



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA - PPGISC



MARCIANA FELICIANO

**ORÇAMENTO MUNICIPAL, DESPESA COM SAÚDE E OFERTA DE SERVIÇOS
PÚBLICOS EM PERNAMBUCO**

Recife
2014

MARCIANA FELICIANO

**ORÇAMENTO MUNICIPAL, DESPESA COM SAÚDE E OFERTA DE SERVIÇOS
PÚBLICOS EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Recife
2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

F314o Feliciano, Marciana.
Orçamento municipal, despesa com saúde e oferta de serviços públicos em Pernambuco / Marciana Feliciano. – Recife: O autor, 2014.
116 f.: il.; tab.; quad.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências e anexos.

1. Descentralização. 2. Financiamento da assistência à saúde. 3. Financiamento governamental. 4. Serviços de saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2015-022)

Nome: Marciana Feliciano

Título: Orçamento Municipal, Despesa com Saúde e Oferta de Serviços Públicos em Pernambuco.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 10/06/2014

Banca Examinadora

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

APROVADA

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

APROVADA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

APROVADA

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

*Dedico este trabalho à mainha, **Marcionília Feliciano**, mulher forte e mãe espetacular. Minha maior inspiradora e responsável por tudo que sou e me tornarei.*

AGRADECIMENTOS

Nesse momento tão especial da minha vida em que mais um ciclo se fecha, tenho que agradecer muito e a muitos.

Agradeço à minha mãe e à minha família por entender a distância de casa e me apoiar nesses dois anos.

Muito obrigada também aos meus dois Orientadores, Prof^o. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo e a Prof^a. Adriana Falangola Benjamim Bezerra, que contribuíram para meu crescimento acadêmico e para a concretização desse trabalho. Para além de orientadores foram dois exemplos, nos quais me inspiro.

Agradeço ao corpo docente do PPGISC e aos meus colegas, pois, a convivência com todos foi bastante enriquecedora e agradável.

Agradecer aos meus colegas de trabalho do DPS/SSO de Olinda-PE por tudo que tenho aprendido no serviço e com eles.

Especialmente, gostaria de agradecer a Flavinha, Danielle Dayse e Arsênio por todo o companheirismo e momentos felizes compartilhados. Sem eles esse percurso teria sido bem mais árido e, com certeza, eles são três lindos presentes que recebi nesses dois anos.

*"Não é, porém, a esperança um
cruzar os braços e esperar.
Movo-me na esperança enquanto
luto e, se luto com esperança,
espero" (FREIRE, 1987).*

FELICIANO, M. **Orçamento Municipal, Despesa com Saúde e Oferta de Serviços Públicos em Pernambuco**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

RESUMO

A diretriz da descentralização orienta a política de saúde com ênfase na municipalização, sendo publicados diversos instrumentos normativos orientadores, que implicaram em maior esforço do município para garantir o financiamento do setor. Levando em consideração que o estado de Pernambuco verifica, desde a última década, um considerável crescimento econômico e, por conseguinte, da Receita Orçamentária *per capita*, surge o interesse em auferir que impactos isso tem para a assistência à saúde do município, principal gestor do sistema de saúde. Nesse sentido, busca-se responder se o crescimento da Receita Orçamentária Municipal *per capita* tem gerado maior investimento em saúde e maior oferta de serviços públicos. Para tal, foram selecionados os municípios que apresentaram os maiores e os menores crescimentos percentuais da Receita Orçamentária *per capita*, entre 2002-2011, tomando como ponto de corte o primeiro quartil (GRUPO 1) e o terceiro quartil (GRUPO 2). Variáveis de Financiamento e Gasto e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde compuseram o banco de dados do presente estudo. Na análise dos dados, lançou-se mão da estatística descritiva, no intuito de acompanhar a evolução das variáveis de Financiamento e Gasto e das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, no período de 2002 a 2011; e aplicaram-se, ainda, testes estatísticos a fim de identificar associações entre as variáveis. Dos 90 municípios selecionados, 71 (78,88%) eram de pequeno porte. Para todas as variáveis de Financiamento e Gasto o comportamento apresentado foi similar e houve tendência de crescimento, exceto para o percentual das transferências intergovernamentais do SUS, que se manteve em torno de 40% e 50% durante todo o período estudado. Com relação às variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, o N° de Leitos Hospitalares por mil/hab. foi a variável de pior desempenho para todos os grupos. Em contrapartida, o % de Gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal teve o maior crescimento. A Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF e o % de Cobertura Vacinal tiveram crescimento inexpressivo, o que se deve aos já altos percentuais de cobertura desses serviços. Tratando das associações entre as variáveis, verifica-se que houve correlação significativa forte ($r = 0,988$) entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*. No caso da associação entre a Despesa com Saúde *per capita* e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, as correlações identificadas nos grupos foram de moderada a forte para as seguintes variáveis: Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF, % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal e % de Cobertura Vacinal. Diante do exposto, assume-se que o aporte da receita orçamentária tem implicado no aumento da despesa com saúde e, ainda, na oferta de serviços públicos inscritos no nível da atenção primária. O fato da participação das transferências intergovernamentais se manterem estáveis é sintomático para a necessidade da União fazer-se mais presente no financiamento ou, quem sabe indo além, questionar até que ponto terá o município capacidade de gerir a saúde de seu território, no contexto econômico atual.

Palavras-chave: Descentralização. Financiamento da Assistência à Saúde. Financiamento Governamental. Serviços de Saúde.

FELICIANO, M. **Municipal Budget, Health Expenses and Provision of Public Services in Pernambuco**. 2014. Dissertation (Master's Degree in Public Health) - Integrated Graduate Program in Public Health, Department of Social Medicine, Health Sciences Center, Federal University of Pernambuco, Recife, 2014.

ABSTRACT

The decentralization policy guides the health policy with emphasis on municipality, and thus several guiding normative instruments were published, which resulted in increased efforts of the municipality to ensure the financing of the sector. Taking into account that, since the last decade, the state of Pernambuco verifies considerable economic growth and, therefore, the Budget Revenues per capita, interest in obtaining what are the impacts for the health care in the municipality, the main manager of the health system. In this sense, we seek to answer whether the growth of the Municipal Budget Revenues generated per capita has increased investment in health and greater provision of public services. To this end, we selected the counties that had the highest and lowest percentage growths of Budget Revenues per capita between 2002-2011, assuming as cutoff the first quartile (group 1) and the third quartile (group 2). Variable Funding and Expenditure, and Offer of Public Health Services generated the database of this study. To analyze the data, it was employed descriptive statistics in order to follow the evolution of the variables Finance and Expenditure and variable Offer of Public Health Services, in the period 2002-2011; also to identify associations between variables statistical tests were applied. Of the 90 selected counties, 71 (78.88 %) were considered small. For all variables, Funding and Spent, the behavior exhibited was similar and there was an increasing trend, except for the percentage of intergovernmental transfers for health care, which remained around 40 % and 50 % throughout the study period. Concerning Offer of Public Health Services variables, the number of Hospital Beds per thousand/hab. variable presented the worst performance of all groups, while the % of pregnant women with seven or more pre-natal consults had the highest growth. The Coverage Ratio of Estimated Population by PHC and Vaccination Coverage % had unimpressive growth, which is due to the already high percentage of coverage of these services. Addressing the associations between variables, it appears that there was a strong significant correlation ($r = 0.988$) between the Budget Revenues per capita and Health Expenditure per capita. In the case of the association between Expenditure per capita variables and Offer of Public Health Services, the correlations found in the groups were moderate or strong for the following variables: Proportion of Population Estimated Coverage by PHC, % of Pregnant Women with seven or more Pre-natal consults and Vaccination Coverage %. Given the above, it is assumed that the contribution of budget revenue has been implicated in increased expenditure on health, and also enrolled in offering public services in the primary care level. The fact that the participation of intergovernmental transfers remain stable is symptomatic of the need for the Union to be more present in the financing, or perhaps beyond, questioning the extent to which the municipality will have the ability to manage the health of their territory, taking into account the principles of universality and integrality.

Keywords: Decentralization. Financing of Health Care. Government Financing. Health Care Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síntese da articulação entre os componentes do esquema de problematização da pesquisa.	21
Figura 2 - Composição do orçamento municipal, segundo origem das receitas.	32
Figura 3 - Divisão do estado de Pernambuco em Macrorregiões e Regiões de Saúde. Pernambuco, Brasil, 2014.....	56
Figura 4 - Processo da seleção da amostra. Pernambuco, Brasil, 2014.....	57
Figura 5 - Distribuição dos dois GRUPOS de municípios do estudo por GERES. Pernambuco, Brasil, 2014.....	61
Figura 6 - Evolução das variáveis de Financiamento e, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.....	72
Figura 7 - Evolução das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde nos municípios selecionados, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS no período de 1990 a 2002.	40
Quadro 2 - Caracterização dos 45 municípios de Pernambuco com os menores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária per capita (GRUPO 1), no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.....	59
Quadro 3 - Caracterização dos 45 municípios de Pernambuco com os maiores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária per capita (GRUPO 2), no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.....	60
Quadro 4 - Descrição das variáveis do estudo. Pernambuco, 2014.	63
Quadro 5 - Boxplot das variáveis de Financiamento e Gasto e resultados do Teste não-paramétrico da Mediana. Pernambuco, Brasil, 2014.....	73
Quadro 6 - Boxplot das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde e resultados do Teste Não-paramétrico da Mediana. Pernambuco, Brasil, 2014.	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde na despesa com saúde, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014..... 82

Gráfico 2 - Boxplot que compara a participação das transferências intergovernamentais nas despesas com saúde dos dois grupos de municípios, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014..... 82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto público com saúde, participação dos entes federados.	39
Tabela 2 - Caracterização dos municípios de Pernambuco selecionados, segundo o porte populacional. Pernambuco, Brasil, 2014.	68
Tabela 3 - Medidas de tendência central e dispersão dos municípios de Pernambuco. Pernambuco, Brasil, 2014.....	70
Tabela 4 - Percentual de crescimento das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde ao longo da série histórica (2002-2011). Pernambuco, Brasil, 2014.....	75
Tabela 5 - Relação entre Receita Orçamentária Anual <i>per capita</i> a Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, <i>per capita</i> . Pernambuco, Brasil, 2014.	79
Tabela 6 - Relação entre a Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, <i>per capita</i> e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde. Pernambuco, Brasil, 2014.	80
Tabela 7 - Medidas de tendência central, dispersão e crescimento do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde nos municípios de Pernambuco. Pernambuco, Brasil, 2014.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil

APAC - Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM - Banco Mundial

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido das pessoas jurídicas

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DPVAT - Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre

DRU - Desvinculação dos Recursos da União

EPU - Encargos Previdenciários da União

ESF - Equipe de Saúde da Família

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FINBRA - Finanças do Brasil

FINSOCIAL - Fundo de Investimento Social

FMI - Fundo Monetário Internacional

FPAS - Fundo de Previdência e assistência Social

FPE - Fundos de Participação dos Estados

FPEX - Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FSE - Fundo Social de Emergência

FUNDEB - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação

FUNDEF - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério

GERES - Gerências Regionais de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU - Imposto Predial e Territorial
IPVA - Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR - Imposto de Renda
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS - Imposto sobre Serviços de qualquer Natureza
ITBI - Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Inter-Vivos
ITR - Imposto Territorial Rural
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
OGU - Orçamento Geral da União
ONU - Organização das Nações Unidas
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAB - Piso Assistencial Básico
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEC - Projeto de Emenda Constitucional
PGASS - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento
PIB - Produto Interno Bruto
PNI - Programa Nacional de Imunização
PPA - Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família

SADT - Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia

SAI-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SI - Sistemas de Informação

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

STN - Secretaria do Tesouro Nacional

SUDENE - Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUFRAMA - Superintendência da Zona Franca de Manaus

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 CRESCIMENTO ECONÔMICO “VERSUS” DESENVOLVIMENTO: DIFERENÇAS TEÓRICO-CONCEITUAIS	22
2.2 O CRESCIMENTO ECONÔMICO NA ÚLTIMA DÉCADA E SUA INTERFACE COM SAÚDE	25
2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS	26
2.4 FEDERALISMO FISCAL BRASILEIRO E O FINANCIAMENTO DO SUS	30
2.5 IDAS E VINDAS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	35
2.6 ESCULPINDO O SUS A GOLPES DE PORTARIA:	39
2.7 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000	45
2.8 MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: endividamento público e capacidade de arrecadação	47
3 OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	53
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
4 PERCURSO METODOLÓGICO	54
4.1 TIPO DE ESTUDO	54
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	55
4.3 COLETA DE DADOS	61
4.4 PERÍODO DE REFERÊNCIA	64
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	65
4.5.1 Primeiro Momento	65
4.5.2 Segundo Momento	66
4.5.3 Terceiro Momento	66
4.5.4 Quarto Momento	67
4.6 LIMITAÇÃO METODOLÓGICA	67
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	67
5 RESULTADOS	68

5.1 DESCRIÇÃO GERAL	68
5.2 EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS NA SÉRIE HISTÓRICA	70
5.3 CORRELAÇÃO ENTRE A RECEITA ORÇAMENTÁRIA <i>PER CAPITA</i> E A DESPESA COM SAÚDE <i>PER CAPITA</i>	79
5.4 RELAÇÃO ENTRE DESPESA COM SAÚDE, SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO, <i>PER CAPITA</i> E AS VARIÁVEIS DE OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	79
5.5 ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DAS TRANFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS PARA A SAÚDE NA DESPESA DOS MUNICÍPIOS COM SAÚDE.....	80
6 DISCUSSÃO	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS	102
ANEXO A – Evolução da Taxa de inflação no período entre 1999 e 2010..	116

1 INTRODUÇÃO

A partir das décadas de 70 e 80, a descentralização passou a ser um princípio ordenador das reformas no setor público em diversos países e, naqueles egressos de experiências autoritárias, como é o caso do Brasil, a descentralização passou a ser entendida enquanto dimensão essencial da democratização (MELO, 1996). Assim, em resposta aos movimentos de redemocratização e ao de Reforma Sanitária, a descentralização da saúde passou a figurar como diretriz inscrita na Constituição Federal de 1988.

