

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE - PB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

**APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE: Um estudo nos municípios do Estado
da Paraíba**

ANA NYKAELLE DE FARIAS GOMES

CAMPINA GRANDE- PB

2014

ANA NYKAELLE DE FARIAS GOMES

APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE: Um estudo nos municípios do Estado da Paraíba

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Departamento do Curso de Ciências Contábeis, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora: MSc. Eliedna de Sousa Barbosa

CAMPINA GRANDE - PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G633a Gomes, Ana Nykaelle de Farias
Aplicação mínima em saúde [manuscrito] : um estudo nos municípios do estado da Paraíba / Ana Nykaelle de Farias Gomes. - 2014.
20 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.
"Orientação: Profa. Ma. Eliedna de Sousa Barbosa, Departamento de Contabilidade".

1. Lei de responsabilidade fiscal. 2. Emenda constitucional 29. 3. Saúde pública. I. Título.

21. ed. CDD 343.03

ANA NYKAELLE DE FARIAS GOMES

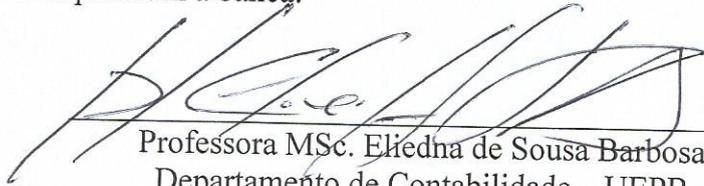
APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE: Um estudo nos municípios do Estado da Paraíba

Este Trabalho de Conclusão de Curso – TCC foi julgado adequado para obtenção do título de bacharel em Ciências Contábeis, sendo aprovado em sua forma final.

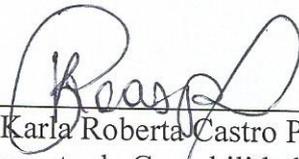


Professor Msc. José Elinilton Cruz de Menezes
Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso

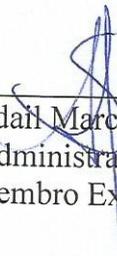
Professores que compuseram a banca:



Professora MSc. Eliedna de Sousa Barbosa
Departamento de Contabilidade – UEPB
Orientadora



Prof. MSc. Karla Roberta Castro Pinheiro Alves
Departamento de Contabilidade – UEPB
Membro



Prof. MSc. Adail Marcos Lima da Silva
Unidade Acadêmica de Administração e Contabilidade – UFCG
Membro Externo

Campina Grande - PB, 18 de Novembro de 2014.

RESUMO

GOMES, Ana Nykaelle de Farias. **APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE: um estudo nos municípios do estado da Paraíba.** 2014. 20 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Ciências Contábeis, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

Esse estudo teve como objetivo geral verificar o comportamento dos percentuais mínimos de aplicação em saúde nos municípios paraibanos, no período de 2000 a 2011. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, descritiva, bibliográfica, documental e quantitativa. Os percentuais de aplicação em saúde foram coletados no *site* oficial do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo a amostra formada por 221 (duzentos e vinte e um) municípios, com corte longitudinal de 2000 a 2011. E, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita desses municípios, disponível no *site* oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os cálculos e as análises estatísticas foram desenvolvidos com ajuda do software multifuncional Excel[®], e, ainda, foram aplicados os testes não paramétrico de *Kruskal Wallis* e *Spearman*. Assim, os resultados revelaram que quanto à evolução histórica os índices foram crescentes até 2003, mas a partir de 2004 alcançaram um comportamento menos volátil perdurando até 2011. Em relação à aderência da aplicação em saúde à EC 29, constatou-se que a partir de 2003 os percentuais mínimos de aplicação em saúde passaram a ser mais homogêneos e em conformidade com a exigência legal, e, foram maiores ou iguais a 15% (quinze por cento). Por fim, não existiu relação entre a proporção dos gastos públicos destinados a saúde e o PIB per capita, evidenciando a ausência de um esforço para priorizar mais o referido setor. Por fim, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas relacionadas ao tema exposto, ampliando a amostra, bem como analisando outras variáveis.

Palavras - chave: Lei de Responsabilidade Fiscal. Emenda Constitucional 29. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

O Estado tem o dever de garantir saúde a toda população, como é definido na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que foi viabilizado através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, a referida Carta Magna não estabeleceu percentuais mínimos que deveriam ser aplicados na saúde.

Em 2000 entrou em vigor a Lei n° 101 de 05 de maio, mais conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que tem por objetivo promover o equilíbrio das finanças públicas. A partir de então, foram estabelecidos limites mínimos e máximos a serem controlados no setor governamental.

No caso específico da saúde, objeto de estudo dessa pesquisa, em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a emenda constitucional 29 (EC 29), que especifica os limites mínimos de

aplicação de recursos em saúde, de forma detalhada, servindo de auxílio para cumprimento de exigência da LRF.

Desde então, foi dada transparência ao que foi aplicado em saúde no setor público, através do portal do Sistema de Informações e Orçamento Público em Saúde (SIOPS) onde é possível acompanhar os limites executados e verificar se estão devidamente cumprindo com o que é estabelecido em legislação específica.

A partir deste cenário, o presente estudo buscou responder a seguinte problemática: **Como se comportaram os municípios paraibanos em relação ao cumprimento dos percentuais mínimos de aplicação em saúde estabelecidos pela EC 29 e em atendimento a LRF?**

Dessa forma, foi traçado como objetivo geral verificar o comportamento dos percentuais mínimos de aplicação em saúde nos municípios paraibanos, no período de 2000 até 2011. Tendo como objetivos específicos: (i) analisar a evolução histórica do investimento em saúde; (ii) averiguar a aderência da aplicação em saúde nos municípios à EC 29; (iii) verificar o grau de associação entre a aplicação mínima em saúde e o PIB per capita.

