

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA/EAD**

**APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E  
SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A RESPECTIVA  
INCLUSÃO DO GASTO COM SANEAMENTO BÁSICO**

**MONOGRAFIA DO CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO**

**Cláudia Conzatti Dal Pozzo**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

# **APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A RESPECTIVA INCLUSÃO DO GASTO COM SANEAMENTO BÁSICO**

**Cláudia Conzatti Dal Pozzo**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Pós-Graduação, Área de Concentração em *Gestão Pública da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS)* – Pólo Sapucaia do Sul – para obtenção do grau final da especialização em Gestão Pública.

**Orientador: Professor Fernando do Nascimento Lock.**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - RS  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA/EAD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Monografia

**APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS  
DE SAÚDE E A RESPECTIVA INCLUSÃO DO GASTO COM  
SANEAMENTO BÁSICO**

elaborada por  
**Cláudia Conzatti Dal Pozzo**

como requisito parcial para a obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão Pública**

**Comissão Examinadora:**

**Professor Fernando do Nascimento Lock**  
(Presidente/Orientador)

**Dr. Vitor Francisco Schuch Jr.**

**Me. Rafael Mendes Lubeck**

Sapucaia do Sul, 05 de agosto de 2011.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço as pessoas que convivem comigo que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, com apoios e palavras de incentivo.

A minha mãe Celina e ao meu esposo Leandro, que merecem todo o meu respeito e admiração, por acreditarem incondicionalmente em mim e no meu sonho, abrirem mão dos objetivos próprios e abraçarem os meus, principalmente pela paciência e carinho nos momentos em que fraquejei e por sentirem comigo toda a angústia e medo na elaboração dos capítulos do trabalho e ainda assim me passarem força e incentivo.

Aos meus filhos, Carolina e Felipe, que por muitas vezes agüentaram minha ausência e meu isolamento nos momentos em que precisava de concentração, mas mesmo assim conseguiam entender a importância deste trabalho para meu crescimento profissional.

Aos meus colegas de trabalho, esses tão especiais, que com tanta paciência me ajudaram com palavras amigas, apoio moral, acreditando na minha capacidade e incentivando sempre nos momentos em que achei que não seria possível essa finalização.

E ao meu orientador Fernando do Nascimento Lock, por ter acreditado em mim, no meu projeto e ter abraçado junto comigo o meu sonho e ter me proporcionado a realização dele, pela competência e por me tranquilizar nos momentos de mais angústia.

“Os que orientam o barco têm muito mais poder sobre o seu destino do que os que remam” (OSBORNE, D;GAEBLER, T. **Reinventando o Governo**. Editora MH Comunicação, 1992, p. 32).

## RESUMO

Monografia de Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública  
Universidade Federal de Santa Maria

### **APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E A RESPECTIVA INCLUSÃO DO GASTO COM SANEAMENTO BÁSICO**

AUTORA: CLÁUDIA CONZATTI DAL POZZO

ORIENTADOR: PROFESSOR FERNANDO DO NASCIMENTO LOCK

Data e local da defesa: Sapucaia do Sul, 05 de agosto de 2011

Trata-se de um apanhado geral sobre o Financiamento da Saúde no que se refere às responsabilidades constitucionais dos estados nas ações e serviços públicos de saúde. O desenvolvimento temático teve o cuidado, no primeiro capítulo, de abordar o conceito de saúde conforme a constituição e a legislação brasileira atual que versam sobre a área. No segundo e no terceiro capítulo foi examinada a EC. nº 29, a qual norteia as demais legislações que tratam sobre o orçamento da saúde nas três esferas, bem como a Resolução 322 de 2003 do CNS, criada com objetivo de preencher as lacunas deixadas por essa Emenda, na ausência de Lei Complementar que esclarecesse o texto constitucional de forma operacional e conceitual, como determinar quais as ações e serviços de saúde seriam admitidas para aplicação da EC, qual a base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde. E por fim, foram analisados, em seu quarto capítulo, os dados coletados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde no que tange à inclusão dos gastos com saneamento básico nas ações e serviços de saúde pelos estados e quais os supostos benefícios, pretendendo não só trazer os conceitos necessários para o entendimento da matéria, mas, baseado nos dados coletados, que o leitor tire sua própria conclusão acerca de que o fato da inclusão do saneamento básico, bem como do valor aplicado diretamente em saúde, seja a garantia de satisfação e qualidade na área da saúde.

**Palavras-chave:** Orçamento; Gastos em Saúde; Estados; Saneamento básico.

## ABSTRACT

Monograph Postgraduate  
Postgraduate Program in Public Management  
Federal University of Santa Maria

APPLICATION OF FUNDS IN SHARES AND PUBLIC HEALTH SERVICES AND  
THE INCLUSION OF SPENDING ON SANITATION

AUTHOR: CLÁUDIA CONZATTI DAL POZZO

ADVISOR: PROFESSOR FERNANDO DO NASCIMENTO LOCK

Date and location of defense: Sout East London, August 5, 2011

This is a broad survey of health care financing as they relate to the constitutional responsibilities of states in the actions and public health services. The development agenda has been careful in his first chapter, addressing the concept of health according with current legislation Brazilian and the constitution that deal to the area. The second and the third chapter examined the EC. n. 29, which guides the other laws that deal with the health budget in the three spheres, as well as Resolution 322 of 2003 of CNS, created to fill the gaps left by this Amendment, in the absence of Complementary Law to clarify the constitutional text about an operational and conceptual, how to determine what actions and health services would be allowed for application of EC, which the calculation basis for the definition of the minimum resources to be invested in health. Finally, we analyzed, in the fourth chapter, data collected from the Information System about Public Budget of Health in regard to the inclusion of spending on sanitation in health services and actions by the states and the supposed benefits, not only bring the concepts necessary to understand the matter, but, based on collected data, the reader draw his own conclusion about the fact that the inclusion of sanitation, as well as the amount applied directly to health, is the satisfaction guarantee and quality in health care.

**Keywords:** Budget; Health Expenditures; States; Basic Sanitation.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde – Referência 2009 .....	34
Tabela 2 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde, esperança de vida e mortalidade em relação à população – Referência 2009 .....	35
Tabela 3 – Ranking dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral e esperança de vida ao nascer – Referência 2009.....	36
Tabela 4 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde – Referência 2008.....	40
Tabela 5 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde, esperança de vida e mortalidade em relação à população – Referência 2008.....	41
Tabela 6 – Ranking dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral, esperança de vida ao nascer e volume de esgoto tratado – Referência 2008.....	43
Tabela 7 – Ranking dos Estados no volume de esgoto tratado, mortalidade em relação à população e esperança de vida ao nascer – Referência 2008.....	45
Tabela 8 – Ranking com os Cinco Primeiros Estados no de Volume de Esgoto Tratado por Habitante – Referência 2008.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Acre  
ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias  
AL - Alagoas  
AM – Amazonas  
AP – Amapá  
ASPS - Ações e Serviços Públicos em Saúde  
BA – Bahia  
CE - Ceará  
CF - Constituição Federal  
CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CORSAN - Companhia Riograndense de Saneamento  
DF - Distrito Federal  
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
EC - Emenda Constitucional  
ES - Espírito Santo  
FPE - Fundo de Participação dos Estados  
FPM - Fundo de Participação dos Municípios  
GO – Goiás  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal  
MA – Maranhão  
MG - Minas Gerais  
MS - Mato Grosso do Sul  
MT - Mato Grosso  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OSS - Orçamento da Seguridade Social  
PA – Pará  
PB – Paraíba  
PE – Pernambuco  
PI – Piauí  
PIB - Produto Interno Bruto  
PR – Paraná  
RJ - Rio de Janeiro  
RLIT – Receita Líquida de Impostos e Transferências  
RN - Rio Grande do Norte  
RO – Rondônia  
RR – Roraima

RS - Rio Grande do Sul

SC - Santa Catarina

SE – Sergipe

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SNIS - Sistema Nacional de Informação sobre saneamento

SP - São Paulo

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TO – Tocantins

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 SAÚDE: CONCEITOS, TEORIAS E LEGISLAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
2.1 O CONCEITO DE SAÚDE.....	15
2.2 A SAÚDE E A LEGISLAÇÃO.....	18
2.2.1 <i>Histórico da legislação.....</i>	<i>18</i>
2.2.2 <i>A Emenda Constitucional 29/2000 e seus principais pontos .....</i>	<i>20</i>
2.2.3 <i>A Resolução n. 322, de oito de maio de 2003 do CNS .....</i>	<i>22</i>
2.2.3.1 <i>Recursos Mínimos a Serem Aplicados em Saúde .....</i>	<i>23</i>
2.2.3.2 <i>Definição do que são Ações e Serviços Públicos de Saúde .....</i>	<i>25</i>
2.2.3.3 <i>Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle.....</i>	<i>27</i>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
<b>4 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS – SIOPS .....</b>	<b>31</b>
4.1 COLETA E ANÁLISE DE DADOS OFICIAIS SOBRE AS RECEITAS DOS ESTADOS BRASILEIROS E PERCENTUAL DE APLICAÇÃO EM ASPs .....	31
4.2 VOLUME DE ESGOTO TRATADO E A INCLUSÃO DOS GASTOS COM SANEAMENTO BÁSICO NAS AÇÕES DE SAÚDE .....	44
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde tem sido foco de atenção e preocupação cada vez maior dos gestores, bem como da sociedade brasileira como um todo, nos mais diversos seguimentos. Seja pela importância social da questão em si, seja pela participação deste setor na economia.

