

O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº 29: algumas reflexões¹

Constitutional Amendment n. 29: reflections about local healthcare managers' protagonism

Juliana Dantas Torres Ribeiro

Mestre em Saúde Pública.

Endereço: Avenida Ministro Marcos Freire, 2109, Casa Caiada, CEP 53030-100, Olinda, PE, Brasil.

E-mail: torres.juliana@gmail.com

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Doutora em Nutrição. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, CEP 50670-420, Recife, PE, Brasil.

E-mail: afalangola@uol.com.br

¹ O presente artigo apresenta os resultados da Dissertação de Mestrado intitulada "O Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29: a contrapartida dos municípios para a saúde sob a ótica de gestores locais" apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Constitui-se num desdobramento da pesquisa Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação, aprovada no Edital MCT-CNPq / MS-SCTIE-Decit – Nº 36/2005.

Resumo

O presente artigo objetiva apresentar algumas reflexões sobre a Emenda Constitucional nº 29 à luz do protagonismo dos gestores locais de saúde, em relação à contrapartida de recursos para o financiamento do setor. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujo recurso metodológico foi a pesquisa documental de fontes oficiais e os relatos dos gestores de saúde obtidos através da aplicação de questionário com perguntas abertas. Os resultados desvelam uma interface entre o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 pelos municípios com o protagonismo dos gestores locais de saúde. A Emenda é avaliada por eles como um dispositivo legal que deve ser cumprido, sem, contudo, levar ao aprofundamento da discussão sobre a sua importância para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e a sua conseqüente regulamentação não serão objeto de estudo do artigo, tendo em vista que o enfoque do trabalho, que é atemporal, é a concepção que os gestores têm em relação a ela, isto é, trata-se de uma observação sobre a apropriação desses em relação ao dispositivo e o seu papel no SUS.

Palavras-chave: SUS; Emenda Constitucional nº 29; Protagonismo; Gestores locais.

Abstract

The present article is a reflection on the Constitutional Amendment n. 29 considering the role played by local public healthcare managers in providing counterpart funds for the public health sector. A qualitative research on official documents was carried out, followed by interviews with local healthcare managers, using a semi-structured questionnaire. Results revealed an interface between the execution process of the Constitutional Amendment n. 29 and the role played by local public healthcare managers. The Amendment is evaluated by local healthcare managers as a legal dispositive that has to be executed, although they did not go deeply into the discussion of its importance for the consolidation of the Brazilian National Health System. The approval of the Constitutional Amendment n. 29 and its subsequent legislation will not be studied in this article, considering that the focus of this work is the understanding of local public healthcare managers about this amendment and its importance within the Brazilian Unified Health System context.

Keywords: Brazilian National Health System; Constitutional Amendment n. 29; Protagonism; Local Health Managers.

Perspectivas históricas do Sistema Único de Saúde brasileiro

Ao final da década de 1980, o Brasil passou por um processo profundo de transição política. A mudança do regime autoritário para um regime democrático propiciou o surgimento de debates acerca da natureza do Estado no País e da necessidade de organização de um sistema de saúde capaz de atender às demandas da população e exercer um papel de intervenção social com perspectivas de modificar a realidade vigente (Nascimento, 2007).

Fruto de uma conjuntura de cerceamento de direitos, a Reforma Sanitária surgiu como um movimento capaz de agregar atores sociais e construir uma identidade coletiva que significou a afirmação da população brasileira enquanto sujeitos de sua própria história, implicados no reconhecimento de suas características, potenciais, limitações e reivindicações (Ribeiro, 1989).

O marcante incremento do debate acerca da saúde pública no País, garantindo a ampliação da participação social enquanto exercício da cidadania, somado à promulgação da “Constituição Cidadã” em 1988, que dispunha sobre o que se refere à saúde, como um direito de todos e um dever do Estado (Siqueira-Batista e Schramm, 2005) complementaram o marco histórico que contextualizou o nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS apontavam para o grande desafio que seria construir uma política que se configurava como inovadora e ousada, diante do Estado, que passava a ser marcadamente questionado.