Essa pesquisa se justifica pela relevância do tema e necessidade de discussão quanto ao cumprimento ou não da determinação legal de aplicação de recursos na saúde pública, que é um dever do Estado e um direito da sociedade garantido pela CF/88. Espera-se, ainda, com ela contribuir, também, para a academia de modo que outros estudos nessa perspectiva sejam realizados.

O presente estudo está organizado em cinco seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda seção apresenta uma revisão bibliográfica a respeito do tema proposto. A metodologia utilizada na pesquisa encontra-se discriminada na terceira, seguida dos resultados na quarta seção. E, por fim, a quinta seção apresenta as considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O conceito de saúde pública está atrelado ao esforço em que uma comunidade exerce para promover à população a prevenção de doenças e prolongamento da vida além da eficiência quando ao cuidado com a saúde física e mental do indivíduo. Medidas voltadas pra a estrutura social da comunidade, com compromisso e responsabilidade proporciona à população a condição de saúde necessária.

Em relação às mudanças iniciadas no sistema público de saúde no Brasil, Nascimento (2007, p.2) profere que:

no 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

Em 1988, é promulgada a Constituição Federal do Brasil, que define a saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como contextualiza a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Mas, o histórico do funcionamento da saúde pública brasileira, retrata que até 1952, o que existia era um Ministério que funcionava para Saúde e Educação Pública, em 1954 foi criado, através da Lei nº 1.920, o Ministério da Saúde. No mesmo ano, através do Decreto nº 34.347 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) é regulamentado, responsável por dar assistência ao ministro de estado no que se refere às bases de proteção à saúde, com competência de deliberar, fiscalizar, monitorar e acompanhar o andamento e disposição das políticas públicas de saúde, bem como aprovar, de quatro em quatro anos, o Plano Nacional de Saúde.

Por sua vez, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi instituído, por meio do Decreto nº 64.867 de 24 de julho de 1969, como um fundo especial com a incumbência de gerir as finanças de todos os recursos enviados para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o Fundo Nacional de Saúde possui a missão de contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde. Através do devido cumprimento da missão, o fundo cria estratégias de disponibilizar as informações de gestão de recursos públicos para a sociedade no que diz respeito a custeio, investimentos e financiamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A LEGISLAÇÃO E OS LIMITES MÍNIMOS DE APLICAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

A Constituição Federal de 1988 estabelece em seu art. 198, parágrafo 3º que a responsabilidade na gestão pública de recursos com a saúde é das três esferas governamentais e que tais recursos teriam origem no orçamento da seguridade social. Também, determina que uma Lei Complementar viesse a definir os percentuais que deveriam ser aplicados na área da

saúde pela União, Estados e Municípios, bem como os critérios de avaliação e normas de controle. Porém, não fazia referência a nenhum percentual mínimo de aplicação, o que deixou espaço para que os governos atuassem livremente, sem uma regulamentação de quanto e do que deveria ser considerado para fins de aplicação em saúde.

Nesse sentido, em de 1990 foi promulgada a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, além de outras providências. Mas, novamente não foi estabelecido os limites de percentuais mínimos para a saúde, o que mantinha uma oportunidade de cada governo aplicar o percentual que ele próprio definisse.

Posteriormente, a Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), veio regulamentar o artigo 163 da Constituição Federal de 1988, e foi alicerçada em quatro pilares: planejamento, controle, transparência e responsabilização, sendo evidenciados para a sociedade através de dois relatórios: o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e o Relatório de Gestão Fiscal (RGF).

Ademais, em relação à saúde, a LRF, trouxe como exigência a realização de transferência voluntária e o cumprimento dos limites constitucionais, conforme preceitua o art. 25, § 1, “b”, dessa Lei. Porém, a CF de 1988 ainda não possuía os limites específicos exigidos pela LRF para a saúde, e, somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que além de definir os percentuais mínimos de aplicação em saúde, assegurou a participação da União, Estados e Municípios no financiamento de ações e serviços públicos de saúde, e estabeleceu regras específicas.

De acordo com a EC 29, foi estabelecido um cronograma a ser cumprido com relação aos limites mínimos definidos pela mesma, com regras de adequação até 2003, de modo que a partir de 2004 todos os Estados e o Distrito Federal alcançassem o mínimo de 12% (doze por cento) e os municípios o mínimo de 15% (quinze por cento) sobre a receita de impostos. Desse modo, por esse estudo limitar-se aos municípios, optou-se por demonstrar através do quadro 1 a seguir, o cronograma para o mesmo:

Quadro 1 – Evolução dos percentuais mínimos aplicados em saúde, 2001-2003.

Acréscimo Anual	Percentual de 15% definido na emenda, menos o valor aplicado em 2000, com 1/5 por ano a mais, de 2001 a 2003.
Acréscimo Anual	15% - valor aplicado no ano = diferença x acréscimo de 1/5 ao ano.
Valor em 2000	12,35%
Cálculo do acréscimo	$15\% - 12,35\% = 2,65\% \times 1/5 = 0,53\%$
Valor em 2001	$12,35\% + 0,53\% = 12,88\%$
Valor em 2002	$12,88\% + 0,53\% = 13,41\%$
Valor em 2003	$13,41\% + 0,53\% = 13,94\%$

Fonte: SILVA (2012, p. 2).

