

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

ARMANDO PEREIRA GRELL

**ANÁLISE DOS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29/ 2000 NAS
DECISÕES ALOCATIVAS DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL**

**São Paulo
2015**

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

**ANÁLISE DOS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29/ 2000 NAS
DECISÕES ALOCATIVAS DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL**

**Armando Pereira Grell
Orientadora:
Prof^a Dr^a Chennyfer Dobbins Paes da Rosa**

**São Paulo
2015**

Prof. Eduardo Storopoli
Reitor da Universidade Nove de Julho

Prof^a Dr^a Márcia Cristina Zago Novaretti
Diretora do Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde

Armando Pereira Grell

**ANÁLISE DOS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29/ 2000 NAS
DECISÕES ALOCATIVAS DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL**

**ANALYSIS OF THE EFFECTS OF THE CONSTITUTIONAL AMENDMENT No. 29/
2000 IN THE ALLOCATIVE DECISIONS OF THE STATES AND FEDERAL
DISTRICT**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Chennyfer Dobbins Paes da Rosa

São Paulo

2015

Grell, Armando Pereira.

Analise dos efeitos da emenda constitucional N° 29/ 2000 nas decisões alocativas dos Estados e Distrito Federal./ Armando Pereira Grell. 2015.

124f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): Profa. Dra. Chennyfer Dobbins Paes da Rosa.

1. Saúde publica. 2. Financiamento da saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Decisões em saúde.

I. Rosa, Chennyfer Dobbins Paes da.

II. Titulo

ARMANDO PEREIRA GRELL

ANÁLISE DOS EFEITOS DA EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29/ 2000 NAS DECISÕES ALOCATIVAS DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração: Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Chennyfer Dobbins Paes da Rosa

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof^a Dr^a Maria Cristina Sanches Amorim – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC

Prof^a D^a Márcia Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso – Universidade de São Paulo – USP (Suplente)

São Paulo, 24 de Novembro de 2015

DEDICATÓRIA

Aos meus pais (**in memoriam**) por tudo
que representaram e representam em
minha vida, em especial a minha querida
mãe que sempre teve a palavra certa no
momento certo.

AGRADECIMENTO

Agradeço a DEUS por me conceder a fé, a energia e a perseverança para trilhar a minha jornada de vida.

Ao meu irmão José Augusto, pela amizade, apoio e orientações preciosas.

Aos meus filhos Caio, Marina e Felipe, sempre presentes em minha vida.

A professora Chennyfer Dobbins Paes da Rosa, minha orientadora, pela dedicação, apoio e amizade.

A todos os meus professores que compartilharam seus conhecimentos e suas experiências para a construção do meu aprendizado, sem o qual não seria possível a elaboração dessa dissertação.

RESUMO

A Emenda Constitucional N° 29 de 2000 (EC N° 29/ 2000) foi aprovada com a finalidade de garantir recursos financeiros para a saúde pública e envolver e responsabilizar as três esferas governamentais pelo financiamento do setor público de saúde no país. O objetivo deste estudo é analisar as decisões alocativas dos Estados e Distrito Federal mediante a EC N° 29/ 2000. Para realizar este estudo foi conduzida uma pesquisa inferencial, explicativa, quantitativa e qualitativa, abordada com o uso do método empírico para analisar séries históricas das alocações de gastos destinados à saúde pelos Estados e Distrito Federal em relação à EC N° 29/ 2000. Os dados foram analisados por meio de aplicação de métodos matemáticos e técnicas estatísticas usadas na econometria. Identifica-se que as diferenças dos ambientes socioeconômicos e tributários dos estados produzem decisões diferentes no setor de saúde pública. No período analisado, a EC N° 29 e a receita líquida per capita influenciaram a variabilidade dos percentuais aplicados em saúde. Entretanto, maiores recursos financeiros no setor não garantiu a melhoria dos serviços de saúde pública. Em parte, os gestores não tem a capacitação adequada para promover o processo de mudanças com fins de melhorar a eficácia e a eficiência do setor. Esta situação é agravada pelos fatores político-partidários que interferem no setor promovendo pessoas sem a qualificação adequada e tomando decisões com base em critérios políticos em detrimento dos critérios técnico-operacionais.

Palavras-chave: saúde publica, financiamento da saúde, gestão em saúde, decisões em saúde

ABSTRACT

Constitutional Amendment No. 29 of 2000 (EC No. 29/2000) was approved with the purpose of ensuring adequate financial resources for public health and of involving and committing the three government levels by the funding from the public health sector in the country. The objective of this study is to analyze the allocative decisions of the states and Federal District influenced by EC N ° 29/2000. To carry out this study has been conducted an inferential, explanatory quantitative and qualitative research, addressed using the empirical method to analyze historical data for expenditures allocations to the public health of the States and Federal District in relation to the EC No. 29/2000. The data were analyzed using mathematical methods and statistical techniques used in econometrics. The study has identified that the differences in the fiscal and socioeconomic environments of the states produce different decisions in the public health sector. During the period analyzed, the EC No. 29 and the net income per capita have influenced the variability of the indicator that measures the application rate in the public health sector. However, more financial resources in the sector did not ensure the public health improvement service. Partly managers do not have the appropriate skills to promote the change process with the purpose to improve the effectiveness and efficiency of the sector. This situation is aggravated by the party-political factors that interfere in the sector by means of promoting people without proper qualification and by means of making decisions based on political criteria to the detriment of technical and operational criteria.

Keywords: public health, health financing, health management, public health decisions

ABREVIATURAS

ADCT: Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ADCT: Disposições Constitucionais Transitórias

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CGE: Controladoria Geral do Estado

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNS: Conselhos Nacionais de Saúde

COFINS: Contribuição do Financiamento Social

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CSLL: Contribuição Social sobre Lucro Líquido

CSS: Contribuição Social para a Saúde

DENASUS: Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DRU: Desvinculação das Receitas da União

EC: Emenda Constitucional

ESF: Estratégia Saúde da Família

FAT: Fundo de Amparo ao Trabalhador

FES: Fundo Estadual de Saúde

FNS: Fundo Nacional de Saúde

IAPs: Instituto de Aposentadoria e Pensões

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

INSS: Instituto Nacional do Seguro Social

IPMF: Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira

IPTU: Imposto Territorial Urbano

LC: Lei Complementar

LDO: Lei das Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

LOS: Lei Orgânica da Saúde

LRF: Lei de Responsabilidade Fiscal

MF: Ministério da Fazenda

MS: ministério da Saúde

NOB RH: Norma Operacional Básico de Recursos Humanos

OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OSS: Orçamento da Seguridade Social

PASEP: Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público

PEC: Proposta de Emenda Constitucional

PIB: Produto Interno Bruto

PIS: Programa de Integração Social

PPA: Plano Plurianual

PPC/ PPP: Paridade de Poder de Compra/ Purchasing Power Parities

PSF: Programa Saúde da Família

RCB: Receita Corrente Bruta

RCL: Receita Corrente Líquida

RIPSA: Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SICONFI: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

STN: Secretaria do Tesouro Nacional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCG: Termo de Compromisso e Gestão

TCU: Tribunal de Contas da União

UBS: Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1: Linha do tempo da legislação citada na pesquisa

Figura 2: Modelo de coleta de dados estatísticos

Figura 3: representação gráfica do modelo de análise do estudo

Gráfico 1: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 7 variáveis

Gráfico 2: Gráfico de dispersão de resíduos (previsto x padronizado) do modelo com 7 variáveis

Gráfico 3: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 6 variáveis

Gráfico 4: Gráfico de dispersão de resíduos (previsto x padronizado) do modelo com 6 variáveis

Gráfico 5: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 5 variáveis

Gráfico 6: Gráfico de dispersão de resíduos (previsto x padronizado) do modelo com 5 variáveis

Gráfico 7: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 4 variáveis

Gráfico 8: Gráfico de dispersão de resíduos (previsto x padronizado) do modelo com 4 variáveis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Fontes de Financiamento em Saúde Pública

Tabela 2: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Regulação das Fontes de Financiamento

Tabela 3: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Constituição Federal de 1988

Tabela 4: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Emenda Constitucional N° 29 de 2000

Tabela 5: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Lei Complementar N° 141 de 2012

Tabela 6: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria N° 399/ 2006)

Tabela 7: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Lei de Responsabilidade Fiscal (LC N° 101/ 2001)

Tabela 8: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Tomada de Decisão em Gestão Pública em Saúde

Tabela 9: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo: Operação e Serviços em Saúde

Tabela 10: Paridade de Poder de Compra (PPC) para PIB - Moeda Nacional por US\$

Tabela 11: Contas contábeis que entram no cálculo das despesas e encargos de pessoal para efeito do cálculo da CRLGP

Tabela 12: Parâmetros para os coeficientes de correlação

Tabela 13: Coeficiente de correlação linear do modelo com 7 variáveis

Tabela 14: Coeficiente de explicação do modelo com 7 variáveis

Tabela 15: Análise da variância do modelo com 7 variáveis

Tabela 16: Coeficientes da equação do modelo com 7 variáveis

Tabela 17: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 7 variáveis

Tabela 18: Coeficiente de correlação linear do modelo com 6 variáveis

Tabela 19: Coeficiente de explicação do modelo com 6 variáveis

Tabela 20: Análise da variância do modelo com 6 variáveis

Tabela 21: Coeficientes da equação do modelo com 6 variáveis

Tabela 22: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 6 variáveis

Tabela 23: Coeficiente de correlação linear do modelo com 5 variáveis

Tabela 24: Coeficiente de explicação do modelo com 5 variáveis

Tabela 25: Análise da variância do modelo com 5 variáveis

Tabela 26: Coeficientes da equação do modelo com 5 variáveis

Tabela 27: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 5 variáveis

Tabela 28: Coeficiente de correlação linear do modelo com 4 variáveis

Tabela 29: Coeficiente de explicação do modelo com 4 variáveis

Tabela 30: Análise da variância do modelo com 4 variáveis

Tabela 31: Coeficientes da equação do modelo com 4 variáveis

Tabela 32: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 4 variáveis

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. PROBLEMA DA PESQUISA	6
1.1.1. Questão da Pesquisa	9
1.2. OBJETIVOS	9
1.2.1. Geral	9
1.2.2. Específicos	9
1.3. JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	10
1.4. ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. FONTES DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA	19
2.2. REGULAÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO	27
2.2.1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	32
2.2.2. Emenda Constitucional N° 29 de 2000	35
2.2.3. Lei Complementar N° 141 de 2012	37
2.2.4. Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria N° 399/ 2006)	39
2.2.5. Lei de Responsabilidade Fiscal (LC N° 101/ 2001)	44
2.3. TOMADA DE DECISÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	46
2.4. OPERAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE	50
2.5. PRINCIPAIS CONSTRUTOS USADOS NESTE ESTUDO	59
3. MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	69
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	69
3.2. PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	70
3.3. PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS	71
3.4. MODELO DE ANÁLISE	76
3.5. LIMITAÇÕES DA PESQUISA	89
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	81
4.1. GASTOS COM SAÚDE DOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL ANTES DA EC N° 29/ 2000	81
4.2. A INFLUÊNCIA DOS FATORES CONTEXTUAIS NAS DECISÕES ALOCATIVAS EM SAÚDE	83

4.2.1. ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA COM SETE VARIÁVEIS INDEPENDENTES	86
4.2.2. ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA COM 6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	91
4.2.3. ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA COM 5 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	95
4.2.4. ANÁLISE DO MODELO DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA COM 4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	99
4.2.5. FATORES CONTEXTUAIS NAS DECISÕES ALOCATIVAS DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL NO MODELO DE REGRESSÃO COM 4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	103
5. CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA	108
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	109
REFERÊNCIAS	117

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil (Constituição) de 1988 ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecer a descentralização do sistema tinha como finalidade melhorar a eficiência dos serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Foi a Constituição (1988) que permitiu a criação das bases para o surgimento do SUS tendo como princípios um sistema de saúde universal, integral e participativo. Como na época o ambiente econômico do país era ruim e o neoliberalismo dominava o ambiente político, a proposta de um modelo de saúde pública universal gerou uma série de resistências contra a ideia do Estado como agente financiador de um sistema universal (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

No período de implantação do SUS, o cenário nacional e internacional era desfavorável para tal empreitada, a retração fiscal da época decorrente da economia e o conservadorismo existente demandavam diminuição de gastos públicos, assim, esfriaram os objetivos ideológicos de uma maior expansão dos serviços de saúde para garantir a universalidade que garantisse a função redistributiva do Estado (Menicucci, 2009).

Outro ponto a ser considerado é a época em que a saúde foi definida como direito social da população pela Constituição (1988). O modelo brasileiro de saúde universal foi criado dentro de um contexto econômico em que o capital financeiro dominava o movimento do capital. Como os padrões europeus e americanos de proteção social foram criados antes do modelo brasileiro, eles foram desenvolvidos em um contexto em que o capital industrial é quem regia o movimento de capital. O predomínio do capital financeiro cresce a partir da década de 1980 e passa a estabelecer as relações entre as políticas econômicas e as políticas sociais do capitalismo moderno (Mendes Á., 2015).

Apesar de a Constituição (1988) ter estabelecido a obrigatoriedade da aplicação de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) em ações de saúde, porém, ela não definiu padrões mínimos de aplicação de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Esta falta de regras claras para o financiamento dificultava o processo de descentralização dos serviços e o acesso ao sistema público de saúde nos municípios (Ministério da Saúde, 2001).

No decênio de 1980, o Governo Federal financiava quase 80% dos gastos totais em saúde nos Estados, Municípios e Distrito Federal. Nos anos 90, sua participação no financiamento público caiu para 70% (Ministério da Saúde, 2001).

Após 1993, o Governo Federal atrelou os recursos provenientes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), integrantes do OSS, exclusivamente para a Previdência Social, assim, a saúde perdeu uma importante fonte de financiamento. Na mesma época, duas outras fontes de financiamento da saúde, a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição do Financiamento Social (COFINS) passaram a sofrer pressão do empresariado sobre sua legalidade. Este panorama era agravado pela falta de regulamentação para a participação das esferas subnacionais no financiamento da saúde, assim, a eficiência dos programas públicos de saúde ficou comprometida (Ministério da Saúde, 2001).

O Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) criado em 1994 foi uma das várias tentativas temporárias conduzidas pelo Governo Federal para solucionar o problema da saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Em sua longa jornada por recursos financeiros, a Saúde até recorreu a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) de maneira emergencial. Este fato gerou a busca de soluções de financiamento para o setor que culminou na criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1996 (Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996) (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

O Governo continuava a buscar soluções permanentes para o financiamento da saúde através de outras iniciativas, assim, seus esforços culminaram na elaboração de uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) para a saúde, a qual após ter sido revisada e ajustada foi aprovada pelo Congresso Nacional e promulgada pelo Senado Federal como a Emenda Constitucional N° 29 de 2000 (EC N° 29/ 2000) (Ministério da Saúde, 2001).

A EC N° 29/ 2000 foi aprovada em 13 de Setembro de 2000 e estabeleceu os papéis a serem exercidos pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal no financiamento da saúde pública. Em seu texto foram definidos os critérios e percentuais mínimos das receitas federais, estaduais e municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (Ministério da Saúde, 2002) (Brasil, 2000).

Com a definição destas regras o sistema público de saúde obteve fontes de financiamentos mais estáveis e seguras. O grande mérito da EC N° 29/ 2000 foi envolver e comprometer de fato a União, Estados, Municípios e Distrito Federal com a universalidade da saúde (Dain, 2007).

O principal objetivo da EC N° 29/ 2000 foi quebrar o ciclo de instabilidade no financiamento da saúde pública existente na década de 90, para fazer frente ao crescimento da demanda da população brasileira e as mudanças demográficas e epidemiológicas que

aumentavam os custos dos procedimentos e serviços assistenciais à saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Os critérios de participação no financiamento de saúde destacados na Emenda foram: União, empenho igual ao montante gasto em saúde no ano anterior acrescido de no mínimo 5% e, para os anos seguintes, o valor do ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); Estados e Distrito Federal, no ano de entrada da emenda, aplicação de no mínimo 7% do total de suas receitas de impostos (as transferências dos estados para os municípios deveriam ser deduzidas de sua base vinculável), devendo atingir 12% em um período de cinco anos; Municípios e Distrito Federal, o mesmo critério dos Estados, somente que em cinco anos deveriam aplicar no mínimo 15% de suas receitas. De acordo com a EC N° 29/ 2000, os critérios para o Distrito Federal obedecem tanto os percentuais mínimos equivalentes sobre as receitas dos Estados, quanto os percentuais mínimos equivalentes sobre as receitas dos Municípios (Ministério da Saúde, 2002) (Brasil, 2000).

Além dos critérios e percentuais mínimos aplicados em saúde, a Emenda serviu de base para as novas políticas de apuração e cobrança do Imposto Territorial Urbano (IPTU) e definiu o papel dos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS) no novo cenário da saúde brasileira (Rosa & Grell, 2015).

Embora a EC N° 29/ 2000 ter estabelecido as regras de aplicação dos recursos, ela não definiu quais ações e serviços de saúde seriam abrangidos pela Emenda. Esta tarefa seria contemplada pela Lei Complementar N° 141 de 2012 (LC N° 141/ 2012) (Ministério da Saúde, 2002).

A LC N° 141/ 2012, entrou em vigência em janeiro de 2012, a partir da sua data de publicação. Ela estabelecia o percentual mínimo de aplicação em saúde pelas esferas de governo e quais seriam as ações e serviços públicos de saúde contemplados na execução da EC N° 29 (CONOF/ CD, 2012).

Ela conceituou os gastos com ações e serviços de saúde que poderiam ou não ser financiados com os recursos provenientes da EC N° 29/ 2000 depositados nos fundos de saúde. Esta medida visava acabar com as inúmeras divergências existentes em relação à quais tipos de ações e serviços os recursos poderiam ser aplicados (Santos,, 2012).

A LC N° 141/ 2012 estabeleceu as normas da regulamentação da alocação dos recursos mínimos pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal na saúde pública, viabilizando o parágrafo 3º do art. 198 da Constituição (1988). Seu mecanismo financeiro apresentava complexidade para ser colocado em prática, tanto no orçamento, nas transferências e nos

controles dos recursos movimentados entre as esferas de Governo, quanto na aplicação dos recursos em serviços em saúde (Santos,, 2012).

O foco da EC N° 29/ 2000 e a LC N° 141/ 2012 foi o financiamento da saúde pública. A definição dos serviços e ações no setor tinha como objetivo a garantia e a regulamentação do uso adequado dos recursos financeiros aplicados na saúde. Não houve preocupação com a efetividade da operação em si nas unidades federativas e nos seus respectivos municípios. Mesmo assim, a LC N° 141/ 2012 não garantiu os recursos financeiros mínimos para operacionalizar, adequadamente, o subsistema público de saúde do país e, o problema do subfinanciamento do setor continuou a conviver no dia-a-dia do SUS (Resende R. E., 2011).

Ainda que a LC N° 141/ 2012 tenha regulamentado a EC N° 29/ 2000, os critérios de cálculo de participação da União continuaram os mesmos, ou seja, o valor realizado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, mantendo a insuficiência crônica de recursos financeiros para administrar o SUS (Mendes Á., 2013).

O fato da regulamentação da EC N° 29/ 2000 ter demorado oito anos (de 2003/ 2011, entrando em vigor em 2012) gerou perdas financeiras para o SUS e enfraqueceu a anuência dos atores envolvidos, em torno dos temas da emenda, quando da sua aprovação (Mendes Á., 2013).

É certo que EC N° 29/ 2000 e a LC N° 141/ 2012 não resolveram o problema do subfinanciamento do SUS, entretanto, os administradores podem implantar pequenas e continuadas melhorias em suas operações e serviços alinhadas a estratégia da organização e customizadas as limitações financeiras de cada localidade, entidade e/ ou área de atuação (Bonato, 2011).

Dentro de uma organização, o processo de mudanças ocorre no momento em que os gestores mudam seu comportamento por meio da assimilação de novos valores e conceitos para motivar suas equipes e criar o compromisso que propiciará a melhoria dos relacionamentos interpessoais e institucionais. Esta mudança estimula a sinergia no ambiente organizacional e promove gradativamente a transformação das rotinas de trabalho, elevando o padrão de qualidade dos serviços oferecidos mesmo em condições adversas de recursos financeiros como é o caso da saúde pública (Bonato, 2011).

É preciso que as mudanças organizacionais sejam realmente implantadas e que melhorem as rotinas, os procedimentos e as ferramentas de gestão. Um dos focos do programa de mudanças deve contemplar a qualificação e o desenvolvimento do pessoal da saúde (Rosa & Grell, 2015).

Para estabelecer os pontos críticos de melhoria nos serviços e na assistência à saúde ofertada a população local, os gestores públicos de saúde podem usar ferramentas de gestão estratégica com base em indicadores de desempenho: financeiros (recursos escassos) e não financeiros (assistenciais, de qualidade, de recursos humanos) (Vignochi, Gonçalo, & Lezana, 2014).

O SUS convive com o problema de subfinanciamento, de acordo com Olve, Roy & Wetter (2001), em situações de restrições orçamentárias é preciso ter sinalizado quais são as ações que podem ser realizadas no curto e no longo prazo. Para tanto, os gestores tem que entender o que acontece agora no setor de saúde e o que pode acontecer mais adiante. Apesar da importância dos recursos financeiros para uma organização pública, os indicadores de desempenho financeiros não demonstram a efetividade das operações, em parte, porque obter lucro na operação em ações e serviços em saúde não é um objetivo básico do SUS.

Assim, em uma organização governamental a lucratividade não é um objetivo estratégico, seus objetivos são mais abrangentes representando sua finalidade de longo prazo, assim, os indicadores de finanças servem para medir o equilíbrio financeiro e não demonstram se a organização está cumprindo sua missão social junto à população (Kaplan & Norton, Organização Orientada para a Estratégia, 2000).

No modelo de gestão descentralizada do SUS a sociedade é representada pelos Conselhos de Saúde de cada uma das três esferas de governo. O conselho gestor tem como principal função a aprovação e o monitoramento das ações de saúde conduzidas pelo poder Executivo local (Médici, 2011).

Da mesma maneira que o conselho gestor sofre influências dos poderes políticos, ele pode influenciar o processo de tomada de decisões políticas dentro do setor de saúde. Assim, é crítico conhecer de que maneira as características, as ferramentas de gestão e as competências pessoais destes conselheiros interferem no processo decisório da saúde pública (Ramos, et al., 2012).

Os gestores públicos de saúde enfrentam uma tarefa bastante árdua para decidir em como alinhar suas operações dentro dos critérios de universalidade e integralidade de atendimento do SUS, pois, envolve diversas variáveis, tais como: recursos financeiros limitados; saúde da comunidade; transições demográfica, epidemiológica e tecnológica; política; cultura local; econômico-financeira; operação; e recursos humanos (Mendes & Bittar, 2014).

O gestor com base em sua percepção individual do problema e em suas competências técnicas, comportamentais, políticas e institucionais toma uma decisão. Em saúde as decisões são complexas e possuem muita subjetividade e incerteza (Tanaka & Tamaki, 2012).

Além do problema da insuficiência de financiamento, o SUS enfrenta os problemas gerados pelas decisões políticas de alocação de recursos existentes em sua gestão. Para resolver seus problemas financeiros, melhorar a qualidade de seu relacionamento público-privado e reduzir as desigualdades de seus serviços ofertados à população, o SUS não pode contar somente com sua capacidade técnica-operacional. É preciso obter sustentação política, econômica, científica e tecnológica (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Desta maneira, este estudo procura entender como os gestores estaduais estão alocando os recursos de saúde após a implantação da EC N° 29/ 2000. Para tanto, foi utilizada metodologia empírico-analítica para o desenvolvimento desta pesquisa. A partir da revisão da literatura foram elaboradas premissas e questões para nortear a estruturação deste trabalho.

1.1 Problema de Pesquisa

No Brasil, a saúde pública universal é um direito fundamental garantido pela Constituição (1988). Este direito para tornar-se realidade é preciso mais que a simples garantia das fontes de financiamento para sua operação. É vital ter gestores competentes que possam imprimir um padrão de qualidade e eficiência na administração, nos processos de trabalho e nos serviços de saúde pública. (Santos, 2010).

A garantia do financiamento para a saúde pública sem a eficiência adequada não assegura o acesso da população a serviços de qualidade. Todos os países apresentam alguma ineficiência nos gastos com saúde. No mundo, os países desperdiçam entre 20% a 40% dos seus recursos financeiros alocados em saúde devido à ineficiência das decisões de seus gestores e das suas operações em saúde (Organização Mundial da Saúde, 2010).

No país, o excessivo número de leis e a falta de recursos financeiros demandam das organizações públicas uma gestão mais preparada para trabalhar com limitações orçamentárias e, mesmo assim, cumprir sua missão junto à sociedade, gerando resultados por meio de uma operação eficiente, entregando serviços de qualidade e mantendo a transparência em seus atos para a prestação de contas aos contribuintes (Felix, Felix, & Timóteo, 2011).

É preciso considerar que o modelo centralizado de administração dos recursos financeiros do SUS é problemático e, caso os gestores não aplicarem os recursos federais

transferidos para os Estados, Municípios e Distrito Federal de acordo com os detalhes das diversas portarias é considerada uma falta grave, passível de punições administrativas. Em algumas situações, os gestores de saúde são obrigados a ressarcir o dinheiro aplicado em desacordo com os atos administrativos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Santos, 2010).

Os gestores do SUS são os representantes de cada uma das três esferas de governo selecionados pelo poder Executivo local para conduzir o Plano de Governo na Saúde: Governo Federal, representado pelo Ministro da Saúde; Governo Estadual e Distrito Federal, representado pelo Secretário de Estado da Saúde; e Governo Municipal, representado pelo Secretário Municipal da Saúde (CONASS (SS), 2011).

Para a viabilização do SUS foi preciso elaborar legislação reguladora específica para tal fim, as Leis 8.080/ 1990 e 8.142/ 1990 que formam a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Gomes, 2014). A Lei N° 8.080/ 1990 determina em seu Artigo 33 que os recursos financeiros repassados pela União sejam depositados em conta especial e movimentados sob a responsabilidade dos respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 1990).

Em seu Artigo 4º, a Lei N° 8.142/ 1990 define que os Estados, Municípios e Distrito Federal para receberem, regularmente e automaticamente, os recursos federais descritos no Artigo 3º devem constituir um fundo de saúde (CONASS (GAF), 2011). As Entidades Subnacionais e os Municípios para terem acesso aos repasses dos recursos federais deverão constituir: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; relatórios de gestão para controle; contrapartida de recursos para a saúde; e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) (Brasil, 1990).

A EC N° 29/ 2000 estabelece o Fundo de Saúde como unidade gestora do orçamento público em saúde. Ele é o mecanismo para aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços de saúde. Desta maneira, é preciso existir um orçamento público em saúde para operacionalizar os recursos do fundo. O orçamento deste fundo deve fazer parte do orçamento do Estado, Município ou Distrito Federal com o aval do respectivo Conselho de Saúde (CONASS (GAF), 2011) (Brasil, 2000).

A EC N° 29 definiu a base de cálculo, os critérios e o percentual mínimo a ser aplicado em ações de saúde pública pelo Governo Federal, Estados, Municípios e Distrito Federal deixando livre a alocação dos recursos (Ministério da Saúde, 2002).

Vale ressaltar que a EC N° 29/ 2000 não estabeleceu o teto financeiro, e sim os recursos mínimos a serem aplicados nas ações em saúde, ficando a cargo dos gestores públicos buscarem

outras fontes adicionais de recursos para garantir uma política de saúde mais efetiva à população local (Ribeiro & Bezerra, 2013).

O Governo Federal implantou o percentual dos gastos com saúde pelos Estados para garantir o financiamento do setor, mas não há um controle ou punição efetiva caso não seja cumprido o proposto na EC N° 29. Os maiores esforços para cumprir a EC N° 29/ 2000 estão sendo realizados pelos Municípios que vivenciam de perto os problemas do SUS. Na esfera estadual, os Estados não têm uma retórica uniforme e alguns deles não seguem os limites mínimos (Gomes, 2014).

Foi previsto pelo Pacto pela Saúde a alocação dos recursos para saúde, mas ainda há uma lacuna. Os conselhos gestores precisam de ferramentas concisas que auxiliem nas auditorias e cobranças. Embora o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) tenha os dados, muitas vezes, não são claros e de difícil utilização como indicadores de tomada de decisão. O SIOPS contém uma grande quantidade de informações, enquanto ele poderia ser usado como ferramenta para suportar o processo decisório, na prática, os gestores o utilizam como forma de controlar os valores aplicados em saúde em relação ao percentual mínimo estabelecido pela EC N° 29/ 2000 (Ribeiro & Bezerra, 2013).

Da maneira como as informações do SIOPS são usadas atualmente para suportar o processo decisório e o controle da operação, os gestores de saúde demonstram ter foco somente no cumprimento das regras estabelecidas em legislação e nas normativas do SUS, em detrimento do desenvolvimento de novas estratégias para aumentar a eficiência, melhorar os processos de trabalho e elevar a qualidade dos serviços de saúde, adequando-os às necessidades da população local (Ribeiro & Bezerra, 2013).

As discussões sobre os conceitos envolvidos nos critérios de cálculo dos recursos federais e das ações e serviços, as tentativas de ludibriar a EC N° 29/ 2000, a resistência em informar os dados para o SIOPS e as dificuldades em regulamentar a emenda demonstram as fragilidades da articulação política em dividir responsabilidades na saúde pública (Fortes, 2012).

Este comportamento dos atores reforça o pressuposto que as organizações influenciam os tomadores de decisão e que, em diferentes ambientes (internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão. Ainda deve ser considerado que as escolhas dos governadores em relação à aplicação dos recursos financeiros em saúde pública são regidas e dificultadas pela EC N° 29/ 2000, pelas

decisões anteriores à sua gestão, pelas variáveis do ambiente político e pelas circunstâncias estruturais dos estados (Fortes, 2012).

Diante disso, torna-se evidente que ainda existem problemas na aplicação adequada da EC N° 29 e do Pacto pela Saúde. O setor de saúde pública precisa ser preparado para operar neste cenário.

Portanto, este estudo pretende apresentar as mudanças ocorridas nos gastos com saúde pública antes e após a aplicação da Emenda Constitucional e do Pacto, além de buscar entender o processo aplicativo destes recursos.

1.1.1 Questão da pesquisa

Este trabalho pretende responder a seguinte questão de pesquisa:

Quais os efeitos da Emenda Constitucional nº. 29, de 2000, nas decisões alocativas de recursos financeiros dos Estados e do Distrito Federal em relação aos gastos com saúde?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

- Analisar as decisões alocativas dos Estados e do Distrito Federal mediante a Emenda Constitucional N° 29.

1.2.2 Específicos

- Verificar se o percentual da receita líquida aplicado na Saúde está correlacionado à capacidade de gasto dos Estados e Distrito Federal.
- Verificar se o percentual da receita líquida aplicado na Saúde está correlacionado ao desempenho tributário e econômico dos Estados e Distrito Federal.
- Verificar se o percentual da receita líquida aplicado na Saúde está correlacionado ao comprometimento da receita com gastos de pessoal dos Estados e Distrito Federal.
- Verificar se o percentual da receita líquida aplicado na Saúde está correlacionado à faixa populacional com mais de 65 anos, menos de um ano e entre um e quatro anos dos Estados e Distrito Federal.

1.3 Justificativa para estudo do tema

A Constituição (1988) estabeleceu o acesso à saúde como um direito de todo cidadão. Esta prerrogativa constitucional gera, nos dias de hoje, uma clientela em torno de 200 milhões de potenciais usuários. No Brasil, embora a iniciativa privada participe com 56% dos recursos financeiros do sistema de saúde do país, 70% da população tem o SUS como única opção de acesso aos serviços de saúde (MS & OPAS, 2013).

A garantia da universalidade da saúde e a dimensão da clientela potencial faz com que a questão do financiamento da saúde pública seja considerada um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo SUS para cumprir seu papel social (MS & OPAS, 2013). Manter um sistema com cobertura universal demanda recursos financeiros suficientes e eficiência na aplicação destes recursos para garantir o direito constitucional à saúde (CONOF, 2013).

Se considerarmos que as discussões sobre o financiamento do setor público de saúde ocorrem desde a aprovação da Constituição (1988) até os dias de hoje, o tema escolhido para este estudo se justifica devido a tratar da questão da alocação dos recursos financeiros nas ações e serviços de saúde em conformidade com a EC N° 29/ 2000, considerando a atuação dos gestores de saúde no processo de tomada de decisão em um ambiente com recursos financeiros limitados.

A qualidade da saúde das pessoas e da população depende de fatores econômicos e sociais de um país. A maioria das doenças e das desigualdades no acesso aos serviços de saúde pública decorre dos determinantes sociais da saúde em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Estes determinantes englobam fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais de saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Assim, as políticas sociais e econômicas de um país influenciam na qualidade da saúde pública, para tanto, o Estado para obter êxito na saúde precisa integrar suas políticas públicas adequadamente para reduzir as diferenças sociais e promover a saúde da população (Santos, 2010).

Ter sucesso nas políticas públicas em saúde depende da concordância de opiniões dos vários atores envolvidos, das ações governamentais, dos recursos financeiros alocados e do suporte político adequado (Menicucci, 2009).

No Brasil, a garantia do direito à saúde ocorreu somente em 1988, entretanto, ela foi elaborada com grande amplitude e generosidade sem haver preocupação em como operar e efetivar a saúde pública no novo modelo proposto (Santos, 2010).

O SUS foi criado em um momento de transição democrática e, na época, era o maior sistema público com cobertura universal da América Latina (exceto Cuba). É uma das maiores

conquistas sociais dos brasileiros e durante toda sua existência vem possibilitando efetivar o direito à saúde preconizado na Constituição (1988) (Mendes (2), 2013).

Desde a criação do SUS, dois conceitos antagônicos convivem lado a lado, em conflito permanente e longe de ser solucionado: construir a universalidade da saúde pública com a manutenção de fontes de recursos adequados e reduzir as despesas em saúde para adequá-las à disponibilidade real dos recursos financeiros (Marques & Mendes, 2012).

Sua criação acabou coincidindo com um grave ajuste fiscal, decorrente da crise econômica. De modo que, este cenário recessivo e de recursos escassos foi o estopim para iniciar os primeiros conflitos entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda/ Secretaria do Tesouro Nacional, onde o primeiro acusava o segundo de indiferença social e, o segundo acusava o primeiro de ineficiência em sua gestão (CONASS (FS), 2011).

O SUS com seu sistema descentralizado de saúde pública universal foi uma grande conquista social em nosso país. A luta por recursos financeiros para garantir a sua efetivação sempre foi uma tônica em sua existência. Questões como metas de inflação, dívida pública, superávit primário e outras determinantes macroeconômicas sempre pressionaram a redução dos gastos com políticas sociais (Marques & Mendes, 2012).

Desde o surgimento do SUS, a saúde da população vem melhorando gradativamente, entretanto, dois entraves dificultam a evolução dos serviços públicos neste setor: 1) o acesso, devido à desigualdade na oferta dos serviços regionalizados e a insuficiência de serviços nos grandes centros urbanos; e 2) o financiamento, quando comparado com o PIB, o país investe em saúde bem menos que os países com saúde universal (Mendes (2), 2013).

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2012), o financiamento do setor público de saúde sofre grande influência das decisões políticas, do cenário macroeconômico, da atuação do Brasil no panorama mundial, dos acordos institucionais e do modelo de proteção social do país. Enfim, o financiamento do setor público de saúde depende de fatores econômicos e da ideologia e do perfil técnico-comportamental dos governantes em suas decisões alocativas dos recursos financeiros.