Criado como projeto técnico e político de organização da assistência à saúde (Nascimento, 2007) e herança de uma era em que esta temática esteve intrinsecamente ligada a questões sociais e econômicas, o SUS surge como oportunidade de resgate de uma profunda dívida social, acumulada durante o longo período autoritário pelo qual passou o País. Transformou-se no maior projeto público de inclusão social (Santos, 2008) já visto na história brasileira.

Regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, ambas de 1990, objetiva “atender toda a população, por meio de serviços próprios, da União, Estados e Municípios, e serviços contratados

com a área privada” (Scliar, 2002, p. 60). Constituiu-se, portanto, como um grande pacto entre os entes federados, buscando “conciliar democraticamente a unidade política com a diversidade territorial” (Nascimento, 2007, p. 113).

Todavia, para se garantir o compromisso com o pacto federativo, foi necessário definir algumas competências para cada uma das esferas de governo. Dentre essas, destacamos a responsabilização pelo financiamento, inaugurando um esquema tripartite, como uma atribuição de extrema importância e imprescindível a manutenção e o fortalecimento do sistema.

Emenda Constitucional nº 29: um pacto federativo para o financiamento do SUS

Em que pese a materialização do esquema tripartite de gestão federativa da saúde, observa-se que as ações e políticas desenvolvidas não deram conta do grave desfinanciamento pelo qual passou o setor na década de 1990. A necessidade de modificar a lógica de financiamento para garantir a estabilidade de recursos, além de definir claramente os papéis de cada esfera de poder era premente e constituía um caminho sem volta.

Estava em jogo a efetivação do sistema, e a vinculação dos recursos financeiros com vistas a garantir os princípios doutrinários do SUS parecia uma saída viável. Além disso, surgia uma possibilidade de reverter o quadro instalado de transferência de obrigações e responsabilidades, sem garantir autonomia², advindo com a descentralização, para a formulação e gestão da política de saúde no âmbito local, associada a uma estreita dependência do âmbito central em termos de financiamento (Elias, 1997). Do reconhecimento dessa problemática, surgiram algumas propostas de emendas à Constituição, visando garantir tais recursos, sendo a Emenda Constitucional nº 29 finalmente aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000 (Faveret,

2003) e regulamentada em 2011.

O sistema de financiamento da saúde passava a ganhar, pelo menos legalmente, certa estabilidade, tendo em vista que a EC29 surge como uma tentativa de superar a crise do financiamento da saúde, vinculando constitucionalmente os recursos do orçamento fiscal do conjunto dos entes federados, fortalecendo o esquema de gestão tripartite e definindo “o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos Estados e Municípios deve ser destinado para a área” (Marques e Mendes, 2000, p. 1).

Os preceitos da EC29 passaram não só a fixar os percentuais mínimos (Estados - 12%, Municípios - 15%, União - o valor apurado no ano anterior ao da aplicação, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB) para os entes federativos aplicarem em ações e serviços de saúde, como também tornaram a contrapartida de recursos próprios de cada esfera uma obrigatoriedade, constituindo-se em um importante instrumento demarcador da política de saúde no processo econômico e social (Campelli, 2005).

É importante enfatizar que a EC29 assegurou apenas a aplicação de recursos mínimos para a saúde, cabendo aos gestores públicos aperfeiçoarem as leis orçamentárias, para garantir mais recursos ao setor, visto que o mínimo não pode ser considerado como teto financeiro e que é preciso ter vontade política para que a saúde possa ser efetivamente priorizada.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a visão que o gestor da saúde tem em relação à importância do seu papel enquanto formulador, proponente e deliberador das estratégias políticas para o SUS. A conscientização sobre o seu protagonismo diante das demandas de saúde e da alocação de recursos financeiros.