Desse modo, tais índices deveriam ser alcançados de 2000 até 2003, e em 2004, todos os municípios deveriam está aplicando no mínimo 15% (quinze por cento) em saúde. Cabe ressaltar, que para a União a EC 29 não estabeleceu limite, ela apenas estabeleceu que 2000, deveria aplicar o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde do exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento, e, de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Segundo Campelli e Calvo (2007, p.2), dentre as alterações significativas ocorridas na constituição após a aprovação da EC 29, destacam-se:

a inclusão, no Art. 34 da Constituição Federal, de percentuais mínimos para aplicação de recursos em ações de saúde e ensino; no Art. 35, os Estados e a União passaram a ser autorizados a intervir nos Municípios nos casos de não aplicação do mínimo; o Art. 160 veda a União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao sistema de saúde; e no Art. 167 incluiu-se ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

Por sua vez, introduzida pela EC 29, devidamente prevista no art. 198, § 3º, da CF/88, em 16 de janeiro de 2012 foi editada a Lei Complementar 141 que regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e, ainda, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

Desse modo, somente da referida Lei que ficaram estabelecidos de forma clara quais as ações e serviços podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde.

2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE (SIOPS)

Em 1993, o Conselho Nacional de Saúde cria o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com a ideia de disponibilizar informações sobre as despesas com saúde de todos os entes federativos, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Em 2000, o SIOPS entrou em pleno funcionamento, sendo possível qualquer interessado realizar consultas inerentes as despesas em saúde de todos os entes federativos. As informações prestadas no portal do SIOPS são de natureza declaratória e entram em confronto com as informações geradas e disponibilizadas pelos fundos de saúde dos estados e municípios. Além disso, os dados mantêm o padrão de codificação das receitas e despesas, instituídas pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN). A Contabilidade do ente (Estados ou Municípios) que presta as informações é responsável por repassar as informações para o sistema, através da inserção e transmissão dos dados via internet para o banco de dados do SIOPS.

Como a LRF prevê a disponibilização do RREO e RGF, desde 2002, o SIOPS passou disponibilizá-los para acesso. Assim, a sociedade possui um forte instrumento de transparência no que diz respeito à aplicação de recursos públicos. Uma gestão pública transparente possui mais respeito e proporciona a população maior segurança em relação à sua confiabilidade com o governo. Sabendo quanto cada unidade política tem aplicado na área de saúde, a sociedade pode cobrar tais aplicações em forma da prestação de um serviço público de qualidade, bem como, caso observe-se que os limites não estão sendo cumpridos, procura-se medidas que façam com que tais entes passem a obedecer aos limites estabelecidos em lei.

3 PROCEDER METODOLÓGICO

Uma vez que são aplicados procedimentos científicos para o alcance de respostas de determinado problema, a pesquisa é definida como pesquisa científica. Como afirma Gil (1999, p. 42) “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos”

Por sua vez, Beuren (2003, p. 45), afirma que uma pesquisa em Contabilidade deve observar e se enquadrar em três categorias de delineamento: (i) quanto aos objetivos (exploratória, descritiva, explicativa); (ii) quanto aos procedimentos (estudo de caso,

levantamento, bibliográfica, documental, participante, experimental) e (iii) quanto ao problema (qualitativa e/ou quantitativa).

Assim, esse estudo quanto aos objetivos foi de caráter exploratório e descritivo, quanto aos procedimentos foi bibliográfico e documental, e, quanto à problemática foi quantitativo. Para alcance do objetivo geral foram coletados os percentuais de aplicação em saúde, disponíveis no *site* oficial do SIOPS, sendo a população formada pelos 223 (duzentos e vinte e três) municípios Estado da Paraíba, dos quais foi composta uma amostra de 221 (duzentos e vinte e um) municípios, com corte longitudinal para análise de 2000 até 2011. E, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita desses municípios, disponível no *site* oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os cálculos e as análises estatísticas foram desenvolvidos com do software Excel[®], no qual elaborou-se, ainda, a disposição dos dados graficamente, que segundo Barros e Lehfeld (2007, p. 110), “auxilia a interpretação da análise e facilita o processo de inter-relação deles e também com as hipóteses de estudo”.

E, ainda, para obtenção de evidências à solução da problematização pesquisada foram aplicados os testes não paramétrico de *Kruskal Wallis* e *Spearman*, onde o primeiro é definido por Stevenson (1996) como um método alternativo para testar se três ou mais amostras independentes foram extraídas de populações com médias iguais. Enquanto, o segundo teste é definido por Rumsey (2014) como aquele que verifica se duas variáveis ordinais e/ou quantitativas são independentes, ou seja, não se relacionam entre si.

A seguir, o quadro 2 detalha todos os tratamentos estatísticos (estatística descritiva e testes não paramétricos) realizados na construção dos resultados da pesquisa. Cada etapa apresentada no quadro corresponde a um objetivo específico a fim de que o alcance de cada um deles faça com quem o objetivo geral de verificar o comportamento dos percentuais mínimos de aplicação em saúde nos municípios paraibanos no período de 2000 a 2011 seja atendido.

Quadro 2 – Tratamento estatístico dos dados da pesquisa.

Etapa	Tratamento dos dados	Descrição
Análise da evolução histórica do investimento em saúde	Kruskal – Wallis (teste H) (aplicação sobre as amostras anuais levantadas de 2000 a 2011.)	H0: todos os pares de amostras são estatisticamente semelhantes.
		H1: existe, no mínimo, um par de amostras significativamente diferentes.
Análise da aderência da aplicação em saúde à EC 29	Teste dos sinais (aplicação sobre as amostras anuais levantadas de 2000 a 2011)	H0: (%Saúde – 15%) > = 0
		H1: %Saúde < 15%
Análise do grau de associação entre a aplicação mínima em saúde e o PIB per capita	Correlação de postos de Spearman (associação entre o PIB per capita e aplicação em saúde)	H0: não existe correlação entre o PIB e a aplicação mínima.
		H1: existe correlação entre o PIB e a aplicação mínima.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Dessa forma, serão apresentados os resultados dos objetivos específicos traçados e o consequente alcance do objetivo geral.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados encontram-se dissociados em subseções a seguir, que tratam da apresentação da evolução do investimento em saúde, seguida da aderência da aplicação mínima em saúde à EC 29, e por fim, o grau de associação entre a aplicação mínima em saúde e o PIB per capita.

