) com assistência à saúde e está dividido em quatro seções. A primeira apresenta uma análise descritiva dos períodos 1998-2000 (antes da EC n. 29) e 2001-2004 (após a EC n. 29). A segunda seção investiga os condicionantes do comportamento dos governadores. A terceira analisa, comparativamente, o gasto com saúde das três esferas de governo antes e após a aprovação da EC n. 29, de modo a identificar as mudanças na participação das diferentes esferas no financiamento do SUS. A quarta aborda, de forma breve, algumas repercussões da Emenda nos registros contábeis dos gastos com saúde dos estados.

4.1 Gasto dos governos estaduais e do Distrito Federal com assistência à saúde

Antes de iniciar a análise do comportamento do gasto dos estados e do DF com saúde, deve-se colocar que os dados utilizados neste estudo têm como fonte o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) do Ministério da Saúde. No entanto, é preciso esclarecer que as informações relativas aos anos de 1998 e 1999 foram obtidas com Ana Cecília Faveret que participou do processo de estruturação do Siops e utilizou esses dados em sua tese de doutorado. Embora façam parte da base de dados do Siops, eles não estão disponíveis no seu *site*. Os dados relativos ao período 2000 a 2004 foram extraídos das Notas Técnicas do

Siops.⁷⁰ Tais dados, assim com aqueles referentes à 1998 e 1999, passaram por um processo de conferência realizado pela equipe do Siops, sendo que aqueles relativos ao período 2000 a 2004 apresentam divergências quando comparados com os declarados pelos gestores, os quais também estão disponíveis no *site* do Siops. As diferenças dizem respeito aos valores dos gastos, à receita líquida (receita de impostos e transferências constitucionais, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios, ou seja, a receita vinculada aos gastos com saúde, de acordo com a EC n. 29) e, conseqüentemente, aos percentuais aplicados. Essa questão será explorada na seção **4.2**. As informações relativas às despesas dizem respeito aos valores empenhados.⁷¹

4.1.1 Gastos com saúde como proporção da receita líquida

Para uma análise descritiva dos efeitos da EC n. 29 nos gastos com saúde, foram comparados os períodos 1998–2000 (antes da Emenda) e 2001–2004 (depois da Emenda). Conforme ressaltado no capítulo **1**, o período de vigência da Emenda 29 constituiu um dos aspectos de maior consenso, desde quando se iniciaram as discussões, visando subsidiar a sua implementação e regulamentação. Embora, por

⁷⁰ Tomando por base as definições estabelecidas pela Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde de 08 de maio de 2003, equipe do Siops analisa e compara os dados relativos às despesas em ações e serviços públicos de saúde e à receita líquida apresentados pelos Estados e pelo Distrito Federal nos Balanços Gerais, nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária e ao Siops. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br>: Notas Técnicas n. 010/2004, n. 009/2005 e n. 49/2006.

⁷¹ De acordo com a Lei n. 4.320/64, a despesa é executada em três estágios: empenho, liquidação e pagamento. O empenho é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento. O empenho é obrigatório e tem por objetivo respeitar o limite do crédito orçamentário (não pode exceder o limite de créditos concedidos). A emissão do empenho abate o seu valor da dotação orçamentária total do programa de trabalho, tornando a quantia empenhada indisponível para nova aplicação. É uma garantia para o fornecedor ou prestador de serviço contratado pela autoridade pública de que a parcela referente ao seu contrato foi bloqueada para honrar compromissos assumidos. A liquidação consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito. É a verificação se o contratante cumpriu o que foi acordado. O pagamento consiste na entrega de recursos ao credor.

ser auto-aplicável, já devesse vigorar em 2000, como foi promulgada ao final deste ano, acordou-se sua vigência a partir de 2001, em função da dificuldade em providenciar suplementações significativas nos orçamentos.

Entre 1998 e 2000 – e, portanto, antes da Emenda n. 29 –, a variação dos percentuais da receita líquida aplicados pelos estados e pelo Distrito Federal na saúde oscilou de um aumento de 125%, no Amapá, a uma redução de 69,60%, no Maranhão (tabela 1). A maioria dos estados (19), entretanto, diminuiu a participação dos gastos com saúde na receita líquida.

Em 2000, ano em que a EC n. 29 foi promulgada, os gastos com saúde como proporção da receita líquida dos governos estaduais oscilavam entre 1,52%, no Maranhão, a 19,11%, no Acre (tabela 1). Onze estados aplicavam menos de 7%, mínimo estipulado pela Emenda como ponto de partida. Por outro lado, em quatro estados esse percentual era superior a 12%, mínimo a ser atingido por todos até 2004 (Acre, Amazonas, Amapá e Rio Grande do Norte).

Tabela 1: Variação percentual da receita líquida (1) aplicada na saúde entre 1998 e 2000 e percentual da receita líquida aplicado na saúde em 2000 – Brasil – Unidades da Federação

Ranking	Receita líquida aplicada na saúde (%)			
	Variação 1998-2000 (%)		Percentual da receita líquida aplicado em 2000	
	Unidade da Federação	Valor	Unidade da Federação	Valor
1	Amapá	124,73	Acre	19,11
2	Mato Grosso do Sul	118,42	Amazonas	17,96
3	Ceará	42,5	Rio Grande do Norte	12,94
4	Amazonas	38,15	Amapá	12,36
5	Rio Grande do Sul	37,5	Roraima	11,39
6	Paraíba	19,19	Espírito Santo	10,37
7	Rio de Janeiro	4,04	Distrito Federal	9,74
8	Santa Catarina	0,8	Goiás	9,72
9	Acre	-0,98	Ceará	9,69
10	Goiás	-3,76	Santa Catarina	8,77
11	Pernambuco	-4,35	Bahia	8,32
12	Distrito Federal	-5,44	Pernambuco	8,13
13	Alagoas	-5,75	Tocantins	8,12
14	São Paulo	-8,24	Rondônia	7,84
15	Pará	-13,67	São Paulo	7,8
16	Rio Grande do Norte	-14,3	Pará	7,77
17	Espírito Santo	-16,37	Alagoas	6,88
18	Roraima	-17,46	Rio Grande do Sul	6,6
19	Piauí	-24,93	Rio de Janeiro	5,41
20	Bahia	-26,37	Piauí	5,03
21	Tocantins	-28,77	Paraíba	4,41
22	Minas Gerais	-30,74	Mato Grosso do Sul	4,15
23	Sergipe	-41,4	Minas Gerais	3,74
24	Mato Grosso	-44,52	Sergipe	3,34
25	Rondônia	-44,79	Paraná	2,4
26	Paraná	-59,32	Mato Grosso	2,33
27	Maranhão	-69,6	Maranhão	1,52
Mínimo		-69,6		1,52
Máximo		124,73		19,11
Média		-2,79		7,99
Mediana		-8,24		7,84
Percentil 25		-27,57		4,72
Percentil 75		2,42		9,73
Desvio Padrão		45,02		4,32
Coeficiente de variação		-16,14		0,54

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em: jun. 2006. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. 2002. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2005

- (1) Receita de impostos e transferências constitucionais deduzidas as transferências aos municípios = receita vinculada à Emenda n. 29 de 2000.

Entre os estados com menores percentuais⁷², além do Maranhão (1,52%), estavam: Mato Grosso (2,33%), Paraná (2,40%), Sergipe (3,34%), Minas Gerais (3,74%), Mato Grosso do Sul (4,15%) e Paraíba (4,41%). No extremo oposto, posicionavam-se, além do Acre (19,11%), os seguintes: Amazonas (17,96%), Rio Grande do Norte (12,94%), Amapá (12,36%), Roraima (11,39%), Espírito Santo (10,37%) e Distrito Federal (9,74%). Com pontos de partida tão diferenciados, percebe-se que a Emenda impôs aos estados um esforço também bastante desigual para cumpri-la.

Tomando-se, agora, o período 2001–2004 (depois da Emenda n.29), constata-se que, tal qual observado no anterior, o comportamento dos estados variou significativamente, apresentando desde uma elevação de 307%, no Maranhão, a um decréscimo de 42%, na Paraíba (tabela 2). No entanto, diferentemente do que se observou antes da Emenda, a maioria dos estados elevou o gasto com saúde como proporção da receita líquida. Vale ressaltar que esse aumento foi acompanhado de uma redução na diferença entre eles nesse aspecto, haja vista que o coeficiente de variação⁷³ diminuiu entre 2000 e 2004 (tabelas 1 e 2). O gráfico 1 permite apreciar a redução na desigualdade dos percentuais da receita aplicado na saúde pelos estados e DF no período de 1998 a 2004, bem como a elevação do percentual mediano.

Seis estados reduziram a proporção da receita líquida comprometida com a saúde: Paraíba, Rio Grande do Sul, Roraima, Acre, Mato Grosso do Sul e Tocantins.

⁷² Sempre que se fizer referência aos estados com menores/maiores percentuais, estar-se-á considerando aqueles localizados no primeiro/último quarto da distribuição do percentual aplicado, ou seja, aqueles situados entre os 25% com menores percentuais (abaixo do percentil 25 da distribuição) e os 25% com maiores percentuais (acima do percentil 75 da distribuição).

⁷³ O coeficiente de variação constitui uma maneira de se expressar a variabilidade dos dados tirando a influência da ordem de grandeza da variável. Coeficiente de variação = desvio padrão/média.

Para os estados do Acre e Roraima tal fato não os impediu de cumprirem a Emenda n. 29, tendo ambos gastado com a saúde um percentual da receita superior ao estipulado. Tocantins aplicou mais que o mínimo estabelecido entre 2000 e 2003, e chegou muito perto em 2004 (11,92%). Os demais, no entanto, comprometeram com a saúde bem menos que o determinado pela EC n. 29. A respeito deles, deve ser salientado que estão entre os sete estados que, no período imediatamente anterior à aprovação da EC n. 29 (1998–2000), já haviam elevado o percentual da receita líquida aplicado na saúde. É possível se perguntar se tal fato não teria criado obstáculos a novos acréscimos. A respeito do Rio Grande do Sul, que manteve praticamente inalterado o percentual aplicado entre 2002 e 2004, merece registro o fato de ser o único estado no qual a Constituição estadual também estabelece, desde 1999, um percentual mínimo de recursos a ser aplicado na saúde (10% da receita tributária líquida).⁷⁴ Registre-se, ainda, que as dificuldades do Rio Grande do Sul para cumprir a Emenda foram expostas pela atual governadora logo ao assumir, em março de 2007, quando defendeu uma maior participação dos estados no bolo tributário, de modo a “poder cumprir a Emenda n. 29”.

Corroborando tal afirmação, a análise dos relatórios de responsabilidade fiscal de sete estados brasileiros entre 1998 e 2002 feita por Lopreato (2004) mostrou que se a questão do endividamento era preocupante em todos eles, o Rio Grande do Sul se destacava como o único que não conseguiu cumprir a missão de contribuir para o superávit primário global em 2001 e 2002. Ou seja, suas receitas não se mostraram suficientes nem para fazer face às despesas não financeiras.

Também os comportamentos do Amazonas e do Amapá chamam a atenção. Em primeiro lugar, esses estados posicionavam-se entre os sete que, no período

⁷⁴ Emenda Constitucional 25/1999 da Constituição Estadual.

imediatamente anterior a aprovação da EC n. 29, aumentaram o percentual da receita aplicado na saúde. Em 2000, tais estados se destacavam pelo maior comprometimento de suas receitas com a saúde – 17,96% e 19,11% –, respectivamente. Em que pese tal fato, continuaram a elevar o percentual aplicado, atingindo em 2004 os percentuais de 24,4% e 15,35%, respectivamente.

No que se refere ao cumprimento da EC n. 29, observa-se que mesmo tendo revertido a tendência do período imediatamente anterior à sua promulgação, quando os gastos com a saúde reduziram a sua participação nos orçamentos da maioria dos estados, ela não foi cumprida pela maioria deles entre 2001 e 2004 (tabela 2). Em 2004, quando todos os estados deveriam atingir o mínimo de 12%, apenas sete o fizeram: Amazonas, Amapá, Distrito Federal, Acre, Rio Grande do Norte, Ceará e Roraima. Cabe destacar que cinco estados atingiram percentuais muito próximos do mínimo estipulado: Tocantins, Piauí, Pernambuco, Bahia e Santa Catarina. Por outro lado, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul apresentaram percentuais muito baixos relativamente aos demais – 5,43% e 6,15%, respectivamente.

Entre os estados que conseguiram atingir o percentual de 12% em 2004, todos já comprometiam mais de 7% de suas receitas líquidas com a saúde em 2000, mínimo estipulado para aquele ano (tabelas 1 e 2). Os estados que aplicavam na saúde percentual inferior a 7% não conseguiram, no espaço de tempo estipulado, reverter essa situação de modo a cumprir a Emenda. Acrescente-se que entre os estados com menores percentuais aplicados na saúde em 2004 apenas dois (RS e ES) não estavam entre os de menores percentuais no ano em que a EC n. 29 foi promulgada. Tomando-se os estados com maiores percentuais em 2004, apenas o Ceará não estava entre aqueles que aplicavam mais em 2000.

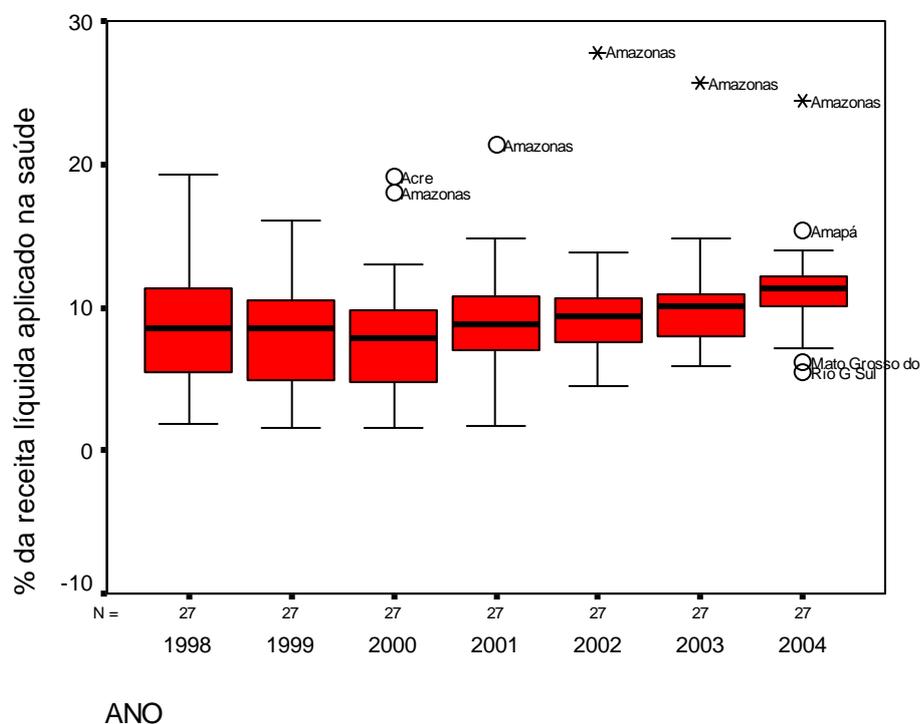
Tabela 2: Variação percentual da receita líquida (1) aplicada na saúde entre 2001 e 2004 e percentual da receita líquida aplicada na saúde em 2004
Brasil – Unidades da Federação

Ranking	Receita líquida aplicada na saúde (%)			
	Variação 2001-2004 (%)		Percentual da receita líquida aplicado em 2004	
	Unidade da Federação	Valor	Unidade da Federação	Valor
1	Maranhão	307,39	Amazonas	24,4
2	Paraná	125,41	Amapá	15,35
3	Rio de Janeiro	106,53	Distrito Federal	13,94
4	Sergipe	87,07	Acre	13
5	Mato Grosso	74,25	Rio Grande do Norte	12,77
6	Ceará	67,91	Ceará	12,61
7	Piauí	66,24	Roraima	12,39
8	Distrito Federal	56,45	Pernambuco	11,93
9	Amapá	48,31	Tocantins	11,92
10	Santa Catarina	41,28	Bahia	11,92
11	Bahia	34,99	Santa Catarina	11,91
12	Alagoas	31,78	Piauí	11,82
13	São Paulo	28,86	São Paulo	11,52
14	Pará	27,82	Pará	11,35
15	Goiás	26,42	Rondônia	11,16
16	Minas Gerais	25,33	Goiás	11,1
17	Amazonas	14,55	Mato Grosso	11,03
18	Rio Grande do Norte	9,71	Sergipe	10,85
19	Pernambuco	9,05	Alagoas	10,49
20	Rondônia	4,89	Rio de Janeiro	10,43
21	Espírito Santo	4,58	Espírito Santo	9,81
22	Tocantins	-3,09	Minas Gerais	8,66
23	Mato Grosso do Sul	-9,69	Paraná	8,34
24	Acre	-12,16	Paraíba	7,4
25	Roraima	-12,75	Maranhão	7,17
26	Rio Grande do Sul	-24,48	Mato Grosso do Sul	6,15
27	Paraíba	-42,28	Rio Grande do Sul	5,43
Mínimo		-42,28		5,43
Máximo		307,39		24,4
Média		40,53		11,29
Mediana		27,82		11,35
Percentil 25		4,74		10,12
Percentil 75		61,35		12,16
Desvio Padrão		66,49		3,5
Coeficiente de variação		1,64		0,31

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em jun.2006
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2005

(1) Receita de impostos e transferências constitucionais deduzidas as transferências aos municípios = receita vinculada à Emenda n.29 de 2000.