O protagonismo dos gestores - entendendo aqui esse conceito enquanto participação ativa (Ferretti e col., 2004) desses sujeitos na formulação e implementação das políticas públicas no País - passa a ser fundamental para garantir os preceitos consti-

2 “[...] não há autonomia ou dependência absoluta. Os sujeitos adquirem autonomia relativa, já que se vive em redes de poder, em sistemas de dependência relativa. A autonomia de uma pessoa ou de um coletivo é indicada pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto e pelas características próprias de cada sujeito” (Campos, 2007, p. 231).

tucionais preconizados pelo SUS, a política pública de maior inclusão social existente no Brasil (Santos, 2005).

Neste contexto, o presente artigo se propõe a apresentar algumas reflexões sobre o protagonismo e a autonomia dos gestores locais de saúde de Pernambuco no processo de tomada de decisão concernente à alocação de recursos para o setor, preconizada pela EC29.

O cenário do estudo

Os municípios estudados estão localizados no Estado de Pernambuco. Do ponto de vista da divisão político-administrativa da área de saúde, o Estado está dividido em 11 Gerências Regionais de Saúde (Geres).

Percurso metodológico

Considerando a complexidade da temática em estudo, optamos pela realização de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, do tipo triangulação de métodos, por entendermos ser esta a opção mais adequada para a abordagem do tema proposto.

A opção em utilizar os dois tipos de abordagens mencionadas se justifica pela necessidade de um maior aprofundamento e detalhamento dos coletados. Isso não seria possível se os métodos fossem utilizados isoladamente. Assim, a complementaridade surge como uma vantagem da combinação dos métodos de forma a contribuir para o aprofundamento acerca do objeto, permitindo maior compreensão da realidade e um avanço na construção do conhecimento sobre ele (Goldenberg, 2007; Guimarães e col., 2004).

A amostra corresponde a uma parcela dos municípios do Estado de Pernambuco e foi selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: (a) Gestores locais cujos municípios informaram ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) o percentual da contrapartida de recursos próprios gastos em saúde no ano de 2007; (b) Municípios participantes da pesquisa Avaliação do Siops e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação, cujos gestores responderam

ao questionário aplicado no ano de 2007. A referida pesquisa adotou o critério informado no item a e, a partir do número de municípios de cada Geres, calculou uma amostra representativa de cada uma das 11 Geres. A amostra do estudo foi composta por cinquenta gestores locais, sendo: quarenta e seis Secretários(as) de Saúde, um Diretor de Departamento de Vigilância à Saúde, um Assessor da Secretaria de Saúde, um Coordenador de Saúde e um Secretário Adjunto.

Coleta de dados

A coleta foi realizada através da aplicação de um questionário com perguntas abertas, análise de documentos sobre a EC29 e levantamento de dados do Siops sobre o histórico da situação de entrega e o cumprimento do percentual preconizado pela emenda, no ano de 2007.

Os dados secundários sobre o histórico da situação de entrega dos dados municipais e o cumprimento do percentual preconizado pela EC29 foram coletados do Siops, estando eles disponíveis no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus).

A análise dos dados

As respostas dadas pelos entrevistados foram digitadas e submetidas a uma análise de conteúdo do tipo temática.

Segundo Minayo (2007), essa técnica permite tornar “replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (p. 303). Além disso, o objetivo de se utilizar essa técnica é o de ultrapassar os sentidos manifestos pelos indivíduos em suas falas, buscando atingir um patamar mais profundo do que está sendo comunicado, ou seja, essa etapa busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objeto analítico estudado.

Buscamos, portanto, ao optar por esse tipo de análise, ler o que os entrevistados têm a dizer, tentando apreender sua mensagem textual, sem, contudo, intervir no texto. “Praticamente, trata-se de

fazer ao texto uma série de perguntas cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem” (Severino, 2007, p. 57).

Seguindo essas diretrizes, os dados obtidos foram inicialmente parafraseados e condensados por semelhanças, levando-se em consideração os aspectos teóricos e empíricos presentes nas falas dos entrevistados. Em seguida, foram agrupados em temas, descritos através de enunciados.