O financiamento é um obstáculo para a concretização do SUS. A EC N° 29/ 2000 não garantiu maior participação do Governo Federal na saúde pública e não aumentou significativamente a aplicação de recursos dos estados e municípios. Entretanto, o impacto da ausência de apoio político a saúde pública é mais amplo que a própria questão do financiamento e apresenta reflexos negativos na imagem do SUS perante a sociedade (Menicucci, 2009).

O ambiente político-partidário do país dificulta o alinhamento de um plano de governo, envolvendo o Governo Federal, Estados, Municípios e Distrito Federal. Os objetivos estratégicos da saúde pública das três esferas de governo são fragmentados e não compartilhados entre si. O calendário das eleições federais e estaduais não coincide com as eleições municipais, agravando mais ainda o problema da falta de sinergia entre as esferas no planejamento da saúde (Mendes & Bittar, 2014).

Ter eficiência nas operações e serviços de saúde não representa a redução dos recursos organizacionais e financeiros do SUS e, sim, a melhoria da saúde da população por meio de: aumento da produtividade; melhor uso de recursos; redução de perdas; uso de tecnologias adequadas; e eliminação da corrupção (Ocké-Reis, 2010).

É fato que a Saúde tem obtido melhorias em suas operações e seus serviços, porém, a sua gestão não evoluiu tanto, em parte, devido à falta de autonomia sobre os recursos financeiros e humanos. Além da autonomia, outros fatores como corrupção, ausência de transparência e judicialização da saúde contribuem para prejudicar a qualidade e a eficiência dos serviços públicos de saúde (Médici, 2011).

Um dos fatores da falta de recursos financeiros em saúde é a corrupção. Somente no período entre 2002 e 2011, o Tribunal de Contas da União (TCU) apurou um desvio da ordem de R\$ 2,3 bilhões em recursos federais destinados a gastos com hospitais, medicamentos, ambulâncias e equipamentos. Representando 32,38% do total de recursos, somente para estes itens (Senado Federal, 2014).

De acordo com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), nos anos 2008 a 2012 em 5.425 processos de auditoria realizados, foram encontradas irregularidades no uso do dinheiro público em 1.339 processos. O total das irregularidades com verbas federais totalizaram R\$ 868 milhões (Senado Federal, 2014).

A insuficiência de recursos financeiros e/ ou organizacionais não pode servir de pretexto para a falta de eficácia e eficiência nos serviços do SUS. Assim como, as filas de espera em um sistema universal de saúde não podem servir de pretexto para restringir o acesso aos serviços (Ocké-Reis, 2010). Dois dos principais problemas da Saúde no país são: a corrupção e a baixa qualidade da gestão (Senado Federal, 2014).

Este trabalho se justifica devido o tema ser relevante não só para os membros dos conselhos gestores de saúde das esferas federativas, como também, ele tem relevância para todos os profissionais e organizações interessadas em aprofundar o conhecimento no sistema público brasileiro de saúde, tais como: universidades; estudantes; bancos de investimento;

instituições de pesquisa; população; economistas; jornalistas; Ministérios da Saúde e Planejamento; Secretarias de Saúde; Poderes Executivo e Legislativo; etc. Entre os motivos que justificam sua relevância, cinco deles se destacam:

1. Contribuir com o entendimento em como são alocados os recursos de saúde nas esferas de seus respectivos Estados e Distrito Federal;
2. Fornecer uma análise da evolução e do comportamento da alocação dos recursos federais em saúde pública pela ótica da EC N° 29/ 2000, para tanto, é apresentado um panorama do antes e depois da Emenda com a finalidade de avaliar a capacidade de gestão e de recursos financeiros dos Estados e Distrito Federal para adaptar-se aos requisitos legais do financiamento da saúde, ao longo do período de tempo abordado pela pesquisa;
3. Auxiliar os membros dos Conselhos de Saúde em suas atividades de planejamento, execução, controle e auditoria das ações e serviços em saúde pública;
4. Servir como referencial teórico para os conselheiros de saúde em suas atividades relacionadas com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário; e
5. Colaborar com os profissionais de saúde para que possa ser melhorada a sinergia e o alinhamento das ações e serviços dentro do sistema público de saúde, envolvendo as esferas federativas por meio de um processo de planejamento colaborativo e compartilhado.

Entende-se que houve uma preocupação e identificação por parte dos governos estaduais em criar estratégias para a alocação dos recursos pós EC N° 29/ 2000, pois, a mesma influenciou o contexto nas respostas dos governadores, de modo a propor uma explicação para as diferenças encontradas. A aceitação da EC N° 29/ 2000 não significou o fim da oposição dos governadores estaduais em relação ao Governo Federal, foi sim, um acordo provisório, no momento da implantação da Emenda ressurgiram os conflitos (Fortes, 2012).

A alocação inadequada dos recursos do orçamento público pode beneficiar alguns setores de saúde em detrimento de outros. Isto pode ferir interesses políticos envolvidos, tornando extremamente complexo o processo de tomada de decisão para a alocação dos recursos financeiros em saúde pública (Fortes, 2012).

1.4 Estrutura do Trabalho

De modo a atender aos objetivos do trabalho bem como responder a questão de pesquisa, este trabalho será estruturado de acordo com os cinco capítulos elencados a seguir, além do Capítulo 1 já apresentado:

Capítulo 2 – Referencial Teórico

Será realizada uma revisão da literatura sobre os três polos teóricos que suportam o desenvolvimento deste trabalho: Fontes de financiamento em saúde pública; Regulação das fontes de financiamento; e Tomada de decisão em gestão pública em saúde.

Capítulo 3 – Método e Técnicas de Pesquisa

A metodologia de pesquisa usada neste estudo será apresentada neste capítulo, além das justificativas da sua escolha. Também serão apresentados os constructos da pesquisa a partir das premissas da teoria estudadas, os indicadores de saúde, fontes de pesquisa que serão usadas para coletar as séries históricas dos gastos da saúde pública nos Estados e Distrito Federal de 1998 até 2014.

Capítulo 4 - Análise e Interpretação dos Resultados

Neste capítulo serão apresentadas as análises das decisões alocativas dos gastos com saúde nos Estados e Distrito Federal pelos governadores, antes e depois da EC N°29.

Capítulo 5 – Contribuições para a Prática

Aqui serão descritas as contribuições que este estudo poderá oferecer aos gestores públicos de saúde no entendimento em como a alocação adequada dos recursos provenientes da EC N° 29 pode melhorar o processo de decisão.

Capítulo 6 – Conclusões e Recomendações

Neste capítulo serão relatados os aspectos gerais do desenvolvimento deste estudo, da metodologia utilizada e das análises efetuadas. As conclusões e reflexões apresentadas serão elaboradas com base no referencial teórico, permitindo ao final do estudo ter conclusões corroboradas pela literatura. Ainda serão apresentadas as limitações do estudo, bem como, as sugestões para pesquisas futuras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, com base nos objetivos descritos na introdução, foi realizada uma revisão da literatura envolvendo os três polos teóricos deste trabalho: Fontes de Financiamento em Saúde Pública, Regulação das Fontes de Financiamento e Tomada de Decisão em Gestão Pública em Saúde.

Inicialmente foram analisados os aspectos teóricos das fontes de financiamento em saúde no Brasil, traçando um panorama histórico das incertezas e dificuldades para financiar o setor de saúde brasileiro e garantir os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS.

Em seguida, foram estudados os aspectos da regulação brasileira das fontes de financiamento em saúde, contemplando a Constituição da República Federativa do Brasil (Constituição) de 1988, a Emenda Constitucional N° 29 de 2000 (EC N° 29/ 2000), a Lei Complementar N° 141 de 2012 (LC N° 141/ 2012): o Pacto pela Saúde (Portaria N° 399/ 2006); e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC N° 101/ 2001). A legislação utilizada neste estudo e que tem envolvimento com o setor de saúde e com o SUS encontra-se representada na figura n° 1 e para cada ato legislativo citado é dada uma breve descrição de sua finalidade:

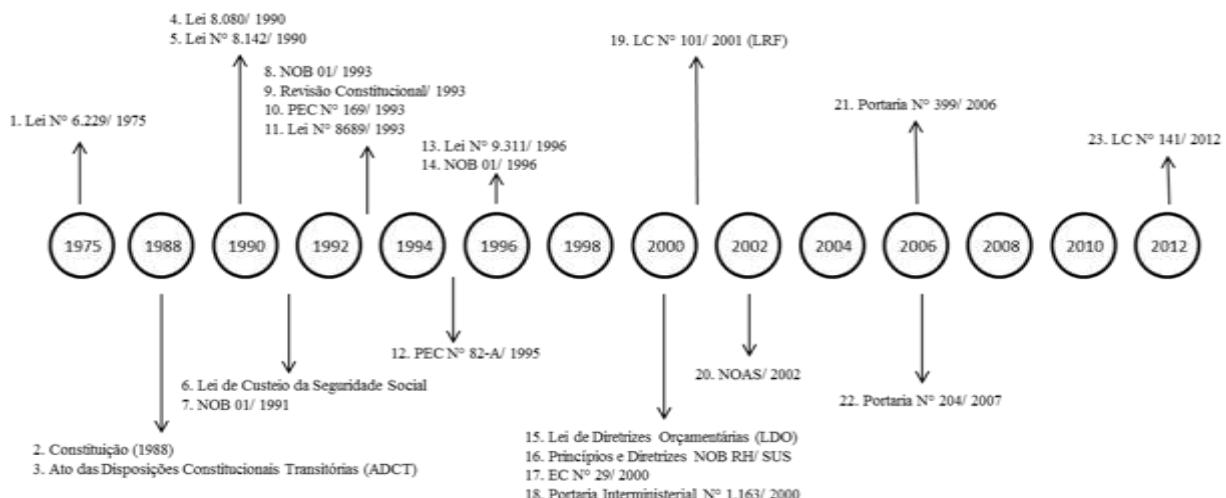


Fig. 1: Linha do tempo da legislação citada na pesquisa (elaborado pelo autor)

1. Lei N° 6.229/ 1975 – esta lei organiza e centraliza na União o Sistema Nacional de Saúde e define as competências das três esferas federativas. Define o papel do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social;

2. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) – ela foi promulgada em 5 de Outubro de 1988 e abriga um conjunto de normas que organiza a estrutura do Estado e demarca as relações de poder. Ela se destaca em relação às sete outras Constituições que o país já teve por ser a mais abrangente nos aspectos de proteção e defesa dos cidadãos;
3. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) – tem características de norma constitucional e serve para definir regras de transição entre um regime constitucional (Constituição de 1969) e um novo regime (constituição de 1988) por meio de regras transitórias;
4. Lei 8.080/ 1990 – a Lei Orgânica da Saúde N° 8.080 de 19 de Setembro de 1990 regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de estabelecer as regras de organização e funcionamento das ações e serviços em saúde no território brasileiro envolvendo as três esferas de governo (Brasil, 1990);
5. Lei 8.142/ 1990 – a Lei Orgânica da Saúde N° 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 complementa a Lei 8.080/ 1990 e regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS por meio da Conferência da Saúde e do Conselho de Saúde. Ela ainda dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros para o setor de saúde (Brasil, 1990);
6. Lei de Custo da Seguridade Social – é a Lei Orgânica da Seguridade Social promulgada em 24 de Julho de 1991. Ela define a organização da Seguridade Social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social), estabelece o Plano de Custo e regulamenta as inovações da previdência definidas pela Constituição (1988);
7. NOB 01/ 1991 – a Norma Operacional Básica N° 01 de 1991 estabelece regras para implantar e operacionalizar o SUS, tanto na operação para entrega de serviços e ações em saúde definidos pela Constituição (1988), quanto na gestão, no controle e na fiscalização do sistema de saúde nos três entes federados;
8. NOB 01/ 1993 – ela define normas e procedimentos para a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Ela cria o terceiro gestor do sistema, os municípios, para tanto, foram definidas três tipos de gestão: incipiente, parcial

e semiplena. Esta Norma oficializou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, estabelecendo mecanismo de tomada de decisão compartilhado entre as três esferas federativas por meio das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. A Norma também regulou os repasses financeiros regulares e automáticos fundo a fundo fortalecendo a parceria entre os gestores das três esferas de governo (CONASS, 2011);

9. Revisão Constitucional de 1993 – o artigo 3º do ADCT citava que a revisão constitucional se daria cinco anos após a promulgação da Constituição (1988). Ela é um mecanismo formal de mudanças na Constituição. Nela foi contemplada a questão das fontes de financiamento do SUS (Marques & Mendes, 2012);
10. PEC N° 169/ 1993 – ela previa recursos financeiros e sugeriu o envolvimento das três esferas de governo na manutenção do SUS. Ela deu origem a EC N° 29/ 2000 (Fundação Oswaldo Cruz, 2012);
11. Lei N° 8.689/ 1993 – esta lei extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ligado ao Ministério da Saúde. As atividades desta autarquia federal foram absorvidas pelas esferas federal, estadual e municipal gestoras do SUS de acordo com as Leis N° 8.080/ 1990 e N° 8.142/ 1990 (Carvalho, 2010);
12. PEC 82-A/ 1995 – a PEC 82/ 1995 determina que 100% dos recursos originados das contribuições dos empregadores sobre faturamento e lucro sejam aplicados em ações e serviços em saúde. Em 1999, a Câmara dos Deputados decide aglutinar a PEC 82 com a PEC 169/ 1993 na PEC 82-A (Marques & Mendes, 2012);
13. Lei N° 9.311/ 1996 – é a lei que institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como fonte de recursos, inicialmente, ela destinava 100% da arrecadação para as ações e serviços de saúde, em 1999, após ter seu percentual elevado, passa a ser repartida com a Previdência Social (Fundação Oswaldo Cruz, 2012);
14. NOB N° 01/ 1996 – esta Norma anula os modelos de gestão (incipiente, parcial e semiplena) definidos pelas NOB N° 01/ 1991 e NOB N° 01/ 1993 e estabelece como novos modelos de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Ela aumenta a responsabilidade dos

municípios à medida que confere e consolida a gestão da atenção à saúde pública local ao próprio Poder Público Municipal (Faveret, 2002);

15. Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) – é um dispositivo constitucional elaborado anualmente, no ano da aprovação da EC N° 29/ 2000 a LDO era a Lei N° 9.995/ 2000 referente a 2001. A LDO tem como objetivo priorizar as metas e orientar a preparação dos três orçamentos definidos pela Constituição (1988) para o ano seguinte. Ela é o ponto de ligação entre o Plano Plurianual (estratégico) e a Lei Orçamentária Anual (operacional) (CONOF, 2013);
16. Princípios e Diretrizes NOB RH/ SUS – a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS em conjunto com a Lei N° 8.080/ 1990 formam a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde. A Norma destaca diversos pontos considerados importantes na gestão dos recursos humanos das três esferas gestoras do sistema público de saúde, entre eles: priorização e valorização dos profissionais em saúde; importância da satisfação na retenção dos profissionais; necessidade da qualificação e formação do pessoal; promoção de educação continuada (Ministério da Saúde, 2000);
17. EC N° 29/ 2000 - é o dispositivo legal criado para regular e garantir as fontes de recursos a serem aplicados em saúde pública pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Ela definiu a base de cálculo e os percentuais mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2001);
18. Portaria Interministerial N° 1.163/ 2000 – ela Normatizou o SIOPS como o mecanismo oficial de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos financeiros na saúde pública (Brasil, 2003);
19. LC N° 101/ 2001 (LRF) – ela regulamenta os processos das finanças públicas e estabelece as responsabilidades para os gestores no uso do dinheiro público (Brasil, 2014);
20. NOAS/ 2002 – a Norma Operacional de Assistência à Saúde cria a obrigatoriedade de inserir os dados das receitas e das despesas da localidade no SIOPS como requisito legal para o reconhecimento da gestão local do SUS (Brasil, 2003);

21. Portaria N° 399/ 2006 – é a Portaria que cria o Pacto pela Saúde: Pacto Pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS (Ministério da Saúde, 2006);
22. Portaria N° 204/ 2007 – ela normatizou a organização do financiamento e das transferências dos recursos federais em seis blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013);
23. LC N° 141/ 2012 – a Lei N° 141 regulamenta a EC N° 29/ 2000 e define os critérios da alocação dos recursos mínimos aplicados pelos entes federados nas ações e serviços de saúde (Resende R. E., 2011).

Finalizando, a teoria pesquisada serve de base para entender o processo de tomada de decisão em gestão pública em saúde e suas relações com os outros dois polos teóricos e com o desempenho das operações e serviços em saúde.

2.1 Fontes de Financiamento em Saúde Pública

Em meados do decênio de 1980, diversas iniciativas assistenciais esperavam uma posição do Governo Brasileiro para resgatar a dívida social herdada do período da ditadura militar. Entre elas, uma iniciativa conduzida por um grupo estabelecido para reformular a previdência sugeriu a criação da Seguridade Social dentro do conceito do Estado de Bem-Estar Social, onde os direitos da coletividade estariam acima dos direitos individuais relacionados às contribuições (Paim, 2013).

Em contrapartida, até outubro de 1988, os serviços de assistência à saúde pública eram vinculados à disponibilidade de recursos financeiros líquidos, após atender as exigências securitárias (pensões e aposentadorias). Hoje em dia, a assistência à saúde pública é um direito universal sem vínculos com a condição de o cidadão ser, ou não, um contribuinte (CONASS (FS), 2011).

Devemos considerar que, desde sua criação, até os dias de hoje, o SUS convive com problemas de insuficiência e incerteza de recursos financeiros para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade de seus serviços de saúde à população. Em 2011, enquanto a média

de financiamento da saúde em países europeus era de 8,3% do PIB, no Brasil, os gastos públicos em saúde representavam 3,84% do PIB (Mendes, 2013).

Ao longo dos últimos três decênios, nos países com saúde universal, a questão das fontes de financiamento da saúde sempre estiveram nas pautas estratégicas da implementação das políticas públicas de saúde destes países. No Brasil este tema ganhou relevância pela insuficiência e incerteza dos recursos financeiros (Mendes Á. , 2015).

Em nosso país, o financiamento do sistema de saúde provém de três setores: Saúde Pública, onde os serviços são realizados com recursos provenientes das três esferas de governo; Saúde Privada, onde os recursos podem ser públicos ou privados e as organizações envolvidas podem ou não ter fins lucrativos; e, Saúde Suplementar, onde os recursos provem de famílias e empresas, podendo ou não ter subsídios fiscais (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

No final da década de 1990, o Setor de Saúde Complementar foi regulamentado em paralelo ao próprio processo de implementação do SUS com a finalidade de financiar os cidadãos e as empresas com capacidade de pagamento pelos serviços de saúde (Menicucci, 2009).

O sistema de saúde brasileiro é formado por diversas entidades, tanto públicas, quanto privadas. Em diversas situações, estas organizações competem entre si formando um arranjo público-privado bastante complexo, onde as fontes de recursos financeiros, basicamente, são privadas (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Em relação às fontes de financiamento do sistema de saúde brasileiro, elas têm como origem os impostos gerais, as contribuições sociais, os desembolsos diretos e os gastos das empresas com seus empregados. O subsistema de saúde público da União, Estados, Municípios e Distrito Federal são financiados por meio das receitas de impostos e contribuições sociais. Já o subsistema de saúde privado, por desembolso direto e gastos dos empregadores. O SUS não dispõe de recursos financeiros suficientes para administrar o subsistema de saúde público. Se considerarmos que os valores dos recursos financeiros provenientes das contribuições sociais apresentam valores maiores que os dos recursos provenientes dos impostos que são compartilhados entre as três esferas de governo, temos uma situação de subfinanciamento do setor de saúde público (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

O financiamento da saúde pública tem um papel importante e pode influenciar as políticas sociais e as políticas de desenvolvimento do país. Pois, do lado do desenvolvimento, o Governo como grande comprador pode regular e fomentar o setor produtivo de

medicamentos, insumos e equipamentos médico-hospitalares. Por outro lado, no aspecto social, ele pode ampliar e melhorar o acesso da população ao sistema de saúde público, além de reduzir preços e aumentar a oferta de medicamentos contemplados pelo SUS (Dain, 2007).

Se considerarmos a citação de Mendes (2015), “Os efeitos diretos da crise contemporânea do capitalismo na saúde pública brasileira ocorreram basicamente na financeirização dos recursos públicos e na apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização”. Na financeirização o ponto central do capitalismo passa do capital produtivo para o capital financeiro. Como o capital financeiro (portador de juros) compromete boa parte do Orçamento do Governo Federal, em especial o da Seguridade Social, as políticas sociais e de desenvolvimento em saúde do país ficam seriamente prejudicadas.

Para ter-se a ideia do efeito do capital financeiro sobre o Orçamento Público Federal, em 2014, o Orçamento era de R\$ 2,4 trilhões, porém, 42,0% (R\$ 1,01 trilhões) foram destinados ao capital financeiro para quitação de juros e do principal da dívida, enquanto, para a Saúde foram destinados 4,1% (Mendes Á., 2015).

Os critérios de financiamento e repasses de recursos do SUS baseiam-se em um sistema federativo único, com regras próprias de alocação para a saúde pública. Esta mecânica é sempre aperfeiçoada considerando diversos aspectos, tais como: território atendido pelas unidades federativas e municípios; abrangência da regionalização dos serviços e hierarquia das ações da saúde; demanda da população local por serviços; perfil epidemiológico da população residente na região; e conhecimento e capacidade de administração dos gestores da localidade (Dain, 2007).

Como os recursos financeiros são limitados, os dispêndios em saúde pública são insuficientes para garantir a universalidade e a integralidade estabelecidas na Constituição (1988). O Brasil é um dos únicos países do mundo com sistema universal de saúde em que o gasto privado em saúde supera o gasto público. Em 2007, a média de participação pública nos gastos totais com saúde foi de 70% entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), enquanto no Brasil esta participação foi de 42% (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

No cumprimento de sua missão, o SUS precisa garantir recursos suficientes para abranger todas as suas ações e serviços. Sua missão abrange o desenvolvimento de programas preventivos de saúde com abrangência nacional e a oferta de serviços de saúde, desde a assistência básica até os serviços de alta complexidade para milhões de pessoas, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (Ocké-Reis, 2010).

Pela ótica das forças políticas quem tem o equilíbrio fiscal como meta de Governo, o subfinanciamento das operações do SUS é considerado como algo positivo, pois não compromete as contas públicas. Entretanto, acabar com o problema do subfinanciamento na saúde depende da participação dos usuários do sistema público de saúde e dos setores organizados da sociedade relacionados com o setor com a finalidade de alterar a defesa teórica do SUS, pregada pelo Governo Federal, para transformar o discurso em ações práticas e tirar as boas intenções do papel em benefício do Bem-Estar Social (Gomes, 2014).

Na década de 1970, o crescimento econômico do país acelerou a expansão do trabalho formal nos grandes centros urbanos, tendo como consequência imediata o aumento das receitas previdenciárias. Entretanto, nos anos 90 do século XX, a economia brasileira perdeu seu fôlego e o mercado de trabalho formal entrou em colapso e encolheu, tendo como efeito direto, a queda das contribuições previdenciárias dos empregadores e empregados (CONASS (FS), 2011).

O problema do financiamento público da saúde brasileira foi agravado pelo fato da Constituição (1988) ter criado novos direitos sociais sem ter a garantia dos recursos financeiros suficientes para tal fim. Outro fator que comprometeu a capacidade de financiamento da Saúde foi à inclusão no Orçamento da Seguridade Social (OSS) dos gastos com os inativos e com os pensionistas civis e militares, anteriormente, estes gastos eram pagos com recursos do Tesouro Nacional, provenientes de impostos gerais. Em 1993, as fontes de financiamento com origem nas contribuições dos empregados e dos empregadores deixaram de financiar a assistência médica e passaram a ser direcionadas, exclusivamente, para o pagamento de benefícios sociais (CONASS (FS), 2011).

Foi estabelecido pela Constituição (1988) que o financiamento da Seguridade Social seria com recursos oriundos das três esferas da federação e das contribuições sociais. Na esfera federal, os recursos seriam compartilhados entre Previdência, Assistência Social e Saúde. O percentual destinado para a Saúde foi estabelecido em 30% dos recursos do OSS sem considerar o seguro-desemprego de acordo com o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). O ADCT seria substituído com a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que estabeleceria a cada ano o percentual a ser destinado à Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Assim, a Constituição (1988) definiu como fontes de financiamento da Previdência, Assistência e Saúde: a folha de pagamento (empregados e empregadores); o faturamento e o lucro líquido (CSLL) das empresas; a receita de concursos; os recursos fiscais de cada esfera do governo (Marques & Mendes, 2012).

Em seu artigo 6º, a Constituição (1988) estabelece a saúde como um direito social. No artigo 194º, define a saúde, a previdência e a assistência social como componentes da seguridade social e garantidas por meio de ações integradas dos poderes públicos e financiadas por toda a sociedade, de maneira direta e indireta, por meio de recursos da União, Estados, Municípios e Distrito Federal (artigo nº 195) (Governo Federal, 1988) e (Frutuoso, 2010).

Porém, a Constituição (1988) não atrelou nenhum tipo de contribuição a nenhum setor da Seguridade Social. Esta situação fortalecia que o conceito de seguridade social englobava todas as ações e serviços de previdência, assistência e saúde (Marques & Mendes, 2012).

Entretanto, o ADCT determinava que 30% dos recursos provenientes destas fontes de financiamento fossem repassados para a saúde pública até a aprovação da lei de Custo da Seguridade Social. Em 24 de julho de 1991, a lei de Custo da Seguridade Social reiterou o estabelecido pela Constituição (1988), ou seja, não havia vinculação entre as fontes de contribuições com as políticas públicas específicas para financiar a seguridade social (Marques & Mendes, 2012).

Após 1990, as políticas neoliberais defendidas pelo Governo Federal mantiveram o financiamento da área de Seguridade Social e da Saúde sob pressão, em especial o SUS (Mendes (2), 2013).

No decorrer da década de 1990, o financiamento da saúde era instável e vivia uma crise devido ao redirecionamento das fontes de recursos sociais, a centralização fiscal e a universalização da saúde (Faveret, 2002).

Em 1993, os recursos financeiros do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) pararam de financiar o SUS. A partir desse momento passava a financiar somente as despesas previdenciárias e a Saúde teve que buscar novas fontes de financiamento por meio de diversas iniciativas (Frutuoso, 2010).

Durante a Revisão Constitucional de 93, foram discutidas diferentes alternativas para financiar o setor de saúde público, entre elas: a folha de salários como fonte exclusiva da Previdência e o Finsocial como fonte exclusiva da Saúde; a definição de alíquotas para cada Feuma das fontes destinadas a Saúde; a destinação de um percentual do total de todas as fontes de recursos da seguridade para a Saúde (Marques & Mendes, 2012).

Na Revisão foram sugeridas formalmente duas propostas de financiamento do setor: uma sugerindo que o Governo Federal alocaria ao SUS recursos igual ou maior que 18% do total das receitas federais com impostos e contribuições. E, a outra propondo que os recursos

alocados ao SUS fosse igual ou maior que 30% do total dos recursos da Seguridade Social, acrescidos de mais 10% das receitas de impostos federais (Marques & Mendes, 2012).

Apesar das diferentes proposições para solucionar o problema de recursos da saúde pública, a grande certeza era que: Para financiar a saúde pública é preciso fontes de recursos financeiros seguros e permanentes, pois os gastos com as ações e serviços para manter uma saúde pública universal e integral são significativos, continuados e certos de acontecerem, pois a demanda por saúde pela população não cessa nunca (Faveret, 2002). É comum a imprensa publicar notícias sobre os diversos problemas existentes na saúde pública, entretanto, é difícil mencionarem que boa parte destes problemas tem como origem a insuficiência de recursos para financiar o sistema de saúde pública, denotando a importância do financiamento para a sobrevivência do SUS (Gomes, 2014).

Em 1992 e 1993, foi negociado o destino dos recursos financeiros dos orçamentos da Seguridade Social. Em 92, para a Saúde foi previsto a destinação de 25% das receitas das contribuições dos empregados e empregadores. Em 93, o repasse previsto era de 15,5%. Porém, em maio de 93, a Previdência Social, com dificuldades financeiras devido aos novos direitos introduzidos pela Constituição (1988), cortou os 15,5% das receitas de contribuições da folha de salários destinados ao Ministério da Saúde, demonstrando a debilidade da mecânica de financiamento da saúde no país (Marques & Mendes, 2012).

O término da participação da Saúde no orçamento da Seguridade Social decorreu do fato que, os recursos para pagamento dos benefícios previdenciários por serem de direito individual deveriam ser mantidos. Assim, a eliminação destes recursos afetou a saúde pública. Entretanto, o volume de recursos para financiar o SUS não sofreu um grande impacto, pois, para suprir a redução das contribuições sociais houve um aumento dos recursos provenientes das outras instâncias, principalmente dos municípios (Marques & Mendes, 2012).

Complicando mais ainda o problema do subfinanciamento do SUS, o Governo Federal criou em 1994 o mecanismo Desvinculação das Receitas da União (DRU), um instrumento para retirar recursos das políticas sociais e transferi-los para o capital financeiro como pagamento de juros da dívida pública. Neste mecanismo, 20% das receitas da Seguridade Social são direcionadas para este fim. Para se ter uma ideia do volume de recursos não aplicados em políticas sociais devido a este critério, em 2010 a DRU tirou da Seguridade Social R\$ 45,9 bilhões; em 2011 foram R\$ 52,6 bilhões; e em 2012 foram R\$ 58,1 bilhões. No período de 1995 a 2012, o total de recursos retirados da Seguridade Social foi de R\$ 578 bilhões. Este critério deve acabar em 2015, mas, provavelmente o Governo Federal o prorrogue (Mendes Á., 2015).

A situação financeira caótica do SUS foi o agente que promoveu a criação da CPMF em lugar do IPMF. Somente que, seu efeito não foi tão significativo quanto se esperava, pois ela acabou substituindo outras fontes de recursos perdidas para a Seguridade Social e não trouxe aumento no financiamento da saúde pública (Faveret, 2002).

Este problema da falta e da incerteza dos recursos para o financiamento do sistema público de saúde existe antes da criação do SUS. No período da sua criação, a crise econômica vivenciada no país impactava, negativamente, na capacidade de financiamento do Estado. Até meados da década de 90, o SUS sofreu grave restrição financeira gerada pela cessão das fontes provenientes das contribuições sobre folha de pagamento. Logo após, apareceram novas proposições para o financiamento da Saúde, entre elas a CPMF (Ministério da Saúde, 2010).

Na criação da CPMF, o princípio básico foi à necessidade de se ter uma fonte de recursos exclusiva para financiar as ações e serviços de saúde. Inicialmente, era previsto a dedicação de 100% dos recursos da CPMF para o Fundo Nacional de Saúde (FNS) (art. 18º da Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996). O percentual deste tributo era de 0,2% sobre todas as movimentações financeiras. Em 1999, este percentual aumentou de 0,2% para 0,38% para suprir também a Previdência Social (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Nesta época, o COFINS e o Programa de Integração Social (PIS) / Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP) que tem como base o faturamento das empresas, tornaram-se relevantes para o Governo Federal para fazer frente às perdas de receitas de impostos para os Estados, Municípios e Distrito Federal desde 1988 (Faveret, 2002).

Marques & Mendes (2012), em seu artigo, comentam que para solucionar o problema de insuficiência de recursos financeiros para a saúde pública, em 1998, no II Encontro do Conselho Nacional de Saúde, o Ministro da Saúde sugeriu o financiamento do setor por meio das seguintes fontes: Seguridade Social – 30% dos seus recursos menos PIS/ PASEP; CPMF – passaria a ser fonte da previdência, assistência e saúde; COFINS e CSLL – destinaria a saúde dos 60% em 1999 para 70% em 2003; Estados - vinculação de suas receitas à saúde, passando de 8% em 1999 para 12% em 2003; e Municípios - vinculação de suas receitas à saúde, passando de 11% em 1999 para 15% em 2003.

Ainda de acordo com Marques & Mendes, o Conselho Nacional de Saúde alterou a proposta do Ministro da Saúde com a PEC 82-A/ 95 e sugeriu: 30% dos recursos da Seguridade Social para a Saúde; 100% da CPMF; Cofins e CSLL progressiva chegando a 80% em 2003; e Estados e Municípios mesmo percentual de participação indo de 7% em 1999 para 13% em 2003.

A CPMF foi criada como uma fonte de financiamento em substituição à redução de outras fontes. Ela nasceu para ser exclusiva da Saúde, entretanto, num prazo curto de tempo, sua alíquota foi aumentada para ser dividida com a previdência social. Na teoria, ela era uma contribuição provisória, mas, na prática assumia contornos de taxação permanente. Em 13 de dezembro de 2007, o Senado Federal vetou sua continuidade e o fim de sua obrigatoriedade a partir de 1º de janeiro de 2008 (CONASS (FS), 2011).

Em 2002 e 2004, a CPMF foi novamente prorrogada, durando até dezembro de 2007. Nos seus primeiros anos de vigência, era uma das principais fontes de recursos do Ministério da Saúde, representando 27,8% do total dos seus recursos financeiros. Em 2002, representava 38,4% e no ano de seu término 30% (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

A transitoriedade da CPMF sempre foi uma preocupação dos gestores de saúde que pleiteavam soluções de fontes de recursos mais amplas e permanentes. No Congresso Nacional foram apresentadas diversas propostas para soluções de financiamento envolvendo as três esferas de governo, algumas anteriores a própria criação da CPMF. Uma delas foi a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) N° 169-A/ 1993 que após alterações resultou na EC N° 29/ 2000 (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

A Proposta de Emenda Constitucional N° 169/ 93 já sugeriu a participação dos Estados, Municípios e Distrito Federal com aplicação de no mínimo 10% de suas receitas para a saúde (Marques & Mendes, 2012).

Enfim, em 13 de setembro de 2000 foi aprovada e promulgada a EC N° 29/ 2000 que finalmente vinculou a fonte de financiamento à saúde e definiu os critérios e os percentuais de cálculo dos recursos orçamentários da União, Estados, Municípios e Distrito Federal (Frutuoso, 2010).

Embora a LC N° 141/ 2012 tenha regulamentado a EC N° 29/ 2000, esta lei não solucionou o problema do subfinanciamento do SUS como muitas pessoas ansiavam, deste modo, as discussões sobre as fontes de recursos para financiar a saúde pública continuaram a fazer parte dos principais temas do SUS. Até hoje, propostas para solucionar o problema são apresentadas ao Congresso Nacional para encontrar uma solução satisfatória para a saúde pública (Gomes, 2014).

Uma das propostas apresentadas ao Congresso Nacional foi o Projeto de Iniciativa Popular (Saúde +10) concebido pelas organizações ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária, entre elas: Abrasco, Cebes, Abres, Associação paulista de Saúde Pública, Conselho Nacional de Saúde e CNBB. Esta iniciativa contou com o apoio de mais de dois milhões de

assinaturas e está tramitando no Congresso desde junho de 2013. Esta proposta tem como objetivo aumentar os recursos destinados à saúde pública e propõe a participação da União no financiamento do setor com no mínimo 10% da Receita Corrente Bruta (RCB). Em 2014, se fosse adotado este critério, a Saúde contaria com mais R\$ 46 bilhões para financiar as ações e serviços em saúde pública (Mendes Á. , 2015).