Gráfico 1: Percentual da receita líquida aplicado em ações e serviços de saúde – Brasil – Unidades da Federação – 1998-2004



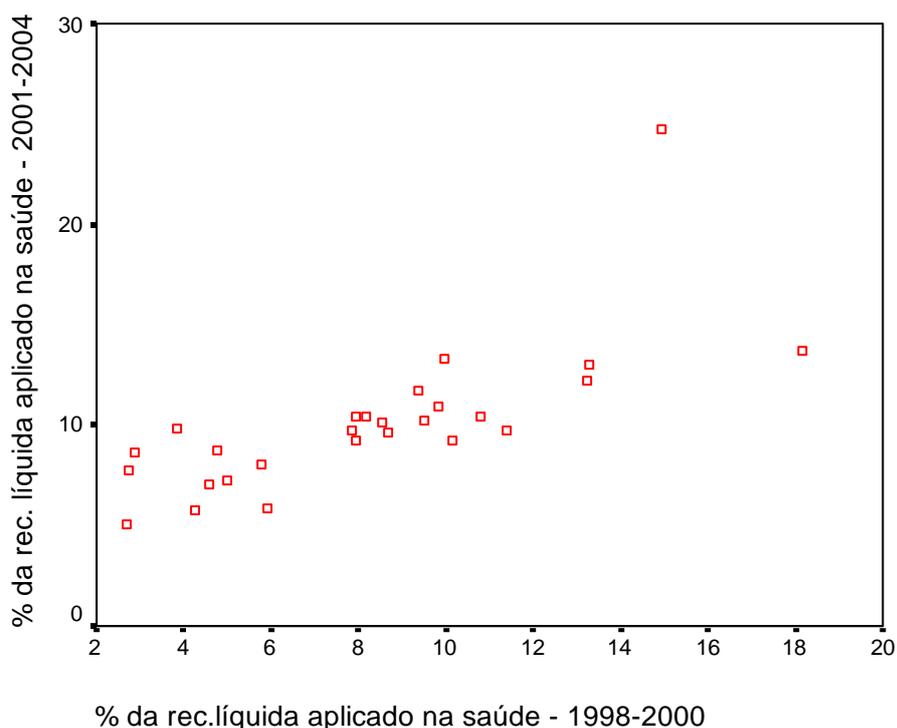
Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso: jun. 2006. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. 2002. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

Nota: Os gráficos, denominados na literatura estatística de “*box-plot*” consistem em uma caixa, dois suportes e *outliers*. A linha que corta a caixa representa a mediana dos dados. O extremo inferior da caixa representa o valor do primeiro quartil, abaixo do qual estão 25% dos dados da distribuição. O extremo superior é o terceiro quartil, abaixo do qual estão 75% dos dados. Logo, o tamanho da caixa representa o intervalo que compreende os 50% dos municípios, ou ainda, a distância entre os 25% dos municípios com maiores valores para a referida variável e os 25% com menores valores. Desta forma, estes gráficos permitem apreciar a variabilidade do percentual da receita aplicado na saúde pelos estados em cada ano.

O gráfico 2 mostra que a relação entre os percentuais aplicados em 1998–2000 e os de 2001–2004 é positiva, sugerindo que os percentuais da receita aplicados na saúde pelos estados e DF antes da EC n. 29 condicionaram as decisões alocativas dos governadores no período pós Emenda. Ou seja, a interação

da Emenda com diferentes contextos, em termos do comprometimento da receita com a saúde, produziu resultados distintos.

Gráfico 2: Percentual da receita líquida aplicado em ações e serviços de Saúde – Brasil – Unidades da Federação – 1998-2000 e 2001-2004



Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso: jun. 2006. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. 2002. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002

Merece registro ainda o fato de a trajetória dos estados no período 2001–2004 ter variado tanto entre eles como num mesmo estado ao longo do tempo. Ou seja, o aumento dos percentuais não foi gradativo, como estipulou a EC n. 29. De fato, conforme mostra a tabela 3, na grande maioria dos estados o percentual aplicado em cada ano ficou aquém do estabelecido. Além disso, poucos estados

apresentaram uma trajetória de crescimento contínuo. Em muitos deles as elevações conquistadas em um ano não foram sustentadas no ano seguinte, ocasionando a redução do percentual aplicado. Essa variabilidade observada no comportamento dos estados, frente a uma mesma regra, remete à investigação para os possíveis efeitos dos diferentes contextos sobre as decisões.

Tabela 3: Percentual da receita líquida (1) aplicado na saúde e mínimo exigido pela Emenda Constitucional 29/2000 – Brasil – Unidades da Federação – 1998 / 2004

Unidade da Federação	Receita líquida aplicada na saúde (%)									
	1998	1999	2000	2001		2002		2003		2004
	aplicado	aplicado	aplicado	aplicado	mínimo	aplicado	mínimo	aplicado	mínimo	aplicado
Acre	19,3	16,1	19,11	14,8	12	13,89	12	12,96	12	13
Amazonas	13	13,9	17,96	21,3	12	27,8	12	25,63	12	24,4
Rio G do Norte	15,1	11,8	12,94	11,64	12	13,3	12	14,15	12	12,77
Amapá	5,5	12,1	12,36	10,35	12	12,53	12	14,87	12	15,35
Roraima	13,8	14,5	11,39	14,2	11,51	10,14	11,63	12,3	11,75	12,39
Espírito Santo	12,4	11,4	10,37	9,38	10,69	9,38	11,01	10,54	11,33	9,81
Distrito Federal	10,3	9,4	9,74	8,91	10,41	9,82	11,08	11,17	11,74	13,94
Goiás	10,1	10,6	9,72	8,78	10,17	7,71	10,62	9,28	11,07	11,1
Ceará	6,8	7,1	9,69	7,51	10,15	9,3	10,61	9,38	11,07	12,61
Santa Catarina	8,7	8,6	8,77	8,43	9,41	7,48	10,05	10,56	10,69	11,91
Bahia	11,3	8,9	8,32	8,83	9,05	9,41	9,78	10,61	10,51	11,92
Pernambuco	8,5	7,9	8,13	10,94	8,9	9,2	9,67	9,8	10,44	11,93
Tocantins	11,4	8,6	8,12	12,3	8,89	11,48	9,66	11,32	10,43	11,92
Rondônia	14,2	10,3	7,84	10,64	8,67	9,67	9,5	10,43	10,33	11,16
São Paulo	8,5	7,5	7,8	8,94	8,64	10,74	9,48	10,64	10,32	11,52
Pará	9	8,8	7,77	8,88	8,61	9,88	9,45	10,56	10,29	11,35
Alagoas	7,3	9,6	6,88	7,96	8	9,46	9	8,96	10	10,49
Rio G Sul	4,8	6,4	6,6	7,19	8	5,14	9	5,87	10	5,43
Rio de Janeiro	5,2	4,3	5,41	5,05	8	5,57	9	8,04	10	10,43
Piauí	6,7	5,6	5,03	7,11	8	6,07	9	7,35	10	11,82
Paraíba	3,7	3,4	4,41	12,82	8	11,29	9	7,83	10	7,4
Mato G. do Sul	1,9	2,1	4,15	6,81	8	10,53	9	7,65	10	6,15
Minas Gerais	5,4	4,6	3,74	6,91	8	6,35	9	6,26	10	8,66
Sergipe	5,7	5,2	3,34	5,8	8	8,06	9	10,07	10	10,85
Paraná	5,9	4,4	2,4	3,7	8	4,52	9	6,35	10	8,34
Mato Grosso	4,2	2,1	2,33	6,33	8	7,72	9	9,49	10	11,03
Maranhão	5	1,5	1,52	1,76	8	5,51	9	5,96	10	7,17
Mínimo	1,9	1,5	1,52	1,76	8	4,52	9	5,87	10	5,43
Máximo	19,3	16,1	19,11	21,3	12	27,8	12	25,63	12	24,4
Média	8,66	8,03	7,99	9,16	9,30	9,70	9,98	10,30	10,67	11,29
Mediana	8,50	8,60	7,84	8,83	8,67	9,41	9,50	10,07	10,33	11,35
Percentil 25	5,45	4,90	4,72	7,01	8,00	7,60	9,00	7,94	10,00	10,12
Percentil 75	11,35	10,45	9,73	10,79	10,29	10,64	10,82	10,91	11,20	12,16
Desvio Padrão	4,12	3,89	4,32	3,85	1,51	4,37	1,14	3,85	0,77	3,50
Coef. variação	0,48	0,48	0,54	0,42	0,16	0,45	0,11	0,37	0,07	0,31

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso: jun. 2006. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. 2002. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

(1) Receita de impostos e transferências constitucionais deduzidas as transferências aos municípios: receita vinculada à Emenda n. 29 de 2000.

Notas: 1) Os dados estão em ordem decrescente da coluna referente ao ano 2000; 2) Em 2000 e 2004, todos os estados deveriam aplicar no mínimo 7% e 12%, respectivamente da receita líquida.

4.1.2 Gasto com saúde *per capita*

Entre 1998 e 2000, os gastos com saúde *per capita* dos governos estaduais apresentaram um comportamento que variou desde uma elevação de 136%, no Mato Grosso do Sul, a uma redução de 69%, no Maranhão (tabela 4). Na maioria dos estados (20), entretanto, o valor do gasto *per capita* decresceu no período imediatamente anterior à aprovação da EC n. 29.

Analisando os valores do gasto *per capita* no ano em que a Emenda foi aprovada, verifica-se que eles se mostravam bastante diferenciados, oscilando de um mínimo de R\$ 7,22 (em valores constantes de 2004), no Maranhão, a um máximo de R\$ 333, no Acre (tabela 4). O valor médio foi de R\$ 87,41 (a preços de 2004), sendo que mais da metade dos estados apresentou valor inferior à média.

Entre os estados com menores⁷⁵ valores *per capita* estavam, além do Maranhão, Paraná (R\$18,41), Mato Grosso, (R\$ 23,65), Minas Gerais (R\$ 27,41), Paraíba (R\$ 27,52), Piauí (R\$ 28,64) e Sergipe (R\$ 31,29). Observa-se que entre os de menores valores apenas o Piauí não constava também do grupo de estados que comprometiam uma menor parcela de sua receita com saúde. Com maiores⁷⁶ valores *per capita* estavam, além do Acre, Roraima (R\$ 262,35), Amapá (R\$ 250,84), Distrito Federal (R\$ 188,48), Amazonas (R\$ 165,90), Espírito Santo (R\$ 108,90) e Tocantins (R\$ 99,65).

Observando a variação dos gastos entre 2001 e 2004, constata-se que a grande maioria dos estados (21) elevou o valor do gasto *per capita*. Esse aumento, no entanto, mostrou-se bastante diferenciado, tendo variado de 1,5%, no Espírito Santo, a 274%, no Maranhão (tabela 5). Esse comportamento refletiu, basicamente,

⁷⁵ Conforme já colocado, são os estados com valores abaixo do percentil 25, indicado na tabela 4.

⁷⁶ Valores acima do percentil 75, indicado na tabela 4.

o maior comprometimento da receita com saúde e, pode-se supor, a influência da EC n. 29, na medida em que a receita líquida *per capita* só cresceu em cinco estados, e assim mesmo, com exceção de Rondônia, em percentuais inferiores à elevação observada nos gastos (tabela 6).

Em seis estados, o gasto *per capita* reduziu entre 2001 e 2004: Paraíba, Rio Grande do Sul, Acre, Roraima, Tocantins e Mato Grosso do Sul. Em todos eles houve redução na proporção da receita comprometida com a saúde e em cinco deles também na receita líquida *per capita*.

Comparando o gasto *per capita* dos estados em 2004, quando todos os estados já deveriam estar aplicando, no mínimo, 12% da receita líquida, observa-se que seu valor oscilava entre cerca de R\$34, no Maranhão, a R\$281, no Amapá (tabela 5). Verifica-se que, a despeito de ter apresentado o maior aumento, o Maranhão permaneceu como o estado de menor valor *per capita*. Os estados com maiores valores mantiveram-se praticamente inalterados desde quando a EC n. 29 foi aprovada, sendo que apenas o Espírito Santo foi substituído nesse grupo pelo Mato Grosso.

Embora tenha se mantido elevada, a amplitude de variação (diferença entre o menor e o maior valor) foi sendo reduzida ao longo do período de implementação da Emenda. Também a desigualdade dos gastos, medida pelo coeficiente de variação, mostrou-se declinante. Constata-se, portanto, que, a despeito de as vinculações tenderem a reproduzir as desigualdades na capacidade de gasto, a EC n. 29 favoreceu uma redução das diferenças entre os estados em termos do gasto *per capita* com saúde. O gráfico 3 permite visualizar a redução na desigualdade do gasto *per capita* com saúde bem como a elevação do valor mediano no período 1998 a 2004.

