



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Vocurca Teixeira, Hugo; Gouvêa Teixeira, Marcelo
Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 2, 2003, pp. 379-391
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042996005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops

Public health financing in Brazil:
the Siops experience

Hugo Vocurca Teixeira ¹

Marcelo Gouvêa Teixeira ²

Abstract *This article presents information about public budgets for a health system, called SIOPS, and its basic features. It briefly comments a SIOPS's strategy of collect data, and it exemplifies some of its potential as an instrument for helping health management. SIOPS focuses on information about the financing and expenses of public health in municipalities, states and in the Union, being therefore a unique data bank in the social policy field in Brazil. The data bank is growing on a steady basis and is as well improving in terms of information reliability. It produces information increasing in regularity and quality. The SIOPS is presented as an important data source for researches of health policies, as an instrument for control agencies to exert the attendance and fiscal inspection, and as an instrument for managing and evaluating the actions for the Unified Health System (SUS). The information retrieved by SIOPS will eventually further develop management, spread the well-succeeded experiences among the states, and balance the distribution of expenses between investments and costs, as well as the distribution of resources among government levels.*

Key words *Health system, Public budget, Control agencies, Public health financing, SIOPS*

Resumo *Este artigo apresenta características do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), tece breves comentários sobre a estratégia de coleta e os dados coletados, e exemplifica algumas de suas potencialidades como instrumento de apoio à gestão. O Siops reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União, constituindo-se em banco de dados único no âmbito das políticas sociais no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos pelas instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões.*

Palavras-chave *Sistema de informação, Orçamento público, Controle social, Política de financiamento, Siops*

¹ Secretaria Municipal de Administração e Finanças da Política Social. Av. Álvares Cabral 982, Pilotis Lourdes, 30170-001 Belo Horizonte MG. vocurva@pbh.gov.br

² Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Inovações Logísticas.

Introdução

A disponibilidade de informações financeiras sobre o perfil do financiamento e do gasto com as políticas públicas de saúde, para cada esfera de governo, constitui um imperativo para o processo de construção e a avaliação do desempenho do Sistema Único de Saúde. Tais informações podem viabilizar o aprimoramento da gestão, a disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, e a adequada distribuição dos gastos entre investimento e custeio, tendo em vista o dimensionamento das redes de atenção, dentre outras questões.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), desde que começou a ser implantado pelo Ministério da Saúde, em 1999, reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, dos estados e da União. Permite visualizar, conforme o grau de agregação desejado, o dispêndio e a capacidade de financiamento das ações e serviços públicos de saúde, em nível local, estadual ou federal. Com essa amplitude e versatilidade, constitui-se em banco de dados único no âmbito das políticas públicas no Brasil. Produzindo informações com regularidade e com qualidade crescente, o sistema conforma-se como uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, para o exercício do acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Este artigo apresenta as principais características deste sistema de informações, tece breves comentários sobre a estratégia de coleta de dados, o armazenamento das informações, sua divulgação e exemplifica algumas de suas potencialidades como instrumento de apoio à gestão.

Origens

No decorrer da crise do financiamento do Sistema Único de Saúde ocorrida no início da década de 1990, o Conselho Nacional de Saúde aprovou resolução, com os objetivos de: (1) estabelecer um sistema denominado Sistema de Vigilância sobre a Receita, que propiciasse transparência e controle à receita da União, com ênfase na origem da arrecadação do Tesouro Nacional e sua destinação, e (2) apoiar o desenvolvimento de pesquisas destinadas a apurar o perfil do financiamento e do gasto em saúde, por meio

da produção de informações sobre os orçamentos públicos nas outras esferas de governo.

Após tentativas frustradas de requisição das informações, foi instaurado, em 1994, o Inquérito Civil Público n. 001/94, pela Procuradoria Geral da República, com o objetivo de superar o baixo índice de envio de informações. Na ocasião, o Ministério da Saúde forneceu suporte para a coleta e consolidação dessas informações, por intermédio do Departamento de Informática do SUS – Datasus. Foi desenvolvida uma planilha eletrônica contendo instruções de preenchimento visando à padronização das informações enviadas em disquete. Em 1998, foi criado um endereço eletrônico (*e-mail*) para recepção das planilhas.

A despeito desses esforços, alguns problemas persistiam. Havia ainda muitas dificuldades no preenchimento das planilhas, além de sérias preocupações sobre a confiabilidade dos dados, com possibilidade de haver dupla contagem dos recursos em face dos diversos mecanismos e modalidades de transferências financeiras no SUS. Outro aspecto relevante era o frágil arranjo organizacional de que dispunha a equipe responsável para empreender esforço continuado como requer a natureza desse sistema de informação. Tratava-se de uma equipe transitória no âmbito da Procuradoria Geral da República.

Outra característica que derivou desse processo foi a abordagem junto ao gestor local, marcada pela possibilidade de coerção iminente e pela coleta de informações exclusivamente com o objetivo de propiciar o controle dos gastos por parte dos órgãos de fiscalização. Esse enfoque restringiu, inicialmente, as potencialidades de uso do sistema, não tendo sido incorporado pelas administrações como instrumento de gestão.

Em 1999, o Ministério da Saúde, em parceria com a Procuradoria Geral da República e com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), estruturou um grupo de trabalho no âmbito da Secretaria de Gestão de Investimentos, com o objetivo de internalizar os esforços para aprimoramento e condução desse sistema de informações. Estruturou-se, então, o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), com equipe sediada no Ministério da Saúde, enquanto o desenvolvimento das soluções em tecnologia de informação conti-

nuava sob a responsabilidade de equipe do Datasus.

As portarias interministeriais n. 529, de 30 de abril de 1999, e n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, publicadas pelo Ministério da Saúde e pela Procuradoria Geral da República, regulamentaram o Siops no âmbito do ministério e reforçaram o processo de institucionalização do sistema.

Características do Sistema de Informação

Solução de informática

Do ponto de vista da solução de informática, o Siops pode ser desmembrado em três componentes: (1) um endereço eletrônico público situado no portal do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br/sis/siops); (2) os programas de declaração de municípios e estados; e (3) um banco de dados centralizado pelo ministério.