4.1 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO INVESTIMENTO EM SAÚDE

O quadro 3 traz o resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis nas amostras anuais. H0 diz que todas as observações são estatisticamente semelhantes, enquanto que a H1 afirma que existe, no mínimo, um par de amostras significativamente diferentes.

Quadro 2 – Matriz de evidenciação gráfica do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

H	Graus de Liberdade										Valor-p
563,96	11										0,00000
Fatores Comparados											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2000											
2001	Não										
2002	Não	Não									
2003	Sim	Sim	Sim								
2004	Sim	Sim	Sim	Sim							
2005	Sim	Sim	Sim	Sim	Não						
2006	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não					
2007	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não				
2008	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não			
2009	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não		
2010	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	
2011	Sim	Sim	Sim	Sim	Não						

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com valor p , resultado de $H = 563,96$ mais 11 de grau de liberdade, percebe-se a rejeição de H_0 , segundo um nível de confiança de 95%.

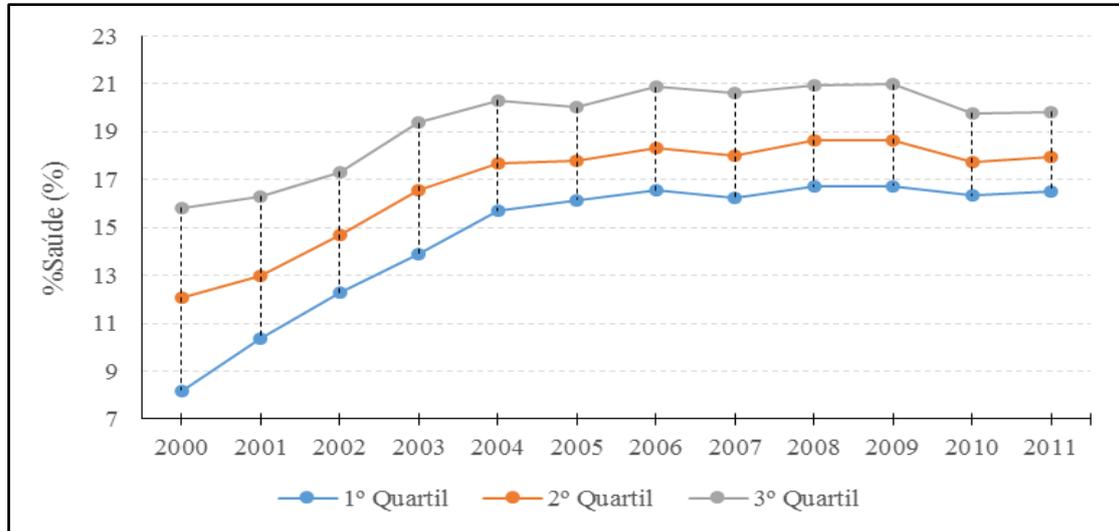
Após a observação da matriz de contida no quadro 2, percebe-se que a H_1 prevalece, uma vez que foram identificados não apenas um mas 35 pares de amostras significativamente diferentes fazendo com que se confirme a rejeição de H_0 .

Dentre os anos, o ano de 2003 se caracteriza por ser o ano de transição da política de aplicação dos percentuais mínimos em saúde nos 221 municípios analisados. Ou seja, nos anos de 2000, 2001 e 2002, os municípios adotavam a mesma política quanto ao percentual de aplicação, sem nenhum critério a ser obedecido, uma vez que não havia limite mínimo definido em lei específica. O ano de 2003 é diferente de todos os anos em virtude de serem aplicados percentuais divergentes daqueles do período anterior e posterior à EC 29. Já a partir de 2004, também passaram a adotar a mesma política de aplicação, porém agora diante da obrigatoriedade da Lei, que definiu o mínimo de 15% (quinze por cento) a ser aplicado. Passando a ser em conformidade com a legislação, não existiram diferenças significativas quanto à aplicação mínima em saúde envolvendo os exercícios de 2004 a 2011.

Posteriormente, foram identificadas as medidas de posição através dos quartis, dividindo o rol do conjunto de dados em quatro partes iguais, como demonstra o

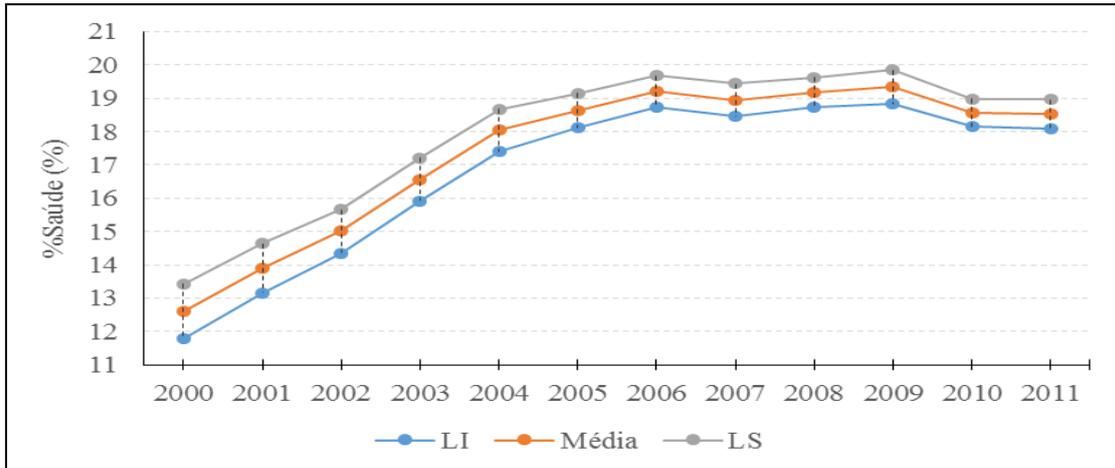
gráfico 1. Em seguida, o gráfico 2 traz o Intervalo de Confiança para as 221 amostras analisadas.