Tabela 4: Variação percentual do gasto *per capita* com saúde entre 1998 e 2000 e gasto *per capita* com saúde em 2000 – Brasil – Unidades da Federação

Ranking	Gasto <i>per capita</i> com saúde			
	Variação 1998-2000 (%)		Gasto <i>per capita</i> em 2000 (R\$ de 2004) (1)	
	Unidade da Federação	Valor	Unidade da Federação	Valor
1	Mato Grosso do Sul	136,29	Acre	333,17
2	Amapá	108,57	Roraima	262,35
3	Ceará	40,94	Amapá	250,84
4	Rio Grande do Sul	35,99	Distrito Federal	188,48
5	Amazonas	29,17	Amazonas	165,9
6	Paraíba	18,97	Espírito Santo	108,9
7	Goiás	1,51	Tocantins	99,65
8	Santa Catarina	-2,86	Rio Grande do Norte	95,92
9	Distrito Federal	-4,27	São Paulo	91,98
10	Rio de Janeiro	-5,85	Rondônia	78,67
11	Acre	-6,1	Goiás	71,56
12	Pernambuco	-9,94	Santa Catarina	71,02
13	Rio Grande do Norte	-10,14	Rio Grande do Sul	61,39
14	Alagoas	-11,06	Ceará	56,11
15	São Paulo	-11,24	Pernambuco	47,92
16	Tocantins	-16,84	Bahia	47,2
17	Roraima	-19,75	Rio de Janeiro	45,57
18	Espírito Santo	-20,24	Alagoas	42,27
19	Pará	-20,54	Pará	41,62
20	Bahia	-24,23	Mato Grosso do Sul	35,42
21	Piauí	-26,83	Sergipe	31,29
22	Minas Gerais	-31,82	Piauí	28,64
23	Mato Grosso	-37,78	Paraíba	27,52
24	Sergipe	-41,53	Minas Gerais	27,41
25	Rondônia	-43,02	Mato Grosso	23,65
26	Paraná	-52,68	Paraná	18,41
27	Maranhão	-69,42	Maranhão	7,22
Mínimo		-69,42		7,22
Máximo		136,29		333,17
Média		-3,51		87,41
Mediana		-11,06		56,11
Percentil 25		-25,53		33,35
Percentil 75		-0,67		97,79
Desvio Padrão		44,37		82,71
Coefficiente de variação		-12,65		0,95

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em: jun. 2006. FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. 2002. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/> >. Acesso em: jun. 2006.

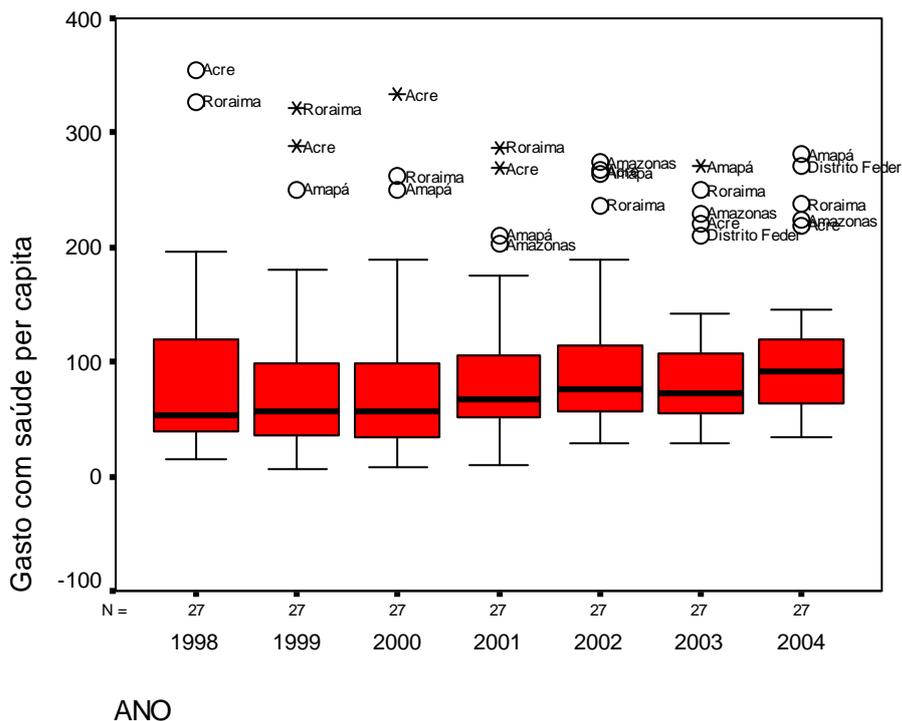
(1) Deflator: IGP-DI da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Tabela 5: Variação percentual do gasto *per capita* com saúde entre 2001 e 2004 e gasto *per capita* com saúde em 2004 – Brasil – Unidades da Federação

Ranking	Gasto <i>per capita</i> com saúde			
	Variação 2001-2004 (%)		Gasto <i>per capita</i> em 2004(R\$)	
	Unidade da Federação	Valor	Unidade da Federação	Valor
1	Maranhão	273,7	Amapá	280,99
2	Paraná	122,51	Distrito Federal	270,21
3	Rio de Janeiro	108,99	Roraima	237,92
4	Mato Grosso	94,23	Amazonas	223,57
5	Sergipe	72,09	Acre	219,49
6	Piauí	57,52	Tocantins	146,28
7	Distrito Federal	54,6	Mato Grosso	122,88
8	Ceará	52,25	Rondônia	116,74
9	Santa Catarina	37,73	São Paulo	115,23
10	Bahia	37,11	Espírito Santo	105,17
11	Amapá	33,31	Santa Catarina	100,28
12	Alagoas	24,7	Sergipe	97,61
13	Goiás	20,46	Rio Grande do Norte	95,35
14	Pará	16,36	Rio de Janeiro	91,96
15	São Paulo	11,4	Goiás	82,29
16	Rondônia	10,22	Ceará	68,19
17	Amazonas	10,18	Pernambuco	68,16
18	Minas Gerais	8,7	Bahia	66,93
19	Rio Grande do Norte	5,22	Piauí	66,9
20	Pernambuco	3,61	Alagoas	64,83
21	Espírito Santo	1,47	Paraná	63,87
22	Mato Grosso do Sul	-3,23	Pará	60,09
23	Tocantins	-5,63	Mato Grosso do Sul	59,59
24	Roraima	-17,14	Minas Gerais	58,73
25	Acre	-18,31	Rio Grande do Sul	47,44
26	Rio Grande do Sul	-28,69	Paraíba	44,63
27	Paraíba	-48,69	Maranhão	33,51
Mínimo		-48,69		33,51
Máximo		273,7		280,99
Média		34,62		111,44
Mediana		16,36		91,96
Percentil 25		2,54		64,35
Percentil 75		53,43		119,81
Desvio Padrão		62,66		71,34
Coeficiente de variação		1,81		0,64

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em: jun.2006. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

GRÁFICO 3: Gasto com saúde *per capita* – Brasil – Unidades da Federação 1998-2004 (Em R\$ constantes de 2004)



Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**. [Brasília, 2007]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

A respeito das diferenças nos valores dos gastos *per capita* cabem, pelo menos, quatro observações. Em primeiro lugar, embora o valor do gasto, isoladamente, seja insuficiente para permitir inferências a respeito da condução da política de saúde, conforme argumenta Arretche (2000), pode-se supor que a desigualdade de recursos financeiros favoreça a desigualdade no acesso a serviços de saúde que se constitui, por sua vez, um dos determinantes das desigualdades em saúde (WHITEHEAD, 1991).⁷⁷

⁷⁷ De acordo com Whitehead (1991), são sete os determinantes de desigualdades em saúde: (a) variação natural, biológica; (b) comportamento insalubre livremente escolhido; (c) vantagens transitórias resultantes da adoção gradual de novos recursos de promoção da saúde; (d) comportamentos danosos compulsórios; (e) exposição a condições deletérias de trabalho e vida; (f) acesso inadequado a serviços; (g) seleção natural que leve a mobilidade social descendente.

Em segundo lugar, na medida em que o valor do gasto com saúde depende não apenas do percentual da receita comprometida com saúde, mas também de seu montante, a redução na disparidade dos valores encontrados requer o enfrentamento das distorções do federalismo fiscal brasileiro, já sinalizadas, as quais favorecem as enormes diferenças em termos da receita líquida *per capita*, conforme mostra a tabela 6.

A terceira observação visa enfatizar que a discussão sobre as desigualdades dos valores do gasto *per capita* deve considerar a despesa realizada pelas três esferas de governo. Num contexto no qual as regras do federalismo fiscal não têm sido eficazes para reduzir as enormes disparidades na receita entre municípios, estados e regiões, é fundamental que as transferências federais do SUS sejam pautadas por critérios que busquem, entre outros aspectos, compensar essas desigualdades. Daí a importância de regras que visem garantir não apenas patamares mínimos de comprometimento da receita com a assistência à saúde, mas também da possibilidade de que cidadãos, em diferentes partes do País, tenham acesso ao mesmo nível de tratamento para necessidades iguais, o que depende, entre outros aspectos, da disponibilidade de recursos *per capita*.

Como última observação, tem-se que as diferenças acentuadas estimulam ainda a discussão sobre a qualidade do gasto, ou seja, sobre o seu impacto na atuação da esfera estadual e, em última instância, na oferta de serviços para a população; afinal, isso é que realmente importa. Essas questões sugerem uma nova agenda de pesquisa, na qual se buscaria investigar que atividades foram favorecidas pelo aumento do gasto com saúde provocado pela EC n. 29. Vale lembrar que, ainda que a responsabilidade pela prestação dos serviços seja dos municípios, a

garantia da assistência depende da construção de uma rede que integre os diversos pontos de assistência, que é uma atribuição do estado.

Por fim, e em que pese ao fato de o SUS ser universal, é interessante refazer o cálculo dos gastos *per capita*, excluindo do total da população dos estados o número de pessoas que possuem planos de saúde e que, portanto, em princípio, não utilizam seus serviços. Tal procedimento visa possibilitar uma comparação mais realista entre os valores gastos pelos estados com a população “SUS dependente”.

Conforme mostra a tabela 8, o percentual da população que possui planos de saúde varia muito entre os estados brasileiros, oscilando de apenas 0,03%, em Roraima, a, aproximadamente, 42%, em São Paulo, em 2004. Em 14 estados, esse percentual é inferior a 1%. Com maiores percentuais, destacam-se, ainda: Rio de Janeiro (13%) e Minas Gerais (quase 10%). Refletindo essa variação, os valores dos gastos *per capita* considerando apenas a população SUS dependente apresentaram um aumento superior a 20% nos estados das regiões Sudeste e Sul (com exceção do Rio Grande do Sul). Como consequência, no grupo de estados com menores valores, Minas Gerais e Paraná em 2004 cedem o lugar para Alagoas e Piauí.

Tabela 6: Variação percentual da receita líquida *per capita* entre 2001 e 2004 e receita líquida *per capita* em 2004 – Brasil – Unidades da Federação

Ranking	Receita líquida <i>per capita</i> (R\$)			
	Variação 2001-2004 (%)		Receita líquida <i>per capita</i> em 2004(R\$)	
	Unidade da Federação	Valor	Unidade da Federação	Valor
1	Mato Grosso	11,49	Roraima	2.304
2	Mato Grosso do Sul	7,13	Amapá	2.030
3	Rondônia	5,01	Distrito Federal	1.935
4	Bahia	1,53	Acre	1.743
5	Rio de Janeiro	1,2	Tocantins	1.227
6	Distrito Federal	-1,17	São Paulo	1.180
7	Paraná	-1,43	Espírito Santo	1.050
8	Santa Catarina	-2,46	Mato Grosso	1.014
9	Tocantins	-2,61	Rondônia	1.003
10	Espírito Santo	-2,98	Sergipe	936
11	Amazonas	-3,83	Rio Grande Sul	931
12	Rio Grande do Norte	-4,07	Amazonas	924
13	Goiás	-4,74	Mato Grosso do Sul	853
14	Pernambuco	-4,98	Rio de Janeiro	843
15	Roraima	-5,04	Santa Catarina	810
16	Piauí	-5,24	Paraná	767
17	Alagoas	-5,43	Rio Grande do Norte	741
18	Rio Grande Sul	-5,57	Goiás	736
19	Acre	-6,98	Minas Gerais	732
20	Maranhão	-8,05	Paraíba	624
21	Sergipe	-8,06	Alagoas	614
22	Pará	-8,98	Pernambuco	589
23	Ceará	-9,31	Ceará	579
24	Amapá	-10,13	Piauí	570
25	Paraíba	-11,16	Bahia	567
26	Minas Gerais	-13,27	Pará	536
27	São Paulo	-13,58	Maranhão	475
Mínimo		-13,58		474,9
Máximo		11,49		2304,1
Média		-4,17		974,6
Mediana		-4,98		843,2
Percentil 25		-8,06		619,1
Percentil 75		-1,94		1032
Desvio Padrão		5,86		485
Coeficiente de variação		-1,4		0,5

Fonte: Dados básicos: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em: jun. 2006.
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

Tabela 7: Gasto com saúde *per capita* com recursos próprios – Brasil – Unidades da Federação – 2004

Ranking	Gasto <i>per capita</i> com saúde (R\$) - 2004			
	Unidade da federação	Valor (A)	Unidade da federação	Valor (B)
1	Amapá	280,99	Distrito Federal	361,52
2	Distrito Federal	270,21	Amapá	298,12
3	Roraima	237,92	Amazonas	248,58
4	Amazonas	223,57	Roraima	243,55
5	Acre	219,49	Acre	229,62
6	Tocantins	146,28	São Paulo	179
7	Mato Grosso	122,88	Tocantins	152,48
8	Rondônia	116,74	Mato Grosso	136,24
9	São Paulo	115,23	Espírito Santo	131,59
10	Espírito Santo	105,17	Rio de Janeiro	129,73
11	Santa Catarina	100,28	Rondônia	122,16
12	Sergipe	97,61	Santa Catarina	121,04
13	Rio Grande do Norte	95,35	Sergipe	106,29
14	Rio de Janeiro	91,96	Rio Grande do Norte	106,16
15	Goiás	82,29	Goiás	89,96
16	Ceará	68,19	Pernambuco	77,91
17	Pernambuco	68,16	Paraná	77,37
18	Bahia	66,93	Ceará	73,8
19	Piauí	66,9	Bahia	72,66
20	Alagoas	64,83	Minas Gerais	71,2
21	Paraná	63,87	Piauí	69,75
22	Pará	60,09	Alagoas	69,19
23	Mato Grosso do Sul	59,59	Mato Grosso do Sul	69,12
24	Minas Gerais	58,73	Pará	65,18
25	Rio Grande do Sul	47,44	Rio Grande do Sul	55,38
26	Paraíba	44,63	Paraíba	48,49
27	Maranhão	33,51	Maranhão	34,84
Mínimo		33,51		34,84
Máximo		270,21		361,52
Média		111,44		127,44
Mediana		91,96		106,16
Percentil 25		64,35		70,47
Percentil 75		119,81		144,36
Desvio Padrão		71,34		82,34
Coefficiente de variação		0,64		0,65

Fonte: Dados básicos: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Informações em saúde**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Brasil. Ministério da Saúde. Acesso em dezembro de 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso: jun. 2006. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

Notas: (a) A = Gasto *per capita* considerando o total da população do estado.
(b) B = Gasto *per capita* excluindo a população com plano de saúde.

4.2 Condicionantes da trajetória dos gastos com saúde dos estados e do DF

Conforme demonstrado na seção 4.1, no período 2001–2004, a grande maioria dos estados e o DF aumentaram o percentual da receita líquida aplicado na saúde, diferentemente do que foi observado entre 1998 e 2000, quando esta rubrica teve a sua participação nos orçamentos reduzida em um número também considerável de estados.

A variabilidade observada na trajetória dos estados instigou a investigação dos possíveis condicionantes do comportamento dos governadores. Como colocado no capítulo 1, argumenta-se aqui que as escolhas dos governadores relativas aos gastos com saúde são constrangidas pela EC n. 29 e, também, pelas decisões prévias, por fatores de natureza política e pelas condições estruturais dos estados.

No que diz respeito a esse último aspecto, as variáveis utilizadas para captar a diversidade do contexto de implementação da EC n. 29 são: capacidade de gasto (medida pela receita líquida *per capita*), desempenho das bases tributária e econômica (aferido pela relação entre as receitas tributárias e as transferências do FPE = IDTE⁷⁸), comprometimento da receita corrente líquida com o pagamento de pessoal, percentual da população com mais de 65 anos, percentual da população com menos de 1 ano, percentual da população entre 1 e 4 anos e percentual da população urbana. A tabela 8 apresenta os dados relativos à mediana dessas variáveis para o período 1998-2004.