O programa de coleta permite a declaração eletrônica e o envio, via internet, das informações contábeis dos municípios e estados sobre as receitas totais e as despesas com saúde. Os usuários obtêm o sistema por meio do portal do Ministério da Saúde, preenchem os campos a partir dos balanços e orçamentos e, pela internet, alimentam uma base de dados residente no ministério. A estratégia foi inspirada na sistemática bem-sucedida de preenchimento da declaração do Imposto de Renda, utilizada pela Secretaria da Receita Federal.

No preenchimento da declaração, o usuário é assistido por recursos de "ajuda" que apresentam esclarecimentos sobre cada campo do programa, reduzindo as dificuldades do processo.

Estão presentes também, no programa, vários "filtros de consistência", que alertam e, conforme o caso, impedem o usuário de informar um dado impreciso, garantindo a padronização e maior qualidade das informações prestadas. Esses mecanismos compõem o programa e comparam as informações declaradas pelos municípios com as existentes em bancos de dados internos e externos ao Ministério da Saúde, conferindo e apontando discrepâncias durante o preenchimento da declaração pelo ente. O sistema efetua cálculos com o objetivo de verificar a consistência dos dados, consolidar as informações e evitar a dupla contagem de recursos. Essas verificações antecedem ao momento da transmissão dos dados para o Datasus, e, na

ocorrência de alguma discrepância, o usuário deve confirmar a informação antes de prosseguir com o envio da declaração. Os filtros internos verificam a consistência das informações em relação ao conjunto dos dados declarados pelo ente, enquanto os filtros externos conferem a fidedignidade da informação em relação a outras bases de dados.

Dentre os filtros internos, merecem destaque a verificação da duplicidade de dados entre as despesas da administração direta e indireta, o limite superior de 40% para o percentual de recursos próprios aplicados em saúde e a despesa própria *per capita* de saúde em até R\$400,00.

Dentre os filtros externos, destacam-se as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (Transferências Fundo a Fundo) e os recursos repassados pelo Ministério da Fazenda a estados e municípios provenientes do Fundo de Participação de Estados e Municípios (FPE, FPM), a lei complementar 86/97 (Lei Kandir) e a cota-parte do Imposto Territorial Rural (ITR).

Além disso, o sistema dispõe de um Manual de Orientações, contendo explicações e critérios aplicados a cada campo a ser preenchido. Considerando a possibilidade de que algumas informações solicitadas estejam localizadas em diferentes áreas do governo, o sistema possibilita a digitação dos dados em equipamentos distintos e o posterior transporte do arquivo gerado para um único equipamento. Por exemplo, os dados de receita podem estar armazenados na Secretaria de Fazenda e os dados de despesa podem estar disponíveis no Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, ou na Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde. Assim, é permitida a digitação dos dados em computadores diferentes e a posterior consolidação em um único arquivo.

Ao final do processamento e recebimento da declaração pelo ministério, o sistema emite ao usuário um recibo em que são apresentados diversos indicadores do município ou do Estado em questão. Os indicadores são gerados exclusivamente a partir das informações declaradas e retratam alguns aspectos das finanças do setor público e da área da saúde. O recibo deve ser assinado pelo governador ou prefeito, pelo contador e pelo presidente do respectivo Conselho de Saúde, assegurando que a declaração está em conformidade com o Balanço Geral publicado pelo ente.

Além do recibo, é gerada também correspondência com alguns indicadores de gestão à autoridade local e ao Conselho de Saúde. Trata-

se de um breve relatório com indicadores tais como o montante da despesa própria com saúde *per capita*, o gasto com medicamentos, com pessoal e o indicador da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000.

Natureza das informações

O primeiro aspecto a se destacar das informações coletadas pelo Siops é o seu caráter declaratório. Os dados referem-se a declarações efetuadas pelos estados e municípios. Em nenhuma hipótese os dados declarados são alterados pela equipe do Ministério da Saúde. Em caso de necessidade de retificação, o próprio declarante deverá enviar novamente a informação pela internet. Em função desse aspecto é que foram elaborados os filtros mencionados anteriormente e firmadas parcerias com Tribunais de Contas, como é apresentado adiante no tópico aspectos institucionais.

As informações declaradas pelos usuários têm como fonte principal os demonstrativos contábeis publicados por cada ente da federação. O sistema coleta, organiza e processa informações oriundas de demonstrativos contábeis das administrações direta e indireta nas três esferas de governo, relativas às receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde de acesso universalizado.

A conceituação utilizada pelo sistema para a expressão “ações e serviços públicos de saúde” foi estruturada a partir dos princípios e diretrizes presentes na Constituição Federal, legislação ordinária e normas infralegais referentes ao SUS. O *software* foi desenvolvido de modo que eventuais alterações nessas definições sejam facilmente assimiladas.

Do ponto de vista da terminologia contábil, foi utilizada no sistema, na medida do possível, a codificação definida pela Secretaria de Orçamento Federal (SOF) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Trata-se de esforço conjugado entre Ministério da Saúde, SOF e a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Fazenda para harmonizar soluções contábeis, facilitando o preenchimento do sistema ao mesmo tempo em que desagrega as informações sobre os itens da saúde.

Essa tarefa mostrou-se particularmente difícil, em função da multiplicidade de situações organizacionais e contábeis observadas nos municípios e estados, bem como dos fluxos financeiros entre administração direta e indireta, decorrentes dessas estruturas. Foi necessário de-

envolver formulários padronizados capazes de abarcar adequadamente todas as possibilidades de receitas e de despesas em saúde dos entes federados, conjugadas à identificação dos fluxos de recursos internos a cada ente, para evitar “dupla contagem” de recursos.

Por outro lado, iniciativas no âmbito do Ministério da Saúde visam à adoção do Siops como fonte comum para fornecimento de informações contábeis a diversas áreas. Mencione-se a adoção da “informação Siops” como pré-requisito para a alteração da habilitação nas novas condições de gestão previstas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), publicada no início de 2002. Com esse mesmo intuito, o relatório Siops passou a integrar o relatório de gestão que todo município habilitado nas condições de gestão do SUS deve encaminhar ao ministério.