Vale destacar, que essa diretriz se alinhava tanto aos interesses dos neoliberais, ansiosos por um estado nacional mínimo, como aos anseios dos militantes da Reforma Sanitária, com sua agenda socializante e democratizadora. No rol de interesses, figuravam, ainda, os do movimento municipalista, o qual, desejoso em levar o compartilhamento do poder político e financeiro aos municípios, fazia pressão para que se caminhasse na direção da descentralização (CARVALHO; COSTA, 2012).

Durante o período de redemocratização pós-ditadura civil-militar, com o movimento de reabertura política, ao final da década de 1980, os municípios e estados ganharam, gradativamente, espaço para atendimento de suas demandas históricas (LIMA, 2007). Nessa conjuntura, os entes federativos subnacionais passaram a ser legalmente responsabilizados pela gestão da prestação dos serviços de saúde à população, o que dava início a sua luta para se apropriar de um volume de recursos compatível com a transferência de encargos.

Ao longo dos anos 1990, foram criados os instrumentos jurídicos estruturadores do Sistema Único de Saúde – SUS, começando pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, sancionada em 28 de dezembro de 1990. A primeira vincula a descentralização à municipalização e a segunda confere maior capacidade gerencial aos estados e municípios (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990a). As principais Normas Operacionais Básicas – NOBs de 1991, 1993 e 1996, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS de 2001 e 2002, além do Pacto pela Saúde, Emenda Constitucional nº 29/2000 e diversas outras portarias e decretos, progressivamente, ampliaram a base normativa estruturadora do processo de implementação do SUS, fazendo menção explícita ao intuito de descentralizar a assistência à saúde (NUNES, 2004; LIMA, 2006).

A questão da descentralização, no entanto, não se acha circunscrita à base normativa que lhe dá suporte. Admitindo-se que sua efetivação está fortemente vinculada aos mecanismos de financiamento público da saúde, é inevitável não enveredar por esta vertente

de discussão que diz respeito à evolução do modelo brasileiro de tributação, o qual, a partir da reforma ocorrida em 1967, ampliou o papel das esferas subnacionais na arrecadação tributária e a sua autonomia na gestão dos impostos.

Sobre isso, Lima (2007) afirma que o sistema tributário brasileiro está entre um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de tributação como de gasto atribuídos às instâncias subnacionais. Mas, a mesma autora faz o contraponto de que apesar das regras vigentes, no processo de descentralização da tributação, a União não se manteve passiva, realizando algumas manobras, como: o aumento das alíquotas das contribuições sociais; o contingenciamento dessas para fundos de estabilização econômicos; e a crescente desresponsabilização em relação às políticas sociais, justificada pela descentralização (LIMA, 2009).

Apesar dos avanços operados no federalismo fiscal brasileiro, os entes municipais continuam a depender, visceralmente (a professora não concorda), dos recursos oriundos do orçamento do Ministério da Saúde para suprir suas necessidades de gasto, o que impõe limites à descentralização vislumbrada pelos legisladores e gestores da saúde (LIMA, 2007).

Buscando antecipar cenários, pesquisadores como Nunes (2004) aponta uma forte tendência dos entes subnacionais em participarem cada vez mais do financiamento do SUS, em detrimento da União. Em seu estudo sobre critérios de alocação, a capacidade de autofinanciamento do sistema de saúde municipal estaria, ao menos na época em que o trabalho foi realizado, diretamente condicionada pela receita própria *per capita* dos municípios.

Trazendo a discussão para o âmbito do estado de Pernambuco, base territorial da presente pesquisa, observa-se, nos últimos anos, um processo de acelerado crescimento econômico. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em publicação que conta com a parceria de Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA, o estado apresentou, no período de 2000-2010, um crescimento percentual do Produto Interno Bruto – PIB equivalente a 253,08%, superior ao do Brasil (219,64%) e da macrorregião Nordeste (245,65%) (BRASIL, 2010a).

Apesar disto, o estudo de Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012) demonstra que, na média, os municípios pernambucanos apresentaram, entre 2000 e 2007, um aumento percentual de 190,76% na despesa total com saúde sob responsabilidade municipal por habitante, indicador que correspondeu, em números absolutos, a R\$ 183,79, em média, no ano de 2007. Esse valor situava-se bem abaixo da média nacional para aquele ano que foi de R\$

261,43 e, no contexto da federação, colocava Pernambuco à frente apenas do Acre (R\$ 165,1) e do Amapá. Com relação aos estados do nordeste, é o per capita com saúde mais baixo.

A par das reflexões suscitadas pelo processo de descentralização da saúde e no momento em que o estado de Pernambuco experimenta um período de notável crescimento econômico, iniciado na década passada e que vem produzindo impacto positivo nos orçamentos de municípios localizados nas áreas de maior concentração de investimentos, é necessário considerar a importância que o aporte de recursos para a receita orçamentária dos municípios possa vir a representar para o fortalecimento do processo de municipalização da saúde.

Assim, considerando que a composição da receita municipal com saúde, sob responsabilidade do município, é formada pelos recursos próprios que o município arrecada e pelas transferências que recebe da União e, em alguns casos, dos Estados; e que a maioria dos municípios brasileiros já aplica em saúde um percentual dos seus recursos próprios superior ao mínimo prescrito pela Emenda Constitucional nº 29/2000; é lógico deduzir que a possibilidade de aumento no valor absoluto daquela receita acha-se na dependência do incremento da receita global dos municípios ou do aumento do valor das transferências (ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Estas são possibilidades que se acham na dependência de medidas que suscitam grandes debates e que se arrastam ao longo da história recente do país, a exemplo da Reforma Tributária e da mudança dos critérios de alocação de recursos federais da saúde para os municípios.

Com isso, o presente estudo parte da premissa de que o crescimento econômico dos municípios repercute em maior aporte de recursos para sua receita orçamentária, que é uma variável de fundamental importância para a ampliação, diversificação e qualificação da oferta de serviços, a fim de consolidar o processo de descentralização e superar a mera desconcentração. Leva-se, ainda, em consideração a importância que indicadores de financiamento e oferta têm para avaliar o estágio de avanço desta diretriz do SUS.

Nessa perspectiva, parte-se do pressuposto de que o crescimento econômico repercute em crescimento da receita orçamentária dos municípios, e foca-se na relação entre o aporte das receitas orçamentárias municipais e o valor da despesa com saúde e, desta, com a oferta de serviços públicos de saúde (**Figura 1**).

Com isso, busca-se responder a seguinte pergunta: o crescimento da receita orçamentária municipal tem gerado maior investimento em saúde e maior oferta de serviços públicos?

Figura 1 - Síntese da articulação entre os componentes do esquema de problematização da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico contempla questões que se inscrevem no debate atual a respeito do financiamento como critério indutor necessário, ainda que não suficiente, para aprofundar a discussão sobre a municipalização da atenção à saúde. O intuito aqui é explicitar os marcos que balizam a forma de conceber o assunto e discutir seus diversos aspectos.

De início, aborda as diferenças teórico-conceituais entre crescimento econômico e desenvolvimento e, em seguida, aborda o processo de descentralização da saúde e seus desdobramentos, o que se relaciona intrinsecamente com o modelo de federalismo fiscal vigente no país.

De forma mais macro, analisa-se o financiamento da saúde ao longo desses 25 anos e descreve-se também seus principais marcos normativos, com destaque para a Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012.

A última seção desse referencial aborda a municipalização da saúde, elecando questões de relevância para sua discussão.

2.1 CRESCIMENTO ECONÔMICO VERSUS DESENVOLVIMENTO: DIFERENÇAS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Cabe iniciar o referencial teórico, diferenciando crescimento econômico e desenvolvimento, mas, deixando claro que não se pretende aprofundar esse debate. Segundo Souza (1993), existe duas correntes de pensamento econômico sobre o tema. Em uma delas, enquadram-se os modelos de crescimento da tradição clássica e neoclássica, como os de Harrod e Domar¹, os quais conceituam crescimento econômico como sinônimo de desenvolvimento. Na segunda corrente, estão os economistas de orientação crítica, formados na tradição marxista ou cepalina, a exemplo de Raul Prebisch e Celso Furtado. Para essa

¹ O modelo de Harrod e Domar engloba três variáveis básicas para explicar o crescimento: taxa de investimento (I), taxa de poupança (S) e relação produto/capital (Y/K). Para esses economistas, a taxa de crescimento do produto (Y') é determinada pela propensão a poupar ($s=S/Y$), que representa a parcela da renda não consumida, que servirá para o financiamento do investimento, multiplicada pela relação marginal produto/capital ($v=DY/DK=DY/DI$), que, por sua vez, representa a variação do produto se aumentar uma unidade adicional de capital. Algebricamente, $Y'=s.v$. Assim, se tivermos, por exemplo, $s=15\%$ e $v=0,20$ teremos $Y'=0,03$. Isto quer dizer que o país pode crescer 3% se tiver uma taxa de poupança de 15% da renda e uma relação produto/capital de 0,20 (VASCONCELOS e GARCIA, 1998).

segunda corrente, crescimento econômico e desenvolvimento são conceitos distintos, sendo a primeira condição indispensável para o desenvolvimento, mas não suficiente.

A segunda corrente considera o crescimento econômico um processo de mudanças de caráter, predominantemente quantitativo, geralmente, medido pela variação do PIB real (ou PNB²), isto é, deflacionado; ou pela variação do PIB real *per capita*³. Em suma, considera crescimento econômico o aumento da capacidade produtiva e da produção de uma economia, em determinado período de tempo (SIEDENBERG, 2006).

O crescimento do PIB *per capita* é sempre desejável, porém, não implica, necessariamente, na melhoria da qualidade de vida da população. Isso se deve ao fato de que o crescimento desse indicador pode não beneficiar uma parcela expressiva da população, devido à excessiva concentração de renda ou devido à transferência de excedentes para outros países, o que é fato consumado em muitos países da América Latina, como descreve Eduardo Galeano em seu livro as “Veias abertas da América Latina”⁴ (SIEDENBERG, 2006).

Diversos países passaram por processos acelerados de crescimento econômico, entre as décadas de 50 e 80, período áureo da Guerra Fria, os chamados “milagres”. Esse foi o caso da Alemanha, Itália, Japão, Coreia e Brasil. No Brasil, entre 1950 e 1973, as taxas de crescimento foram as mais altas e descontínuas dentre esses países, com uma média de 8%, entre 1955 e 1960; e de 11%, entre 67 e 73 (FIORI, 2012).

Entretanto, durante o chamado “milagre econômico brasileiro”, questionava-se a má distribuição de renda e o fato de estar aumentando a desigualdade social no país. Tivemos altas taxas de crescimento econômico sem solucionar os graves problemas de pobreza e miséria, má distribuição de renda, analfabetismo, precária situação de saúde e desigualdades regionais (Sudeste e Sul “versus” Norte-Nordeste).

Estudos da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE (1980; 1988) confirma, em suas publicações, a ocorrência deste fenômeno e seu rebatimento para as populações da região Nordeste do país. Nessa região, entre os anos de 1970 e 1979, o crescimento do PIB (8,8) superou o crescimento do PIB do país (8,7), no entanto, os indicadores sociais eram os piores dentre as regiões. Francisco de Oliveira (1985), fazendo

² Produto Nacional Bruto: soma de todos os bens e serviços, produzidos pelas empresas nacionais onde quer que elas se encontrem.

³ Ao dividir o PIB pela população em vários anos seguidos, pode-se observar se houve crescimento médio da produção de bens e serviços em intensidade superior ao crescimento da população, o que implica dizer se houve ou não aumento do volume de bens e serviços à disposição da sociedade.

⁴ GALEANO, E. **As veias abertas da América Latina**. Tradução de Galeno de Freitas. 39ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 307p.

uma paródia ao que se entende como *welfare state*, identifica o Brasil dos meados dos anos de 1980, como um “Estado de Mal-Estar”, onde o crescimento econômico não se fez acompanhar de uma contrapartida no nível da participação democrática e dos benefícios sociais. Para ele, o que se processou naquele período foi uma regulação de corte keynesiano, mas, sem direitos sociais, diferentemente do que ocorreu nos países avançados.

Diante desse quadro de evidentes contradições e com base na corrente dos economistas de orientação crítica, entende-se que desenvolvimento econômico refere-se a um conceito mais qualitativo, atrelado à melhoria das condições de vida das pessoas. Nele incluem-se alterações da composição do PIB e da alocação dos recursos pelos diferentes setores da economia, de forma a melhorar os indicadores de bem-estar econômico e social (pobreza, desemprego, desigualdade, condições de saúde, nutrição, moradia e educação) (VASCONCELLOS, 2000). Conceitua-se desenvolvimento como “um fenômeno de efeitos amplos na sociedade, que atinge a estrutura social, política e econômica e que estuda estratégias que permitam a elevação do padrão de vida da coletividade” (VIEIRA; ALBERT; BAGOLIN, 2007, p. 4).

Mesmo com tanta controvérsia, assume-se que o crescimento econômico é um requisito para superação da pobreza e para construção de um padrão digno de vida. No entanto, resta saber como o crescimento econômico é distribuído entre a população, ou seja, se resulta ou se é resultado de investimentos em habitação, educação, dentre outros fatores, que contribuem para melhora das condições de vida; ou se resulta em investimentos direcionados ao único e exclusivo benefício do capital como, por exemplo, fins bélicos (OLIVEIRA, 2002).

Levando em consideração os fatores históricos que estruturaram o Estado liberal, no caso brasileiro é, historicamente, posto que o setor público teve forte presença nos investimentos, especialmente na área de infraestrutura e insumos básicos (saúde, transporte, energia, aço, petróleo), propulsores de crescimento e do desenvolvimento. Com a Constituição de 1988, essa participação do setor público intensificou-se, com orientação à municipalização.

Assim, assumindo a relação e entendendo a diferença conceitual entre crescimento econômico e desenvolvimento, ver-se a relevância de acompanhar como o crescimento econômico é revertido em políticas públicas. Destaca-se, ainda, o recorte para o município, dado seu papel na execução delas, especialmente, da política de saúde, foco desse estudo, pois, a história demonstra que sem investimentos significativos na área social, o crescimento

poderá ser, mais uma vez, um surto passageiro, sem melhorias na qualidade de vida da sociedade.

2.2 O CRESCIMENTO ECONÔMICO NA ÚLTIMA DÉCADA E SUA INTERFACE COM SAÚDE

Uma vez entendida a diferença prática-teórica-conceitual entre crescimento econômico e desenvolvimento e, assumida a relação entre ambos, discute-se, nesse espaço, o crescimento econômico experimentado pelo país na última década e sua interface com a saúde, considerando que a melhoria da saúde é universalmente aceita como um dos mais importantes objetivos do processo de desenvolvimento.