A capacidade de gasto dos estados brasileiros, medida pela receita líquida *per capita* variava de R\$474 (a preços constantes de 2004), no Maranhão, a

⁷⁸ Indicador de Desempenho Tributário e Econômico (IDTE) = Receitas tributárias/ Fundo de Participação dos estados (FPE). Quando o IDTE for < que 1, o estado se classifica como de baixo desempenho tributário e econômico, conforme definido no capítulo 1.

R\$2.216, em Roraima. Entre os estados com maior capacidade de gasto estavam, além de Roraima, Amapá (R\$2 037), Distrito Federal (R\$ 1 925), Acre (R\$1 787), Tocantins (R\$ 1227), São Paulo (R\$1 157) e Espírito Santo (R\$ 1 072). No outro extremo posicionavam-se além do Maranhão, Pará (R\$549) Bahia (R\$560), Piauí (R\$570), Ceará (R\$582), Pernambuco (R\$594), e Alagoas (R\$618) e Paraíba (R\$618).

Tais dados confirmam a profunda desigualdade na disponibilidade de recursos *per capita* entre os estados brasileiros, que decorre, em parte, das regras de transferência do Fundo de Participação dos Estados (FPE)⁷⁹ e constitui uma das distorções do federalismo fiscal brasileiro (PRADO, 2003; REZENDE, 2003).

Também do ponto de vista do desempenho de suas bases econômica e tributária, os estados brasileiros mostram-se profundamente desiguais. Em oito deles, as receitas que guardam relação com a base econômica eram inferiores às transferências do FPE (IDTE < 1: baixo desempenho): Amapá, Roraima, Acre, Tocantins, Maranhão, Piauí, Sergipe e Alagoas.

A participação dos gastos com pessoal na receita corrente líquida (RCL), por sua vez, variava de 35%, em Roraima, a 71%, no Rio Grande do Sul. Entre os estados com percentual acima do estipulado pela LRF (60% da RCL) estavam, além do Rio Grande do Sul: Pernambuco, Distrito Federal e Minas Gerais.

A participação da população com mais de 65 anos oscilava entre 2,54%, em Roraima, a 8,24%, no Rio de Janeiro. Em três quartos dos estados, esse percentual

⁷⁹ O Fundo de Participação dos Estados (FPE) é constituído por 21,5% das receitas federais provenientes do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). Do valor total do FPE, 85% são transferidos às regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e 15% são destinados às regiões Sul e Sudeste. Além do Nordeste (52,46%) ser privilegiado relativamente ao Sudeste (8,48%), há variações nos coeficientes entre estados de uma mesma região. Por exemplo, o coeficiente da Bahia é de 9,3962% e do Piauí de 4,3214% (BRASIL, 2007). Como consequência, a despeito de promover uma redistribuição de receitas que favorece as regiões e estados mais pobres, as transferências do FPE acarretam expressivas desigualdades entre a receita disponível dos estados dessas regiões (PRADO, 2003).

era inferior a 6%. Já o percentual da população com menos de 1 ano variava de 1,67% no Rio de Janeiro a 2,86 no Amapá, sendo que em 75% dos estados ele era inferior a 2,29. O percentual da população com idade entre 1 e 4 anos variava entre 6,72% no Rio Grande do Sul a 11,34% no Amapá. Em 75% dos estados, esse percentual era inferior a 9,45%. Já o percentual da população urbana variava de 62% no Maranhão a 95% no Distrito Federal, sendo que em 75% dos estados brasileiros esse percentual era superior a 72%.

Uma vez descritas as variáveis selecionadas para caracterizar as condições estruturais dos estados e que terão testados seus efeitos sobre a trajetória dos gastos, a próxima etapa consiste em apresentar os resultados dos modelos de regressão ajustados.

Tabela 8: Características econômicas, fiscais e sociais – Brasil – Unidades da Federação – 1998-2004 (1)

Unidades da Federação	Receita líquida per capita (R\$ de 2004) (2)	Indicador de Desempenho Tributário e Econômico (IDTE) (3)	Participação da despesa com pessoal na receita corrente líquida (%)	População com mais de 65 anos (%)	População com menos de 1 ano (%)	População entre 1 e 4 anos (%)	População urbana (%)	População com planos de saúde (%) (4)
Rondônia	1003	1,34	55,09	3,57	2,19	9,05	66,83	0,20
Acre	1787	0,30	53,66	3,81	2,71	11,10	68,43	0,08
Amazonas	924	3,57	44,61	3,20	2,69	11,06	76,59	0,94
Roraima	2216	0,30	35,13	2,54	2,66	11,01	80,28	0,03
Pará	549	1,55	54,29	3,84	2,45	10,12	72,49	1,59
Amapá	2037	0,23	45,27	3,03	2,86	11,34	91,97	0,09
Tocantins	1227	0,58	38,19	4,77	2,26	9,36	72,26	0,15
Maranhão	474	0,68	52,26	5,06	2,46	9,78	65,30	0,68
Piauí	570	0,74	59,28	5,94	2,05	8,57	61,96	0,36
Ceará	582	1,80	51,56	6,45	2,07	8,74	74,52	1,80
Rio Grande do Norte	743	1,39	57,35	6,35	1,98	8,07	73,19	0,90
Paraíba	618	1,09	52,38	7,19	1,91	7,92	73,32	0,85
Pernambuco	594	2,29	65,37	6,14	2,00	8,07	75,48	3,10
Alagoas	618	0,92	54,53	5,62	2,32	9,55	66,94	0,56
Sergipe	936	0,84	53,18	5,13	2,18	8,86	79,94	0,47
Bahia	560	2,80	50,01	6,02	2,01	8,07	66,47	3,22
Minas Gerais	703	12,98	68,32	6,66	1,76	7,27	83,37	9,91
Espírito Santo	1072	9,94	54,02	5,77	1,81	7,38	80,70	2,00
Rio de Janeiro	871	41,80	57,35	8,24	1,67	6,82	96,52	13,18
São Paulo	1157	209,41	59,41	6,27	1,69	6,94	94,25	42,25
Paraná	765	10,46	42,65	6,18	1,81	7,48	82,24	5,27
Santa Catarina	842	16,06	55,71	5,89	1,72	7,15	80,74	2,95
Rio Grande do Sul	923	18,15	71,17	7,54	1,69	6,72	80,85	4,58
Mato Grosso do Sul	880	5,73	51,84	5,38	1,89	7,93	85,06	0,92
Mato Grosso	1023	4,35	49,06	3,66	1,96	8,23	78,26	0,80
Goias	742	5,65	58,47	4,99	1,87	7,85	87,74	1,40
Distrito Federal	1925	20,08	65,37	3,20	2,01	7,81	95,42	1,72
Mínimo	474	0,23	35,13	2,54	1,67	6,72	61,96	0,03
Máximo	2216	209,41	71,17	8,24	2,86	11,34	96,52	42,25
Média	871	2,29	54,02	5,62	2,01	8,07	78,26	0,94
Mediana	871	2,29	54,02	5,62	2,01	8,07	78,26	0,94
Percentil 25	618	0,88	50,78	3,82	1,84	7,64	72,37	0,52
Percentil 75	1048	10,20	57,91	6,23	2,29	9,45	82,81	3,02
Desvio Padrão	478	40,13	8,36	1,49	0,34	1,39	9,50	8,28
Coefficiente de variação	0,55	17,56	0,15	0,26	0,17	0,17	0,12	8,81

Fonte: Dados básicos: **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)** [Brasília]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em jun. 2006. BRASIL. MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). **Estados e municípios**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br>. PNUD et al. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Informações em saúde**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Brasil. Ministério da Saúde. Acesso em dezembro de 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

(1) Foi tomada a mediana do período. (2) Receita de impostos e transferências constitucionais deduzidas as parcelas transferidas aos municípios. (3) IDTE = receita tributária/Fundo de Participação dos Estados (FPE). (4) Informação referente a 2004.

4.2.1 Efeitos da EC n. 29 e de fatores contextuais sobre os percentuais da receita líquida aplicados na saúde pelos estados e pelo DF

O objetivo desta seção é testar as duas primeiras hipóteses relativas aos efeitos da EC n. 29 nas decisões alocativas dos governadores referentes aos gastos com saúde. Ou seja, interessa investigar se, além da Emenda, variáveis de contexto – políticas e que descrevem características estruturais dos estados –, explicam parcelas significativas da variação encontrada nas respostas dos governadores à Emenda n. 29.

Os dados utilizados estão organizados em uma planilha com 189 linhas, cada uma correspondente a uma das 27 unidades da federação e a um dos 7 anos (1998 a 2004), contendo o valor de cada uma das seguintes variáveis:

a) percentual da receita líquida aplicado na saúde pelos estados e pelo DF no período de 1998 a 2004 (*% aplic*)⁸⁰ - variável dependente;

As demais são as co-variáveis, isto é, as variáveis cujo potencial explicativo será analisado.

b) variável indicadora⁸¹ (*emenda*) que assume o valor 0 para os anos de 1998, 1999 e 2000⁸² e o valor 1 para os anos de 2001, 2002, 2003 e 2004;

c) variáveis indicadoras para o perfil ideológico do partido do governador. Conforme colocado no capítulo 1, os partidos foram agrupados, de acordo com Melo (2000), em: direita, centro e esquerda. Como se trata de uma variável com três categorias,

⁸⁰ Na realidade, usou-se o logito do percentual, como é usual na literatura estatística para análises em que a variável dependente é um percentual ou uma probabilidade (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Dado o percentual p , o logito de $p = \log p/1-p$. Esta transformação “não afeta em nada a interpretação substantiva dos parâmetros” (CASTRO, 1993, p. 489).

⁸¹ Quando se tem uma diferença como categoria explicativa, utiliza-se uma variável indicadora, ou *dummy*, para captar esta diferença.

⁸² Conforme explicado no capítulo 1, na medida em que a EC n. 29 foi aprovada em setembro de 2000, o pressuposto é o de que ela passou a afetar o comportamento dos governadores, de fato, a partir de 2001.

para sua inclusão no modelo de análise foi necessário transformá-la em duas variáveis indicadoras: *perfil 1* e *perfil 2*. A variável *perfil 1* capta o efeito no percentual da receita aplicado na saúde quando se passa de um estado com governador de partido de esquerda – tomado como referência – para um estado com governador de partido de centro. A variável *perfil 2* capta o efeito no percentual da receita aplicado na saúde quando se passa de um estado com governador de partido de esquerda para um estado com governador de partido de direita;

d) receita líquida *per capita* (*rec liq per*). Esta variável e as seguintes expressam características estruturais dos estados que, conforme argumentado, permitem diferenciá-los nos aspectos econômicos, fiscais e sociais e, assim, caracterizar os distintos contextos de implementação da Emenda. Cada estado foi descrito em cada variável, pela mediana do período.

e) participação dos gastos com pessoal na receita corrente líquida (*pes rcl*);

f) potencial da base econômica e tributária (*idte*);

g) percentual da população com mais de 65 anos (*pop65anos*);

h) percentual da população com menos de 1 ano (*pop -1 ano*);

i) percentual da população entre 1 e 4 anos (*pop – 1 a 4 anos*);

j) percentual da população urbana (*popurbana*).

Trata-se, portanto, de um conjunto de dados nos quais os estados da Federação e o Distrito Federal são acompanhados ao longo do tempo. Assim, todas as variáveis, nos diferentes anos, para um mesmo estado e o DF, não fornecem informações independentes, já que dizem respeito às mesmas unidades da federação, em períodos de tempo subseqüentes. Nessas condições, o uso da regressão linear simples é inadequado, sendo necessária a adoção de técnica mais apropriada.

Como alternativa, utilizou-se como ferramenta de análise os modelos lineares hierárquicos (ou multiníveis) de regressão múltipla.⁸³ O modelo ajustado assume que o comportamento da variável dependente é função de variáveis explicativas de dois níveis. Aquelas cujo nível de observação diz respeito aos anos da medida estão no nível 1. Ou seja, para cada ano existe uma medida de cada variável (existência ou não da Emenda e perfil do partido do governador). No nível 2, estão as variáveis que representam as características estruturais dos estados. Vale lembrar que para cada variável foi tomada a mediana do período.

Numa etapa inicial da análise, foi ajustado um modelo com todas as co-variáveis. Os resultados deste primeiro modelo estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Resultados do modelo ajustado para o cálculo dos efeitos da Emenda 29 e das variáveis contextuais sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e DF Brasil - 1998-2004

Efeitos fixos	Coefficiente	Desvio padrão	Significância
Para o intercepto, B0			
Intercepto, G00	-2,381842	0,118178	0,000***
IDTE, G01	0,080073	0,139329	0,572
Popurban, G02	-0,039234	0,020240	0,067
Pop 65, G03	0,184048	0,160480	0,266
Pesrcl, G04	-0,015864	0,019822	0,434
Rec liq per, G05	0,001683	0,000672	0,022***
Pop -1 ano, G06	0,260103	2,945742	0,931
Pop 1 a 4 anos, G07	0,021896	0,765496	0,978
Para a inclinação de Perfil 1, B1			

⁸³ Para mais informação sobre essa técnica estatística consultar Raudenbush e Bryk (2002).

Intercepto, G10	-0,165533	0,069264	0,018***
Para a inclinação de Perfil 2, B2			
Intercepto, G20	-0,287181	0,085273	0,001**
Para a inclinação de Emenda, B2			
Intercepto, G30	0,280863	0,072169	0,001***
IDTE, G01	-0,004001	0,095027	0,967
Pop urban, G02	0,028027	0,013718	0,055
Pop 65, G03	-0,186869	0,109401	0,103
Pesrcl, G04	0,006844	0,013374	0,614
Rec liq per, G31	-0,001258	0,000460	0,014**
Pop -1 ano, G06	-1,008514	2,000754	0,620
Pop 1 a 4 anos, G07	0,276352	0,520277	0,601

*** Significativo a 1%; ** Significativo a 5%.

Como apenas as co-variáveis *receita líquida per capita*, *perfil 1* e *perfil 2* mostraram-se significativas, decidiu-se pelo modelo de dois níveis, expresso nas equações [1], [2], [3], [4] e [5] abaixo.

Nível 1:

$$\% \text{ aplic}_{ti} = B_{0i} + B_{1i} * \text{emenda}_{ti} + B_{2i} * \text{perfil 1}_{ti} + B_{3i} * \text{perfil 2}_{ti} + R_{ti} \quad [1]$$

Onde t representa o tempo e i o estado.

- $\text{emenda}_{ti} = 0$ se $t \leq 3$ e 1 se $t > \text{ou} = 4$ e

- $\text{perfil 1}_{ti} =$ Diferença do governador de partido de centro em relação ao de partido de esquerda.

- *perfil* 2_{ii} = Diferença do governador de partido de direita em relação ao de partido de esquerda.

Os coeficientes da equação [1] representam:

B_{0i} = valor médio do percentual da receita aplicado na saúde pelos estados antes da Emenda 29;

B_{1i} = efeito da co-variável *emenda* sobre o percentual da receita aplicado na saúde em cada um dos estados;

B_2 = efeito da co-variável perfil ideológico do partido do governador sobre o percentual da receita aplicado na saúde. Indica a diferença dos partidos de centro relativamente aos de esquerda;

B_3 = idem anterior, só que nesse caso, indica a diferença dos partidos de direita relativamente aos de esquerda;

R_{ii} = capta a influência de outros fatores que explicam o percentual da receita aplicado na saúde, mas que não foram medidos.