Por ser uma das preocupações dos gestores e de todos envolvidos diretamente na construção do sistema de saúde, como tema de discussões das instâncias gestoras, é que se escolheu para análise deste trabalho o financiamento da saúde no que tange o mínimo de gastos exigidos constitucionalmente aos estados.

O presente trabalho trata sobre o financiamento do SUS no que diz respeito à aplicação mínima de recursos públicos em ações e serviços em saúde pelos estados para efeito da aplicação da Emenda Constitucional 29. Seu desenvolvimento se deu na busca de dados oficiais que retratam os gastos efetuados pelos Estados Brasileiros - demonstrando quais deles atendem a exigência Constitucional, a qual limita os gastos em saúde no percentual mínimo de 12% sobre a receita líquida de impostos e transferências de impostos - no período de 2008 e 2009 pela disponibilidade dos dados e pela decisão do STF de 2009, utilizada na monografia.

Foram analisados também quais os estados que incluem as despesas de saneamento básico como ações e serviços públicos em saúde e quais os seus consequentes benefícios.

A legislação brasileira amplia o conceito de saúde, trazendo vários fatores como determinantes para a questão da saúde: “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (Lei 8.080/1990, art. 3º).

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que alterou a Constituição Federal de 1988. A Emenda busca assegurar a efetiva aplicação em saúde por todos os entes da federação, estabelecendo percentuais mínimos das receitas a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Os Estados e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos

estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos a punições relacionadas à retenção das transferências do fundo de participação dos estados e dos Municípios até a intervenção da União nos outros entes da federação ou dos Estados nos Municípios, assim como a cassação de mandatos (CONASEMS, O SUS de A a Z, 3ª Edição, Brasília-DF, 2009).

As ações de saneamento tais como, sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares e destinação adequada de resíduos sólidos podem influenciar na qualidade da saúde da população, logo, sua promoção pode ter ligação direta com a melhoria na saúde da população, porém, existem normas editadas pelo Ministério da Saúde, bem como pelo Conselho Nacional da Saúde que exclui o saneamento básico como gasto em saúde para fins do percentual mínimo de aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS de que trata a EC 29, principalmente quando há a cobrança de tarifa paga pelo contribuinte/usuário do serviço (CONASEMS, O SUS de A a Z, 3ª Edição, Brasília-DF, 2009).

Nesse sentido, o problema que norteia a pesquisa é de buscar a resposta para o seguinte questionamento: Quais Estados brasileiros incluem a despesa executada com Saneamento Básico dentro do percentual mínimo constitucional vinculado às Ações e Serviços Públicos de Saúde, bem como se esse fato influencia na situação da saúde da população?

A hipótese que norteou a pesquisa foi: se o saneamento básico for incluído no cálculo da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, para atingir o percentual mínimo estabelecido na Constituição Federal, representará garantia de indicadores favoráveis nesta área.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar o percentual aplicado pelos estados brasileiros em Ações e Serviços Públicos em Saúde, com ou sem saneamento básico de acordo com as informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde.

Para atingir o objetivo geral foram selecionados os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar o amparo legal para a inclusão, ou não, das despesas com o saneamento básico na função saúde para fins das despesas consideradas como ações e serviços públicos de saúde no que tange o atendimento do art. 198 da CF/88.

- b) Identificar quais Estados brasileiros incluem o saneamento básico no cômputo das despesas integrantes às Ações e Serviços Públicos em Saúde.
- c) Demonstrar o percentual aplicado pelos Estados brasileiros em Ações e Serviços Públicos em Saúde, com ou sem saneamento básico de acordo com as informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde.
- d) Analisar se os estados que incluem a despesa executada com Saneamento Básico dentro do percentual mínimo constitucional vinculado às Ações e Serviços Públicos de Saúde, sofrem influencia na situação da saúde.
- e) Analisar se o fato de atingir o percentual mínimo tem alguma relação com a situação da saúde do estado.

A pesquisa se justifica por não haver uma Lei Complementar que regulamente a EC 29, no que diz respeito à obrigatoriedade, ou não, da inclusão dos gastos em saneamento nas ações e serviços de saúde, haja vista se tratar de um tema polêmico pelo fato de o estado do Rio Grande do Sul só atingir o referido percentual mínimo se incluir os gastos com saneamento básico realizados pela CORSAN, Empresa Estatal, nas suas ações de saúde. O que há são normas infraconstitucionais, mais especificamente Portarias e Resoluções que regulam a matéria, porém, muito questionadas da sua eficácia uma vez que a Constituição Federal faz referência a Lei Complementar para regular a matéria.

A presente pesquisa serve justamente para explicitar quantos Estados estão incluindo as ações de saneamento básico para atingir o percentual mínimo de 12% com Ações e Serviços Públicos de Saúde, uma vez que este tema é polêmico. Portanto, se tornou curioso saber se há mais estados na mesma situação do Rio Grande do Sul, que se desconsiderar o saneamento básico dentro da saúde não aplica o montante – percentual – obrigatório constitucionalmente.

Por fim, sem dúvida que o resultado da pesquisa poderá servir de base aos Tribunais de Contas dos Estados para verificar como estão procedendo os demais Estados não jurisdicionados em relação a inclusão, ou não, do gasto com o saneamento básico no cômputo das ações e serviços públicos de saúde e comparar com os serviços prestados nessa área.

O texto está estruturado em três capítulos mais a introdução e a conclusão, sendo que o primeiro aborda o conceito de saúde conforme a constituição e a legislação brasileira atual que versam sobre a área. Foi examinada a EC. nº 29, a qual norteia as demais legislações que tratam sobre o orçamento da saúde nas três esferas, bem como a Resolução 322 de 2003 do CNS, criada com objetivo de preencher as lacunas deixadas por essa Emenda, na ausência de Lei Complementar que esclarecesse o texto constitucional de forma operacional e conceitual, como determinar quais as ações e serviços de saúde seriam admitidas para aplicação da EC, qual a base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde

No segundo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa, na coleta e análise dos dados. E por fim, foram analisados, em seu quarto capítulo, os dados coletados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde no que tange à inclusão dos gastos com saneamento básico nas ações e serviços de saúde pelos estados e quais os supostos benefícios, pretendendo não só trazer os conceitos necessários para o entendimento da matéria, mas, baseado nos dados coletados, que o leitor tire sua própria conclusão acerca de que o fato da inclusão do saneamento básico, bem como do valor aplicado diretamente em saúde, seja a garantia de satisfação e qualidade na área da saúde.

## 2 SAÚDE: CONCEITOS, TEORIAS E LEGISLAÇÃO

Neste capítulo são apresentados o conceito de saúde, o histórico da legislação pertinente, acompanhado da legislação específica, como a Emenda Constitucional 29 de 2000, a Resolução 322 de 2003 e suas diretrizes a cerca da aplicação da respectiva Emenda.

### 2.1 O conceito de saúde

Este tópico abordará o conceito de saúde instituído pela Constituição ao ser incluída nas espécies de Seguridade Social. Far-se-á um breve comentário sobre a força adquirida pela saúde com sua inclusão nos direitos oriundos da Declaração dos Direitos Humanos, bem como será analisada a definição de saúde da OMS questionada por Freud e outros teóricos contemporâneos.

A Constituição trata da saúde em seus arts. 196 a 200 como uma espécie da Seguridade Social. Em seu art. 24, inciso XII, atribui competência concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal sobre proteção e defesa da saúde.

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais (MARTINS, 2010, pg. 137).

Esses direitos foram ratificados no art. XXV da Declaração dos Direitos Humanos proclamada pela resolução 217 na Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, conforme transcrito abaixo:

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.
2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.(BRASIL, 1948)

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, também conhecida popularmente como “Lei Orgânica da Saúde”, traz diretrizes norteadoras no campo da saúde, conforme pode-se observar pelos excertos:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

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

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

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.(BRASIL, 1990)

Questiona-se muito a definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde (1948): situação de perfeito bem-estar, mental e social da pessoa, por se tratar de uma utopia, haja vista se tratar de uma situação irreal.

Sinônimo de felicidade, o estado de perfeito bem-estar constitui algo impossível, pois, segundo Freud (1908 e 1930 apud SEGRE, Marco 1997), a civilização, ao trocar parcela de sua liberdade por um pouco de segurança, passou a gerar um sentimento de mal-estar. Se antes, havia um incômodo pela insegurança que a lei do mais forte trazia, hoje há uma tensão pela renúncia de parcela de sua liberdade pulsional.

Por esses motivos é que a felicidade, conceito que a Organização Mundial de Saúde trouxe para saúde, ou seja, estado de perfeito bem-estar é incompatível com a situação do homem, o qual convive com suas dificuldades, dúvidas, medos e incertezas.

Freud (1938 apud SEGRE, Marco 1997) já previa a fuga para a doença somática (junto com à fuga para neurose ou para a psicose) como forma de defesa do sujeito que está sob a condição do “mal-estar na civilização”. A repressão da agressividade acaba por refletir no plano somático, isto é, no corpo real.

Conforme Coelho e Almeida Filho (2002), do ponto de vista epistemológico, existe dificuldade em conceituar saúde, talvez por influência da indústria farmacêutica e de cultura da doença, que restringem a pesquisa a um tratamento teórico da questão da saúde como mera ausência de doença.

No Brasil, assim como no mundo ocidental, no que diz respeito às práticas e políticas de saúde, se utiliza um modelo assistencial individual, alvo de muitos questionamentos. Porém, começa a ganhar espaço a idéia de promover a saúde, e não apenas de curar a doença, surgindo os conceitos de vigilância sanitária da saúde e outros (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2002).