Em função dessas iniciativas, em maio de 2002, o Siops recebeu o prêmio de “experiência inovadora de gestão”, concedido pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Aspectos institucionais

• Organização nacional

Em 1999, foram definidas algumas premissas que orientaram a estruturação do Siops. Do ponto de vista organizacional, foi assumida a meta de incorporação do sistema a uma estrutura administrativa adequada, que permitisse esforço continuado ao longo do tempo, formação e aprimoramento de equipe técnica. Como resultado, a equipe de trabalho do Siops no Ministério da Saúde foi constituída por técnicos com formação nas áreas de saúde, finanças públicas e informática e alocada na Coordenação Geral de Orçamentos Públicos, cuja tarefa principal é a análise do financiamento e do gasto em saúde.

A equipe responsável pelo desenvolvimento e operacionalização do sistema, no que tange às questões de informática, trabalha no Datasus.

Também no nível federal, há uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, constituída por representantes do CONASS, do CONASEMS, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF), do Datasus, de órgãos do Ministério da Saúde (SPS, SAS, SPO/SE), da Procuradoria Geral da República e de entidades de pesquisa envolvidas com saúde no Brasil, como a Fundação Ins-

tituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Planejamento Econômico Aplicado (Ipea). À Câmara Técnica, instaurada em 15 de março de 2001, compete a proposição de ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações e da análise das informações geradas pelo sistema. A atual composição desse colegiado tem assegurado um ambiente multidisciplinar propício ao desenvolvimento de suas atribuições.

Foram também organizados Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops, descentralizados, que trabalham junto aos governos estaduais e municipais na articulação com os declarantes, fomento do envio das declarações, e posterior análise. Os núcleos estaduais vêm sendo criados a partir de treinamentos realizados em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde e algumas associações de municípios, de acordo com as realidades locais.

• Parcerias

Os tribunais de contas, os conselhos de saúde e o Ministério Público, além de suas atividades tradicionais de controle externo, receberam, a partir de 2000, a atribuição de acompanhar os gastos com saúde dos entes federativos, de acordo com o preconizado na Emenda Constitucional n. 29, de 2000.

A arbitrariedade e o descumprimento da norma constitucional podem ser minimizados, senão evitados, a partir de uma ação harmônica entre tribunais de contas, Ministério da Saúde, conselhos de saúde e Ministério Público na operação dos sistemas de acompanhamento, auditoria, fiscalização e controle social. O primeiro quesito para a viabilidade dessa estratégia é o compartilhamento de conceitos entre esses órgãos. O segundo quesito é a existência de um sistema de informação que espelhe esses entendimentos, permitindo eventuais variações, mas que apresente de forma padronizada as informações e conceitos, possibilitando a continuidade e o aprofundamento da discussão a respeito do financiamento e gasto em saúde em âmbito nacional. A troca de experiências, a avaliação crítica e o acúmulo de conhecimento técnico e político decorrentes dessa estratégia contribuirão para a elaboração de normas adequadas à matéria.

De acordo com essas diretrizes, entre setembro de 2001 e setembro de 2002 foram realizados três seminários reunindo o Ministério da

Saúde, os tribunais de contas da União, estados e municípios, CNS, CONASS, CONASEMS, com o objetivo de aprofundar as discussões sobre a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Desses encontros surgiram importantes parcerias, com destaque para aquelas entre ministério e os tribunais de contas dos estados de São Paulo e do Ceará. Desde então esses tribunais passaram a utilizar as informações prestadas ao Siops em suas auditorias e diligências nos municípios.

O passo seguinte foi a assinatura de Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde, a Procuradoria Geral da República, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon) e a Associação Brasileira de Conselhos dos Tribunais de Contas dos Municípios (Abracom) visando, entre outros objetivos, ao compartilhamento da base de dados do SIOPS com todos os tribunais de contas e ao aprofundamento da discussão conceitual sobre o financiamento da saúde.

Outra importante parceria, com a Secretaria do Tesouro Nacional, resultou na utilização do Siops como fonte para comprovação da aplicação dos recursos da saúde, de acordo com os Anexos XV, XVI e XVII do Relatório Resumido da Execução Orçamentária da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Desde julho de 2002, os demonstrativos de gasto com ações e serviços públicos de saúde previstos na LRF são preenchidos por meio do Siops.

Abrangência da base de dados

Diariamente são incorporadas novas declarações ao banco de dados do sistema. O quadro 1 sintetiza o número de municípios informantes até 19 de novembro de 2001 por região, em relação ao total de municípios e ao total da população do país.

Em relação aos estados, o Siops já recebeu e analisou os balanços de todos os anos do período compreendido entre 1998 e 2001.

Financiamento da saúde

Emenda Constitucional n. 29, de 2000

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, representou um novo paradigma para as políticas públicas de saúde, visto que a responsabilidade pelo provimento dos serviços é compartilhada entre os

Quadro 1

Siops – situação de resposta dos municípios por região

Região	Total de municípios que responderam ao Siops				Até 19/11	Informações relativas ao ano-base 2002			População total
	Ano-base 1998	Ano-base 1999	Ano-base 2000	Ano-Base 2001		Total de municípios	% em relação ao total de municípios	% da população dos municípios informantes em relação à população total	
Norte	169	146	226	249	96	449	21,4	36,1	13.504.612
Nordeste	1.073	988	1.267	1.354	936	1.791	52,3	60,9	48.843.091
Sudeste	1.029	825	1.385	1.368	1.128	1.668	67,6	61,2	74.447.443
Sul	912	859	1.041	1.068	934	1.189	78,6	76,0	25.731.433
Centro-Oeste	173	200	376	405	262	462	56,7	69,7	9.955.709
Brasil	3.356	3.018	4.295	4.444	3.356	5.559	60,4	61,9	172.482.288

Fonte: Siops/SIS/MS

três níveis de governo. O texto constitucional original previa ainda que 30% do orçamento da Seguridade Social fosse destinado à saúde. Não havia, contudo, a delimitação de papéis e tarefas entre essas esferas, de modo a garantir a complementaridade dos esforços, nem tão pouco estavam definidas as fontes de receita e níveis de comprometimento de cada esfera de governo com o financiamento das ações. Essa situação ambígua ensejou, no início da década de 1990, uma grave crise do financiamento da saúde, atenuada nos anos seguintes mediante o aumento do volume de recursos municipais aplicados no setor, a descentralização da execução das ações aos governos locais e a reformulação das fontes de financiamento federal.