Gráfico 1 – Quartis dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba



Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Gráfico 2 – Intervalo de confiança dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014

De acordo com a matriz, os gráficos acima ratificam o que teste informa sobre a rejeição de H_0 .

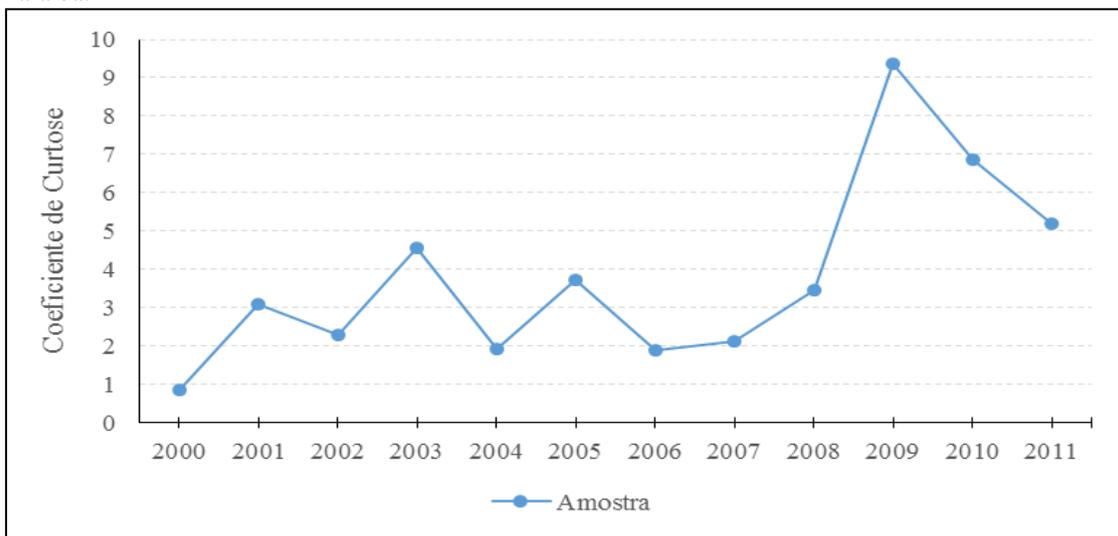
A análise do gráfico 1 mostra que os quartis foram significativamente crescentes até o exercício de 2003 e a partir de 2004, eles apresentam um comportamento mais estável. Isso se deve ao fato de que o ano de 2003 é caracterizado com o ano de transição entre os períodos de obrigação da aplicabilidade do que é definido na Lei. Pode-se observar ainda que, como o 2º quartil corresponde à mediana, os índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios

analisados tiveram variações que foram desde aproximadamente 13% (treze por cento) até superiores a 17% (dezesete por cento), o que significa que aproximadamente 50% dos municípios analisados encontram-se abaixo dos referidos e 50% acima, nos anos de 2000 a 2011.

O gráfico 2, por sua vez, mostra de forma conjunta todos os intervalos de confiança do período em análise, verificando mais uma vez que os índices mínimos de aplicação foram significativamente crescentes até 2003, enquanto que a partir de 2004 alcançaram um comportamento mais homogêneo até o ano de 2011. As diferenças detectadas de 2004 a 2011 são consideradas estatística e significativamente sem relevância. Os resultados dos gráficos supracitados corroboram com a observância da regra de evolução progressiva de aplicação mínima em saúde e demonstram o mesmo cenário de que os índices cresceram significativamente até 2003 e, a partir de 2004, mantiveram-se mais homogêneos em cumprimento à Lei.

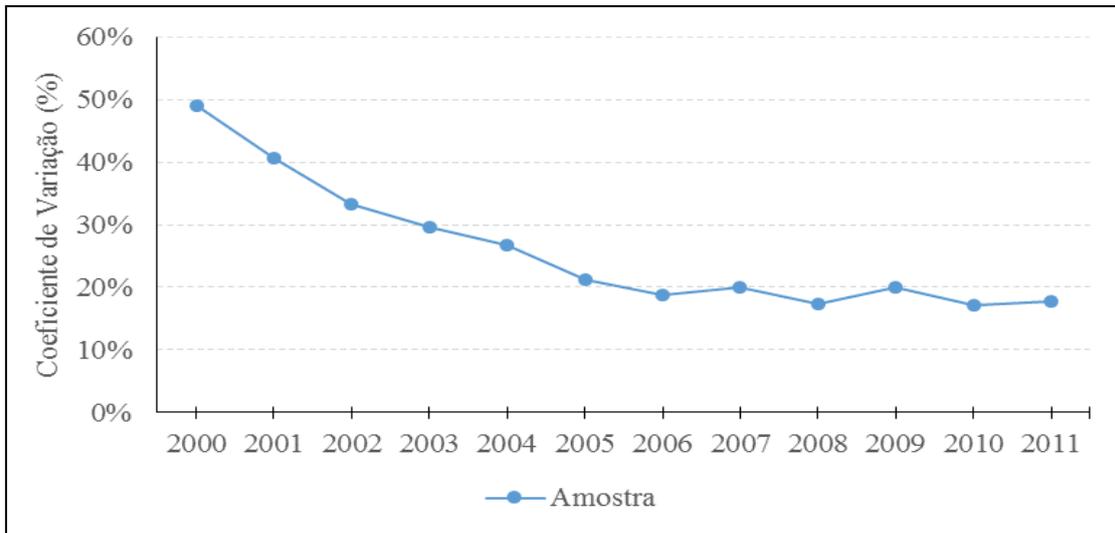
Os gráficos a seguir apresentam os coeficientes de curtose das amostras e o coeficiente de variação dos índices mínimos de aplicação em saúde, respectivamente.