Todavia, o Governo Federal tem se empenhado em obstruir a aprovação dos 10% da RCB como fonte da saúde, o Governo alega a não existência de fontes para tal fim, porém, o Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência, assistência social) gera superávits anuais, por exemplo: em 2010 um superávit de R\$ 56,7 bilhões, em 2011 um excedente de R\$ R\$ 77,2 bilhões e em 2012 uma sobra de caixa de R\$ 78,1 bilhões, conforme dados da (ANFIP, 2013), citado por (Mendes, 2015).

2.2 Regulação das Fontes de Financiamento

No Brasil, a saúde como política de estado surgiu no início do século XX com o ciclo exportador de café do Sudeste, somente na década de 30 é que apareceu um sistema de assistência à saúde com diferenças no atendimento aos empregados dos principais setores da economia. Esse modelo serviu de base para a legislação trabalhista e previdenciária. Antes de 1930, as políticas sociais eram fracionadas e emergenciais. Os problemas de saúde eram gerenciados pelos governos locais, não tendo participação do Governo Federal que atuava somente em epidemias nas grandes cidades (Finkelman, 2002).

Já nos anos 40, durante o governo de Getúlio Vargas, foram consolidadas as leis trabalhistas; estatizada a previdência social tendo como fonte de financiamento as contribuições obrigatórias dos empregados e empresas; e alteradas as políticas de educação e saúde com forte centralização federal no Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública (Finkelman, 2002).

Após 64, no regime militar, ocorreram mudanças na saúde pública e na medicina previdenciária. Em 1966, o Governo uniu o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs) ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias e a gerir aposentadorias, pensões e assistência médica aos trabalhadores formais e urbanos, os trabalhadores rurais não estavam contemplados. A entidade passou a ocupar o papel de maior comprador de serviços privados de saúde no país e a ser grande fomentador da iniciativa privada no setor (Donato, 2013).

Uma situação complexa vivenciada pelo setor de saúde em sua busca por uniformidade e estabilidade financeira foi que a lei N° 6.229/ 1975 definiu o Sistema Nacional de Saúde, atribuindo o papel de cada uma das esferas governamentais. Entretanto, ainda prevalecia a centralização política e financeira da saúde na esfera federal e, ao mesmo tempo, a divisão da saúde em duas partes contraditórias que impediam uma gestão única nas esferas da União, Estados, Municípios e Distrito Federal: as ações e serviços coletivos eram de competência do Ministério da Saúde; e, em contrapartida, as ações e serviços individuais eram de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social (Donato, 2013).

Se olharmos o conceito do Bem-Estar Social antes das reformas da década de 80 do século XX, ele tinha como características a centralização política e financeira na esfera federal, a divisão das instituições, o predomínio dos tecnocratas, o autofinanciamento, a privatização e o clientelismo nas políticas sociais do país. Em sentido contrário, no período de 1985 a 1988, ocorreram diversas mudanças nas políticas econômicas e sociais, promovendo o crescimento e os movimentos sociais organizados em saúde, educação, previdência e trabalho (Finkelman, 2002).

Não foi o Estado nem a classe política que impeliu o movimento pela reforma sanitária no país, ele foi conduzido pelas organizações e instituições civis (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). É fato que a reforma sanitária não conseguiu incluir todos os brasileiros na assistência pública universal, nem eliminou a segmentação do setor (Menicucci, 2009).

Em 1990, o Presidente da República não se comprometeu com a reforma sanitária, mesmo assim, foi iniciada a implementação do SUS e, neste ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8080/ 90) que determinava o papel e a estrutura do SUS (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011). A Lei N° 8080/ 90 regulava todas as ações e serviços em saúde e definia as atribuições do Estado na garantia da saúde por meio das políticas públicas para assegurar o acesso universal e igualitário da população ao sistema de saúde brasileiro (Brasil, 1990).

No período de 1990 até 1992, o processo de mudanças em andamento foi substituído por novas mudanças assistencialistas e clientelistas e por meio de uma acentuada redução dos recursos no campo social, com rápida descentralização das instituições e das políticas sociais (Finkelman, 2002).

Embora em 1990 a reforma sanitária não tenha sido prioridade do Governo, alguns avanços importantes foram realizados neste período, tais como: a criação da Agência Nacional

de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); e o lançamento dos programas de combate ao HIV/ AIDS (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Setores organizados da sociedade não reconheciam um sistema de saúde público e igualitário, assim, os conceitos de um sistema público e universal perderam força, enquanto a segmentação ganhou força, bem como a ideia que o objetivo do SUS é à assistência aos menos favorecidos e sem acesso ao mercado de trabalho (Menicucci, 2009).

Com o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1993, seus recursos operacionais foram transferidos para o Ministério da Saúde. Inclusive, a cultura de auditoria, na esfera federal, de todos os serviços privados prestados para a saúde pública em qualquer entidade federativa. Entretanto, com as novas responsabilidades atribuídas aos estados e municípios pela Constituição, o Ministério da Saúde não poderia continuar tratando os estados e municípios como meros fornecedores de serviços de saúde da União (Santos, 2012).

Foi criada pela Norma Operacional Básica 01/ 1993 (NOB 01/ 1993) a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) constituída por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). como entidades para negociar e normatizar, nas esferas federal e estadual, a adesão dos gestores estaduais na forma de participação do sistema de saúde. Em relação ao financiamento, a norma continuou com os pagamentos com base em produção e limite financeiro, com base na produção histórica de serviços ambulatoriais e hospitalares dos estados e municípios (Faveret, 2002).

As NOBs 01/ 1991 e 01/ 1993 deram destaque ao papel dos municípios na participação do sistema público de saúde. Entretanto, foi a NOB 01/ 1996 que atribuiu maior responsabilidade aos municípios, em parte por ser a esfera de governo mais próxima ao cidadão usuário do SUS e ter em sua localidade os serviços e as instalações de saúde (Faveret, 2002).

Logo após a Lei N° 8080/ 1990, a Lei N° 8.142/ 1990 (Art. 1º, § 2º) estabeleceu o papel do Conselho de Saúde na aprovação e controle da alocação dos recursos do setor, para tanto, foram definidas as seguintes funções para este órgão: criar as estratégias, controlar a execução das políticas de saúde e tomar decisões nos campos econômico-financeiros correspondentes às suas respectivas instâncias. As decisões do Conselho de Saúde são legitimadas pelo representante máximo do Poder Executivo local (Brasil, 1990).

Não obstante a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal não estarem ligados por meio de uma estrutura hierárquica unificada, eles compartilham atribuições e responsabilidades em comum. Dessa maneira, o SUS é um modelo abrangente e compartilhado de gestão, conquanto cada uma das esferas possua administração própria. As políticas públicas de saúde, neste modelo, são planejadas e operacionalizadas pelas CIB e CIT. A União é representada pelo Ministério da Saúde, os Estados pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e os Municípios pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (CONASS (SS), 2011).

O CONASS é uma organização privada sem fins lucrativos de representação técnica-política dos Estados e do Distrito Federal dentro do SUS. De acordo com seu estatuto, a organização desempenha as seguintes ações para reduzir as diferenças regionais existentes no âmbito da saúde: representar os Estados e o Distrito Federal junto às diversas instâncias do SUS; assessorar os gestores estaduais do SUS; fomentar pesquisa científica; e promover projetos de cooperação nacional e internacional (CONASS (SS), 2011).

Um dos objetivos do CONASS é aumentar a participação dos Estados e do Distrito Federal na definição, análise e viabilização das políticas nacionais de saúde para solucionar os problemas de acesso ao sistema público, desta maneira, participa ativamente do Conselho Nacional de Saúde e apoia os Conselhos Estaduais de Saúde (CONASS (SS), 2011).

O Ministério da Saúde exerce uma forte centralização na regulação e repasses de recursos financeiros, além do mais, existem diversas portarias que regulamentam a operação e a aplicação do dinheiro na saúde pública nas entidades subnacionais (Santos, 2010). Em relação aos Municípios, a União, os Estados e o Distrito Federal tem um papel de coparticipação técnica e financeira junto às esferas municipais. O processo de articulação das ações e serviços de saúde é obtido por meio dos gestores de cada uma das esferas governamentais, sempre tendo como viabilizador do processo a CITB (Faveret, 2002).

De acordo com o CONASS (2011), em finanças públicas, a União, Estados, Municípios e Distrito Federal exercem três funções básicas: Função Alocativa - com base no plano de governo e nas leis pertinentes, os recursos financeiros são alocados em serviços públicos, tais como a saúde, a educação, a segurança, o transporte, as rodovias, etc; Função Distributiva - é uma forma de redistribuir a renda, onde os recursos financeiros provenientes dos diversos tributos são aplicados para toda a sociedade em serviços públicos, numa iniciativa para reduzir a desigualdade social existente no país; e Função Estabilizadora - é um mecanismo onde o

governo por intermédio de políticas econômicas gera desenvolvimento e emprego, suprindo a incapacidade da iniciativa privada em atender o crescimento da demanda do mercado.

A programação financeira do Fundo de Saúde feita pela Secretaria de Saúde segue o seguinte critério: Receitas próprias com base na EC N° 29/ 2000 - repassar de acordo com cronograma estabelecido entre as Secretarias de Finanças; Fazenda; e Saúde (fundo); Repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Estado - depositar diretamente na conta do Fundo Estadual de Saúde; e Repasses do Fundo Estadual de Saúde aos municípios - depositar diretamente na conta do Fundo Municipal de Saúde.

O Fundo Estadual de Saúde (FES) é semelhante ao Fundo Nacional de Saúde nos Estados. Ele é de responsabilidade do Secretário Estadual de Saúde e pode ter seus recursos geridos por uma diretoria-executiva. Esta diretoria tem como função a administração financeira, a contabilidade, o planejamento, a programação, o orçamento e o acompanhamento dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde, em conjunto com as áreas financeiras, contábil e de planejamento dos Estados (CONASS (GAF), 2011).

A finalidade do Fundo de Saúde é obter a eficiência no planejamento, orçamentação, contabilização, controle e uso dos recursos financeiros pelos gestores. De acordo com o CONASS, o Fundo Estadual de Saúde tem como objetivo o financiamento de: saúde básica de média e alta complexidade; vigilância em saúde, sanitária, epidemiológica e ambiental; saneamento básico; e controle ao meio ambiente e ao ambiente de trabalho.

A Lei N° 8080/ 1990 conferiu à esfera federal do SUS a responsabilidade pela elaboração do planejamento estratégico nacional do sistema público de saúde em conjunto com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal. Na prática, somente em 2006 o Ministério da Saúde passou a ter processo integrado de planejamento na área de saúde. Até esta data, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal tinham que usar as informações geradas pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para planejar as ações em saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Durante todo o período de existência do SUS, foram criados dispositivos legais, estabelecidas normas operacionais, desenvolvidas ferramentas de gestão e aperfeiçoados critérios de controle para fortalecer e melhorar a operação do sistema público de saúde, entretanto, até 2006, o Ministério da Saúde carecia de um sistema interno para suportar a sua gestão estratégica. Um sistema integrado com características próprias para planejar, controlar e aperfeiçoar as operações e os serviços públicos de saúde oferecidos à população. Na época, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão possuía sistemas eficientes e mecanismos

legais para auxiliar os gestores públicos, tais como: planejamento plurianual, diretrizes orçamentárias e orçamento anual. Contudo, estas ferramentas de gestão não eram apropriadas para o gerenciamento de uma operação impar com características tão específicas como as do sistema público de saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Desta maneira, com fins de desenvolver uma solução de gestão customizada ao setor de saúde, o Comitê Interdisciplinar de Informações para a Saúde que trabalhou no Plano Nacional de Saúde 2004/ 2007 estudou durante dois anos o tema: monitoramento do Plano Nacional de Saúde. Em outubro de 2006, o resultado deste estudo foi submetido ao Ministério da Saúde, tendo como pontos principais: a necessidade do SUS ter uma visão sistêmica no planejamento das suas operações e de seus serviços de saúde; e a importância do Plano de Saúde para suportar a gestão (Ministério da Saúde, 2010).

2.2.1 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A Constituição (1988) ao conceber a Seguridade Social definiu a responsabilidade e a participação da União, Estados, Municípios e Distrito Federal no seu financiamento (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Assim, a Seguridade Social nascia com uma forte percepção dos direitos sociais intrínsecos à cidadania, agregando saúde, previdência e assistência. Ela continha propostas sugeridas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e por meio de um conjunto de políticas econômicas e sociais reconhecia o direito à saúde da população e o dever do Estado em fornecê-la (Paim J. S., 2013).

Em 1985, a restauração do ambiente democrático no país gerou diversos conflitos entre os atores envolvidos na reforma da saúde. Estes conflitos eram decorrentes das propostas assistencialistas e universalizantes que exigiam muita atenção do Governo Federal com a finalidade de resgatar a dívida social dos governos militares (Paim J. S., 2013).

Anteriormente a Constituição (1988), não existia a garantia do direito à saúde para a população brasileira. Os serviços de saúde eram realizados pela Previdência Social por meio do INAMPS. Os serviços prestados à população rural e urbana tinham abrangência nacional. Entretanto, 70% de seus serviços eram contratados com o setor privado. Todos estes contratos eram firmados e centralizados na esfera federal (Santos, 2010).

O acesso à saúde está assegurado pela Constituição (1988) em seu Art. N° 196, conforme descrito em (Governo Federal, 1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O conceito da igualdade no atendimento à saúde para todos, esbarrou com o modelo histórico de um sistema de saúde diferenciado e segmentado para atender à população. Assim, é preciso entender quais eram as forças políticas existentes no país, antes da criação do SUS, e de que forma elas incentivaram o crescimento das redes de produção, o gerenciamento da assistência à saúde e promoveram a institucionalização de diversas alternativas, permitindo a estruturação dos interesses do setor privado na saúde e a sua preponderância nos processos decisórios subsequentes (Menicucci, 2009).

No momento da criação do SUS, o ambiente político do país demandava a participação dos diversos setores da sociedade civil para a elaboração da Constituição (1988), assim, a descentralização do Estado era um componente vital, inclusive para compensar a centralização e repressão do governo militar. A arquitetura organizacional de conselhos de saúde nas três esferas de governo com capilaridade e abrangência nacional era visto como o modelo mais apropriado para o Brasil. Esse modelo garantia a representação política da população no processo decisório da saúde e permitia agir de acordo com as diferentes características epidemiológicas de cada população local (Batagello, Benevides, & Portillo, 2011).

Embora o processo de descentralização seja considerado vital, no sistema público de saúde a descentralização aconteceu na operação envolvendo as três esferas de governo, entretanto, o controle continuava com o Governo Federal, onde, a União não intervira na saúde pública dos Estados e Distrito Federal, desde que, estes aplicassem o mínimo exigido da receita de seus impostos (incluídas as transferências). O mesmo princípio valia para os Municípios, onde o Estado e a União tinham poder de intervir (Governo Federal, 1988).

Quando do momento da aprovação do SUS houve uma concordância geral dos parlamentares no Congresso Nacional em torno da questão. Dessa maneira, a saúde universal e integral como um direito de todos e um dever do Estado passou a fazer parte da Constituição (1988). Neste momento, estava criada a universalização da saúde como responsabilidade do Estado com a cooperação do setor privado. Entretanto, na época da criação e aprovação do SUS ignoraram e deixaram para segundo plano a questão do financiamento desta nova e ambiciosa empreitada (Marques & Mendes, 2012).

Após a Constituição (1988), o modelo de saúde centralizado na esfera federal mudou. Da mesma maneira que a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal passaram a

compartilhar responsabilidades na operação, na contratação, no financiamento, no controle e na política-administrativa da saúde pública, cada um em sua esfera de governo (Santos, 2010).

De acordo com a Constituição (1988), a União, os Estados e ao Distrito Federal tem como atribuição legislar concorrentemente sobre as políticas públicas de saúde. Aos Municípios compete prestar os serviços de saúde à população local com o auxílio técnico-financeiro da União, Estados e Distrito Federal (Governo Federal, 1988).

Vale lembrar que, na elaboração da Constituição (1988), o país vivia um ambiente de busca do Bem-Estar Social com o retorno da democracia. Parecia factível a criação de um sistema de saúde universal, integral e gratuito com recursos financiados pelas folhas de salários, pelos subsídios do Tesouro Nacional e pelas novas contribuições sociais incidentes sobre o faturamento das empresas. Além disso, ainda tinham como fontes as loterias federais e os impostos sobre o lucro das empresas (CONASS (FS), 2011).

Esta euforia na saúde durou pouco e foi abalada por acontecimentos na economia que comprometeram as fontes de financiamento do setor: a continuidade da inflação até 1994 e o crescimento inexpressivo da economia do país. Para complicar a situação do financiamento do setor, em 1993, ocorreu o fim da folha de salário como fonte de financiamento da saúde, o adiamento do pagamento da COFINS e a elevação das despesas com aposentados e pensionistas (CONASS (FS), 2011).

Desde a publicação da Constituição (1988), os temas mais divergentes são regulados por lei complementar que consomem anos de conflitos entre as partes interessadas, em especial, os representantes legais dos poderes executivo e legislativo federal (Soares & Santos, 2014).

Soares & Santos (2014) comentam que com base na Constituição (1988), no campo da saúde, foram geradas mais de sete dezenas de emendas e editadas mais de oito dezenas de regulamentações por intermédio de leis complementares. Mesmo assim, ainda faltam 30% dos artigos constitucionais para serem regulamentados.

2.2.2 Emenda Constitucional N° 29 de 2000

Houve diversas tentativas para aumentar e assegurar fontes de financiamento para a saúde pública, desde a criação da CPMF, até a aprovação da EC N° 29/ 2000 (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

O Governo Federal somente demonstrou interesse pela EC N° 29/ 2000 no momento dos debates sobre o fim da CPMF em 2007. Com o objetivo de garantir a continuidade do

tributo, ele propunha a continuidade do tributo e um aumento gradativo da participação da CPMF no financiamento da saúde. Porém, a proposta apresentada pelo Governo naufragou, não tendo sido aprovada pelo Senado Federal, assim, a cobrança da CPMF não teve continuidade e deixou de ser uma fonte de financiamento para a saúde (Marques & Mendes, 2012).

Com a criação da EC N° 29/ 2000, o Governo Federal pretendia garantir recursos mínimos para a saúde pública. Como a proposta era definir os recursos mínimos, cabe ao gestor apresentar soluções orçamentárias mais atrativas para à saúde pública local a ser aprovada pelo respectivo Poder Legislativo (Ribeiro & Bezerra, 2013).

A EC N° 29/ 2000 estabelece a aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços de saúde pelos fundos de saúde para as três esferas de governo, para tanto, estes fundos devem ser criados, organizados e aprovados de acordo com a legislação brasileira e com as normas operacionais do SUS. Assim, só ocorrerá transferência de recurso para pagar ações e serviços de saúde se houver Fundo de Saúde e Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde (CONASS (GAF), 2011).

Na emenda as três esferas federativas participam do financiamento das ações e serviços de saúde no país (Fundação Oswaldo Cruz, 2012). Além disto, estabeleceu as regras para os aportes de recursos a serem cumpridos pelas esferas governamentais, da seguinte forma: o Governo Federal, em 2000 aplicaria o mesmo valor de 1999, acrescido de no mínimo 5%. Nos anos seguintes aportaria o valor do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); o Governo Estadual e Distrito Federal, a regra era aplicar em 2000, 7% de suas receitas. Este percentual deveria chegar em 12% até 2004; e os Municípios, também partiriam de 7% em 2000, chegando em 15% em 2004 (Brasil, 2000).

A Emenda começou a valer em 2000, nesse período o Governo Federal aplicava quase 60% do valor total da saúde pública. Nos anos seguintes, a participação federal foi declinando, em 2010 representava 45% do montante de recursos públicos da saúde no país. Em contrapartida, em 2000 os Estados e Distrito Federal contribuíam com 18,5%, em 2010 representava 26,7%. Os Municípios passaram de 21,7% em 2000 para 28,6% em 2010 (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

Uma das principais qualidades da EC N° 29/ 2000 foi envolver o Governo Federal no financiamento do SUS entre as esferas de governo e definir regras para a aplicação mínima de recursos financeiros no sistema de saúde, até o momento da regulação do Artigo 6º da Emenda pela Lei Complementar (Ministério da Saúde, 2010). Todavia, a participação do Governo Federal no financiamento da saúde foi reduzida com a EC N° 29/ 2000. A participação federal

caiu de 70% dos gastos públicos totais na década de 80 e 90 para 60% em 2000 e 50% em 2003/2004.

A EC N° 29/ 2000 foi sancionada em outubro de 2000. Ela normatizou a participação da União, Estados, Municípios e Distrito Federal no financiamento anual da saúde pública. Na entrada em vigor da lei, a União deveria aportar ao menos 5% a mais que o orçamento do ano anterior e para os próximos anos, o valor do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. A aprovação da EC N° 29/ 2000 possibilitou que os recursos federais para financiar o SUS aumentassem de 2,89% do PIB em 2000 para 3,67% do PIB em 2008, longe ainda de garantir um atendimento integral e universal (Marques & Mendes, 2012).

Se considerarmos que em 1995 dos gastos públicos em saúde realizados pelas três esferas de governo, somente a União dispendeu 1,75% do PIB para financiar a saúde. Decorridos 17 anos, em 2012, a esfera federal aplicou 1,85% do PIB em saúde, ou seja, manteve quase a mesma proporção do PIB aplicado na saúde (Mendes (2), 2013). Entre 2000 e 2011, os gastos das esferas federativas em saúde pública passaram de 2,89% para 3,91% do PIB, contudo, este aumento na participação dos gastos públicos foi originado pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, a União manteve constante sua participação no setor. Em 2000, os Estados e Distrito Federal passaram de uma participação de 0,54% do PIB para 1,0% em 2011 e, os Municípios de 0,6% do PIB para 1,16% no mesmo período (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

Se compararmos o financiamento da saúde feito pela União, em relação à Receita Corrente Bruta (RCB), o Governo Federal aplicava em 1995, 11,7% em saúde. Já em 2011, aplicava apenas 7,5% da RCB. Pelo critério da RCB, durante a década de 2000, o governo deixou de investir R\$ 180 bilhões em saúde quando confrontado com o critério do PIB (Mendes Á., 2013).

O Governo Federal acredita ser inviável a proposta que tramitava no Congresso Nacional para estabelecer o critério de 10% da RCB para ser aplicado em saúde, pois representaria um aporte adicional de R\$ 190 bilhões em seis anos, este valor representaria quase 70% do recurso orçamentário para despesas não obrigatórias do Governo (Altafin, 2013).

A falta de articulação em torno da defesa do SUS comprometeu algumas conquistas e os níveis de procura por financiamento. A influência da Constituição (1988) não gerou apelo suficiente para aumentar os recursos financeiros para atendê-la. Ainda que os recursos financeiros não sejam suficientes, a EC N° 29/ 2000 trouxe algum progresso no tema do financiamento da saúde (Gomes, 2014).

2.2.3 Lei Complementar N° 141 de 2012

Com o fim da CPMF em 2007, o setor público de saúde tinha a expectativa da criação de um novo tributo a Contribuição Social para a Saúde (CSS). A EC N° 29/ 2000 foi regulamentada em 2012 e correspondeu à expectativa, somente na definição das ações e serviços públicos em saúde. Ela não alterou as regras da participação federal, nem definiu uma nova contribuição. Dessa maneira, o SUS terá que discutir novas fontes de recursos financeiros para a saúde pública, para tanto, terá que conhecer melhor suas necessidades de financiamento por meio do conhecimento dos seus custos, da aplicação de seus gastos e do perfil epidemiológico da população brasileira (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

Decorridos nove anos de tramitação no Congresso foi aprovada a LC N° 141/ 2012 que regula o § 3º do Art. 198º da Constituição (1988) sobre os critérios, avaliação, controle e fiscalização sobre os valores anuais mínimos aplicados em ações e serviços de saúde pública pela União, Estados, Municípios e Distrito Federal. A Lei revogava mecanismos das Leis N° 8.080/ 1990 e N° 8.689/ 1993 (Santos,, 2012) (COFIN/ CNS, 2012).

Após a Emenda ocorreu aumento de recursos financeiros para a Saúde, entretanto, entre 2000 e 2012 os grupos ligados à saúde pública pressionavam o Governo Federal para a regulamentação da EC N° 29/ 2000 com vistas a aumentar os recursos para a área. Este grupo esperava que a regulamentação gerasse alterações nos critérios de aplicação mínima e aumentasse a participação do Governo no financiamento do setor. A própria definição das ações e serviços de saúde impediria a fuga de recursos para aplicação em áreas não relacionadas aos serviços e ações de saúde pública (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

A publicação de lei complementar era esperada na Constituição (1988) (Art. 198º, § 3º), estava inserida na EC N° 29/ 2000 que estabelecia lei complementar para rever a cada cinco anos as taxas de aplicação em saúde pelas esferas governamentais, os critérios de rateio e a fiscalização dos recursos financeiros. Após 2005, na falta da lei complementar, o disposto no ADCT (§ 4º do Art. 77º) seria adotado para a União, Estados, Municípios e Distrito Federal, assim estas disposições valeram de 2005 até 2012 até a aprovação da LC N° 141/ 2012 (Santos,, 2012).

As discussões sobre o financiamento do setor público de saúde continuaram mesmo após a promulgação da LC N° 141/ 2012, o principal ponto foi a continuidade do critério de participação do Governo Federal estabelecido pela EC N° 29/ 2000, ou seja, o montante de

aplicação federal ajustado pela variação nominal do PIB (Mendes Á. , 2015). O artigo 5º da Lei definiu que o critério para apuração da aplicação mínima da União é o valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual da variação nominal do PIB do ano anterior, o valor de aplicação seguiu o estabelecido na EC N° 29/ 2000 (COFIN/ CNS, 2012).

De acordo com a LC N° 141/ 2012 os recursos interfederativos só podem ser movimentados pelos fundos de saúde. As esferas federativas, além do Fundo de Saúde, precisam do Plano de Saúde e do Conselho de Saúde. As remessas federais para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem seguir os métodos e as regras da lei complementar. É de competência da Comissão Intergestores Tripartite, estabelecer os critérios de cálculo a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Além do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, os Conselhos e os Tribunais de Contas são os órgãos competentes que controlam o uso dos repasses financeiros. A LC N° 141/ 2012 também inseriu esta responsabilidade aos Conselhos de Saúde. Anualmente, as transferências de valores do Governo Federal devem ser publicadas (Santos,, 2012).

É preciso rediscutir os critérios técnicos e políticos das transferências de recursos federais para os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, decorrente da não regulamentação das normas legais e o não cumprimento dos dispositivos autoaplicáveis. A Portaria GM/MS N° 204, de 29 de janeiro de 2007, regulou e organizou o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados à saúde em seis blocos de financiamento de acordo com o tipo da ação e serviço pactuado: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os blocos de financiamento tinham como objetivo agregar as transferências federais reduzindo os múltiplos repasses decorrentes da grande quantidade de programas e ações específicos. Entretanto, estes blocos não solucionaram o problema de excesso de fragmentação dos repasses federais, inclusive permitiu maior liberdade aos Estados, Municípios e Distrito Federal para realocar os recursos dentro de cada bloco. Outro ponto que poderia ser melhorado, mas não foi contemplado é a equidade no repasse e divisão dos recursos federais (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

A LC N° 141/ 2012 é complexa nos aspectos orçamentários e financeiros, nas transferências entre as esferas, nos controles e na fiscalização dos recursos. Se os Estados, os Municípios ou o Distrito Federal aplicarem os recursos transferidos pela União de maneira indevida, eles serão obrigados a ressarcir estes recursos e realocá-los nas ações e serviços em

saúde corretos. O gestor pode ser punido administrativamente e legalmente de acordo com a gravidade do ato (Santos, 2012).

Talvez, a Lei N° 141/ 2012 tenha dificultado a operacionalização de uma proposta regulatória para disciplinar os mecanismos e critérios de repasses para os entes subnacionais (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

É preciso refletir se a aprovação da Lei Complementar irá efetivamente melhorar as condições da saúde no país, ou se irá piorar o cenário de subfinanciamento do SUS (Resende R. E., 2011).

2.2.4 Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria N° 399/ 2006)

Em 2004, no evento de trabalho Agenda do Pacto de Gestão foram feitas as primeiras tentativas de pactuação em torno de alguns temas da saúde pública. O Grupo de Trabalho tinha como objetivo rever normas, definir diretrizes e estabelecer metodologia para o processo de gestão do SUS. Este Grupo era formado por integrantes do CONASS, Conasems e do Ministério da Saúde e trabalhavam em busca de soluções consensuadas. No documento aprovado pelo CIT, em agosto de 2004, constavam os princípios para a reformulação da Gestão do SUS: equidade do atendimento; integralidade da atenção; acesso universal; envolvimento social e controle público; organização do sistema pelo critério da necessidade; processo de descentralização com direção única; hierarquização e regionalização cooperativa; e alocação de recursos pelo critério da necessidade (CONASS (SS), 2011).

Foi entendimento dos gestores estaduais de saúde envolvidos nos trabalhos de formulação do pacto que o SUS precisava de um modelo de gestão que abrangesse a diversidade demográfica e epidemiológica existente em nosso país. Este modelo deveria ser adequado às características sanitárias de cada estado e região. Assim, dentro de uma mesma região geográfica contendo um agrupamento de municípios limítrofes com infraestrutura de comunicação e de transportes compartilhados, as políticas, os programas e os serviços de saúde seriam organizados e integrados para garantir a universalidade do acesso, a equidade e a resolutividade de acordo com os princípios do SUS (CONASS (SS), 2011).

Este novo modelo de gestão precisaria contemplar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira que demandava um modelo mais abrangente de atenção à saúde, com base na intersetorialidade e na integração das políticas públicas de saúde desenvolvidas pelas três esferas de governo. Como o Pacto pela Saúde envolvia diversos atores

que atuariam solidariamente pela promoção da atenção básica desenvolvida com base nos determinantes sociais da saúde, esta proposta poderia contribuir na obtenção deste modelo de gestão mais abrangente (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Na época os gestores de saúde das três esferas de governo entendiam que o pacto deveria abordar os objetivos sanitários do país, além de destacar a participação da sociedade na gestão do SUS. Assim, a proposta elaborada foi além do que se esperava para um acordo pela gestão do setor, ela estabeleceu um pacto pela saúde com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população e de tornar a saúde uma política de Estado, ao invés de uma política de Governo, subordinada aos interesses político-partidários. Os resultados do Grupo de Trabalho foram publicados na Portaria N° 399/ 2006 em fevereiro de 2006 e, O Pacto pela Saúde era dividido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (CONASS (SS), 2011).

Com a regulamentação do Pacto pela Saúde, pretendeu-se descentralizar a operação do SUS com foco nas regiões sanitárias e na gestão compartilhada por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Este novo modelo seria suportado por ferramentas de planejamento que refletissem as necessidades reais das localidades e proporcionassem melhorias na qualidade da gestão (MS & OPAS, 2013).

Segundo o CONASS (SS, 2011), o CGR funciona como um fórum para discutir, identificar, definir e pactuar prioridades e soluções para o setor de saúde pública, além de reconhecer a importância das Comissões Intergestores Bipartite e Intergestores Tripartite como fóruns de articulação e pactuação do sistema público de saúde. Em relação ao CGR, ele inova ao estabelecer a articulação e a pactuação entre todos os gestores estaduais e municipais pertencentes a uma mesma região de saúde, assim, as demandas locais passam a ser organizadas e estruturadas regionalmente.

Guerreiro & Branco (2011) comentam que no Pacto pela Saúde buscou-se eliminar as divergências existentes entre as ações individuais (assistência à saúde) e as ações coletivas (vigilância em saúde). Assim, tornou clara a responsabilidade solidária para todos os gestores do sistema público de saúde e estabeleceu o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) como instrumento de adesão ao pacto. Ele contém as metas e objetivos do pacto, as atribuições dos gestores e os indicadores de acompanhamento. As três dimensões do Pacto pela Saúde (Vida, Defesa do SUS e Gestão do SUS) estabelecem o TCG como o instrumento normatizador do pacto e criam o compromisso entre os gestores de saúde.

Com vistas a melhorar os critérios de financiamento, a regulação, a operação, o planejamento e o controle do sistema público de saúde, o Pacto pela Saúde, Portaria N° 399, de fevereiro de 2006, Art. 2º, sanciona as diretrizes operacionais por meio dos seguintes pactos: Pacto Pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS. As diretrizes operacionais são definidas em objetivos e metas que são documentados no Termo de Compromisso de Gestão e são desdobrados no relatório Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 (Ministério da Saúde, 2006).

O Pacto Pela Vida é composto por diversos acordos sanitários estabelecidos pelas três esferas de governo. O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo o fortalecimento do SUS mais como uma política de Estado e menos como uma política de Governo. O Pacto de Gestão do SUS define o papel da União, Estados, Municípios e Distrito Federal dentro do sistema público de saúde com a finalidade de reduzir as áreas de conflitos e aumentar a colaboração entre os gestores de saúde das três esferas de governo (Ministério da Saúde, 2006).

Três pontos importantes para a melhoria das ações e dos serviços de saúde no país são destacados no Pacto pela Saúde: 1) descentralizar as responsabilidades do Ministério da Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal; 2) desburocratizar as normas existentes; e 3) territorializar a saúde para estruturar as regiões sanitárias e organizar o sistema de saúde. Além disso, o Pacto torna explícitas as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, realça os critérios de transferência fundo a fundo entre as três esferas, agrupa o financiamento federal em grandes blocos e cria vínculos contratuais entre os entes federados (Ministério da Saúde, 2006).

Para complementar o Pacto pela Saúde e fortalecer os critérios e os processos do financiamento da saúde pública, em 29 de janeiro de 2007, a Portaria N° 204 estabeleceu os blocos de financiamento como instrumento regulador do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde. Em seu Art. 2º, define o papel dos entes federados como responsáveis pelo financiamento da saúde, de acordo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. No Art. 3º, estabelece que a composição dos blocos de financiamento seja de acordo com as particularidades das ações e dos serviços de saúde pactuados e, no Art. 4º, define os seguintes blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Cada um dos blocos de financiamento tem uma conta específica pela qual a União transfere os recursos federais, fundo a fundo (Portaria N° 204/ 2007, Art. 5º). Os recursos

transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para os blocos só podem ser gastos em ações e serviços de saúde referentes aos seus respectivos blocos de financiamento (Art. 6º). O Art. 32º, estabelece que os Estados, Municípios e Distrito Federal devem prestar contas, anualmente, ao Ministério da Saúde pelos gastos realizados em saúde e que tenham como fonte de financiamento as transferências federais aos seus respectivos fundos de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Um aspecto positivo do Pacto pela Saúde foi o redirecionamento do processo de descentralização do SUS, onde a sistemática de participação das esferas governamentais por intermédio de portarias e incentivos fiscais foi alterada pela adoção de um modelo apoiado em acordos intergovernamentais que priorizam as metas sanitárias e de gestão do sistema público de saúde. Tendo como objetivo diminuir o número de parcelas das transferências federais para os estados e municípios, além de aumentar suas autonomias dentro do sistema foram criados blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; e Gestão do SUS. Mais tarde, surgiu o Bloco Investimentos (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

O Pacto pela Gestão define o papel de cada ente federado para reduzir os conflitos dentro do sistema público de saúde, fortalecer o novo conceito de gestão colaborativa e garantir o acesso da população ao sistema público de saúde. Para isto, estabelece como prioridades: a descrição da responsabilidade sanitária para cada esfera gestora; e a definição de diretrizes para a gestão do SUS, com foco em descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho; e educação na saúde (Guerreiro & Branco, 2011).