Os dados secundários obtidos através do Siops foram tabulados e analisados, levando em consideração a frequência referente ao histórico dos percentuais de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pelos Municípios, de acordo com a EC29, referente à competência de 2007.

Em relação aos recursos próprios aplicados, levamos em consideração o cumprimento ou não da emenda, não interessando, para os objetivos de nossa pesquisa, o valor apostado em moeda, nem mesmo o percentual a mais ou a menos aplicado em relação ao preconizado.

Produzindo conhecimento: a análise estatística e a análise temática

A análise dos dados obtidos através do Siops revelou que 100% dos municípios componentes da amostra cumpriram com o percentual mínimo de recursos próprios aplicados em saúde, preconizado pela EC29.

Em relação ao conhecimento acerca da emenda, observamos que 62% dos gestores entrevistados demonstram em suas respostas não a conhecerem, tendo em vista que não fazem referências às definições de vinculação e percentual mínimo dos recursos próprios de Estados, Municípios e União que devem obrigatoriamente ser aplicados com o setor saúde, como observamos na fala do *Gestor 44*³: *A Emenda*

vem a resumir de fato se os municípios estão aptos a seguirem, sabendo da realidade de cada município, e do Gestor 35: Mudanças baseadas em experiências/projetos/programas anteriores que diante do resultado não foram satisfatórios. Readequação.

O cruzamento dessas informações nos mostrou que, estatisticamente, não há relação direta entre o conhecimento acerca da EC29 e o cumprimento do que é preconizado por ela nos municípios estudados no Estado de Pernambuco (Tabela).

Tabela - Conhecimento acerca da Emenda Constitucional Nº 29, segundo dados do SIOPS, 2007

Cumprimento da EC29	Conhece a EC29	
	Sim	Não
Aplicou o percentual da EC29	19	31
Não aplicou o percentual da EC29	-	-

A análise temática considerou o papel que deve ser desempenhado pelos gestores e a autonomia e o protagonismo⁴ desse sujeito diante da conjuntura atual, perante a alocação de recursos para a saúde, preconizada pela EC29.

A obrigatoriedade

Ao serem questionados sobre seu conhecimento em relação à EC29, os gestores levantaram algumas características conceituais que denotam sua relação com o cumprimento da emenda e com o seu papel diante da gestão municipal.

A primeira característica mencionada pelos entrevistados se refere ao caráter de obrigatoriedade.

Com a promulgação da EC29, que alterou o conteúdo da Constituição Federal de 1988, os gestores locais passaram a ter novas obrigatoriedades com

3 Os gestores serão tratados pela numeração em que as entrevistas foram transcritas, para preservar a identidade deles.

4 O protagonismo, muito estudado na área educacional enquanto protagonismo juvenil, é aqui extrapolado para a saúde pensando no posicionamento dos gestores enquanto tomadores de decisão. No presente texto o termo é compreendido como participação ativa (Ferretti e col., 2004) desses gestores na formulação e implementação das políticas públicas de saúde no País. Embora se verifique que protagonistas, no sentido etimológico “significava o ator principal do teatro grego ou aquele que ocupava o lugar principal em um acontecimento” (Ferretti e col., 2004, p. 413), busca-se aproximar essa participação ao conceito de resiliência, enquanto capacidade das pessoas em “resistirem à adversidade, valendo-se da experiência assim adquirida para construir novas habilidades e comportamentos que lhes permitam sobrepor-se às condições adversas” (Ferretti e col., 2004, p. 417) e superar os desafios apresentados participando ativamente das decisões que podem mudar os sistemas locais de saúde e a qualidade de vida das pessoas. Um posicionamento que supera o protagonismo como “mero ativismo social - acrítico” (Ferretti e col., 2004, p. 422).