Nível 2:

$$B_{0i} = G00 + G01 * \text{rec liq per}_i + U_{0i} \quad [2]$$

$$B_{1i} = G30 + G31 * \text{rec liq per}_i + U_{1i} \quad [3]$$

$$B_{2i} = G10 \quad [4]$$

$$B_{3i} = G20 \quad [5]$$

A equação [2] assume que o valor do percentual da receita aplicado na saúde por cada estado antes da Emenda 29 (B_{0i}) tem um componente comum a todos eles (G00), associado ao fato de serem membros da Federação; outro componente associado ao seu nível de receita líquida *per capita*; e, finalmente, um resíduo aleatório (U_{0i}), que capta a especificidade de cada estado.

A equação [3] assume que o efeito da Emenda varia entre os estados da Federação. Parte dessa variação está associada ao nível de sua receita líquida *per capita* e outra parte, representada pelo termo residual U_{1i} que capta as outras diferenças entre os estados no que diz respeito à Emenda que não aquela relativa às receitas.

O modelo assume, ademais, que há interação entre o efeito da EC n. 29 e a receita líquida *per capita*. Conforme mostra a equação [3], não existe mais um coeficiente único da Emenda para todos os estados, mas um coeficiente ($B_{1i} = G30 + G31 * \text{rec liq per}_i + U_{1i}$) que possui um componente comum a todos ($G30$) e um outro especificado pela receita do estado ($G31 * \text{rec liq per}_i$). Em outras palavras, o modelo assume que o contexto de implementação da EC n. 29, no que se refere ao nível de receita líquida *per capita*, influencia o seu efeito.

As equações [4] e [5] assumem que o efeito do perfil ideológico do partido do governador sobre o percentual da receita aplicado na saúde não varia entre os estados, ou seja, que não há diferenças entre os sub-sistemas partidários estaduais. Este é um pressuposto forte que, sabe-se, restringe o alcance da análise, mas que foi necessário tendo em vista as limitações da ferramenta analítica adotada.

As estimativas dos coeficientes desse modelo, o desvio padrão e os resultados do teste t (significância) obtidas com o software HLM são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Resultados do modelo ajustado para o cálculo dos efeitos da Emenda 29 e das variáveis contextuais sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e DF Brasil - 1998-2004

Efeitos fixos	Coeficiente (B)	Desvio padrão	Significância
Para o intercepto, B0			
Intercepto, G00	-2,387995	0,09164	0,000***
Rec liq per, G01	0,000514	0,000160	0,004***
Para a inclinação de Perfil 1, B1			
Intercepto, G10	-0,173930	0,065646	0,008***
Para a inclinação de Perfil 2, B2			
Intercepto, G20	-0,254582	0,109877	0,021**
Para a inclinação de Emenda, B2			
Intercepto, G30	0,281805	0,068014	0,000***
Rec liq per, G31	-0,000233	0,000113	0,050**

*** Significativo a 1%; ** Significativo a 5%.

Os resultados dispostos no quadro 2 mostram que a variável indicadora emenda para a aprovação da EC n. 29 contribui de modo altamente significativo para explicar o comportamento dos percentuais da receita aplicados na saúde. Para conhecer seu efeito, entretanto, é necessário informar o nível de receita líquida per capita do estado.

A variável rec liq per também se mostrou significativa. O sinal negativo de G31 indica que quanto maior a receita do estado, menor o efeito da Emenda 29 no percentual aplicado na saúde. No entanto, dado o baixo valor de seus coeficientes – G01 (0,50, depois da transformação) e de G31 (0,005, idem) –, pode-se concluir que a receita líquida per capita está, do ponto vista substantivo, fracamente associada ao

efeito da EC n. 29 sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e pelo DF.

Com relação à variável *perfil do partido do governador*, pode-se dizer que, passando de um governo de esquerda para um de centro, o logito do percentual reduz em 0,17; ou, equivalentemente, o percentual da receita aplicado na saúde reduz de 0,46%. Quando se passa de um governo de esquerda para um de direita, o logito do percentual reduz em 0,25, o que equivale a uma redução do percentual da receita aplicado de 0,44%. Tais resultados permitem afirmar que, embora estatisticamente significativa, também essa variável condiciona apenas marginalmente o percentual da receita aplicado na saúde.

O teste do ajuste desse modelo foi feito usando-se duas variáveis: “chipct” e “mdist” produzidas pelo próprio HLM para fins de verificação do ajuste do modelo (RAUDENBUSH e BRYK, 2002).⁸⁴ No caso de ajuste adequado, o gráfico destas duas variáveis deve ser uma linha reta. Este teste mostrou que dois estados – Rio Grande do Sul e Amazonas – não se enquadravam na síntese produzida pelo modelo. Isto já havia sido sugerido pela análise descritiva. Diante disso, ajustou-se um novo modelo no qual foram acrescentadas, entre as variáveis de primeiro nível, duas variáveis indicadoras relativas a esses dois estados, de modo a captar seus comportamentos singulares no tocante ao percentual da receita aplicado na saúde. Nos outros aspectos, esse modelo é igual ao anterior, conforme mostram as equações de [6] a [12].

⁸⁴ *CHIPCT* = distância entre os valores teóricos e os valores ajustados; *MDIST* = distância entre os valores observados e os valores ajustados.

Nível 1:

$$\begin{aligned} \% \text{ aplic}_{ti} = & B_{0i} + B_{1i} * \text{emenda}_{ti} + B_{2i} * \text{perfil } 1_{ti} + B_{3i} * \text{perfil } 2_{ti} + \\ & B_{4i} * \text{Amazonas} + B_{5i} * \text{Rio Grande do Sul} + R_{ti} \end{aligned} \quad [6]$$

Onde:

B_{4i} = indica a mudança no logito do percentual da receita aplicado na saúde de modo a captar o comportamento singular do Amazonas.

B_{5i} = indica a mudança no logito do percentual da receita aplicado na saúde de modo a captar o comportamento singular do Rio Grande do Sul.

As demais equações já foram explicadas na versão anterior do modelo sem as indicadoras para os estados do Amazonas e Rio Grande do Sul.

Nível 2:

$$B_{0i} = G00 + G01 * \text{rec liq per}_i + U_{0i} \quad [7]$$

$$B_{1i} = G30 + G31 * \text{rec liq per}_i + U_{1i} \quad [8]$$

$$B_{2i} = G10 \quad [9]$$

$$B_{3i} = G20 \quad [10]$$

$$B_{4i} = G40 \quad [11]$$

$$B_{5i} = G50 \quad [12]$$

As estimativas dos coeficientes desse modelo, o desvio padrão e os resultados do teste t (significância) obtidas com o software HLM são apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3: Resultados do modelo ajustado para o cálculo dos efeitos da Emenda 29 e das variáveis contextuais sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e DF Brasil - 1998-2004

Efeitos fixos	Coeficiente (B)	Desvio padrão	Significância
Para o intercepto, B0			
Intercepto, G00	-2,499333	0,092878	0,000***
Rec liq per, G01	0,691410	0,247676	0,010***
Para a inclinação de Perfil 1, B1			
Intercepto, G10	-0,131792	0,062954	0,036**
Para a inclinação de Perfil 2, B2			
Intercepto, G20	-0,237940	0,116270	0,040**
Para a inclinação de Emenda, B2			
Intercepto, G30	0,284239	0,068552	0,000***
Rec liq per, G31	-0,360872	0,163319	0,036**
Para a inclinação de Amazonas, B4	0,993070	0,071473	0,000
Intercepto, G40	0,993070	0,071473	0,000***
Para a inclinação de Rio Grande do Sul, B5			
Intercepto, G50	-0,548506	0,053359	0,000***

*** Significativo a 1%; ** Significativo a 5%

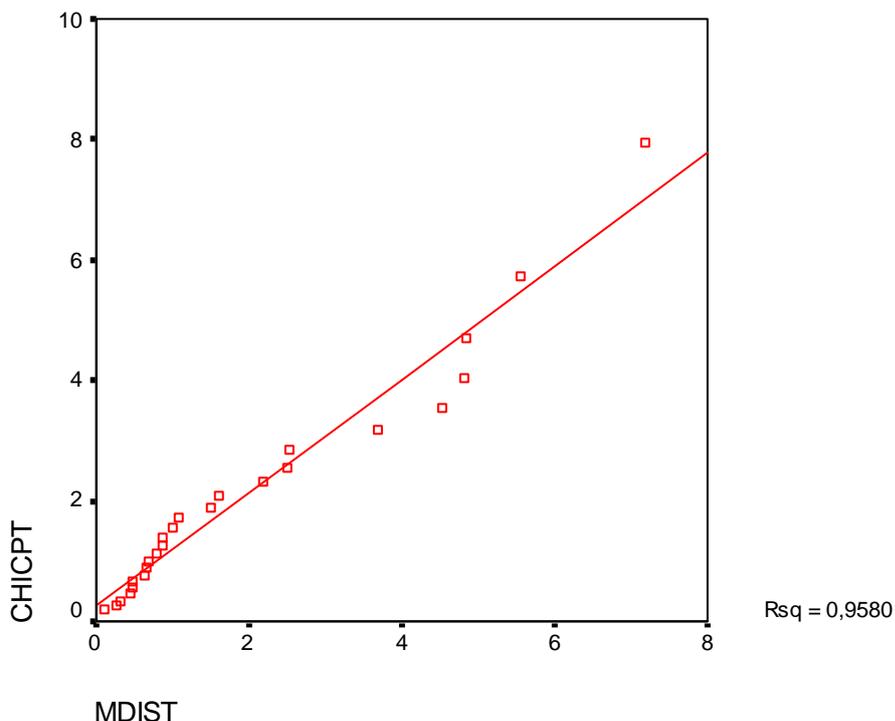
As informações apresentadas no quadro 3 mostram que os coeficientes, com exceção daqueles da receita líquida *per capita*, ficaram praticamente inalterados, e, que, portanto, os resultados são os mesmos já apresentados. Apesar do coeficiente mais elevado, a receita líquida *per capita* continua fracamente associada ao efeito

da EC n. 29 sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e pelo DF.

Cabe acrescentar apenas que as variáveis indicadoras para os estados (Amazonas e Rio Grande do Sul) mostraram-se altamente significativas. Corroborando o que já havia sido sugerido pela análise descritiva, o percentual aplicado pelo estado do Amazonas é maior (coeficiente positivo) do que seria esperado se o comportamento deste estado fosse semelhante ao dos outros estados. Analogamente, o percentual aplicado pelo estado do Rio Grande do Sul é menor (coeficiente negativo) do que seria esperado se o comportamento deste estado fosse semelhante ao dos demais estados.

Por fim, o gráfico 4 mostra que a síntese produzida resiste ao teste do ajuste do modelo realizado.

Gráfico 4: Teste do modelo ajustado para o cálculo dos efeitos da Emenda Constitucional 29/2000 e das variáveis contextuais sobre o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados e DF – Brasil – 1998 - 2004



CHIPCT = distância entre os valores teóricos e os valores ajustados.
MDIST = distância entre os valores observados e os valores ajustados.

Os resultados permitem concluir, portanto, que a EC n. 29 foi capaz de induzir os governadores a elevarem os percentuais da receita líquida comprometida com a saúde independentemente das variáveis de contexto aqui consideradas. Dito de outra forma, o perfil ideológico do partido do governador, a capacidade de gasto, o desempenho da base econômica e tributária, o comprometimento da receita com pessoal, o percentual da população com mais de 65 anos e com menos de 5 anos e o percentual da população urbana, individualmente, não conseguiram explicar as diferenças nas decisões alocativas dos governadores relativas ao percentual da receita aplicado na saúde. Ainda que tais variáveis possam compor o contexto das escolhas, as suas influências, mediadas pelos mais diversos interesses e circunstâncias, não puderam ser captadas numa abordagem dessa natureza.

4.3 A Emenda n. 29 e o gasto das três esferas de governo com assistência à saúde

Ainda que a maioria dos estados não tenha atingido, em 2004, o percentual de comprometimento da receita com os gastos com saúde estipulado pela Emenda n. 29 (12%), a sua introdução conseguiu garantir maior compromisso da esfera estadual com o financiamento do SUS.

Com efeito, a esfera estadual aumentou sua participação no gasto público com saúde (4,86 pontos percentuais), quando se comparam as médias dos períodos 1998–2000 e 2001–2004 , tendo elevado sua participação de 17,91% para 22,77% (tabela 9).

A União, mantendo a tendência de queda dos anos de 1990, reduz em 4,51 pontos percentuais sua participação entre os dois períodos analisados, passando de aproximadamente 56,91%, antes da EC n. 29, para 52,40%, depois da Emenda.

A respeito do cumprimento ou não da EC n. 29 por parte da União, é preciso lembrar, conforme ressaltado no capítulo 3, a existência de divergências quanto à base de cálculo. De acordo com Ribeiro, Piola e Servo (2007), caso se utilize o critério “base fixa”, a Emenda só não teria sido cumprida em 2003. Mas, pelo critério da “base móvel”, o resultado seria bem diferente. Apenas em 2000 o Governo Federal teria conseguido cumprir a Emenda.

O conjunto dos municípios apresentou uma discreta redução de menos de meio ponto percentual. É preciso esclarecer que, a despeito dessa diminuição na participação, as informações disponíveis indicam que o valor do gasto da esfera municipal cresceu no período. Acrescente-se que os municípios, em sua maioria, têm cumprido a EC n. 29. Em 2003, cerca de 86% deles gastavam com saúde mais de 15% de sua receita líquida (CAMPELLI *et al.*, 2007).

Constatou-se, portanto, que a EC n. 29 promoveu, de fato, uma mudança na participação dos entes federativos no financiamento da política de saúde do País e que, conforme esperado, a esfera estadual foi a que apresentou alteração mais significativa.

Tabela 9: Participação média das três esferas de governo no gasto público total com saúde (%) Brasil – 1998/2000 (1) e 2001-2004

Esferas de Governo	1998/2000	2001-2004	Diferença
Federal	56,91	52,40	-4,51
Estadual	17,91	22,77	4,86
Municipal	25,19	24,82	-0,37
Total	100,00	100,00	0,00

Fonte: Dados básicos: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) 2000-2004. Disponível em: [http:// siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br). Acesso em Jul. de 2007.

(1) Foram considerados os gastos de 1998 e 2000.

4.3 A EC n. 29 de 2000 e os registros contábeis dos gastos com saúde

Os dados relativos aos gastos com saúde e à receita vinculada ao cumprimento da EC n. 29 estão disponíveis nos Balanços estaduais, no *site* do Siops e nos Relatórios dos Tribunais de Contas, que têm a função de analisar as contas dos governos e emitir um parecer sobre elas. No caso dos dados disponibilizados pelo Siops, é preciso esclarecer que, além daqueles informados diretamente pelos gestores estaduais, também estão disponíveis, em Notas Técnicas⁸⁵, os dados que resultaram de uma análise de consistência realizada por sua equipe. A comparação dessas diferentes fontes revela, em primeiro lugar, que há uma considerável variação entre elas.

Sabe-se que a vinculação de parte do orçamento a gastos em determinada área gera incentivos para que os gestores busquem estratégias capazes de enfrentar os constrangimentos impostos às suas autonomias decisórias. Tal comportamento, quando contribui para a redução da transparência e da confiabilidade na execução orçamentária informada pelos gestores, pode ser considerado um efeito não desejável da Emenda n. 29, ainda que esperado. Cabe lembrar que para esse comportamento por parte dos gestores contribui o fato de a Emenda não ter sido regulamentada.