Gráfico 3 – Coeficientes de curtose dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Gráfico 4 – Coeficiente de variação dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No gráfico 3, são apresentados os coeficientes de curtose das amostras do período em análise, o que significa verificar o grau de achatamento da curva em relação à curva normal padrão (mesocúrtica) e a forma como os índices se concentraram em torno de sua média. Desse modo, foram verificadas curvas leptocúrticas, revelando que a distribuição encontra-se altamente concentradas em torno da média e que os índices possuem alta homogeneidade.

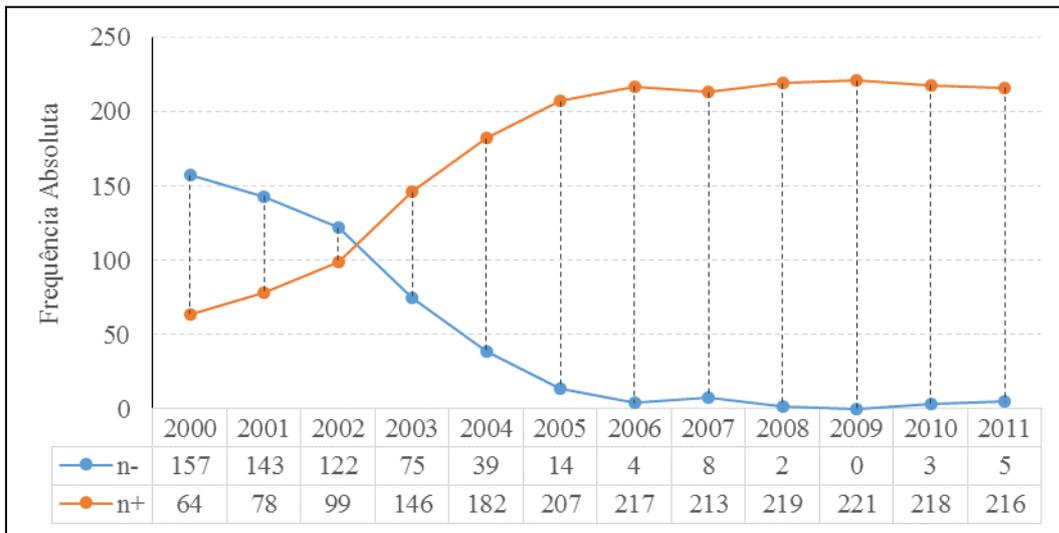
O gráfico 4 demonstra os coeficientes de variação das amostras anuais. Foi possível observar que antes de 2003, os municípios não seguiam critérios para aplicação em saúde, fazendo com que os percentuais desse período fossem aleatórios e discordantes. Prova disso, é que o coeficiente de variação nos anos de 2000, 2001 e 2002 foram maiores que 30%, caracterizando as amostras como de alta heterogeneidade. Já em 2003, a amostra pode ser considerada homogênea e aceitável, no limite dos 30% de variação. No período posterior à implantação, dos anos de 2004 a 2011, os limites convergiram a patamares semelhantes, com coeficientes de variação menores que 30% e passaram a ser classificados como homogêneos, em virtude do cumprimento do que é estabelecido na EC 29.

Assim, pode-se observar que quanto menor mostrou-se os coeficientes de curtose, apresentados no gráfico 3, maior apresentou-se o coeficiente de variação dos índices mínimos de aplicação, demonstrados no gráfico 4. Levando à consideração de que até 2003 os municípios eram desordenados quanto à aplicação em saúde pública e a partir de 2004, os índices variaram pouco, e tornaram-se de acordo com o mínimo de 15% determinado na legislação.

4.2 ADERÊNCIA DA APLICAÇÃO EM SAÚDE À EC 29

A partir dos dados relativos aos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba, foi possível sintetizá-los e dispô-los em um conjunto capaz de descrever sua evolução ao longo de exercício do período em análise, através da frequência absoluta apresentada no gráfico 5.

Gráfico 5 – Frequência absoluta dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba.