Cumprir referir, que Talcott Parsons desenvolveu a teoria do papel de doente, a qual afirmou o doente teria um papel definitivo, que implicaria isenção das responsabilidades sociais, impossibilidade de cuidado de si mesmo, desejo de ficar bem e o dever de procurar e cooperar com o tratamento médico (PARSONS, 1951 apud COELHO, 2002).

Por outro lado, os teóricos Lemert (1967) e Goffman (1963) mostram a Teoria do rótulo, a qual a sociedade classifica as pessoas em categorias, a das pessoas normais e a das consideradas desviantes Goffman (1963, apud COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas), onde o diagnóstico psiquiátrico implicaria uma poderosa rotulação que produz um estereótipo, o qual orientaria a sociedade no sentido de demandar dos “desviantes” um comportamento “louco”, levando a que eles se comportem como tal.

Contudo, segundo Bion (1967), a qualidade de vida depende da realidade de cada um. Não há boa ou má qualidade de vida, embora na saúde pública precise se trabalhar com indicadores. Não se pode afirmar, portanto, que um portador de colostomia, conseqüente a uma cirurgia de câncer intestinal, tem qualidade inferior a de um seguidor obsessivo de regras religiosas, intimidado por Deus de forma perene.

Dentro deste enfoque, se pode dizer que saúde é um estado de harmonia entre o sujeito e a realidade (Segre - 1997).

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, foi editada a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que alterou a Constituição Federal de 1988.

## **2.2 A saúde e a legislação**

Neste capítulo tópicos serão abordados os principais pontos da EC n. 29, sem esquecer a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 322/2003 que define as bases de cálculo, ações e serviços públicos de saúde; bem como a Portaria GM/MS n. 2047/2002 Conas (2007, p.61).

### **2.2.1 Histórico da legislação**

A Carta Magna disciplina que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar, concorrentemente, sobre a previdência social, proteção e defesa da saúde, e aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (BRASIL, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2007, p. 29).

Por diversas passagens da Constituição verifica-se um cuidado todo especial no que tange a preocupação de assegurar a não vinculação dos recursos públicos, só abrindo exceções para aplicação em saúde e educação:

Art. 167. São vedados:

(...)

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, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, 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;

Na mesma época da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, houve uma mudança muito grande na forma de administrar a gestão do SUS, trazida pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 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.

Visualiza-se que a população, representada pelo Conselho de Saúde, inicia um papel muito importante e de responsabilidade, ficando responsável pela formulação e pelo controle das políticas públicas de saúde, bem como pelo aspecto econômico e financeiro. Não é à toa que o referido Conselho é tido como o mais atuante dentre os demais conselhos, pois talvez seja o único que tenha tantos poderes legais, inclusive o de deliberação sobre as alocações dos recursos da saúde, estando o gestor sujeito à análise e aprovação, ou não, do conselho sobre suas contas.

A vinculação de recursos para a Saúde não é pretensão recente. Na CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária, criada em 1986 já almejava vincular recursos no total de 10% do PIB à saúde, um montante que representava 37% das receitas das três esferas de governo.

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu art. 55, determinou que 30% do Orçamento da Seguridade Social - OSS, excluído o seguro desemprego, seriam destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, outra inovação da Constituição. As referidas tentativas de vincular recursos à saúde não obtiveram êxito. A primeira LDO (Lei 7800/89) editada para auxiliar no orçamento de 1990, bem como a segunda (Lei 8074/90), não mantiveram a vinculação, restabelecida para o orçamento de 1992 (Lei 8211/91). Neste ano (1992), o percentual destinado à saúde chegou a 30,6% do OSS, isto considerando os gastos com saneamento básico, entre outros não considerados atualmente.

Na década de 90, a PEC 169-A fez com que o art. 198 da Constituição tivesse a seguinte redação: "A União aplicará anualmente, na implementação do SUS, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõe o orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita de impostos. Os estados e o Distrito Federal e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do SUS, nunca menos de 10% das receitas resultantes de impostos".

Em 1998, no II Encontro Nacional de Conselheiros, José Serra explicita a proposta que destina 30% das contribuições sociais para a saúde, excluindo do cálculo a receita do PIS/PASEP.

No mesmo ano, após intensas negociações, foi aprovada pela Câmara, em dois turnos a PEC 82-C e tramitou no Senado como PEC 86-C a qual compatibilizou aspectos das propostas anteriores, sendo promulgada como Emenda Constitucional n. 29, objeto de estudo do próximo capítulo, Conass (2007, p. 29-31).

### 2.2.2 A Emenda Constitucional 29/2000 e seus principais pontos

A Emenda Constitucional n. 29, promulgada em setembro de 2000, vinculou recursos para o setor da saúde, assegurando que as três esferas de governo aportem, anualmente, recursos mínimos provenientes de percentuais de suas receitas.

Os principais pontos são abordados a seguir de acordo com o Conass (2007, p. 61-62).

Em seus artigos 1º e 2º acrescentam nos artigos. 34 e 35 da CF a possibilidade de intervenção da União nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas.

Nesta linha, já previamente, verifica-se que apesar de ser da União e dos estados a competência de legislar sobre saúde pública, está prevista a possibilidade de intervenção do Estado pela União caso o mesmo não realize a aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais e transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino, e nas ações e serviços públicos de saúde, sendo que o mesmo acontece entre o Estado e os Municípios caso estes não apliquem o percentual mínimo em ações e serviços públicos em saúde de acordo com art. 35 da CF;

Dispõe em seu art. 3º, a possibilidade dos municípios estabelecerem progressividade na cobrança do IPTU, conforme o valor do imóvel, e estipularem alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e uso do imóvel;

Fica definido no art. 4º, o condicionamento da entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda;

Determina a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde;

Prevê, por parte da União, estados, Distrito Federal e municípios, a aplicação de recursos mínimos em ações e serviços de saúde, sendo para os estados e municípios, percentuais calculados sobre a arrecadação e transferências constitucionais;

Estabelece a necessidade da criação de Lei Complementar que determinará critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde; e as normas de cálculo do total aplicado pela união;

Em seu dispositivo 7º, impõe regras transitórias para a aplicação da EC. n. 29 até a criação da Lei Complementar;

Acrescenta no art. 77 §1º do ADCT o quanto de recursos a serem aplicados em saúde pela União, estados e municípios, ficando a União compelida a investir em saúde o total correspondente ao valor empenhado no exercício anterior, corrigido

pela variação nominal do PIB; os estados obrigados a utilizar 12% da arrecadação de impostos e transferências constitucionais na saúde, deduzidas as parcelas correspondentes as transferências feitas dos estados aos municípios; e os municípios, com o dever de investir 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais;

Determina a emenda que os estados que já aplicam menos que os percentuais previstos, passem a aplicar de forma progressiva até 2004, na razão de um quinto por ano;

Preconiza a emenda que as aplicações das três esferas de governo serão de pelo menos 7%;

Estipula o mínimo de 15% a ser aplicado pelos municípios das verbas federais vinculadas à saúde em ações e serviços de saúde;

Determina que os recursos mencionados sejam aplicados pelo Fundo de Saúde, acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde;

Por fim, estabelece as regras do art. 77 do ADCT para serem seguidas até que seja criada a Lei Complementar mencionada no art. 198 §3º da CF.

O fato da EC n. 29 não deixar claro quais seriam as ações e serviços de saúde mencionados na norma, é que propiciou fortes resistências para o seu cumprimento, por dar margem a entendimentos díspares dos órgãos de execução e de fiscalização.

### 2.2.3 A Resolução n. 322, de oito de maio de 2003 do CNS

Conforme já mencionado no tópico 2.2.2, fez-se necessário o esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, a fim de obter eficácia na sua aplicação pelos agentes públicos até que fosse criada a Lei Complementar.

Para isso, o Conselho Nacional da Saúde editou a Resolução n. 322/2003, que estabelece diretrizes acerca da aplicação da EC n.29/00, as quais estipulam a base de cálculo utilizada para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, os recursos mínimos a serem aplicados em saúde, quais são as ações e serviços públicos de saúde e a forma de acompanhamento, fiscalização e controle

da aplicação dos recursos dos quais trata a Emenda n. 29, questões analisadas a seguir.

### 2.2.3.1 Recursos Mínimos a Serem Aplicados em Saúde

No caso da União, para o ano de 2000, a base de cálculo seria o montante empenhado para ações e serviços de saúde no exercício anterior, acrescido de 5%. De 2001 a 2004 a base de cálculo era o correspondente ao valor empenhado no ano imediatamente anterior.

Para os estados, a base de cálculo é sua receita calculada da seguinte forma, de acordo com Conass (2007, p.65):

Total das Receitas de Impostos de Natureza Estadual (ICMS + IPVA + ITCMD)  
 (+) Receitas de Transferências da União:  
 Quota-Parte do Fundo de Participação dos estados - FPE  
 Quota-Parte do IPI - Exportação  
 Transferências da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)  
 (+) Impostos de Renda Retido na Fonte (IRRF)  
 (+) Outras receitas correntes:  
 Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária  
 (-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos Municípios (25% do ICMS, 50% do IPVA, 25% do IPI – Exportação)  
 (=) Receita Própria do estado = Base de Cálculo Estadual

Da mesma forma é calculada a base de cálculo dos municípios, conforme demonstrativo abaixo Conass (2007, p. 66):

Total das Receitas de Impostos Municipais (ISS + IPTU + ITBI)  
 (+) Receitas de Transferências da União:  
 Quota-Parte do Fundo do FPM  
 Quota-Parte do ITR  
 Quota-Parte da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)  
 (+) Impostos de Renda Retido na Fonte - IRRF  
 (+) Receitas de Transferências do Estado:  
 Quota-Parte do ICMS  
 Quota-Parte do IPVA  
 Quota-Parte do IPI - Exportação  
 (+) Outras receitas correntes:  
 Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária  
 (=) Receita Própria do município = Base de Cálculo Municipal

Os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pela União correspondem ao valor empenhado pela União para saúde no exercício anterior, corrigido pela variação do PIB, conforme a EC n. 29 Conass (2007, p.66-67).