a gestão dos sistemas de saúde locais, para além da responsabilidade sanitária.⁵

Ao analisarmos o conteúdo da escrita dos gestores, observamos que a obrigatoriedade é uma característica marcadamente mencionada em relação à emenda. Obrigatoriedade que se refere a compromissos, regras, determinações, leis, metas e objetivos que devem ser cumpridos pelos gestores locais. Como observamos na resposta de um dos entrevistados, o Gestor 12, que diz: *A Emenda 29 define a obrigatoriedade dos três entes federados: União, Estado e Município o percentual para cada um; de repasse com relação aos recursos para saúde.*

A obrigação mencionada pelos gestores remete a uma dimensão de compromisso e de cuidado, que extrapola a responsabilidade sanitária com o território, enfatizando uma relação de sujeição: um sujeito impõe determinadas condições e o outro cumpre (Dal, 2002). No nosso caso, esse outro é o gestor municipal.

Os gestores entrevistados veem ainda a emenda como um dispositivo legal que deve ser cumprido, como uma ação inerente ao seu papel enquanto gestor do sistema municipal e ordenador de despesas, como diz o Gestor 32: *A EC 29 vai para as gestões responsáveis e estabelece algumas metas e objetivos que precisam ser obedecidos e cumpridos.*

A sua importância para a implementação e sustentabilidade do SUS não parece ser destacada.

Tendo em vista a falta de regulamentação da emenda, à época da pesquisa, e a escassez de estudos sobre o olhar do gestor acerca desse dispositivo, observamos que ainda há muitas controvérsias em relação ao efetivo cumprimento da emenda (Vasconcelos e Pasche, 2006), que precisam ser avaliadas e estudadas em profundidade. Principalmente no que concerne à importância da emenda e seu impacto na garantia de uma estabilidade de recursos para o SUS, dívida histórica do País.

Sem estar ligada a um planejamento ou a uma avaliação que subsidie a tomada de decisão, a alo-

cação de recursos permanece ainda hoje fortemente dependente dos programas e atividades definidas pelas esferas nacionais e estaduais, cabendo ao município apenas a execução dessas políticas. O gestor da política local em alguns casos não é o gestor do fundo municipal e as informações repassadas ao Siops são preenchidas por empresas terceirizadas que não têm compromisso com a política de saúde do município.

Cumprir o que preceitua a emenda tornou-se uma atividade corriqueira, com feições administrativo-financeiras quase sempre desempenhadas por atores que não estão diretamente implicados na gestão do sistema. O caráter da obrigatoriedade ignora e supera a importância da vinculação de recursos para o setor saúde e os 23 anos de paciência histórica dos defensores do sistema público de saúde do País.

O papel

De todas as questões levantadas pelos gestores, talvez a discussão sobre o papel do gestor municipal em relação à EC29 seja a de maior importância.

Podemos dizer que o papel desempenhado pelo gestor local de saúde é resultante da interação social, dentro de um processo de socialização, isto é, ele é construído na interação com as pessoas e o contexto do território.

O que tentaremos destacar aqui são duas importantes dimensões pouco discutidas na atualidade em relação à reflexão acerca da EC29: a autonomia e o protagonismo do gestor.

O conteúdo trazido pelas respostas dos gestores remonta à contrapartida de recursos, à importância de que existe uma solidariedade regional e que os perfis/características de cada município sejam respeitados ao se pensar a alocação de recursos, como fala o Gestor 37: *15 % [...] excelente - o recurso dá se os grandes municípios ajudassem os pequenos [...].*

Apesar de ter certa ligação com a questão da obrigatoriedade do cumprimento da emenda, surgem algumas questões que parecem estar diretamente

5 Os gestores do SUS são responsáveis solidários pela integralidade da atenção à saúde da população do seu território. Há dois níveis de responsabilização, no âmbito da saúde: a macrossanitária e a microssanitária. A primeira se refere à responsabilidade do gestor pelos resultados de sua gestão, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, responsabilizando-se pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, que recuperem doentes e que previnam doenças e agravos. A responsabilidade microssanitária, por sua vez, pressupõe que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e estabeleça uma relação de compromisso com a população que lhe é adscrita (Brasil, 2009).