Ao longo da referida década, com a descentralização gradativa das transferências da União aos estados e municípios, pôde-se observar também uma retração no aporte de recursos financeiros por parte de algumas unidades federadas, em especial na esfera estadual.

Esse contexto propiciou a formulação de propostas de alteração do texto constitucional, com o objetivo de salvaguardar a área da saúde contra a volatilidade de suas fontes de financiamento. Mobilizou-se, então, uma ampla frente política reunida em torno das seguintes metas:

- 1) necessidade de financiamento regular, estável e suficiente à área da saúde oferecendo condições para a aplicação dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e gratuidade na prestação de serviços do SUS à população brasileira; e
- 2) definição clara da co-responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde, e estabelecimento periódico de patamares mínimos para cada esfera de governo.

As informações geradas pelo Siops subsidiaram a participação do Ministério da Saúde na defesa da então Proposta de Emenda Constitucional (PEC) n. 86, cujo objeto era a vinculação de recursos da União, dos estados e dos municípios ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Depois de intensas negociações no âmbito do Congresso Nacional, o texto foi aprovado, com modificações, conformando-se na Emenda Constitucional n. 29, de 2000. No caso dos estados, o mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde deve ser de 12% das suas receitas próprias; no caso dos municípios, 15% das receitas próprias, com tolerância prevista para o alcance progressivo desses patamares até o ano de 2004. No caso da União, o limite mínimo de gastos foi estabelecido como o valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, a variação nominal do Produto Interno Bruto.

Reconhece-se que essa medida, de extraordinário impacto potencial na melhoria e ampliação dos serviços de saúde, contribui para realizar o princípio constitucional que define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (CF, art. 196). A plena aplicação desse princípio constitucional depende, também, de outros fatores, como o esforço de gestores e trabalhadores da saúde na organização do sistema e no oferecimento dos serviços de assistência à população, e no desenvolvimento de hábitos culturais, tais como o cuidado com a alimentação e a realização constante de exercícios físicos.

Entretanto, a mobilização de recursos financeiros para a obtenção de materiais e investimentos em infra-estrutura também é indispensável à efetiva ação sanitária. Assegurar um fluxo adequado, contínuo e permanente de re-

curso financeiro ao provimento das referidas ações constitui pré-condição para a resolução de inúmeros problemas de saúde da população brasileira.

O Siops passou a ser o principal instrumento à disposição do SUS no acompanhamento desse dispositivo constitucional, além de subsidiar as discussões sobre a interpretação e regulamentação de seu texto.

Alguns aspectos da Emenda Constitucional ainda necessitam de regulamentação pelo Congresso Nacional (CF, art.198, § 3º). Na tentativa de se promover uma interpretação homogênea e consonante com os objetivos que motivaram a aprovação da emenda, o CNS, o Ministério da Saúde, a Comissão de Seguridade Social da Câmara e do Senado, o CONASEMS, o CONASS, e os tribunais de contas brasileiros, representados por seus técnicos e com o apoio da Atricon, vêm promovendo reuniões e seminários para discussão e análise do tema.

Em abril de 2002, o plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a resolução nº 316, que detalha os conceitos de “receita própria” e de “ações e serviços públicos de saúde”. A contribuição dos representantes dos tribunais de contas da União, estados e municípios foi imprescindível no processo de construção do consenso acerca desses conceitos, não só pelo elevado nível técnico das análises, como também pela *expertise* acumulada no acompanhamento e avaliação das finanças públicas.

Esse processo teve continuidade com a publicação da portaria n. 2.047, de 5 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, que sistematiza as diretrizes necessárias à operacionalização da Emenda Constitucional n. 29 no âmbito do SUS, a partir das normas presentes na própria Constituição, nas leis n. 8.080, de 19 de novembro de 1990 e n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Como consequência do êxito na sistematização e detalhamento desses conceitos, surge outro desafio: o criterioso acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados. Trata-se de compromisso ético e profissional com a construção do SUS.

Num contexto em que ainda há espaço para regulamentação por legislação complementar e em que conflitos distributivos entre diferentes áreas da ação governamental refletem-se nas contas da administração pública, a alternativa mais equilibrada é a que busca sustentar-se em consensos técnicos e informações detalhadas.

Além da regulamentação da emenda, outras questões associadas à LRF, com seus efeitos sobre a política de saúde, e aspectos relacionados ao controle social, ao financiamento da saúde e à promoção da equidade, temas abordados pela 11ª Conferência Nacional de Saúde, têm pautado a atuação do Ministério da Saúde no que diz respeito ao Siops.

Contas nacionais

Em 2000, foi realizado seminário internacional com a participação de representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e do Banco Mundial com o objetivo de promover debates em torno do tema Contas Nacionais de Saúde. O seminário constituiu passo importante para o estabelecimento de parceria com o IBGE, visando à elaboração da Conta Satélite da Saúde em sintonia com o Sistema de Contas Nacionais do Brasil. Durante o evento, foi constituído Grupo de Trabalho *ad hoc*, no âmbito do Mercosul, para compatibilização das contas de saúde entre os países-membros (Mercosul, Bolívia e Chile). Recentemente, foi aprovado pela Rede Inter-gencial para Informação em Saúde (RIPSA), grupo de trabalho para o desenvolvimento de indicadores na área com participação do IBGE e do Ipea.

Com essa estratégia, o Brasil começa a responder à indagação de quanto se gasta em saúde, bem como a ter acesso a informações sobre o perfil do financiamento do setor, em cada esfera, e sobre os fluxos financeiros entre as mesmas. O Siops contribui com os dados e estimativas referentes ao gasto público. Por exemplo: o gasto público com ações e serviços de saúde, relativo ao exercício de 2001, excluindo-se as rubricas Inativos e Serviços da Dívida, atingiu o montante aproximado de R\$40 bilhões, sendo R\$22,5 bilhões do governo federal; R\$8,3 bilhões dos governos estaduais e R\$9,2 bilhões dos governos municipais (Tabela 1). Considerando-se uma estimativa elaborada pela equipe do Siops, esse gasto corresponde a 3,39% do Produto Interno Bruto (PIB). Até a conclusão deste artigo, o IBGE não havia divulgado a informação oficial sobre o PIB de 2001. Assim, foi utilizada uma estimativa baseada no valor do PIB de 2000, acrescido do crescimento real do produto em 1,51% em 2001 – índice já divulgado pelo IBGE – e da variação de 6,84%, correspondente à evolução dos preços médios medida pelo IPCA – utilizada como uma *proxy* do deflator implícito do PIB.

