

---

## Gastos com Saúde: uma Análise do Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 Municípios Brasileiros mais Populosos, no período de 2000 a 2008<sup>1</sup>

---

*Maurício Corrêa da Silva<sup>2</sup>*  
*João Halberto Balduino Maciel<sup>3</sup>*  
*Márcia Josienne Monteiro Chacon<sup>4</sup>*  
*Aneide Oliveira Araujo<sup>5</sup>*

### RESUMO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) determinou em seu texto que é dever do Estado garantir saúde a toda a população. O objetivo geral desta investigação é analisar se os 100 municípios brasileiros mais populosos cumpriram os percentuais vinculatórios de gastos com saúde determinados pela Emenda Constitucional nº 29/00, durante o período de 2000 a 2008. Trata-se de uma pesquisa descritiva, bibliográfica, documental e qualitativa. Foram utilizados como amostra os 100 municípios brasileiros mais populosos, tendo base o critério populacional de acordo com informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2007. Os dados sobre o cumprimento dos limites foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS). Os resultados revelaram que dos 100 municípios brasileiros mais populosos analisados, 49 não cumpriram em determinado ano os percentuais vinculatórios de gastos com saúde, determinados na Emenda Constitucional nº 29/00, durante o período de 2000 a 2008.

**Palavras-chave:** Gastos com Saúde. Emenda Constitucional nº 29/00. SIOPS.

### ABSTRACT

*The 1988 Federal Constitution (CF/88) determined in its text that it is the State's duty to guarantee healthcare to the population. The general objective of this investigation is to analyze if the 100 most populated Brazilian districts have honored the binding percentages to the healthcare as determined by the Constitutional Amendment nº 29/00, from 2000 to 2008. It's a descriptive, bibliographical, documental and qualitative research. It's been used as sample the 100 most populated Brazilian districts, using as reference the population criterion according to the information published by the Brazilian Geography and Statistics Institute (IBGE), in 2007. The data about the honoring of the boundaries were extracted from the Information System of Public Budgets (SIOPS). The results revealed that of the 100 most populated Brazilian districts analyzed, 49 did not honor in a certain year the binding percentages to healthcare, as determined in the Constitutional Amendment nº 29/00, from 2000 to 2008.*

**Keywords:** Healthcare expenditure. Constitutional Amendment nº 29/00. SIOPS.

---

<sup>1</sup> Artigo recebido em 16.10.2011. Revisado por pares em 22.11.2011 (*blind review*). Reformulado em 13.12.2011. Recomendado para publicação em 14.01.2012 por José Ribamar Marques de Carvalho (Editor). Publicado em 24.03.2012. Organização responsável pelo periódico: UACC/UFCEG.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências Contábeis. Professor da UFRN, e-mail: [prof.mauriciocsilva@gmail.com](mailto:prof.mauriciocsilva@gmail.com)

<sup>3</sup> Bacharel em Ciências Contábeis – UFRN, e-mail: [joao.halberto@gmail.com](mailto:joao.halberto@gmail.com)

<sup>4</sup> Mestra em Ciências Contábeis. Professora da UFRN, e-mail: [marciachacon@ccsa.ufrn.br](mailto:marciachacon@ccsa.ufrn.br)

<sup>5</sup> Doutora em Ciências Contábeis – FEA/USP. Professora da UFRN, e-mail: [aneide@ufrnet.br](mailto:aneide@ufrnet.br)

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) determinou em seu texto que é dever do Estado garantir saúde a toda a população. Para isso, criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas, dentre elas médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde (CNS, 2006).

O texto constitucional define ainda que o financiamento do setor da saúde seja de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e impõe que os recursos federais para a saúde tenham origem do orçamento da seguridade social. Porém, a CF/88 não estabelece percentuais mínimos que deveriam ser aplicados no setor da saúde.

Em 28 de dezembro de 1990, foi promulgada a Lei 8.142 que 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. Tal lei determina que para receberem recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento (BRASIL, 1990a).

Como se pode observar, a Lei 8.142/1990 torna a contrapartida de recursos nos orçamentos dos Estados, Municípios e Distrito Federal como requisito para estes receberem recursos federais. Porém, a não fixação de limites como percentuais mínimos ainda permitia a discricionariedade na aplicação dos recursos na saúde por parte de cada governo.

A Emenda Constitucional nº 29, editada em 13 de setembro de 2000, assegura a co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública, estabelecendo limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União com saúde devam ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Já os Estados e Municípios devem garantir 12% e 15% respectivamente de suas receitas para o financiamento à saúde.

A referida emenda define ainda, regras de adequação para o período de 2000 a 2004, fixando um patamar mínimo inicial, para o ano 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pela União no ano de 1999. Nos exercícios seguintes, até 2004, os percentuais fixados para os Estados e Municípios deveriam elevar-se até atingir 12% e 15% das receitas estaduais e municipais, respectivamente, ao passo que a participação da União seria corrigida pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

O Quadro 1 esclarece o percentual mínimo que os municípios deveriam gastar na saúde, no período de 2001 a 2003.

Descrição do cálculo do acréscimo anual	Base de 15% menos o valor utilizado em 2000, acrescido de 1/5 por ano, no período de 2001 a 2003
Cálculo do acréscimo anual	15% - valor utilizado em 2000 = diferença X acréscimo de 1/5 por ano
Valor utilizado em 2000	12,35%
Aplicação do cálculo do acréscimo	15% - 12,35% = 2,65% X 1/5 = 0,53%
Cálculo para 2001	12,35% + 0,53% = 12,88%
Cálculo para 2002	12,88% + 0,53% = 13,41%
Cálculo para 2003	13,41% + 0,53% = 13,94%

**Quadro 1 – Percentual mínimo de gastos dos municípios em saúde, no período de 2001 a 2003.**

Fonte: Elaborado pelos autores com base na legislação.

A EC 29/00 ainda precisa ser regulamentada por Projeto de Lei complementar (PLC) que já está em debate no Congresso Nacional. Tal Projeto de Lei é o PLC nº 01/2003, aprovado em dezembro de 2004 por unanimidade pela Comissão da Seguridade Social e Família e pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados. O novo texto, além de outras novidades, definirá quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não podem ser considerados gastos em saúde.

Diante do acima exposto, surge a seguinte questão de estudo: *Será que os 100 municípios brasileiros mais populosos cumpriram os percentuais vinculatórios de gastos com saúde determinados na Emenda Constitucional nº 29/00, durante o período de 2000 a 2008?*

O objetivo geral desta investigação é analisar se os 100 municípios brasileiros mais populosos cumpriram os percentuais vinculatórios de gastos com saúde determinados pela Emenda Constitucional nº 29/00, durante o período de 2000 a 2008.