implicadas no papel do gestor enquanto autoridade sanitária local e envolvem certo protagonismo e autonomia deste enquanto tomador de decisões, como mencionado pelo Gestor 30: *Que é uma emenda que vincula receita para a saúde da esfera estadual e municipal, contudo, não define o percentual da União. Sou a favor da vinculação, contudo, os municípios estão com a maior participação.*

Não podemos esquecer que a implantação do SUS inaugurou uma gestão tripartite, acrescentando a significativa participação da comunidade na definição dos caminhos do sistema no País. Teoricamente, essa modalidade de gestão solidária garante aos sujeitos envolvidos na gestão do SUS certa autonomia compartilhada e a oportunidade de exercer um protagonismo consciente que pode ter o poder de mudar os rumos do sistema brasileiro. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação do SUS comprometido com as necessidades específicas da população, em cada localidade do País (Brasil, 2009), como vemos na fala do Gestor 5: *Importante embora não tenha ainda sido regulamentada a nível do Governo Federal e Estadual, e no Estado não termos nenhuma participação fixa e objetiva de repasses para os municípios.*

Decerto essa não é uma visão compartilhada por todos os gestores. É fato que o grupo de Pernambuco, foco desta pesquisa, parece ter uma visão consensual relativa a essa questão – pelo que pudemos observar nas respostas aos questionários. Uma pesquisa citada por Nascimento (2007) aponta uma forma diferente e ao mesmo tempo complementar de pensar de alguns gestores entrevistados no ano 2000, da região do ABC paulista.

Pelas entrevistas analisadas pela autora, representada pela transcrição da fala de um dos entrevistados, parece haver na região sequelas dessa pretensa autonomia e gestão solidária, uma guerra entre os municípios em que os laços cooperativos são frágeis e geram um quadro perverso de desigualdade e acirramento do conflito entre as esferas governamentais (Nascimento, 2007). Celso Daniel, entrevistado em questão, Prefeito de Santo André

na época da entrevista, relata⁶ que:

É preciso sair do discurso-padrão, que parte da ideia de que eu preciso de mais recursos, de mais atribuições para eu poder resolver os problemas de minha comunidade. Se a autonomia do poder local, num primeiro momento, envolve um elemento de natureza positiva que é o de fortalecimento da ideia de descentralização do processo de tomada de decisões, de gestão mais próxima da comunidade, por outro, ela envolve também deixar de lado o fato que essa autonomia municipal precisa também ser questionada, quando problemas que são entendidos como de atribuição municipal não podem ser resolvidos apenas no âmbito do município (Celso Daniel, 2000 apud Nascimento, 2007, p. 181).

Não podemos desconsiderar as diferenças regionais e a conjuntura econômica, política e cultural que entornam a prática profissional desses gestores, ao fazer essa análise. Mas o que queremos realçar da fala desses sujeitos da pesquisa citada por Nascimento (2007) é a sua preocupação no que concerne à autonomia municipal. Mencionam que a autonomia apresenta duas faces: uma positiva e outra negativa. A positiva se refere ao fortalecimento da ideia de descentralização da tomada de decisão e da cogestão em parceria com a comunidade. Já a negativa é aquela que pensa a municipalização de uma forma irresponsável, tendo em vista a atuação restrita dos municípios na resolução de problemas complexos que demandam intervenções dos três níveis de gestão.

A regulamentação

Apesar de as palavras obrigatoriedade e regulamentação terem conotações parecidas, elas foram separadas em categorias distintas, tendo em vista os enfoques diferentes dados pelos gestores para ambas. Enquanto a primeira foi apresentada na dimensão do deve ser cumprido, a segunda diz respeito à necessidade de orientação dos gestores quanto ao papel dos municípios no que diz respeito aos gastos com saúde, ações e serviços. Também se refere a algumas reclamações concernentes à falta de regulamentação da emenda sem, contudo,