Tabela 1

Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios – 2001

Unidades da Federação e regiões	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total	
	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)
Brasil	22.474.070	130,37	8.232.501	47,76	9.229.294	54,20	39.935.865	232,33
Nacional	2.593.090	15,04	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2.593.090	15,04
Norte	1.496.477	112,98	1.097.779	82,88	456.674	34,48	3.050.930	30,35
Rondônia	197.443	140,24	94.417	67,06	48.398	34,38	340.258	241,68
Acre	143.217	249,35	106.049	184,64	6.771	11,79	256.037	445,77
Amazonas	299.140	103,14	457.825	157,86	152.095	52,44	909.060	313,45
Roraima	65.257	193,50	65.614	194,56	14.854	44,05	145.725	432,10
Pará	589.392	92,94	173.283	27,32	163.569	25,79	926.244	146,06
Amapá	66.949	134,24	94.545	189,57	10.757	21,57	172.251	345,38
Tocantins	135.079	114,00	106.046	89,50	60.230	50,83	301.355	254,34
Nordeste	5.054.033	104,57	1.592.307	32,95	1.482.635	30,68	8.128.975	168,19
Maranhão	544.760	95,06	49.065	8,56	143.102	24,97	736.927	128,60
Piauí	307.401	107,00	56.981	19,83	65.867	22,93	430.249	149,76
Ceará	808.042	107,06	227.195	30,10	260.150	34,47	1.295.387	171,63
Rio Grande do Norte	314.636	111,76	171.409	60,89	139.348	49,50	625.393	222,15
Paraíba	417.399	120,34	164.204	47,34	111.872	32,25	693.475	199,93
Pernambuco	927.837	115,86	353.002	44,08	238.707	29,81	1.519.546	189,75
Alagoas	304.272	106,52	94.990	33,25	85.038	29,77	484.300	169,54
Sergipe	195.253	107,44	59.268	32,61	55.056	30,30	309.577	170,35
Bahia	1.234.433	93,42	416.193	31,50	383.495	29,02	2.034.121	153,94
Sudeste	8.990.260	122,37	3.968.277	54,01	5.423.315	73,82	18.381.852	250,19
Minas Gerais	1.774.271	97,88	644.420	35,55	1.087.036	59,97	3.505.727	193,40
Espírito Santo	343.964	109,02	193.667	61,38	146.853	46,55	684.484	216,95
Rio de Janeiro	3.001.533	206,17	513.627	35,28	808.255	55,52	4.323.415	296,97
São Paulo	3.870.492	102,86	2.616.563	69,53	3.381.171	89,85	9.868.226	262,24
Sul	2.874.616	112,94	879.768	34,56	1.394.815	54,80	5.149.199	202,30
Paraná	1.007.840	103,96	186.559	19,24	544.246	56,14	1.738.645	179,34
Santa Catarina	519.871	95,41	248.421	45,59	277.396	50,91	1.045.688	191,91
Rio Grandedo Sul	1.346.905	130,64	444.788	43,14	573.173	55,59	2.364.866	229,38
Centro-Oeste	1.465.595	123,31	694.370	58,42	471.855	48,21	2.631.820	229,94
Mato Grosso do Sul	226.713	107,39	97.090	45,99	121.886	57,74	445.689	211,12
Mato Grosso	300.076	117,19	113.858	44,47	158.642	61,96	572.576	223,62
Goiás	512.646	100,20	235.477	46,02	191.327	37,39	939.450	183,62
Distrito Federal	426.160	203,18	247.945	118,21	n.a.	n.a.	674.105	321,39

Fonte: Ministério da Saúde/SIS-Siops (gasto estadual e municipal); SPO/SE e FNS (gasto federal).

Obs: Os governos estaduais do Maranhão e do Piauí ainda não confirmaram as transferências do SUS.

(1) Estimativa realizada com base em dados dos municípios que responderam ao Siops até 1º de novembro de 2002.

O painel é composto de 4.398 municípios (79,1% do total), que abrigam 150,6 milhões de habitantes (88,4% do total).

Nota: Despesas com ações e serviços públicos de saúde excluem nas três esferas de governo aposentadorias e pensões (inativos), clientela fechada e no âmbito federal o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

Na mesma tabela, é possível observar outra contribuição do Siops: o cálculo da despesa *per capita* por esfera de governo e por unidade da federação. Essas informações são essenciais para a realização de estudos e formulação de políticas que redimensionem o financiamento da saúde, tendo em vista uma distribuição mais equitativa de recursos.

Gestão em Saúde

O Sistema foi concebido inicialmente como um banco de dados contendo as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, dos estados e dos municípios mas vem, gradualmente, evoluindo e assumindo novas funcionalidades. Exemplo disso é a construção e aplicação de indicadores que, disponibilizados aos gestores, possibilitam avanços no acompanhamento e avaliação de gastos públicos no setor. Evolui-se da simples apresentação de dados de receitas e gastos, para um trabalho de análise frente à realidade de alocação de recursos, viabilizando a verificação da adequação do gasto às necessidades da população.

Tal processo só se tornou possível porque a coleta é padronizada pelas informações contábeis e pelo formulário único de declaração. A base de dados é, portanto, homogênea, e a disponibilização utiliza os mesmos parâmetros para as três esferas. Permitem-se, assim, comparações entre os dados financeiros e de resultado dos serviços prestados de um determinado ente, com outras unidades semelhantes na federação.

A divulgação permanente dos dados e dos indicadores permitirá, em futuro próximo, a análise conjugada em três vertentes: (1) financiamento e gasto; (2) produção de serviços; e (3) estado de saúde da população, como exemplificado na tabela 2. As várias possibilidades de combinação entre essas áreas propiciarão estudos sobre a eficiência e a eficácia no setor saúde, assim como diagnósticos mais precisos e subsídios para a formulação de políticas públicas.