O estudo é importante por que visa demonstrar para os cidadãos se os seus governantes cumpriram ou não a determinação legal dos gastos com a saúde. Aliás, o direito social à saúde é garantido pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e os cidadãos têm direito de consultarem e apreciarem as contas de seus governantes (BRASIL, 2000b).

Espera-se, ainda, contribuir com esta pesquisa em mais estudos sobre a divulgação de gastos com saúde para os cidadãos brasileiros.

Para atingir este objetivo, a pesquisa está sendo apresentada em cinco partes. Após esta introdução, os marcos legais e teóricos na parte dois. Na parte três e quatro, respectivamente, a metodologia utilizada e os resultados da pesquisa e análises, e, finalizando na parte cinco, as considerações finais, recomendação e conclusão.

## 2 MARCOS LEGAIS E TEÓRICOS

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. No âmbito jurídico institucional, destacam-se as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b) e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996 e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001 e 2002.

Com as Leis nº. 8.080/1990 e nº. 8.142/1990, foi regulamentado o Serviço Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Carta Magna, que agrega todos os serviços estatais das três esferas e os serviços privados (com algumas condições) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, segundo o CONASS (2003, p. 27), são: “instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.”

Embora o instrumento legal que formaliza estas normas seja uma Portaria do Ministério da Saúde (MS), o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, ambas publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto.

Rocha *et al.* (2006) destacam que com a publicação da NOB/SUS 01/91, o repasse de recursos financeiros do Fundo de Nacional de Saúde (FNS) para os fundos Estaduais e Municipais passaram a ser efetuadas tendo como base o faturamento da produção de serviços, por meio de celebração de convênios entre o Ministério da saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento de “programas especiais”.

A Norma Operacional Básica do SUS nº 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, formalizando os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos Municípios nas condições de gestão criadas (CONASS, 2003).

Com a NOB/SUS 01/93 estabeleceu-se uma nova relação entre as três esferas de governo, atribuindo responsabilidades à gestão do sistema, dentre elas: criação das formas de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena); constituição das Comissões Intergestores Bipartite (Estadual) e Tripartite (Nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores; criação da transferência regular e automática (fundo a fundo), provocando o início de um novo mecanismo de repasse dos recursos financeiros federais que levaria ao fortalecimento da autonomia administrativa e financeira dos entes federados.

Na tentativa de acabarem com as dificuldades e impasses, visando o aprimoramento do SUS, as NOB provocaram um movimento de pactuação entre os três níveis de gestão (ROCHA *et al.*, 2006). Este movimento ganha impulso com a publicação da Norma Operacional de Assistência a Saúde 01/2001 (NOAS 01/2001) pela Portaria do Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

Com relação à EC 29/00 “Emenda da Saúde”, dentre outras alterações trazidas, Campelli e Calvo (2007), destacam: a inclusão, no Art. 34 da Constituição Federal, de percentuais mínimos para aplicação de recursos em ações de saúde e ensino; no Art. 35, os Estados e a União passaram a ser autorizados a intervir nos Municípios nos casos de não aplicação do mínimo; o Art. 160 veda a União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao sistema de saúde; e no Art. 167 incluiu-se ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

Para entender os percentuais de gastos com saúde, o Quadro 2 apresenta as receitas que compõem a base de cálculo para determinação do montante a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde por parte do Distrito Federal, segundo a EC 29/00 e em conformidade com as diretrizes aprovadas na Resolução CNS nº 322 de 8 de maio de 2003:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

**Quadro 2 – Base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde do Distrito Federal de acordo com a Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).**

Fonte: Elaborado pelos autores com base na Resolução CNS nº 322/2003.

O PLC 01/2003, que regulamenta a EC 29/00, define em sua redação, o conceito de ações e serviços de saúde, orienta a alocação de recursos do SUS, bem como sua distribuição e controle, de acordo com as necessidades da população e com os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Em relação aos percentuais mínimos de vinculação, o PLC 01/2003 manteve os valores existentes para os Estados e Municípios, porém determinou para a União a obrigatoriedade da aplicação mínima de 10% das receitas correntes brutas dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Cabe ressaltar que a adoção desse percentual corresponderia a um valor aplicado menor que aquele que seria obtido se o dispositivo originalmente previsto na CF/88 (30% do Orçamento da Seguridade Social) estivesse em vigor (CNS, 2006).

Campelli e Calvo (2007) destacam que a EC 29/00 garante apenas percentuais mínimos de vinculação e que cabe aos gestores públicos desenvolverem leis orçamentárias que priorizem a saúde, haja vista que a necessidade de mais recursos financeiros para esse setor já está comprovada atualmente.

Conforme a Resolução CNS nº 322/2003, atendendo ao disposto na Lei 8.080/1990, para efeito da aplicação da EC 29/00, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo: vigilância epidemiológica e controle de doenças; vigilância sanitária; vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS; educação para a saúde; saúde do trabalhador; assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; assistência farmacêutica; atenção à saúde dos povos indígenas; capacitação de recursos humanos do SUS; pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS; produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos; saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde; serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços; atenção especial aos portadores de

deficiência; ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

A redação da Resolução CNS nº 322/2003 também enumera os gastos que não são consideradas despesas com ações e serviços de saúde para efeito de aplicação dos percentuais mínimos determinados pela EC 29/00. São eles: pagamento de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (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 excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais; ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS; ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

Para os Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

Já no caso da União, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

Se tratando dos pagamentos das operações de crédito contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde e seus respectivos encargos financeiros, estes poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

As prestações de contas, o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a Resolução CNS 332/2003 deve ser realizada por intermédio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS).

Tal sistema foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000 e é atualmente coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O programa de coleta de dados é disponibilizado via Internet, por meio do Portal do Ministério da Saúde. Os usuários preenchem os campos a partir dos balanços e orçamentos e alimentam a base de dados do Ministério via Internet com informações contábeis dos Municípios e Estados sobre as receitas vinculadas e as despesas com ações e serviços públicos de saúde. O programa disponibiliza filtros de consistência que impedem a informação de dados imprecisos, garantindo a padronização e qualidade nas informações declaradas.

O sistema possui ainda um manual de orientações que dispõe de explicações e critérios referentes a cada campo a ser preenchido. Outra facilidade encontrada no SIOPS é a possibilidade de preenchimento da declaração em equipamentos distintos para futura

consolidação dos dados em arquivo único. Isso facilita bastante no caso de algumas informações solicitadas estejam localizadas em diferentes áreas do governo.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF. De nenhuma forma os dados declarados são alterados pelo Ministério da Saúde. Caso haja necessidade de retificação das informações prestadas, o próprio ente deverá enviar novamente as informações por meio da Internet.