No que diz respeito aos valores dos gastos, a consulta às Notas Técnicas do Siops e a alguns Relatórios dos Tribunais de Contas, evidenciaram a prática de classificar como gasto com saúde itens que não obedecem aos critérios estipulados pela Lei n. 8080 e ratificados pela Resolução n. 322, do Senado, de 8 de maio de 2003, ainda que essa última tenha sido fruto de negociação entre os gestores dos

⁸⁵ Notas Técnicas: n. 50/2003, n. 10/2004, 09/2005 e n. 49/2006. Disponíveis em < <http://siops.datasus.gov.br> >.

três níveis de governo. O mais comum foi a inclusão de gastos com saúde realizados com clientela fechada – com a Polícia militar, por exemplo – e com saneamento.

De acordo com o quadro 4, 7 estados computaram como gastos com saúde valores despendidos com clientela fechada e com saneamento.

QUADRO 4: Problemas de registro dos gastos com saúde nos Balanços dos estados detectados pela equipe do Siops - 2004

Especificação	Estados
Inclusão de clientela fechada	Pará, Paraíba, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso.
Inclusão de gastos com saneamento	Minas Gerais e Rio de Janeiro.
Receita vinculada subestimada	Sergipe, Espírito Santo e Rio de Janeiro.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br> >. Acesso em: jun. 2006.

Consulta aos Relatórios dos Tribunais de Contas (TC) dos estados com problemas de registro relacionados aos gastos com saúde evidenciou que também a posição dessa instituição varia entre os estados.

Em 2004, dos sete estados que incluíram gastos com clientela fechada, os TC da Paraíba, de Minas Gerais, do Rio de Janeiro e de São Paulo apontaram tal procedimento e apresentaram novos valores para os gastos com saúde a partir da exclusão dessas despesas. Ressalta-se que no caso de São Paulo o ajuste realizado pelo TC manteve, entretanto, os gastos com o Programa Viva Leite⁸⁶, que

⁸⁶ O programa beneficia crianças entre 6 meses e 6 anos e 11 meses, e idosos com mais de 60 anos oriundos de famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos.

até 2003 eram considerados como assistência. Acrescente-se que o TC do Pará apontou a inclusão indevida no ano de 2003 e, inclusive, recomendou ao Executivo que procedesse ao ajuste em 2004. Cabe esclarecer que os Tribunais de Contas do Mato Grosso e da Bahia limitaram-se a apresentar um resumo das receitas e despesas com saúde e a atestar o cumprimento pelo estado da EC n. 29.

No caso da inclusão de despesas com saneamento, embora tenha sido apontada tanto no relatório do TC do Rio de Janeiro como no de Minas Gerais, o parecer emitido não foi o mesmo. Enquanto para o TC de Minas Gerais tratava-se de uma inclusão indevida, para o do Rio de Janeiro tratava-se de uma inclusão regular, por entender que, enquanto não for regulamentada, a Emenda n. 29 permite interpretações diferenciadas. Acrescente-se que no relatório do TC de Minas Gerais foi salientado que, a partir de 2003, com o objetivo de cumprir a Emenda, despesas com saneamento, assim como aquelas vinculadas à clientela fechada, passaram a ser incluídas no cálculo dos gastos com saúde.

Também o valor da receita vinculada aos gastos tem sido objeto de interpretação distinta entre os gestores. Neste caso, as diferenças entre os dados informados pelos gestores e aqueles que resultaram da revisão feita pela equipe do Siops são devidas aos seguintes fatores: diferenças nos valores das transferências aos municípios e exclusão da base de cálculo dos valores transferidos ao Fundef, no caso do Rio de Janeiro.

A esse respeito, o TC do Rio manifestou-se favoravelmente à exclusão. Quanto aos estados do Espírito Santo e de Sergipe, não se conseguiu ter acesso aos pareceres de seus tribunais de contas.

Ainda com relação aos dados informados, é importante registrar que os estados não apenas têm usado de artifícios para assegurar o cumprimento da Emenda, mas se diferenciam no compromisso com o preenchimento do Siops. Em 2003, apenas quatro estados haviam respondido ao Siops: São Paulo, Rondônia, Mato Grosso e Tocantins (MENDES, 2004). Em junho de 2006, quando teve início o levantamento dos dados para esta tese, seis estados ainda não haviam informado os dados referentes a 2004, a saber: Paraíba, Espírito Santo, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraná. O caso do Rio Grande do Sul pode ser considerado o mais grave, já que naquela data só havia disponibilizado os dados de 2002, a despeito da existência de Resolução da Comissão Intergestores do estado determinando que as secretarias estadual e municipais mantivessem atualizadas as informações do Siops (CUNHA, 2002).⁸⁷

Esse “descaso” com um importante sistema de informação, denotando a resistência dos governadores em tornarem públicas as informações sobre a sua contribuição para o financiamento do SUS, constitui mais uma evidência das dificuldades do federalismo brasileiro em desenvolver práticas de cooperação intergovernamental. É importante perceber que além de constituir uma ferramenta capaz de garantir transparência às ações do Poder Público, o Siops constitui uma importante iniciativa no sentido de dotar o País de um sistema de contas nacionais em saúde. A inexistência no País de um sistema dessa natureza dificulta, entre outros aspectos, a análise de seus gastos relativamente à de outros países que já desenvolveram o seu.⁸⁸

⁸⁷ Resolução CIB/RS n. 80, de 07.10.99 publicada no Diário Oficial do estado em 11/10/1999.

⁸⁸ A inexistência de um sistema de contas nacionais em saúde impede que se conheça com precisão adequada o valor do gasto total com saúde do País e também a origem dos recursos. O valor do gasto público, apesar das dificuldades, ainda é o mais conhecido (RIBEIRO *et al.*, 2007).

A análise desenvolvida neste capítulo permite concluir que a trajetória dos estados no que diz respeito às decisões relativas aos gastos com saúde mostrou-se bastante diferenciada. Não obstante, constrangidos por uma regra forte, como é o caso em questão, os governadores adotaram uma estratégia que, de modo geral, privilegiou a elevação dos percentuais da receita líquida aplicados nas ações e serviços de saúde, ainda que a maioria deles não tenha conseguido cumprir a Emenda.

O comportamento do Rio Grande Sul chama a atenção pela expressiva redução no percentual aplicado na saúde (25% entre 2001 e 2004), que fez dele o estado de menor percentual em 2004 (5,43%). Também a Paraíba e o Mato Grosso do Sul diminuíram a participação dos

Os resultados encontrados evidenciaram, portanto, que a introdução de uma regra com peso constitucional foi capaz de induzir alterações nos comportamentos dos governadores, mas que as variáveis de contexto aqui consideradas mostraram-se incapazes de contribuir para explicar as respostas dos governadores à Emenda n. 29. Acrescente-se que, ainda que a EC n. 29 tenha conseguido elevar a participação dos estados no financiamento do SUS, a demora na sua regulamentação tem sido funcional àqueles estados cujas escolhas alocativas têm sido no sentido de contornar ou, simplesmente, de não cumprir o que ela determina. A ausência dessa regulamentação torna sua institucionalidade incompleta.

5 CONCLUSÕES

Dois argumentos principais guiaram a análise dos efeitos da EC n. 29 nas decisões alocativas dos governadores estaduais: primeiro, as instituições, entendidas como regras formais, orientam o cálculo e a interação dos atores; segundo, para investigar seus impactos, é preciso considerar a importância da agência humana e que as escolhas refletem a interação entre instituições e condições (MENICUCCI, 2003; PUTNAM, 1996; ANASTASIA, 2002).

O estudo realizado corroborou o primeiro argumento, na medida em que se constatou que a Emenda induziu a grande maioria dos governadores a elevar a proporção de suas receitas comprometida com a saúde. O percentual médio da receita aplicado na saúde passou de 7,99% no ano em que a EC n. 29 foi aprovada, para 11,29% em 2004, quando todos os estados já deveriam estar comprometendo 12% de suas receitas. Esse resultado foi acompanhado de uma redução da diferença entre os estados nesse aspecto, medida pelo coeficiente de variação que reduziu ao longo do período analisado. Como consequência do maior comprometimento da receita com a saúde, houve aumento no valor do gasto com saúde, corroborando-se, assim, a segunda hipótese. Confirmando a quarta hipótese, constatou-se, ainda, uma elevação na participação da esfera estadual no total do gasto público com saúde do País, que passou de aproximadamente 18% para quase 23% quando se comparam as médias dos períodos antes (1998-2000) e após a EC n. 29 (2001-2004).

O fato de alguns estados terem reduzido o percentual da receita aplicado na saúde, quando deveriam tê-lo aumentado, de poucos estados terem conseguido atingir o percentual de 12% em 2004 e de a implementação da Emenda não ter se

dado de forma gradual como estipulado sugere que outros fatores influenciaram as escolhas alocativas dos governadores. Ou seja, em contextos distintos a mesma regra impactou diferentemente as escolhas dos governadores.

Nesse ponto, o conceito de dependência de trajetória, segundo a qual as escolhas políticas são limitadas por decisões prévias, iluminou a análise. Conforme se observou, a proporção da receita comprometida com a saúde antes da Emenda apresentava uma variação muito grande entre os estados. É sabido que a distribuição dos recursos orçamentários entre os diversos setores resulta de escolhas entre diferentes alternativas que, uma vez feitas, estimulam a constituição de interesses, bem como de atores, de legislação e de capacidade técnica e administrativa. Nessas circunstâncias, promover alterações significativas na alocação de recursos tende a ser extremamente difícil, dados os elevados custos das mudanças. Daí a tendência inercial dos orçamentos públicos. Conseqüentemente, o percentual da receita comprometido com a saúde pelos estados antes da vigência da Emenda constituiu uma variável importante na delimitação do contexto das escolhas dos governadores.

Confirmando a terceira hipótese, constatou-se que apenas os estados que aplicavam mais de 7% de suas receitas na assistência à saúde em 2000, mínimo estipulado para aquele ano, conseguiram atingir o percentual de 12% em 2004. Estados que aplicavam percentuais muito baixos não conseguiram no espaço de tempo estipulado reverter essa situação de modo a conseguir cumprir a Emenda, a despeito de muitos terem elevado de modo significativo tais percentuais. Observou-se ainda que entre os 25% dos estados com menores percentuais aplicados na saúde em 2004 apenas dois não estavam entre os de menores percentuais no ano em que a EC n. 29 foi promulgada. Tomando-se os 25% dos estados com maiores

percentuais em 2004, apenas um não estava entre aqueles que aplicavam mais em 2000.

Além das diferenças em termos do “legado”, que se manifestam nos distintos percentuais da receita líquida comprometidos com a saúde antes da Emenda, a sua implementação ocorre num contexto bastante heterogêneo também no que diz respeito às características estruturais dos estados. Como consequência, argumentou-se que são distintas as capacidades dos governadores de atender o que determina a EC n. 29.

Com base nisso, buscou-se selecionar algumas variáveis que pudessem refletir a diversidade dos estados brasileiros nos aspectos político, econômico e social. Mesmo reconhecendo que a relação condicionantes–tomada de decisões seja extremamente complexa, o pressuposto foi o de que, a partir da associação entre essas variáveis e as respostas dos governadores em termos do gasto com saúde, fosse possível responder à uma das indagações propostas. Ou seja, tratou-se de investigar se além da Emenda, variáveis de contexto, políticas e que descrevem características estruturais dos estados, explicavam parcelas significativas da variação encontrada nos percentuais aplicados na saúde.

Para tanto, foi ajustado um modelo hierárquico de regressão múltipla. A opção por essa ferramenta de análise foi devida ao fato de os dados trabalhados não serem independentes já que dizem respeito aos mesmos estados em períodos de tempos subseqüentes. Nessas condições, o uso da regressão linear simples é inadequado.

O modelo ajustado assume que o comportamento da variável dependente - percentual da receita líquida aplicado na saúde pelos estados e pelo DF no período de 1998 a 2004 - é função de variáveis explicativas de dois níveis hierárquicos.

Como variáveis do nível 1, que diz respeito aos anos da medida, tem-se *Emenda* (uma variável indicadora, que assume o valor 0 para os anos antes da Emenda e 1 para os anos após a EC n. 29) e *perfil ideológico do partido do governador* (duas variáveis indicadoras: perfil 1, centro, e perfil 2, direita, tendo o perfil de esquerda sido tomado como referência). No nível 2, estão as variáveis que representam as características estruturais dos estados, quais sejam: *receita líquida per capita*, *desempenho da base econômica e tributária*, *participação dos gastos com pessoal na receita corrente líquida*, *percentual da população com mais de 65 anos*, *percentual da população com menos de 1 ano*, *percentual da população com idade entre 1 e 4 anos* e *percentual da população urbana*. Foi tomada a mediana do período.

Numa etapa inicial, foi ajustado um modelo com todas as co-variáveis acima enumeradas. Na medida em que apenas as variáveis *emenda*, *receita líquida per capita* e *perfil ideológico do partido do governador* mostraram-se significativas, decidiu-se por outro modelo.

O segundo modelo ajustado também assume que o comportamento da variável dependente é função de variáveis explicativas de dois níveis hierárquicos: *Emenda* (uma variável indicadora) e *perfil ideológico do partido do governador* (duas variáveis indicadoras) - de nível 1 -, e *receita líquida per capita* – de nível 2.

Esse modelo assume ainda que há interação entre o efeito da EC n. 29 e a *receita líquida per capita*. Como consequência, não existe um efeito único da Emenda, mas um efeito para cada valor da *receita líquida per capita*. Em outras palavras, o contexto de implementação da EC n. 29, no que se refere ao nível de *receita líquida per capita*, influencia o seu efeito.

Os resultados mostraram que a variável indicadora *emenda* para a aprovação da EC n. 29 contribui de modo altamente significativo para explicar o comportamento dos percentuais aplicados na saúde pelos estados.

Quanto à *receita líquida per capita*, constatou-se que quanto maior a receita do estado, menor o efeito da Emenda. No entanto, embora estatisticamente significativa, o valor extremamente pequeno de seu coeficiente indica que ela está fracamente associada às diferenças no efeito da EC n. 29 entre os estados.

Com relação à variável *perfil ideológico do partido do governador*, verificou-se que passando de um governo de esquerda para um de centro ou de direita ocorre uma redução marginal no percentual da receita aplicado na saúde. Entretanto, ainda que também estatisticamente significativa, esta variável condiciona apenas marginalmente as diferenças nos percentuais da receita aplicados na saúde pelos estados e DF.

O teste do ajuste desse modelo mostrou que dois estados – Rio Grande do Sul e Amazonas – não se enquadravam na síntese produzida. Diante disso, ajustou-se um terceiro modelo no qual foram acrescentadas, entre as variáveis de primeiro nível, duas variáveis indicadoras relativas a esses dois estados, que permitem captar o comportamento singular desses estados no que diz respeito ao percentual da receita aplicado na saúde.

Os resultados desse terceiro modelo foram praticamente os mesmos do modelo anterior e mostraram, ainda, que o percentual da receita aplicado na saúde pelo estado do Amazonas é maior do que seria esperado se o comportamento deste estado fosse semelhante aos demais. Analogamente, o percentual aplicado pelo estado do Rio Grande do Sul é menor do que seria esperado se o comportamento deste estado fosse semelhante ao dos demais estados.

Conforme foi constatado, ao mesmo tempo em que induziu o aumento dos gastos com saúde, a EC n. 29 passou a estimular outros jogos, envolvendo disputas relacionadas ao conceito de “ações e serviços de saúde” e à base de cálculo para a definição da participação da União. A regulamentação prevista representou um incentivo para que os representantes das esferas de governo passassem a agir estrategicamente de modo tanto a criar obstáculos à sua implementação quanto a promover ajustes no seu texto. Refletindo a fragilidade do consenso que permitiu a sua aprovação, a sua regulamentação arrasta-se há quase oito anos.