Já os estados e municípios, deverão observar a seguinte regra:

Para os estados e municípios que não atingirem o percentual mínimo de 7%, deveriam aumentá-lo, progressivamente, de modo a atingir o mínimo exigido pela Emenda.

Para o Distrito Federal aplicasse o exigido pelos estados ou municípios, já que se trata de um caso especial.

Os estados e municípios que já aplicavam os recursos a um percentual superior a 7% passariam a aumentar a uma razão de 1/5 até 2003, sendo em 2004 exigidos um percentual mínimo de 12 e 15%, respectivamente.

É com base nos dispositivos apresentados na Resolução nº. 322, que os dados de aplicação do mínimo gasto em ações e serviços públicos em saúde são apurados e fiscalizados.

Alguns entes da Federação buscam descaracterizar a validade da Resolução com fito de atender o mínimo constitucional com despesas que não estão amparados nas diretrizes da Resolução 322, como acontece com o gasto na área de saneamento básico.

A Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde permite a inclusão do gasto com saneamento básico no mínimo constitucional como ações e serviços públicos de saúde desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos sanitários especiais indígenas e outras ações a critério do Conselho Nacional de Saúde, entretanto, se o mesmo for realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas cobradas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados, não poderá, nos termos da Resolução, ser considerado no referido gasto constitucional.

Destarte, portanto que, embora alguns Estados brasileiros têm-se utilizado da Resolução do Conselho Nacional de Saúde como uma diretriz para a aplicação do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde, outros estão se valendo da mesma ausência da Lei Complementar para invalidar a referida Resolução como referência obrigatória para atendimento do mínimo constitucional.

Nesse sentido, é que o trabalho visa demonstrar quantos estados brasileiros estão incluindo o saneamento básico, mesmo que custeado com recursos de tarifas ou taxas, dentro das despesas com ações e serviços públicos em saúde para fins de atendimento do mínimo de 12% dos impostos e transferências de impostos, de que trata a Constituição Federal (EC 29), contrariando as diretrizes estabelecidas pelo CNS.

Por fim, importante informar que, foi publicado acórdão no dia 15/05/09, transitado em julgado dia 22/5/09, no qual o STF decidiu pela constitucionalidade da Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde:

EMENTA: Ação Direta de Inconstitucionalidade ajuizada contra a Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 322, de 8 de maio de 2003, que estabelece as diretrizes a serem observadas para a aplicação da Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000. 2. Inadmissibilidade. Resolução expedida com fundamento em regras de competência previstas em um complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990). 3. Precedentes. 4. Vencida a tese no sentido do conhecimento da ação, em razão de a Resolução nº 322/2003, do Conselho Nacional de Saúde, objetivar atender à disciplina determinada pelo art. 198 da Constituição Federal, com a redação conferida pela Emenda Constitucional nº 29/2000. 5. Ação direta não conhecida (STF; ADI 2.999-1; RJ; Tribunal Pleno; Rel. Min. Gilmar Mendes; Julg. 13/03/2008; DJE 15/05/2009; Pág. 26).

Mesmo à decisão pela constitucionalidade da Resolução tenha sido ainda no primeiro semestre de 2009 e os orçamentos daquele exercício estivessem em execução, podem os mesmos ter a interferência deste julgado na sua aplicação.

#### 2.2.3.2 Definição do que são Ações e Serviços Públicos de Saúde

Consideram-se despesas com ações e serviços de saúde as utilizadas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, como prevê os artigos 196 e 198, § 2º, da CF e a Lei 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio<sup>1</sup>, que atendam aos seguintes critérios:

---

<sup>1</sup> Conforme Manual Técnico de Orçamento da União – 2011 Versão 1, página 42, são apresentados dois tipos de programa:

1) Programas Finalísticos: dos quais resultam bens ou serviços ofertados diretamente à sociedade, cujos resultados sejam passíveis de mensuração; e, 2) Programas de Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais: são programas voltados aos serviços típicos de Estado, ao planejamento, à

- Sejam as ações e serviços destinados de forma igualitária, gratuita e universal;
- Se encontrem em conformidade com os objetivos e metas expostos nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- Sejam as ações e serviços de responsabilidade do setor da saúde, não confundindo as despesas provenientes de outras políticas públicas, ainda que com reflexos na área da saúde.

Outrossim, as despesas com a saúde deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos Fundos de Saúde, conforme art. 77 § 3º do ADCT.

Podem se incluir nas despesas com ações e serviços de saúde, para efeito de aplicação da Emenda as seguintes contas:

- 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 farmacêutica.
- Atenção a 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 órgão 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.

É importante apontar abaixo as despesas não consideradas como ações e serviços para efeito da EC n. 29, conforme dispõe a Resolução 322/2003. São elas:

- a) pagamento de aposentadorias e pensões;
- b) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- c) merenda escolar;
- d) saneamento básico, mesmo o previsto no primeiro item do tópico anterior, 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 da saúde ou por entes a ela vinculados;
- e) limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- f) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- g) ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
- h) ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados nas bases de cálculos das receitas próprias de estados e municípios.

#### 2.2.3.3 Instrumentos de Acompanhamento, Fiscalização e Controle

É utilizado como referencial, para o acompanhamento, fiscalização e controle, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, pois este divulga informações relativas ao cumprimento da EC n. 29 aos órgãos de fiscalização e controle, conforme orienta a Resolução em comento Conass (2007, p. 69-71). Este sistema é utilizado para o acompanhamento dos gastos em saúde, devendo ser observadas as respectivas competências dos órgãos de controle externo responsáveis.

O SIOPS é alimentado com dados dos Entes federados (Estados, Distrito Federal e municípios), os quais são coletados, armazenados e processados, gerando informações sobre receitas e gastos em saúde das três esferas de governo. As informações que alimentam o sistema são as provenientes de dados contábeis, relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais.

O acesso aos dados é disponível na página do SIOPS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>), havendo restrição para a transmissão do arquivo e acesso a Funcionalidade Restrita, para isso o funcionário deve estar autenticado.

Por se considerar competente, o Ministério da Saúde editou a Portaria GM/MS n. 2047 em 05 de novembro de 2002, a qual aprovou diretrizes operacionais para a aplicação da EC n. 29, estabelecendo os mesmos pontos abordados pela Resolução n. 322 (ações e serviços de saúde, base de cálculo, instrumentos de fiscalização, dentre outros pontos examinados), conforme Conass (2007, p. 70-71).

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada de forma exploratória, pois segundo Gil (2007) tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno, sendo que esse tipo de pesquisa, aparentemente simples, explora a realidade buscando maior conhecimento, para depois planejar uma pesquisa descritiva.

Quanto aos procedimentos técnicos envolveu a pesquisa documental que se constituiu em material já elaborado, composto por Relatórios dos Estados ou de Entidades Fiscalizadoras. Utilizou-se também a pesquisa via internet tendo em vista que os dados oficiais dos Estados estão todos publicados pelo Portal Transparência da Rede Mundial (Internet).

O procedimento técnico considerou também o levantamento de informações relacionadas às despesas com a função Saúde a um grupo que abrange a totalidade dos entes estaduais do Brasil acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados. O levantamento recolheu informações acerca dos gastos com saúde de todos os integrantes do universo pesquisado, portanto constituiu-se um censo quanto ao objeto pesquisado, qual seja, o número de Estados Brasileiros que incluem saneamento básico como Ações e Serviços Públicos em Saúde.

Por fim, o procedimento que mais se encaixou para a problematização escolhida é o monográfico tendo em vista o estudo sobre o tema específico em que se desejava obter informações, através da investigação de como os Estados do Brasil procedem frente à problemática para os fins a que se destina. Bem como não houve como deixar de se utilizar o método Estatístico (indicadores), pois este método implica em números, percentuais, análises estatísticas, probabilidades e está associado à pesquisa quantitativa, que foi o caso da presente pesquisa.

A pesquisa abrangeu o período de 2008 e 2009, uma vez que neste período as informações são as mais atualizadas já estavam acessíveis pelo portal do SIOPS e também porque o percentual mínimo a ser aplicado é linear para todos os Estados neste período, ou seja, nos últimos sete anos.

Na presente pesquisa, os dados utilizados foram os secundários, visto que já se encontram disponíveis. Nesse sentido foram objeto de estudo e análise os dados

inseridos no Portal Transparência e divulgação do SIOPS, bem como os de indicadores de sites oficiais como os do IBGE e DATASUS.

O processo de análise foi realizado da seguinte forma: organização do material coletado, de forma a reunir todos os demonstrativos a ser extraído do SIOPS, identificando as despesas realizadas com saneamento básico pela Administração Direta ou Indireta, mas ligada à Saúde (com recursos vinculados às ações e serviços públicos em saúde) por meio da informação dada pelos próprios Órgãos/Estados através do SIOPS. A partir da identificação dos relatórios das despesas identificadas como saneamento básico foi realizada a classificação dos dados e sua respectiva interpretação.

A interpretação foi a constatação de quantos e quais Estados trabalham com o saneamento básico considerando como gasto em saúde de forma que incluem suas despesas executadas no percentual mínimo constitucional para fins de atendimento em Ações e Serviços Públicos de Saúde, bem como com base nos indicadores de saúde se há relação entre o atendimento à Emenda Constitucional 29 e atual situação da saúde dos estados efetivamente.