O Pacto de Gestão abrange os princípios do SUS descritos na Constituição (1988) e na Lei N° 8.080/ 1990. Ele define a responsabilidade solidária entre os gestores das três esferas para eliminar conflitos e fortalecer o conceito de gestão compartilhada dentro do SUS. Dá andamento no processo de regionalização e descentralização por meio de diretrizes que consideram as diferenças existentes na operação de saúde nas diversas regiões de saúde do país. Propõe a desburocratização da operação e a descentralização de atividades do Ministério da Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Desta maneira, fortalece a territorialização da saúde por meio do processo de regionalização da saúde, neste processo, os estados e municípios iriam desenhar os modelos organizacionais adequados para atender as características de cada estado e região (CONASS (SS), 2011).

No processo de regionalização sanitária definido pelo Pacto, o objetivo é aumentar a efetividade do sistema de acesso aos serviços de saúde e ter suficiência de capacidade na atenção básica e na assistência de média complexidade, para tanto, é preciso considerar aspectos de economia de escala e de qualidade da atenção existentes no território geográfico. Os esforços do processo de criação das regiões e macrorregiões de saúde devem constar do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e os investimentos necessários para cumprir os acordos de regionalização devem constar do Plano Diretor de Investimentos (PDI) (CONASS (SS), 2011).

Para viabilizar o conceito de regiões sanitárias, o papel do Colegiado Regional é vital, pois ele é o órgão que delibera, pactua e coadministra de maneira compartilhada e colaborativa o sistema público de saúde da regional sanitária, para tanto, ele é composto por todos os representantes dos municípios envolvidos em uma mesma região de saúde e pelo representante do estado (CONASS (SS), 2011).

Em 2010, conforme a CIT, a União, os Estados, o Distrito Federal e 3.345 municípios tinham ingressado no Pacto pela Saúde. Além de ter sido implantado 411 Colegiados de Gestão Regional que abrangiam 5.270 municípios (MS & OPAS, 2013).

Alguns princípios de financiamento do SUS foram fortalecidos pelo pacto: as três esferas de governo são responsáveis por garantir recursos para o sistema; diminuir as injustiças na alocação de recursos na macrorregião, estado e região sanitária; e adotar os repasses fundo a fundo como mecanismo de movimentação de recursos entre as esferas e o mecanismo de blocos de financiamento para os repasses de recursos federais de acordo com o custeio das ações e serviços de saúde relacionados com cada bloco (CONASS (SS), 2011).

Embora, o Pacto pela Saúde tenha impulsionado o processo de regionalização do sistema público de saúde, ainda existe a ameaça de desagregação entre o processo de regionalização e o acordo intergovernamental entre as esferas. Ainda hoje, em muitas regiões os Colegiados de Gestão Regional estão iniciando o processo e não possuem recursos e infraestrutura adequados para gerir conflitos federativos (Fundação Oswaldo Cruz, 2012).

O Pacto pela Saúde fortaleceu a gestão do SUS, entretanto, se o Pacto contar somente com a participação dos gestores, não será possível assegurar o próprio compromisso dos gestores, o cumprimento das metas estabelecidas, a obtenção do desempenho consensualizado entre as partes envolvidas e a melhoria da operação de saúde no país. Para que ocorra a mudança esperada, é preciso um envolvimento mais amplo de diversos atores, entre eles: os gestores, os técnicos, a sociedade e as hierarquias superiores do SUS. É importante que o Governo Federal exerça seu papel na coordenação do processo e na arbitragem de possíveis conflitos entre as

partes envolvidas para manter o compromisso e a solidariedade deste modelo organizacional (Guerreiro & Branco, 2011).

2.2.5 Lei de Responsabilidade Fiscal de 2001 (LC N° 101/ 2001)

No decênio de 1990, o país convivia com dois grandes problemas em suas contas públicas: o alto endividamento público e o excessivo gasto com folha de pagamento. O descontrole dos gastos com pessoal decorria de fatores político-partidários que usavam cargos públicos como moeda de troca, em especial nos municípios. Conforme dados da Secretaria do Tesouro Nacional (citado em Santos & Santos, 2014) nos anos de 1996 até 2000 os Estados alocavam 67% de sua Receita Corrente Líquida (RCL) em despesas de pessoal e um pouco mais de 30% para investimentos e demais despesas.

Desse modo, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar N° 101, de 4 de Maio de 2001, foi elaborada em um momento de descontrole das finanças públicas onde alguns fatores contribuíam para agravar o endividamento público, como por exemplo: falta de eficiência na estrutura pública; mau comportamento dos gestores federais, estaduais e municipais perante o erário público; falta de ações planejadas, coordenadas e controladas; e longo histórico de desequilíbrio fiscal com efeitos negativos em toda a sociedade. Assim, a LRF passa a ser um marco regulatório para as finanças públicas e um código de conduta para os gestores públicos na administração e na alocação dos recursos financeiros (Santos & Santos, 2014).

A LRF define procedimentos de finanças públicas e institui responsabilidades no gerenciamento destes recursos para a União, Estados, Municípios e Distrito Federal. De acordo com o seu Art. 1º, a responsabilidade na gestão fiscal presume ações planejadas e transparentes com a finalidade de reduzir riscos e corrigir problemas que possam comprometer a estabilidade das contas públicas. Além disto, o orçamento anual das três esferas federativas deve estar alinhado e de acordo com o Plano Plurianual, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com a LRF (Art. 5º). O art. 8º da LRF destaca a obrigatoriedade da vinculação e aplicação dos recursos financeiros dos fundos com as próprias ações e serviços específicas de cada fundo (Brasil, 2014).

Regular as finanças públicas e evitar o endividamento público são os objetivos da LRF, para tanto, estabelece normas de gestão no uso dos recursos financeiros para manter o equilíbrio fiscal e previne o gestor pela má administração das contas públicas (Medeiros, Albuquerque,

Diniz, Alencar, & Tavares, 2014). Sua finalidade é regulamentar a Constituição (1988) no tocante a tributação e o orçamento. Em seu capítulo II define as normas de finanças públicas para a União, os Estados-Membros, os Municípios e o Distrito Federal (CONASS (GAF), 2011)

Em seu Artigo 1º, a LRF define normas de finanças públicas com ênfase em responsabilidade na gestão fiscal que abrange: agir de maneira planejada e transparente; prevenir riscos e corrigir desvios que possam prejudicar o equilíbrio fiscal; e assegurar o equilíbrio entre receitas e despesas. A LRF contribui com o fortalecimento das ferramentas de planejamento Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (CONASS (GAF), 2011).

Os dispositivos legais da LRF são aplicáveis nas três esferas de governo, nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (quando houver) e em todas as entidades públicas, inclusive nas organizações por elas mantidas. As regras de planejamento, de conduta, de transparência e de punição no uso de dinheiro público têm como objetivo obrigar as entidades públicas a controlar e planejar seus gastos com base na sua capacidade de pagamento e evitar o endividamento. Com a finalidade de conseguir o equilíbrio fiscal, o planejamento das despesas com base nas regras e limites definidos na LRF deve estar alinhado com a Lei das Diretrizes Orçamentárias, Plano Plurianual (PPA) e Lei Orçamentária Anual (LOA) (Santos & Santos, 2014).

Na gestão de recursos financeiros do sistema público de saúde, o SUS está subordinado à legislação existente no setor de saúde, ao mesmo tempo que está ligado a LRF. Como a LRF limita a contratação de pessoal em 50% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a União e 60% para os Estados, Municípios e Distrito Federal, acaba gerando transtornos para o SUS que despende em torno de 80% de seus recursos com pessoal (Santos L. , 2010).

Ainda deve ser considerado que estes percentuais destinados a despesas com pessoal são divididos conforme o seguinte critério: 1) União – 2,5% para o Legislativo (inclui Tribunal de Contas), 6% para o Judiciário, 0,6% para o Ministério Público, 3% para custeio do Distrito Federal e 37,9% para o Poder Executivo; 2) Estados e Distrito Federal – 3% para o Legislativo (inclui Tribunal de Contas), 6% para o Judiciário, 2% para o Ministério Público e 49% para o Executivo; e 3) Municípios – 6% para o Legislativo e 54% para o Executivo. Desta maneira, como os serviços de saúde são realizados nos municípios, eles acabam sendo penalizados pela lei, pois a LRF não considerou que a saúde e a educação são setores com custeio de pessoal muito elevado. A Saúde precisa manter pessoal em número suficiente para prestar atendimento adequado à população, entretanto, para não ultrapassar o limite percentual de gastos com

pessoal previstos na LRF e sofrer as sanções previstas na lei, os municípios terceirizam diversas atividades da saúde pública (Santos, 2010) (Brasil, 2014).

Vale considerar que, o Artigo 18º § 4º da LRF prevê a contratação de terceiros para trabalhar no setor público, a terceirização é considerada como “outras despesas de pessoal” e não entra no cálculo do gasto com pessoal por não estão inseridas nos dispositivos do Art. 169º da Constituição (1988). O Art. 20º, inc. III da LRF define os limites de gastos com pessoal dos municípios em 60% da RCL, 54% para o Executivo e 6% para o Legislativo (se houver, inclui Tribunal de Contas) (Santos & Santos, 2014).

2.3 Tomada de Decisão em Gestão Pública de Saúde

A Administração Pública garante a efetivação do Direito à Saúde por meio do cumprimento das decisões e das políticas públicas de saúde, como também, da alocação dos recursos necessários para viabilizar o atendimento das demandas da população local (Campos, 2014).

Na década de 1980, na reformulação da Federação Brasileira, o processo de descentralização do Estado deu maior autonomia às esferas subnacionais, entretanto, aumentou o controle federal. O setor de saúde foi o que adotou um modelo de descentralização mais radical. Esta maior autonomia foi o embrião do modelo de negócios do SUS, o que demandava gestores mais preparados e um processo de tomada de decisão mais consistente (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Neste mesmo período, em busca da eficiência, eficácia e efetividade operacional no setor de saúde público cogitou-se adotar as práticas de gestão da iniciativa privada. No decorrer do tempo, enquanto a iniciativa privada adotava novos modelos de gestão e melhorava o seu desempenho, os gestores públicos continuaram com práticas administrativas antiquadas o que dificulta a tomada de decisão (Santos, 2010).

Como os gestores de saúde são os agentes políticos com poder de escolha dos seus atos administrativos e, para realizar suas funções precisam ter a autonomia para decidir e cumprir as políticas públicas com fins de assegurar o direito à saúde da população sob sua responsabilidade, para tanto, necessitam ter capacitação e adotar práticas de gestão atuais para o processo de tomada de decisão (Campos, 2014).

Ainda que, nem todos os gestores tenham o conhecimento técnico-político para suportar o processo decisório, no conselho de saúde, é preciso que todos sejam ouvidos e suas colocações

apreciadas para evitar a predominância das opiniões de alguns sobre as demais. Para tanto, as ferramentas de gestão e as informações para o processo de avaliação e decisão devem ser colocadas à disposição de todos os conselheiros de maneira diferenciada de acordo com a capacidade de entendimento de cada um (Ramos, et al., 2012).

Como os recursos públicos são limitados, o desafio para o gestor público é administrar os recursos eficientemente para alavancar os níveis de desenvolvimento socioeconômico desejados. Esta tarefa torna-se mais complexa quando são consideradas as demandas, prioridades e recursos de cada município (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

O Estado intervém na economia para gerar o crescimento socioeconômico desejado, assim, desenvolve diversas atividades para garantir que a sociedade tenha acesso aos bens e serviços oferecidos pelo poder público. Os recursos financeiros públicos têm como origem os tributos pagos por toda a sociedade, então, a gestão destes recursos deve ser eficaz para suprir as demandas da própria sociedade e deve ser eficiente para que estas demandas sejam atendidas de maneira racional e a custos reduzidos. Desta maneira, a administração eficiente dos gastos públicos é vital para o bem-estar da sociedade (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

Na administração a eficiência é considerada uma métrica de rendimento global de um sistema aberto que interage com o ambiente externo e tem como características: entradas (insumos); processos produtivos (tecnologia); e saídas (bens e serviços). Este conceito também é valido para a gestão dos recursos públicos, considerado como um sistema aberto que influencia e é influenciado pelo meio (Resende, Costa, & Ferreira, 2011)

A criação de bem-estar para a sociedade é considerado um processo produtivo. Os ciclos políticos interferem na aplicação dos recursos públicos por meio da influência sobre a função alocativa do Estado e pelo impacto na eficiência da gestão pública (Costa, Ferreira, Braga, & Abrantes, 2015).

No Brasil, o sistema tributário é retrógrado, onde além de uma tributação elevada temos uma concentração geográfica da pobreza e das oportunidades econômicas. Esta situação torna mais complexa a obtenção de eficiência na gestão dos gastos públicos e na obtenção do bem-estar da sociedade (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

Pela visão macroeconômica, as ações e os serviços de saúde devem ser eficientes por meio do controle de custos e, pela visão microeconômica, devem gerar o máximo de ações e serviços à população, com a maior satisfação possível, e ao menor custo. Uma gestão pública eficiente é a que consegue maximizar os resultados com o uso de recursos fixos ou minimizar o uso de recursos cumprindo resultados pré-determinados (Cesconetto, Lapa, & Calvo, 2008).

Quando a produtividade dos processos produtivos de uma organização é confrontada com a produtividade máxima desta mesma organização obtemos a medida de eficiência técnica. Quanto menor esta diferença, maior é a eficiência. No caso do sistema de saúde público em que os processos produtivos envolvem diversos insumos (entradas) e geram diversas ações e serviços (saídas) para a população, a medida de eficiência tem como base o bem-estar coletivo que sinaliza o equilíbrio geral entre o consumo de saúde e a produção de saúde, onde as entradas, os processos produtivos e as saídas (entrega de ações e serviços) do sistema são eficientes. Considerando as limitações dos recursos e dos processos produtivos existentes, a eficiência alocativa dos recursos é obtida pela máxima satisfação das necessidades individuais do cidadão, sem reduzir o bem-estar de outras pessoas (Cesconetto, Lapa, & Calvo, 2008).

Uma das atribuições do cargo do gestor é a tomada de decisão para mobilizar os recursos necessários na solução de problemas e/ ou na condução das operações e serviços do dia-a-dia de uma organização. Para solucionar um problema a tomada de decisão precisa desencadear ações corretivas para resolver a situação em questão, assim todas as pessoas envolvidas nestas ações precisam executar sua parte (Tanaka & Tamaki, 2012).

Assim, é importante o gestor de saúde ter conhecimento da importância de seu papel nas políticas, nas decisões e nas estratégias do SUS, além de sua participação na aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços e na assistência à saúde da população (Ribeiro & Bezerra, 2013).

Para a gestão pública em saúde, o planejamento é vital e controla as ações governamentais no setor. Por meio de seus indicadores de desempenho, ele fornece a transparência necessária da eficiência e eficácia da operação, facilita detectar os problemas sociais a serem trabalhados e permite a mudança de rota da gestão (Campos, 2014).

Assim, no processo de tomada de decisão, o gestor precisa dispor de ferramentas de planejamento e gestão. Hoje em dia, os gestores e a comunidade dispõem de informações para acompanhar as ações e serviços de saúde pública em suas localidades, uma destas ferramentas é o SIOPS, disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (Ribeiro & Bezerra, 2013).

Pela seleção dos indicadores percebe-se qual é o foco da gestão, se o gestor trabalha com indicadores que medem o nível da saúde da população, em detrimento dos indicadores de processo, o foco dele está mais nas demandas de saúde das pessoas e, menos na oferta de serviços de saúde (Tanaka & Tamaki, 2012).

É necessária uma gama diversificada de informações relevantes e disponíveis no tempo certo para que os gestores de saúde desenvolvam adequadamente seu trabalho, tais como: registros médicos; atividades operacionais; financeiras; instalações médicas; folha de pagamento; pesquisas populacionais; literatura científica; etc. Um bom sistema de informações do setor de saúde, com abrangência nacional, pode contribuir com a melhoria das decisões e com o desempenho dos profissionais (Organização Mundial da Saúde, 2007).

Algumas variáveis estão envolvidas no processo de tomada de decisão, entre elas: a avaliação das diversas informações relacionadas com a decisão; a disponibilidade de recursos; o custo-benefício das ações a serem desenvolvidas; e, principalmente, o suporte político necessário para aprovar e sustentar o plano de ação (André & Ciampone, 2008).

As organizações desenvolvem e usam informações em três dimensões: 1) interpretação das informações considerando o ambiente do negócio para entender a operação; 2) criação de conhecimento com base na experiência do grupo de trabalho com objetivo de melhorar a operação; e 3) seleção e colocação em prática de ações estratégicas para preparar a operação aos desafios do futuro, ou seja, a inteligência estratégica da organização (Tarapanoff, 2006).

Inteligência estratégica, informação e conhecimento podem mostrar novos rumos para a organização e inovar a operação. Estas três variáveis existentes nos processos de gestão atuam na tomada de decisão e no planejamento estratégico. Entretanto, uma atitude passiva dos gestores frente às informações compromete a inteligência estratégica da organização, esta por sua vez, se mal conduzida, compromete a evolução dos sistemas de informações internos para suportar a operação e a construção da visão de futuro (Tarapanoff, 2006).

Qualidade da gestão e do processo decisório melhora com a adoção de supervisão, de auditoria e do retorno das informações para os colaboradores internos. Como no setor de saúde, os gestores locais tem uma agenda lotada, a supervisão é relegada ao segundo plano e não é colocada em prática. Em sistemas de saúde descentralizados a supervisão é mais importante do que nos sistemas centralizados (Organização Mundial da Saúde, 2007).

Em saúde, o processo de avaliação da operação precisa estar alinhado com o tema que será analisado: demandas de saúde das pessoas, problemas de saúde da região, atores com poder de decisão, profissionais envolvidos, políticas de saúde, estratégias e prioridades da saúde pública local (Tanaka & Tamaki, 2012).

É importante que os gestores locais tenham alguma autonomia para decidir como aplicar os recursos financeiros em demandas de saúde peculiares à região sob sua responsabilidade. Esta prática aumenta o desempenho do pessoal e reduz o tempo de resposta a um problema de

saúde específico e localizado. O gestor para ter bom desempenho precisa ter algum tipo de controle sobre dinheiro e pessoal. Não adianta atribuir-lhe mais responsabilidade sem dar-lhe a autoridade necessária sobre pessoal e dinheiro da operação (Organização Mundial da Saúde, 2007).

2.4 Operação e Serviços em Saúde

Os modelos públicos de gestão são tradicionais e alicerçados em estruturas rígidas, onde a estrutura hierárquica é vertical e os processos de tomada de decisão são centralizados. No setor de saúde, os gestores trabalham em um ambiente altamente regulamentado, sem autonomia. Não possuem poder de decisão na administração de recursos humanos, nem para contratar, demitir, promover ou incentivar o pessoal no alcance de metas de produção quanti ou qualitativas (André & Ciampone, 2008).

Em contrapartida, são gerados vários problemas na prestação de serviços terceirizados na área de saúde por falta de metas claras de produção e de regulamentação adequada nas parcerias firmadas entre o Poder Público e as entidades sociais (organização social, organização da sociedade civil de interesse público, fundações privadas de apoio, entidades filantrópicas e o serviço social autônomo) (Santos L. , 2010).

No gerenciamento dos gastos públicos em saúde é preciso trabalhar com o conceito de melhoria continua em seus processos para obter melhores resultados nas operações com recursos financeiros limitados. Para isto, é preciso aprimorar o conhecimento destes gestores para que identifiquem pontos de baixo desempenho nas operações com potencial de melhoria a baixo custo. Entretanto, programas de treinamento implicam em investir mais dinheiro, no curto prazo este investimento em educação iria agravar o problema de subfinanciamento no setor de saúde (Batalha, 2014).

No sistema público de saúde, a capacitação dos gestores é uma necessidade de todas as esferas de governo, por exemplo: nos Municípios, os gestores precisam ter conhecimento adequado no gerenciamento integrado de diferentes recursos organizacionais e na capacidade de liderar e motivar equipes, com o objetivo de melhorar a eficiência da operação de saúde da localidade. Assim, para obter-se localmente a eficiência nas ações e serviços de saúde é preciso ter um modelo de gestão capacitado e customizado as características do próprio local (André & Ciampone, 2008).

Desde a criação do SUS quatro tópicos referentes à gestão têm demonstrado serem críticos para o sucesso do organismo: a descentralização da operação; o financiamento das ações e serviços de saúde; o controle social dos beneficiários do sistema; e os recursos humanos para viabilizar a saúde pública no país. Dentre eles, recursos humanos é o tópico mais complexo (Ministério da Saúde, 2000).

Segundo os Princípios e Diretrizes NOB RH – SUS (Ministério da Saúde, 2000), os gestores do SUS em suas três esferas de atuação tem como responsabilidade: estabelecer parcerias com o setor de educação. Em conjunto com os dirigentes das instituições de ensino, podem desenvolver programas de formação de pessoal adaptados as realidades locais das operações de saúde municipais, estaduais e federais.

Desta maneira, o Gestor Federal do SUS, em conjunto com o Ministério da Educação, pode propor as linhas mestras curriculares para o ensino em saúde. O processo de implantação dos programas de formação deve ser descentralizado por meio das escolas de saúde e deve contemplar os seguintes tópicos: gestão dos serviços; perfil epidemiológico; territorialidade; e nível de escolaridade dos participantes de cada localidade (Ministério da Saúde, 2000).

Semelhante à esfera federal, o processo de formação de pessoal é descentralizado, assim, os Gestores Estaduais e Municipais do SUS devem criar condições para que as instituições de ensino participem dos programas de formação de profissionais da saúde em suas localidades. Esta formação contempla, desde a educação fundamental até os cursos de pós-graduação, além de programas de educação permanente. O plano anual de formação dos profissionais em saúde deve ser elaborado pelos gestores das três esferas e ser formalizado no Programa Institucional de Educação Permanente (Ministério da Saúde, 2000).

Em geral, o processo de descentralização das operações do sistema público de saúde gera divergências, o mesmo não ocorre no financiamento do sistema, pois, neste tema, a esfera federal tem um poder grande, em parte, devido à centralização das políticas e fontes financeiras (Barbosa, 2013).

Um aspecto negativo da descentralização no plano de investimentos do setor brasileiro de saúde é que não existe uma lógica econômico-financeira alinhada com uma estratégia nacional de médio e longo prazo na busca da efetividade da saúde pública, um exemplo disto é que, em muitas localidades são realizados investimentos em pequenos hospitais por influência política. Entretanto, estes investimentos não são economicamente viáveis. Decisões com cunho somente político prejudicam a adoção de um plano de investimentos planejado e consistente com os interesses da saúde pública. Este tipo de iniciativa continua a ser praticada por decisão

dos políticos que precisam cumprir as promessas feitas em campanha, em detrimento de um planejamento de recursos mais racional (Médici, 2011).

Se considerarmos que, em torno de 65% dos hospitais no país possuem menos de 50 leitos e 13% acima de 100 leitos. Podemos ter a ideia do reflexo da política dentro do SUS que objetiva manter instalações hospitalares em pequenos municípios, em detrimento de uma estratégia de investimentos mais consistente e coerente que valoriza os impactos socioeconômicos da decisão (Gragnolatti, Lindelow, & Couttolenc, 2013).

No Brasil, a taxa média de ocupação de leito é menor que 40%, especialmente em hospitais de pequeno porte, um desempenho bem abaixo dos padrões internacionais, além disso, em torno de 30% das internações poderiam ser evitadas e tratadas com atendimento ambulatorial se a atenção primária fosse mais eficiente (Forgia & Couttolenc, 2008).

Além do problema da dimensão das instalações, a rede hospitalar brasileira tem gestão despreparada para exercer sua função, entraves na entrega de seus serviços e qualidade de serviços questionável. Os hospitais são resistentes a qualquer tipo de mudança por: falta de sinergia entre as pessoas, fragmentação das atividades clínicas, alta dependência da clientela e quase nenhuma autonomia dos gestores (Mendes, 2011).

As falhas na cobertura de saúde decorrem do número reduzido de programas de promoção e prevenção de saúde; das falhas na cobertura, equidade, qualidade, segurança e resolutividade dos serviços; dificuldades no acesso as políticas de promoção; e deficiências no acesso a políticas de promoção, prevenção e serviços, (Médici, 2011).

No sistema de saúde público a fragmentação dificulta o acesso da população aos serviços de saúde e gera baixa resolutividade, comprometendo o seu papel na assistência à saúde. O problema da fragmentação existe, também, dentro das organizações de saúde, onde cada profissional acaba desenvolvendo seu próprio feudo, em detrimento de uma abordagem integrada mais humanizada e com menores riscos de adventos adversos. Os pontos negativos da fragmentação dos níveis de atenção e de serviços de saúde são o isolamento e a incomunicabilidade (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2010).

Médici (2011) comenta que, a assistência em saúde é ampla e possui diversos serviços que são ofertados aos usuários do sistema, assim, sua efetividade tem que ser medida para gerar melhorias nas ações e serviços de saúde. No SUS, na maior parte das unidades do país, não se consegue ter a ideia dos serviços oferecidos, dos estoques de medicamentos, da capacitação do pessoal, dos equipamentos necessários para a operação, do horário de funcionamento e da população atendida pelo local.

Em relação ao acesso dos usuários ao sistema público de saúde, o maior problema decorre da ausência de serviços próximos à residência ou município do paciente. Além disto, dois fatores contribuem para prejudicar o acesso: as longas filas de espera para o usuário ser atendido; e o número de vagas nos hospitais públicos é menor que a demanda da população (Barbosa, 2013).

Nos municípios brasileiros, a atenção básica é pouco usada pela população para ingressar na rede de serviços, assim, não funciona o processo de referência e contra referência para encaminhar o paciente aos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde (Médici, 2011).

Em 1994, com a finalidade de melhorar o acesso e os serviços de saúde concebeu-se o Programa Saúde da Família (PSF) com a meta de alcançar a equidade no sistema e reduzir as desigualdades no acesso à saúde pública. Em 1997, o PSF foi visto como uma estratégia para a reestruturação da Atenção Básica no país (Silva, Casotti, & Chaves, 2013).

De acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), mais recentemente com a Política de Atenção Básica, para garantir a efetividade de serviços deve-se perseguir o trabalho multidisciplinar voltado para as necessidades locais, considerando o diagnóstico de saúde do território, a vinculação dos profissionais de saúde e os usuários integrantes do sistema local (Silva, Casotti, & Chaves, 2013).

Desde a implantação da ESF, em muitos municípios menores e com menos recursos, foram obtidas alterações no modelo da Atenção Básica, tendo como consequência, o aumento de ações de vigilância em saúde de acordo com os profissionais e usuários do sistema da localidade. Entretanto, nos municípios maiores, a ESF estagnou, tornando-se visível os problemas decorrentes das mudanças nos serviços, entre eles: a dificuldade de acesso aos serviços especializados; o não funcionamento adequado da referência e contrarreferência; o apoio diagnóstico; e a confrontação dos Determinantes Sociais em Saúde (Silva, Casotti, & Chaves, 2013).

Como a operação e a integração dos três níveis de complexidade de atenção à saúde apresentam falhas e o processo de referência e contra referência não funciona adequadamente, o acesso ao sistema e as operações de saúde acabam funcionando isoladamente, ao invés de operar de forma estruturada e integrada (Mendes & Bittar, 2014).

Não obstante as diversidades existentes nos sistemas de saúde das regiões geográficas, dos estados e dos municípios do país, o SUS possuía normas operacionais iguais para todos. Como esta situação dificultava a qualidade da governança local da saúde pública e atrapalhava

a autonomia do gestor, em 2006, os gestores do SUS se comprometeram a construir o Pacto pela Saúde (Frutuoso, 2010).

Ao logo de sua existência, o SUS conseguiu implementar diversas ações de melhoria na sua estrutura de operação, tais como: descentralização da gestão dos serviços de saúde com maior participação dos municípios; inclusão da sociedade na definição das políticas públicas e nos controles da gestão; obtenção da cobertura universal em alguns programas (vacinação e assistência pré-natal); aquisição de novas tecnologias em saúde; e produção de insumos e medicamentos (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Entretanto, devemos considerar que alguns fatores geram baixa produtividade na operação dos serviços de saúde pública no país, tais como: integração inadequada nos níveis de complexidade do sistema (atenção primária, secundária e terciária); pouca autonomia dos gestores; falha na capacitação e na distribuição dos recursos humanos; e gestão de custos incipiente (Médici, 2011).

Um exemplo da baixa autonomia dos gestores é citado por André & Ciampone (2008), onde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no Município de São Paulo, se for preciso fechar temporariamente uma unidade para manutenção, é preciso permissão de uma instância superior e aguardar a publicação no diário oficial do município. Isto demonstra que, o sistema delega para os gestores a responsabilidade pela operação, mas não transfere o poder decisório. Assim, o gestor é responsável por colocar em prática uma decisão centralizada, entretanto, não pode alterá-la.

É preciso considerar que a rápida evolução do conhecimento médico-sanitário e das tecnologias em saúde demanda a reciclagem do pessoal, assim os profissionais de saúde precisam estar atualizados para terem um bom desempenho (Organização Mundial da Saúde, 2007). A falta de capacitação adequada aliada a um processo de gestão ineficiente, a baixa adaptação a novas tecnologias de informação e a alta rotatividade dos próprios gestores, devido ao fator político/ partidário, são obstáculos para ter-se uma gestão capacitada e motivada e de carreira (Lorenzetti, Lanzoni, Assuiti, Pires, & Ramos, 2014).

No caso de uma UBS, o gestor assume seu cargo por indicação política, em detrimento da meritocracia. Desta maneira, além dos problemas financeiros, regulatórios e operacionais corriqueiros, o gestor ainda tem que lidar com a subjetividade dos relacionamentos político-partidários que interferem na operação. Quando se inicia um novo ciclo político e um novo Prefeito é eleito, são indicadas pessoas aos cargos de confiança, inclusive em funções técnicas na área de saúde, prejudicando a continuidade das ações necessárias para manter a qualidade

da operação da saúde pública em benefício dos interesses partidários (André & Ciampone, 2008).

A qualidade das ações e dos serviços de saúde está diretamente relacionada com a capacidade dos profissionais de saúde em dominar as novas tecnologias em atenção individual e coletiva. As novas abordagens na área de saúde demandam novos perfis profissionais. Assim, é importante contar com a participação das organizações de ensino na formação de profissionais preparados para trabalhar em consonância com o SUS e nos moldes assistencialistas das Leis N° 8080/1990 e N° 8142/ 1990. Os cursos oferecidos pelo mercado deveriam também visar à formação de gestores com capacidade de “pensar fora da caixa” e com condições de desenvolver um novo modelo de gestão, além de conhecerem as prioridades de ação geradas pelo perfil epidemiológico das diversas regiões geográficas de nosso país (Ministério da Saúde, 2000).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (2007), a motivação dos profissionais de saúde é influenciada pelo nível e regularidade do pagamento; a forma como são remunerados; e outros incentivos. Eles precisam ter uma remuneração compatível com sua responsabilidade, a simples percepção de uma remuneração baixa compromete a produtividade do trabalho e o empregado passa a buscar por outras fontes complementares de renda.

No sistema de saúde público brasileiro, convivem trabalhadores das três esferas de governo e de organizações fornecedoras de serviços ao SUS, com direitos e deveres diferenciados. No ambiente de trabalho, é usual a desmotivação, a sobrecarga de trabalho, o desvio de função, a gestão antiquada e a falta de diálogo com os empregadores (Ministério da Saúde, 2000).

O desenvolvimento profissional dos gestores, a melhoria de qualidade da operação e a modernização dos serviços públicos de saúde são dificultados pela regulação dos serviços de referência regional; ausência de objetivos claros de produção; qualidade; e mecanismos de avaliação (Mendes & Bittar, 2014).

Em alguns estados e municípios, o setor de saúde suplementar tem forte presença dentro do mercado de saúde. Apesar disso, o SUS não considera estas informações da operação dos planos privados para seu processo de planejamento das ações de saúde pública, sendo que, esta é uma informação importante para entender o panorama do sistema brasileiro de saúde, bem como, planejar o sistema público de saúde. Assim, o interesse pelas informações dos planos privados é centrado no resarcimento financeiro dos serviços prestados pelo sistema público aos clientes dos convênios (Mendes & Bittar, 2014).

Existe a descentralização do planejamento e da operação em saúde pública, englobando as três esferas governamentais. Os critérios das remessas federais para a saúde dos estados e municípios é com base na procura por serviços em cada localidade, nas instalações e nas ações empreendidas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Para o SUS, a eficiência econômica na alocação dos recursos transferidos pela União para os entes federativos é mais importante que à equidade dos serviços de saúde pública (Barbosa, 2013).

O SUS analisa diversas informações financeiras das operações federais do setor para melhorar o entendimento sobre o desempenho das ações e serviços em saúde pública. Estas mesmas análises não ocorrem no âmbito das operações dos entes subnacionais, pois eles não têm o mesmo modelo de informação. Desta maneira, o SUS obtém somente uma visão parcial e não integrada dos gastos do sistema público de saúde do país. Embora os Estados, Municípios e Distrito Federal representem 50% dos gastos totais do sistema público, ficam de fora das análises (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

No tocante a gestão financeira, os controles orçamentários dos processos financeiros do SUS não tem alinhamento com os resultados, com as metas e com os objetivos pretendidos para as operações de saúde pública. Isto gera conflitos internos entre os gestores públicos e os controladores do sistema. A atividade de controle ocorre após o evento ter acontecido com vistas à punição do gestor público, ao invés de ser preventiva com a finalidade de orientar e educar o gestor para fortalecer os controles, reduzir os riscos, motivar o pessoal e melhorar o desempenho da operação (Santos, 2010).

A Portaria Interministerial N° 1.163 normatizou o SIOPS para acompanhar, fiscalizar e controlar a aplicação de recursos destinados em ações e serviços de saúde pública. A finalidade do Sistema é agrupar e estruturar informações referentes às receitas e despesas dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e da União. Os indicadores das receitas, da aplicação dos recursos e do cumprimento da EC N° 29/ 2000 podem ser acessados nos endereços <http://siops.datasus.gov.br> ou www.datasus.gov.br (Brasil, 2003)

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS tornou obrigatório para todas as esferas de governo, o preenchimento do SIOPS com as informações sobre receitas e despesas de saúde como requisito básico para habilitar-se às condições de gestão do SUS (Brasil, 2003). E a LC N° 141/ 2012 obrigou o preenchimento destas informações por meio de certificação digital o que permitiu uma maior segurança e qualidade nos dados declarados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (Paixão & Flores, 2015).

O SIOPS foi criado para suprir o Ministério da Saúde com informações mais detalhadas sobre as receitas e despesas do sistema de saúde. Até 2009, o sistema contava com 13 indicadores em três grupos: no primeiro, seis indicadores referentes à receita; no segundo, cinco sobre despesas; e no último, dois comparando receitas com as despesas. O último grupo contém o indicador que avalia o cumprimento da EC N° 29/ 2000: Percentual da Receita Própria Aplicada em Saúde Conforme a EC N° 29/ 2000 (Medeiros, Albuquerque, Diniz, Alencar, & Tavares, 2014).

O SIOPS é a principal ferramenta para coletar, processar, armazenar e organizar dados e informações sobre gastos e receitas do setor de saúde pública. Ele facilita o controle dos dispêndios em ações e serviços de saúde. A partir de 2013, após a LC N° 141/ 2012 o lançamento de dados no sistema passou a ser obrigatório para todos os entes federados. Devido à natureza declaratória dos dados informados busca-se tornar compatível estes dados com as informações orçamentárias e contábeis do ente federado, além de classificar as receitas e despesas de acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/ MF) (Paixão & Flores, 2015).