O sistema permite a obtenção de informações descritivas dos municípios e estados declarantes, por meio do cálculo de médias ponderadas. A título de exemplo, são apresentados abaixo alguns indicadores relativos a municípios no primeiro semestre de 2002:

- 65% da receita total é proveniente de recursos transferidos por outras esferas;

- do total de recursos transferidos pela União aos municípios, 29% foram transferidos pelo Ministério da Saúde;
- os municípios gastaram, em média, 4% do total das suas despesas com medicamentos (8% dos municípios declararam gasto =0);
- 46% da despesa total é com pessoal (incluindo serviços de terceiros – pessoa física);
- o percentual de recursos próprios gastos com saúde (EC 29/00) foi de 13,48%.

Essas informações, como as outras disponíveis no *site*, podem também ser analisadas por município, Estado ou região, assim como permitem estimativas com alto grau de precisão sobre dados e indicadores de abrangência nacional. Isso faz do Siops uma importante ferramenta de apoio às negociações e decisões dos gestores, seja nos espaços de pactuação intergovernamental do SUS, seja junto à área financeira do respectivo ente na busca por mais recursos. A transparência do financiamento do setor público também viabiliza uma interlocução mais qualificada com órgãos e instâncias de controle social.

Considerações finais

As políticas públicas na saúde combinam financiamento das três esferas de governo com execução descentralizada no nível local. A partir da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, o aporte de recursos por estados e municípios passou a depender da sua capacidade fiscal, enquanto a União tem seu dispêndio vinculado ao crescimento do PIB.

Esse desenho enseja a discussão sobre o caráter redistributivo do gasto federal e do volume de recursos necessário ao financiamento do SUS. A avaliação da qualidade do gasto, ou a adequação dos mesmos às necessidades da população, constituem pré-requisitos para o avanço desta discussão.

A promoção da cidadania de parcela significativa da população depende da eficiência do setor público na provisão adequada de ações e serviços de saúde. Esse desafio mostra-se particularmente difícil em um contexto de demanda crescente e restrição orçamentária. Os recursos são escassos, as possibilidades de utilização de subterfúgios de administração financeira, corriqueiros em períodos inflacionários, são limitadas, e por isso é preciso planejar as ações a serem desenvolvidas. O planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados re-

Tabela 2
Resumo dos gastos com saúde no Brasil

UF	Receita própria aplicada em saúde – EC 29 – % ¹				% da despesa total com saúde financiada por transferências do Ministério da Saúde ¹				Despesa total por habitante ²	
	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	2000	2001
Norte	11.73	11.39	11.75	14.07	19.93	25.74	22.88	26.92	187.47	230.35
Rondônia	14.24	10.32	7.84	10.07	10.43	17.55	23.53	28.56	215.57	241.68
Acre	19.26	16.10	19.11	14.80	13.42	18.44	16.62	30.45	353.48	445.77
Amazonas	13.00	13.91	17.96	24.49	34.27	36.28	25.05	17.38	222.88	313.45
Roraima	13.75	14.48	11.39	14.20	28.29	33.99	25.97	19.31	384.34	432.10
Pará	9.00	8.78	7.77	8.24	17.75	26.69	26.85	63.69	126.46	146.06
Amapá	6.25	12.24	12.36	13.62	26.78	25.90	26.29	15.25	307.15	345.38
Tocantins	11.36	8.56	8.12	10.43	3.09	5.56	9.07	18.15	209.78	254.34
Nordeste	8.38	7.17	7.32	8.03	52.05	64.00	66.07	72.03	143.40	168.40
Maranhão	4.99	1.48	1.52	1.76	26.13	179.02	216.43	174.44	111.72	126.06
Piauí	6.74	5.57	5.03	7.11	93.23	150.72	131.25	48.28	131.15	158.37
Ceará	6.78	7.08	9.69	7.51	64.68	59.83	46.63	188.02	152.82	171.63
Rio Grande do Norte	15.09	11.82	12.94	11.64	26.30	28.69	24.21	39.35	192.34	222.15
Paraíba	3.74	3.42	4.41	10.42	103.64	117.65	82.80	29.04	148.32	199.93
Pernambuco	8.50	7.86	8.13	10.94	87.46	89.50	91.64	55.50	160.00	189.75
Alagoas	7.27	9.56	6.88	7.59	79.27	70.68	104.65	64.35	144.48	169.54
Sergipe	5.66	5.18	3.34	4.97	71.52	68.19	135.36	99.23	138.66	170.35
Bahia	11.32	8.89	8.32	8.13	26.04	38.30	46.73	47.20	133.06	153.94
Sudeste	7.50	6.61	6.78	8.06	50.90	63.08	60.56	42.95	215.68	250.55
Minas Gerais	5.39	4.56	3.74	6.75	154.15	139.71	162.90	81.40	153.10	193.40
Espírito Santo	12.36	11.43	10.37	9.39	21.06	20.68	27.16	23.43	208.22	225.18
Rio de Janeiro	5.15	4.34	5.41	6.14	22.42	25.99	25.51	22.92	259.92	296.97
São Paulo	8.47	7.52	7.80	8.94	39.86	60.97	55.90	39.05	229.35	262.24
Sul	6.01	6.16	5.59	5.99	17.74	18.74	79.11	66.81	175.22	202.30
Paraná	5.90	4.38	2.40	3.70	18.09	30.58	321.23	183.54	150.70	179.34
Santa Catarina	8.74	8.65	8.77	8.02	23.40	26.37	77.34	83.42	170.00	191.91
Rio Gande do Sul	4.83	6.39	6.60	6.79	12.79	7.64	11.97	8.56	200.98	229.38
Centro-Oeste	7.79	7.11	7.34	8.20	147.09	133.21	131.90	112.48	194.63	229.94
Mato Grosso do Sul	1.90	2.13	4.15	7.59	186.28	80.14	69.16	32.86	170.68	211.12
Mato Grosso	4.22	2.07	2.33	6.62	51.41	112.72	100.41	29.74	164.72	223.62
Goiás	10.07	10.57	9.72	8.78	7.18	7.76	15.63	48.28	173.20	183.62
Distrito Federal	10.28	9.44	9.74	8.90	289.96	273.21	256.13	242.89	265.14	321.39
Total	7.81	7.05	7.15	8.23	51.33	58.95	64.93	54.83	200.80	232.53