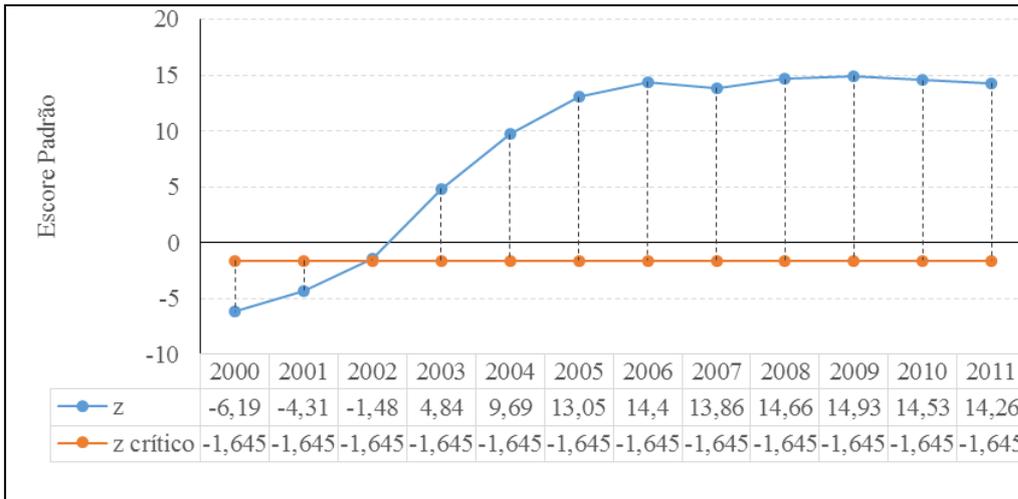


Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No gráfico 5, o **n-** representa a quantidade de municípios que mantiveram-se abaixo e o **n+** os municípios que mantiveram-se acima do limite de 15% estabelecido em lei, ao longo do período analisado. Através da análise do gráfico, visualiza-se que no decorrer do tempo o número de municípios que convergiam ao limite mínimo foi crescente, enquanto que o número de municípios que aplicavam menos que os 15% foi diminuindo, em virtude da aplicação da lei.

O gráfico 6 traz o resumo da aplicação do teste dos sinais para as amostras anuais, referentes ao percentual de aplicação mínima em saúde .

Gráfico 6 – Escore Padrão dos índices mínimos de aplicação em saúde dos municípios do Estado da Paraíba.



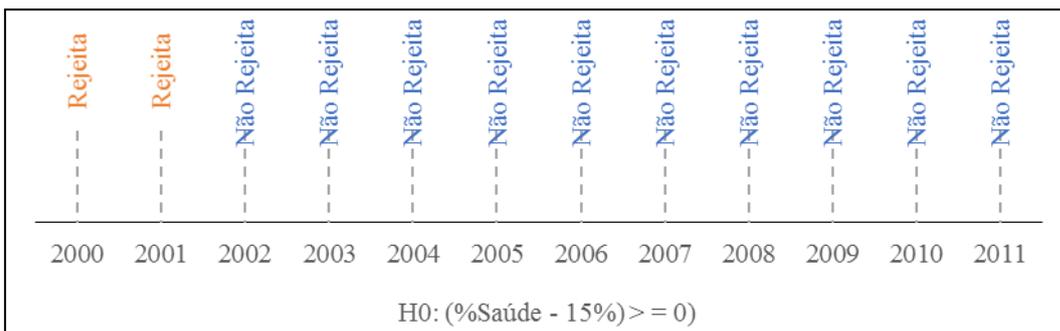
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O gráfico 6 traz o escore padrão dos índices mínimos de aplicação em saúde, em cada exercício do período em análise, eles são em estatística, o “z-escore” usado para comparar médias de conjuntos de dados diferentes homogeneamente distribuídos. Sua relevância se dá pelo fato de quando itens de diferentes conjuntos de dados são transformados em z-escores, eles tornam-se passíveis de serem comparados.

Dessa forma, o gráfico 6, apresenta o cálculo da estatística “z” com o valor crítico de (-1,645) unicaudal, para um nível de confiança de 95%. Como a hipótese alternativa é (%Saúde - 15%) < 0, então a rejeição da hipótese nula dar-se-á quando z calculado for < -1,64. Logo, pode-se verificar que até 2002 a hipótese nula foi rejeitada e a partir de 2003 até 2011 a hipótese nula foi verdadeira. Portanto, levando em consideração o comportamento dos índices com valores aproximadamente semelhantes, a partir de 2003 os percentuais mínimos de aplicação em saúde passam a ser mais homogêneos e em conformidade com a EC 29.

Diante desse cenário, o gráfico 7 apresenta o comportamento histórico da hipótese nula.

Gráfico 7 – Comportamento histórico da Hipótese nula.



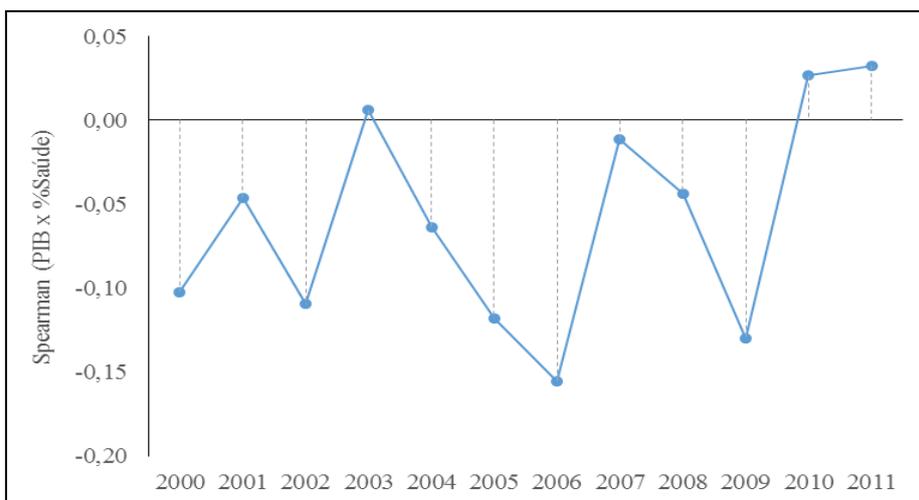
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O gráfico 7 evidencia, ao longo do período analisado, que foi a partir de 2003 que a hipótese nula deixou de ser rejeitada, ou seja, os percentuais dos índices mínimos de aplicação em saúde, dos municípios do Estado da Paraíba em estudo, a partir de 2003 foram maiores ou iguais a 15%, em conformidade com a EC 29.