Estão disponíveis no início do segundo semestre, os dados das receitas e das despesas de saúde referentes ao primeiro semestre do ano em questão. O balanço das receitas e das despesas anuais está à disposição dos usuários no início do primeiro semestre para permitir aos gestores de saúde o rápido acompanhamento das ações e serviços em sua esfera de atuação (Medeiros, Albuquerque, Diniz, Alencar, & Tavares, 2014).

É preciso considerar que, o SIOPS é mais do que uma simples ferramenta de controle de gastos, ele constitui-se em uma ferramenta de gestão para os gestores do Fundo de Saúde e para o Conselho de Saúde, onde o sistema permite realizar análises multiníveis variadas e detalhadas envolvendo as receitas e as despesas do setor público de saúde (Brasil, 2003).

Inclusive, o SIOPS para gerar análises mais consolidadas dos gastos das três esferas de governo precisa ser alterado e adaptado para facilitar seu uso pelos gestores de saúde, porém, para tal empreitada é necessário a participação estruturada do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão em conjunto com o Ministério da Saúde, Estados, Municípios e Distrito Federal. Em relação à participação dos Municípios, é preciso considerar que muitos deles não possuem gestores com a capacitação adequada para gerenciar e controlar os recursos financeiros do sistema em sua localidade (Piola, Paiva, Sá, & Servo, 2013).

Em alguns municípios brasileiros, a escassez de recursos humanos e a falta de conhecimento dos gestores públicos com o SIOPS fazem com que terceirizem para outras empresas a atividade de inclusão de dados de saúde da localidade no sistema (Medeiros, Albuquerque, Diniz, Alencar, & Tavares, 2014).

Esta falta de capacitação dos gestores não é privilégio dos pequenos municípios, ela ocorre até em grandes cidades, conforme constatado na pesquisa de André & Ciampone (2008), onde no âmbito das UBS no Município de São Paulo, existe o despreparo dos gestores e o desconhecimento das competências básicas para administrar uma UBS. Os autores defendem a necessidade da formação acadêmica em Gestão em Saúde e da avaliação das competências básicas para promover um profissional para o cargo de gestor público no setor de saúde, como forma de elevar a eficiência dos processos e a qualidade dos serviços.

Durante anos o setor de saúde focou o desenvolvimento de competências para a prestação dos serviços técnicos médico-hospitalares, relegando para segundo plano os conhecimentos necessários para operar as atividades e os processos de suporte. Assim, hoje em dia, a qualidade do processo decisório, das operações e dos serviços fica prejudicada pela falta de capacitação do pessoal em: gestão; trabalho em equipe; negociação; contabilidade; administração; finanças; logística; compras; etc. Essa situação gerou um déficit de competências técnicas e comportamentais importantes para fornecer o suporte adequado para as atividades-fim das organizações de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2007).

2.5 Principais Construtos Usados no Estudo

Este estudo exploratório fundamentou-se nos conceitos teóricos compreendidos na literatura pesquisada sobre quatro grandes polos: 1) Fontes de Financiamento em Saúde Pública; 2) Regulação das Fontes de Financiamento, subdividido em Constituição Federal de 1988, Emenda Constitucional N° 29 de 2000, Lei Complementar N° 141 de 2012, Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria N° 399/ 2006) e Lei de Responsabilidade Fiscal de 2001 (LC N° 101/ 2001); 3) Tomada de Decisão em Gestão Pública em Saúde; e 4) Operação e Serviços em Saúde. As principais referências usadas encontram-se descritas nas Tabelas 1 a 9.

Tabela 1: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
FONTES DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
CONASS/ FS (2011)	Os problemas do financiamento público foram agravados pelos direitos sociais criados pela Constituição (1988) sem ter a garantia dos recursos.	
Mendes (2013)	O Brasil investe bem menos (% PIB) do que demais países com acesso universal. A EC N° 29/ 2000 e LC N° 141/ 2012 não solucionaram o subfinanciamento do setor.	
Mendes (2015)	Em 2014, 42% do Orçamento do Governo Federal foram para pagar a dívida pública (juros + principal) e somente 4,1% para financiar a saúde. Desde 1994, a DRU abocanha 20% das receitas da Seguridade Social o que compromete a saúde pública.	
Faveret (2002)	Para financiar a saúde pública é preciso fontes de recursos financeiros seguras e permanentes. Os gastos de um sistema de saúde público universal são significativos.	O gestor estadual aumenta seu poder de decisão para alocar recursos à medida que a disponibilidade de recursos financeiros aumenta.
Fundação Oswaldo Cruz (2012)	O financiamento do setor público de saúde sofre grande influência das decisões políticas, do cenário macroeconômico, da atuação do Brasil no panorama mundial, dos acordos institucionais e do modelo de proteção social do país.	A capacidade econômica e tributária de uma esfera subnacional aumenta ou diminui o poder de decisão alocativa dos gestores estaduais.
Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko (2011)	As fontes de financiamento do sistema de saúde brasileiro têm origem nos impostos gerais, nas contribuições sociais, nos desembolsos diretos e nos gastos das empresas com seus empregados. O SUS não dispõe de recursos financeiros suficientes para administrar o subsistema público de saúde.	

Tabela 2: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
REGULAÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Finkelman (2002)	A saúde como política de estado surgiu no início do século XX. Antes de 1930, as políticas sociais eram fracionadas e emergenciais. Os problemas de saúde eram gerenciados pelos governos locais.	
Faveret (2002)	As NOBs 01/ 1991 e 01/ 1993 regulou o papel dos municípios no sistema público de saúde. Entretanto, foi a NOB 01/ 1996 que atribuiu maior responsabilidade aos municípios.	
CONASS/ SS (2011)	O SUS é um modelo abrangente e compartilhado de gestão, onde as políticas públicas de saúde são planejadas e reguladas pelas CIB e CIT.	
CONASS/ GAF (2011)	O Fundo Estadual de Saúde (FES) é semelhante ao Fundo Nacional de Saúde nos Estados e tem como objetivo melhorar o planejamento, o orçamento, a contabilidade e o controle dos recursos financeiros.	
MS (2010)	A Lei N° 8080/ 1990 conferiu à esfera federal do SUS a responsabilidade pela elaboração do planejamento estratégico nacional do sistema público de saúde em conjunto com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal.	
Brasil (1990)	A Lei N° 8.142/ 1990 (Art. 1º, § 2º) definiu o papel do Conselho de Saúde nas decisões alocativas dos recursos financeiros, entretanto, estas decisões são legitimadas pelo representante máximo do Poder Executivo local	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão

Tabela 3: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Paim (2013)	Com a Constituição (1988), a Seguridade Social nascia com uma forte percepção dos direitos sociais intrínsecos à cidadania, agregando saúde, previdência e assistência.	
Santos (2010)	Antes da aprovação da Constituição (1988), não existia garantia do direito à saúde.	
Marques & Mendes (2012)	Com a Constituição (1988) a saúde universal e integral passou a ser uma responsabilidade do Estado, entretanto, ignoraram e deixaram para segundo plano a questão do financiamento.	
CONASS/ FS (2011)	Na elaboração da Constituição (1988), o país vivia um ambiente de busca do Bem-Estar Social, assim, parecia viável um sistema de saúde universal, integral e gratuito.	
Governo Federal (1988)	“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão

Tabela 4: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
EMENDA CONSTITUCIONAL N° 29 DE 2000

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Piola, Paiva, Sá, & Servo (2013)	Diversas iniciativas tentaram aumentar e assegurar fontes de financiamento para a saúde pública, a EC N° 29/ 2000 foi uma delas, entretanto, não resolveu o problema de recursos.	
CONASS/ GAF (2011)	A EC N° 29/ 2000 estabelece o Fundo de Saúde como unidade gestora do orçamento público em saúde. Ele é o mecanismo para aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços de saúde.	
MS (2002)	Embora a EC N° 29/ 2000 ter estabelecido as regras de aplicação dos recursos, ela não definiu quais ações e serviços de saúde seriam abrangidos pela Emenda.	
Marques & Mendes (2012)	A EC N° 29/ 2000 aumentou os recursos federais para financiar o SUS (indo de 2,89% do PIB em 2000 para 3,67% do PIB em 2008), longe ainda de garantir um atendimento integral e universal.	
Fortes (2012)	Os governos estaduais criaram estratégias para a alocação dos recursos pós EC N° 29/ 2000. A aceitação da Emenda não significou o fim da oposição dos governadores estaduais em relação ao Governo Federal.	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão
Brasil (2000)	Em seu texto foram definidos os critérios e percentuais mínimos das receitas federais, estaduais e municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde	A capacidade econômica e tributária de uma esfera subnacional aumenta ou diminui o poder de decisão dos gestores estaduais.

Tabela 5: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo

LEI COMPLEMENTAR N° 141 DE 2012

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Piola, Paiva, Sá, & Servo (2013)	A LC N° 141/ 2012 regulamentou a EC N° 29/ 2000 e não alterou as regras de participação federal no financiamento da saúde.	
Santos (2012)	Seu mecanismo financeiro apresentava complexidade para ser colocado em prática. Se o gestor estadual ou municipal aplicar os recursos federais de maneira indevida pode ser punido administrativamente e legalmente.	
Resende (2011)	O foco da EC N° 29/ 2000 e a LC N° 141/ 2012 foi o financiamento da saúde pública. Não houve preocupação com a efetividade da operação .	
CONOF/ CD (2012)	A LC N° 141/ 2012 estabelecia o percentual mínimo de aplicação em saúde pelas esferas de governo e quais seriam as ações e serviços públicos de saúde contemplados na execução da EC N° 29.	
COFIN/ CNS (2012)	O artigo 5º da Lei definiu que o critério para apuração da aplicação mínima da União é o valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual da variação nominal do PIB do ano anterior, o valor de aplicação seguiu o estabelecido na EC N° 29/ 2000 .	
		Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão
		A capacidade econômica e tributária de uma esfera subnacional aumenta ou diminui o poder de decisão dos gestores estaduais.

Tabela 6: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
PACTO PELA SAÚDE DE 2006 (PORTARIA N° 399/ 2006)

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
CONASS/ SS (2011)	Os gestores estaduais de saúde chegaram a um consenso de que o SUS precisava de um modelo de gestão que abrangesse a diversidade demográfica e epidemiológica existente em nosso país.	
MS & OPAS (2013)	O Pacto tinha como objetivo descentralizar a operação do SUS com foco nas regiões sanitárias e na gestão compartilhada por meio do Colegiado de Gestão Regional (CGR).	
MS (2006)	Em seu Art. 2º, o Pacto aprova as diretrizes operacionais por meio dos Pactos Pela Vida, Defesa do SUS e Gestão do SUS. As diretrizes operacionais são definidas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e são desdobrados no relatório Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.	
MS (2007)	Para fortalecer os critérios e os processos do financiamento da saúde pública foi aprovado os blocos de financiamento como instrumento regulador do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde.	
Guerreiro & Branco (2011)	Um dos objetivos do Pacto foi eliminar as divergências existentes entre as ações individuais (assistência à saúde) e as ações coletivas (vigilância em saúde).	
Fundação Oswaldo Cruz (2012)	Em muitas regiões os Colegiados de Gestão Regional estão iniciando o processo e não possuem recursos e infraestrutura adequados para gerir conflitos federativos	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão

Tabela 7: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL (LC Nº 101/ 2001)

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Santos & Santos (2014)	Antes da aprovação da LRF, o país convivia com alto endividamento público e excessivo gasto com folha de pagamento. O descontrole dos gastos com pessoal decorria de fatores político-partidários.	
Brasil (2014)	A LRF define procedimentos de finanças públicas e institui responsabilidades no gerenciamento destes recursos para a União, Estados, Municípios e Distrito Federal. De acordo com o seu Art. 1º, a responsabilidade na gestão fiscal presume ações planejadas e transparentes com a finalidade de reduzir riscos e corrigir problemas que possam comprometer a estabilidade das contas públicas.	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão
CONASS/ GAF (2011)	Sua finalidade é regulamentar a Constituição (1988) no tocante a tributação e o orçamento.	
Santos (2010)	A LRF limita a contratação de pessoal em 50% da Receita Corrente Líquida (RCL) para a União e 60% para os Estados, Municípios e Distrito Federal, assim, acaba gerando transtornos para o SUS que despende em torno de 80% de seus recursos com pessoal	Quanto maior a participação dos gestores com a participação dos gastos com pessoal menor será o poder de decisão dos gestores estaduais para aumentar os gastos com saúde.

Tabela 8: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
TOMADA DE DECISÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Ramos, et al, (2012)	As ferramentas de gestão e as informações para o processo de avaliação e decisão devem ser colocadas à disposição de todos os conselheiros de maneira diferenciada de acordo com a capacidade de entendimento de cada um	
Costa, Ferreira, Braga & Abrantes (2015)	Os ciclos políticos interferem na aplicação dos recursos públicos por meio da influência sobre o processo decisório e da eficiência da gestão pública .	
Cesconetto, Lapa & Calvo (2008)	Uma gestão pública eficiente é a que consegue maximizar os resultados com o uso de recursos fixos ou minimizar o uso de recursos cumprindo resultados pré-determinados.	
Tanaka & Tamaki (2012)	A tomada de decisão pressupõe desencadear ações corretivas para resolver a situação-problema, assim, todas as pessoas envolvidas nestas ações precisam executar sua parte.	
Ribeiro & Bezerra (2013)	É importante o gestor de saúde ter conhecimento da importância de seu papel nas políticas, nas decisões e nas estratégias do SUS.	
OMS (2007)	É preciso informações relevantes e no tempo certo para que os gestores de saúde melhorem suas decisões e alavanquem o desempenho de suas equipes.	
Tarapanoff (2006)	Inteligência estratégica, informação e conhecimento podem mostrar novos rumos para a organização. Entretanto, uma atitude passiva dos gestores frente às informações compromete a estratégia.	

Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão

O gestor estadual aumenta seu poder de decisão para alocar recursos à medida que a disponibilidade de recursos financeiros aumenta.

Quanto maior a participação dos gestos com pessoal menor será o poder de decisão dos gestores estaduais para aumentar os gastos com saúde.

Quanto maior o número de pessoas na faixa etária (+ 65 anos, > 1 e < 4, < 1) menor o poder de decisão.

Tabela 9: Aspectos relevantes para a construção do contexto do estudo
OPERAÇÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

(Elaborado pelo autor)

REFERENCIAL TEÓRICO (principais fontes teóricas)	ASPECTOS RELEVANTES	PRESSUPOSTOS ENVOLVIDOS
Batalha (2014)	Em saúde, os gestores precisam adotar o conceito de melhoria continua em seus processos para aumentar o desempenho da operação.	
MS (2000)	Desde a criação do SUS quatro pontos da gestão são tidos como críticos: a descentralização; o financiamento; o controle social dos usuários; e os recursos humanos. O último ponto é o mais complexo.	
André & Ciampone (2008)	No setor de saúde, os gestores trabalham em um ambiente altamente regulamentado, sem autonomia. O sistema delega para os gestores a responsabilidade pela operação, mas não transfere o poder decisório.	
Médici (2011)	Decisões com interesses políticos comprometem o planejamento da saúde pública, pois, a decisão é política com fins eleitorais em detrimento da decisão técnica-financeira mais adequada para o sistema público de saúde.	Em diferentes ambientes (contextos internos e externos) regidos pelas mesmas normas, os gestores podem adotar diferentes procedimentos no processo de decisão
Piola, Paiva, Sá, & Servo (2013)	Muitos Municípios não possuem gestores com a capacitação adequada para gerenciar e controlar os recursos financeiros do sistema em sua localidade.	O gestor estadual aumenta seu poder de decisão para alocar recursos à medida que a disponibilidade de recursos financeiros aumenta.
OMS (2007)	Durante anos o setor de saúde investiu no pessoal das atividades fins e deixou para segundo plano o pessoal das atividades de suporte. Hoje, o processo decisório fica prejudicado pela falta de capacitação dos gestores.	Quanto maior a participação dos gestores com pessoal menor será o poder de decisão dos gestores estaduais para aumentar os gastos com saúde.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1 Delineamento da Pesquisa

Em relação aos seus objetivos, é um estudo inferencial, explicativo, quantitativo e qualitativo. Neste estudo usa-se uma abordagem metodológica empírica para analisar séries históricas das alocações de gastos destinados à saúde pelos Estados e Distrito Federal em relação à EC N° 29/ 2000. O estudo utiliza dados declarados pelos 26 Estados e Distrito Federal (DF), nas diferentes fontes pesquisadas, para o período de 1998 a 2014.

O período histórico escolhido é decorrente de que a EC N° 29/ 2000 foi aprovada no ano de 2000, assim, o estudo procura entender o período anterior a Emenda, 1998 a 2000, até dezembro de 2014.

A metodologia empírica pressupõe que o fato existe e não depende de nenhuma colocação teórica ou julgamento de valor. Ela adota a própria lógica empírica, ou seja, das experiências e observações, de eventos que acontecem na realidade. Este método é um modelo de investigação científica com larga aceitação nas ciências sociais e descritivas. Possibilita reconhecer as relações e as particularidades do objeto do estudo. O método não considera as conclusões obtidas como únicas (Martins & Theóphilo, 2009).

O método empírico-analítico se desenvolve tendo como finalidade a obtenção de informações numéricas sobre uma determinada propriedade ou qualidade do objeto, processo ou fenômeno, onde são comparadas medidas conhecidas. A obtenção dos resultados é por meio de análises estatísticas, onde são avaliados os valores numéricos do objeto estudado (Martins & Theóphilo, 2009).

Este método é simples, sendo preciso identificar um problema de investigação. No caso desta pesquisa, tentou-se verificar se “os percentuais da receita líquida aplicados na Saúde estão correlacionados à capacidade de gasto de acordo com as características estruturais dos Estados e Distrito Federal”, passando pela pergunta “Quais os efeitos da Emenda Constitucional nº. 29, de 2000, nas decisões alocativas de recursos financeiros dos Estados e do Distrito Federal em relação aos gastos com saúde?”, onde acredita-se que exista uma correlação entre as variáveis estudadas (Martins & Theóphilo, 2009).

A estratégia de pesquisa é documental, a partir do momento que tenta explicar o tema proposto para este trabalho suportado pela literatura existente. Qualquer pesquisa científica

trabalha com pesquisa bibliográfica, fontes secundárias, para conhecer estudos já realizados e construir os polos teóricos (Martins & Theóphilo, 2009).

Ao mesmo tempo, a pesquisa é suportada por fontes primárias, pois trabalha com dados estruturados dentro de um novo enfoque histórico. A pesquisa documental pode usar materiais que ainda não foram analisados, ou que podem ser reestruturados de acordo com os objetivos da pesquisa (Martins & Theóphilo, 2009).

3.2 Procedimentos de Coleta de Dados

Este trabalho usa a técnica de estatística descritiva e inferencial, pois os dados coletados foram organizados, resumidos e descritos para a construção das tabelas e análises realizadas. Estes dados secundários são de domínio público e tem como fontes os bancos de dados do Governo e organização internacional de desenvolvimento. Martins e Theóphilo (2009) descrevem que dados já coletados, estruturados e armazenados em banco de dados são considerados secundários.

Para este trabalho foram coletados e/ ou tratados 9.639 dados (21 variáveis x 17 períodos x 27 UFs) e usaram as seguintes fontes públicas de coleta:

- Gastos em saúde – para o período de 2002 até 2014, os dados usados nesta pesquisa são do banco de dados do SIOPS, disponível no site do DATASUS (fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6116-dados-informados-estados-e-distrito-federal>). São dados de domínio público e servem para o monitoramento, fiscalização e controle do uso de dinheiro público em ações e serviços em saúde pública. Este banco de dados é compilado anualmente pelos próprios Estados, Distrito Federal e Municípios. De 1998 a 2001, os gastos em saúde foram obtidos no Sistema de Coleta de Dados Contábeis (SISTN) no site da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) no arquivo (pge_exec_orc_estados_1995_2013.xls), a responsabilidade das informações é das esferas federativas.
- Percentual da receita corrente líquida aplicado em saúde – nos anos de 1998, 1999 e 2000 estes dados foram coletados na tese de doutorado da Profa. Dra. Ana Cecília Faveret. Estes dados foram elaborados pelos mesmos critérios dos dados disponíveis no SIOPS, pois ela foi uma das integrantes da equipe que construiu o SIOPS (Faveret, 2002). Os dados entre 2001 a 2014 vieram do banco de dados do SIOPS.
- Os dados referentes à população dos Estados e Distrito Federal são do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em (http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao).

- Os dados sobre população idosa, entre 1 e 4 anos e menores que 1 ano são do site do DATASUS, indicadores demográficos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/base-de-dados-idb/>). Como a RIPSA possui informações até 2012, os dados de 2013 e 2014 vieram do site do IBGE. A série histórica do indicador Paridade de Poder de Compra (PPC) é da The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) no endereço http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=SNA_TABLE4.
- Os dados referentes às receitas correntes líquidas de 2000 a 2014 foram extraídos do Relatório de Receita Corrente Líquida dos Estados e Despesa Líquida Consolidada dos Estados da STN/ MF (os dados referentes aos anos anteriores não consideram eventuais alterações efetuadas pelos entes federativos posteriormente à primeira homologação e publicação no SISTN/SICONFI). Os anos de 1998 e 1999 vieram do SISTN.
- Receita tributária e transferências correntes dos Estados e Distrito Federal, de 1998 a 2013, apurada no Sistema de Informações Contábeis e Fiscais (SICONFI) do Tesouro Nacional. Em 2014, no site do SIOPS (Consulta de Receitas e Despesas Informadas – Dados Primários).
- Despesas e encargos com pessoal (liquidado) por UF de 1998 até 2013 estes dados foram apurados no STN/ MS (http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/). Os dados de 2014 são do site Compara Brasil (<http://comparabrasil.com/comparabrasil/estados/Paginas/planihaEstado.aspx?g=1>) que obtém as informações diretamente na Secretaria do Tesouro Nacional. Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação. Como os Estados de São Paulo, Tocantins, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará não tinham reportado os dados referentes a 2014, a despesa de pessoal foi apurada no relatório Balanço Geral do Estado do Exercício de 2014, obtido na Controladoria Geral do Estado dos estados.

3.3 Procedimentos e Análises dos Dados

Para avaliar os gastos com saúde frente à Emenda Constitucional, esta pesquisa está segmentada em três Etapas (conforme ilustrado na Figura 1): a primeira, refere-se à coleta de dados, conforme descrito no tópico 3.2. A segunda, referente à análise qualitativa e descritiva dos gastos com saúde nos períodos anteriores a EC N° 29/ 2000, ou seja, 1998, 1999 e 2000. A terceira, para o período de 2001 até 2014, o estudo avalia as decisões de alocação de gastos com saúde considerando a estrutura econômica, social e tributária dos Estados e Distrito Federal, para tanto, usando as seis variáveis citadas a seguir.

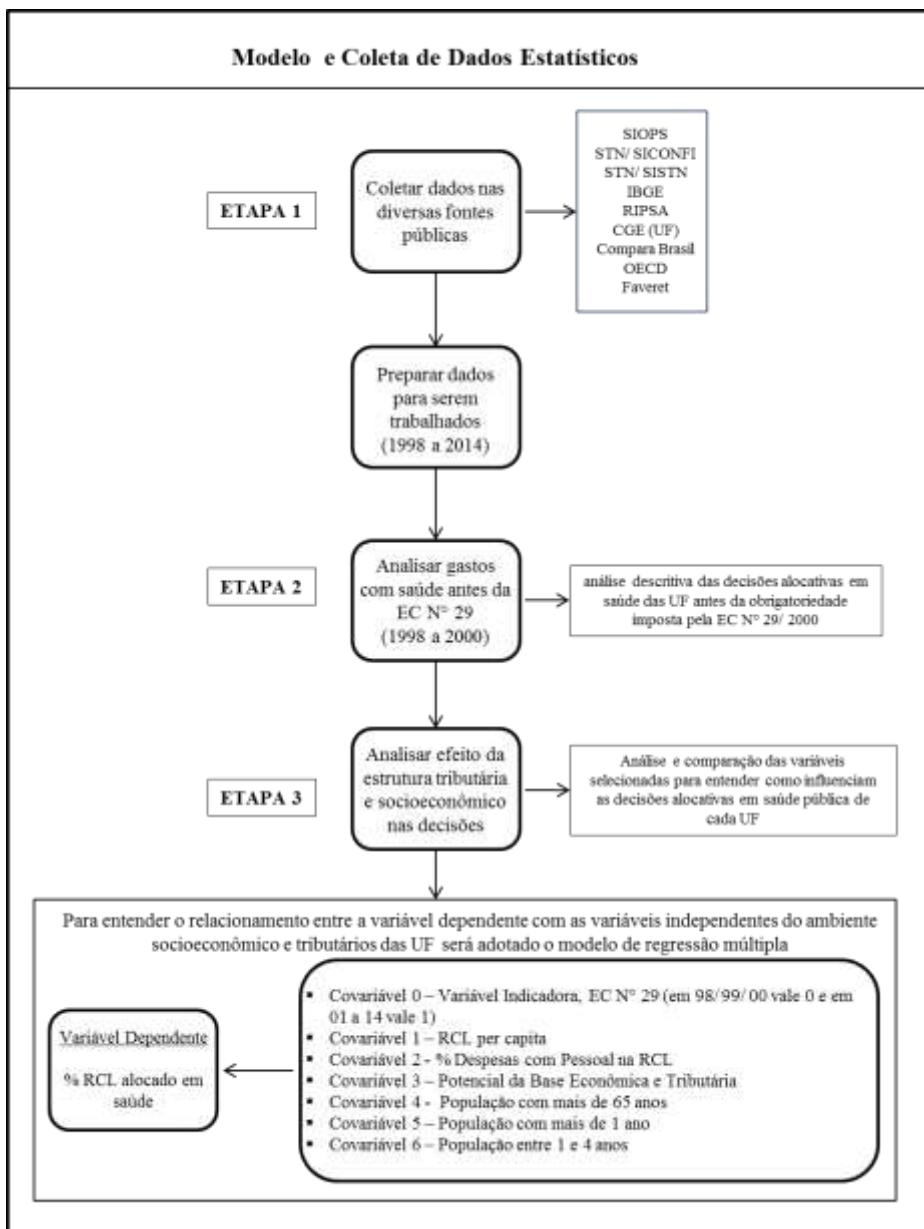


Figura 2: Modelo de coleta de dados estatísticos. Elaborado pelo autor de acordo com Fortes (2012).

Os dados dos Estados e Distrito Federal foram estruturados em uma planilha com 459 linhas (27×17) referentes a cada uma das 27 unidades subnacionais para cada um dos 17 anos (1998 a 2014). Estas linhas contém o valor de cada uma das variáveis selecionadas para o estudo:

1. Capacidade de Gasto (variável: CAPGA) – esta variável será avaliada pela receita corrente líquida per capita (total das receitas líquidas/ total da população) e convertida em dólares PPP. Ela demonstra o potencial de recursos em moeda constante por habitante em cada unidade da federação. Quanto maior este valor,

maior é a capacidade de decisão, financeira e administrativa dos gestores estaduais, em contrapartida, o inverso, também é válido.

O pressuposto desta variável é que, o gestor estadual aumenta seu poder de decisão para alocar recursos à medida que a disponibilidade de recursos financeiros aumenta (Fortes, 2012).

2. Desempenho das Bases Econômicas e Tributárias (variável: IDTEC) – esta variável será calculada através do Indicador de Desempenho Tributário e Econômico. Para cada estado, esta variável será apurada por meio da relação entre as receitas tributárias estaduais (convertidas em dólares PPP) provenientes da sua própria atividade econômica confrontada com as transferências correntes (convertidas em dólares PPP), onde inclui o Fundo de Participação dos Estados (não gerado pelas atividades produtivas dos estados) e demais transferências decorrentes da centralização do sistema tributário na esfera federal (gerados pelas atividades produtivas do estado). As transferências correntes foram selecionadas para avaliar o grau de dependência dos estados frente às transferências realizadas pelo Governo Federal. Quanto maior é o valor, menor é o impacto no caixa dos estados pela influência político-econômica no processo de tomada de decisão das transferências do Governo Federal ao Estado. Em contrapartida, quanto menor o valor, maior será a dependência do gestor estadual as decisões federais.

O pressuposto desta variável é que, a capacidade econômica e tributária de uma esfera subnacional aumenta ou diminui o poder de decisão alocativa dos gestores estaduais (Fortes, 2012).

3. Comprometimento da Receita Corrente Líquida com Gastos de Pessoal (CRLGP) – apura-se esta variável por meio das despesas com pessoal e encargos (em dólares PPP) em relação à receita corrente líquida (em dólares PPP) dos estados. Apesar de usar o critério dos 60% de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), não é o indicador informado pelos estados. Assim, a RCL é a receita corrente total dos estados, menos as transferências legais aos municípios. Como os dados de pessoal para efeitos da LRF geram conflitos e podem ter divergências, os gastos de pessoal e encargos foram calculados conforme demonstrado no Quadro 1. Como a LRF define valores

máximos com pessoal ativo e aposentado, este fator limita as decisões de contratação de pessoal dos governantes.

O pressuposto desta variável é que, quanto maior a participação dos gastos com pessoal nas receitas estaduais, menor será o poder de decisão alocativa dos gestores estaduais para aumentar os gastos com saúde (Fortes, 2012).

4. População Total de Idosos (POPID)– esta variável procura medir o impacto da estrutura etária nas decisões alocativas dos estados na saúde pública.

O pressuposto desta variável é que, quanto maior o número de pessoas acima de 65 anos em relação à população total, maiores são os gastos com saúde e menor é o poder de decisão alocativa para as outras demandas da saúde pública (Fortes, 2012).

5. População Total com menos de 1 ano (POP<1) – (idem variável 4).
6. População Total entre 1 e 4 anos (POP14) - (idem variável 4).

Contas contábeis de pessoal e encargos sociais	
3	3.1.00.00.00 Pessoal e Encargos Sociais = (4+5+6+7+8+9+10+35)
4	3.1.20.00.00 Transferências à União
5	3.1.30.00.00 Transferências a Estados e ao Distrito Federal
6	3.1.40.00.00 Transferências a Municípios
7	3.1.50.00.00 Transferências a Instituições Financeiras Sem Fins Lucrativos
8	3.1.71.00.00 Transferências a Consórcios Públicos
9	3.1.80.00.00 Transferências ao Exterior
10	3.1.90.00.00 Aplicações Diretas = (11+...+20+26+...+34)
11	3.1.90.01.00 Aposentadorias e Reformas
12	3.1.90.03.00 Pensões
13	3.1.90.04.00 Contratação por Tempo Determinado
14	3.1.90.05.00 Outros Benefícios Previdenciários
15	3.1.90.07.00 Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência
16	3.1.90.08.00 Outros Benefícios Assistenciais
17	3.1.90.09.00 Salário-Família
18	3.1.90.11.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil.
19	3.1.90.12.00 Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar.
20	3.1.90.13.00 Obrigações Patronais = (21+...+25)
21	3.1.90.13.0 FGTS
22	3.1.90.13.0 Contribuições Previdenciárias - INSS
23	3.1.90.13.0 Plano de Seg. Soc. do Servidor - Pes. Ativo
24	3.1.90.13.99 Outras Obrigações Patronais
25	3.1.90.13.X Demais Obrigações Patronais
26	3.1.90.16.00 Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil
27	3.1.90.17.00 Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar
28	3.1.90.34.00 Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização
29	3.1.90.67.00 Depósitos Compulsórios
30	3.1.90.91.00 Sentenças Judiciais
31	3.1.90.92.00 Despesas de Exercícios Anteriores
32	3.1.90.94.00 Indenizações Restituições Trabalhistas
33	3.1.90.96.00 Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado
34	3.1.90.XX.X Demais Aplicações Diretas
35	3.1.91.00.00 Aplicação Direta entre Órgãos Integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social =(36+40)
36	3.1.91.13.00 Obrigações Patronais Intraorçamentária = (37+38+39)
37	3.1.91.13.0 Contribuição Patronal para o RPPS Intraorçamentária
38	3.1.91.13.99 Outras Obrigações Patronais Intraorçamentária
39	3.1.91.13.X Demais Obrigações Patronais Intraorçamentária
40	3.1.91.XX.X Demais Despesas Pessoal Intraorçamentária

Tabela 11: Contas contábeis que entram no cálculo das despesas e encargos de pessoal para efeito do cálculo da CRLGP. Elaborado pelo autor com base na STN/ MF.

Para eliminar o efeito do tempo no valor do dinheiro, todos os dados em moeda local foram convertidos em moeda forte pelo critério da Paridade de Poder de Compra (PPC) de acordo com a Tabela 10. A PPC é uma metodologia alternativa ao uso da taxa de câmbio para medir quanto uma determinada moeda, geralmente o dólar americano, pode adquirir em termos internacionais em bens e serviços.

Paridade de Poder de Compra (PPC) para PIB - Moeda Nacional por US\$ <i>Purchasing Power Parities (PPP) for GDP- National currency per US dollar</i>			
Ano	Indicador	Ano	Indicador
1998	0,696449	2007	1,160209
1999	0,744846	2008	1,232829
2000	0,773291	2009	1,311316
2001	0,823752	2010	1,402245
2002	0,896924	2011	1,471075
2003	1,000055	2012	1,517067
2004	1,051595	2013	1,608399
2005	1,092408	2014	1,667
2006	1,125022		

Tabela 10: Elaborado pelo autor

Fonte: The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

Dados extraídos em 28/09/2015 do OECD.Stat (http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=SNA_TABLE4)

A simples conversão do PIB para uma moeda comum, no caso deste estudo em dólar, não reflete exatamente a questão de prosperidade material de um país. Como a PPC considera os rendimentos e o custo de vida de um país, a conversão em dólares PPC torna-se uma ferramenta mais robusta para avaliar o desempenho do país em termos internacionais sem que ocorram distorções provocadas pelas flutuações das taxas cambiais. A PPC permite também o cálculo de investimentos e despesas governamentais em bens e serviços (CONOF, 2013).

Serão analisadas e comparadas as variáveis com os percentuais dos gastos com ações e serviços em saúde realizados pelos Estados e Distrito Federal com os percentuais mínimos estabelecidos na EC N° 29/ 2000. Pretende-se entender quais são os efeitos da EC N° 29 e dos fatores econômicos, sociais, fiscais e demográficos sobre os percentuais da receita líquida, efetivamente, aplicados em saúde pública pelas 27 unidades da Federação.

Nas análises dos Estados e Distrito Federal as variáveis serão tratadas conforme descrito abaixo:

1. **Variável dependente** – (%RCLA) Percentual da Receita Corrente Líquida Alocada na saúde pública pelos Estados e DF de 1998 até 2014
2. **Covariável 0** – (ECN29) Emenda Constitucional N° 29/ 2000, é a variável indicadora do modelo e assume os valores 0 e 1, da seguinte maneira: em 1998, 1999 e 2000, período anterior a vigência da Emenda assume o valor 0; e após a aprovação da Emenda, entre 2001 e 2014, assume o valor 1.
3. Covariável 1 – (POPID) População Total de Idosos, com base no total da população com mais de 60 anos.
4. Covariável 2 – (POP14) População Total entre 1 e 4, com base no número de habitantes com idade entre 1 e 4 anos.
5. Covariável 3 – (POP<1) População Total com menos de 1 ano, com base no número de habitantes menores de 1 ano.
6. Covariável 4 – (IDTEC) Índice de Desenvolvimento Tributário e Econômico, mede o potencial da base econômica e tributária dos Estados e Distrito Federal.
7. Covariavel 5 – (CAPGA) Capacidade de Gasto, é a receita corrente líquida por habitante: uma das variáveis que compõem os fatores estruturais sociais, econômicos e fiscais dos estados e permite considerar diferentes ambientes de cada uma das 27 esferas federativas.
8. Covariável 6 – (CRLGP) Comprometimento da Receita Corrente Líquida com Gastos de Pessoal, participação dos gastos com pessoal na receita corrente líquida das esferas subnacionais (apesar do mesmo critério dos 60% da LRF ele é calculado com bases nos indicadores coletados e transformados em dólares PPP).