Na época de sua concepção, o SIOPS tinha um caráter apenas de banco de dados, contendo as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde dos entes. Porém, ao passar dos anos, o sistema foi evoluindo e assumiu novas funcionalidades, passando de uma mera apresentação de dados de receitas e despesas para uma importante ferramenta de análise e acompanhamento da alocação de recursos, viabilizando a verificação da adequação dos gastos públicos com saúde às necessidades da população.

O SIOPS tem como principal objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Dentre outros importantes objetivos do SIOPS, pode-se enumerar: subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação das políticas públicas de saúde; acompanhar e contribuir para a regulamentação da EC 29/00; dar visibilidade às informações sobre financiamento e gastos em saúde; contribuir para a padronização das informações contábeis e instrumentalizar o controle social.

A partir das informações declaradas pelos usuários, o SIOPS divulga diversos dados e indicadores em seu sítio na Internet. Um dos principais indicadores consiste no percentual de recursos próprios aplicados em saúde por cada ente, de acordo com a EC 29/00 e com os parâmetros trazidos pela Resolução CNS nº 322. Tal indicador é de suma importância no acompanhamento do cumprimento dos limites mínimos determinados pela EC 29/00 pelos entes federados.

A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma possui vínculo com o SUS, o conhecimento sobre o montante que cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área. Além disso, o SIOPS vem se tornando uma importante ferramenta de gestão ao fornecer informações que contribuem para a tomada de decisão dos gestores públicos.

Além do SIOPS e dos Relatórios de Gestão, os órgãos fiscalizadores e, em especial, a sociedade possuem outros mecanismos que auxiliam no acompanhamento de controle dos recursos aplicados na área da saúde.

A Lei nº. 8.689 de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993), que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências, impõe em seu Art. 4º, §4, a publicação trimestral no Diário Oficial da União da relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do SUS, com a discriminação dos Estados, Distrito Federal e Municípios beneficiados. Esse mesmo dispositivo, em seu artigo 10, estabelece que os dados contidos nos sistemas de informação do DATASUS e nos da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV), de interesse do INAMPS, permanecerão disponíveis e acessíveis a qualquer interessado.

Ainda, a Lei nº 8.689/1993, em seu artigo 12, exige a apresentação também trimestral, por cada gestor do SUS das diversas esferas de governo ao seu respectivo Conselho de Saúde

em audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas correspondente, de relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000b), também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), determina em seu Art. 48 que são instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e o Relatório de Gestão Fiscal (RGF); e as versões simplificadas desses documentos (BRASIL, 2000b).

Dentre os instrumentos de transparência da gestão fiscal relacionados no Art. 48 da LRF encontram-se o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO). Este relatório deverá ser publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre. Um detalhe relativo à publicação do RREO, é que ele apresenta os valores acumulados de janeiro até o bimestre a que se refere o relatório em elaboração.

O Relatório Resumido de Execução Orçamentária será publicado bimestralmente composto dos seguintes demonstrativos, segundo o seu manual de elaboração: Balanço Orçamentário; Demonstrativo da Execução das Despesas por Função/Subfunção; Demonstrativo da Receita Corrente Líquida; Demonstrativo das Receitas e Despesas Previdenciárias do Regime Geral de Previdência Social; Demonstrativo das Receitas e Despesas Previdenciárias do Regime Próprio dos Servidores Públicos; Demonstrativo do Resultado Nominal; Demonstrativo do Resultado Primário; Demonstrativo dos Restos a Pagar por Poder e Órgão; Demonstrativo das Receitas e Despesas com Manutenção e Desenvolvimento do Ensino; Demonstrativos das Despesas com Saúde; Demonstrativo Simplificado do Relatório Resumido da Execução Orçamentária.

Conforme Carvalho (2008), esses demonstrativos que compõem o RREO deverão cumprir os princípios da transparência, responsabilidade na gestão fiscal, publicidade e eficiência dos atos e fatos orçamentários e administrativos.

Existem diversas consequências previstas na legislação brasileira para os entes que descumprirem o percentual mínimo de destinação de recursos exigidos na EC 29/00. Para os Estados e Distrito Federal, a CF/88 com nova redação proveniente da EC 29/00, em seu Art. 34, determina como exceção para não intervenção da União naqueles, a inobservância da regra de aplicação do mínimo constitucional na saúde. Ou seja, segundo esse artigo é permitida a intervenção federal no Estado que vier a descumprir os limites da EC 29/00.

A EC 29/00 também altera a lista de possibilidades nas quais os Estados podem intervir nos Municípios, acrescentando no inciso III do Art. 35 a situação dos entes municipais não aplicarem o mínimo constitucional nas ações e serviços públicos de saúde.

Ainda a CF/88 permite a União e aos Estados, nos casos envolvendo Municípios, condicionar o repasse de verbas constitucionais destinadas aos Estados, Municípios e Distrito Federal, quando determina em seu Art.160 que:

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:

[...]

II - ao cumprimento do disposto no Art. 198, § 2º, incisos II e III (BRASIL, 1988).

Aos agentes públicos que destinam os recursos orçados para ações e serviços públicos de saúde em finalidade diversa, o Art. 52 da Lei 8.080/1990 determina que:

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, Art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei (BRASIL, 1990).

Além das consequências previstas na CF/88 e da Lei 8080/1990, conforme o Manual Básico de Gestão Financeira do SUS (FNS, 2003):

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal LRF, que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos (FNS, 2003, p. 16).

Por fim, apesar da existência de todas essas penalidades previstas na legislação, segundo Campelli e Calvo (2007), se tem visto que essas sanções não vêm sendo aplicadas aos entes que não estão atingindo os percentuais mínimos determinados pela EC 29/00. Os Tribunais de Contas, ao identificarem que os gestores públicos não estão cumprindo os percentuais, tratam tais irregularidades apenas como restrições, não punindo os responsáveis. O PLC 01/2003 quando aprovado funcionará como um importante mecanismo legal, capitulando como crime de responsabilidade, o não cumprimento da Emenda.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Gil (1999, p. 42), a pesquisa científica é definida como o “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”. Sendo assim, o que caracteriza a pesquisa como sendo de cunho científico é a forma ou instrumentos que a mesma utiliza nas etapas para a solução de determinado problema.

Neste sentido, de acordo com Beuren *et al.* (2003), o delineamento de uma pesquisa em contabilidade deve observar três categorias: quanto aos objetivos (exploratória, descritiva, explicativa), quanto aos procedimentos (estudo de caso, levantametno, bibliográfica, documental, participante, experimental) e quanto ao problema (qualitativa, quantitativa).

Os procedimentos utilizados nesta investigação foram as pesquisas descritiva (identificação do cumprimento ou não da determinação sobre os gastos com a saúde), bibliográfica (fontes de consultas), documental (análise de documentos) e qualitativa (análise literal do problema, sem utilizar técnicas estatísticas). Deve-se ressaltar que os aspectos que levaram os municípios a não investirem o exigido, bem como se utiliza orçamento participativo etc. não são objetos de análises na presente pesquisa.