É importante perceber que a regulamentação, estipulada no próprio texto da Emenda, torna a sua trajetória um processo ainda em aberto, o que também condiciona seus efeitos. Pode-se concluir que os constrangimentos postos pela Emenda às escolhas dos governadores relativas aos gastos vêm sendo minimizados e postergados para o período pós-regulamentação. Isso porque, mesmo que tenha conseguido induzir os estados a elevar sua participação no financiamento do SUS, a demora na sua regulamentação tem sido funcional àqueles governadores cujas escolhas alocativas têm sido no sentido de usar de artifícios para contornar as suas determinações.

A análise da trajetória da EC n. 29 confirmou ainda o argumento de que estados federativos não criam, necessariamente, obstáculos à atuação do governo central. Além de estabelecer o ritmo de tramitação da Emenda, o Executivo federal conseguiu fazer valer suas preferências quanto ao seu desenho. A sua atuação também tem sido fundamental para definir os rumos da regulamentação da EC n. 29. No entanto, ainda que tenham sido induzidos a elevarem os gastos com saúde, a posição institucional dos governadores estaduais tem-lhes permitido definir o grau de adesão à Emenda.

Resguardados pela ausência de uma definição de ações e serviços de saúde no seu texto, muitos governadores têm computado como gasto com saúde despesas não classificadas como tal pela Portaria n. 2047 do Ministério da Saúde, a despeito dessa portaria ter por base resolução do Conselho Nacional de Saúde, que, por sua vez, resultou de discussões envolvendo as três esferas de governo. Consulta às Notas Técnicas do Siops permitiu verificar, por exemplo, que, em 2004, os casos mais comuns foram a inclusão de gastos com saneamento e com clientela fechada. Essa posição dos governadores foi, em alguns casos e até onde se conseguiu investigar, referendada pelos Tribunais de Contas de seus estados. No entanto, há pareceres de Tribunais de alguns estados que apontaram como irregular o registro como gasto com saúde de despesas diferentes daquelas definidas pela mencionada portaria do MS. Acrescente-se que alguns estados têm informado o valor da receita subestimado, como forma de elevar o percentual aplicado na saúde.

Conforme constatado, o Siops sofreu o veto dos governadores não apenas sob a forma do seu preenchimento de modo indevido como também do seu não preenchimento. As informações disponíveis dão conta de que em 2003, apenas os estados de São Paulo, Rondônia, Mato Grosso e Tocantins haviam preenchido o Siops. O caso do Rio Grande do Sul pode ser considerado o mais grave. Em julho de 2006, só havia disponibilizado os dados de 2002, a despeito de a Comissão Intergestores do estado ter determinado que as secretarias estadual e municipais mantivessem atualizadas as informações do Siops.

Essa desconsideração para com um sistema de informação, denotando a resistência dos governadores em tornar públicas as informações sobre a sua contribuição para o financiamento do SUS, constitui mais uma evidência do poder dos governadores de definir seu grau de adesão às propostas do Executivo federal.

O estudo realizado lançou luzes sobre os desafios postos ao comando do gasto público e ao compartilhamento de responsabilidades pela engenharia federativa. Constatou-se que a Emenda foi, de certa forma, bem sucedida no sentido de impor uma dada direção aos gastos com a saúde e, desta forma, em favorecer a coordenação federativa no financiamento do SUS. Como se viu, as esferas subnacionais elevaram seus gastos com saúde. No entanto, ainda que a ação coletiva em países federativos possa ser favorecida por meio de regras, seus efeitos plenos podem ser retardados ou, mesmo, não ser atingidos caso o consenso em torno delas mostre-se frágil (Dahl, 1990). No caso da EC n. 29, essa fragilidade manifesta-se nos percalços enfrentados pela sua regulamentação e implementação.

Os conflitos em torno da interpretação da base de cálculo dos recursos federais e do conceito de ações e serviços de saúde, as tentativas de “burlar” a Emenda, os problemas no preenchimento do Siops e os percalços sofridos pelo processo de regulamentação expõem as dificuldades do federalismo brasileiro em combinar a autonomia dos entes federados com a necessidade de coordenação política do financiamento do SUS e em desenvolver práticas de cooperação intergovernamental. Este estudo chamou a atenção para o fato de a ação coletiva para o financiamento do SUS encontrar-se estrangida pelo modelo de descentralização da política de saúde e pelas condições mais gerais da Federação brasileira, que não favorecem a cooperação entre as esferas de governo.

No âmbito do SUS, a investigação mostrou como as regras da descentralização da política de saúde, tuteladas pelo nível federal, tensionam as relações intergovernamentais e estimulam uma acirrada disputa por recursos financeiros.

A implementação da EC n. 29 insere-se, ainda, num contexto marcado por conflitos federativos. Na sua dimensão vertical, o tom das relações entre a União e as esferas subnacionais, principalmente a partir de 1995, foi ditado pela agenda do ajuste fiscal. Como consequência, a ação coletiva para o financiamento do SUS foi constrangida pelo comportamento não cooperativo da União, sob a forma da aprovação de expedientes de desvinculação de suas receitas (FSE, FEF e DRU) e do desvio de recursos da CPMF. O comportamento não cooperativo da União refletiu no próprio desenho da Emenda, garantindo para si um tratamento diferenciado em relação às esferas subnacionais, ao livrar-se de uma vinculação de um percentual de suas receitas aos gastos com saúde. Acrescente-se que, dependendo da interpretação utilizada para a base de cálculo de seus gastos, a União não vem cumprindo a Emenda, além de não demonstrar empenho na sua regulamentação, salvo quando novamente a necessidade de prorrogação da CPMF criou incentivos para tanto.

A reconstituição da trajetória da política de saúde permitiu, por sua vez, compreender as resistências dos governadores à Emenda. Conforme se viu, o modelo de descentralização adotado permitiu à esfera estadual manter-se por mais tempo, relativamente à municipal, na condição de “carona” no tocante ao financiamento do SUS. Os incentivos à adesão ao SUS – recursos financeiros à oferta de serviços –, eficientes em promover a descentralização de corte municipalizante e em aumentar o comprometimento dos municípios com os gastos com saúde, não alcançaram os estados. Como consequência, a descentralização avançou menos em aspectos que dependem de uma atuação mais ativa dos estados, como a regionalização e a hierarquização da assistência. Desprestigiados pelas regras do SUS e, em sua grande maioria, submetidos a condições fiscais

desfavoráveis, os estados reduziram, de modo geral, os gastos com saúde no período imediatamente anterior à n. EC n. 29. Dessa forma, as decisões prévias dos governadores relativas à saúde estruturam comportamentos que se mostraram de difícil reversão, no pós-Emenda.

Além da ausência de definição das ações e serviços que podem ser computadas como gasto com saúde, alguns outros aspectos do desenho da Emenda também foram problematizados. Um deles diz respeito à própria tendência do federalismo brasileiro de constitucionalizar encargos. Conforme apontado, os resultados dos estudos comparados apontam a flexibilização das regras e a rediscussão permanente da divisão de recursos e encargos como as melhores alternativas para assegurar a unidade das federações. Ainda que, segundo Loureiro e Abrúcio (2004), o desenho da Emenda contemple, em tese, a existência tanto de regras estáveis quanto de espaço para negociações e mudanças, na medida em que determina que ao final de cada período de cinco anos os percentuais sejam revistos, os percalços da EC n. 29 são evidências das armadilhas decorrentes da necessidade de decisão conjunta, postas pelo arranjo federativo. Portanto, ainda que a constitucionalização de encargos tenha se mostrado, num dado momento, como a escolha racional para equacionar o problema de ação coletiva no financiamento do SUS, ela colocou, também, novos dilemas.

Outro aspecto ressaltado foi que a EC n. 29 foi omissa ao tratar a questão das desigualdades de recursos para a saúde entre os entes federativos, ainda que seja essa uma questão sempre presente nas discussões relativas ao financiamento do setor. A esse respeito, a Emenda estabeleceu apenas que lei complementar, que deverá ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá os critérios de distribuição dos recursos federais às esferas subnacionais e dos recursos estaduais

aos municípios, visando a redução progressiva das disparidades regionais. Além de postergar o enfrentamento dessa questão, o texto não especifica a que tipo de disparidade se refere: de recursos públicos, na utilização de serviços ou nas condições de saúde.

A despeito de ter produzido certa convergência nos percentuais da receita aplicados na saúde e de ter reduzido a amplitude de variação do valor *per capita* dos gastos com saúde entre os estados, esses continuaram muito desiguais. Em 2004, o gasto *per capita* com saúde realizado pelos estados com recursos próprios oscilava entre R\$ 34 no Maranhão e R\$ 281 no Amapá. Ainda que, de acordo com Arretche (2000), o valor do gasto, isoladamente, seja insuficiente para permitir inferências a respeito da condução da política de saúde, sabe-se que a desigualdade na alocação de recursos financeiros favorece a desigualdade no acesso aos serviços que, por sua vez, constitui um dos determinantes das desigualdades em saúde. E, mesmo considerando que o gasto total com saúde *per capita* depende do valor gasto das três esferas de governo, as disparidades encontradas entre os estados precisam ser consideradas e ter suas conseqüências avaliadas.

As diferenças acentuadas estimulam ainda a discussão sobre a qualidade do gasto, ou seja, sobre o seu impacto na atuação da esfera estadual e, em última instância, na oferta de serviços para a população. Essas questões sugerem uma nova agenda de pesquisa focada nas atividades que foram favorecidas, em cada estado, pelo aumento do gasto com saúde provocado pela EC n. 29. É importante lembrar que a maioria dos municípios do País responsabiliza-se basicamente pela prestação dos serviços de atenção primária. Nesse contexto, a garantia da integralidade da atenção, um dos princípios do SUS, depende da construção de uma

rede que integre os diversos pontos de atenção, que é uma atribuição da esfera estadual.

A enorme disparidade no valor do gasto *per capita* remete, ainda, a discussão para as diferenças dos estados no que diz respeito à disponibilidade de recursos por habitante. De fato, o estudo chamou a atenção para a amplitude de variação da receita líquida *per capita*, que em 2000 oscilava entre R\$475 (a preços constantes de 2004), no Maranhão a R\$2.304 em Roraima. Ainda que essa seja uma questão importante no federalismo brasileiro, a qual se manifesta na existência dos fundos constitucionais de redistribuição dos recursos fiscais, a falta de consenso sobre as mudanças necessárias nas regras do federalismo fiscal para corrigir suas distorções tem impedido uma política efetiva de equalização fiscal. Como conseqüência da incapacidade dos representantes das três esferas de governo de processar conflitos e atuar de modo coordenado, não se consegue avançar no sentido de equacionar a questão da desigualdade na disponibilidade de recursos *per capita* entre regiões, estados e municípios.

Outro aspecto do desenho analisado refere-se à progressão estabelecida para que o percentual da receita aplicado na saúde pelos estados atinja 12% em 2004. Foi constatado que o aumento dos percentuais não foi gradativo, como estipulou a EC n. 29. E, ainda que o mínimo estabelecido para cada estado entre 2000 e 2003 possa ter servido de parâmetro para as decisões dos governadores, na grande maioria dos estados o percentual da receita aplicado na saúde ficou aquém do estabelecido além de ter sido observado que em muitos deles as elevações registradas em um ano não foram sustentadas no ano seguinte, com a conseqüente redução da proporção da receita comprometida com a saúde.

Por fim, pode-se colocar que, embora a EC n. 29 tenha conseguido reduzir as incertezas quanto ao comportamento dos representantes das esferas de governo e aumentar os gastos com a saúde, o seu futuro é incerto. A necessidade de, novamente, prorrogar a CPMF e as manifestações da crise do SUS ao final de 2007 criaram uma “janela de oportunidade” para a sua regulamentação, favorecendo a aprovação do PLP 01/2003 na Câmara dos Deputados, em 31/10/2007, não sem antes ter sido retirada a vinculação de receitas da União aos gastos com saúde. Com a não aprovação da CPMF, o PLP 01/2003 perdeu saliência.

A partir de janeiro de 2008, teve início uma nova movimentação pela defesa de mais recursos para a saúde. Com a aprovação no Senado do Projeto de Lei (PLS) n. 121/2007, em fins de maio de 2008, a discussão da regulamentação da EC n. 29 foi retomada na Câmara. Na medida em que estabelece a vinculação de receitas da União sem definir a origem desses recursos, tal projeto corre o risco de ser vetado, conforme declarou o presidente da Casa, deputado Arlindo Chinaglia (ESTADO DE MINAS, 2008). Ou seja, a regulamentação da Emenda n. 29 pode não acontecer ainda, o que, juntamente com os resultados da análise de seus efeitos sobre as decisões dos governadores, constitui evidência da fragilidade institucional brasileira em termos da capacidade de impor o cumprimento de regras. De todo modo, os efeitos da regulamentação sobre o comportamento da União e dos estados passam a constituir outro capítulo nessa história.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política**, Paraná, n. 24, p. 41-68, jun. 2005a.

_____. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec. 1998.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**. São Paulo: FGV, p. 77-126, 2005b.

ABRUCIO, Fernando Luiz; COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. São Paulo: Konrad Adenauer Stiftung, 1999. (Pesquisas, n. 12).

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR). **Informações em saúde**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: janeiro de 2008.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, Rui de Brito Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 13-40.

ANASTASIA, Fátima. **Teoria democrática e o novo institucionalismo**. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2002.

ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

_____. Federalismo e democracia no Brasil: a visão da Ciência Política norte-americana. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 23-31, 2001.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

_____. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.45, n. 3, p. 431-458, 2002

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.455-479, 2002.

BAHIA, Tribunal de Contas, **Contas do Governo**. Relatório e Parecer Prévio – exercício – 2004. Bahia, 2004, p.43. Disponível em [http// www.tce.ba.gov.br](http://www.tce.ba.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

BLAIS, Andre; BLAKE, Donald, DION, Stephane Do parties make a difference? Parties and the size of government en liberal democracies. **American Journal of Political Science, Austin**. v. 37, n. 1, p. 40-62, 1993.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalism and health-care policy: an introduction. In: HEALTH POLICY AND FEDERALISM WORKSHOP, São Paulo, 2001. [Anais ...]. São Paulo: Ministério da Saúde. 2001. p. 1-41.

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

BARROS, Pedro Pita. The black box of health care expenditure growth determinants. **Health Economics**, Lisboa, v. 7, p. 533-544, 1998.

BOTHE, M. Federalismo: um conceito em transformação histórica. In: **O Federalismo na Alemanha**. São Paulo: Konrad Adenauer Stiftung. 1995.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 14**. Modifica os artigos 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao artigo 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, 13 set. 1996. Seção I. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: junho de 2007.

_____. **Emenda Constitucional nº 21**. Prorroga, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF, 18 de março 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: junho de 2007.

_____. **Emenda Constitucional n.29** de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 de setembro 1999. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>.

_____. **Lei 4320 de 17 de março de 1964**. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e Distrito Federal. [Brasília: 1999]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4320.htm. Acesso em 2006.

_____. **Lei 8 080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Brasília: 1999]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>.

_____. **Lei 8 142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Brasília: 1990]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>.

_____. Lei n. 9 814 de 23 de agosto de 1999. Estabelece critérios para a consolidação, a assunção e o refinanciamento, pela União, da dívida pública mobiliária e outras que especifica, de responsabilidade dos Estados e do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 1999. Seção I. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/SISLEX/PAGINAS/42/1999/9814.html>>. Acesso em: junho de 2007.

_____. Lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 maio 2000. Seção I. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/>>.