3.4 Modelo de Análise

A prova da hipótese e a apresentação dos resultados foram elaboradas por meio da aplicação de métodos matemáticos e técnicas estatísticas usadas na econometria. Como esta pesquisa está alinhada com a filosofia de um programa de mestrado profissional, este estudo apresenta um modelo prático e de fácil leitura e aplicabilidade. Assim, as análises são feitas em um texto leve, porém, consistente, e sem alongar-se nas teorias e fórmulas da Estatística. Para

tanto, o modelo é desenvolvido no software Excel 2010 com suporte do IBM SPSS Statistics 20 para rodar os dados e realizar as análises estatísticas.

Como são avaliados os dados referentes às diversas variáveis independentes contextuais dos Estados e do Distrito Federal em uma série histórica, assim, o método estatístico apropriado para as análises é a Regressão Múltipla. A figura 3 ilustra o método usado para gerar as estatísticas para avaliar a relação entre a variável dependente com as variáveis independentes do estudo.

A Regressão Linear é um modelo matemático com o objetivo de avaliar a relação existente entre duas variáveis (X e Y) e descobrir a variância existente em relação aos dados observados destas variáveis. A variável Y é chamada de variável resposta (dependente) e a variável X conhecida como variável explicativa (independente) (Meirelles, 2014).

Em ciências sociais e humanas, o método de Regressão Linear é uma das técnicas mais adotadas pelos pesquisadores. Porém, um dos seus limitadores é o fato que em diversos estudos a independência é violada, prejudicando o pressuposto principal desta técnica (Laros & Marciano, 2008).

A aplicação da técnica de Regressão tem como finalidade, a partir de um conjunto de observações, estabelecer o relacionamento existente entre uma variável resposta Y (dependente) com uma variável explicativa X (independente) por meio do uso de um modelo estatístico-matemático (Meirelles, 2014).

Quando o estudo contempla o relacionamento existente entre somente duas variáveis, ou seja, X e Y, a técnica a ser usada é a Regressão Linear Simples. Entretanto, quando trabalhamos com mais de uma variável explicativa (independente) para analisar o relacionamento com uma variável resposta (dependente), neste caso, o modelo a ser usado é a Regressão Múltipla (Meirelles, 2014).

Enquanto, a análise de Regressão Linear Simples se preocupa com o poder explicativo de uma variável independente sobre uma variável dependente, na Regressão Múltipla o foco é o poder explicativo das variações de diversas variáveis independentes sobre a variação de uma variável dependente. Assim, o mesmo método de análise da Regressão Linear Simples é usado na Regressão Múltipla, somente que neste modelo estatístico-matemático serão empregados mais de uma variável independente para avaliar as variações da variável dependente (Meirelles, 2014).

Na análise de regressão linear simples tenta-se avaliar o poder explicativo de uma variável em relação à outra, enquanto, na regressão linear múltipla procura-se analisar o

relacionamento de um conjunto de variáveis explicativas e como influenciam o comportamento de uma variável explicada (Meirelles, 2014). Sua principal utilidade, após obter a equação de regressão múltipla é gerar valores para a variável dependente com base nos valores das variáveis independentes. Para prever valores, a soma das contribuições das variáveis independentes pode ser realizada somente com as mais significativas, pois as mesmas podem ser tratadas independentemente, portanto, é possível fazer regressão linear múltipla com as componentes principais (Moita, 2004).

O método estatístico da Regressão Múltipla usa o modelo dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). Trata-se de uma técnica usada em estudos econômicos para romper a estrutura de comportamento de tendência de determinada série histórica de dados e ajustar a reta de regressão. Ela serve para estimar parâmetros de uma equação de regressão, onde a soma dos quadrados das distâncias entre os dados observados e os estimados seja a menor possível (Fortes, 2012).

Neste trabalho, o método estatístico usado para realizar as análises do modelo de regressão linear múltipla é esquematizado na Figura 3.

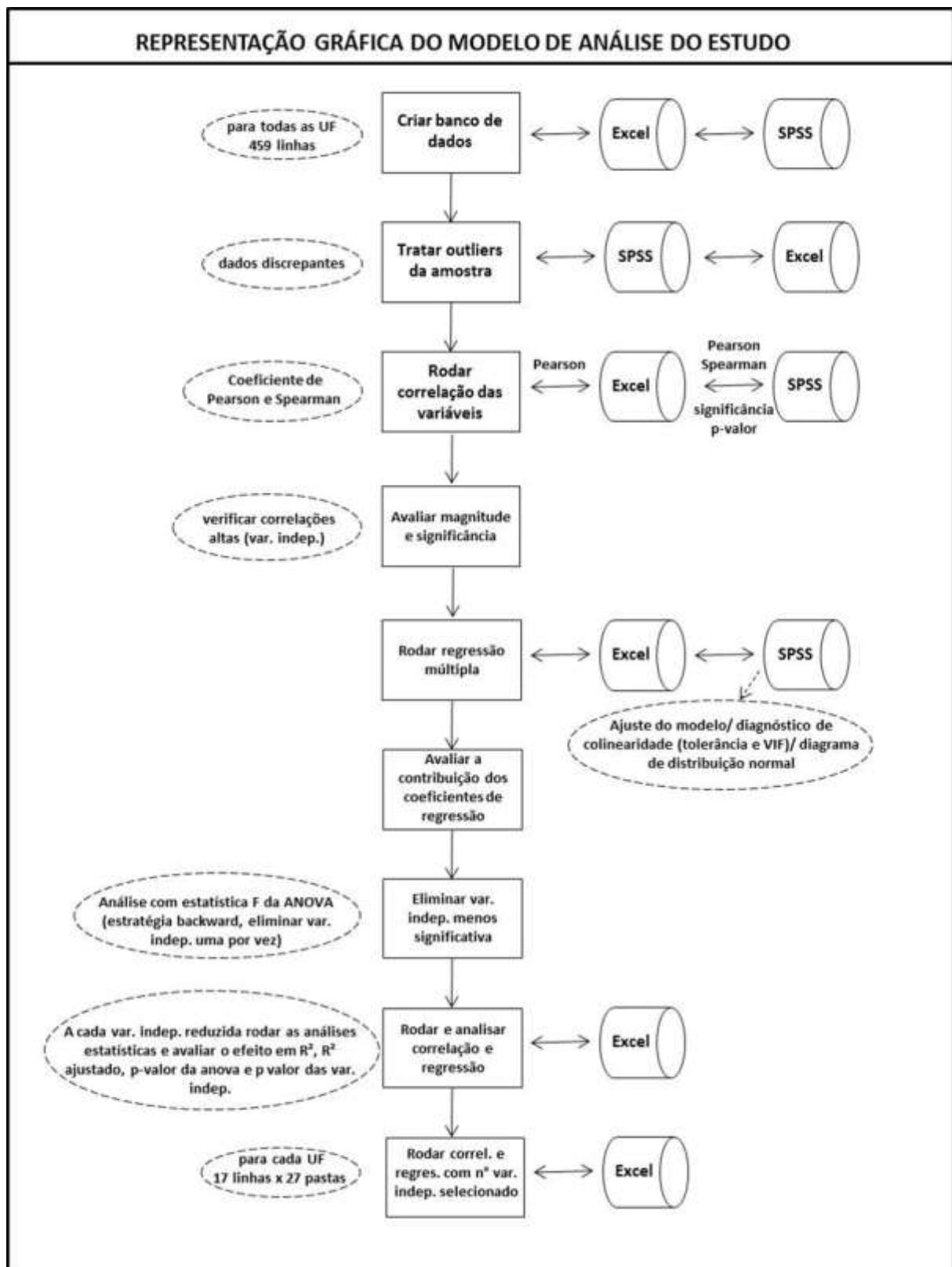


Figura 3: Representação gráfica do modelo de análise do estudo. Elaborado pelo autor com base em (Andreasi, Azevedo, & Macinelli, 2009), (Ferreira, 1999), (Viali, 2015) e (Bernal & Silva, 2012).

3.5 Limitações da Pesquisa

A não disponibilidade de todo o histórico de um dado em uma mesma fonte de dados pode comprometer as análises e conclusões deste estudo, pelo fato do histórico do dado ser montado com base em duas ou três fontes diferentes que podem adotar critérios e tempos diferentes para incluir os dados em seus bancos de dados. Assim, é importante ressaltar que os dados desta pesquisa foram obtidos de várias fontes diferentes e isto pode comprometer a própria qualidade dos dados usados no estudo. Em algumas fontes de domínio público a série histórica de uma determinada variável armazenada em seus bancos de dados abrangia uma parte do período analisado, assim, os demais períodos vieram de outras fontes.

Como os dados de saúde são inseridos no SIOPS pelos gestores estaduais e municipais e os dados constantes na Secretaria do Tesouro Nacional pelos gestores da Controladoria Geral dos Estados, se eles não refletirem adequadamente a realidade dos recursos financeiros aplicados em serviços e operações em saúde pela esfera federativa, o uso destas informações pode comprometer o estudo.

Outro fator que dificulta a obtenção de dados consistentes para um estudo aprofundado é o fato que não existe uma data limite de corte para que os gestores públicos não possam mais alterar as informações constantes nos bancos de dados do sistema. Os dados sofrem ajustes para adequar-se as alterações realizadas no decorrer do tempo, inclusive para tentar espelhar a realidade do desempenho passado.

Um ponto a ser considerado é que a Emenda Constitucional foi aprovada em 2000 e somente foi regulamentada pela Lei Complementar N° 141 em 2012, assim, durante este período de tempo os critérios de quais ações e serviços deveriam ser considerados como gastos de acordo com a Emenda ficaram sujeitos as diferentes interpretações e interesses dos gestores estaduais. Esta situação pode prejudicar a análise da variação dos gastos em saúde durante este período, ao mesmo tempo, pode reforçar o conceito de que a EC N° 29/ 2000 interferiu na maneira como os gestores tratavam os gastos com saúde.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 Gastos com Saúde dos Estados e Distrito Federal antes da EC N° 29/ 2000

No período de 1998 a 2000, anterior à promulgação da EC N° 29/ 2000, os percentuais alocados em saúde pública em relação às receitas correntes líquidas variavam muito de um estado para outro, onde cada estado adotava um critério de acordo com as decisões de seus gestores. Em 2000, o comportamento dos gestores em relação à saúde pública oscilava de um extremo ao outro, indo desde um percentual de alocação de 1,51% da RCL no Maranhão, até uma aplicação de 18,49% no Acre. Estas diferenças no perfil alocativo dos estados mostrava o desafio a ser enfrentado para adequar-se aos critérios da Emenda.

As variações nas taxas de aplicação ocorriam, também, dentro de uma mesma esfera subnacional, onde a proporção da RCL aplicada na saúde oscilava de um ano para outro. Em alguns estados estas variações anuais aumentavam bruscamente, enquanto, em outros, elas declinavam abruptamente. Esta gangorra nas taxas de aplicação mostrava a falta de critério existente no processo de alocação de recursos financeiros na saúde pública. Além de indicar a ausência de uma política coerente na saúde pública brasileira.

Como a proposta da EC N° 29/ 2000 estabelecia o mínimo de 7% aplicado em saúde no ano de seu início, em 2000, diversos estados ainda não tinham atingido esta marca: são eles: Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Sergipe, Minas, Paraná, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Destes, somente cinco atingiram a meta do percentual mínimo de 12% em 2004: Maranhão, Ceará, Sergipe, Minas Gerais e Distrito Federal.

O Estado de Rondônia, no período anterior a EC N° 29/ 2000, aplicou em saúde 132,8 milhões de dólares PPC em 1998, este valor representava 14,20% de sua RCL. Entretanto, em 2000, reduziu os gastos para 68,2 milhões de dólares PPC que significava 7,79% da sua RCL, ou seja, uma queda de -48,64% nas alocações de recursos no setor.

Em contrapartida, o Acre em 1998 aplicava 141,8 milhões de dólares PPC (19,30% da RCL) em saúde e, em 2000, apesar de ter aplicado 18,49% da RCL, queda de -4,20%, em termos de valores seus gastos aumentaram em 38,86% passando para 196,5 milhões de dólares PPC. Ainda na Região Norte, o Amazonas aumentou a participação na RCL de 13,00% em 1998 para 14,58% em 2000 (variação de 12,15%), porém o montante gasto em dólares PPP passou de 315 milhões para 139,1 milhões (variação de -55,84%), no mesmo período.

No Estado do Pará, as alterações nos gastos em saúde são visíveis, onde em 1998 era alocado 9,00% da RCL no setor de saúde e passou para 7,33% em 2000, variação negativa de 18,56%. O impacto no montante em dólares PPP foi maior, uma variação de -23,43% (492 milhões para 376,7 milhões),

Na Região Nordeste, o Maranhão era o Estado com situação mais crítica em relação à EC N° 29/ 2000 e teria que realizar um esforço maior para se adequar a nova legislação. Em 1998 aplicava 5,00% de sua RCL em ações e serviços no estado, em 1999 1,51% e em 2000 1,50%, variação de -70,00% no período. Em termos de dólares PPP gastou 62,9 milhões, 88,8 milhões e 35,9 milhões, respectivamente, em 1998, 1999 e 2000. Em 2000, Piauí, Ceará, Paraíba e Sergipe também estavam distante da exigibilidade legal de aplicação em saúde definido pela Emenda, 5,02%, 2,60%, 3,60% e 3,32%, respectivamente. Desta maneira, era grande o esforço que deveriam empreender para adequar-se ao percentual mínimo da EC N° 29/ 2000.

No ano de 1998, o Rio Grande do Norte já aplicava 15,10% da RCL em saúde, deste modo, seu esforço para acomodar-se ao percentual mínimo foi inverso, em 2000, o gasto em saúde era de 12,60% da RCL, redução de -16,56%, mesmo assim, em dólares PPP sua aplicação em ações e serviços em saúde aumentou de 245,4 milhões para 380,0 milhões.

Dos Estados do Sudeste, na época da Emenda, o Espírito Santo era o que tinha a situação mais confortável. O Estado teria que empreender um esforço menor que os demais para se adaptar as novas regras, isto porque, alocou 12,40% da RCL em 1998, 11,40% em 1999 e 13,59% em 2000. Em contrapartida, Minas Gerais estava distante da meta do percentual mínimo de aplicação, alocou em saúde 5,40% da RCL em 1998, 4,60% em 1999 e 4,78% em 2000. O Rio de Janeiro no ano de 2000 gastou 7,73% de sua RCL no setor, longe da meta, mas, melhor do que os 5,20% gastos em saúde pública em 1998. São Paulo elevou seu percentual de aplicação de 8,50% sobre a RCL em 1998 para 9,58% em 2000, uma variação no indicador de 12,71%, mas que representou um aumento de 593,5 milhões de dólares PPC na saúde do Estado, em 2000 foram gastos 4,6 bilhões de dólares PPC com o setor.

Na Região Sul do país, todos os Estados apresentavam indicadores abaixo do percentual mínimo da EC N° 29/ 2000. Na Região, Santa Catarina era o que apresentava os maiores percentuais de alocação em saúde, 8,70% em 1998, 8,60% em 1999 e 9,34% em 2000. Seguido pelo Rio Grande do Sul, 4,80% em 1998, 6,40% em 1999 e 6,82% em 2000. Em 2000, o Paraná gastou 253,5 milhões de dólares PPC a mais em saúde pública do que em 1998, não obstante o esforço, ainda aplicava somente 4,06% de sua RCL no setor.

Um exemplo do efeito das decisões dos gestores estaduais nas ações e serviços de saúde é o Estado do Mato Grosso do Sul, em 1998, aplicava 1,90% de sua RCL em saúde pública, entretanto, em 2000 aumentou seus gastos para 8,88% da RCL. Este variação na taxa percentual de 367,3% representou um aumento de 97 milhões de dólares PPC a mais nos gastos em ações e serviços de saúde.

Mato Grosso, neste período que antecedeu a Emenda, manteve a decisão de destinar ao setor de saúde um percentual bem abaixo da meta de aplicação mínima estabelecida pelo dispositivo legal. Em 1998 alocou 4,20% da RCL, 1999 2,10% e 2000 2,75%. Assim, o Estado para atender a Emenda até o ano de 2004 teria que empreender um esforço muito grande no redirecionamento de seus recursos financeiros para a saúde pública. No ano de 2004, Mato Grosso já aplicava 11,01% de sua RCL em saúde, ainda abaixo da meta legal. Para atingir os 11,01% da RCL, em relação aos gastos de 1988 foi preciso aumentar os gastos em saúde em mais 399,4 milhões de dólares PPP. O ano de 2004 comparado com 1998, os gastos em saúde variaram em 599,10%, enquanto, as receitas tributárias 145,96% e as transferências correntes 26,52% o que demonstra o redirecionamento de recursos financeiros de outros setores públicos para a saúde pública.

Goiás e o Distrito Federal mantiveram comportamentos semelhantes nos percentuais aplicados em saúde, onde o primeiro alocava 10,10% da RCL no setor de saúde em 1998 e reduziu para 7,88% em 2000, a redução de recursos financeiros foi da ordem de 59 milhões de dólares PPP. O Distrito Federal aplicava 10,30% da RCL em 1998 e esta aplicação caiu para 6,16% em 2000, porém, o estado gastou 148,3 milhões de dólares PPP a mais do que os valores gastos em 1998.

4.2 A Influência dos Fatores Contextuais nas Decisões Alocativas em Saúde

Durante nossas vidas, tomamos diversas decisões de cunho pessoal, social, familiar e profissional. Neste processo decisório intuitivo e não sistemático quase sempre não consideramos todas as variáveis que deveriam pesar em nossas decisões. Definir as variáveis que afetam as decisões frente a um fenômeno estudado e estabelecer suas relações e suas leis é o papel da ciência. Para tanto, é preciso controlar, manipular e mensurar as variáveis relevantes em cada estudo, entretanto, interpretar as informações e transformá-las em conhecimento acessível a todos é uma tarefa difícil (Moita, 2004).

Da mesma maneira, para entender como o ambiente socioeconômico interfere nas decisões dos gestores estaduais de saúde, este estudo analisou algumas variáveis preditoras e seu poder de influir na aplicação de recursos financeiros no setor de saúde público dos Estados e Distrito Federal.

As análises estatísticas realizadas referem-se ao período de 1998 a 2014 nos Estados e Distrito Federal e servem para analisar a correlação entre as variáveis estudadas e para obter a equação de regressão múltipla do modelo que estuda o comportamento das variáveis independentes contextuais e seus efeitos na variável dependente %RCLA, Percentual da Receita Corrente Líquida Ajustada.

O coeficiente de correlação linear mede o grau de correlação existente entre duas ou mais variáveis do modelo, entretanto, apesar da sua importância, ele não é condição única de que haja relação de causa e efeito entre as variáveis. Para tanto, neste estudo foram realizadas outras análises complementares à análise de correlação (Ferreira, 1999).

Se uma correlação entre variáveis é importante para nosso estudo, o próximo passo para avançarmos nas análises é gerar um modelo de regressão linear. De acordo com Ferreira (1999), adotar muitas variáveis independentes em uma análise de regressão linear múltipla acrescenta muito pouco em termos de precisão do modelo, além de tornar-se pouco funcional e muito artificial, ou seja, o modelo é ajustado à amostra estudada e pouco adequável à população.

Como a principal hipótese do coeficiente de correlação é a existência de relacionamento linear entre as variáveis, assim, o coeficiente somente serve para medir o relacionamento linear. Seu resultado deve ficar entre $0 \leq r \leq 1$, se $r = 1$ a associação linear é perfeita e se $r = 0$, não existe relação linear. Quando duas variáveis estão fortemente relacionadas e não de forma linear, o coeficiente é zero ou próximo de zero. Outra hipótese, as variáveis precisam ser aleatórias e medidas em escala de intervalos, o coeficiente não se aplica em variáveis em escala nominal ou ordinal ou manejada experimentalmente, isto porque, a seleção das variáveis experimentais pode interferir no valor do coeficiente obtido. Terceira hipótese, para cada variável X a variável Y é normalmente distribuída, ou seja, duas variáveis precisam ter uma distribuição conjunta normal (Viali, 2015). Assim, foram analisados os valores dos coeficientes para atender a primeira hipótese, como as variáveis são escalares e aleatórias atende a segunda hipótese e as variáveis apresentaram normalidade de acordo com a terceira hipótese.

No modelo de regressão múltipla pode ocorrer multicolinearidade, quando existe ótima correlação ($r > 0,70$) entre duas variáveis independentes (conforme valores da Tabela 12), pois, elas praticamente medem a mesma coisa. Este problema pode afetar os resultados do modelo

estudado (Ferreira, 1999). No estudo, algumas variáveis apresentaram o efeito da multicolinearidade, por isto, receberam tratamento para eliminar as variáveis que prejudicavam o modelo.

- r entre 0 e 0.20**: Cor. fraquíssima, independência
- r entre 0.21 e 0.35**: Cor. de fraca a razoável
- r entre 0.35 a 0.50**: Cor. de razoável a boa
- r entre 0.50 a 0.70**: Cor. boa
- r acima de 0.70**: Cor. ótima

Tabela 12: Parâmetros para os coeficientes de correlação. Elaborado pelo autor com base em (Ferreira, 1999)

Assim, para decidir se as variáveis continuam ou se uma delas é excluída deve ser avaliada sua significância (p-valor), sua influência na variável dependente (Beta, maior valor) e seu efeito de colinearidade (tolerância $> 0,1$ e fator inflacionário da variância < 10) dentro do modelo. Incluir ou não todas as variáveis independentes no estudo é uma decisão com base na significância do parâmetro de regressão de cada variável e/ ou aumento do coeficiente de explicação R^2 causado pela inclusão de variáveis (Ferreira, 1999).

Neste estudo, algumas variáveis apresentaram coeficiente de correlação alto ($r > 0,70$), então, optou-se em trabalhar com o modelo mais simples, com quatro variáveis, pois, os modelos de sete, seis e cinco variáveis não apresentaram ganhos significativos no R^2 e p-valor, conforme demonstrado nas tabelas dos quatro modelos de regressão analisados mais à frente.

Para suportar a decisão de mudar o número de variáveis do modelo existem duas estratégias: Primeira estratégia (backward/ stepback), inclusão inicial de todas as variáveis independentes ($X_1...X_n$) e avaliação da significância de cada uma delas para o modelo, então, elimina-se a variável menos significativa e gera-se uma nova análise de regressão com menos uma variável ($X_1...X_{n-1}$) até que as variáveis restantes sejam significativas. Segunda (stepwise/ forward), inclusão de uma variável independente (coeficiente de regressão mais significativo) e calcula um modelo de regressão simples, incluir uma nova variável (mais significantes das restantes) e roda um novo modelo. Continua a incluir uma nova variável e gerar um novo modelo até que não sobre variável independente (Ferreira, 1999).

4.2.1 Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Sete Variáveis Independentes

No caso deste estudo adotou-se a primeira estratégia para mudar o número de variáveis, onde no modelo inicial foram incluídas todas as sete variáveis independentes e, uma a uma foram excluídas com base em sua significância para o próprio modelo de regressão. Este processo foi repetido até chegar a um modelo final com quatro variáveis explanatórias. Assim, foram gerados quatro modelos de regressão múltipla com sete, seis, cinco e quatro variáveis explicativas. Vale ressaltar que, em um mesmo estudo com a mesma amostra de valores pode ocorrer que os modelos obtidos por uma estratégia ou por outra não sejam exatamente iguais devido à existência de uma ou mais variáveis próximas ao seu limite de significância de inclusão ou não no modelo (Ferreira, 1999).

Os dados discrepantes (outliers) foram analisados no IBM SPSS resultando em cinco outliers, entretanto, a decisão foi deixá-los dentro da amostra. As análises estatísticas realizadas para selecionar a variável independente a ser excluída do modelo estão representadas nas Tabelas 13, 14, 15, 16 e 17.

Variáveis	%RCLA	ECN29	POPID	POP14	POP<1	IDTEC	CAPGA	CRLGP
%RCLA	1							
ECN29	0,430575825	1						
POPID	-0,111500725	0,065918036	1					
POP14	-0,15198399	-0,016991584	0,942607716	1				
POP<1	-0,154490364	-0,022318094	0,940480326	0,999116226	1			
IDTEC	-0,101094162	0,053779208	0,792242051	0,724502055	0,724094313	1		
CAPGA	0,408457008	0,209583952	-0,127070767	-0,252278556	-0,252897861	-0,002278834	1	
CRLGP	0,078242723	0,298779111	0,063495757	0,018521151	0,02445499	-0,005887787	-0,023327383	1

Tabela 13: Coeficiente de correlação linear do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontada com o IBM SPSS.

Neste modelo de regressão com sete variáveis explicativas, as variáveis IDTEC, POPID, POP14 e POP<1 apresentaram um coeficiente de correlação alto ($r > 0,7$) e praticamente medem a mesma coisa, em especial as três últimas. Este resultado pode gerar problemas para as estimativas e comprometer o p-valor do modelo. A variável preditora POP<1 é a que teve maior coeficiente 0,999116226.

Pela tabela de correlação de Pearson (o método de Spearman não apresentou vantagem - realizado no IBM SPSS,) a variável que apresentou maior coeficiente foi a POP<1. Na análise de efeito de colinearidade das variáveis feita no IBM SPSS, esta variável teve uma tolerância de 0,002 (o ideal é $> 0,10$) e um fator inflacionário de variância (VIF) de 605,176 (o ideal é $<$ do que 10,00).

A correlação e a regressão buscam o relacionamento linear entre as variáveis. A análise da primeira tem como produto um número que representa o grau de relacionamento linear entre as variáveis. Já a análise da regressão fornece a equação que representa o comportamento de uma variável em relação ao comportamento de outra variável (Viali, 2015).

Assim, as análises de regressão para decidir pela exclusão da variável POP<1 do modelo de regressão deste estudo foram realizadas com base nas Tabelas 14, 15, 16 e 17.

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,558726391
R-Quadrado	0,31217518
R-quadrado ajustado	0,301499406
Erro padrão	3,163601695
Observações	459

Tabela 14: Coeficiente de explicação do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

ANOVA (analise of variance)

	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	7	2048,616508	292,6595011	29,24145839	0,0000
Resíduo	451	4513,777433	10,00837568		
Total	458	6562,39394			

Tabela 15: Análise da variância do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

Modelo 7 variáveis indep.	<i>Coeficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>
Interseção	6,5374	0,8582	7,6176	0,0000
ECN29	3,8181	0,4277	8,9272	0,0000
POPID	(0,000001)	0,0000	(1,6692)	0,0958
POP14	0,000004	0,0000	0,5237	0,6007
POP<1	(0,000008)	0,0000	(0,2696)	0,7876
IDTEC	(0,234226)	0,1302	(1,7993)	0,0726
CAPGA	0,002053	0,0003	8,1926	0,0000
CRLGP	(0,528835)	1,3059	(0,4050)	0,6857

Tabela 16: Coeficientes da equação do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

Modelo 7 variáveis indep.	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	4,8509	8,2240
ECN29	2,9776	4,6586
POPID	(0,0000)	0,0000
POP14	(0,0000)	0,0000
POP<1	(0,0001)	0,0001
IDTEC	(0,4901)	0,0216
CAPGA	0,0016	0,0025
CRLGP	(3,0952)	2,0376

Tabela 17: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

Viali (2015) explica que no modelo de regressão linear múltipla é aceito o postulado que existe uma relação entre a variável dependente (Y) com as variáveis independentes (X_n). A equação que representa esta regressão é do tipo: ($Y_i = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2+...+B_nX_n + E_i$) onde a variável resposta é função das variáveis explicativas. No estudo de variáveis deste modelo o que se busca é conhecer o relacionamento e a significância entre estas variáveis. Neste estudo, a equação da regressão múltipla do modelo é representada da seguinte maneira:

$$(\%RCLA = 6,5374 + 3,8181.ECN29 - 0,000001.POPID + 0,000004.POP14 - 0,000008.POP<1 - 0,234226.IDTEC + 0,002053.CAPGA - 0,528835.CRLGP)$$

Os coeficientes de regressão B_1, B_2, \dots, B_n do modelo medem a inclinação ou aumento na variável efeito (%RCLA) provocado pelo aumento unitário de cada uma das variáveis explanatórias X_1, X_2, \dots, X_n (ECN29, POPID, POP14, POP<1, IDTEC, CAPGA E CRLGP) (Ferreira, 1999). As variáveis independentes com coeficientes positivos contribuem para aumentar o valor de %RCLA e, inversamente, as variáveis com coeficientes negativos reduzem o valor de %RCLA.

Com base nas estatísticas do modelo, o coeficiente de explicação (R^2) do modelo explica 31,21% da variabilidade da variável explicada %RCLA em função das variáveis explicativas. E o R^2 Ajustado explica 30,15% da variabilidade da variável explicada pelas variáveis explicativas. A estatística R^2 (poder de explicação do modelo de regressão) tenta decompor a variação total prevista com a variação total não explicada pelo modelo (variação dos resíduos) da variável dependente (Y). O R^2 Ajustado tem a mesma função do R^2 , porém considera o número de variáveis independentes, O problema do R^2 Ajustado é sua variação na inclusão de variáveis no modelo, mesmo que o poder de explicação de uma variável não tenha significância,

ele aumenta o valor do R² Ajustado e prejudica os resultados do modelo (Andreasi, Azevedo, & Macinelli, 2009).

No Teste F de significância global do modelo obteve-se um p-valor < 0,5, isto representa uma evidência estatística de que ao menos uma variável independente do modelo está relacionada com a variável dependente %RCLA e pode influenciar as decisões alocativas em saúde nos Estados e Distrito Federal. Evidência significativa contra a hipótese nula (**H₀**), caso fosse aceita a hipótese nula da regressão, a equação obtida não poderia ser usada para explicar o comportamento dos percentuais da receita corrente líquida dos Estados e Distrito Federal.

Entretanto, a variável explicativa POP<1 apresentou neste modelo o pior valor de significância entre as variáveis independentes, com um p-valor de 0,7876, acima do valor ideal (p-valor < 0,05). Este resultado mostra que ela não está relacionada com a variável dependente %RCLA, apesar de seu Beta acusar uma influência de -0,525 sobre a variável dependente e deve ser excluída.

Na análise de regressão o ajuste de uma reta representa o conjunto de dados do modelo. Entretanto, o ajuste ideal da reta precisa considerar a menor distância possível em relação aos valores observados. A diferença entre esta reta ajustada e a observação do estudo representa os resíduos do modelo. Assim, o ajuste dos parâmetros do valor esperado implica em diminuir a Soma dos Quadrados dos Resíduos (Viali, 2015).

Se a Média dos Quadrados (MQ) da Regressão é significativamente maior do que a MQ Residual há evidência de que a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes é forte. No modelo de regressão linear estudado, a MQ_{regressão} obtida foi de 292,6595 e a MQ_{residual} de 10,0083 o que resultou em um F de 29,2414 o que representa uma forte relação entre as variáveis.

O Gráfico 1 mostra que o modelo satisfaz a suposição de normalidade dos erros, ou seja, a distribuição dos erros segue aproximadamente uma distribuição normal. Neste teste os resíduos tem que ter distribuição normal, como no modelo os resíduos esperados e observados seguem a tendência da reta, ele não apresenta problema de desvio de normalidade.

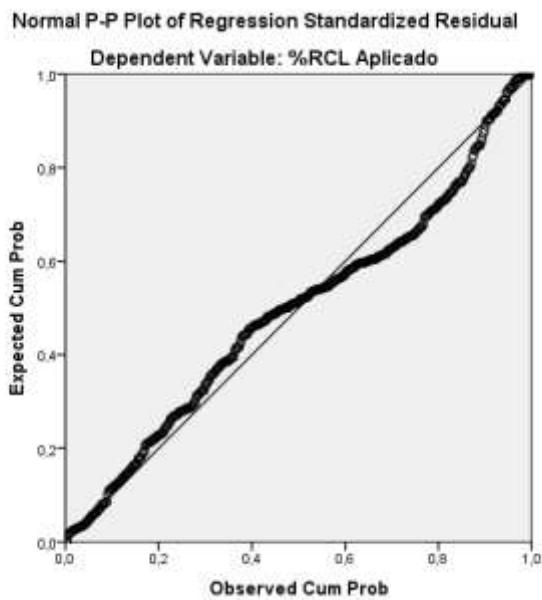


Gráfico 1: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS .

Outro método gráfico usado para avaliar problemas de regressão entre variáveis é o teste do gráfico de dispersão (scatterplot), um gráfico de pontos. Ele mostra a distribuição dos números de pares de valores numéricos escalares da amostra estudada dentro de um plano (X, Y), além de detectar dados discrepantes (outliers) que se afastam dos demais dados. No modelo com sete variáveis a dispersão dos resíduos (previstos x padronizados) são uniformes e bem distribuídos conforme mostra o Gráfico 2.

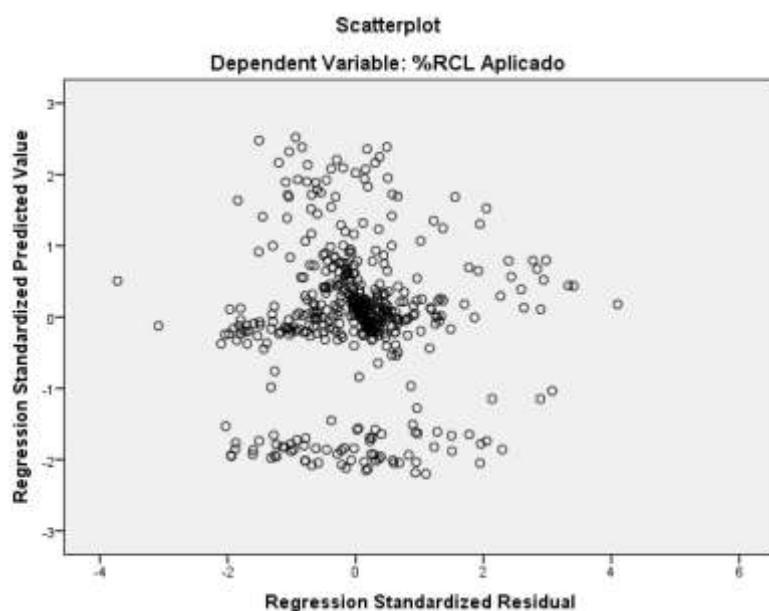


Gráfico 2: Gráfico de dispersão dos resíduos (previsto x padronizados) do modelo com 7 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS.

Com base em todas as análises realizadas com o modelo de regressão linear múltipla de sete variáveis e dele ter apresentado significância global, coeficiente de explicação razoável e ter duas variáveis explicativas (ECN29 e CAPGA) com relação significante com a variável explicada %RCLA, optou-se pela exclusão da variável independente POP<1. Assim, foi rodado o novo modelo com seis variáveis.

4.2.2 Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Seis Variáveis Independentes

As análises de correlação e regressão foram geradas no mesmo critério usado para o modelo de sete variáveis. As análises estatísticas para selecionar a nova variável independente que será ou não excluída do modelo estão suportadas nas Tabelas 18, 19, 20, 21 e 22.