No Brasil, o crescimento econômico no período 2004-2010, ficou em torno de 4,4% a.a., mais que o dobro dos meros 1,9 % em média para o período 1999-2003, mas, relativamente baixo quando comparado com as elevadas taxas de crescimento que o Brasil já vivenciou (SERRANO; SUMMA, 2011).

Em meados dos anos 2000, houve aumento dos investimentos públicos, como consequência do aumento da arrecadação gerada pelo próprio crescimento econômico e da flexibilização da política fiscal. Esses fatores parecem ter sido fundamentais para sustentar as medidas anticíclicas, que possibilitaram ao país enfrentar a crise econômica internacional de 2008 e continuar crescendo (DAIN, 2012).

No ano de 2011, até o mês de agosto, o país obteve arrecadação recorde, com um crescimento de 18,8% da receita da União (R\$ 84,3 bilhões), ante o mesmo período do ano anterior. No entanto, os recursos da área social cresceram apenas 10%, recebendo mais R\$ 8,4 bilhões e, nessa área, a saúde foi a que menos ganhou, ficando com apenas 2% desse crescimento. Da arrecadação total, a maior fatia ficou com a economia para pagamento de juros da dívida pública: R\$ 40,1 bilhões, quase 50% do que entrou a mais nos cofres federais nos oito primeiros meses do ano (DAIN, 2012).

Segundo Dain (2012), a saúde é uma política bifronte, de um lado voltada para uma fronteira do mercado (inovação, fronteira industrial e tecnológica) e, de outro, voltada para as necessidades e vulnerabilidades de uma população carente, assistida desigualmente no território nacional por ações e serviços subfinanciados e por uma oferta de infraestrutura ainda marcada por profunda heterogeneidade regional e micro regional.

Na interface entre saúde, crescimento econômico e desenvolvimento, destacam-se três dimensões: o complexo da saúde, como fonte de inovação e de desenvolvimento tecnológico e de equilíbrio na Balança Comercial; os recursos da saúde e da Seguridade, como eixo central da política de estabilização fiscal; e a atenção às carências e vulnerabilidades da população quanto à política do SUS nos três níveis de governo. Para a autora, o desafio consiste em integrar essas três dimensões, colocando o avanço tecnológico e a política de gasto social a serviço da população, independentemente de seu poder de compra e de sua participação no mercado (DAIN, 2012).

2.3 DESCENTRALIZAÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS

Na década de 1980, a descentralização ganhou importância como princípio ordenador de reformas do setor público, defendida por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas – ONU, o Banco Mundial – BM e a Organização Panamericana de Saúde – OPAS. O marco que orientou as teses de defesa da descentralização foi a publicação G.Shabbir Cheema e Dennis A. Rondinelli, intitulada *Decentralization and development* (1983 *apud* TOBAR, 1991). Nesse trabalho, os autores enunciam diversas funções da descentralização do poder, tais como diminuir os efeitos negativos da burocracia, respeitar prioridades e necessidades locais, facilitar uma maior representatividade na formulação de decisões e uma maior equidade na alocação dos recursos, aumentar a legitimidade e estabilidade institucional e reduzir as deseconomias de escala (TOBAR, 1991).

Dentre essas funções, a que mais conferiu importância à descentralização foi sua função econômica. Isso se deveu, sobretudo, à disseminação da agenda neoliberal dos países capitalistas avançados para os países do mundo subdesenvolvido, principalmente, os localizados na América Latina (TOBAR, 1991).

Em 1989, o “Consenso de Washington” estabeleceu deliberações, que constituíram um “receituário” imposto por agências internacionais (Fundo Monetário Internacional – FMI, BM e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID) para a concessão de créditos aos países que adequassem suas economias a essas novas regras adaptando-se à agenda neoliberal (NEGRÃO, 1998).

Seguindo essas orientações, a partir de 1990, o Brasil passou a descentralizar aos estados e municípios tarefas relacionadas à gestão das políticas de saúde, habitação,

saneamento básico e assistência social, antes concentradas na União. O Estado passa a adotar elementos da administração gerencial, e dispara uma contra-reforma⁵ do Estado.

Esse processo de descentralização ocorreu no contexto de redemocratização do país, recém saído de uma ditadura civil-militar, em que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a autonomia dos municípios inspirada na associação dos termos descentralização e democratização, a partir do pressuposto de que a primeira é consequência automática da existência da última (KUGELMAS; SOLA, 1999).

A descentralização passou a expressar um virtual consenso político-ideológico, pois, ao passo que esse princípio servia aos interesses neoliberais, também passou a ser entendida enquanto dimensão essencial da democratização (MELO, 1996).

No que se refere à saúde, a Constituição de 1988 inscreve, em seu Artigo 198, os seguintes princípios organizacionais do SUS: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, os quais Teixeira (2011) chama de “princípios estratégicos” e faz menção à Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde como sendo “princípios finalísticos”.

O SUS é fruto do Movimento de Reforma Sanitária e representa a materialização dos ideários desse movimento, responsável por inscrever na nova Constituição Federal a Seguridade Social como Sistema de Proteção Social no Brasil, concomitante ao processo de redemocratização do país. Porém, como descrito anteriormente, esse sistema de saúde é concebido em um contexto econômico e político adverso, em que se estruturava uma contra-reforma do Estado.

Nos anos 90, a implementação do SUS seguiu na contracorrente da política de ajuste macroeconômico vigente e expressou as tensões entre os ideários do Movimento de Reforma Sanitária e o processo de contra-reforma do Estado (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Diversos autores lançam evidências de que a descentralização, em relação aos demais princípios, se configura como o único que não vai confrontar a agenda neoliberal instaurada na década de 1990 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; TOBAR, 1991; CARVALHO; COSTA, 2012). Isto porque descentralização, para os neoliberais, era vista como uma forma de desonerar a União, na perspectiva da implantação do “Estado Mínimo”,

⁵ Conforme Granemann (2004, p. 30), a contra-reforma pode ser entendida como um conjunto de “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contra-reformas, em geral, alteram os marcos legais – rebaixados – já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país”. Diante disso, esse processo pelo qual o Estado brasileiro passou não se trata de uma reforma, mas de uma “contra-reforma do Estado” (BEHRING, 2003).

com seu modelo gerencialista de gestão. E, para as correntes socialistas, esse mesmo princípio representava uma estratégia de implantação do SUS como projeto democrático, civilizatório, de resgate da dívida social e garantidor do conceito ampliado de saúde (CARVALHO; COSTA, 2012).

Outra polarização presente nas concepções acerca da descentralização se refere à interpretação daqueles “que entendem o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo como um processo virtuoso que não só robustece a democracia, como também produz maior eficiência alocativa no sistema de governo”, vendo a competição entre unidades federadas como geradora de inovações no sistema público (MELO, 1996, p. 11). E daqueles “para quem os estados e municípios são *loci* de clientelismo e ineficiência”, argumentando “que a irresponsabilidade fiscal nesses níveis compromete os esforços de estabilização do governo central” (MELO, 1996, p. 11).

Dessa forma, o movimento de descentralização das políticas sociais se orienta em duas diferentes vertentes. Ora, permite que os entes da federação, amparados pela natureza representativa e democrática das escolhas, sacrifiquem essas políticas para harmonizar a escassez de recursos, com corte de despesas para se ajustar à crise fiscal mundial. Ora, a assunção de novas responsabilidades pelas esferas subnacionais gera demandas e aumentam a necessidade de gasto (LIMA, 2009; DAIN, 1995).

Diversos autores argumentam que a descentralização da área da saúde esbarra em dificuldades de cunho financeiro, institucional, político e ideológico, pois, as diferentes possibilidades financeiras e administrativas, bem como as distintas posições políticas de governadores e prefeitos tornam o processo de descentralização brasileiro heterogêneo (ARRETCHE, 1997; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VARELA, 2004).

Lima (2009) assinala que a descentralização dos encargos e do poder de gasto sobre as políticas sociais é uma tendência das últimas décadas nos países de organização federativa, justificada pela necessidade de ampliar a eficiência administrativa no uso dos recursos e pelo argumento de que quanto mais próximo das necessidades e da demanda da população, maiores serão os benefícios e mais efetivos os mecanismos de controle sobre os gastos.

Mesmo com a descentralização da política de saúde encontrando suporte nessas justificativas, seu processo de implementação tem encontrado sérios obstáculos. Um deles refere-se à hegemonia fiscal da União que, a despeito da Reforma de 1967 e dos dispositivos constitucionais, continua centralizando o poder fiscal. Além da contenção de poder pelo

Ministério da Saúde, particularmente, nos primeiros anos da década de 90, que também dificultou a descentralização no sentido da gestão e do poder de gasto (UGÁ *et al.*, 2003).

Assim, colocam-se alguns questionamentos de cunho prático-conceitual em relação à diretriz da descentralização da saúde: de forma prática, está sendo exercitada a descentralização ou desconcentração? Existe diferença conceitual entre descentralização e desconcentração?

Segundo Tobar (1991), descentralização implica redistribuição e transferência na alocação das decisões, alterando os interesses dos grupos de poder. Diferentemente, desconcentração significa delegação de competências sem deslocar o poder decisório.

O conceito de descentralização também tem sido desagregado em três dimensões ou noções correlatas, tais como: desconcentração, delegação e devolução (IDB, 1994). A primeira se refere à transferência de encargos e tarefas entre unidades administrativas ou políticas subnacionais. A delegação consiste na transferência de apenas algum grau de poder decisório. E a devolução é definida como a transferência ao nível intergovernamental de poder decisório sobre as esferas financeira, administrativa e programática. Acrescenta-se que quando a descentralização ocorre no âmbito de empresas, ou entre empresas e setor público, verifica-se um processo de terceirização (MELO, 1996).

Nessas duas definições, entende-se que a desconcentração é condição necessária, embora não suficiente, para atingir os níveis desejados de descentralização na tomada de decisões. E longe de ser apenas uma distinção simplória, a percepção de tal diferença implica na compreensão de ruptura ou continuísmo travestido de uma aparência inovadora (TOBAR, 1991).

Entende-se que a descentralização é uma tática/estratégia para atingir a determinados objetivos, resultando da combinação dos fins e dos valores com que foi idealizada. De acordo com a atual Carta Magna, o conceito foi esboçado como ferramenta para a expansão e intensificação da democracia, mas que também abriu brecha para seu uso como mecanismo de controle e dominação. Da mesma forma, há definições que são compatíveis com a estatização dos serviços e outras centradas na transferência dos mesmos ao setor privado. Na sua aplicação pode-se perseguir tanto a equidade como manter as diferenças no acesso aos serviços que existem até o presente (TOBAR, 1991).

2.4 FEDERALISMO FISCAL BRASILEIRO E O FINANCIAMENTO DO SUS

Para Prado (2007, p.4) as “federações são arranjos político-institucionais que visam conciliar a existência de uma nação com a autonomia e individualidade política das diversas regiões que a compõe”. Logo, um Estado federativo é uma forma particular de governo em que existem um governo central e governos locais, ambos independentes e soberanos em suas jurisdições, onde a mesma população e territórios estão sob o governo desses dois entes (RIKER, 1987; LIJPHART, 1999 *apud* ARRETCHE, 2002).

Conforme definido constitucionalmente, cada governo local goza do princípio da soberania, o que, por conseguinte, torna-o ator político autônomo com capacidade para programar ao menos algumas de suas políticas (PIERSON; LEIBFRIED, 1995 *apud* ARRETCHE, 2002).

No entanto, apesar dessa independência e soberania, não se deve deixar de enfatizar a necessidade de coesão entre esses entes, preservando um elevado grau de cooperação intergovernamental (PRADO, 2007; MEDEIROS, 2011).

Nas federações, os sistemas fiscais podem ser definidos a partir da “forma como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias no âmbito das federações” (LIMA, 2009, p. 575). Lima (2009) salienta que o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais, históricos e, sobretudo, por escolhas políticas. Com isso, não é possível definir um modelo teórico ideal nem um padrão uniforme para a configuração de sistemas tributários em países federativos.

O Brasil, ao longo de sua história, vivenciou diversos acontecimentos que ajudaram a conformar o modelo de “federalismo fiscal à brasileira” vigente no país, oriundo de sucessivas centralizações e descentralizações do sistema tributário. Dentre esses acontecimentos, podem ser citados os cinco processos constituintes que resultaram nas Constituições Federais de 1934, 1937, 1946, 1967 e 1988; e os dois golpes de estado, o de 1937, que inaugurou o período conhecido como Estado Novo, e o de 1964, o qual culminou com a Ditadura Civil-Militar (LIMA, 2007, p. 512; 2009; SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

Além disso, a Reforma Fiscal de 1967 foi um marco importante que, apesar de manter a concentração da arrecadação no nível federal, ampliou a capacidade de arrecadação dos estados, aos quais foi imputado o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços – ICMS; e dos municípios, responsáveis pelo Imposto sobre Serviços de qualquer Natureza – ISS. A reforma também definiu mecanismos de redistribuição e devolução a essas

instâncias, aumentando sua capacidade de gasto. No entanto, o período ditatorial recentralizou a arrecadação e os gastos para o ente da União (LIMA, 2007).

Com o processo de reabertura política, a Constituição de 1988 reproduziu os preceitos para o federalismo fiscal da reforma de 1967, ajustando o sistema tributário a uma realidade totalmente distinta, caracterizada por vários conflitos entre os entes federativos. Dentre esses conflitos, figuram aqueles que dizem respeito a questões relativas ao financiamento público da saúde (LIMA, 2007; SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009).

Watts (1996) distingue dois elementos principais dos sistemas tributários: o poder de tributar ou de arrecadar e o poder de gastar. São esses elementos que viabilizam o cumprimento das atribuições de governo, definindo as responsabilidades e funções dos governos nacional e subnacionais. O modelo de federalismo fiscal será caracterizado pela divisão desses dois poderes entre os entes.