6 Entrevistas extraídas de Nascimento, V. B. SUS, gestão pública da saúde e o sistema federativo brasileiro. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

realizar uma reflexão sobre as consequências dessa regulamentação para a saúde da população, como relata o Gestor 33: *É a emenda que define o percentual da receita ordinária da União, Estados e municípios, que no mínimo devem ser investidos em saúde. Falta regulamentar “o que pode ser considerado gasto com saúde”.*

A EC29 foi criada no ano 2000, com o intuito de assegurar recursos financeiros mínimos para a saúde, através da vinculação de percentuais dos orçamentos fiscais (das receitas tributárias e transferências constitucionais legais) dos três entes federados. É importante reiterar que os recursos financeiros assegurados para a Saúde pela EC29 são recursos mínimos, podendo os gestores apresentar melhores propostas em suas leis orçamentárias que deverão ser aprovadas pelo poder legislativo.

Após cerca de onze anos tramitando entre a Câmara e Senado, a emenda, finalmente, foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012 (Brasil, 2012).

A importância da pressão exercida pelos atores sociais responsáveis pela regulamentação da EC29 está relacionada ao fato de que esse ato poderá contribuir para uma situação mais aceitável do financiamento da saúde pública no País. Um rumo cuja lógica esteja voltada definitivamente para a centralidade dos direitos do usuário cidadão, para os resultados na saúde da população, para o desempenho das equipes de saúde e para a efetiva participação da sociedade na definição das prioridades (Santos, 2005).

A Lei Complementar nº 141/2012 define que a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Os Estados aplicarão, anualmente, 12% (doze por cento) da arrecadação de determinados impostos e os Municípios aplicarão, anualmente, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação de determinados impostos (Brasil, 2012).

A qualidade

A última categoria se refere à qualidade da gestão do sistema de saúde no que concerne à alocação de

recursos financeiros para o setor e o atendimento às reais necessidades da população.

Essa categoria, na fala dos gestores, remonta à importância de refletir sobre a equidade na alocação de recursos financeiros para a saúde, buscando fornecer um melhor atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população, como diz o Gestor 45: *Complementação da expectativa de financiamento [...] na C.F., Leis 8080 e 8142 definindo percentuais de compromissos a serem alocados pelos níveis de gestão da saúde.*

A equidade pode ser entendida como “a igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. Para isso o SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa” (Brasil, 2009, p. 138), de acordo com as necessidades de cada sujeito. É a igualdade respeitando a diversidade.

Sabemos que os instrumentos de planejamento e gestão são essenciais para a tomada de decisão no âmbito da saúde, de forma a garantir essas dimensões mencionadas. Além disso, os gestores e a comunidade hoje têm disponível, por vários meios, diversas informações sobre a organização e o desenvolvimento das ações de saúde.

Um exemplo disso são as informações referentes aos orçamentos públicos em saúde, que estão disponíveis no *site* do Datasus e podem ser acessadas através do Siops.

O que observamos, na realidade, é que, apesar de todas as funcionalidades do sistema e de sua importância enquanto instrumento de gestão, a informação disponível ainda é utilizada como forma de obter valores e percentuais relativos ao montante de recursos aplicados para o setor. Destacadamente, em relação ao quanto foi aplicado a mais ou a menos em relação ao percentual mínimo de 15% preconizado pela EC 29.

Ao optarem por esse caminho de utilização do sistema, os gestores demonstram preocupação apenas em cumprir as regras determinadas pela legislação e pela gestão federal do SUS, sem pensar em inovações e estratégias para adequar a organização do sistema e a oferta de serviços de acordo com a necessidade de cada território e de sua população.

Cohn e colaboradores (2005) destacam que, em alguns municípios do País, os sistemas de informação têm sido utilizados para obter recursos financeiros e atender às solicitações dos construtores das

políticas públicas de saúde, que nem sempre são os gestores locais do setor. Afirmam também os autores que ainda é muito grande a dificuldade de se utilizar as informações obtidas através desses sistemas para a tomada de decisões políticas que atendam às reais necessidades das populações. Concluem dizendo que essas dificuldades estão centradas na hegemonia de um poder público ainda conservador e nas amarras do País, que não consegue se “soltar” de uma era clientelista e efetivar a descentralização autorizada e consolidada pela Constituição Cidadã de 1988.