Variáveis	%RCLA	ECN29	POPID	POP14	IDTEC	CAPGA	CRLGP
%RCLA	1						
ECN29	0,430575825	1					
POPID	-0,111500725	0,065918036	1				
POP14	-0,15198399	-0,016991584	0,942607716	1			
IDTEC	-0,101094162	0,053779208	0,792242051	0,724502055	1		
CAPGA	0,408457008	0,209583952	-0,127070767	-0,252278556	-0,002278834	1	
CRLGP	0,078242723	0,298779111	0,063495757	0,018521151	-0,005887787	-0,023327383	1

Tabela 18: Coeficiente de correlação linear do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

No modelo com seis variáveis explanatórias, as variáveis IDTEC, POPID e POP14 novamente apresentaram um coeficiente de correlação alto ($r > 0,7$). A variável dependente POP14 teve o coeficiente mais alto 0,942607716, basicamente, explicando a mesma coisa de POPID, assim, ela tornou-se a candidata à exclusão. No resultado do efeito de colinearidade apresentado no IBM SPSS, esta variável teve uma tolerância de 0,90 (o ideal é $> 0,10$) e um fator inflacionário de variância (VIF) de 11,139 (o ideal é $<$ do que 10,00).

A análise de regressão múltipla foi realizada com base nas Tabelas 18, 19, 20, 21 e 22 para decidir se a variável explicativa POP14 teria que ser eliminada do modelo.

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,558627155
R-Quadrado	0,312064298
R-quadrado ajustado	0,302932408
Erro padrão	3,160354902
Observações	459

Tabela 19: Coeficiente de explicação do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

ANOVA

	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	6	2047,888857	341,3148095	34,17302474	0,000000
Resíduo	452	4514,505083	9,987843104		
Total	458	6562,39394			

Tabela 20: Análise da variância do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 7 variáveis indep.	Coeficientes	Erro padrão	Stat t	valor-P
Interseção	6,568737	0,849435	7,733065	0,000000
ECN29	3,837108	0,421382	9,106012	0,000000
POPID	(0,000001)	0,000001	(1,650976)	0,099438
POP14	0,000002	0,000001	1,931977	0,053987
IDTEC	(0,236807)	0,129693	(1,825904)	0,068524
CAPGA	0,002050	0,000250	8,196903	0,000000
CRLGP	(0,601247)	1,276675	(0,470948)	0,637905

Tabela 21: Coeficientes da equação do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 6 variáveis indep.	95% inferiores	95% superiores
Interseção	4,899405	8,238069
ECN29	3,008998	4,665219
POPID	(0,000002)	0,000000
POP14	(0,000000)	0,000004
IDTEC	(0,491684)	0,018069
CAPGA	0,001558	0,002541
CRLGP	(3,110203)	1,907709

Tabela 22: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

No modelo de regressão linear múltipla com seis variáveis, a equação obtida está expressa a seguir:

$$(\%RCLA = 6,568737 + 3,837108.ECN29 - 0,000001.POPID + 0,000002.POP14 - 0,236807.IDTEC + 0,002050.CAPGA - 0,601247.CRLGP)$$

Vale lembrar que, os coeficientes de regressão B_1, B_2, \dots, B_n do modelo medem a inclinação ou aumento na variável efeito (%RCLA) provocado pelo aumento/ diminuição unitário de cada uma das variáveis explanatórias X_1, X_2, \dots, X_n (ECN29, POPID, POP14, IDTEC, CAPGA E CRLGP) (Ferreira, 1999). Desta maneira, as variáveis explicativas com coeficientes positivos aumentam o valor de %RCLA e com coeficientes negativos reduzem o valor de %RCLA. O coeficiente de explicação (R^2) do modelo com seis variáveis independentes explica 31,20% da variabilidade da variável dependente %RCLA em função das seis variáveis explicativas. E o R^2 Ajustado explica 30,29% da variabilidade da variável explicada pelas variáveis explicativas.

No Teste F de significância global do modelo obteve-se um p-valor < 0,5. A evidência é significativa e rejeita a hipótese nula (H_0) e demonstra que ao menos uma variável explicativa do modelo com seis variáveis está relacionada com a variável explicada %RCLA e pode influenciar as decisões de alocação de recursos financeiros no setor de saúde pública das esferas subnacionais.

Porém, o valor de significância da variável preditora POP14 foi de p-valor = 0,053987, acima do valor de significância aceito como ideal (p-valor < 0,05). Assim, esta variável independente não tem relacionamento com a variável %RCLA e deve ser eliminada, apesar de influenciar a variável dependente com um valor de Beta de 0,251.

No modelo com seis variáveis, a $MQ_{\text{regressão}}$ obtida foi de 341,3148 e a MQ_{residual} de 9,9878 como a média dos quadrados da regressão é significativamente maior que a dos resíduos há evidência que existe uma forte relação entre as variáveis X e Y. O F obtido no modelo é 34,1730 que representa uma forte relação entre as variáveis.

No Gráfico 3, a suposição de normalidade dos erros é confirmada para o modelo com seis variáveis independentes, ou seja, a distribuição dos erros segue aproximadamente uma distribuição normal.

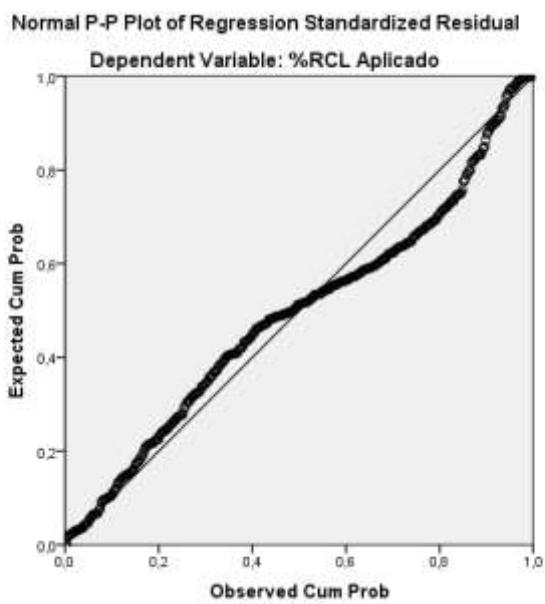


Gráfico 3: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS .

No gráfico usado para avaliar problemas de regressão entre as variáveis, o modelo com seis variáveis mostra uma dispersão dos resíduos (previstos x padronizados) uniforme e bem distribuída conforme mostra o Gráfico 4.

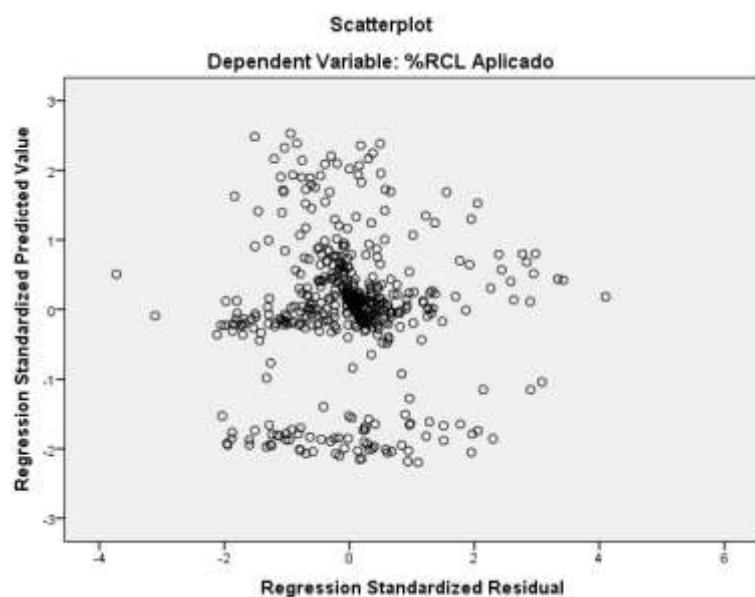


Gráfico 4: Gráfico de dispersão dos resíduos (previsto x padronizados) do modelo com 6 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS.

Desta maneira, as análises feitas com as estatísticas do modelo com seis variáveis indicam significância global, coeficiente de explicação razoável e variáveis explicativas a (ECN29 e a CAPGA) com p-valor significante e Betas (0,387 e 0,360, respectivamente) mais relevantes na influência da variável explicada %RCLA dentro do modelo. Assim, optou-se pela exclusão da variável independente POP14 e rodou-se o novo modelo com cinco variáveis.

4.2.3 Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Cinco Variáveis Independentes

A correlação linear e a regressão linear múltipla encontram-se descritas nas Tabelas 23, 24, 25, 26 e 27 e servem de base para as análises do modelo com cinco variáveis e para decisão da variável a ser excluída para a simplificação do próprio modelo.

Variáveis	%RCLA	ECN29	POPID	IDTEC	CAPGA	CRLGP
%RCLA	1					
ECN29	0,430575825	1				
POPID	-0,111500725	0,065918036	1			
IDTEC	-0,101094162	0,053779208	0,792242051	1		
CAPGA	0,408457008	0,209583952	-0,127070767	-0,002278834	1	
CRLGP	0,078242723	0,298779111	0,063495757	-0,005887787	-0,023327383	1

Tabela 23: Coeficiente de correlação linear do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

O modelo com cinco variáveis explicativas, a variável POPID continua a apresentar uma forte correlação ($r > 0,7$). Ela apresentou um coeficiente de correlação de 0,7922242051, praticamente, explica a mesma coisa que IDTEC. Ela entra na lista das variáveis a ser excluída do modelo Apesar de seu efeito de colinearidade ter sido de 0,351 para tolerância (o ideal é $> 0,10$) e de 2,844 para fator inflacionário de variância (VIF) (o ideal é $<$ do que 10,00).

A decisão de eliminar POPID foi feita com base nas Tabelas 24, 25, 26 e 27 que contém as estatísticas das análises de regressão múltipla do modelo.

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,553519151
R-Quadrado	0,30638345
R-quadrado ajustado	0,298727638
Erro padrão	3,169872332
Observações	459

Tabela 24: Coeficiente de explicação do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

ANOVA

	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	5	2010,608897	402,1217795	40,0197207	0,000000
Resíduo	453	4551,785043	10,0480906		
Total	458	6562,39394			

Tabela 25: Análise da variância do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 5 variáveis indep.	<i>Coeficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>
Interseção	7,264458	0,771642	9,414280	0,000000
ECN29	3,729806	0,418964	8,902460	0,000000
POPID	0,000000	0,000000	0,122687	0,902409
IDTEC	(0,252907)	0,129815	(1,948208)	0,052007
CAPGA	0,001875	0,000234	8,019343	0,000000
CRLGP	(0,852806)	1,273843	(0,669475)	0,503534

Tabela 26: Coeficientes da equação do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 5 variáveis indep.	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	5,748015	8,780901
ECN29	2,906453	4,553159
POPID	(0,000001)	0,000001
IDTEC	(0,508021)	0,002208
CAPGA	0,001415	0,002334
CRLGP	(3,356180)	1,650568

Tabela 27: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

A equação de regressão linear múltipla que representa o comportamento da variável %RCLA frente às variações das variáveis ECN29, POPID, IDTEC, CAPGA e CRLGP do modelo de cinco variáveis independentes é a seguinte:

$$(\%RCLA = 7,264458 + 3,729806.ECN29 + 0,000001.POVID - 0,252907.IDTEC + 0,001875.CAPGA - 0,852806.CRLGP)$$

Desta maneira, as variáveis explicativas ECN29, POVID e CAPGA apresentam coeficientes positivos e contribuem para aumentar o valor de %RCLA, enquanto, IDTEC e CRLGP com coeficientes negativos reduzem o valor de %RCLA.

O coeficiente de explicação (R^2) do modelo com cinco variáveis independentes explica 30,64% da variação da %RCLA em função da variação das variáveis explicativas. O R^2 Ajustado explica 30,29% da variação explicada do modelo com cinco variáveis explicativas.

O teste de significância global do modelo com cinco variáveis independentes obteve um p-valor < 0,5. Então, a evidência que uma das variáveis do modelo tem relação com %RCLA é significativa e rejeita a hipótese nula (H_0). Entretanto, o p-valor de POID foi de 0,902409, muito acima do valor aceito como significante (p-valor). Este resultado indica que ela não tem relação significante, nem influência (um Beta baixo de 0,08), com a variável dependente %RCLA.

Neste modelo, a $MQ_{\text{regressão}}$ obtida foi de 402,1217 e a MQ_{residual} de 10,0480 como a média dos quadrados da regressão é significativamente maior que a dos resíduos há evidência que relação entre as variáveis X e Y é forte. O F obtido no modelo é 40,0197 que representa uma forte relação entre as variáveis.

No Gráfico 5, a normalidade do modelo é aceita , isto porque, a distribuição dos erros segue aproximadamente uma distribuição normal.

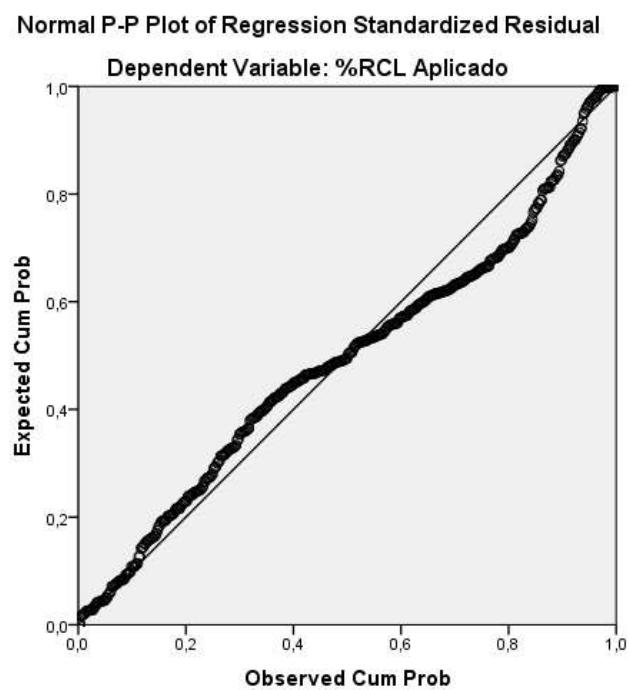


Gráfico 5: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS .

O gráfico mostra uma dispersão dos resíduos (previstos x padronizados) uniforme e bem distribuída conforme mostra o Gráfico 6.

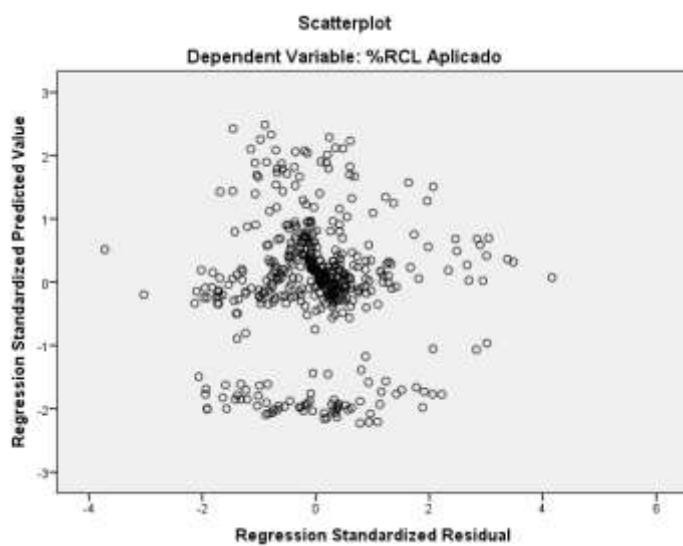


Gráfico 6: Gráfico de dispersão dos resíduos (previsto x padronizados) do modelo com 5 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS.

Obteve-se significância global com este modelo de cinco variáveis independentes, além disto, ele apresenta um coeficiente de explicação razoável e, novamente, as variáveis explicativas ECN29 e CAPGA apresentam um p-valor significativo para o modelo com Betas de 0,376 e 0,330, respectivamente. A variável selecionada para sair do modelo foi a POPID.

4.2.4 Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla com Quatro Variáveis Independentes

As Tabelas 28, 29, 30, 31 e 32 servem de base para as análises do modelo com quatro variáveis independentes, conforme demonstrado a seguir.

Variáveis	%RCLA	ECN29	IDTEC	CAPGA	CRLGP
%RCLA	1				
ECN29	0,430576	1			
IDTEC	-0,10109	0,053779	1		
CAPGA	0,408457	0,209584	-0,00228	1	
CRLGP	0,078243	0,298779	-0,00589	-0,02333	1

Tabela 28: Coeficiente de correlação linear do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Neste modelo com quatro variáveis independentes, nenhuma delas apresentou uma forte correlação ($r > 0,7$), assim, uma não explica a mesma coisa que alguma outra. Na estatística de colinearidade, todas as quatro variáveis apresentaram um efeito de colinearidade positivo para o modelo, como resultado de tolerância (ideal $> 0,10$) a ECN29 foi de 0,861, IDTEC com 0,996, CAPGA com 0,947 e CRLGP com 0,902. O fator inflacionário de variância (o ideal é $<$ do que 10,00) foi de 1,162 para ECN29, 1,004 para IDTEC, 1,055 para CAPGA e 1,108 para CRLGP.

A decisão de sustar o processo de corte de variáveis foi feita com base nas análises das Tabelas 29, 30, 31 e 32.

Estatística de regressão	
R múltiplo	0,553498331
R-Quadrado	0,306360403
R-quadrado ajustado	0,300249041
Erro padrão	3,166431964
Observações	459

Tabela 29: Coeficiente de explicação do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

ANOVA					
	gl	SQ	MQ	F	F de significação
Regressão	4	2010,457652	502,6144129	50,12964352	0,000000
Resíduo	454	4551,936289	10,02629138		
Total	458	6562,39394			

Tabela 30: Análise da variância do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 4 variáveis indep.	Coeficientes	Erro padrão	Stat t	valor-P
Interseção	7,259069	0,769555	9,432815	0,000000
ECN29	3,732581	0,417898	8,931795	0,000000
IDTEC	(0,240174)	0,077893	(3,083371)	0,002171
CAPGA	0,001869	0,000228	8,185926	0,000000
CRLGP	(0,839142)	1,267587	(0,661999)	0,508308

Tabela 31: Coeficientes da equação do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS..

Modelo 4 variáveis indep.	95% inferiores	95% superiores
Interseção	5,746737	8,771400
ECN29	2,911327	4,553836
IDTEC	(0,393249)	(0,087098)
CAPGA	0,001420	0,002317
CRLGP	(3,330209)	1,651925

Tabela 32: Intervalo de confiança da estimativa do parâmetro do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no Excel 2010 e confrontado com o IBM SPSS.

A equação de regressão múltipla do modelo com quatro variáveis independentes encontra-se descrita a seguir.

$$(\%RCLA = 5,746737 + 2,911327.ECN29 - 0,393249.IDTEC + 0,001420.CAPGA - 3,330209.CRLGP)$$

As variáveis explicativas ECN29 e CAPGA mantêm coeficientes positivos e contribuem para aumentar o valor de %RCLA, enquanto, IDTEC e CRLGP apresentam coeficientes negativos que reduzem o valor de %RCLA.

O coeficiente de explicação (R^2) obtido explica 30,63% da variação da %RCLA em função do modelo. O R^2 Ajustado explica 30,02% da variação explicada do modelo com quatro variáveis independentes.

Novamente, neste novo modelo, o teste de significância global do modelo com quatro variáveis independentes obteve um p-valor $< 0,5$. Então, há evidência de que uma das variáveis independentes tem relacionamento com %RCLA, assim, rejeita-se a hipótese nula (**H₀**). Entretanto, o p-valor de CRLGP foi de 0,50308, acima do valor aceitável para o p-valor $< 0,05$, isto sinaliza que esta variável não tem relação significante, nem influência (Beta de -0,027), com a variável dependente %RCLA.

O F obtido com o modelo é de 50,1296 de corrente do valor significativo de $MQ_{\text{regressão}}$ (502,6144) em relação a MQ_{residual} (10,0269), este resultado reforça o conceito de que existe forte evidência de relação entre as variáveis independentes com a variável dependente.

No Gráfico 7, a normalidade do modelo também é aceita , isto porque, a distribuição dos erros segue aproximadamente uma distribuição normal.

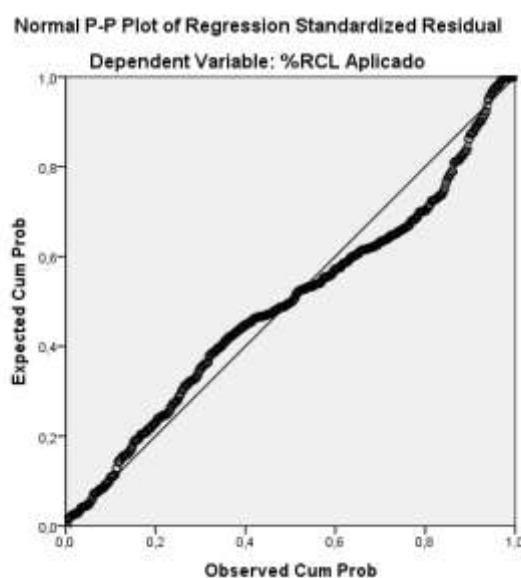


Gráfico 7: Gráfico de distribuição normal P-Plot do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS .

O Gráfico 8 mostra a dispersão uniforme dos resíduos (previstos x padronizados) do modelo com quatro variáveis independentes.

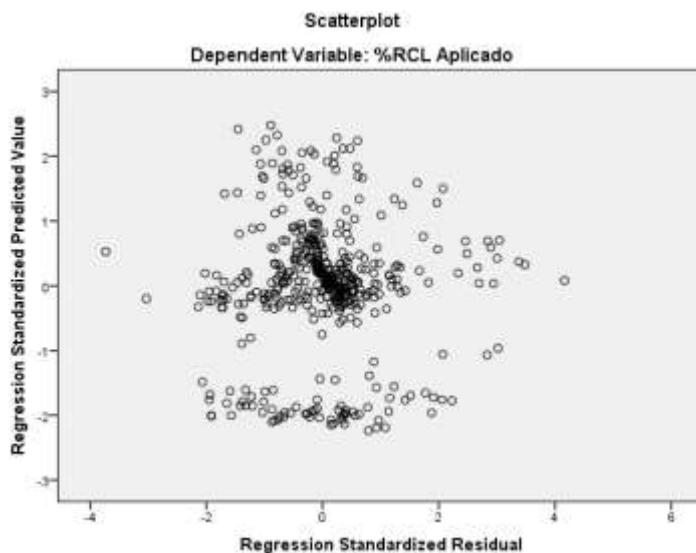


Gráfico 8: Gráfico de dispersão dos resíduos (previsto x padronizados) do modelo com 4 variáveis. Elaborado pelo autor no IBM SPSS.

O modelo com quatro variáveis explicativas obteve significância global e coeficiente de explicação razoável. As variáveis independentes com p-valor significativo para o modelo foram ECN29, CAPGA e IDTEC, tendo como Betas 0,376, -0,121 e 0,329, respectivamente. Apesar de CRLGP não apresentar significância no relacionamento com %RCLA, decidiu-se parar o processo de corte de variáveis com base nos resultados dos coeficientes de correlação.

4.2.5 Fatores Contextuais e Efeitos nas Decisões Alocativas dos Estados e do Distrito Federal no Modelo de Regressão com Quatro Variáveis Independentes

Como o modelo de regressão linear múltipla com quatro variáveis independentes mostrou-se mais significativo para o presente estudo do que os outros três modelos avaliados optou-se aprofundar as análises dentro deste modelo para entender como as variações mais significativas de ECN29, IDTEC, CAPGA e CRLGP influenciaram as variações de %RCLA nos Estados e Distrito Federal.

O Estado de Rondônia durante os 17 anos avaliados manteve a decisão de aplicar recursos financeiros em saúde, mesmo antes da entrada da Emenda Constitucional, assim

obteve uma média de 11,92% de %RCLA no período. O teste F de significância global foi de p-valor = 0,047428 (ideal p-valor < 0,05) e o R² explicou 52,54% e o R² Ajustado 36,72%. A única variável independente com significância para %RCLA foi a CAPGA (média de 1.313 dólares PPP) com um p-valor de 0,016208 e a ECN29 foi a menos significativa p-valor = 0,445967.

De 1998 a 2014, no Acre a média de aplicação em saúde frente às receitas correntes líquidas foi de 15,45%. A significância global do modelo para o Estado foi de p-valor = 0,000646 (ideal p-valor > 0,05). E o coeficiente de explicação do modelo R² = 77,98% e R² Ajustado = 70,64%. Suas variáveis independentes com significância na relação com %RCLA foram ECN29 com p-valor = 0,002565 e CAPGA (média = 2.193 dólares PPP) com p-valor = 0,000876. A menos significativa foi CRLGP com p-valor = 0,120854.

O Amazonas aplicou em média durante o período 20,32% das suas receitas correntes líquidas em saúde pública. O p-valor do modelo do Estado foi de 0,000188 e a variável mais significante foi ECN29 com p-valor = 0,003031, neste caso CAPGA (1.274 dólares PPP) não teve significância para %RCLA com p-valor = 0,855828.

Em Roraima a aplicação média anual em saúde foi de 13,42% da receita corrente líquida e uma renda per capita média de 2.561 dólares PPP, entretanto, o teste F do modelo do Estado foi insignificante com p-valor = 0,633340, não há evidência estatística de que pelo menos uma das quatro variáveis do modelo está relacionada com %RCLA.

No Pará, os gestores estaduais aplicaram em média no setor de saúde 11,42% de suas receitas correntes líquidas, anualmente. A receita líquida per capita cresceu no decorrer dos anos, entretanto, sua média no período foi de 727 dólares PPP. O nível de significância global é de 0,000016, o R² = 88,32% e R² Ajustado = 84,43% explicam a variabilidade da %RCLA pelo modelo de quatro variáveis. As duas variáveis com nível de significância são: IDTEC (p-valor = 0,044586) e CAPGA (p-valor = 0,002858).

No Amapá, a renda per capita veio crescendo ao longo dos anos e apresenta uma média anual para o período de 2.229 dólares PPP, entretanto, é um Estado que depende de transferências correntes apresentando um IDTEC < 1,00. O Estado aplicou 12,36% de sua receita corrente líquida em saúde. O teste de significância do modelo e das variáveis independentes envolvidas não tem significância estatística.

Tocantins é um estado que apresenta crescimento ao longo dos anos nas variáveis %RCLA (em média 14,28% ano), CAPGA (em média 1.637 dólares PPP ano) e CRLGP. É dependente de transferências correntes, assim, tem um IDTEC baixo (< 1). O R² é de 94,34% e o R² Ajustado de 92,46%

para um p-valor = 2,174723E-07 de significância global. CAPGA e CRLGP são significativas com p-valor de 0,023380 e 0,017390, respectivamente.

Antes da EC N° 29/ 2000, o Maranhão alocava % muito baixo em saúde (média do período 9,39%), somente em 2004 atingiu um patamar um pouco acima do mínimo. É dependente de transferências correntes e apresenta um baixo IDTEC. A CAPGA é baixa, a média do período estudado foi de 607 dólares PPP. O modelo apresenta significância global, entretanto, nenhuma das variáveis tem significância com a %RCLA, o que inviabiliza as análises do Estado.

No Piauí os gestores estaduais aplicavam recursos financeiros bem abaixo do mínimo legal da Emenda (média do período de 10,12%), somente conseguiu atingir o % exigido em 2005. Depende de recursos financeiros transferidos pelo Governo Federal para complementar a geração de tributos estaduais, seu IDTEC é baixo. Até 2007 a CAPGA (média de 813 dólares PPP) era baixa e melhorou a partir de 2008. No Estado a ECN29 é a única variável independente significativa com p-valor = 0,030853.

A Emenda influenciou o comportamento dos gestores do Ceará, pois, antes da obrigatoriedade legal dos 12% da RCL, o Estado aplicava valores abaixo do percentual mínimo, somente, após 2006 cumpriu a nova legislação e passou a ter uma %RCLA acima do estabelecido (média 11,59% no período). Seu IDTEC é de 1,5 vezes o que mostra menor dependência das influências políticas no processo de transferências correntes do Governo Federal para os Estados. Sua CAPGA média é baixa, 696 dólares PPP ano, entretanto, a partir de 2006 esta variável aumentou, em 2014 ainda estava abaixo de 1.000 dólares PPP. Seu coeficiente de explicação ajustado explica 81,95% da variabilidade das variáveis envolvidas. As duas variáveis com significância em relação à %RCLA são CAPGA (p-valor = 0,001110) e CRLGP (p-valor = 0,016606).

No período anterior da EC N°29/ 2000, o Rio Grande do Norte aplicava percentual acima do mínimo exigido pela Emenda, sua média de %RCLA no período é de 11,59% ano. O IDTEC até 2002 era abaixo de 1,00 vezes (receitas tributárias/ transferências correntes), a partir daí ficou um pouco acima de 1,00 vezes. A CAPGA manteve uma leve tendência de crescimento ao longo do tempo e sua média para o período é de 1.006 dólares PPP. O comportamento da CRLGP ficou acima dos 60% permitidos pela LRF. Tanto o modelo do estado, quanto, as variáveis explicativas não tiveram significância estatística.

Em 2006, a Paraíba atingiu o percentual mínimo de 12%, antes disto, mantinha níveis baixos de aplicação em saúde (média de 10,88% no período), entre 1998 e 2000 aplicava em torno de 3,5% em saúde pública o que sugere um esforço alocativo dos gestores para cumprir a

legislação. Em 1998 tinha um IDTEC de 0,66 vezes e atingiu 1,00 vezes em 2012. Só em 2011 atingiu uma CAPGA de 1.000 (média de 818 dólares PPP por ano no período). No período, em alguns anos, o desempenho da CRLGP ficou acima dos 60%. O R² de 91,18% e o R² Ajustado de 88,24% indica um forte poder de explicação da variabilidade de %RCLA com o modelo de quatro variáveis independentes. O teste F de significância global indica significância do modelo e, as variáveis ECN29 e CAPGA também apresentaram significância na relação com %RCLA.

Em relação à %RCLA, Pernambuco manteve uma política de aumento na alocação de recursos financeiros em saúde, partindo de 8,5% em 1998, atingindo 12% em 2004 e chegando a 16,58% em 2014. Sua média anual de %RCLA no período é de 13,22%. Suas receitas de tributos estaduais são maiores que as transferências correntes realizadas pelo Governo Federal, que incluem o FPE e parte das receitas/ contribuições federais geradas pela atividade produtiva do Estado. Desde 1998, sua CAPGA tem aumentado, entretanto, entre 2002 e 2014 a CRLGP ficou acima dos 60%. O coeficiente de explicação ajustado do Estado foi de 84,71% e o teste F do modelo e a variável CAPGA apresentam p-valor significativo.

Alagoas aplicava em ações e serviços de saúde, 9,35% no ano de 2000 e 12,08% em 1994, nos dezessete anos do estudo, manteve uma média de %RCLA de 10,91%. Em 2011 atingiu 1.000 dólares PPP de CAPGA. Durante alguns anos, sua CRLGP ficou acima de 60%. Seu R² Ajustado tem poder de explicação de 67,45%. O modelo apresenta p-valor significante, como também tem significância a variável explicativa CAPGA.

Sergipe, nos anteriores a EC N° 29/ 2000, mantinha baixa aplicação no setor de saúde, em 2000 aplicou 3,32% de suas receitas correntes líquidas, em 2004 atingiu 12,04%. O desempenho histórico da IDTEC é baixo. No período, a média da %RCLA é de 1.240 dólares PPP, porém, mantém a CRLGP acima de 60%. O coeficiente de explicação ajustado para o Estado é de 86,65%. O p-valor do modelo e o p-valor da variável explicativa ECN29 são significantes.

No período do estudo, a Bahia teve um percentual médio de aplicação em ações e serviços em saúde de 11,58%. Sua IDTEC ao longo dos anos manteve-se maior que 1,00. Somente em 2014 a variável CAPGA atingiu o valor de 1.000 dólares PPP, a média para o período foi de 718 dólares PPP por ano/ habitante. O modelo não apresentou significância, nem as variáveis independentes demonstraram ter significância para o modelo.

Em 2000, Minas Gerais aplicava 4,78% de sua RCL em saúde, bem menos do que o percentual mínimo exigido pela EC N° 29/ 2000. A média de %RCLA obtida ao longo dos 17 anos foi de 10,47% e uma %RCLA média de 998 dólares PPP por habitante por ano. Entretanto,

manteve suas receitas tributárias no mínimo 3,22 vezes maiores do que as transferências correntes. De 2002 até 2014 a CRLGP ficou acima dos 60%. O teste F teve evidências significativas de que ao menos uma variável do modelo influencia a %RCLA e, a variável ECN29 foi a única com significância.

O Espírito Santo obteve uma média de %RCLA de 12,65%, em 1998 já aplicava 12,40% em saúde. É um estado com IDTEC maior que 2,3vezes tendo chegado a 5,82 vezes em 2005. Em 1994, sua CAPGA era de 1.822 dólares PPP por habitante, a média da CAPGA foi de 1.391 dólares PPP. A variável CRLGP sempre esteve abaixo dos 60%, exceto em 2010 e 2013. O p-valor do modelo e o p-valor das variáveis independentes não são significantes.

Rio de Janeiro teve uma média de aplicação em saúde no período de 9,98%. Seu IDTEC mínimo foi 2,30 vezes em 2006 e o máximo de 8,31 vezes. A média de sua receita corrente líquida por habitante foi de 1.381 dólares PPP e manteve sua CRLGP abaixo de 60%. O p-valor do modelo de quatro variáveis é significativo, como também o p-valor de CAPGA é significativo. Seu R² e R² Ajustado, 71,98% e 62,64%, respectivamente.

São Paulo apresenta o maior valor de IDTEC do país, isto indica que é o estado menos vulnerável ao jogo político envolvido nas transferências correntes entre as esferas federais e estaduais. Sua CAPGA média no período foi de 1.445 dólares PPP por habitante ao ano. Somente em 2013 e 2014 seus gastos com pessoal ficaram acima dos 60%. Com um coeficiente de explicação ajustado de 79,39%, sua significância global indica haver uma ou mais variáveis no modelo que justifica as variabilidades de %RCLA. A única variável independente significante na relação com a variável dependente é ECN29.

O Paraná somente em 2014% atingiu o percentual mínimo de 12% da RCL, sua média no período foi de 8,41%. Seu IDTEC é superior a 2,00 vezes, entretanto, sua CAPGA atingiu 1.000 dólares PPP só em 2007. Em 2014 ultrapassou os 60% de CRLGP. Apresenta significância global com p-valor < 0,05 e, duas variáveis com evidências de significância na relação com %RCLA, ECN29 e IDTEC.

Santa Catarina teve uma média de %RCLA de 10,76% no período, sendo que atingiu o percentual mínimo de 12% em 2006. Na maioria dos anos seu IDTEC acima de 3,00. Em 2005 atinge uma CAPGA de 1.000 dólares PPP (média de 1.145 dólares por habitante ano). Como o valor-p do teste é menor que < 0,05 há evidência estatística de que ao menos uma variável no modelo está relacionada com a %RCLA. CAPGA é a única variável com significância com p-valor < 0,05.

Rio Grande do SUL apresentou baixo investimento em saúde pública com uma média de %RCLA = 7,06%. Os 7% estabelecidos pela EC N° 29/ 2000 atingiu em 2009. Em 2013, conseguiu atingir a meta do percentual mínimo de 12% que era para ser cumprido em 2004. Mantém um IDTEC acima de 3,00 vezes e uma CAPGA média no período de 1.142 dólares PPP por habitante ano. $R^2 = 89,12\%$ e R^2 Ajustado = 85,49% de explicação e um teste F com p-valor < 0,05. IDTEC e CAPGA são significativas com p-valor < 0,05.