Em países federativos, a concentração da arrecadação na esfera federal possibilita ao governo central exercer a função redistributiva. No caso brasileiro, o que explica a concentração da arrecadação na União são os sucessivos incrementos, nos últimos anos, das alíquotas das contribuições sociais⁶, tributos arrecadados apenas por esse ente. Impostos como o Imposto de Renda – IR e o Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI não gozaram do mesmo incremento (BRASIL, 2011; LIMA, 2007). Esses impostos, em sua maior parte, compõem os Fundos de Participação dos Estados – FPE e Municípios – FPM e foram implementados pela Reforma Fiscal de 1967.

O objetivo do FPE e do FPM é a repartição regular das receitas federais com fins redistributivos e não condicionados a gastos específicos, sendo que, atualmente, esses fundos absorvem, respectivamente, 21,5% e 22,5% da receita líquida dos referidos impostos, o que equivale a quase 50% do total da arrecadação deles. Como consequência do aporte desses fundos para os entes subnacionais houve diminuição da participação deles na receita tributária da União (de 21% para 15%, entre 1988 e 1996) (LIMA, 2007).

Ainda segundo a Reforma de 1967, caberia aos municípios, além do FPM, as seguintes arrecadações e devoluções tributárias: Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Inter-Vivos – ITBI, Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados – FPEX (que redistribui 10% da arrecadação do IPI-Exportação da União), 25% das Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir), 25% da cota-parte do ICMS e as transferências redistributivas setoriais da União para alocação de recursos públicos destinados

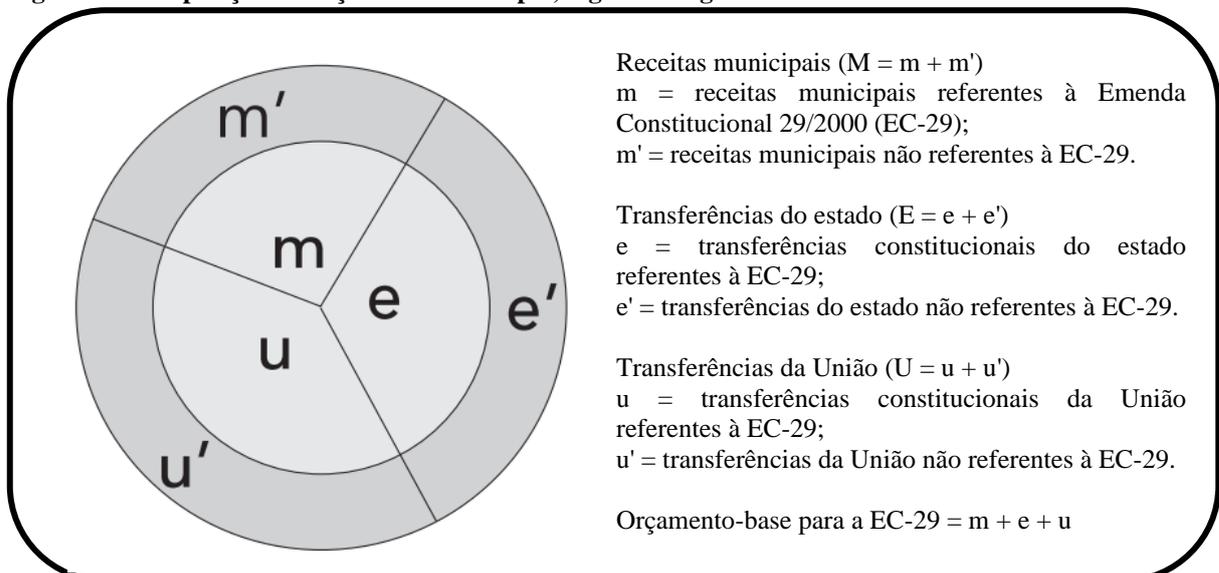
⁶ As contribuições sociais são tributos destinadas ao OSS para financiamento da saúde, assistência e previdência.

a dois dos principais setores de atuação do setor público: a educação e a saúde (LIMA, 2007; 2009).

De acordo com a configuração do federalismo fiscal atual, o município, ente federado de interesse do estudo, tem seu orçamento composto pelas receitas correntes municipais, transferências estaduais e transferências da União, como detalhado por Scatena, Viana e Tanaka (2009, p. 2436) e esquematizado pela **Figura 2**.

- a) Receitas correntes municipais (M), compostas por: uma parcela de recursos arrecadados pelo município, na forma de impostos municipais (Imposto Predial e Territorial – IPTU, Imposto sobre Serviços de qualquer Natureza – ISS, Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis – ITBI, Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF) e de multas, juros e dívida ativa (relativos àqueles impostos), aqui nomeada de “receitas municipais vinculadas à EC-29” (m); parcela complementar de recursos arrecadados pelo município, na forma de taxas, outras receitas (patrimoniais, agropecuárias, industriais, de contribuições e de serviços), bem como multas, juros e dívida ativa (relativos a essas arrecadações), aqui nomeada de “receitas municipais não vinculadas à EC-29” (m’).
- b) Transferências do estado (E), compostas por: recursos arrecadados pelo estado, na forma de impostos (ICMS, Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI), e que são transferidos aos municípios, aqui nomeados de “transferências constitucionais do estado vinculadas à EC-29” (e); todas as demais receitas correntes transferidas pelo estado, nomeadas de “transferências do estado não vinculadas à EC-29” (e’).
- c) Transferências da União (U), compostas por: recursos arrecadados pela União, na forma de impostos (Fundo de Participação dos Municípios das Capitais – FPM, Imposto Territorial Rural – ITR, Lei nº 87/96), aqui nomeados de “transferências constitucionais da União vinculadas à EC-29” (u); todas as demais receitas correntes transferidas pela União, nomeadas de “transferências da União não vinculadas à EC-29” (u’).

Figura 2 - Composição do orçamento municipal, segundo origem das receitas.



Fonte: SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009.

A figura acima representa a receita disponível do município, uma nova distribuição do bolo tributário, conformada após as partilhas constitucionais dos impostos: aqueles arrecadados pela União e transferidos para estados e municípios e as transferências de estados para municípios.

Conforme esse modelo de distribuição do bolo tributário, verifica-se que, em 2010, a União transferiu para os estados o equivalente a 1,96% do PIB e 5,72% da arrecadação. Já para os municípios a União transferiu 1,75% do PIB e 5,11% da arrecadação. Os estados transferiram para os municípios o equivalente a 2,44% do PIB e 7,14% de sua arrecadação. Com isso, os municípios tiveram sua receita aumentada em 4,19% do PIB em função das transferências constitucionais e legais recebidas das outras esferas de governo (AFONSO; SOARES; CASTRO, 2013).

Lima (2007; 2009) pontua duas das principais críticas feitas por especialistas em federalismo fiscal ao sistema tributário brasileiro, regido pela Constituição de 1988 e por outras normas jurídicas subsequentes. A autora se refere aos desequilíbrios verticais (entre as esferas de distintos níveis) e horizontais (entre esferas do mesmo nível de governo), que marcam o federalismo fiscal brasileiro e têm forte implicação na implantação do caráter nacional e universal da política de saúde.

Para a autora, os desequilíbrios verticais são gerados pelo elevado poder de tributação do ente federal, em contraposição às necessidades de gasto dos entes subnacionais decorrente das maiores responsabilidades assumidas. Já os desequilíbrios horizontais são consequentes das desigualdades socioeconômicas existentes entre os entes da mesma instância de governo, as quais determinam capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis; e das necessidades distintas de gastos públicos devidos às diferentes necessidades e demandas da população (LIMA, 2009).

Em relação aos desequilíbrios verticais, Lima (2009, p. 578-579) atribui as seguintes funções à União no intuito de minimizá-los:

[...] coordenação nacional do processo de descentralização (criando incentivos, corrigindo assimetrias e compensando as dificuldades institucionais), a indução do desenvolvimento econômico, a redução das desigualdades subjacentes, a redistribuição de recursos financeiros e a equalização da capacidade de financiamento e gasto das esferas subnacionais.

No entanto, o papel de coordenação da União foi barrado pela rigidez econômica, decorrente da política de ajuste macroeconômico vivenciada pelo Brasil no pós-88. Essa rigidez econômica foi moldada pela perda de receitas, relacionada à descentralização das competências tributárias e ao aumento das transferências constitucionais, como FPE e o FPM, descritos anteriormente (REZENDE; CUNHA, 2002; OLIVEIRA; REZENDE, 2005; LIMA, 2009).

Destaca-se, no entanto, que a União não se manteve passiva nesse processo. Em nome da estabilidade macroeconômica, algumas manobras foram postas em prática, como o aumento das alíquotas das contribuições sociais; o contingenciamento dessas para fundos de estabilização econômicos; e a crescente desresponsabilização em relação às políticas sociais, justificada pela descentralização (LIMA, 2009).

Segundo Lima (2007), apesar dos pequenos avanços, alcançados mesmo em um contexto de restrição fiscal, o modelo de descentralização implementado no sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas. Ou seja, serviu mais aos preceitos da política de ajuste macroeconômico em detrimento da expansão do sistema para redução das desigualdades verticais, como gostariam seus idealizadores.

Em relação aos desequilíbrios horizontais, que se referem aos desequilíbrios interestaduais e intermunicipais, Lima (2009) aponta que resultam das regras impostas ao sistema de partilha fiscal brasileiro.

Conforme Prado (2003) 68% das transferências intergovernamentais que fazem parte do sistema de partilha brasileiro são de caráter redistributivo⁷. Nesse grupo de transferências, os mais importantes são o FPE e o FPM; o sistema cota-parte estadual, transferido para os municípios, que inclui 6,25% do ICMS arrecadado; e as transferências redistributivas setoriais destinados à educação (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério – FUNDEF renomeado, em 2007, de Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – FUNDEB) e à saúde (transferências federais do SUS). Essas transferências são compostas pelas devoluções tributárias dos impostos sobre combustíveis, energia elétrica, minerais e comunicação, que se destinavam às empresas públicas federais,

⁷ São transferências com fluxos de receitas que não guardam relação com a proporcionalidade das bases tributárias respectivas nas esferas que se apropriam dos recursos. Por isso, são os únicos que têm possibilidade de reduzir as desigualdades nas receitas disponíveis observadas entre jurisdições com distintas capacidades econômicas.

estaduais e municipais. Todos esses mecanismos de repasse, exceto a cota-parte estadual, se dão mediante depósito direto feito pela União em conta bancária do município (LIMA, 2009).

É importante notar que o sistema de partilha brasileiro reforça a função da União em detrimento dos estados na realocação de recursos, o que teria potencial para a equalização fiscal, mas, acaba gerando profunda dependência dos municípios em relação ao governo federal. Tal fato é evidenciado ao se constatar que 80% dos recursos dos municípios, considerando sua receita total, resultam de transferências, sendo que, dessas, cerca de 50% são originadas na União (LIMA, 2006; 2007). Outro problema acarretado é a fragilidade das conexões administrativas e orçamentárias entre estados e municípios, dificultando a integração de políticas e a formação de redes de serviços, bem como estimulando a competição entre os entes por recursos (LIMA, 2007; 2009).

Diante dessas discussões, entende-se que a Constituição e as leis federais não se traduzem como garantias para o pacto federativo, o que contribui para um clima de incertezas e tensões permanentes. Além do mais, os canais de negociação intergovernamental são insuficientes para a criação de mecanismos de coordenação e cooperação, que expressem objetivos comuns e diminuam a competição entre os entes federados por recursos (LIMA 2009).

Para o financiamento do SUS outros elementos se agregam a esse padrão de federalismo fiscal. Pois, não há garantias para a oferta de um conjunto de serviços e benefícios comuns aos cidadãos, nas diferentes regiões do país. Some-se a isso a restrita autonomia decisória dos entes subnacionais que impossibilita a adequação regional do destino dos recursos tributários (LIMA, 2009).

2.5 IDAS E VINDAS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento da saúde deve ser compreendido no período anterior e posterior à Constituição Federal de 1988, pois, esse marco alterou profundamente as regras do financiamento bem como as fontes de custeio da saúde pública no Brasil.

Antes da Constituição de 1988, a saúde pública era custeada através das contribuições de empregados e empregadores, que compunham o Fundo de Previdência e Assistência Social – FPAS, além das contribuições da União e outras receitas. Entre 1980 e 1990, o FPAS foi a principal fonte de custeio do setor saúde com participação média de 80%. Fato que aponta a extrema dependência da saúde do desempenho da economia. Pois, na

medida em que a receita é produzida a partir da aplicação de alíquotas sobre o salário, o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio, o que confere séria instabilidade ao setor social (MARQUES, 1999).

A Constituição Federal de 1988, que assinala a saúde, previdência e assistência como o tripé da Seguridade Social, diversificou os recursos para o financiamento dessas áreas. Nesse sentido, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido das pessoas jurídicas – CSLL e incorporada a receita do Fundo de Investimento Social – Finsocial (hoje, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS) para o Orçamento da Seguridade Social – OSS. A incorporação dessas novas fontes visava tornar o financiamento das áreas da Seguridade Social menos dependente das variações cíclicas da economia (MARQUES, 1999).

No entanto, apesar da Carta Magna garantir os recursos e a diversidade das fontes do OSS, ainda persistiram sérias restrições financeiras para as suas áreas, pois, várias manobras canalizaram os recursos para custeio de outras funções que não as da Seguridade. Além da recorrente especialização de suas receitas, agredindo o preceito constitucional de integração entre os setores componentes da Seguridade e os objetivos da equidade na forma de participação no custeio e diversidade da base de financiamento (CARVALHO, 2002; LIMA, 2007; VIANNA, 2009).

A crise financeira que se instalou, no início da década de 80, teve impacto substantivo sobre a Previdência Social. Essa crise caracterizou-se pela queda da produção, expressa na diminuição da taxa de crescimento do PIB (que passou de 6,4%, em 1979, a -3,2%, em 1983) e aumento da taxa de desemprego, configurando um agudo quadro recessivo (UGÁ, 1989). Como medidas para contornar tal situação, o Estado, em 1982, aumentou as alíquotas e o teto das contribuições e, passou a exigir a contribuição do aposentado, ações que não evitaram a instalação de uma crise nas áreas da Seguridade Social (MARQUES, 1999).