## **4 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ORÇAMENTOS PÚBLICOS – SIOPS**

O SIOPS é um banco de dados, o qual coleta informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo, como preconiza o Conass (2007, p. 74-75).

Este banco de dados é resultado de um projeto coordenado por uma equipe designada pela Portaria Interministerial n. 529 do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República em 30 de abril de 1999. Essa equipe iniciou a coleta de dados através do antigo sistema Datasus, utilizado na época pelo departamento de informática do SUS. Os dados coletados são transmitidos e disponibilizados na internet desde 1998.

Atualmente os dados são preenchidos no SIOPS pelos próprios Órgãos (Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde) e tem natureza declaratória.

Coordenado nacionalmente pelo Departamento de Economia da Saúde (DES), da SCTIE/MS, o SIOPS é um sistema de informação que reúne dados declarados pelos estados e municípios sobre a receita e despesa com ações e serviços públicos de saúde (os dados referentes à União não são informados nesse sistema).

Importante lembrar que o SIOPS não é um instrumento hábil para aferimento do cumprimento da EC n. 29, sendo os respectivos Tribunais de Contas os encarregados legais pela fiscalização das contas dos governos (CONSENSUS, 2006).

### **4.1 Coleta e Análise de Dados Oficiais sobre as Receitas dos Estados Brasileiros e percentual de aplicação em ASPS**

Neste tópico serão apresentados indicadores oficiais, os quais demonstram quais os estados do Brasil atingem o percentual mínimo exigido pela EC 29 para

gastos em ações e serviços de saúde, bem como aqueles que se utilizam dos gastos com saneamento básico para atingir o mínimo mencionado.

Neste sentido será feita análise sobre a conjuntura da saúde nos estados referente à taxa de mortalidade geral em relação à população, expectativa de vida ao nascer, relacionando com o percentual aplicado em ações e serviços públicos de saúde, bem como a inclusão dos gastos com saneamento básico nessas ações e serviços.

O intuito é verificar se a inclusão dos gastos com saneamento básico reflete positivamente na situação da saúde, trazendo efetivamente benefícios à saúde da população do Estado que se utiliza desta prática para atingir o mínimo exigido pela Emenda 29/00.

A Tabela 1 proporciona uma visualização dos dados coletados referente à aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde pelos estados de acordo com a EC 29, a inclusão do saneamento básico nas ações e serviços de saúde, a fim de atender o percentual mínimo (12% a partir 2004) exigido pela Emenda. A referência utilizada foi o ano 2009 e como parâmetro para comparação de um período e outro, utilizou-se o ano de 2008.

Conforme o exposto na Tabela 1, a quantidade de estados que inserem o gasto com saneamento no orçamento da saúde é mínimo, restringindo-se ao Estado do Rio Grande do Sul e ao Paraná, esse, aderindo a esta prática em 2009. Constatou-se também que o número de estados que atingiram o percentual constitucional de 12% é a maioria, finalizando em 2009 com 22 o número de estados que atenderam o mínimo constitucional exigido pela Emenda Constitucional, incluindo o Distrito Federal e 5 os que não atenderam o percentual de gastos em saúde, dentre esses Estados que não alcançaram o percentual exigido pela Emenda Constitucional nº 29 - Espírito Santo, Mato Grosso, Paraná, Piauí e Rio Grande do Sul, estão os 2 estados que se valeram dos gastos de saneamento básico na tentativa de alcançar este percentual, Paraná e Rio Grande do Sul.

Observação interessante é de que o valor nominal aplicado em saúde por habitante para os Estados que não atenderam o mínimo Constitucional (12% sobre RLIT), como Paraná com R\$182,24 que é o que aplicou o menor percentual dentre os cinco, representando 9,72%, é maior do que alguns Estados que atenderam dispositivo constitucional, tais como Alagoas - R\$178,22 e 12,12%, Maranhão –

132,93 e 12,61% e Paraíba – R\$ 164,98 e 12,44%. Assim, já de início pode-se afirmar que o percentual em relação a uma base da arrecadação do ente estatal pode não ser a melhor forma de aferir, pois exclui o critério do número populacional.

Conforme o Instituto Trata Brasil (2007), com apoio do Sistema Nacional de Informação sobre saneamento (SNIS), a população brasileira produz, em média, 8,4 bilhões de litros de esgoto por dia, sendo apenas 36% do esgoto gerado tratado pelas cidades. O restante é despejado sem nenhum cuidado no meio ambiente, contaminando o solo, rios e praias do país inteiro, sem contar nos danos diretos que esse tipo de prática causa a saúde da população.

Em que pese seja incontroverso que os gastos com saneamento básico trazem benefícios a saúde, é preciso analisar se a inclusão desses gastos no orçamento da saúde é garantia de melhoria efetiva no campo da saúde.

A Tabela 2 proporciona uma visualização dos dados coletados referente à aplicação dos gastos em ações e serviços em saúde e seus reflexos nos indicadores de expectativa de vida ao nascer e de mortalidade geral (todos os tipos de ocorrência, tanto doença como causas externas).

Verifica-se que os Estados apontados por ficarem abaixo do percentual mínimo constitucional na aplicação em ações e serviços públicos em saúde – ES, PR, RS e MT – possuem os melhores indicadores de esperança de vida – 74,3, , 74,7, 75,5 e 73,7, respectivamente, exceto o PI que possui um dos piores indicadores de esperança de vida, com 69,7.

Quanto ao índice de mortalidade não é possível relacionar diretamente, pois dos cinco estados objeto da presente análise, três – ES, RS, PR - ficam com índice de mortalidade muito elevado - entre 0,59% e 0,70% - se comparado com os demais Estados, e dois ficam na média entre 0,46% a 0,53%, MT e PI, respectivamente.

Para melhor visualização do leitor, apresentar-se-á na Tabela 3 o *Ranking* dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral e expectativa de vida tratando-se da classificação de cada Estado nos indicadores referidos acima. A Tabela 3 foi elaborada tomando por base as informações da Tabela 1 e 2, indicando apenas a posição de cada Estado por indicador analisado.

A estrutura da Tabela 3 será utilizada também na Tabela 6 quando da análise do período de 2008, o que facilitará a visualização e as análises comparativas das situações dos Estados em ambos os períodos.

Tabela 1 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde – Referência 2009

Estados Federados	Considera saneamento básico(1)	Valor aplicado em saneamento (2)	Atinge percentual mínimo	% da receita aplicado (3)	Valor aplicado em saúde por habitante/Estado (4)	Número de habitantes por Estado em 2009 (5)
AC	NÃO		SIM	17,23	685,40	705.000
AL	NÃO		SIM	12,12	178,22	3.206.000
AP	NÃO		SIM	12,03	502,49	640.000
AM	NÃO		SIM	23,23	433,85	3.455.000
BA	NÃO		SIM	13,89	191,94	14.697.000
CE	NÃO		SIM	15,80	185,93	8.569.000
DF	NÃO		SIM	14,38	542,75	2.571.000
ES	NÃO		NÃO	11,80	327,37	3.480.000
GO	NÃO		SIM	13,13	188,66	5.951.000
MA	NÃO		SIM	12,61	132,93	6.469.000
MT	NÃO		NÃO	11,66	244,92	3.057.000
MS	NÃO		SIM	14,78	317,96	2.399.000
MG	NÃO		SIM	14,67	226,81	20.088.000
PA	NÃO		SIM	12,44	164,98	7.479.000
PB	NÃO		SIM	16,03	200,79	3.826.000
PR	SIM	2.175.363	NÃO	9,76	182,24	10.700.000
PE	NÃO		SIM	15,81	313,12	8.820.000
PI	NÃO		NÃO	10,06	216,77	3.193.000
RJ	NÃO		SIM	12,15	213,62	15.801.000
RN	NÃO		SIM	16,34	304,81	3.188.000
RS	SIM	27.901.183	NÃO	7,24	246,78	10.917.000
RO	NÃO		SIM	12,58	304,45	1.531.000
RR	NÃO		SIM	12,32	605,22	430.000
SC	NÃO		SIM	12,14	254,45	6.159.000
SP	NÃO		SIM	12,66	314,39	41.097.000
SE	NÃO		SIM	12,65	268,59	2.052.000
TO	NÃO		SIM	12,67	469,35	1.316.000
TOTAIS		30.076.546		40,964	8.219,79	191.796.000

Fonte: (1)(2)(3) Siops – Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/siops>>  
<http://siops.datasus.gov.br/evolpercEC29UF.php> - Posição em 14/04/2011 - 26:45  
(4)[http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siops/siops\\_indic/estado/anual/indufliq](http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siops/siops_indic/estado/anual/indufliq)  
(5)[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2009/tabelas\\_pdf/tab057.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2009/tabelas_pdf/tab057.pdf)

Tabela 2 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde, esperança de vida e mortalidade em relação à população – Referência 2009

Estados Federados	% da receita aplicado	Esperança de Vida ao Nascer ambos os sexos - (1)	Valor aplicado em saúde por habitante/Estado (2)	% Mortalidade em relação à População (3) (4)
AC	17,23	72,0	685,40	0,41%
AL	12,12	67,6	178,22	0,52%
AP	12,03	71,0	502,49	0,32%
AM	23,23	72,2	433,85	0,37%
BA	13,89	72,6	191,94	0,49%
CE	15,80	71,0	185,93	0,51%
DF	14,38	75,8	542,75	0,50%
ES	11,80	74,3	327,37	0,59%
GO	13,13	73,9	188,66	0,48%
MA	12,61	68,4	132,93	0,38%
MT	11,66	73,7	244,92	0,46%
MS	14,78	74,3	317,96	0,56%
MG	14,67	75,1	226,81	0,56%
PA	12,44	72,5	164,98	0,40%
PB	16,03	69,8	200,79	0,59%
PR	9,76	74,7	182,24	0,61%
PE	15,81	69,1	313,12	0,62%
PI	10,06	69,7	216,77	0,53%
RJ	12,15	73,7	213,62	0,78%
RN	16,34	71,1	304,81	0,50%
RS	7,24	75,5	246,78	0,70%
RO	12,58	71,8	304,45	0,44%
RR	12,32	70,6	605,22	0,35%
SC	12,14	75,8	254,45	0,54%
SP	12,66	74,8	314,39	0,63%
SE	12,65	71,6	268,59	0,55%
TO	12,67	71,9	469,35	0,46%
TOTAIS	362,18	1954,5	8218,79	13,85%