(continua)

Tabela 2 (continuação)

UF	Leitos hospitalares (SUS)/ 1000 habitantes ³				Consultas médicas (SUS)/ 1000 habitantes ³				Mortalidade infantil ³		
	1998	1999	2000	Variação %	1998	1999	2000	Variação %	1998	1999	Variação %
Norte	1.98	2.08	1.95	-1.5%	1.41	1.54	1.54	9.2%	34.60	33.90	-2.0%
Rondônia	2.57	2.55	2.42	-5.8%	1.67	1.68	1.54	-7.8%	34.80	33.10	-4.9%
Acre	2.99	2.89	2.80	-6.4%	1.25	1.43	1.37	9.6%	44.70	44.20	-1.1%
Amazonas	1.58	1.77	1.58	0.0%	1.43	1.68	1.49	4.2%	32.30	31.00	-4.0%
Roraima	3.11	2.78	1.42	-54.3%	1.56	1.54	1.57	0.6%	38.50	38.30	-0.5%
Pará	1.81	1.93	1.87	3.3%	1.21	1.29	1.33	9.9%	34.90	34.60	-0.9%
Amapá	1.85	1.80	1.83	-1.1%	1.46	1.93	2.22	52.1%	31.90	31.60	-0.9%
Tocantins	2.44	2.62	2.57	5.3%	2.09	2.27	2.60	24.4%	33.30	33.00	-0.9%
Nordeste	2.81	2.79	2.73	-2.8%	1.95	2.05	2.10	7.7%	53.50	52.40	-2.1%
Maranhão	4.61	4.57	4.41	-4.3%	1.87	1.87	1.84	-1.6%	55.70	54.20	-2.7%
Piauí	2.92	2.97	2.95	1.0%	2.05	2.17	2.27	10.7%	46.40	45.30	-2.4%
Ceará	2.40	2.38	2.29	-4.6%	2.13	2.22	2.08	-2.3%	53.30	52.40	-1.7%
Rio Grande do Norte	2.64	2.62	2.61	-1.1%	2.57	2.64	2.62	1.9%	49.70	48.70	-2.0%
Paraíba	3.46	3.50	3.44	-0.6%	1.99	2.08	1.99	0.0%	61.40	60.30	-1.8%
Pernambuco	2.90	2.88	2.77	-4.5%	2.05	2.19	2.17	5.9%	59.00	58.20	-1.4%
Alagoas	2.85	2.68	2.39	-16.1%	2.00	1.82	2.00	0.0%	68.20	66.10	-3.1%
Sergipe	2.01	2.01	1.96	-2.5%	2.58	2.48	2.16	-16.3%	46.60	45.50	-2.4%
Bahia	2.18	2.17	2.21	1.4%	1.58	1.77	2.09	32.3%	46.30	45.40	-1.9%
Sudeste	3.22	3.15	2.99	-7.1%	2.59	2.69	2.69	3.9%	22.10	20.60	-6.8%
Minas Gerais	3.06	3.01	2.85	-6.9%	2.39	2.42	2.35	-1.7%	27.00	26.30	-2.6%
Espírito Santo	2.41	2.39	2.24	-7.1%	2.18	2.20	2.38	9.2%	x	x	0.0%
Rio de Janeiro	4.14	4.01	3.77	-8.9%	2.86	3.14	3.11	8.7%	x	x	0.0%
São Paulo	3.01	2.94	2.82	-6.3%	2.63	2.68	2.72	3.4%	x	x	0.0%
Sul	3.18	3.15	3.03	-4.7%	2.00	2.07	2.23	11.5%	x	x	0.0%
Paraná	3.27	3.22	3.13	-4.3%	2.23	2.23	2.30	3.1%	x	x	0.0%
Santa Catarina	3.03	3.02	2.75	-9.2%	1.93	2.02	2.36	22.3%	x	x	0.0%
Rio Grande do Sul	3.16	3.14	3.08	-2.5%	1.83	1.95	2.09	14.2%	x	x	0.0%
Centro-Oeste	3.55	3.51	3.35	-5.6%	2.15	2.11	2.08	-3.3%	25.60	25.10	-2.0%
Mato Grosso do Sul	3.08	3.13	3.10	0.6%	1.86	1.83	1.83	-1.6%	x	x	0.0%
Mato Grosso	2.79	2.80	2.69	-3.6%	2.27	2.18	2.38	4.8%	28.00	27.50	-1.8%
Goiás	4.74	4.65	4.40	-7.2%	2.09	2.19	1.99	-4.8%	25.60	25.00	-2.3%
Distrito Federal	2.01	1.96	1.85	-8.0%	2.48	2.10	2.17	-12.5%	23.10	22.60	-2.2%
Total	3.03	2.99	2.87	-5.3%	2.21	2.29	2.33	5.4%	33.10	31.80	-3.9%

(continua)

Tabela 2 (continuação)