Seguindo as disposições do ajuste macroeconômico e disparando o processo de contingenciamento das receitas do OSS, a Lei Orgânica da Previdência nº 8.212, de 1991, que recebeu o título de Lei Orgânica da Seguridade, determinou que fossem arrecadados pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS todos os recursos extraídos das contribuições sobre salários e folha. Ainda de acordo com a referida lei, a COFINS⁸ passou a ser “arrecadada e administrada pela Secretaria da Receita Federal, competindo ao Tesouro o repasse para os órgãos da Seguridade conforme programação financeira” (BRASIL, 1991). A

⁸ A COFINS foi normatizada pela Lei Complementar nº 70, de 30 de janeiro de 1991, definindo que essa contribuição fosse calculada sobre o faturamento mensal das pessoas jurídicas.

CSLL e, mais tarde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, em 1996, tiveram o mesmo destino (VIANNA, 2009).

Portanto, a saúde deveria ser financiada com recursos públicos do OSS, composto pelos seguintes tributos: COFINS, Contribuição sobre a folha, CSLL, CPMF (extinta em 2007), 50% do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT e percentual dos Concursos Prognósticos. Além dos diversos impostos que compõem os orçamentos dos entes federativos que também deveriam financiar o setor (CARVALHO, 2002).

No entanto, o financiamento da saúde nunca foi respeitado, mesmo com os esforços empreendidos durante o processo constituinte para garantir os recursos para o setor. A exemplo do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, o qual determinou que 30%, no mínimo, do OSS – excluído o seguro desemprego – deveria ser destinado à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO (BRASIL, 2011b).

Em estimativas do ano de 1989, Azeredo e Lobo (1991) sugeriram que, no conjunto dos gastos com saúde, previdência e assistência social, a primeira área recebeu 28,6% do total dos recursos, a despeito do Artigo 55 do ADCT. Tanto a primeira LDO (Lei nº 7.800/89), editada para orientar a elaboração do orçamento de 1990, como a segunda (Lei nº 8.074/90), dispendo sobre as diretrizes orçamentárias para 1991, não mantiveram as vinculações para a saúde. Apenas o orçamento de 1992 (Lei nº 8.211/91) restabeleceu o percentual para a saúde, chegando a 30,6% do OSS, porém, esse índice só foi alcançado com a inclusão de dispêndios, como saneamento básico, apoio nutricional, hospitais universitários, saúde escolar, merenda escolar, assistência médica e odontológica a servidores da União, além de encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Além do mais, em 1989, 99,92% dos recursos da CSLL foram destinados para o pagamento das despesas com pessoal e administração, o que deveria ter sido financiado através de recursos fiscais. Já o Finsocial foi direcionado para as despesas dos Encargos Previdenciários da União – EPU, também de forma indevida (MARQUES, 1999). Embora a situação tenha melhorado em 1990, entre 1994 e 1995, a rubrica EPU recebeu, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total das fontes da Seguridade, enquanto que a saúde, nos mesmos anos, levou 18,6% e 19,6% das fontes (LIMA, 2007).

A implantação da CPMF, em 1996, com alíquota de 0,20%, foi um esforço para garantir o financiamento da saúde, com seus recursos a serem destinados, exclusivamente, para a área (FRANÇA; COSTA, 2011). Porém, apesar de seu caráter provisório e da definição

de sua destinação para a saúde, a CPMF, desde 1999, passou a financiar também a previdência e, desde 2002, o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (DAIN, 2007; FRANÇA; COSTA, 2011).

Outro golpe ao OSS foi o contingenciamento de 20% de sua receita para a Desvinculação dos Recursos da União – DRU, antecedida pelo Fundo Social de Emergência – FSE e Fundo de Estabilização Fiscal – FEF.

Some-se a isso, a diminuição das outras fontes de custeio da saúde, principalmente, aquela representada pelas demais contribuições sociais, que tinham destaque relativo no orçamento do setor, o que tornou a CPMF uma fonte substitutiva (FRANÇA; COSTA, 2011; BRASIL, 2011b).

A justificativa para tais feitos se baseava na necessidade da Fazenda Pública Federal sanear as finanças e estabilizar a economia, ou seja, atendia-se aos ditames da política macroeconômica de estabilização e de ajustes estruturais da economia, impostos por agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados (DAIN, 2007).

Em face do modelo econômico adverso e das posições assumidas pelas autoridades fazendárias, o Ministério da Saúde permaneceu em situação financeira vexatória, como setor, desde 2000, utilizando sempre menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva, enquanto que as despesas com juros, encargos e amortizações da dívida interna e externa carregavam a maior parte dos recursos da área social (UGÁ; MARQUES, 2005).

Piola e Biasoto (2001) apontam que além das variáveis políticas e macroeconômicas, está implicado nesse comportamento o processo de descentralização conduzido pelo governo federal, o qual transferiu aos estados e municípios a competência e a crescente responsabilidade pela saúde.

Verifica-se que a participação da União na despesa pública total em saúde passou de 72% para 52%, no período de 1992 para 2002 (MACHADO, 2007). Apesar desse dado representar, em parte, o cumprimento das prerrogativas constitucionais referentes à descentralização, autores alertam para possíveis problemas decorrentes do deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para esferas subnacionais, que nem sempre tem condições de assumir tais encargos (ARRETCHE, 1997; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SOUZA, 2002; MACHADO, 2007).

Soares e Santos (2014) compararam o gasto público com saúde dos entes federados no período entre 1990 e 2012, conforme a **Tabela 1**, demonstrando a tendência de redução acentuada da participação da União no financiamento público da saúde, passando de 74,38%, em 1990, para 45,80%, em 2012. Os estados tiveram incremento de sua participação

nos gastos com saúde no período, em que passou de 13,52% para 25,31 e os municípios mais que dobraram sua participação, que passou de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012.

Tabela 1 - Gasto público com saúde, participação dos entes federados.

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,1
2000	58,6	20,2	21,2
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,8	25,31	28,89

Fonte: SOARES; SANTOS, 2014.

Levando em consideração todos esses movimentos em torno do financiamento da saúde e o deslocamento das responsabilidades sobre essa área para os municípios, é possível estimar os desafios que são impostos a esses entes. Diante de tal avaliação, a seguir, trata-se de algumas medidas orientadoras do processo de municipalização da saúde.

2.6 ESCULPINDO O SUS A GOLPES DE PORTARIA⁹

A Lei nº 8.080/90 especifica, no seu Artigo 35, sete critérios para transferência dos recursos a estados, municípios e distrito federal, a saber: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de saúde da área (qualidade e quantidade); o que foi feito técnica, financeira e economicamente no ano anterior; recursos próprios dos municípios e estados; previsão de investimentos; e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas (BRASIL, 1990b). O referido artigo ainda é complementado na Lei nº 8.142/90 pelo § 1^a do seu Artigo 3, definindo que enquanto não for regulamentado o Artigo 35, o repasse de recursos será feito, exclusivamente, pelo quociente populacional (BRASIL, 1990a).

Apesar da clareza das duas leis na definição dos critérios de repasse, havia muita resistência do Ministério da Saúde, principalmente de seus auditores, a respeito da transferência direta e automática de recursos para os estados, distrito federal e municípios, sem a necessidade do instrumento convenial (CARVALHO, 2002). Instrumento esse, que Carvalho e Santos (1995) condenam, considerando que os entes federados têm as suas competências determinadas pela Constituição, a qual determina o caráter, essencialmente,

⁹ Esse subtítulo do Referencial Teórico tem base no título do artigo de Goulart (2001), pois, corrobora adequadamente com a linha de raciocínio adotada.

político da descentralização. Dessa forma, sendo política, a descentralização deve concretizar-se sem nenhum entrave, requisito ou pressuposto administrativo, como é o caso do instrumento convenial. Os autores defendem que os serviços públicos de saúde não podem ficar na dependência da celebração ou não dos convênios.

Diante desse impasse, são editadas as NOBs e as NOAS, que foram instrumentos de regulação do processo de descentralização e trataram dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; CARVALHO, 2002).

Essas Normas Operacionais apresentaram caráter transitório e foram sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si, mas também aspectos de similaridade (LIMA, 2006). Lima (2006) resume os mecanismos incluídos por essas normas no processo de descentralização do SUS, bem como do seu financiamento. A análise feita pela autora é transcrita no **Quadro 1**, a seguir.

Quadro 1 - Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS no período de 1990 a 2002.

Período	NO* em vigor	Mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais		Critérios para definição dos montantes a serem repassados	Condicionantes para o recebimento dos recursos
		Remuneração por serviços prestados	Transferências intergovernamentais		
1990 a 1994	NOB 01/91 e 01/1992	Única forma utilizada.	Não implementado.	Limites máximos definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial (UCA ¹⁰ estratificada por estado e multiplicada pela população) e hospitalar (quota máxima em número de AIH).	Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).
1994 a 1998	NOB 01/93	Forma preponderante.	Transferências em bloco ("block grants").	Tetos financeiros e montantes globais baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS.	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS)

¹⁰ Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)

					Transferências globais: adesão voluntária e habilitação nas condições de gestão do SUS.
1998 a 2002	NOB 01/96 e NOAS (2001 e 2002)	Forma residual	Transferências segmentadas em várias parcelas (“project grants”) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas. Criação de incentivos financeiros para áreas estratégicas (FAEC).	Parcelamentos dos tetos financeiros por níveis de atenção, tipos de serviços e áreas (assistência, vigilância epidemiológica e sanitária) e dos montantes transferidos segundo critérios diversos (série histórica de produção informada pelos sistemas SIA, SIH-SUS e sistema APAC, população, cobertura de programas, entre outros). Repasses de recurso para áreas estratégicas sem critérios explícitos (geralmente “sobras de tetos”).	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS e APAC). Transferências: adesão voluntária às normas e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde em portarias específicas, habilitação nas condições de gestão do SUS, certificação/habilitação em programas específicos.

*NO: Norma Operacional.

Fonte: LIMA, 2006.

As características da NOB 01/91 denunciam a manutenção do caráter centralizador no financiamento do SUS, que mesmo sendo alvo de profundas críticas, contou com a adesão de muitos municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Tal fato é explicado por Levcovitz (1997) como sendo consequência da insatisfação dos municípios com o relacionamento privilegiado entre as Secretarias Estaduais de Saúde e o Inamps, no período Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, e como forma de responder aos anseios urgentes de descentralização.

Essa norma manteve a modalidade de pós-pagamento, a qual se baseia, exclusivamente, na rede instalada e na capacidade de produzir para distribuição de recursos de internações hospitalar e de cobertura ambulatorial da União para os entes estaduais e municipais. Entende-se que essa lógica mantém a iniquidade na distribuição dos serviços, uma vez que, destina mais recursos aos municípios onde já existam mais serviços instalados (CARVALHO, 2002; UGÁ *et al.*, 2003).

Com a NOB 01/93, os recursos totais e globais passaram a ser, gradualmente, transferidos aos estados e municípios. Essa norma cria a segunda e terceira instâncias do SUS, estadual e municipal, respectivamente, e habilita os municípios em três modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Nessa perspectiva, todo e qualquer município teria a possibilidade de ficar com a totalidade dos recursos que lhe era devida para executar as ações e, se necessário, comprar serviços em outros municípios, através da relação gestor-gestor, pois, na teoria, a semi-plenitude da gestão estaria ao alcance de todo e qualquer município, desde o pequeno ao maior. Essa NOB também foi responsável pela institucionalização das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas (CARVALHO, 2002; BRASIL, 1993).

A NOB 01/96 promoveu, em tese, o fortalecimento das gestões locais, bem como ampliou as ações de saúde para além da assistência ao citar a vigilância sanitária e a epidemiológica, e estabeleceu o modelo de atenção pautado na atenção básica, incentivando o Programa de Saúde da Família – PSF¹¹ e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.

Em relação ao financiamento, a NOB 96 estabeleceu o Piso Assistencial Básico – PAB, que instituiu o repasse de recursos baseado no critério *per capita*, como já previsto pela Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. Em 1997, um conjunto de Portarias, publicadas para regulamentar a implantação da NOB 96, alterou o conceito de Piso Assistencial Básico para Piso da Atenção Básica, definindo uma parte fixa (PAB fixo: de R\$ 10 *per capita*/ano a R\$ 18 *per capita*/ano) e uma parte variável (PAB variável), destinada a ações e programas específicos (BRASIL, 2011a). O PAB Fixo recebeu alguns reajustes desde sua criação. O último foi em setembro de 2013 pela Portaria GM/MS nº 1.409/2013, que fixou o repasse do PAB Fixo nos valores mínimos entre R\$ 23 e R\$ 28, por habitante ao ano, a depender do grupo em que o município se enquadra, definido pelos seguintes critérios: PIB Per Capita, Percentual da População com Plano de Saúde, Percentual da População com Bolsa Família, Percentual da População em Extrema Pobreza e Densidade Demográfica (BRASIL, 2013).

Para Machado, Fortes e Somarriba (2004, p. 101), “o PAB representou iniciativa orientada para a redução da desigualdade, na medida em que rompeu com a lógica dominante de alocação de recursos – pagamento por procedimentos – pelo menos para a atenção básica”.

¹¹ Atualmente, o PSF é definido como ESF, mudando o caráter de programa (com início, desenvolvimento e finalização) e passando a se configurar como uma política de Estado.

Segundo esses autores, o PAB operacionaliza as duas dimensões da equidade¹² (equidade horizontal e equidade vertical), no intuito de dirimir as desigualdades existentes no nível da atenção básica:

A suposição de que todas as pessoas precisam igualmente deste tipo de atenção em algum momento da vida, independentemente de onde ou como vivam, justifica a existência de um piso fixo comprometido, portanto, com a equidade horizontal. Ao contemplar ainda, por meio de incentivos (PAB variável), estratégias e programas que focalizam grupos ou populações de risco (programas Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Combate a Carências Nutricionais, etc.), o PAB estaria respondendo, também, a demandas de equidade vertical. Esta segunda concepção teria, relativamente à primeira, maior potencial redistributivo, já que acarretaria alocação de mais recursos para municípios que apresentem maiores necessidades. Aí reside a riqueza da atenção básica e seu potencial transformador sobre todo o sistema público de atenção à saúde (MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004, p. 101).

A introdução do PAB, principalmente do seu componente variável, foi um importante incentivo à estruturação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da ESF – Estratégia de Saúde da Família, os quais apresentaram franca expansão em todo o país, desde a edição da NOB 96 (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004).

Dando continuidade às normas criadas para consolidação do princípio de descentralização, em 2001, a primeira NOAS foi publicada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, e instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos, introduzindo a ideia de redes de assistência. A NOAS 2001 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definiu o processo de regionalização na assistência e criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2011a).