O Mato Grosso do Sul teve uma média de %RCLA de 10,01% e uma média de CAPGA de 1.289 dólares PPP por habitante ano. Apesar de a significância global do modelo ter ficado com p-valor < 0,005, as variáveis independentes não apresentaram nenhuma significância.

O coeficiente de explicação ajustado do Mato Grosso é de 93,03% e o modelo apresenta significância estatística com p-valor < 0,05. A ECN29 é a única variável com p-valor < 0,05 e tem significância em relação à %RCLA. A %RCLA média no período estudado é de 9,55% e a CAPGA média de 1.428 dólares PPP por habitante ano.

Goiás ultrapassou os 60% da CRLGO de 2004 e 2014. Seu IDTEC médio foi de 3,18 vezes e sua CAPGA média de 2.014 dólares PPP por habitante ano. O modelo tem significância, mas nenhuma variável apresenta significância.

No estudo, o R^2 Ajustado do modelo do Distrito Federal é 68,02% e existem evidências de significância que explica a variabilidade de %RCLA em função das variáveis explicativas, entretanto, somente CAPGA apresentou significância. Entre 1998 e 2014 obteve-se, uma %RCLA média de 13,76%, uma CAPGA média de 2.870 dólares por habitante ano, uma IDTEC média de 2,73 vezes e uma CRLGP média de 0,66, sinalizando gastos com pessoal e encargos elevados.

5 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Este estudo contribui com os profissionais e os estudantes interessados em entender melhor os efeitos das decisões político-partidárias no financiamento da saúde, bem como, conhecer os principais pontos que comprometem o desempenho das operações de saúde nos estados. Assim, os seis grandes temas descritos a seguir são uma contribuição para que os gestores de saúde pública possam se aprofundar nestes assuntos e buscarem soluções para melhorar a saúde pública nos Estados e Distrito Federal:

1. O aumento de recursos financeiros na saúde pública nos últimos 15 anos ocorreu pelo fator legal gerado pela Emenda Constitucional N° 29/ 2000 e pela regulamentação da Lei Complementar N° 141/ 2012. Os governos estaduais decidiram mais devido a pressão do tempo e das sanções pelo não cumprimento da norma legal e, menos pela conscientização da importância da saúde pública para o bem-estar da sociedade. É preciso que a saúde pública torne-se uma política de estado e não uma política de governo.
2. A falta de capacitação do pessoal em saúde pública, em especial dos gestores, é um dos maiores entraves para a melhoria do sistema público de saúde no país. Os gastos com treinamento e formação do pessoal do SUS devem ser encarados como um investimento estratégico, sem ele será difícil dar continuidade na missão da organização. Diversas entidades de ensino propiciam uma formação adequada à realidade da saúde pública brasileira, inclusive, algumas delas oferecem gratuidade em seus cursos.
3. A sistemática de planejamento do setor precisa ser aperfeiçoada, evolvendo as três esferas governamentais e considerando as informações de operação dos planos privados de saúde. É preciso planejar ações de curto, médio e longo prazo, consistentes e integradas, envolvendo os atores do setor para ter um panorama da saúde brasileira, conforme discutido neste estudo.
4. O fator político-partidário interfere na eficiência do sistema público de saúde e na qualidade das ações e serviços por dois aspectos: os investimentos realizados, em alguns casos, obedecem a critérios político-eleitorais, em detrimento de critérios técnico-operacionais; e a indicação de profissionais para o cargo de gestor público em saúde sem ter a experiência e a capacitação adequada atrapalha a própria operação.
5. O excesso de burocracia existente facilita a corrupção existente no setor, recursos financeiros importantes que poderiam ser direcionados para melhorar o atendimento da população são desviados para outras finalidades.
6. A metodologia de processo de melhoria continua pode ser adotada pelo setor de saúde para promover, gradativamente e a baixo custo, melhorias na operação, ações e serviços em saúde. Para tanto, os gestores deveriam ser capacitados nesta técnica para desenvolver pequenas ações, customizadas as necessidades locais sob sua responsabilidade. Nem todos os problemas da saúde pública são

originados pela insuficiência de recursos financeiros, o conceito de eficácia e eficiência também pode ser alcançado em ambientes com restrições de recursos.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Desde a Constituição (1988) a saúde pública universal é um direito do cidadão, entretanto, é preciso fontes de financiamento seguras, volumes de recursos suficientes e gestores capacitados para tornar realidade este dispositivo legal (Santos L., 2010).

O SUS é um sistema público universal de saúde operado pelas três esferas governamentais, porém, no período anterior a EC N° 29/ 2000 existia um grave problema de falta de fontes estáveis de financiamento e de recursos financeiros suficientes para cumprir sua missão perante a população brasileira. Na época, este problema era ampliado devido à falta de normas e regulamentos que estabeleciam o papel da União, Estados, Municípios e Distrito Federal e de padrões mínimos para operar com o sistema público de saúde e não comprometer a efetividade das políticas, programas e ações de saúde (Ministério da Saúde, 2001).

Esta mesma situação de indefinição em diferentes ambientes políticos, socioeconômicos e tributários gerava as mais diversas decisões na aplicação de recursos financeiros em ações e serviços de saúde nos estados. Os gestores de saúde decidem sob a influência de fatores político-partidários que comprometem a qualidade da decisão (Ramos, et al., 2012). Em nosso estudo, a questão dos ambientes diferentes que geram decisões divergentes foi confirmada nas análises individuais das 27 unidades federativas, por exemplo, dois estados com comportamento alocativo e com ambiente contextual em extremos totalmente opostos foram Maranhão e São Paulo.

No Maranhão, em 2000, o ano da Emenda, o percentual da RCL aplicado em saúde era de 1,5%, o equivalente a 35,9 milhões de dólares PPP. Sua capacidade de geração de tributos estaduais era pequena e dependia de transferências correntes da esfera federal e sua renda média per capita do período é baixa, 607 dólares PPP por habitante ano. No outro extremo, São Paulo, aplicava em saúde 8,50% de sua RCL em 1998 e 9,58% em 2000, somente este aumento de 12,71 na taxa de aplicação gerou um acréscimo de mais de 593,5 milhões de dólares PPP nos caixas do setor estadual de saúde. Em 2000, gastou em ações e serviços de saúde 4,6 bilhões de dólares PPP. É o maior gerador de receita de tributos estaduais e o menos suscetível às influências políticas nas transferências correntes centralizadas no Governo Federal. A renda média per capita do período analisado é de 1.445 dólares PPP. Conforme a Fundação Oswaldo

Cruz (2012), o financiamento das ações e serviços de saúde dos estados depende de variáveis socioeconômicas, da ideologia dos partidos no poder e do perfil técnico-comportamental de seus governantes.

Embora, existissem estas disparidades regionais, o sistema público de saúde possuía normas operacionais iguais para os estados da federação sem considerar as diferenças de demanda de saúde, os recursos disponíveis e infraestrutura local. Esta situação tornava complexa a gestão das ações e serviços de saúde dos estados (Frutuoso, 2010).

É dentro deste ambiente contextual altamente diversificado que as análises dos fatores socioeconômico e tributário e suas influências no processo decisório de alocação de recursos financeiros em saúde pública (%RCLA) foram realizadas. Fatores como inflação, dívida pública e superávit primário, entre outros, sempre limitaram os gastos com políticas de saúde pública (Marques & Mendes, 2012).

Os quatro modelos de regressão linear múltipla (7, 6, 5 e 4 variáveis independentes) demonstraram ter significância global, com p-valor < 0,05, e em todos os quatro existiam evidências significativas para rejeitar as hipóteses nulas (**H₀**), no caso de aceitação da hipótese nula, a equação de regressão de cada modelo não explicaria o comportamento de %RCLA e teria que ser rejeitada, encerrando as análises deste estudo.

Nas análises dos Estados e do Distrito Federal, duas variáveis independentes avaliadas tiveram evidências de que elas contribuem para aumentar o valor da variável dependente %RCLA, tanto na análise geral, incluindo todas as esferas estaduais, quanto nas análises individuais por esfera estadual: a Emenda Constitucional N° 29/ 2000 (ECN29) e a capacidade de gasto (CAPGA) medida pela receita corrente líquida por habitante. A primeira variável explicativa, na análise geral, aparece em todos os quatro modelos rodados com p-valor < que 0,05 e com evidência estatística de relação com a variável explicada %RCLA. Entretanto, nas análises por estado, ela aparece como significativa em 33,3% dos modelos estudados. A segunda variável independente, também aparece em todos os quatro modelos gerais rodados e com significância no relacionamento da variabilidade de %RCLA. Nos modelos estaduais, ela aparece como variável significante para %RCLA em 44,4%.

A EC N° 29/ 2000, variável independente do estudo, influenciou as decisões dos gestores estaduais e garantiu mais recursos financeiros para a saúde pública dos estados, mesmo que, alguns estados não tenham atingido os 7,00% da RCL em 2000 e os 12% da RCL em 2004. A intensidade das variações nos percentuais da RCL aplicados na saúde pública pelos Estados e Distrito Federal ocorridas na maioria dos locais, onde alguns estados aumentavam

bruscamente seus gastos, enquanto outros os reduziam fortalece o conceito de que a EC N° 29/2000 interferiu na maneira como os gestores tomavam decisões e tratavam os gastos com saúde. Após a EC N° 29/ 2000, os gestores estaduais mudaram suas estratégias de alocação de recursos nos estados e passaram a dar maior prioridade à saúde pública (Fortes, 2012).

De 1998 a 2000, primeira meta da Emenda (7,00%), o percentual médio aplicado em ações e serviços em saúde pelos estados era de 8,25% da RCL, embora alguns estados tenham ficado abaixo dos 7%. No período de 2001 a 2004, segunda etapa a Emenda (12,00%), o percentual médio de aplicação em saúde pelas esferas estaduais era de 10,53% da RCL, da mesma maneira, alguns estados não cumpriram a meta de 2004. Entre 2005 a 2014, o percentual médio aplicado pelos estados subiu para 13,32% da RCL. Efetivamente, a esfera estadual aumentou a sua participação nos gastos em ações e serviços de saúde, no período avaliado, a %RCLA média (2005 a 2014) cresceu 61,4% em relação à média de 1998 a 2000. De acordo com (Gomes, 2014) e (Dain, 2007) com a aprovação da EC N° 29/ 2000 as fontes de financiamento em saúde pública tornaram-se mais estáveis e seguras e as esferas de governo passaram a assumir maior compromisso e responsabilidade com o financiamento para garantir a universalidade da saúde.

Da mesma maneira, a variável independente CAPGA, cresceu no período estudado. De 1998 a 2000, a CAPGA média dos estados era de 982 dólares PPP por habitante ano. Entre 2001 e 2004, ela teve uma pequena queda ficando em 978 dólares PPP por habitante ano. Entretanto, a média dos anos 2005 a 2014 foi de 1.495 dólares PPP por habitante ano o que representa um aumento na renda per capita de 52,24% comparado com a média de 98/ 00. A promoção e a qualidade da saúde pública sofrem influências de fatores econômicos e sociais, assim, é preciso melhorar a renda e integrar as políticas públicas para reduzir a distorções sociais (Santos, 2010).

As outras cinco variáveis independentes usadas no estudo demonstraram não ter nenhuma evidência estatística que são significantes para justificar a variabilidade da variável dependente %RCLA, são elas: POPID, POP14, POP<1, IDTEC e CRLGP.

Embora, na estruturação desta pesquisa acreditava-se que as variáveis de perfil demográfico tivessem influência no percentual da RCL aplicado em saúde, o estudo não apresentou nenhuma evidência significativa das variáveis POPID, POP14 e POP<1 em relação à variabilidade da %RCLA. Como o perfil selecionado da população demanda maiores cuidados em saúde pública, o resultado esperado era com base em que, os gestores públicos devem garantir o direito à saúde pública por meio da aplicação adequada de recursos financeiros

em ações e serviços em saúde para as necessidades específicas da população de sua esfera governamental (Campos, 2014).

Entretanto, o fato do perfil demográfico selecionado não ser representativo pode ser evidência que algumas variáveis do macro ambiente de saúde dos estados não são consideradas no processo de planejamento e de decisão estratégica para alocação de recursos financeiros do setor. Na saúde pública, as longas filas de espera e o número de vagas hospitalares ofertadas aquém da demanda da população, são problemas não só de limitação financeira, como também de falhas de planejamento do setor (Barbosa, 2013). Uma gestão eficiente em saúde pública maximiza suas ações e serviços de saúde, mesmo com recursos financeiros fixos e/ ou limitados (Cesconetto, Lapa, & Calvo, 2008).

Na análise de todos os estados, embora a média obtida da variável independente Comprometimento da Receita Líquida com Gastos de Pessoal (CRLGP) nos períodos 1998 a 2000, 2001 a 2004 e 2005 a 2014 tenha ficado em 48%, 57% e 58%, respectivamente, portanto, abaixo do critério de 60% da LRF, após a aprovação da LRF, diversos estados não respeitaram este limite e gastaram com pessoal acima dos 60% de suas receitas líquidas pelo critério deste estudo, entre eles: Pará, Maranhão, Ceará, Rio grande do Norte, Paraíba, Pernambuco (com valores acima de 70%), Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo (em 2013 e 2014), Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul (acima de 70%), Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal (em alguns anos acima de 80%). Isto representa que, as receitas líquidas dos estados ficavam comprometidas com gastos de pessoal e sobrava muito pouco para investir nas diversas políticas sociais dos estados. Em parte, os gastos com pessoal e encargos decorriam de fatores político-partidários que adotavam os cargos públicos como moeda corrente. De 1996 até 2000, os estados alocavam quase 70% da RCL em despesa de pessoal (Santos & Santos, 2014).

Embora, os tributos federais sejam gerados nos estados, a União tem um sistema burocrático, altamente complexo, atrasado e centralizado na esfera federal, além de uma carga tributária alta. Esta situação compromete a eficiência da gestão das políticas públicas dos estados que dependem de transferências federais para atender as demandas da população local (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Econômico e Tributário (IDTEC) mede a capacidade de gerar receitas tributárias estaduais em relação às transferências correntes federativas (inclui o FPE, tributos federais gerados no estado e outras transferências). Quanto maior que 1,00 vezes, menor a influência política da esfera federal no processo de transferências aos estados. Em

contrapartida, quanto menor que 1,00 vezes, maior a exposição à influência política. No período analisado esta variável apresentou o menor valor de 0,12 vezes e o maior valor de 13,64 vezes (as receitas de tributos estaduais são 13,64 vezes maiores que as transferências correntes feitas pelo Governo Federal).

No período, os estados com pior desempenho de IDTEC (< que 0,5 vezes, as receitas tributárias estaduais são 50% das transferências correntes) estão na Região Norte (Acre, Roraima, Amapá e Tocantins) e Região Nordeste (Maranhão e Piauí). Porém, o Acre, Amapá e Roraima durante os 17 anos mantiveram médias de IDTEC muito baixas, 0,28 vezes, 0,23 vezes e 0,25 vezes, respectivamente. Este resultado mostra que são estados que dependem de recursos federais para implantar suas políticas sociais locais. Em contrapartida, nos anos estudados, os estados com IDTEC > que 5,00 vezes são: Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo. Com destaque para São Paulo, pois, foi o único estado a manter um indicador bem acima dos 5,00 vezes, em 2014 atingiu o valor de 13,64 vezes. Como os recursos financeiros públicos provem dos tributos pagos pela sociedade é de se esperar que a geração e a gestão destes recursos sejam racionais e eficientes para atender as demandas da própria sociedade e gerar o bem-estar social (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

Enfim, as análises estatísticas dos dados coletados para os estados nos dezessete anos do estudo mostraram evidências que duas variáveis (ECN29 e %CAPGA) das sete variáveis independentes têm significância na relação com a variável dependente e contribuíram para seu comportamento ao longo do período. Entretanto, a variável independente ECN29 deriva de uma obrigatoriedade legal que forçou os estados a reverem suas decisões alocativas no setor de saúde. A segunda variável independente, CAPGA, é um componente do ambiente socioeconômico dos estados e que apresenta evidências de influenciar o comportamento dos estados, porém quanto maior é a receita líquida do estado, maior é o montante em dólares PPP aplicados em saúde.

É certo que as duas variáveis independentes mencionadas acima contribuíram para melhorar os problemas de falta de recursos financeiros no setor de saúde dos estados, mas, isto não garante que a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população tenha melhorado, para tanto, seria recomendado em um estudo futuro avaliar, além do contexto socioeconômico e tributário, o perfil dos serviços, recursos e infraestrutura dos estados. A EC N° 29/ 2000 melhorou, mas não resolveu a questão do financiamento da saúde pública, porém, isto não soluciona o problema da eficiência dos serviços, para tanto, mesmo com recursos limitados, os

gestores podem implantar pequenas melhorias contínuas nas operações, ações e serviços em saúde local (Bonato, 2011).

Para dar andamento em um programa de melhoria contínua para alterar gradativamente os processos da operação, o gestor de saúde precisa de maior autonomia, inclusive para executar as políticas públicas. Para tanto, precisam ter a capacitação adequada e adotar metodologias de gestão mais atuais para suportar o processo decisório (Campos, 2014).

Embora a EC N° 29/ 2000 aumentou os recursos financeiros na Saúde, conforme demonstrado nas análises estatísticas, outro desafio da gestão pública em saúde é alavancar a eficiência nas operações de saúde com recursos limitados (Pereira Filho, Tannuri-Pianto, & Sousa, 2010).

Para vencer este desafio três fatores são importantes: inteligência estratégica, informação e conhecimento. Estes fatores estão presentes no processo de decisão e no planejamento estratégico da organização. Precisa-se ressaltar que estes fatores só funcionam com uma gestão proativa para não comprometer a inteligência da organização e impactar negativamente na operação, ações e serviços de saúde (Tarapanoff, 2006).

Normalmente, a gestão publica em saúde é tradicional, burocrática, hierarquizada e trabalham com processos centralizados, sem autonomia e com forte regulamentação. É difícil falar em eficiência quando não se tem autonomia nem para gerir adequadamente o pessoal envolvido com a operação do local (André & Ciampone, 2008).

Aos gestores públicos é recomendado entender quais são os fatores locais que impactam negativamente na produtividade da operação, das ações e dos serviços em saúde sob sua responsabilidade que pode ser a União ou um Estado ou um Município ou um Bairro ou uma simples UBS. Os fatores podem ser falhas de integração entre os níveis de complexidade, falta de autonomia, problemas de capacitação do pessoal, falta de recursos humanos, inexistência de um sistema de custos, etc. (Médici, 2011).

Dos fatores acima, a falta de capacitação dos gestores e a rotatividade destes motivada por interesses político-partidários contribuem para agravar os problemas de eficiência no setor de saúde que precisa melhorar sua operação, mesmo com recursos limitados (Lorenzetti, Lanzoni, Assuiti, Pires, & Ramos, 2014).

Mendes & Bittar (2014) comentam que, é vital o desenvolvimento profissional dos gestores para melhorar a qualidade e a produtividade da operação de saúde no país com base em objetivos claros de produção.

Em resumo, o SUS sempre teve problemas de recursos financeiros insuficientes para financiar suas ações e serviços em saúde pública, porém, o dinheiro não é a única condição para melhorar a qualidade, eficiência e produtividade da operação de saúde com a finalidade de garantir a universalidade à população. Uma condição tão importante quanto o financiamento do setor é a capacitação do pessoal, em especial dos gestores. É preciso gestores mais aptos para tomarem decisões mais alinhadas com a missão do SUS e com as demandas de saúde da população, para tanto, é recomendado promover para o cargo de gestor em saúde somente os profissionais gabaritados e experientes para tal finalidade (Organização Mundial da Saúde, 2007).

Assim, é preciso eliminar o clientelismo político existente no setor, onde são empossados em cargos estratégicos de gestão, pessoas sem a qualificação necessária para exercer a função, inclusive, tornando o sistema público de saúde mais vulnerável e menos controlado as práticas irregulares de gestão. É importante ressaltar que, obter eficiência nas operações, ações, e serviços em saúde não implica necessariamente em diminuir os recursos financeiros do sistema, implica, sim, em adotar um programa de pequenas melhorias contínuas que promova aumento de produtividade, uso mais efetivo dos recursos, diminuição das perdas, banir a corrupção da organização e elevar a qualidade do atendimento à população (Ocké-Reis, 2010).

Para finalizar, recomenda-se aos gestores que atuam ou tem a intenção em atuar na área de saúde pública que busquem capacitar-se para enfrentar os novos desafios e promover as mudanças necessárias no sistema público de saúde do país tornando-o mais produtivo, ágil e efetivo com melhorias na qualidade dos serviços ofertados à população.

REFERÊNCIAS

- Abelha, M. C., Gonçalves, A. A., & Pitassi, C. (2014). Estratégia de Operações em Serviços de Saúde: Estudo de Caso das Operadoras de Planos de Saúde Suplementar. *RMS – Revista Metropolitana de Sustentabilidade*, 107-121.
- Altafin, I. G. (19 de 09 de 2013). *Aplicar 10% da receita bruta da União em Saúde é inviável, diz Miriam Belchior.* (A. Senado, Editor) Acesso em 13 de 05 de 2015, disponível em Senado Notícias: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2013/09/19/aplicar-10-da-receita-bruta-da-uniao-em-saude-e-inviavel-diz-miriam-belchior>
- André, A. M., & Ciampone, M. T. (2008). Competências para a Gestão de Unidades Básicas de Saúde: Percepção do Gestor. *Revista da Escola de Enfermagem*, 835-840.
- Andreasi, W., Azevedo, A., & Macinelli, T. (2009). *IIIntrodução às Ferramentas de Análise Estatística do Excel 2007 aplicadas a Engª de avaliações.* Campo Grande: FUFMS -- CCET --DEC -- LADE.
- Anunciação, S. (14 de 11 de 2013). *UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas.* Fonte: UNICAMP: <http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/11/14/subfinanciamento-do-sus-esta-virando-politica-de-estado-critica-especialista-da>
- Barbosa, E. C. (2013). 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS*, 85-102.
- Barbosa, N., & Elias, P. M. (2010). As Organizações Sociais de Saúde como Forma de Gestão Público/ Privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 2483-2495.
- Batagello, R., Benevides, L., & Portillo, J. C. (2011). Conselhos de Saúde: Controle Social e Moralidade. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.3, 625-634.

- Batalha, E. (10 de 2014). *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz*. Fonte: Radis Comunicação e Saúde: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/print/4287>
- Bonato, V. (2011). Gestão de Qualidade em Saúde: Melhorando Assistência ao Cliente. *O Mundo da Saúde*, 319-331.
- Brasil. (19 de 09 de 1990). *Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990*. (C. C.-S. Jurídicos, Ed.) Fonte: Palácio do Planalto/ Presidência da República : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (28 de 12 de 1990). *LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990*. (C. C.-S. Jurídicos, Ed.) Acesso em 16 de 05 de 2015, disponível em Palácio do Planalto: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Brasil. (13 de setembro de 2000). *Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de Setembro de 2000*. Acesso em 15 de 10 de 2015, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
- Brasil. (2003). *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde*. Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Lei de Responsabilidade Fiscal* (Edições Câmara ed.). Brasília: Câmara dos Deputados.
- Campos, S. F. (2014). Os Indicadores Básicos de Saúde como Instrumentos de Controle da Gestão Pública. *UNISANTA - Law and Social Science*, 3/nº 2, 100-112.
- Carvalho, G. (2010). Avaliação do Atual Modelo da Gestão Pública do SUS quanto ao Financiamento Público da Saúde. In: N. R. Santos, & P. D. Amarante, *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde* (pp. 48-67). Rio de Janeiro: CEBES.
- Cesconetto, A., Lapa, J. d., & Calvo, M. M. (outubro de 2008). Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (10), 2407-2417.
- COFIN/ CNS. (2012). *COFIN/CNS Lei Complementar Nº 141, de 13 DE Janeiro de 2012*. TEXTO REFERÊNCIA PARA DEBATE SEMINÁRIO 29 E 30 DE MAIO DE 2012, Conselho Nacional de Saúde, COFIN/ CNS.
- CONASS (FS). (2011). *O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários*. Brasília: CONASS.
- CONASS (GAF). (2011). *A Gestão Administrativa e Financeira no SUS*. (C. N. Saúde, Ed.) Brasília: CONASS.
- CONASS (SS). (2011). *Sistema Único de Saúde - Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (1ª ed., Vol. 1). (C. N. Saúde, Ed.) Brasília: Ministério da Saúde.

- CONASS. (2011). *Legislação Estruturante do SUS* (Vols. Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13). Brasília.
- CONOF. (2013). *Financiamento da Saúde: Brasil e Outros Países com Cobertura Universal*. Câmara dos Deputados, Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira/ Núcleo da Saúde. Brasília: Câmara dos Deputados.
- Costa, C. C., Ferreira, M. A., Braga, M. J., & Abrantes, L. A. (set/ out de 2015). Fatores associados à eficiência na alocação de recursos públicos à luz do modelo de regressão quantílica. *Revista de Administração Pública*, 1319-1347.
- Dain, S. (2007). Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1851-1864.
- Donato, A. D. (2013). *Financiamento e Organização do Sistema de Saúde Pública no Brasil*. Brasília: W Educacional Editora e Cursos Ltda.
- Faveret, A. C. (2002). *Tese/ Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: O Financiamento da Política de Saúde na Década de 90 e Inícios dos Anos 2000*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social.
- Felix, R., Felix, P. d., & Timóteo, R. (2011). Balanced Scorecard: Adequação para a Gestão Estratégica nas Organizações Públicas. *Revista do Serviço Público*, 51-74.
- Ferreira, A. M. (1999). *SPSS - Manual de Utilização*. Castelo Branco/ Portugal: Escola Superior Agrária/ Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Finkelman, J. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2008). *Hospital Performance in Brazil. The Search for Excellence*. Washington, DC: The World Bank.
- Fortes, F. B. (2012). A Emenda Constitucional N° 29 de 2000 e os Governos Estaduais. *Lua Nova*, 167-202.
- Frutuoso, J. (2010). A Gestão do Sistema Único de Saúde. In: R. P. Oliveira, & W. Santana, *Educação e Federalismo no Brasil - Combater as desigualdades, garantir a diversidade* (pp. 89-105). Brasília: UNESCO.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2012). *A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Fundação Oswaldo Cruz.
- Gomes, F. d. (jan-mar de 2014). Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *Saúde Debate*, V. 38, N. 100, 6-17.

Governo Federal. (05 de 10 de 1988). *Constituição da República Federativa de 1988*. Acesso em 04 de 04 de 2015, disponível em Palácio do Planalto - Presidência da República: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicacomilado.htm

Gragnolatti, M., Lindelow, M., & Couttolenc, B. (2013). *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: an Assessment of The Sistema Único de Saúde. Directions in Development*. Washington: The World Bank.

Guerreiro, J. V., & Branco, M. F. (2011). Dos Pactos Políticos à Política dos Pactos na Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1689-1698.

Jornal do Senado. (2013 de 04 de 2013). *Senado Federal*. Fonte: Portal de Notícias _ Jornaldo Senado: <http://www12.senado.gov.br/jornal/edicoes/2013/04/19/principal-problema-da-saude-e-o-subfinanciamento-dizem-secretarios-da-area>

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). *A Estratégia em Ação*. Rio de Janeiro: Campus.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). *Organização Orientada para a Estratégia*. Rio de Janeiro: Campus.

Laros, J. A., & Marciano, J. L. (maio/ agosto de 2008). Análise multinível aplicada aos dados do NELS:88. (E. e. Educacional, Ed.) *Estudos em Avaliação Educacional*, 263-278.

Lorenzetti, J., Lanzoni, G., Assuiti, L. F., Pires, D. E., & Ramos, F. R. (2014). Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 417-425.

Maciel, P. J. (set/ out de 2013). Finanças públicas no Brasil: uma abordagem orientada para políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 1213-1241.

Marques, R., & Mendes, Á. (Agosto de 2012). A Problemática do Financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 à 2008. *Economia e Sociedade*, 21/ n° 2, 345-362.

Martins, G. d., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas*. São Paulo: Editora Atlas.

Medeiros, K. R., Albuquerque, P. C., Diniz, G. T., Alencar, F. L., & Tavares, R. A. (set./out de 2014). Bases de dados orçamentários e qualidade da informação uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Revista de Administração Pública*, 48(5), 1113-1133.

Médici, A. (2011). Propostas para Melhorar a Cobertura, a Eficiência e a Qualidade no Setor Saúde. In: E. L. Bacha, & S. Schwartzman , *Brasil: a Nova Agenda Social* (pp. 23-93). Rio de Janeiro: LTC.

Meirelles, M. (janeiro/ junho de 2014). O Uso do SPSS (Statistical Package for the Social Science) na Ciência Política: uma Breve Introdução. *Pensamento Plural*, 65 – 91.

- Mendes (2), Á. (jul/ out de 2013). Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil - Cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. *Revista de Direito Sanitário - São Paulo*, v. 14, n. 2, pp. 113-118.
- Mendes, Á. (jul/ out de 2013). Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil - Cenário dos desafios ao direito à saúde universal brasileira. *Revista de Direito Sanitário - São Paulo*, v. 14, n. 2, pp. 113-118.
- Mendes, Á. (2013). The long battle for SUS funding. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.4, 987-993.
- Mendes, Á. (2015). A Saúde Pública Brasileira no Contexto da Crise do Estado ou do Capitalismo? *Saúde e Sociedade*, 24, 68-81.
- Mendes, E. (2011). As redes de Atenção à Saúde: uma Mudança na Organização e na Gestão dos Sistemas. In: G. Vecina Neto, & A. Malik, *Gestão em Saúde* (pp. 32-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mendes, J. D., & Bittar, O. J. (2014). Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. *Revista da Faculdade de Ciência Médicas de Sorocaba*, 35-39.
- Menicucci, T. M. (Julho de 2009). O Sistema Único de Saúde, 20 anos: Balanço e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, 620-1625.
- Ministério da Saúde. (2000). *Princípios e Diretrizes NOB RH - SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2001). *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde : Emenda Constitucional n.º 29/2000/ elaborado por: Faveret, Ana Cecília de Sá Campello; Oliveira, Fabrício Augusto; Biasoto Júnior, Geraldo; Krepsky, Karla; Teixeira, Marcelo Go* (Vols. Série J. Cadernos, n. 4). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos.
- Ministério da Saúde. (2002). *A Operacionalização da Emenda Constitucional N° 29. Relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29*. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Editora MS.
- Ministério da Saúde. (2007). *Portaria N° 204, de 29 de Janeiro de 2007*. (G. d. Ministro, Editor) Acesso em 24 de 08 de 2015, disponível em BVSMS:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html
- Ministério da Saúde. (2010). *Sistema de Planejamento do SUS: Uma Construção Coletiva, Plano Nacional de Saúde 2008/ 2011*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Ministério da Saúde. (01 de 09 de 2006). *Portaria N° 399*. Acesso em 24 de 08 de 2015, disponível em Saúde:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Moita, J. M. (09 de 5 de 2004). *Estatística multivariada/ Uma visão didática-metodológica*.
Fonte: Filosofia da Ciência/ Crítica na Rede:
http://143.54.226.61/~viali/cursos/ceea/multi/textos/Moita_Neto.pdf

MS & OPAS. (2013). *Financiamento Público de Saúde/ Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (CONOF/ CD). (2012). *Regulamentação da Emenda Constitucional N° 29, De 2000*. Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD.

Ocké-Reis, C. O. (2010). SUS: O Desafio de Ser Único. In: N. R. Santos, & P. D. Amarante, *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde* (pp. 101-114). Rio de Janeiro: Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.

Olve, N.-G., Roy, J., & Wetter, M. (2001). *Condutores de Performance - Um guia Prático para o Uso do Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Qualitmark.

Organização Mundial da Saúde. (2007). *Trabalhando Juntos pela Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório Mundial de Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. (2010). *A Atenção da Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Paim, J. S. (Outubro de 2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Caderno de Saúde Pública*, 29 (10), 1927-1953.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (09 de 05 de 2011). *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador. Fonte: www.thelancet.com

Paixão, A. S., & Flores, A. M. (Maio de 2015). Certificação Digital como Ferramenta na Melhoria da Gestão Administrativa de Sistema Orçamentário do Setor de Saúde. *Democracia Digital e Governo Eletrônico*, 212-240.

Pereira Filho, O. A., Tannuri-Pianto, M. E., & Sousa, M. d. (julho de 2010). Medidas de Custo-Eficiência dos Serviços Subnacionais de Segurança Pública no Brasil: 2001-2006. *Economia Aplicada*, 14/ N° 3, 313-338.

- Piola, S. F., Paiva, A. B., Sá, E. B., & Servo, L. M. (2013). *Financiamento Público da Saúde: Uma História à Procura de Rumo*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea.
- Ramos, M. d., Cezare, J. P., Vendramini, P. R., Coutinho, S. M., Reis, T. S., & Fernandes, V. (2012). Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.3, 61-70.
- REDE Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. (2008). Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. Brasília: Organização Pan-Amricana de Saúde.
- Resende, O., Costa, C. C., & Ferreira, M. A. (Outubro de 2011). Análise de Desempenho Relativo do Estado no Provimento da Segurança Pública em Minas Gerais. *XIV SEMEAD - Seminários em Administração*, pp. 1-16.
- Resende, R. E. (2011). A Regulamentação da Emenda Constitucional 29: Esperança ou Decepção para o Financiamento. *Revista de Direito - Procuradoria Geral do Estado de Goiás*, 59-81.
- Ribeiro, J. D., & Bezerra, A. F. (2013). O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional no 29: algumas reflexões. *Saúde e Sociedade*, v.22, n.4, 1014-1023.
- Rosa, C. D., & Grell, A. P. (31 de 03 de 2015). Financiamento da Saúde no Brasil e a Emenda Constitucional N° 29, de 2000. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, pp. 51-52.
- Santos, L. (2010). Administração Pública e Gestão da Saúde. In: N. R. Santos, & P. D. Amarante, *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde* (pp. 68-86). Rio de Janeiro: Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Santos, V. M., & Santos, C. E. (2014). A Lei de Responsabilidade Fiscal Brasileira e sua Relação com os Gastos Públicos em Saúde, Educação e Pessoal. *IV Semana do Economista/ IV Encontro dos Egressos*, (pp. 1-22). Ilhéus.
- Santos,, L. (12 de Março de 2012). *Lei Complementar 141/2012: Novo Marco das Transferências Interfederativas no SUS*. Fonte: Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania - BVS - Biblioteca Virtual em Saúde:
<http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/>
- Senado Federal. (02 de 2014). Um Terço do Dinheiro Levado pela Corrupção. *Em Discussão, Ano 5 - N° 19*, 53.
- Silva, L. A., Casotti, C. A., & Chaves, S. C. (2013). A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 221-232.

- Soares, A., & Santos, N. R. (Jan/ Mar de 2014). Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*, 18-25.
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O Papel da Avaliação para a Tomada de Decisão na Gestão de Serviços de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 821-828.
- Tarapanoff, K. (2006). Informação, Conhecimento e Inteligência em corporações: Relações e Complementariedade. In: U. IBICT, *Inteligência, Informação e Conhecimento em Corporações/ Kira Tarapanoff, organizadora* (pp. 19-36). Brasília: UNESCO/ IBICT.
- Viali, L. (10 de 2015). *Correlação e Regressão*. Fonte: PUC RS:
<http://www.mat.pucrs.br/~lori/>
- Vignochi, L., Gonçalo, C. R., & Lezana, Á. G. (Setembro-Outubro de 2014). Como Gestores Hospitalares Utilizam Indicadores de Desempenho? *RAE-Revista de Administração de Empresas / FGV-EAESP*, 496-509.