Sobre as estratégias de pesquisas, segundo Martins e Lintz (2000, p. 28), a pesquisa descritiva “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos”.

A pesquisa bibliográfica, consoante Gil (1999) é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científicos etc.

A pesquisa documental, segundo Marconi e Lakatos (2003), caracteriza-se por representar que a fonte de coleta de dados está restrita aos documentos, escritos ou não, constituindo o que denomina fontes primárias, como no estudo se usa os dados publicados nas demonstrações contábeis públicas.

A pesquisa qualitativa na abordagem do problema, em conformidade com Richardson (1999, p. 80), é a seguinte: “os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais”.

O maior diferencial entre a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa é que a primeira se caracteriza pelo não emprego de um instrumento estatístico como base do processo de análise do problema (RICHARDSON, 1999).

O universo de estudo foi os municípios brasileiros. A amostra foi realizada por uma amostragem não probabilística por conveniência e que segundo Mattar (1996), a amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. A amostra por conveniência é aquela selecionada por alguma conveniência do pesquisador.

Foram utilizados como amostra os 100 municípios brasileiros mais populosos, tendo base o critério populacional de acordo com informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2007. Entre os 100 municípios analisados, foi excluído para fins de análise o Distrito Federal, haja vista que a forma de apuração do mínimo a ser aplicado com ações e serviços de saúde para tal ente é diferente em relação aos demais, conforme resolução CNS 322/2003, podendo provocar distorções no resultado (Distrito Federal administra recursos como Estado e em alguns casos como Município). Sendo assim, foi utilizado para fins de pesquisa, o Município de Ipatinga - MG, que ocupa a posição 101 em relação ao critério populacional de acordo com o censo 2007 do IBGE.

Deve-se ressaltar que os 100 municípios brasileiros mais populosos concentram mais de 73 milhões de habitantes. Os Municípios utilizados na pesquisa e sua respectiva população podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação dos municípios analisados na pesquisa e sua respectiva população

Posição (IBGE 2007)	Município	POPULAÇÃO	Posição (IBGE 2007)	Município	POPULAÇÃO	Posição (IBGE 2007)	Município	POPULAÇÃO
1	São Paulo - SP	10.886.518	37	Londrina - PR	497.833	72	Franca - SP	319.094
2	Rio de Janeiro - RJ	6.093.472	38	Joinville - SC	487.003	73	Caucaia - CE	316.906
3	Salvador - BA	2.892.625	39	Ananindeua - PA	484.278	74	Vitória - ES	314.042
5	Fortaleza - CE	2.431.415	40	Belford Roxo - RJ	480.555	75	Foz do Iguaçu - PR	311.336
6	Belo Horizonte - MG	2.412.937	41	Aparecida de Goiânia - GO	475.303	76	Vitória da Conquista - BA	308.204
7	Curitiba - PR	1.797.408	42	Niterói - RJ	474.002	77	Paulista - PE	307.284
8	Manaus - AM	1.646.602	43	São João de Meriti - RJ	464.282	78	Petrópolis - RJ	306.645
9	Recife - PE	1.533.580	44	Campos dos Goytacazes - RJ	426.154	79	Ponta Grossa - PR	306.351
10	Porto Alegre - RS	1.420.667	45	Santos - SP	418.288	80	Guarujá - SP	296.150
11	Belém - PA	1.408.847	46	Betim - MG	415.098	81	Blumenau - SC	292.972
12	Goiânia - GO	1.244.645	47	São José do Rio Preto - SP	402.770	82	Rio Branco - AC	290.639
13	Guarulhos - SP	1.236.192	48	Mauá - SP	402.643	83	Caruaru - PE	289.086
14	Campinas - SP	1.039.297	49	Caxias do Sul - RS	399.038	84	Uberaba - MG	287.760
15	São Gonçalo - RJ	960.631	50	Vila Velha - ES	398.068	85	Cascavel - PR	285.784
16	São Luís - MA	957.515	51	Florianópolis - SC	396.723	86	Santarém - PA	274.285
17	Maceió - AL	896.965	52	Olinda - PE	391.433	87	Limeira - SP	272.734
18	Duque de Caxias - RJ	842.686	53	Diadema - SP	386.779	88	Suzano - SP	268.777
19	Nova Iguaçu - RJ	830.672	54	Serra - ES	385.370	89	Petrolina - PE	268.339
20	São Bernardo do Campo - SP	781.390	55	Carapicuíba - SP	379.566	90	Taubaté - SP	265.514
21	Teresina - PI	779.939	56	Campina Grande - PB	371.060	91	São José dos Pinhais - PR	263.622
22	Natal - RN	774.230	57	Porto Velho - RO	369.345	92	Santa Maria - RS	263.403
23	Campo Grande - MS	724.524	58	Mogi das Cruzes - SP	362.991	93	Gravataí - RS	261.150
24	Osasco - SP	701.012	59	Piracicaba - SP	358.108	94	Governador Valadares - MG	260.396
25	João Pessoa - PB	674.762	60	Cariacica - ES	356.536	95	Volta Redonda - RJ	255.653
26	Santo André - SP	667.891	61	Montes Claros - MG	352.384	96	Viamão - RS	253.264
27	Jaboatão dos Guararapes - PE	665.387	62	Bauru - SP	347.601	97	Novo Hamburgo - RS	253.067
28	Contagem - MG	608.650	63	Macapá - AP	344.153	98	Barueri - SP	252.748
29	Uberlândia - MG	608.369	64	Jundiá - SP	342.983	99	Boa Vista - RR	249.853
30	São José dos Campos - SP	594.948	65	Pelotas - RS	339.934	100	Juazeiro do Norte - CE	242.139
31	Feira de Santana - BA	571.997	66	Itaquaquecetuba - SP	334.914	101	Ipatinga - MG	238.397
32	Sorocaba - SP	559.157	67	Ribeirão das Neves - MG	329.112			
33	Ribeirão Preto - SP	547.417	68	Canoas - RS	326.458			
34	Cuiabá - MT	526.830	69	Maringá - PR	325.968			
35	Aracaju - SE	520.303	70	Anápolis - GO	325.544			
36	Juiz de Fora - MG	513.348	71	São Vicente - SP	323.599			

Fonte: IBGE (2007) - adaptado.

Para a coleta de dados dos gastos com saúde, foram utilizadas as informações obtidas através do DATASUS, disponíveis no sítio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e por meio de dados obtidos junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A tipologia utilizada para a classificação dos municípios foi a decorrente de classificação por faixas de população. Afora ser de uso frequente em diversas circunstâncias, pode ser considerada apropriada para efeito da análise do perfil e da evolução dos gastos municipais, por expressar, mesmo que de forma, indireta e restrita, a heterogeneidade das condições de demanda de serviços públicos, as quais as administrações municipais podem estar sujeitas.