Em 2002, uma nova NOAS é editada pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e, com sua publicação, a descentralização passou a ser associada à regionalização da assistência, requerendo a articulação dos gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, que estabeleceu, ainda, a política para a alta complexidade (BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços empreendidos por essas normas, Barros (2001) e Carvalho (2002) afirmam que elas resultaram na fragmentação da gestão do sistema em níveis de

¹² Whitehead (1991) e Bambas; Casas (2001) discutem o conceito de equidade e os critérios para avaliação.

complexidade tecnológica da assistência, recentralizando a alta complexidade nas mãos do Ministério da Saúde, a média nas mãos do Estado e deixando para os Municípios apenas, desconcentradamente, a assistência básica.

Além do mais, segundo Carvalho (2002), os mecanismos adotados por essas normativas possibilitaram ao Ministério da Saúde o condicionamento do repasse dos recursos à adesão de campanhas ou programas pelos estados e municípios, sendo que, muitas vezes, tais campanhas e programas ministeriais não levam em consideração as necessidades loco-regionais. Apesar desses argumentos, os adeptos da centralização interpretam que os recursos estão indo, predominantemente, para os estados e municípios, ficando apenas uma parte no nível central para custeio do pagamento de pessoal, da dívida e da manutenção do Ministério da Saúde.

Em 2006, foi instaurado o Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, em substituição à NOAS. O Pacto define aspectos relativos à regionalização e ao financiamento (BRASIL, 2006).

No que compete ao financiamento, o Pacto reduziu os critérios de repasse aos municípios condicionados à adesão de programas ou estratégias estipuladas pelo Ministério da Saúde, o que limitava, mais do que hoje, a discricionariedade dos municípios em relação ao uso dos recursos transferidos. Para tal, o Pacto pela Saúde definiu seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Alta e Média Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e, posteriormente, o Bloco de Investimento na Rede¹³. Os municípios passaram a ter a liberdade de gastar os recursos, respeitando-se apenas as finalidades de cada bloco de financiamento (MATTA, 2006).

Matta (2006) analisou as despesas Federais com o SUS, segundo a modalidade de dispêndio, e descreveu, no período de 2001-2005, os gastos diretos com remuneração de serviços e as transferências aos governos subnacionais. Mediante os dados, o autor constatou que há “inequívoco fortalecimento da tendência da ampliação das transferências globais e diretas aos entes, em detrimento do pagamento por serviços prestados, indicando a afirmação do processo de descentralização das despesas” (MATTA, 2006, p. 142).

Com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é instituído o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde – COAP, que tem por objetivo a “organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da

¹³ O Bloco de Investimento na Rede foi inserido pela Portaria GM/MS nº 837, de 23 de abril de 2009.

assistência aos usuários”. Ou seja, o COAP volta-se para a Região de Saúde e, para tal, esse instrumento agrega a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS, que define os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional (BRASIL, 2011c). Nesse sentido, a Programação Orçamentária compõe a PGASS, sendo o instrumento de pactuação financeira entre os municípios que integram as regiões de saúde.

Conforme o que foi exposto até aqui com base na literatura, o papel desses instrumentos jurídicos normativos para a descentralização do SUS com implicação, especialmente, no financiamento é incontestável. No entanto, a dimensão territorial do país e o elevado grau de desigualdades entre as regiões, estados e dentre os municípios de um mesmo estado, constituem ainda desafios importantes. E, para o enfrentamento desses, é preciso que os critérios de alocação de recursos reflitam as diversas desigualdades tanto de oferta como de perfil epidemiológico e demográfico.

Além do mais, conforme já foi introduzido em tópicos anteriores, deve-se considerar a insuficiência dos recursos destinados, até agora, para a área da saúde, sendo incompatíveis com o que é requisitado para a garantia desse direito universal e integral nos mais diversos rincões do país.

2.7 EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29/2000

Diante das considerações sobre a crise setorial da saúde relacionada à insuficiência de recursos, mostra-se imperioso tratar da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, a qual se originou da apensação de diversos Projetos de Emenda Constitucional – PEC (PEC 169/1993, PEC 82/1995, PEC 82-A e PEC 86/1999). Até sua aprovação, a Emenda tramitou no legislativo por sete anos, devido a muitas resistências fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários (BRASIL, 2011b).

O objetivo da Emenda Constitucional nº 29/2000 é assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde pelos entes nacionais. Para tal, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde (CAMPELI, CALVO, 2007).

A redação da Emenda Constitucional nº 29/2000 alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao ADCT, para assegurar os recursos mínimos a serem aplicados pela União para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, enquanto se aguardava a regulamentação da emenda.

Dentre os principais pontos da Emenda, alguns serão aqui destacados, dada sua relevância para o presente estudo. Em seu Artigo 6, a Emenda Constitucional nº 29/2000 altera o Artigo 198 da Constituição Federal, passando a vigorar acrescido dos §§ 2º e 3º, que determinam os recursos mínimos a serem aplicados pelos entes nacionais, definidos por lei complementar passível de revisão a cada cinco anos; e as fontes de recursos que servirão de base de cálculo para os estados, Distrito Federal e municípios. Em relação à União, seu Artigo 7 insere o Artigo 77 ao ADCT. Segundo o Artigo 77 do ADCT, a União deveria empenhar, no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde equivalente ao do exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. E, para o período de 2001 a 2004, esse artigo determinou que deveria ser empenhado o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB (BRASIL, 2000a).

A regulamentação da emenda ocorreu de forma tardia e, apenas em 2012, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, foi aprovada. Com essa lei, os percentuais mínimos foram fixados em 15% para os municípios, 12% para os estados e, para a União, define que deve ser aplicado o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB. Essa lei define, ainda, o que é e o que não é ação e serviço de saúde, prevê punição ao uso indevido do recurso e ao descumprimento das disposições da lei e reforça o papel dos conselhos no acompanhamento e fiscalização dos recursos.

Apesar dos avanços da Emenda Constitucional nº 29/2000 e da Lei Complementar nº 141/2012, existem pontos polêmicos e que dividem opiniões, dentre os quais está o fato de que elas fogem da estratégia da composição de fontes e da interação entre o Orçamento Geral da União – OGU e o OSS, e se volta para o princípio da divisão de responsabilidades constitucionais, que trata da participação das receitas dos estados, Distrito Federal e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde. Os documentos citados vinculam receitas tributárias de competência dos estados e municípios ao cálculo dos percentuais mínimos e vinculam a participação da União à variação do PIB (FAVERET, 2003; FRANÇA; COSTA, 2011). No caso da União, porém, persiste a indefinição das fontes de recursos.

Diante dessa indefinição, a sociedade construiu um Projeto de Lei de iniciativa Popular – PLP nº 321/2013, conhecido como Projeto de Lei Saúde Mais Dez, o qual busca

garantir que a União invista montante igual ou superior a dez por cento de suas receitas correntes brutas na saúde. Atualmente, esse PLP está em tramitação no congresso e, em todo o país, estão sendo coletadas assinaturas. Com sua aprovação, o financiamento do SUS passaria de 3,8% para 4,5% do PIB e, ao utilizar o percentual da receita corrente bruta, asseguraria a isonomia no trato do financiamento da saúde nas três esferas de governo (MOVIMENTO NACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA; ABRASCO, 2013).

Sobre o financiamento da saúde pela União, a PEC 169/1993¹⁴ definia que no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social provenientes das contribuições sociais e de 10% da receita resultante dos impostos deveriam ser investidos em saúde. Mas, no processo de apensação dos diversos projetos de emenda, essa definição foi abandonada (GOMES, 2014).

Conforme Carvalho (2008), através de simulações da evolução do financiamento pode-se constatar que com aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, tal como proposta pelo governo, os valores aplicados pela União em saúde foram reduzidos em mais de 50%, em comparação ao pretendido pela PEC 169/1993.

Após a Emenda Constitucional nº 29/2000, observou-se aumento da participação no financiamento por parte dos municípios e dos estados e retração relativa da União (FAVERET, 2003; MENDES; MARQUES, 2009).

Apesar do avanço da descentralização, proporcionado pela Emenda Constitucional nº 29/2000, com a definição dos recursos mínimos a serem investidos por cada governo subnacional, outros desafios mantêm-se, principalmente, para os municípios, levando em consideração seu papel de principal gestor dos serviços públicos de saúde, com consequente aumento da demanda de gasto.

Nesse sentido, estudos sobre o desempenho da gestão municipal vêm ganhando destaque, dada a crescente ampliação das responsabilidades desses entes no cenário do corrente processo de descentralização da saúde, ensejado pela atual constituição (SCATENA VIANA; TANAKA, 2009; GONÇALVES *et al.*, 2009).

2.8 MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: endividamento público e capacidade de arrecadação

¹⁴ A PEC 169, apresentada em 7 de julho de 1993, era de autoria dos deputados Waldir Pires (PSDB/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP).

Diante do exposto, assume-se que os problemas estruturais observados no sistema público de saúde estão, de uma maneira ou de outra, relacionados à questão do financiamento, o que vem despertando o crescente interesse de diversos grupos de pesquisa sobre o tema. No entanto, a maior parte desses estudos aborda a questão, utilizando dados agregados para o país como um todo ou fazendo comparações macrorregionais.

Ao longo desses 25 anos de implementação do SUS, ocorreram significativas mudanças positivas nos mecanismos de repasse de receita da União para os estados e, principalmente, para os municípios, a partir de uma sequência de medidas como as NOBs, NOASs, Pacto pela Saúde, Emenda Constitucional nº 29/2000 e, mais recentemente, a Lei Complementar nº 141/2012, que buscaram a responsabilização do poder local e a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, além de regulamentar os recursos mínimos dos orçamentos de cada ente a ser destinados ao custeio da saúde.

Além dos esforços e limitações desses instrumentos normativos no que concerne à descentralização e responsabilização dos entes nacionais com relação à saúde, já descritos nas seções anteriores, deve-se, ainda, considerar outros entraves que persistem, especialmente para o ente municipal, como o endividamento público e capacidade de arrecadação¹⁵.

Quanto ao endividamento dos municípios, Loureiro e Abrúcio (2004) apontam, como umas das explicações internas, o processo de redemocratização e a luta por ampliação de direitos sociais, na década de 80, que possibilitaram o fortalecimento dos governos subnacionais, mediante uma nova posição quanto à repartição de recursos e autonomia financeira. Porém, não se observou uma melhor responsabilidade federativa no ambiente fiscal, resultando no endividamento dos entes subnacionais, que se confiavam no socorro da União.

Com relação à conjuntura internacional, concomitantemente ao processo de redemocratização, ocorre o aprofundamento da crise financeira entre os diversos países do mundo, com maiores reflexos, nessa década, sobre a economia dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Diferentes nações passaram a incorporar medidas de ajustamento fiscal, com vistas ao estabelecimento de regras de prevenção e responsabilização pelo endividamento não planejado em todos os níveis de poder (MEDEIROS, 2011).

¹⁵ Para representar a capacidade relativa de autofinanciamento do município (receita própria *per capita*), Nunes (2004) utilizou a receita própria do município como mais um parâmetro para redistribuição de recursos, partindo da ideia de que uma política que pretenda ser equitativa deve também considerar a capacidade de autofinanciamento dos municípios quando da descentralização dos recursos federais.

Ou seja, inicia-se aí um paradoxo no Brasil, pois, simultaneamente à criação de uma ampla lista de obrigações do Estado, instituem-se mecanismos destinados a aumentar o controle sobre o gasto público, sem contudo, considerar o impacto dessas medidas sobre as o financiamento das políticas públicas (MEDEIROS, 2011).

No Brasil, essas medidas de ajustamento fiscal foram implementadas, principalmente, na década de 90. E, em 2000, ocorreu a publicação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, chamada de Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF.

Para Menezes (2006), a aprovação dessa lei não é resultado apenas de fatores externos (crise financeira mundial), mas, também de fatores internos (endividamento dos entes subnacionais), que demandaram uma postura fiscal mais conservadora.

A LRF ampara-se em três pilares: planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos para o fortalecimento do federalismo nacional, permitindo tratamento isonômico desde o Governo Federal até o menor estado e/ou prefeitura do país. Segundo essa lei, todos estão submetidos às mesmas normas, condições e limites, passando cada ente a ser o único responsável pelos seus atos e prestação de contas à sociedade e às instituições pertinentes (ARAUJO; OLIVEIRA, 2001).

A partir da LRF, a ação planejada se dá utilizando ferramentas como o Plano Plurianual – PPA, a LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA (BRASIL, 2000b). A criação dessas duas leis sinaliza que o foco da LRF é o planejamento orçamentário e maior transparência com a população, visando uma gestão fiscal mais responsável (GOMES, 2012). Quanto ao PPA, esse não é uma inovação da LRF, pois, esse instrumento de gestão já havia sido citado no Artigo 165 da Constituição de 1988, em trecho cortado, posteriormente, pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

Conforme Nascimento (2007), o conceito de transparência da lei é utilizado no sentido de dar efetividade ao princípio da publicidade, previsto na lei através da participação popular na discussão e elaboração dos planos e orçamentos, na disponibilidade de consulta das contas e na emissão de relatórios periódicos para apreciação pela sociedade, com ampla divulgação, inclusive, em meios eletrônicos de acesso público.

Com relação ao pilar controle, esse visa o equilíbrio das contas públicas, tendo como base dois critérios principais: o endividamento e o gasto com pessoal¹⁶ (GOMES, 2012). Para Macedo e Corbari (2009) esses dois critérios estão relacionados, pois, o

¹⁶ Os percentuais estabelecidos para os gastos com pessoal no âmbito dos municípios brasileiros são: 54% em relação ao Poder Executivo e 6% para o Poder Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas do Município quando houver, totalizando 60% do limite sobre a Receita Corrente Líquida.

endividamento público pode ter como consequência o desequilíbrio entre a disponibilidade de receita e o excesso de gasto com pessoal, o que têm implicações perversas para os entes subnacionais, e justifica o estabelecimento desses critérios.

Por fim, o último pilar dessa lei, o da responsabilização, implica em medidas de punição tanto de caráter institucional, ou seja, restrições ao ente federativo, como sanções de cunho pessoal, responsabilizando os próprios administradores (MEDEIROS, 2011).