Fonte: (1)<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas>

(2) <http://siops.datasus.gov.br/>

(3) Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>

(4)<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>

Tabela 3 – Ranking dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral e esperança de vida ao nascer – Referência 2009

Estados Federados	% aplicado em saúde por Estado (2009)	Ranking do % aplicado em saúde/Estado (2009)	Ranking Esperança de Vida ao nascer (2009)	Ranking % Mortalidade em relação à População	Ranking valor per capto aplicado em saúde (2009)
AC	17,23	2	15	6	1
AL	12,12	21	27	15	25
AP	12,03	22	20	1	4
AM	23,23	1	14	3	6
BA	13,89	11	12	11	21
CE	15,8	6	21	14	23
DF	14,38	10	1	12	3
ES	11,8	23	7	21	7
GO	13,13	12	9	10	22
MA	12,61	15	26	4	27
MT	11,66	24	4	9	16
MS	14,78	8	8	19	8
MG	14,67	9	10	20	17
PA	12,44	17	13	5	26
PB	16,03	4	23	22	20
PR	9,76	26	6	23	24
PE	15,81	5	25	24	10
PI	10,06	25	24	16	18
RJ	12,15	26	11	27	19
RN	16,34	3	19	13	11
RS	7,24	27	3	26	15
RO	12,58	16	17	7	12
RR	12,32	18	22	2	2
SC	12,14	20	2	17	14
SP	12,66	13	5	25	9
SE	12,65	14	18	18	13
TO	15,67	7	16	8	5
TOTAIS	365,18	385	378	378	378

Fonte: Tabelas 1 e 2

No *Ranking* em valor aplicado em saúde por habitante, os resultados não mudam muito em relação ao percentual atingido, dentre os cinco Estados que

ficaram abaixo do mínimo constitucional, ficando Paraná e Rio Grande do Sul em posições inferiores as do Espírito Santo, Mato Grosso e Piauí, Estados também com percentual de gastos em saúde abaixo do mínimo exigido pela Emenda Constitucional 29, sendo o Paraná em vigésimo quarto lugar aplicando R\$ 182,24 por habitante, Rio Grande do Sul em décimo quinto lugar, com R\$ 246,78 por habitante, Espírito Santo em sétimo lugar, com R\$ 327,37 por habitante, Mato Grosso em décimo sexto lugar, com R\$ 244,92 por habitante e Piauí em décimo oitavo lugar, aplicando R\$ 216,77 por habitante.

Em relação ao índice de mortalidade geral, destaca-se que este índice considera todas as ocorrências, seja por doenças, seja por causas externas, todavia, utilizou-se os dados extraídos da tabela divulgada pelo IBGE dividindo-se pela população do estado correspondente, também extraídos do censo divulgado pelo mesmo Instituto, de forma a se utilizar critério mais justo, proporcional ao tamanho da população de cada estado. Dessa forma é possível vislumbrar que dentre os estados que tiveram o menor percentual aplicado em saúde também obtiveram o pior resultado de mortalidade, sendo o Rio Grande do Sul, no vigésimo sexto lugar, Paraná em vigésimo terceiro, Espírito Santo em vigésimo primeiro lugar, tendo como exceção o Estado de Mato Grosso e o Piauí, que tiveram na posição do *ranking* em nono e décimo sexto lugares, respectivamente.

Dentre os piores no *ranking* da mortalidade geral encontram-se, também, os Estados de São Paulo, em vigésimo quinto lugar, Rio de Janeiro em vigésimo sétimo lugar, Paraíba em vigésimo segundo lugar e Minas Gerais em vigésimo lugar, apesar de terem aplicado percentual acima do mínimo exigido constitucionalmente (mais de 12% RLIT). Ao comparar o *ranking* destes estados referidos como os piores em termos de índice de mortalidade geral com o *ranking* do valor per capto aplicado em saúde do mesmo período de 2009 observa-se que não há uma homogeneidade, tanto verifica-se estados com maiores valores aplicados por habitantes e com os maiores índices de mortalidade, como é o caso dos Estados de São Paulo e do Espírito Santo, como também há casos em que há maiores valores aplicados por habitante e o corresponde índice positivo (baixo) de mortalidade, a exemplo dos Estados do Acre, Roraima, Amapá e Amazonas, todos estes com indicadores entre os seis melhores no *ranking* de mortalidade geral e de valor per capto aplicado em saúde.

Observa-se, na sequencia, no tocante ao índice de mortalidade que os dois Estados que se utilizam dos gastos de saneamento básico nos gastos em saúde têm as piores posições no *ranking* de mortalidade geral, perdendo somente para São Paulo, no caso do Rio Grande do Sul, e para Pernambuco no caso do Paraná, como pode-se observar na Tabela 3.

Cabe destaque para o Estado do Amazonas que, além de não utilizar-se dos gastos com saneamento básico nos gastos em saúde, esta em primeiro lugar no *ranking* de percentual aplicado em saúde, com 23,23% de sua receita comprometida em gastos com saúde, e está em terceiro lugar no *ranking* de mortalidade geral, porém está em décimo quarto lugar no *ranking* de esperança de vida.

Por último, sob o indicador de Esperança de Vida, obtido através dos dados estatísticos do IBGE, que ora podemos referir como esperança de vida, ora como expectativa significando a mesma situação de previsão de quantos anos uma pessoa poderá ter de vida em determinado estado, sendo desconsiderado o sexo, buscando a media dos resultados para o homem e para mulher, é possível traçar a seguinte análise: o Distrito Federal lidera no *ranking* com 75,8 anos de expectativa de vida, tendo também excelente colocação no *ranking* de valor per capto aplicado em saúde, ficando em terceiro lugar. O Distrito Federal fica, ainda, entre os dez estados que mais aplicam percentualmente o mínimo em ações e serviços público em saúde de acordo com critérios da EC 29, e em décimo segundo lugar no tocante ao menor índice de mortalidade geral.

O Estado de Santa Catarina ocupa o segundo lugar no *ranking* sobre a esperança de vida, mas em relação aos demais mantém colocação mediana para ruim, ficando em décimo quarto lugar em valor per capto aplicado em saúde, décimo sétimo em mortalidade geral em relação à população e em vigésimo lugar no índice aplicado em saúde. Já o contraste vem com o terceiro lugar no *ranking* sobre a esperança de vida, com o Rio Grande do Sul, ficando em último lugar no percentual aplicado em ações e serviços em saúde, e em penúltimo lugar no índice de mortalidade, ficando em décimo quinto lugar no tocante ao valor per capto aplicado em saúde.

Por outro lado verifica-se os piores Estados cuja idade de referência são as menores, como a de Alagoas com 67,6 anos de expectativa de vida, também possui os piores lugares nos *rankings* de valor per capto aplicado em saúde e percentual aplicado em saúde, vigésima quinta e vigésima primeira posições, respectivamente.

Ficando numa posição mediana no indicador de mortalidade, em décimo quinto lugar. Já o Estado do Maranhão, que ocupa o penúltimo lugar no indicador de esperança de vida, este em quarto lugar no indicador de mortalidade geral, colocação esta correspondente aos estados com menor índice de mortalidade em relação à população, todavia, encontra-se no último lugar do *ranking* de valor per capto aplicado em saúde e em décimo quinto lugar no percentual aplicado em saúde.

Verifica-se que o Estado de Pernambuco, apesar de estar em quinto lugar relativo o percentual aplicado em saúde, encontra-se no vigésimo quinto lugar no *ranking* de esperança de vida, com expectativa de 69,1 anos de vida, e no vigésimo quarto lugar no tocante ao indicador da mortalidade.

Pelos três primeiros lugares no *ranking* da esperança de vida, que vai de 75,8 a 75,5 anos, bem como pelos três últimos (piores) lugares, que vai de 67,6 a 69,1 anos constata-se que não há relação direta com os demais indicadores.

Assim, ao filtrar os estados que obtiveram 100% dos indicadores analisados com os melhores resultados no *ranking*, considerando o critério de que aquele que ficar entre as primeiras treze colocações no *ranking*, que representa número imediatamente anterior a média dos estados ( $27/2=13,5$ ), verifica-se que somente o Distrito Federal cumpre este requisito, com os resultados na Tabela 3.

A Tabela 4 consta os mesmos indicadores da Tabela 1 referente à aplicação dos gastos em ações e serviços públicos em saúde, com os dados referentes ao período de 2008.

Ao fazer o comparativo da Tabela 1 referente aos indicadores de 2009 com a Tabela 4 referente aos indicadores de 2008, no indicador que demonstra os estados que atingem o percentual exigido pela Constituição Federal em aplicação de gastos com saúde, observa-se que os Estados que não atingiram o percentual mínimo em 2009 foram os mesmos que não atingiram o referido percentual em 2008, com o acréscimo de mais um estado em 2009 a não atingir a meta de 12%, o Piauí. Houve também, no indicador dos Estados que se utilizam dos gastos com saneamento básico para ações e serviços de saúde, o acréscimo do Estado do Paraná, que em 2009 passou junto com Rio Grande do Sul a utilizar-se deste método o que não ocorria em 2008.