Foram considerados os dados de distribuição da população por municípios contidos no censo demográfico de 2007 do IBGE. Houve a preocupação em não definir um número excessivo de faixas de forma a se preservar a capacidade de manejo das informações. Como decorrência desse critério, optou-se por não ultrapassar o número de 4 faixas por tipo de classificação.

A classificação populacional partiu da definição das faixas superior e inferior como sendo as de população superior a 1 milhão e inferior a 300 mil habitantes.

Considerando esses aspectos, a classificação dos Municípios segundo os critérios de população ficou definida conforme as estruturas apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de municípios analisados na pesquisa por faixa populacional

Faixas de População	Nº de Municípios	População (IBGE 2007)	Média habitantes/município
1 POP > 1.000.000	13	36.044.205	2.772.631
2 1.000.000 > POP > 500.000	22	15.308.623	695.847
3 500.000 > POP > 350.000	25	10.335.610	413.424
4 POP < 350.000	40	11.715.860	292.897
Total	100	73.404.298	734.043

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 2, o termo “POP” significa a população total de cada Município de acordo com os dados do censo do IBGE em 2007. A coluna “População total” indica a soma da população de todos os Municípios que pertencem à faixa. A coluna “Média habitantes/Município” demonstra a população municipal média de cada faixa e corresponde à razão da população total da faixa pelo número de Municípios componentes desta.

Na faixa “1”, encontram-se os Municípios com população total superior a 1.000.000 de habitantes. Nessa primeira faixa, se enquadram os Municípios compreendidos entre São Paulo - SP e Campinas - SP.

Da faixa “2” fazem parte os Municípios com população total entre 1.000.000 e 500.000 habitantes. Classificam-se nessa faixa os Municípios compreendidos entre São Gonçalo - RJ e Juiz de Fora - MG.

A faixa “3” é composta dos Municípios com população total entre 500.000 e 300.000 habitantes. Enquadram-se nessa faixa os Municípios compreendidos entre Londrina – PR e Montes Claros – MG.

Por fim, na faixa “4”, encontram-se os Municípios com população total inferior a 300.000 habitantes. Classificam-se nessa faixa os Municípios compreendidos entre Bauru – SP e Ipatinga – MG.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na faixa “1”, a mais populosa da pesquisa, na qual fazem parte as maiores cidades do país, 53,8% dos Municípios atingiram a média na aplicação de recursos com a saúde no período de 2000 a 2008, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pelos municípios que fazem parte da faixa 1.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
São Paulo - SP	12,35	13,66	17,16	10,65	15,08	18,07	16,49	15,74	19,40
Rio de Janeiro - RJ	10,22	9,97	15,15	17,72	17,05	16,99	15,73	15,08	15,73
Salvador - BA	5,61	7,96	11,07	10,92	15,14	16,50	15,77	15,83	16,08
Fortaleza - CE	9,54	11,15	19,70	16,76	17,51	22,63	20,72	23,67	24,34
Belo Horizonte - MG	17,60	17,57	17,03	19,30	18,83	18,21	19,51	18,76	20,97
Curitiba - PR	7,78	11,81	11,90	13,07	15,08	15,82	16,23	19,52	17,86
Manaus - AM	17,72	18,61	16,39	17,74	17,28	16,67	25,39	18,55	19,29
Recife - PE	5,45	7,86	9,50	11,27	15,14	15,37	15,22	15,60	15,27
Porto Alegre - RS	16,31	15,50	20,83	18,49	19,41	19,09	19,10	19,51	17,34
Belém - PA	9,66	12,64	12,88	16,32	15,80	18,45	17,03	20,51	17,20
Goiânia - GO	3,81	8,67	10,72	11,41	11,72	15,44	17,01	15,94	15,28
Guarulhos - SP	14,60	14,21	15,65	17,85	17,73	18,93	19,83	18,13	19,33
Campinas - SP	20,34	21,49	23,49	24,11	21,17	22,91	22,81	22,78	26,41

Fonte: SIOPS (2010) - adaptado.

Conforme a Tabela 3, 7 (sete) Municípios dos 13 (trezes) analisados cumpriram os percentuais mínimos de vinculação em todos os anos, representando um total de 53,8% dos entes municipais classificados na primeira faixa.

Os Municípios classificados na faixa “1” que conseguiram atingir os percentuais vinculatórios determinados pela EC 29/00 foram: Fortaleza - CE, Belo Horizonte - MG, Curitiba - PR, Manaus - AM, Porto Alegre - RS, Belém - PA e Campinas - SP. Nesse grupo, não conseguiram atingir as metas previstas na EC 29/00, no período de 2000 a 2008, os Municípios de São Paulo - SP (2003), Rio de Janeiro - RJ (2001), Salvador - BA (2000, 2001 e 2003), Recife - PE (2000, 2001, 2002 e 2003), Goiânia - GO (2000, 2003 e 2004) e Guarulhos - SP (2001).

Na Faixa “1” destacam-se os três maiores Municípios do país: São Paulo-SP, Rio de Janeiro - RJ e Salvador-BA, por nenhum deles ter cumprido os percentuais mínimos progressivos no período de 2000 a 2003.

Em relação à faixa “2”, a pesquisa aponta que 54,5% dos Municípios pertencentes a esse grupo cumpriram o dispositivo constitucional. A faixa é formada, sobretudo, de capitais de médio porte e de Municípios metropolitanos ligados a grandes centros. A Tabela 4 resume os resultados obtidos pelos Municípios classificados na faixa “2” no período analisado.