4.3 GRAU DE ASSOCIAÇÃO ENTRE A APLICAÇÃO MÍNIMA EM SAÚDE E O PIB PER CAPITA

A fim de encontrar um grau de associação entre os percentuais dos índices mínimos de aplicação em saúde, dos municípios do Estado da Paraíba em estudo, no período em análise, e, o PIB per capita desses municípios, foi calculado o coeficiente de correlação por postos de Spearman que permite identificar se há relação de duas variáveis em uma função monótona, ou seja, se uma aumenta, o mesmo acontece com a outra, ou vice-versa, conforme apresenta o gráfico 8.

Gráfico 8 – Correlação de Spearman (% Saúde x PIB per capita) de 2000 a 2011.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Diante do gráfico 8, observa-se que em todo o período analisado, de 2000 até 2011, que o grau de associação entre os percentuais dos índices mínimos de aplicação em saúde, dos municípios do Estado da Paraíba em estudo e o PIB per capita desses municípios, não apresentou relação entre as variáveis.

Desse modo, admitindo um PIB per capita crescente, ao longo do período analisado, conforme dados do IBGE, os resultados estatísticos encontrados mostram não existir relação entre a proporção dos gastos públicos destinados a saúde, revelando a ausência de um esforço para priorizar mais o referido setor.

Portanto, percebe-se que o PIB não é fator determinante na aplicação mínima em saúde dos municípios analisados. Ou seja, a hipótese de que quanto maior o PIB per capita,

maior o investimento em saúde é contrariada nos municípios analisados. Fica evidenciado que os gestores públicos trataram a saúde como uma mera formalidade imposta legalmente, independente do que revelam os termômetros dos indicadores sócio econômicos locais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou verificar o comportamento dos percentuais mínimos de aplicação em saúde nos municípios paraibanos, no período de 2000 até 2011. Dessa forma, quanto à evolução histórica foi observado que nos 221 (duzentos e vinte e um) municípios que os índices foram crescentes até 2003, enquanto que a partir de 2004 alcançaram um comportamento menos volátil perdurando até 2011.

Em relação à aderência da aplicação em saúde à EC 29, constatou-se que a partir de 2003 os percentuais mínimos de aplicação em saúde passam a ser mais homogêneos e em conformidade com a exigência legal. Além disso, foram maiores ou iguais a 15% (quinze por cento).

No que tange o grau de associação entre a aplicação mínima em saúde e o Produto Interno Bruto (PIB per capita), ao longo do período analisado, os resultados estatísticos encontrados revelaram não existir relação entre a proporção dos gastos públicos destinados a saúde e o PIB per capita, evidenciando a ausência de um esforço para priorizar mais o referido setor.

Cabe destacar, que esse estudo limita-se pela não disponibilização de informações, de alguns municípios que deixaram de enviar seus dados para o SIOPS, bem como pela falta de divulgação dos valores do PIB per capita de 2012 e 2013, previsto para dezembro de 2014 permitindo assim uma análise até 2011. Por fim, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas relacionadas ao tema exposto, ampliando a amostra, bem como analisando outras variáveis.

ABSTRACT

This study aimed to verify the behavior of the minimum percentages of investment in health in cities in Paraíba, in the period 2000 to 2011. To this end, was conducted an exploratory survey, descriptive, bibliographic, document and quantitative. The percentages of investment in health were collected on the official website of the Information System on Public Health Budget (SIOPS), and the sample consists of 221 (two hundred and twenty one) municipalities with slitting longitudinal of 2000 to 2011. And, Product Domestic Gross (PGD) per capita of these municipalities, available on the official website of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Calculations and the statistical analyzes were developed with the help of multifunctional software Excel®, and, also, have been applied the tests non-parametrics

Kruskal Wallis and Spearman. Thus, the results revealed, that how much regarding historical evolution the indices increased until 2003, but since 2004 have reached a less volatile behavior lasting until 2011. Regarding the grip of the EC application in health 29, it was found that from 2003 the percentages minimum of investments in health have become more homogeneous and in accordance with the legal requirement, and were greater or equal to 15% (fifteen percent). Finally, there was no relationship between the proportion of public spending allocated to health and GDP per capita, indicating the absence of an effort to give priority plus said sector. Finally, it is suggested that future research be conducted on the theme displayed, enlarging the sample, as well as analyzing other variables.

Key-words: Fiscal Responsibility Law. Constitutional Amendment 29. Public Health

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa de 1988**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, nº 191-A, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm Acesso em 20 de set de 2014.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de outubro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 14 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm Acesso em 23 de set de 2014.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101**, de 04 de maio de 2000b. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 05 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm> Acesso em 23 de set de 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em 23 de set de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Informativo Eletrônico do CNS. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo.htm>> Acesso em 23 de set de 2014.

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

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao322.htm Acesso em 24 de set de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Saúde (FNS)**. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf Acesso em 24 de set de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações e Orçamento Público em Saúde SIOPS**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>. Acesso em 25 de set de 2014.

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 pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em 25 de set de 2014.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n7/12.pdf> Acesso em 10 de out de 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). PIB. Disponível em: <www.ibge.gov.br/>.

NASCIMENTO, V. B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

SILVA, Mauricio Corrêa. **Gastos com Saúde: uma Análise do Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 Municípios Brasileiros mais Populosos, no período de 2000 a 2008**. REUNIR – Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade – Vol. 2, no 1, p.1-20, Jan-Abr/2012.

RIBEIRO, Juliana Dantas Torres. BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional no 29: algumas reflexões**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7):1613-1623, jul, 2007.

RUMSEY, Deborah. **Estatística II para leigos**. Rio de Janeiro, RJ: Alta Books, 2014.