Vários autores apontam mudanças decorrentes da LRF: caracterização de um novo padrão de comportamento fiscal a servir de modelo para o país, introduzindo mudanças no modelo cultural em todos os níveis, comportamental e ético; ampliação do papel dos órgãos de controle na fiscalização; e a proibição de socorro pela União aos Estados e Municípios, em qualquer hipótese (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004; NASCIMENTO, 2006; LOUREIRO; KRAEMER, 2008; TEIXEIRA; MORAES, 2009). Tavares (2005) considera, ainda, que a LRF é motivo de orgulho, reconhecendo seus vários benefícios no campo econômico, político e administrativo.

Apesar das colocações feitas por esses autores, Braga, Amorim e Teixeira (2008) criticam o excesso de rigor na LRF, pois, provoca “engessamentos” administrativos. Nesse sentido, Medeiros (2011) refere o impacto da lei sobre o desenvolvimento e manutenção de algumas políticas públicas, que requerem ampla mão de obra.

No *roll* dessas políticas, figura a saúde que, no caso brasileiro, tem como prerrogativas: ser definida como direito e ter a universalidade e a descentralização como princípios, o que resulta em transferência de responsabilidades para os entes subnacionais, com ampliação dos gastos nessa área, e a necessidade latente de recursos humanos.

Faria (2009) analisa que apesar de garantir uma melhoria nos indicadores financeiros, o atendimento às normas da LRF não garante uma prestação de serviços públicos com qualidade e eficiência no âmbito municipal. Digiácomo (2010), por sua vez, aponta que decorridos dez anos da aprovação da lei e cinco do início de sua atuação, a mesma passou a ser utilizada como justificativa para o não investimento em certas áreas.

Para vários autores, a principal crítica em relação à referida lei é o seu impacto sobre os componentes mais flexíveis da despesa, como os gastos com o setor social e com a infraestrutura. Estes autores avaliam que grande parte dos cortes financeiros se dá nesse setor, para que o equilíbrio seja alcançado sem, no entanto, reduzir a despesa com pessoal, pois, na prática a intenção de reduzir as despesas com pessoal, objetivando direcionar mais recursos para a prestação de serviços públicos básicos, como saúde, educação e segurança, mostrou-se

ineficaz (NASCIMENTO; DEBUS, 2001; MENEZES, 2006; MEDEIROS, 2006; MENEZES; JÚNIOR, 2006; GOMES, 2012).

A par desses aspectos fiscais, impostos pelas LRF e, ainda, considerando o modelo de federalismo fiscal do país, já discutidos anteriormente, o processo de descentralização das políticas sociais entre as esferas subnacionais suscita uma série de questionamentos, já que a LRF torna imperativa a atenção e controle dos governantes na despesa de custeio, como a de pessoal (MEDEIROS; TAVARES, 2012).

Para além dos seus descaminhos e também por conta deles, o impacto da LRF no orçamento dos entes federados locais mostra-se crucial para o setor saúde, o que justifica a importância deste diploma legal no referencial do presente estudo.

Acrescentando mais um elemento nessa discussão, cabe destacar a capacidade de arrecadação dos municípios, tomando a receita própria municipal como indicador, em conformidade com estudo realizado por Nunes (2004), que propôs a receita própria municipal como variável moderadora em metodologia para alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS, considerando essa variável como uma *proxy* da capacidade relativa de autofinanciamento.

Sobre o desempenho desse elemento, Afonso e Araujo (2001) demonstram que, desde 1988 até 2000, a receita própria municipal (não computadas as transferências recebidas)¹⁷ vem apresentando excelente desempenho, com crescimento médio anual duas vezes superior ao crescimento dos tributos estaduais e federais. No entanto, os municípios arrecadam apenas 5,1% de todos os tributos cobrados no país, aí incluídas as contribuições.

Ou seja, em termos agregados, o crescimento da receita dos municípios tem se dado pelo incremento da arrecadação tributária, muito mais do que pelo aumento das transferências da União e dos estados, ao contrário do que frequentemente se afirma (AFONSO; ARAUJO, 2001).

No entanto, em termos desagregados, vale destacar que o padrão de arrecadação dos municípios é extremamente desigual no território brasileiro, o que é evidenciado pelo fato das transferências correntes da União e dos estados corresponder, em média, a mais de 40% da receita corrente na maioria dos municípios do país (NUNES, 2004; DUARTE *et al.*, 2009; SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Pode-se ainda constatar na literatura que os municípios menos dependentes das transferências são aqueles localizados nos grandes centros

¹⁷ Os dados da série histórica utilizada nesse artigo foram extraídos das contas nacionais, que incluem impostos, taxas e todas as contribuições, inclusive dos servidores para seus regimes próprios de previdência (AFONSO; ARAUJO, 2001).

e nas regiões mais desenvolvidas, pois, os principais tributos municipais têm características eminentemente urbanas (AFONSO; ARAUJO, 2001; PRADO, 2001; NUNES, 2004).

Assumindo essa heterogeneidade na capacidade de financiamento dos municípios e considerando a necessidade de recursos crescente do setor saúde, estudos diversos vêm propondo metodologias de alocação de recursos a fim de dirimir as desigualdades vigentes (MACHADO, *et al.*, 2003; NUNES, 2004; PORTO, *et al.*, 2007; ROSAS; BEZERRA; DUARTE-NETO, 2013).

Diante do exposto até aqui, abordando desde as diferenças teóricas e conceituais entre crescimento econômico e desenvolvimento, passando pelas implicações da diretriz da descentralização, modelo de federalismo fiscal até os principais caminhos e descaminhos do financiamento da saúde, desaguando na municipalização e seus aspectos, fica evidente a importância do ente municipal na oferta de serviços de saúde, bem como suas limitações. Nesse sentido, a orientação e efetividade dos esforços empreendidos devem partir de análises que busquem entender como o financiamento e a oferta de serviços públicos de saúde vêm se dando ao longo desses anos, especialmente na última década, de evidente crescimento econômico do país, a despeito da atual crise vivenciada pelos países desenvolvidos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre o valor da Receita Orçamentária Municipal *per capita*; o valor da Despesa Total com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante; e a Oferta de Serviços Públicos de Saúde Municipais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a perspectiva de tendência das variáveis do estudo, ao longo da série histórica;
- b) Identificar diferenças na distribuição das variáveis para os municípios de Pernambuco;
- c) Associar a Receita Orçamentária *per capita* dos municípios de Pernambuco com a Despesa Total com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante;
- d) Associar o valor da Despesa com Saúde *per capita* com as variáveis de Oferta de Serviços Públicos Municipais;
- e) Analisar a participação das transferências intergovernamentais para a saúde na despesa total com saúde sob responsabilidade do município.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo partiu da premissa de que o aporte de recursos para a Receita Orçamentária¹⁸ *per capita* dos municípios pode vir a fortalecer o processo de municipalização da saúde, mediante o incremento da Despesa com Saúde *per capita* e investimento na Oferta de Serviços Públicos de Saúde no município.

Portanto, a proposta desse estudo consistiu em descrever a evolução das variáveis de Financiamento¹⁹ e Gasto²⁰ Públicos Municipais e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, bem como associar as referidas variáveis.

Para tal, fez-se uso de algumas técnicas, descritas nesse percurso metodológico.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo foi de natureza quantitativa e de corte longitudinal retrospectivo, no qual foram analisados e comparados indicadores de Financiamento e Gasto; e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde em uma série histórica, compreendendo o período de 2002 a 2011.

Segundo Tobar e Yalour (2001), o tipo de pesquisa é definido conforme os objetivos e os meios empregados.

Assim, o presente estudo se configurou como descritivo e exploratório, conforme os objetivos aqui traçados, e documental, pois, as variáveis do estudo foram coletadas em documentos de consulta pública disponibilizados nos sistemas de informação.

A pesquisa descritiva é aquela em que são expostas as características de determinada população ou determinado fenômeno e não se tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (TOBAR; YALOUR, 2001).

¹⁸ A Receita Orçamentária inclui: **Receitas Correntes** (Receita Tributária + Receitas de Contribuições + Receita Patrimonial + Receita Agropecuária + Receita Industrial + Receita de Serviços + Transferências Correntes + Outras Receitas Correntes) e **Receitas de Capital** (Operações de Crédito + Alienação de Bens + Amortização de Empréstimos + Transferências de Capital + Outras Receitas de Capital).

¹⁹ Processo de arrecadação de recursos monetários destinados à execução de um gasto, ou à realização de um investimento, ou à obtenção de um objetivo específico (BRASIL, 2009).

²⁰ Despesa com bens ou serviços adquiridos. Nota: refere-se também ao sacrifício econômico para obtenção de um produto ou serviço qualquer, não importando a origem dos recursos, representado por entrega ou promessa de ativos, independente de ter efetuado o pagamento (BRASIL, 2009).

Já a pesquisa exploratória, é realizada “em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado. Pela natureza de sondagem, não parte de hipóteses. Essas poderão surgir como produto final da pesquisa” (TOBAR; YALOUR, 2001, p. 69).

A opção por associar esses dois tipos de análise se deu com o intuito de ampliar o entendimento do objeto de estudo aqui traçado.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo do estudo correspondeu aos municípios do estado de Pernambuco, que se localiza no centro-leste da região Nordeste, possui uma área de 98.938 km² e 748 km de extensão, dividido em dez regiões de desenvolvimento, que são: Agreste Central, Agreste Meridional, Agreste Setentrional, Mata Norte, Mata Sul, Metropolitana, Pajeú, Sertão Central, Sertão de Itaparica e Sertão do Araripe.

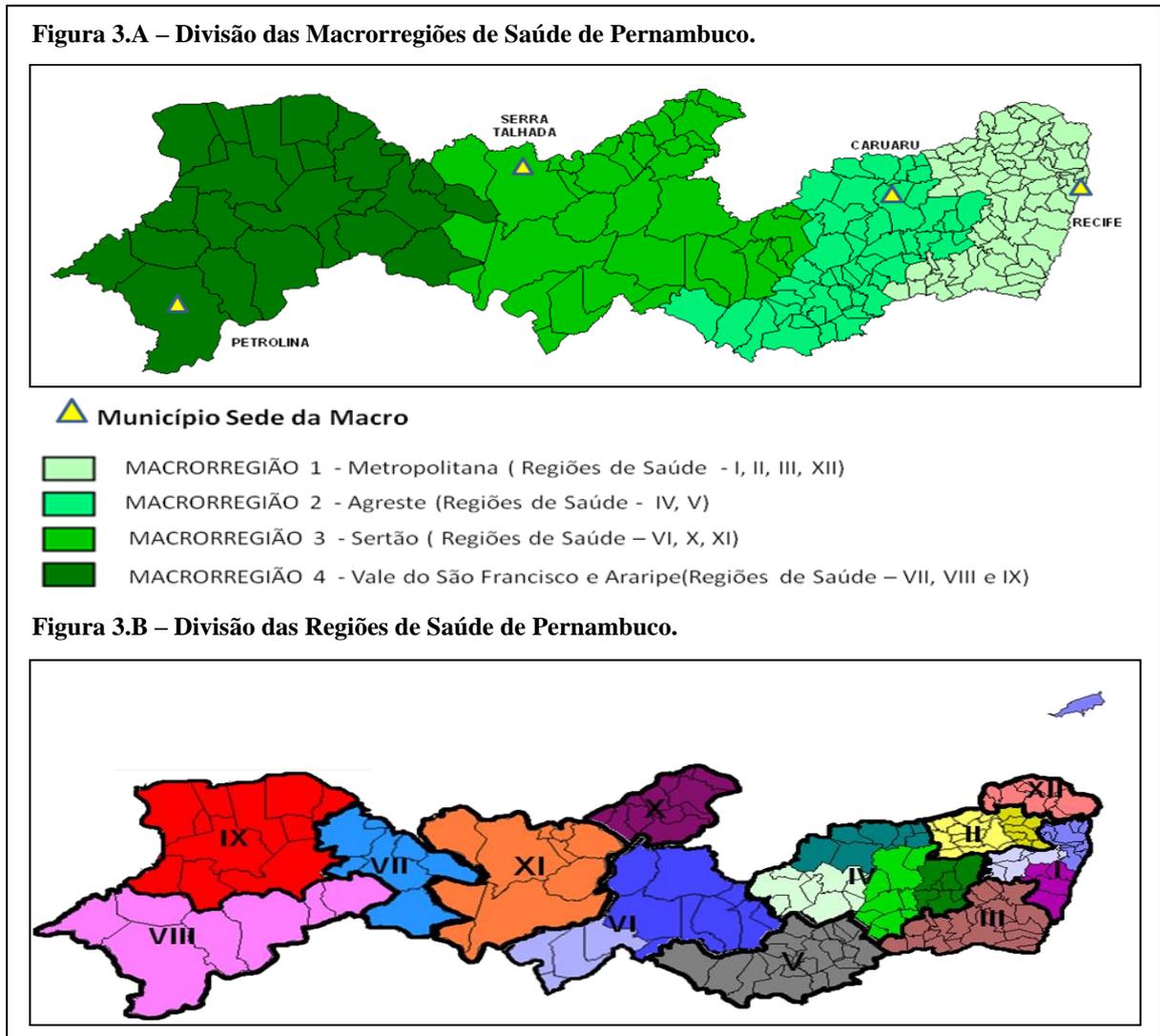
Segundo o Censo do IBGE de 2010, o estado tem uma população de 8.541.250 habitantes, com uma densidade demográfica de 86,3 hab./km², onde 80,2% da população habitam a zona urbana.

Pernambuco é constituído por 184 municípios mais o território de Fernando de Noronha. Do total de municípios, apenas 12 contam com uma população acima de 100.000 habitantes: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru, Petrolina, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Vitória de Santo Antão, Garanhuns, São Lourenço da Mata e Igarassu.

A economia do estado encontra-se em franca expansão segundo dados da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco – CONDEPE/FIDEM, os quais demonstram que Pernambuco apresentou um crescimento do PIB superior ao do país no segundo trimestre de 2011, com percentual de 5,7%, comparado a 3,6% da taxa nacional, induzido pelo setor de indústria (8,6%), em especial a construção civil com 19,1%, e o setor de serviços (5,4%) comparando ao mesmo período de 2010. A agropecuária pernambucana, contudo, apresentou retração significativa (-6,5%) em relação a 2010, o que não determinou grande impacto por representar apenas 5% da economia do estado. Destaca-se que o aumento do PIB do estado relaciona-se diretamente com os investimentos no Litoral Sul (Complexo Industrial Portuário de Suape) e Norte (indústrias automotivas e hemocentro) (PERNAMBUCO, 2012).