Tabela 4 - Percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pelos municípios que fazem parte da faixa 2.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
São Gonçalo - RJ	21,73	23,27	35,56	33,34	32,08	26,16	23,05	23,38	23,27
São Luís - MA	11,79	12,19	11,89	15,76	15,28	19,23	22,08	24,04	19,22
Maceió - AL	3,07	9,22	11,41	13,26	15,25	16,91	15,98	15,91	15,15
Duque de Caxias - RJ	19,89	17,66	17,56	19,90	15,42	15,48	19,16	22,22	25,20
Nova Iguaçu - RJ	4,12	8,79	5,04	12,01	21,84	16,04	17,46	15,47	15,33
São Bernardo do Campo - SP	22,37	18,51	19,43	21,03	21,01	20,84	20,71	22,49	24,17
Teresina - PI	0,00	12,99	17,82	18,30	18,31	15,34	16,56	19,11	21,46
Natal - RN	12,40	17,51	12,06	16,22	15,59	16,34	17,43	17,58	17,38
Campo Grande - MS	27,94	19,88	22,56	19,05	22,63	22,51	24,79	27,58	24,31
Osasco - SP	27,49	20,18	18,73	22,97	20,62	24,12	23,09	26,80	27,56
João Pessoa - PB	4,23	11,21	8,03	13,66	15,17	16,38	18,28	17,17	19,82
Santo André - SP	17,85	16,51	17,52	18,04	17,68	20,51	19,86	21,12	23,39
Jaboatão dos Guararapes - PE	12,38	11,54	9,07	11,97	9,85	14,74	17,49	18,57	15,00
Contagem - MG	32,97	39,38	15,35	17,98	13,97	22,14	27,77	25,41	28,80
Uberlândia - MG	13,82	17,82	18,51	22,04	26,55	27,49	27,71	28,04	24,90
São José dos Campos - SP	22,76	22,95	20,67	22,79	25,92	27,43	27,34	24,29	24,80
Feira de Santana - BA	21,04	13,19	16,05	17,65	16,14	16,83	18,25	22,27	19,81
Sorocaba - SP	18,74	18,56	17,70	17,91	17,24	20,95	16,85	23,80	22,27
Ribeirão Preto - SP	31,29	28,46	24,64	25,94	24,01	24,42	25,96	25,64	25,48
Cuiabá - MT	24,07	23,87	22,93	22,07	15,34	21,16	21,92	16,58	16,20
Aracaju - SE	4,08	7,58	10,73	11,91	15,05	16,17	17,47	18,46	18,64
Juiz de Fora - MG	17,14	20,59	19,16	21,56	21,28	23,66	24,77	22,92	19,80

Fonte: SIOPS (2010) - adaptado.

A Tabela 4 indica que dos 22 (vinte e dois) Municípios pertencentes à faixa “2”, apenas 12 cumpriram os percentuais mínimos de vinculação em todos os anos analisados, representando um percentual de 54,5%.

Na faixa “2”, os Municípios analisados que alcançaram a meta constitucional, no período de 2000 a 2008 são: São Gonçalo – RJ, Duque de Caxias – RJ, São Bernardo do Campo – SP, Campo Grande – MS, Osasco – SP, Santo André – SP, Uberlândia – MG, São José dos Campos – SP, Sorocaba – SP, Ribeirão Preto – SP, Cuiabá – MT e Juiz de Fora – MG. Os Municípios da faixa “2” que não atingiram os percentuais mínimos da EC 29/00 foram: São Luís – MA (2001 e 2002), Maceió – AL (2000), Nova Iguaçu – RJ (2000 e 2002), Teresina – PI (2000), Natal – RN (2002), João Pessoa – PB (2000 e 2002), Jaboatão dos Guararapes – PE (2001, 2002, 2003, 2004 e 2005), Contagem – MG (2004), Feira de Santana – BA (2001) e Aracaju – SE (2000 e 2001). Dentre os resultados obtidos na análise da faixa “2”, chama a atenção o Município de Jaboatão dos Guararapes-PE, por ter cumprido apenas em 5 oportunidades o percentual, dentre os 9 anos analisados.

Analisando a faixa “3”, também formado em sua maioria de municípios localizados em regiões metropolitanas e de algumas capitais de porte menor em relação à faixa “2”, 52% dos Municípios cumpriram o disposto na EC 29/00, permanecendo próximo dos percentuais obtidos pelas faixas “1” e “2”, conforme se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5 - Percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pelos municípios que fazem parte da faixa 3.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Londrina - PR	30,98	25,45	21,49	20,90	20,21	19,27	19,77	23,05	22,89
Joinville - SC	16,74	18,40	25,41	25,25	27,34	26,52	25,94	26,58	26,74
Ananindeua - PA	12,54	19,99	12,94	20,61	19,32	19,56	17,95	19,39	17,26
Belford Roxo - RJ	14,81	21,96	16,64	21,56	24,07	22,58	24,29	24,61	26,14
Aparecida de Goiânia - GO	9,74	8,41	9,15	12,23	21,20	15,05	22,97	16,15	21,61
Niterói - RJ	18,48	19,29	17,85	19,75	19,32	23,12	21,85	25,36	19,64
São João de Meriti - RJ	0,00	0,00	27,32	4,84	19,55	15,10	15,76	23,84	22,39
Campos dos Goytacazes - RJ	32,79	6,35	0,00	24,27	39,19	39,67	85,34	5,30	NI
Santos - SP	18,49	18,88	18,35	17,09	15,09	16,16	16,78	17,69	17,32
Betim - MG	21,00	21,00	24,42	21,37	22,32	20,51	22,83	20,83	21,83
São José do Rio Preto - SP	17,04	16,97	21,90	21,74	23,41	24,16	21,64	22,05	21,11
Mauá - SP	17,54	17,80	16,72	21,51	16,95	18,11	27,13	27,73	30,30
Caxias do Sul - RS	9,01	11,88	11,61	11,15	15,20	15,20	15,69	17,96	16,87
Vila Velha - ES	4,31	5,80	7,94	13,51	16,68	15,68	15,24	16,63	16,32
Florianópolis - SC	7,32	9,60	10,94	12,62	13,59	14,57	15,45	16,68	17,85
Olinda - PE	7,69	17,01	15,61	17,49	23,93	15,30	21,80	19,21	18,45
Diadema - SP	33,30	26,73	23,64	30,93	30,90	30,93	28,20	28,87	31,05
Serra - ES	11,69	14,83	17,52	16,73	16,01	16,14	15,61	16,44	17,55
Carapicuíba - SP	18,83	17,33	23,82	21,80	18,76	23,35	27,86	24,18	23,16
Campina Grande - PB	6,97	8,15	7,72	9,99	9,83	16,88	20,81	15,17	15,23
Porto Velho - RO	14,75	12,91	17,20	16,02	19,54	16,66	17,11	16,07	16,75
Mogi das Cruzes - SP	9,81	9,98	11,53	13,53	15,18	15,44	15,55	16,03	16,39
Piracicaba - SP	16,81	19,40	20,24	23,15	18,89	17,59	19,44	19,42	18,55
Cariacica - ES	5,50	7,49	7,75	10,80	15,65	17,62	15,68	15,79	16,90
Montes Claros - MG	0,00	9,30	12,74	17,87	15,31	16,33	18,72	19,24	17,28

Fonte: SIOPS (2010) - adaptado.

Segundo a Tabela 5, o número de Municípios classificados na faixa “3” que cumpriram os percentuais mínimos de vinculação em todos os anos analisados corresponde a 13 (treze) de um total de 25 (vinte e cinco) analisados, representando 52% dos entes municipais classificados nessa faixa.

Os dados relativos ao ano de 2008 do Município de Campos dos Goytacazes – RJ, até o momento da coleta de dados da pesquisa, não haviam sido declarados. Neste caso, considera-se como não cumprida a EC 29/00 por este Município no ano de 2008.