Pode-se perceber ao comparar os indicadores de 2008 e 2009 que, no que tange ao percentual aplicado em saúde por habitante/Estado, com raras exceções tais como o Distrito Federal, Rio de Janeiro, houve um aumento deste percentual nos estados em geral em 2009, como resta demonstrado nas Tabelas 1 e 3.

Tabela 4 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde – Referência 2008

Estados Federados	Considera saneamento básico (1)	Valor aplicado em saneamento (2)	Atinge percentual mínimo	% aplicado (3)	Valor aplicado em saúde por habitante/Estado (4)	Número de habitantes por Estado em 2008 (5)
AC	NÃO	-	SIM	14,34	578,92	692.000
AL	NÃO	-	SIM	12,20	161,72	3.173.000
AP	NÃO	-	SIM	13,91	532,19	626.000
AM	NÃO	-	SIM	19,21	389,20	3.399.000
BA	NÃO	-	SIM	12,77	160,01	14.561.000
CE	NÃO	-	SIM	14,36	162,25	8.472.000
DF	NÃO	-	SIM	17,49	588,64	2.526.000
ES	NÃO	-	NÃO	10,24	286,14	3.448.000
GO	NÃO	-	SIM	12,87	165,87	5.870.000
MA	NÃO	-	SIM	12,06	116,60	6.400.000
MT	NÃO	-	NÃO	11,24	238,15	3.010.000
MS	NÃO	-	SIM	12,98	260,72	2.372.000
MG	NÃO	-	SIM	12,19	200,07	19.904.000
PA	NÃO	-	SIM	12,77	161,30	7.367.000
PB	NÃO	-	SIM	12,49	165,80	3.794.000
PR	NÃO	-	NÃO	9,79	163,36	10.605.000
PE	NÃO	-	SIM	14,80	256,96	8.745.000
PI	NÃO	-	SIM	12,16	179,99	3.164.000
RJ	NÃO	-	SIM	16,63	184,78	15.685.000
RN	NÃO	-	SIM	16,52	269,81	3.153.000
RS	SIM	7.194.634,	NÃO	6,53	209,36	10.860.000
RO	NÃO	-	SIM	12,78	258,58	1.519.000
RR	NÃO	-	SIM	14,95	589,25	421.000
SC	NÃO	-	SIM	12,47	224,17	6.091.000
SP	NÃO	-	SIM	13,46	299,79	40.764.000
SE	NÃO	-	SIM	12,70	254,35	2.030.000
TO	NÃO	-	SIM	13,79	431,80	1.303.000
TOTAIS		7.194.634		358	7.490	189.954.000

Fonte: (1) (2) (3) <http://siops.datasus.gov.br>

(4) [http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siops/siops\\_indic/estado/anual/indufliq.def](http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siops/siops_indic/estado/anual/indufliq.def)

(5) [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas\\_pdf/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas_pdf/)

A Tabela 5 consta os mesmos indicadores da Tabela 2 referentes aos indicadores de esperança de vida e mortalidade geral, com os dados referentes ao período de 2008.

Tabela 5 – Indicadores de aplicação dos gastos em ações e serviços de saúde, esperança de vida e mortalidade em relação à população – Referência 2008

Estados Federados	% aplicado	Esperança de Vida ao nascer (2008) (1)	Valor aplicado em saúde por habitante/Estado (2)	Número de habitantes por Estado em 2008 (3) (4)
AC	14,34	71,68	578,92	692.000
AL	12,20	67,18	161,72	3.173.000
AP	13,91	70,68	532,19	626.000
AM	19,21	71,89	389,20	3.399.000
BA	12,77	72,28	160,01	14.561.000
CE	14,36	70,62	162,25	8.472.000
DF	17,49	75,57	588,64	2.526.000
ES	10,24	73,99	286,14	3.448.000
GO	12,87	73,64	165,87	5.870.000
MA	12,06	68,04	116,60	6.400.000
MT	11,24	73,39	238,15	3.010.000
MS	12,98	74,03	260,72	2.372.000
MG	12,19	74,88	200,07	19.904.000
PA	12,77	72,23	161,30	7.367.000
PB	12,49	69,39	165,80	3.794.000
PR	9,79	74,38	163,36	10.605.000
PE	14,80	68,68	256,96	8.745.000
PI	12,16	69,31	179,99	3.164.000
RJ	16,63	73,36	184,78	15.685.000
RN	16,52	70,78	269,81	3.153.000
RS	6,53	75,25	209,36	10.860.000
RO	12,78	71,51	258,58	1.519.000
RR	14,95	70,25	589,25	421.000
SC	12,47	75,51	224,17	6.091.000
SP	13,46	74,51	299,79	40.764.000
SE	12,70	71,27	254,35	2.030.000
TO	13,79	71,57	431,80	1.303.000
TOTAIS	358	1.946	7.490	189.954.000

Fonte:

(1) [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas\\_pdf/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas_pdf/)

(2) <http://siops.datasus.gov.br/>

(3) Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - Dados preliminares - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>

(4) <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>

Os resultados apresentados na Tabela 5 (2008) mantêm coerência com a Tabela 2 (2009), ou seja, apesar dos Estados RS, MT, PR, ES ficarem abaixo dos

12% da RLIT em aplicação em ações e serviços públicos em saúde apresentam valores nominais aplicados em saúde por habitante maiores do que alguns Estados que atingem percentual acima do referido. Estes mesmos Estados, assim como em 2009, apresentam bons indicadores de esperança de vida, entre 73,39 a 75,25 anos de idade.

A Tabela 6 consta os mesmos indicadores da Tabela 3, com os dados referentes ao período de 2008, trazendo o *Ranking* dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral e expectativa de vida tratando-se da classificação de cada Estado nos indicadores referidos acima. A Tabela foi elaborada tomando por base as informações da Tabela 4 e 5, indicando apenas a posição de cada Estado por indicador analisado.

Em análise comparativa de todos os indicadores comuns nas Tabelas 3 e 6, relativas ao *rankings* do período 2009 e 2008, respectivamente, verifica-se que não há modificações significativas de um período para o outro, ocorrendo modificações mais notórias na primeira coluna, que diz respeito ao percentual aplicado em saúde, sendo que de um ano para o outro isoladamente não comprometem e não merecem aprofundamento dos motivos. Os Estados que tiveram modificação desse percentual mais acentuado foram Maranhão, Minas Gerais, Roraima e o Distrito Federal, permanecendo semelhantes nos demais indicadores de um ano para o outro.

Observação relevante é a de que nenhum estado, no período de 2008, obtiveram 100% dos indicadores analisados com os melhores resultados no *ranking*, nem ao menos o Distrito Federal que alcançou o *ranking* com os melhores resultados em 2009.

Tabela 6 – Ranking dos Estados na aplicação em saúde, mortalidade geral, esperança de vida ao nascer e volume de esgoto tratado – Referência 2008

Estados Federados	% aplicado em saúde por Estado (2008)(1)	Ranking do % aplicado em saúde/Estado (2008)	Ranking Esperança de Vida ao nascer (2008)	Ranking % Mortalidade em relação à População (2008)	Ranking valor per capto aplicado em saúde (2008)
AC	14,34	7	15	7	3
AL	12,2	20	27	14	24
AP	13,91	8	20	1	4
AM	19,21	1	14	3	6
BA	12,77	14	12	10	26
CE	14,36	6	21	15	23
DF	17,49	2	1	13	2
ES	10,24	25	8	22	8
GO	12,87	12	9	11	20
MA	12,06	23	26	4	27
MT	11,24	24	10	9	14
MS	12,98	11	7	19	10
MG	12,19	21	4	20	17
PA	12,77	15	13	5	25
PB	12,49	18	23	21	21
PR	9,79	26	6	23	22
PE	14,8	5	25	25	12
PI	12,16	22	24	18	19
RJ	12,63	17	11	27	18
RN	16,52	3	19	12	9
RS	6,53	27	3	26	16
RO	12,78	13	17	6	11
RR	14,95	4	22	2	1
SC	12,47	19	2	16	15
SP	13,46	10	5	24	7
SE	12,7	16	18	17	13
TO	13,79	9	16	8	5
TOTAIS	353,7	378	378	378	378

Fonte: Tabelas 4 e 5

## **4.2 Volume de Esgoto Tratado e a Inclusão dos Gastos com Saneamento Básico nas Ações de Saúde**

Os dados coletados para o presente estudo são do período 2009/2008, todavia, não se obteve os dados relativos ao volume de esgoto tratado por habitantes no período 2009, por esse motivo deixou-se de incluir esta análise juntamente com as Tabelas anteriores. Porém pela sua relevância buscou-se a análise isolada para o período de 2008 através da Tabela 7 a seguir que demonstrará o ranking dos estados no volume de esgoto tratado em conjunto com os indicadores de mortalidade geral em relação à população e esperança de vida ao nascer, bem como o ranking destes elementos que de forma conjunta pode produzir informações significativas.

Observa-se que o Estado do Rio Grande do Sul, que inclui as despesas com saneamento nos gastos com saúde, ficou em décimo sétimo lugar no *ranking* de volume de esgoto tratado, com 5,92 m<sup>3</sup>/habitante no ano de 2008.

Há que ressaltar o Estado do Acre que ficou em último lugar no *ranking* de volume de esgoto tratado por habitante em 2008, com 0,46 m<sup>3</sup>/habitante, porém, aplicou 14,34% de sua receita em saúde no mesmo período, e, ainda ocupou o terceiro lugar do *ranking* no valor per capto aplicado em saúde e em sétimo lugar tanto no índice de mortalidade geral como no índice aplicado em saúde.