UF	Renda média familiar por hab. (em salários mínimos) dos 40% mais pobres ⁴	Esperança de vida ao nascer ⁵				Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade ³				IDH-M ⁶
	1999	1998	1999	2000	Variação %	1998	1999	2000	Variação %	
Norte	0.43	67.85	68.16	68.47	0.91%	12.62	12.34	16.34	29.48%	0.73
Rondônia	0.60	67.65	67.95	68.26	0.90%	7.56	9.64	12.97	71.56%	0.73
Acre	0.45	67.66	67.97	68.29	0.93%	14.36	15.49	24.49	70.54%	0.69
Amazonas	0.41	68.24	68.54	68.85	0.89%	8.46	8.80	15.50	83.22%	0.72
Roraima	0.63	66.89	67.20	67.52	0.94%	8.25	8.64	13.49	63.52%	0.75
Pará	0.40	68.14	68.44	68.74	0.88%	13.64	12.43	16.77	22.95%	0.72
Amapá	0.41	68.42	68.72	69.02	0.88%	9.14	9.46	12.10	32.39%	0.75
Tocantins	0.37	67.79	68.10	68.41	0.91%	21.96	20.99	18.78	-14.48%	0.72
Nordeste	0.29	65.14	65.46	65.78	0.98%	27.50	26.60	26.20	-4.73%	0.68
Maranhão	0.25	64.23	64.52	64.83	0.93%	29.64	28.75	28.39	-4.22%	0.65
Piauí	0.22	65.03	65.34	65.65	0.95%	34.20	31.55	30.51	-10.79%	0.67
Ceará	0.27	65.74	66.05	66.36	0.94%	29.55	27.78	26.54	-10.19%	0.70
Rio Grande do Norte	0.32	65.79	66.10	66.42	0.96%	26.60	25.53	25.43	-4.40%	0.70
Paraíba	0.30	63.80	64.12	64.44	1.00%	28.67	25.92	29.71	3.63%	0.68
Pernambuco	0.32	63.04	63.36	63.68	1.02%	24.42	24.72	24.50	0.33%	0.69
Alagoas	0.28	62.52	62.84	63.16	1.02%	34.69	32.76	33.39	-3.75%	0.63
Sergipe	0.32	66.60	66.91	67.23	0.95%	24.11	23.88	25.16	4.36%	0.69
Bahia	0.31	67.06	67.37	67.67	0.91%	24.86	24.73	23.15	-6.88%	0.69
Sudeste	0.71	69.17	70.80	69.58	0.59%	8.11	7.77	8.13	0.25%	0.79
Minas Gerais	0.50	69.82	70.11	70.39	0.82%	12.64	12.16	11.96	-5.38%	0.77
Espírito Santo	0.52	69.73	69.99	70.25	0.75%	12.01	11.11	11.67	-2.83%	0.77
Rio de Janeiro	0.78	67.30	67.46	67.63	0.49%	5.98	6.02	6.64	11.04%	0.80
São Paulo	0.85	69.71	69.87	70.03	0.46%	6.59	6.17	6.64	0.76%	0.81
Sul	0.63	70.57	70.80	71.03	0.65%	8.11	7.76	7.66	-5.55%	0.80
Paraná	0.56	69.75	70.02	70.28	0.76%	10.44	10.16	9.53	-8.72%	0.79
Santa Catarina	0.71	70.91	71.12	71.34	0.61%	6.44	6.78	6.32	-1.86%	0.81
Rio Grande do Sul	0.67	71.22	71.41	71.60	0.53%	6.82	6.05	6.65	-2.49%	0.81
Centro-Oeste	0.55	68.92	69.17	69.42	0.73%	11.11	10.76	10.76	-3.15%	0.79
Mato Grosso do Sul	0.53	69.81	70.09	70.37	0.80%	11.80	10.93	11.19	-5.17%	0.77
Mato Grosso	0.54	68.58	68.88	69.17	0.86%	11.22	11.78	12.36	10.16%	0.77
Goiás	0.52	69.08	69.33	69.58	0.72%	13.05	12.54	11.93	-8.58%	0.77
Distrito Federal	0.72	68.67	68.82	68.97	0.44%	5.63	5.07	5.68	0.89%	0.84
Total	0.50	68.04	68.40	68.55	0.75%	13.80	13.33	13.63	-1.23%	0.76

¹ Fonte: Balanços dos Governos Estaduais e Datasus/SE/MS² Fonte: Ministério da Saúde/Siops/SPO³ Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)⁴ Fonte: IBGE⁵ Fonte: MS/Funasa/Cenepi – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc;

MS/Funasa/CENEPI – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; e IBGE/Estimativas demográficas

⁶ Fonte: PNUD

curso disponíveis são imprescindíveis em todos os setores da economia, em especial no setor público.

Tão importante como o planejamento, é a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. A condução da política pública requer mais do que boa intuição. São necessárias informações precisas, pertinentes e detalhadas sobre a realidade. Além de funções afetas aos gestores do SUS, mensurar e avaliar são também importantes contribuições sob a responsabilidade das instituições de pesquisa, que interagem com segmentos da sociedade para o aperfeiçoamento contínuo nesse segmento.

A operação conjunta de tecnologias de informação, ferramentas de gestão, controle social e pesquisa permitirá não só observar as di-

retrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, como também realizar significativos avanços de gestão, redundando em ganhos de bem estar para a sociedade brasileira.

A concepção institucional do SUS espelha um novo paradigma para a organização do Estado e a formulação de políticas públicas. Sua implementação não só requer, mas também provoca inovações contínuas, do ponto de vista do pacto federativo, do controle social, dos instrumentos de gestão e negociação e da incorporação progressiva de novos segmentos do Estado brasileiro no processo.

Partindo dessas premissas, a implantação de sistemas semelhantes ao Siops ou seu compartilhamento com as demais áreas do governo federal, constitui passo obrigatório para a avaliação e diagnósticos das políticas sociais implementadas pelo setor público.

Referências Bibliográficas

- Brasil 2000. Constituição de 1988. Emenda Constitucional n. 29, de 2000. Dispõe sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* n. 178 E. Brasília, 14 de setembro de 2000, Seção I. p. 1.
- Brasil 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*. Brasília, 20 de setembro de 1990, Seção I.
- Brasil 1990. Leis, decretos, etc. Lei n. 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 União*. Brasília, 31 de dezembro de 1990, Seção I.
- Brasil 1999. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Ministério da Saúde e Procuradoria Geral da República n. 529, de 30 de abril de 1999. Trata da institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 82. Brasília, 3 de maio de 1999, Seção II. p.16.
- Brasil 2000. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral da República. Portaria Conjunta n. 1.163, de 11 de outubro de 2000. Trata da institucionalização do Siops no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 203. Brasília, 20 de outubro de 2000, Seção I. pp.27-28.
- Brasil 2002. Ministério da Saúde. Portaria n. 2047/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional n. 29/2000. *Diário Oficial da União*, n. 216. Brasília, 7 de novembro de 2002, Seção I. pp. 50-51.

Artigo apresentado em 12/12/2002

Aprovado em 4/2/2003

Versão final apresentada em 20/5/2003