Dos Municípios pertencentes à faixa “3”, conseguiram atingir as metas estabelecidas pela EC 29/00: Londrina – PR, Joinville – SC, Belford Roxo – RJ, Niterói – RJ, Santos – SP, Betim – MG, São José do Rio Preto – SP, Mauá – SP, Olinda – PE, Diadema – SP, Serra – ES, Carapicuíba – SP e Piracicaba – SP. Os Municípios da faixa “3” que não cumpriram os percentuais no período de 2000 a 2008 são: Ananindeua – PA (2002), Aparecida de Goiânia – GO (2001, 2002 e 2003), São João do Meriti – RJ (2000, 2001 e 2003), Campo dos Goytacazes – RJ (2001, 2002, 2007 e 2008), Caxias do Sul – RS (2003), Vila Velha – ES (2000, 2001 e 2002), Florianópolis – SC (2004 e 2005), Campina Grande – PB (2000, 2001, 2002, 2003 e 2004), Porto Velho – RO (2001), Mogi das Cruzes – SP (2001 e 2002), Cariacica – ES (2000, 2001, 2002 e 2003) e Montes Claros – MG (2000).

Na faixa “3”, podem-se destacar os Municípios de Cariacica – ES e Campina Grande – PB, por ambos não terem, em nenhum dos anos de percentuais progressivos (2000 a 2003) cumprido o estabelecido pela Emenda.

Por fim, na faixa “4”, da qual faz parte os menores Municípios da pesquisa, se verifica que apenas 47,5% dos Municípios analisados cumpriram os percentuais vinculatórios

estabelecidos na Emenda Constitucional 29/00 nos anos de 2000 a 2008, como se pode observar na Tabela 6.

Tabela 6 - Percentuais aplicados em ações e serviços de saúde pelos municípios que fazem parte da faixa 4.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Bauru - SP	18,95	18,55	20,43	20,10	17,93	20,28	19,67	19,05	19,55
Macapá - AP	4,16	10,20	10,99	13,43	15,46	15,09	16,09	16,21	17,83
Jundiá - SP	18,06	16,72	15,12	18,32	17,50	21,60	20,54	20,12	24,05
Pelotas - RS	15,26	14,13	15,59	15,52	18,99	16,69	17,06	16,43	16,38
Itaquaquecetuba - SP	13,81	17,57	21,11	23,97	20,68	18,82	21,16	20,65	21,69
Ribeirão das Neves - MG	29,16	23,02	27,06	27,82	25,62	26,28	30,35	28,61	29,96
Canoas - RS	11,20	8,29	9,80	16,57	17,53	17,05	26,35	24,92	25,08
Maringá - PR	18,26	31,89	23,92	20,83	17,31	24,39	21,25	19,35	18,67
Anápolis - GO	8,82	10,48	12,84	8,20	17,22	15,15	19,57	18,23	15,00
São Vicente - SP	20,23	22,27	20,12	27,18	26,91	32,67	32,82	32,39	31,53
Franca - SP	25,64	24,38	23,97	23,21	19,62	22,91	23,98	24,00	22,72
Caucaia - CE	11,45	15,05	11,56	17,22	26,63	21,99	16,95	19,56	17,04
Vitória - ES	11,01	11,16	13,19	12,35	15,02	15,83	17,58	18,47	15,42
Foz do Iguaçu - PR	18,36	22,49	23,13	25,65	16,57	19,01	19,24	25,19	21,30
Vitória da Conquista - BA	4,30	12,17	10,47	12,96	16,11	16,49	15,00	15,89	17,01
Paulista - PE	7,59	9,26	10,42	12,52	15,01	15,68	17,24	15,07	15,29
Petrópolis - RJ	21,05	12,55	21,08	29,36	25,48	28,63	30,04	25,61	23,89
Ponta Grossa - PR	13,85	13,43	21,14	19,17	15,65	20,30	18,79	21,68	18,78
Guarujá - SP	14,11	15,40	17,99	20,23	20,89	18,73	18,76	16,27	18,26
Blumenau - SC	11,95	18,41	18,34	15,85	17,31	19,98	21,21	21,12	19,04
Rio Branco - AC	6,24	5,17	10,32	12,95	16,07	15,17	15,04	15,01	15,52
Caruaru - PE	9,62	14,20	15,77	17,56	16,99	16,95	20,08	18,40	19,07
Uberaba - MG	17,11	18,91	20,94	18,54	22,00	17,64	20,90	23,91	23,90
Cascavel - PR	18,20	20,53	22,04	22,31	22,80	20,84	25,20	25,65	24,37
Santarém - PA	0,00	7,38	11,75	15,15	16,13	15,84	15,26	16,48	16,25
Limeira - SP	12,71	14,46	16,98	15,98	16,97	16,49	17,37	17,91	15,67
Suzano - SP	12,85	13,53	14,32	16,55	15,78	15,19	17,04	16,07	17,33
Petrolina - PE	6,39	13,51	14,14	13,26	15,75	15,07	19,16	18,66	21,92
Taubaté - SP	15,35	18,08	17,75	18,11	17,64	21,77	21,89	22,07	20,18
São José dos Pinhais - PR	16,13	14,68	12,83	12,85	17,39	21,28	20,93	19,40	18,97
Santa Maria - RS	9,87	8,50	10,98	12,23	17,35	16,44	16,43	15,05	15,25
Gravataí - RS	12,76	13,62	12,76	16,47	13,11	16,06	18,50	18,22	16,63
Governador Valadares - MG	37,17	17,79	18,70	17,00	18,58	27,14	27,64	24,00	20,26
Volta Redonda - RJ	8,46	13,55	19,45	19,18	17,41	21,61	32,05	29,77	20,69
Viamão - RS	12,73	14,13	7,18	9,54	12,15	15,97	14,66	14,25	14,68
Novo Hamburgo - RS	12,28	11,15	14,49	10,07	13,43	15,51	21,51	21,20	24,14
Barueri - SP	18,55	17,58	19,31	16,62	18,50	21,28	21,11	20,36	19,18
Boa Vista - RR	8,42	15,66	17,10	4,56	15,39	15,84	15,65	19,22	18,24
Juazeiro do Norte - CE	6,71	15,92	14,63	15,79	15,41	19,24	19,50	23,33	18,83
Ipatinga - MG	13,17	15,00	12,54	14,85	16,43	15,26	21,02	19,48	21,83

Fonte: SLOPS (2010) - adaptado.

A Tabela 6 demonstra que dos 40 Municípios pertencentes à faixa “4”, apenas 19 (dezenove) cumpriram os percentuais mínimos de vinculação em todos os anos analisados, representando um percentual de 47,5%.