A Tabela 8 evidencia os cinco primeiros Estados no ranking de volume de esgoto tratado por habitante e suas colocações nos demais indicadores, tais como mortalidade em relação à população e esperança de vida ao nascer.

Tabela 7 – Ranking dos Estados no volume de esgoto tratado, mortalidade em relação à população e esperança de vida ao nascer – Referência 2008

Estados Federados	Considera saneamento básico (1)	% aplicado (2)	Esperança de Vida ao nascer (2008) (3)	Ranking Esperança de Vida ao nascer (2008)	Ranking % Mortalidade em relação à População (2008)	Volume esgoto tratado por habitante por ano (m3) (4)	Ranking de volume de esgoto tratado por habitante
AC	NÃO	14,34	71,68	15	7	0,46	27
AL	NÃO	12,20	67,18	27	14	5,69	18
AP	NÃO	13,91	70,68	20	1	3,37	21
AM	NÃO	19,21	71,89	14	3	2,83	22
BA	NÃO	12,77	72,28	12	10	14,39	7
CE	NÃO	14,36	70,62	21	15	10,11	9
DF	NÃO	17,49	75,57	1	13	43,55	1
ES	NÃO	10,24	73,99	8	22	17,91	5
GO	NÃO	12,87	73,64	9	11	15,68	6
MA	NÃO	12,06	68,04	26	4	0,94	25
MT	NÃO	11,24	73,39	10	9	7,89	15
MS	NÃO	12,98	74,03	7	19	9,79	12
MG	NÃO	12,19	74,88	4	20	11,09	8
PA	NÃO	12,77	72,23	13	5	0,72	26
PB	NÃO	12,49	69,39	23	21	8,15	14
PR	NÃO	9,79	74,38	6	23	37,22	2
PE	NÃO	14,80	68,68	25	25	10,11	10
PI	NÃO	12,16	69,31	24	18	2,57	23
RJ	NÃO	16,63	73,36	11	27	27,52	3
RN	NÃO	16,52	70,78	19	12	8,91	13
RS	SIM	6,53	75,25	3	26	5,92	17
RO	NÃO	12,78	71,51	17	6	1,44	24
RR	NÃO	14,95	70,25	22	2	10,00	11
SC	NAO	12,47	75,51	2	16	5,18	19
SP	NÃO	13,46	74,51	5	24	27,44	4
SE	NÃO	12,70	71,27	18	17	6,65	16
TO	NÃO	13,79	71,57	16	8	3,84	20
TOTAIS		357,7	1945,87	378	378	299,37	378

Fonte:

(1)(2)

[http://siops.datasus.gov.br/http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas\\_pdf/](http://siops.datasus.gov.br/http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas_pdf/)

(3) [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas\\_pdf/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas_pdf/)

(4) [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas\\_pdf/tab057](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/tabelas_pdf/tab057)

Tabela 8 – Ranking com os Cinco Primeiros Estados no de Volume de Esgoto Tratado por Habitante – Referência 2008

Estados Federados	% aplicado	Esperança de Vida ao nascer (2008)	Ranking Esperança de Vida ao nascer (2008)	Ranking % Mortalidade em relação à População (2008)	Ranking de volume de esgoto tratado por habitante
DF	17,49	75,57	1	13	1
PR	9,79	74,38	6	23	2
RJ	16,63	73,36	11	27	3
SP	13,46	74,51	5	24	4
ES	10,24	73,99	8	22	5
TOTAIS	67,61	371,81	31	109	15

Fonte: Tabela 7

Em análise ao *ranking* relativo ao volume de esgoto tratado em comparação ao índice de mortalidade geral e de esperança de vida ao nascer observa-se que os cinco primeiros lugares no *ranking* apresentam também os melhores resultados no *ranking* de esperança de vida, mas no de mortalidade geral apresentam resultados negativos, ficando entre o vigésimo segundo e vigésimo sétimo (último) lugares, com exceção do Distrito Federal que ficou em décimo terceiro lugar no *ranking* de mortalidade geral.

## 5 CONCLUSÃO

Ao observar os estados que atingem o percentual mínimo exigido para aplicação em ações e serviços públicos em saúde e comparar o *ranking* de mortalidade e de esperança de vida, não há como afirmar que a quantidade de recursos aplicados em saúde está diretamente relacionado à qualidade de vida da população em termos de saúde, conforme pode-se comprovar com o Estado do Maranhão em décimo quinto lugar em aplicação em saúde em 2009 e quarto lugar no indicador de mortalidade geral. Já os Estados do Amazonas e do Acre estão em primeiro e segundo lugar no *ranking* de percentual aplicado em saúde em 2009 e também ocupam o terceiro e sexto lugares, respectivamente no indicador de mortalidade geral.

No entanto, pode-se verificar que atingir o percentual mínimo exigido pela constituição não é garantia de satisfação na área da saúde, nem todos os estados que atingem o percentual mínimo exigido e não incluem os gastos de saneamento básico nas ações e serviços de saúde, apresentam um quadro satisfatório na área da saúde, como ocorre com os Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco, ambos atingem o percentual referido, ocupando o vigésimo sétimo, vigésimo quinto e vigésimo quarto lugar no *ranking* mortalidade geral, respectivamente.

Uma das mais importantes constatações foi a verificação de que os indicadores que mais andam juntos é o de tratamento de esgoto e a esperança de vida, dado observado somente no ano 2008, sendo na maioria dos Estados mantiveram posições próximas nos dois *rankings*, exceto para o Estado do Rio Grande do Sul que em 2008 atingiu o décimo sétimo lugar em tratamento de esgoto, mas, ficou em terceiro lugar no indicador que se refere a expectativa de vida da sua população.

Já se compararmos o volume de tratamento de esgoto e a sua influencia no indicador de mortalidade geral pode-se concluir que esgoto tratado não é garantia de boa situação no campo da saúde, como demonstra os resultados do Distrito Federal, em primeiro lugar no *ranking* tratamento de esgoto e o décimo terceiro no *ranking*

mortalidade geral, ao passo que o Acre, que é o último colocado no *ranking* de volume de esgoto tratado por habitante, é o sétimo no *ranking* mortalidade geral.

Em conclusão, verificou-se que os Estados que incluem os gastos com saneamento básico dentro do percentual mínimo constitucional vinculado às ações e serviços públicos em saúde são o Rio Grande do Sul, nos dois períodos analisados (2009 e 2008), e Paraná no ano de 2009, entretanto se observou que este fato não influencia diretamente na situação da saúde da população.

Portanto, a inclusão do saneamento básico no cálculo da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, para atingir o percentual mínimo estabelecido pela Constituição Federal, pode não é garantia de indicadores favoráveis na área da saúde.

Observou-se, ainda, que o percentual aplicado em saúde em relação à receita líquida de impostos e transferência, critério este estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000, pode não garantir a satisfação e qualidade nesta área, pois há estados que aplicam maior percentual que outros e possuem resultados efetivamente piores e vice-versa, tem estados que aplicam menos e possuem melhores indicadores de esperança de vida ao nascer e/ou mortalidade geral.

Constatou-se, por fim, que a questão de satisfação na área da saúde não está relacionada ao quanto se aplica, mas sim pode estar relacionados a outros fatores que extrapolam o escopo do presente trabalho, que pode ser questão da gestão dos recursos e de políticas públicas de saúde, ou mesmo pode estar vinculado às questões de incentivo a educação no país, ou as condições do meio ambiente em que vivemos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **O Financiamento da saúde**. 1. ed. Brasília: Conass, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z – Garantindo Saúde nos Municípios**. 3ª Ed. Brasília: Conasems, 2009)

BRASIL. Constituição Federal (1998).

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Emenda constitucional n.º 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera arts. 34, 35, 156 da Constituição, dispendo sobre aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. BRASIL, **Lei orgânica da saúde**.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores de saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em 21 out. 2010

BRASIL, Nações Unidas no. **Declaração dos Direitos Humanos**. Disponível em: [http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm). Acesso em 28.03.2011.

BRASIL. Portaria Conjunta n.º 1.163, de 11 de outubro de 2000. **Estabelece diretrizes para a implementação do SIOPS** no âmbito do Ministério da Saúde, incluindo a criação da Câmara Técnica e dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004. **Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS** sob a supervisão da Secretaria-Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE.

BRASIL. PORTARIA nº 2047/GM, de 05 de novembro de 2002. **Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000**.

COELHO, Maria Tereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Neomar de. **Conceitos de Saúde em Discursos Contemporâneos de Referência Científica**. 2002.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>. Acesso em 21 de março de 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Congresso Nacional. Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003. Estabelece as diretrizes operacionais para aplicação da EC n.º 29-00. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 set. 2003. Seção 1, p.1.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 11. ed. São Paulo: Atlas, 2010, (Série Fundamentos Jurídicos).

INSTITUTO TRATA BRASIL. Disponível em: [http://www.tratabrasil.org.br/novo\\_site/?id=12270](http://www.tratabrasil.org.br/novo_site/?id=12270). Acesso em 03 de fev. 2011.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Odorico Monteiro de. **SUS - O Espaço da Gestão Inovada e dos Consensos Interfederativos**. 2 ed. São Paulo: Saberes, 2010.

BRASIL, Programa SIOPS. Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: < <http://www.saude.ba.gov.br/siops/>>. Acesso em: 21 out. 2010.

SEGRE, Marco. **O Conceito de Saúde**. Revista de Saúde Pública 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n3/2334.pdf>. Acesso em 21 de março de 2011.