_____. **Projeto de Lei Complementar (PLP) 01/2003**. Regulamenta dispositivo da Constituição Federal de 1988 (Emenda Constitucional nº 29, de 2000), que trata da aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. [Brasília, 2003]. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br>>. Acesso em: jan. 2008.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>.

_____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional (STN). **Execução Orçamentária dos Estados (1995-2006)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.stn.fazenda.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. [Brasília, 1993]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/ 91**). [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/92**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde (Noas 2001)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde Sistema Único de Saúde (Noas 2002)**. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>> Acesso em: jun. 2006

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95/GM** de 26 de janeiro de 2001. ementa. [Brasília, 2007]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/Portarias/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em: jun.2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Nota Técnica n. 50/2003. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em jun.2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Nota Técnica n. 10/2004. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em jun.2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. [Brasília, 2007]. Nota Técnica n. 49/2006. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em jun.2006.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Fundo de Apoio ao Trabalhador (FAT)**. [Brasília, 2007] Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/fat/historico.asp>>. Acesso em: ago. 2007.

_____. Ministério da saúde. **Portaria n. 2047** de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre as diretrizes operacionais para a aplicação da EC n. 29. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mweb/Portarias/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em: jun.2006.

_____. Tribunal de Contas da União. **Decisão Normativa n.87/2007**. Dispõe sobre os coeficientes dos estados relativos ao FPE. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>. Acesso em: 2008.

CAMPELLI, Magali Geovana Ranlow; CALVO, Maria Cristina M. **O cumprimento da Emenda Constitucional no Brasil. Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.1613-1626, 2007

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CASTRO, Mônica Mata Machado. Raça e comportamento político. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p.469-491, 1993.

COHN, Amélia (Coord.). **Descentralização e saúde no estado de São Paulo: as articulações entre as esferas de governo e o impacto sobre o setor**. [São Paulo: s. n.], 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 316**, de 4 de abril de 2002. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n. 29/00.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 322**, de 8 de maio de 2003. Dispõe sobre as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em jun. 2006.

COSTA, Bruno Lazarotti Diniz **A que induzem os mecanismos de indução? O Fundef, as relações intergovernamentais e o ensino fundamental**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

COSTA, Nílson Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 423-478, 1996.

COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **[Relações intergovernamentais no Brasil]**. [S.l.]: Forum of Federations. [200_]. Disponível em: <<http://www.forumfed.org>>. Acesso em: mar. 2005.

DAHL, Robert Alan. **Um prefácio à teoria democrática**: Zahar, Rio de Janeiro, 1990.

DIAS, José Luciano M. **Federalismo, governos estaduais e políticas públicas**: uma análise das instituições federais no Brasil. 1997. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

DULCI, Otávio Soares. Guerra fiscal, desenvolvimento desigual e relações federativas no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.18, p.95-107, jun. 2002.

ELAZAR, D. J. **Federalismo**: Archè, Rio de Janeiro.1994.

ELSTER, John. **Peças e engrenagens das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ELIAS, P. E. M. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS**: as dimensões técnica e político-institucional. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello *et al.* **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde** (Emenda Constitucional nº 29/00). Brasília: Ministério da Saúde/Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), 2001.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

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

FERREIRA JÚNIOR, Sílvio. **As finanças públicas nos estados brasileiros**: uma avaliação da execução orçamentária, no período 1995 a 2004. 2006. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade de Viçosa, Viçosa, 2006.

FIORI, José Luís. O federalismo diante do desafio da globalização; In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Org.). **A federação em perspectiva**. São Paulo: Fundap, 1995.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Finanças dos municípios mineiros**: diversidade e indicadores. Belo Horizonte, 1998.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atenção básica à saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2003.

GERDTHAM, U. G.; JÖNSSON, B. International Comparisons of Health Expenditure: theory, data and econometric analysis. In: CULYER, A. J. ; NEWHOUSE, J.P. (Org.). **Handbook of health economics**. Amsterdam: North-Holland, 2000. p. 13-53

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIRALDI, Renata. Câmara aprova texto base da emenda que libera R\$ 24 bi para a saúde. **Folha de São Paulo**, 31 de outubro de 2007 (Folha Online).

GIRALDI, Renata. Por CPMF, governo propõe manter verbas extras para saúde a partir de 2012. **Folha de São Paulo**, 31 de outubro de 2007 (Folha Online).

GOBETTI, Sérgio; FORMENTI, Lígia; SANT'ANNA, Emílio. União joga a culpa do caos sobre os Estados. **Estado de São Paulo**, 4 de setembro de 2007.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.

GUERREIRO, Gabriela. Mantega diz que governo quer mudar emenda da saúde para negociar CPMF. **Folha de São Paulo**, 29 de outubro de 2007 (Folha Online).

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. **Political science and the three new institutionalisms**. Political Studies, v. 44, n. 5, p. 936-957, 1996.

HOSMER, David W.; LEMESHOW, Stanley, **Applied Logistic Regression**. Local 2nd Edition. 2000.

HILL, Michael. **The policy process in the modern state**. 3.th. London: Prentice Hall, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População**. [Brasília, 2007]. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: jun. 2006.

KUGELMAS, Eduardo. A evolução recente do regime federativo no Brasil. In: HOFMEISTER, W. ; CARNEIRO, José Mário Brasiliense (Org.). **Federalismo na Alemanha e no Brasil**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

LEVCOVITZ Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291., 2001.

LIMA, Luciana Dias de. **O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde**: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. 1999. Dissertação (Mestrado em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LOPREATO, Francisco Luiz Cazeiro. **A situação financeira dos estados e a reforma tributária**. [Campinas: IE/UNICAMP, 2004]. (Texto para Discussão, n. 115).

LOUREIRO, Maria Rita; ABRUCIO, Fernando Luiz. Política e reformas fiscais no Brasil recente. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 24, p. 50-72, 2004.

MATO GROSSO, Tribunal de Contas. **Parecer Prévio Contas do Governo do Estado**, 2004, p.71. Disponível em [http:// www.tce.mt.gov.br](http://www.tce.mt.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

MARCH, James G.; OLSEN, JOHAN P. The new institutionalism: organizational factors in political life. **The American Political Science Review**, local, v. 78, n. 3, sept.1984.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1 (24), p. 159-175, jan./jun. 2005.

MÉDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. Universidade de São Paulo, Faculdade de saúde Pública. São Paulo. 1994

MELO, Carlos Ranulfo Félix. Partidos e migração partidária na Câmara dos Deputados. **Dados**: Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 207-239, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br> >. Acesso em: junho de 2006

MELLO, Fernando Barros de. Lilá nega CPMF, mas quer verba para Saúde. **Folha de São Paulo**, 21 de maio de 2008. Cad. A, p.10.

MELO, Marcus André. O jogo das regras: a política da reforma constitucional de 1993/96. **Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo**, ano 12, n.33, p.63-85, fev. 1997.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5., 1999, Salvador. **Anais...** [Salvador: s. n., 1999].

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p.17-55.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distritos sanitários**: a mudança das práticas sanitárias no SUS. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. SUS 10 anos: avanços e dilemas. **Canal Saúde**, Rio de Janeiro, ano 1, n.4, p. 13, nov./dez. 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. Tese

(Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003

MINAS GERAIS, Minas Gerais, Caderno I, Diário do Executivo, Legislativo e publicações de terceiros. Jornal 158. Edição com 80 páginas. Anexo- Tribunal de Contas. **As aplicações de recursos em ações e serviços de saúde no estado.** Belo Horizonte, 21 de ago. 2004, p. 25-30.

_____, Minas Gerais, Caderno I, Diário do Executivo, Legislativo e publicações de terceiros. Jornal 196. Edição com 80 páginas. Anexo- Tribunal de Contas. **As aplicações de recursos em ações e serviços de saúde no estado.** Belo Horizonte, 20 de out. 2005, p. 34-39.

MIRANDA, Alcides Silva. Salvador. 2003. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde.** 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2003.

MORA, Mônica; GIAMBIAGI, Fábio. **Federalismo e endividamento subnacional:** uma discussão sobre a sustentabilidade da dívida estadual e municipal. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. (IPEA, Texto para Discussão, n. 1142).

MÜLLER NETO, José S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 54-66, mar. 1991.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS, gestão pública da saúde e sistema federativo.** 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

NORTH, Douglas. **Institutions, institutional change and economics performance.** Cambridge: Cambridge University, 1990.

ODILLA, Fernanda. Estratégia para recriar CPMF. **Estado de Minas**, 17 de janeiro de 2008. 1ºCd. , p.4.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. FUNDEF e saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil:** desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

OLIVEIRA, Maria Helena Carvalho Brandão. **Estudo sobre os pactos de gestão estabelecidos entre estados e municípios, a partir da implantação da NOB-SUS 01/96.** 2002. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, Júnior Mozart de. **A gestão e o financiamento do sistema de saúde no Brasil.** Belo Horizonte: s. n., 1999. Apostila.

OLSON, Mancur. **The logic of collective action** – public goods and the theory of groups. Londres: Harvard University, 1965.

OSTROM, Elinor. Rational-choice theory and institutional analysis: towards complementarity. **American Political Science Review**, local, v. 85, n. 1, p. 237-250, mar. 1991.

PARÁ, Tribunal de Contas. **Contas Anuais do Governo do estado do Pará**. Pará, 2004, p. 72 e 174. Disponível em [http:// www.tce.pa.gov.br](http://www.tce.pa.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

_____, Tribunal de Contas. **Contas Anuais do Governo do estado do Pará**. Pará, 2003, p. 57 e 150. Disponível em [http:// www.tce.pa.gov.br](http://www.tce.pa.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

PARAÍBA, Tribunal de Contas. **Voto do Relator**. Paraíba, 2004. Disponível em [http:// www.tce.pb.gov.br](http://www.tce.pb.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

PEREIRA, Carlos. A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira - 1985-1989. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 423-478, 1996.

PEREIRA, Daniel. Lula cobra acordo para gasto na saúde. **Estado de Minas**, 4 de setembro de 2007. 1º Cad., p.5.

PEREIRA, Daniel; KRIEGER, Gustavo. Planalto empurra a nova CPMF para o Congresso. **Estado de Minas**, 20 de maio de 2008. 1º Cd., p.3.

PERES, Leandra; PINHO, Ângela. Ministro quer definição de gasto em saúde. **Folha de São Paulo**, 15 de setembro de 2007. Cad. Cotidiano, p.10. está pronta mas governo federal reluta por vincular 10%

PIERSON, Paul Fragmented Welfare States: federal institutions and the development of social policy. **Governance**, Cambridge, v. 8, n. 4, oct.1995.

PIOLA, Sérgio; RIBEIRO, José Aparecido Carlos; REIS, Carlos Otávio Ocké. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 51, n. 3, p. 75-100, jul./set. 2000.

PNUD et al. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

PRADO, Sérgio. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. In REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

PRZEWORSKI, Adam. **Estado e economia no capitalismo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

_____. Marxismo e escolha racional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.3, n. 6, p. 5-25, 1988.

PUTNAM, Robert D.; LEONARDI, Robert; NANETTI, Rafaella Y. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

RAUDENBUSH, Stephen W.; BRYK, Anthony S. **Hierarchical linear models: applications and data analysis methods**. 2nd. Thousand Oaks, California: Sage, 2002.

REIS, Fábio Wanderley. **Política e racionalidade: Problemas de Teoria e Método de uma Sociologia Crítica da Política**. Belo Horizonte: Ed.UFMG, 1984.

REZENDE, Fernando. Modernização Tributária e Federalismo Fiscal. In: REZENDE, Fernando e OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Francisco Sérgio; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.37, p. 21-43, jan. 2007.

RIBEIRO, Leandro Molhano. Partidos políticos e gastos sociais nos municípios brasileiros (1996-2004). In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 5., 2006, Belo Horizonte. [Belo Horizonte: s. n., 2006].

RIKER, William. Federalism. In: GREENSTEIN, F.; POLSBY, N. (Ed.). **Handbook of political science**. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1975

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas. **Gastos nas ações e serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2004, p.1411. Disponível em [http// www.tce.rj.gov.br](http://www.tce.rj.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

RIO GRANDE DO SUL.

SÃO PAULO, Tribunal de Contas. **Relatório do Grupo de acompanhamento técnico**. São Paulo, 2004, p.89. Disponível em [http:// www.tce.sp.gov.br](http://www.tce.sp.gov.br). Acesso em jun. de 2006.

SATZ, Debra ; FERREJOHN, J. Rational choice and social theory, **Journal of Philosophy**, local, 91: 71-87. 1994.

SERRA, José; AFFONSO, José Roberto R. Federalismo fiscal à brasileira: algumas reflexões. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v. 6,. n.12, p. 3-30, 1999.

SHEPSON, K. Studying institutions. **Journal off Theoretical**, local, v. 1, p. 131-47, 1989.

SILVEIRA, Alessandra Aparecida Souza. A cooperação intergovernamental no Estado composto brasileiro: análise jurídico-constitucional. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, 2002. [Anais...]. Lisboa. 2002. p. 1-23.

SOUZA, Celina. **Desenvolvimento econômico da Região Metropolitana de São Paulo, estratégias para o planejamento regional**. Projeto EMURB CEBRAP. Eixo "Articulação". [S.l.: s.n.], 2004.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Dossiê Federalismo – Revista de Sociologia e Política**, Paraná, n. 24, p. 105-121, jun. 2005.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem o poder do *Demos*. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 1999.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 94-115, out./dez. 1987.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Coord.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez, 1989.

THELEN, Kathlen ; STEINMO, Sven. Historical institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, Sven, THELEN, Kathlen ; LONSTRETH, Frank (Ed.). **Structuring politics – historical institutionalism in comparative analysis**. Cambridge: Cambridge University: 1992.

TSEBLELIS, George. **Jogos ocultos, escolha racional no campo da política comparada**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1998.

_____. **Veto players: how political institutions work**. Local: Princeton University, 2002.

UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Marques. O financiamento do SUS: trajetória, contexto, e estrangulamentos. In: LIMA, Nísia Trindade et al.(Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médio**. São Paulo: Fapesp., 2000. (Saúde em debate – 129 – série didática).

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. **Modelos de intervenção do estado na área da saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1995. (Série Estudos de Saúde Coletiva, n. 118).

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 557-567, 2006.

VIANNA, Solon Magalhães. **Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre esferas de governo**. Projeto BRA/97/013. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

WEAVER, K ; ROCKMAN, B. (Ed.). **Do institutions matter?** Government Capabilities in the USA and abroad. Washington W.D.C.: The Brookings Institution, 1993.

WHITEHEAD, Margaret. **Los conceptos y principios de la equidad en la salud**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud, 1991

ANEXO

EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29 DE 2000

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

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

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

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

"Art.34.....

....."

"VII-.....

....."

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

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

"Art.35.....

....."

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

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

"Art.156....."

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

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

"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)

"....."

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

"Art.160....."

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

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

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

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

"Art.167....."

....."

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

"....."

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

"Art.198....."

....."

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

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

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

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

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

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

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

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

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

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

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

"I – no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

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

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

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

Brasília, 13 de setembro de 2000

Deputado Michel Temer
Presidente

Deputado Heráclito Fortes
1º Vice-Presidente

Deputado Severino Cavalcanti
2º Vice-Presidente

Deputado Ubiratan Aguiar
1º Secretário

Deputado Nelson Trad
2º Secretário

Deputado Jaques Wagner
3º Secretário

Deputado Efraim Moraes
4º Secretário

Senador Antonio Carlos Magalhães
Presidente

Senador Geraldo Melo
1º Vice-Presidente

Senador Ademir Andrade
2º Vice-Presidente

Senador Ronaldo Cunha Lima
1º Secretário

Senador Carlos Patrocínio
2º Secretário

Senador Nabor Júnior
3º Secretário

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 14.9.2000