Quando analisados os Municípios classificados na faixa “4”, observa-se que os que cumpriram as metas mínimas de gasto com ações e serviços de saúde foram: Bauru – SP, Jundiá – SP, Itaquaquecetuba – SP, Ribeirão das Neves – MG, Maringá – PR, São Vicente – SP, Franca – SP, Foz do Iguaçu – PR, Guarujá – SP, Blumenau – SC, Caruaru – PE, Uberaba – MG, Cascavel – PR, Limeira – SP, Suzano – SP, Taubaté – SP, Governador Valadares – MG, Volta Redonda – RJ e Barueri – SP. Os Municípios pertencentes à faixa “4” que não atingiram as metas no período analisado foram: Macapá – AP (2000), Pelotas – RS (2001), Canoas – RS (2001 e 2002), Anápolis – GO (2003), Caucaia – CE (2002), Vitória – ES (2001 e 2003), Vitória da Conquista – BA (2000), Paulista – PE (2002), Petrópolis – RJ (2001), Ponta Grossa – PR (2001), Rio Branco – AC (2000 e 2001), Santarém – PA (2000 e 2001), Petrolina – PE (2000), São José dos Pinhais – PE (2001, 2002 e 2003), Santa Maria – RS (2001, 2002 e 2003), Gravataí – RS (2002 e 2004), Viamão – RS (2002, 2003, 2004, 2006, 2007 e 2008), Novo Hamburgo – RS (2001, 2003 e 2004), Boa Vista – RR (2003), Juazeiro do Norte – CE (2000), e Ipatinga – MG (2002).

O resultado obtido pelos Municípios classificados na faixa “4” figura abaixo da média dos Municípios analisados. A faixa “4” é a única das quatro faixas analisadas que obteve êxito no cumprimento do disposto na EC 29/00 em menos da metade de seus Municípios.

Nas Tabelas 4, 5 e 6, alguns municípios não aplicaram nenhum recurso próprio em gastos com saúde (0,00%). Essa situação ocorre quando o montante da despesa total com ações e serviços de saúde é inferior a soma das transferências de recursos do SUS recebidas com a receita de operações de crédito usadas para o custeio da saúde. Isso se deve ao cálculo realizado pelo SIOPS da despesa em saúde com recursos próprios.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aprovação da EC 29/00 representou uma importante vitória da sociedade em relação ao desenvolvimento do SUS. Em seu texto, a emenda estabeleceu a vinculação de recursos com ações e serviços de saúde nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos conselhos de saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.

Apesar de sua importância, a EC 29/00 gerou diferentes interpretações do que se classifica como gastos com ações e serviços públicos de saúde. Com objetivo de suprir a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal, foi publicada em 08 de maio de 2003, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322 (Resolução CNS nº 322/2003). Essa Resolução traz em seu texto diretrizes acerca da aplicabilidade da EC 29/00 pelos entes federados.

A partir da aplicabilidade da EC nº 29/00, foi utilizado como fonte de coleta de dados para acompanhamento do cumprimento dos limites mínimos determinados pela emenda, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), idealizado pelo CNS e implementado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal.

Considerando que são disponibilizadas informações sobre gastos com ações e serviços de saúde tanto no SIOPS como também, nos sítios das prefeituras, dos estados e do governo que não foram objeto da presente pesquisa (delimitação) e considerando ainda, que a Constituição Federal de 1988 considera a saúde como um direito social, recomenda-se futuras pesquisas, abordando os seguintes aspectos:

- consequências da aplicação ou não de sanções e penalidades aos entes estaduais e municipais pelo não cumprimento dos percentuais exigidos;
- amostra de municípios com base nos orçamentos;
- análises da efetividade de gastos;
- motivações do não cumprimento dos percentuais mínimos vinculatórios;
- reflexos nos orçamentos da seguridade social das determinações judiciais com despesas emergenciais em pacientes, referentes a recursos não computados.

Acredita-se ter contribuído com motivações de pesquisa sobre a evidenciação de gastos na área da saúde com o intuito de ressaltar o controle social que a LRF garante aos cidadãos e instituições da sociedade.

Finalizando, conclui-se que dos 100 municípios brasileiros mais populosos, dos 100 municípios brasileiros mais populosos analisados, 49 não cumpriram em determinado ano os percentuais vinculatórios de gastos com saúde, determinados na Emenda Constitucional nº 29/00, durante o período de 2000 a 2008.

## REFERÊNCIAS

BEUREN, Ilse Maria (Org). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade - teoria e prática*. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa de 1988. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, nº 191-A, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. *Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003*. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/274381.pdf>> Acesso em: 18 mai. 2010. [Link](#)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.

Disponível em: <[www.conass.org.br/arquivos/file/paraentenderagestaodosus.pdf](http://www.conass.org.br/arquivos/file/paraentenderagestaodosus.pdf)> Acesso em: 02 mai. 2010. [Link](#)

BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000a*. 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 de setembro de 2000.

BRASIL. *Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000b*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 05 de maio de 2000.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993*. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 28 de julho de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Informativo Eletrônico do CNS*. Brasília, ano 3, n. 12º, jan. 2006. Disponível em:

<<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/12.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2010.

[Link](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CNS nº 322, de 08 de maio de 2003*. Disponível em:

<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Reso322.doc>> Acesso em: 22 abr. 2010. [Link](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde (FNS). *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/7154929/Gestao-Financeira-Do-SUS>> Acesso em: 25 jul. 2010. [Link](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica – SUS, n. 1/93. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 24 de maio de 1993. Disponível em:

<<http://siops.datasus.gov.br> > Acesso em: 08 mai. 2010. [Link](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 29 de janeiro de 2001. Disponível em:

<<http://siops.datasus.gov.br> > Acesso em: 09 mai. 2010. [Link](#)

BRASIL. INAMPS/MS. *Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991*. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 07 de janeiro de 1991.

BRASIL. INAMPS/MS. *Resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991*. Reedita com alterações a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, que passa e apresentar o texto constante do Anexo 01 de presente Resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 07 de julho de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. *Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000*. Trata da institucionalização do SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 12 de outubro de 2000.

Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br> > Acesso em: 20 abr. 2010. [Link](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Aloc\\_Equitativa\\_SIOPS.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Aloc_Equitativa_SIOPS.pdf)> Acesso em: 29 abr. 2010. [Link](#)

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. *O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 03 mai. 2010. [Link](#)

CARVALHO, Deusvaldo. *Orçamento e contabilidade pública: teoria, prática e mais 800 exercícios*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *População*. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)>. Acesso em: 23 abr. 2010. [Link](#)

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre. *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas, 2000.

MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 1996.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, Tânia Margarida de Novaes et al. *Emenda Constitucional – EC Nº 29/2000: O Cumprimento pelos Municípios do Estado da Bahia, 2000 a 2003*. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, v. 30, n. 1, p. 141-153, jan./jun. 2006. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br)> Acesso em: 02 mai. 2010. [Link](#)