Carvalho e Kaniski (2000) referem que é essencial atentarmos para duas facetas importantes sobre a informação, as quais constituem uma dicotomia significativa: a informação pode tanto ser fator de dominação quanto de emancipação. Essas dimensões, apesar de estarem presentes neste objeto, vão surgir dependendo do uso que se faz da informação obtida.

O gestor precisa estar preparado para pensar a qualidade de suas intervenções, o valor de sua atuação enquanto autoridade sanitária, para utilizar estes instrumentos de gestão adotando estratégias para viabilizar o acesso local, pactuando uma regionalização solidária e tomando decisões conscientes e consistentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Algumas considerações

Esta pesquisa teve o intuito de abordar, qualitativamente, o cumprimento da EC 29 a partir do protagonismo dos gestores locais de saúde diante da contrapartida de recursos para o setor.

As respostas analisadas permitiram constatar que os gestores entrevistados pensam a EC29 como um dispositivo legal que precisa ser cumprido invariavelmente. Pensam essa dimensão sem levar em consideração a importância da emenda como um instrumento para garantir uma aplicação mínima de recursos para a saúde, vinculados aos orçamentos dos entes federados, contribuindo assim para o atendimento às necessidades da população de maneira regional e territorializada.

A materialização do SUS, como sistema de saúde público e universal, implica definir opções valorativas e realizar um movimento deliberativo

e proativo de mobilização social em sua defesa. As dificuldades na sua implementação constituem uma questão estrutural, e a volta ao caminho originário de mobilização e confiança nesse sistema enquanto política de Estado capaz de mudar a realidade parece ser uma alternativa.

O encantamento dos gestores e da população pelo SUS é essencial para a sua subsistência. Essa parceria é fundamental para garantir a alocação adequada de recursos com vistas a atender às necessidades dos cidadãos brasileiros e à existência de modelos de gestão eficazes.

A aprovação da EC29 parece ser um (re)começo, mas pelas falas apresentadas pelos gestores que participaram da pesquisa ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_sus_screen.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2009.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde e da outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

CAMPELLI, M. G. R. *O financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, I. C. L.; KANISKI, A. L. A sociedade do conhecimento e o acesso à informação: para que e para quem? *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 29, n. 3, p. 33-39, 2000.

- COHN, A.; WESTPHAL, M. F.; ELIAS, P. E. Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 114-121, 2005.
- DAL, H. M. C. Obrigações negativas. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 91, n. 800, p. 735-757, 2002.
- ELIAS, P. E. Reforma ou contra-reforma na proteção social a saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 40/41, p. 193-215, ago. 1997.
- FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.
- FERRETTI, C. J.; ZIBAS, D. M. L.; TARTUCE, G. L. B. P. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 34, n. 122, p. 411-423, 2004.
- GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, P. M. Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridade e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 79-91.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. Novas incertezas sobre o financiamento da saúde. *Gazeta Mercantil*, São Paulo, 13 set. 2000. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/journal/m/marques4.doc>>. Acesso em: 20 nov. 2008.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- NASCIMENTO, V. B. *SUS, gestão pública da saúde e o sistema federativo brasileiro*. 2000. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- NASCIMENTO, V. B. *SUS: pacto federativo e gestão pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.
- RIBEIRO, L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 264-275, 1989.
- SANTOS, N. R. Regulamentar a EC 29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 338-351, 2005.
- SANTOS, N. R. *Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2008. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/journal/m/marques4.doc>>. Acesso em: 16 out. 2008.
- SCLIAR, M. Políticas de saúde pública no Brasil: uma visão histórica. In: SCLIAR, M. et al. *Saúde pública: histórias, políticas e revolta*. São Paulo: Scipione, 2002. p. 45-63.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

Recebido em: 26/02/2013

Reapresentado em: 26/04/2013

Aprovado em: 25/07/2013