Com relação à regionalização do estado para o planejamento da rede de assistência à saúde, os municípios encontram-se distribuídos em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PERNAMBUCO, 2011a). As **Figuras 3.A** e **3.B**, a seguir, ilustram as divisões de saúde que constituem o estado de Pernambuco:

Figura 3 - Divisão do estado de Pernambuco em Macrorregiões e Regiões de Saúde. Pernambuco, Brasil, 2014.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PERNAMBUCO, 2011a).

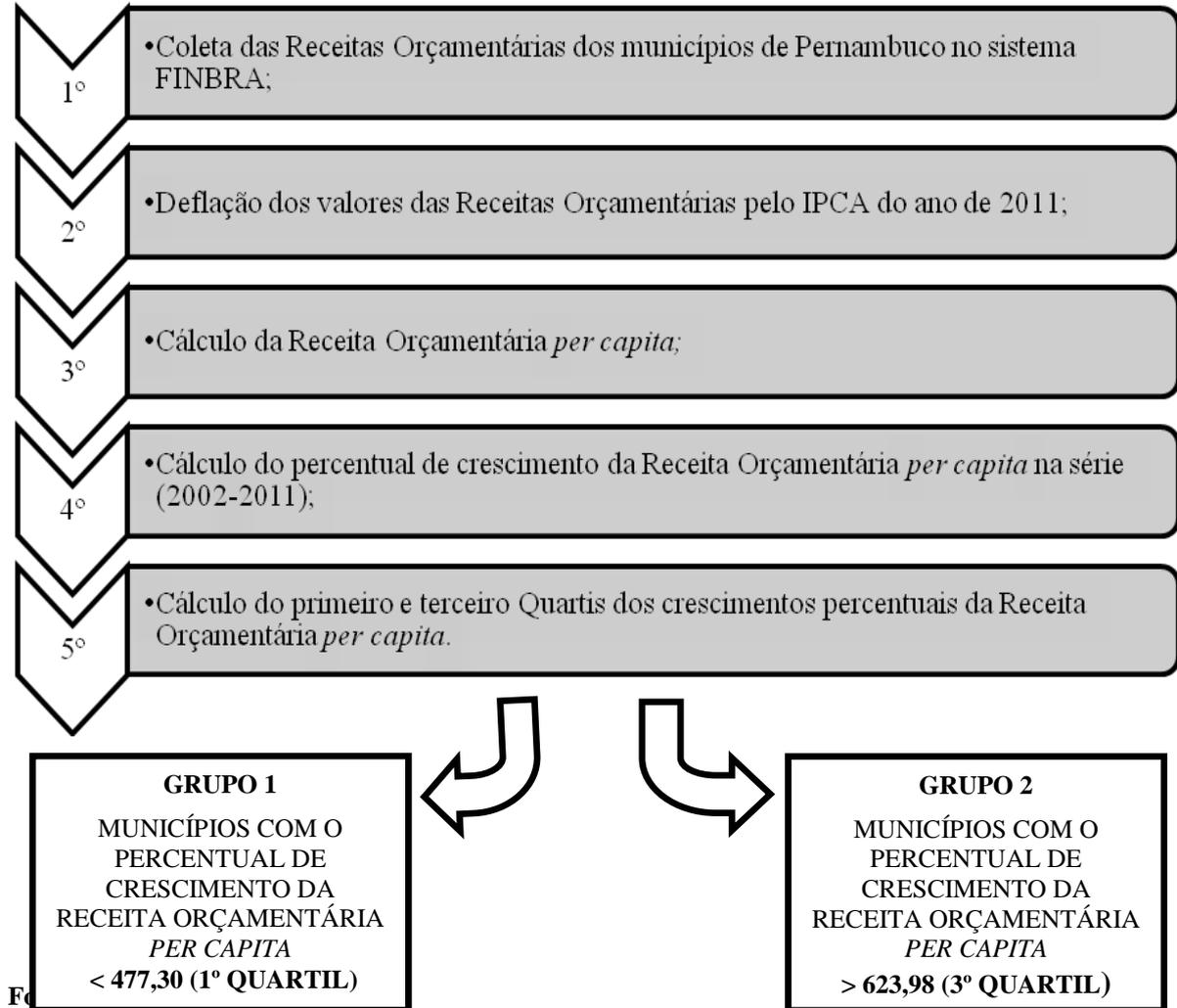
A seleção da amostra foi do tipo não probabilístico e se deu a partir da mensuração do crescimento percentual da Receita Orçamentária *per capita*, entre os anos da série (2002-2011).

A opção de selecionar os municípios através do crescimento da Receita Orçamentária *per capita* e não pelo PIB *per capita* se deu devido ao fato de que o crescimento

do PIB *per capita* pode não beneficiar uma parcela expressiva da população, por conta da excessiva concentração de renda, diferente da Receita Orçamentária dos municípios, que constituem recursos públicos e, portanto, à disposição da população.

O processo de seleção da amostra pode ser resumido conforme esquema abaixo apresentado pela **Figura 4**.

Figura 4 - Processo da seleção da amostra. Pernambuco, Brasil, 2014.



Para o primeiro passo do processo de seleção da amostra foi consultado o sistema de Finanças do Brasil – FINBRA, que será detalhado adiante.

O segundo passo, que se consistiu na deflação da Receita Orçamentária *per capita* pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA²¹ do ano 2011. O referido procedimento teve o intuito de garantir a comparabilidade entre os anos da série, excluindo o

²¹ O IPCA resulta dos Índices de Preços ao Consumidor das famílias com rendimento mensal entre 1 (um) e 40 (quarenta) salários mínimos, residentes nas regiões urbanas das 11 áreas metropolitanas (IBGE, 2012).

efeito da inflação sobre os valores. O mesmo procedeu-se com todas as variáveis de caráter monetário do estudo.

Para todos os municípios do estado de Pernambuco, foram calculadas as Receitas Orçamentárias *per capita* na série histórica. Com exceção dos municípios de Caetés, Moreno e do território de Fernando de Noronha, por não apresentarem dados referentes à Receita Orçamentária, durante todos os anos na série, disponibilizados no sistema FINBRA.

Os municípios foram selecionados pelo estabelecimento do primeiro e terceiro quartis como pontos de corte. Assim, foram selecionados os municípios de Pernambuco que tiveram o crescimento percentual da Receita Orçamentária *per capita* inferior ao primeiro quartil e os municípios que tiveram os valores superiores ao terceiro quartil, os quais comporam o grupo dos municípios com os menores percentuais de crescimentos da Receita Orçamentária *per capita* e o grupo dos municípios com os maiores percentuais de crescimentos da referida variável, respectivamente, o GRUPO 1 e o GRUPO 2. A amostra foi composta por 90 municípios alocados nos dois grupos, cada um com 45 municípios.

Os **Quadros 2 e 3**, a seguir, listam e caracterizam os municípios selecionados pelo estudo.

Quadro 2 - Caracterização dos 45 municípios de Pernambuco com os menores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* (GRUPO 1), no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.

	Municípios	Crescimento Percentual da Receita Orçamentária <i>per capita</i> ¹ (%)	GERES ²	Região de Desenvolvimento ³	População ⁴
1	Trindade	-1,44	IX	Sertão do Araripe	26.438
2	Gameleira	301,90	III	Mata Sul	28.213
3	Itapissuma	342,12	I	Metropolitana	24.050
4	Itacuruba	344,93	XI	Sertão de Itaparica	4.423
5	Lagoa do Ouro	349,88	V	Agrete Meridional	12.221
6	Catende	352,42	III	Mata Sul	38.324
7	Inajá	352,98	IV	Sertão do Moxotó	19.527
8	Salgadinho	368,38	II	Agrete Setentrional	9.479
9	São Lourenço da Mata	369,69	I	Metropolitana	103.854
10	Belém de Maria	371,71	III	Mata Sul	11.409
11	Nazaré da Mata	375,45	II	Mata Norte	30.915
12	Carnaubeira da Penha	384,83	XI	Sertão de Itaparica	11.888
13	Orocó	387,42	VIII	Agrete Setentrional	13.361
14	Primavera	399,69	III	Mata Sul	13.560
15	Terezinha	407,43	V	Agrete Meridional	6.771
16	Cupira	409,94	IV	Agrete Central	23.468
17	Ibirajuba	412,81	IV	Agrete Central	7.542
18	São Benedito do Sul	415,61	III	Mata Sul	14.137
19	Camaragibe	422,44	I	Metropolitana	145.676
20	Sirinhaém	423,56	III	Mata Sul	40.853
21	Capoeiras	426,30	V	Agrete Meridional	19.596
22	Maraial	431,30	III	Mata Sul	12.093
23	Chã de Alegria	432,32	I	Mata Norte	12.504
24	Petrolina	432,32	VIII	Sertão do São Francisco	299.752
25	Correntes	432,91	V	Agrete Meridional	17.491
26	Rio Formoso	434,90	III	Mata Sul	22.258
27	Paudalho	443,25	II	Mata Norte	51.835
28	Floresta	445,00	XI	Sertão de Itaparica	29.635
29	Buenos Aires	448,75	II	Mata Norte	12.578
30	Tracunhaém	449,60	II	Mata Norte	13.106
31	Recife	456,81	I	Metropolitana	1.546.516
32	Lagoa dos Gatos	457,56	III	Agrete Central	15.649
33	Vicência	459,20	II	Mata Norte	30.879
34	Água Preta	460,16	III	Mata Sul	33.446
35	Belém de São Francisco	460,42	VII	Sertão de Itaparica	20.257
36	Bodocó	463,12	IX	Sertão de Itaparica	35.422
37	Sanharó	466,59	IV	Agrete Central	22.434
38	Camutanga	466,81	XII	Mata Norte	8.180
39	Santa Terezinha	471,72	X	Pajeú	11.048
40	Amaraji	472,30	III	Mata Sul	21.988
41	Jupi	472,30	V	Agrete Meridional	13.804
42	Ilha de Itamaracá	473,19	I	Metropolitana	22.347
43	Paulista	473,64	I	Metropolitana	303.401
44	Tacaratu	475,24	VI	Sertão de Itaparica	22.450
45	Santa Cruz do Capibaribe	476,82	IV	Agrete Setentrional	89.773

¹Fonte: Calculado pelo autor, usando a Receita Orçamentária (FINBRA), corrigida pelo IPCA (% a.a.) do ano 2011 (Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor - IBGE) e dados populacionais do IBGE.

²Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, 2011. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

³Fonte: Fundação de Desenvolvimento Municipal.

⁴Fonte: Estimativas populacionais para o Tribunal de Contas da União – TCU no ano de 2011 (IBGE).

Quadro 3 - Caracterização dos 45 municípios de Pernambuco com os maiores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* (GRUPO 2), no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.

	Municípios	Crescimento da Receita Orçamentária <i>per capita</i> ¹ (%)	GERES ²	Região de Desenvolvimento ³	População ⁴
1	Lajedo	626,57	V	Agreste Meridional	36.968
2	Brejo da Madre de Deus	630,31	IV	Agreste Central	45.723
3	Cabrobó	636,00	VIII	Metropolitana	31.191
4	Gravatá	636,28	IV	Agreste Central	77.164
5	Dormentes	636,84	VIII	Sertão do São Francisco	17.110
6	Lagoa Grande	641,33	VIII	Sertão do São Francisco	23.039
7	Itapetim	645,90	X	Pajeú	13.814
8	Orobó	647,24	II	Agreste Setentrional	22.938
9	Ribeirão	649,34	III	Mata Sul	44.728
10	Afogados da Ingazeira	656,96	X	Pajeú	35.255
11	Águas Belas	658,96	V	Agreste Meridional	40.511
12	Abreu e Lima	665,83	I	Metropolitana	94.843
13	Cortês	673,84	III	Mata Sul	12.435
14	Verdejante	674,42	VII	Sertão Central	9.165
15	Tupanatinga	676,51	VI	Agreste Meridional	24.704
16	Cabo de Santo Agostinho	680,99	I	Metropolitana	187.159
17	São Vicente Ferrer	683,18	XII	Agreste Setentrional	17.077
18	Passira	685,28	II	Agreste Setentrional	28.590
19	Xexéu	685,52	III	Mata Sul	14.132
20	Timbaúba	687,67	XII	Mata Norte	53.589
21	Alagoinha	688,44	IV	Agreste Central	13.853
22	Carnaíba	691,35	X	Pajeú	18.642
23	Angelim	691,66	V	Agreste Meridional	10.288
24	Santa Cruz	694,39	IX	Sertão do Araripe	13.773
25	Limoeiro	695,20	II	Agreste Setentrional	55.391
26	Ingazeira	699,57	X	Pajeú	4.491
27	Jaboatão dos Guararapes	699,71	I	Metropolitana	649.788
28	Pedra	719,76	VI	Agreste Meridional	20.998
29	Itaíba	720,52	V	Agreste Meridional	26.215
30	Palmeirina	721,94	V	Agreste Meridional	8.086
31	Calumbi	733,22	XI	Pajeú	5.646
32	São José do Egito	744,99	X	Pajeú	32.011
33	Serra Talhada	745,28	XI	Pajeú	79.871
34	Santa Filomena	745,57	IX	Sertão do Araripe	13.468
35	Parnamirim	746,59	IX	Sertão Central	20.327
36	Feira Nova	749,75	II	Agreste Setentrional	20.703
37	Olinda	752,32	I	Metropolitana	378.538
38	Casinhas	753,66	II	Agreste Setentrional	13.799
39	Garanhuns	757,19	V	Agreste Meridional	130.303
40	Ipojuca	766,13	I	Metropolitana	82.277
41	Calçado	784,34	V	Agreste Meridional	11.088
42	Araripina	821,57	IX	Sertão do Araripe	77.794
43	Salgueiro	846,38	VII	Sertão Central	56.992
44	Cumaru	920,91	II	Agreste Setentrional	17.329
45	Itaquitinga	952,92	XII	Mata Norte	15.749

¹Fonte: Calculado pelo autor, usando a Receita Orçamentária (FINBRA), corrigida pelo IPCA (% a.a.) do ano 2011 (Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor - IBGE) e dados populacionais do IBGE.

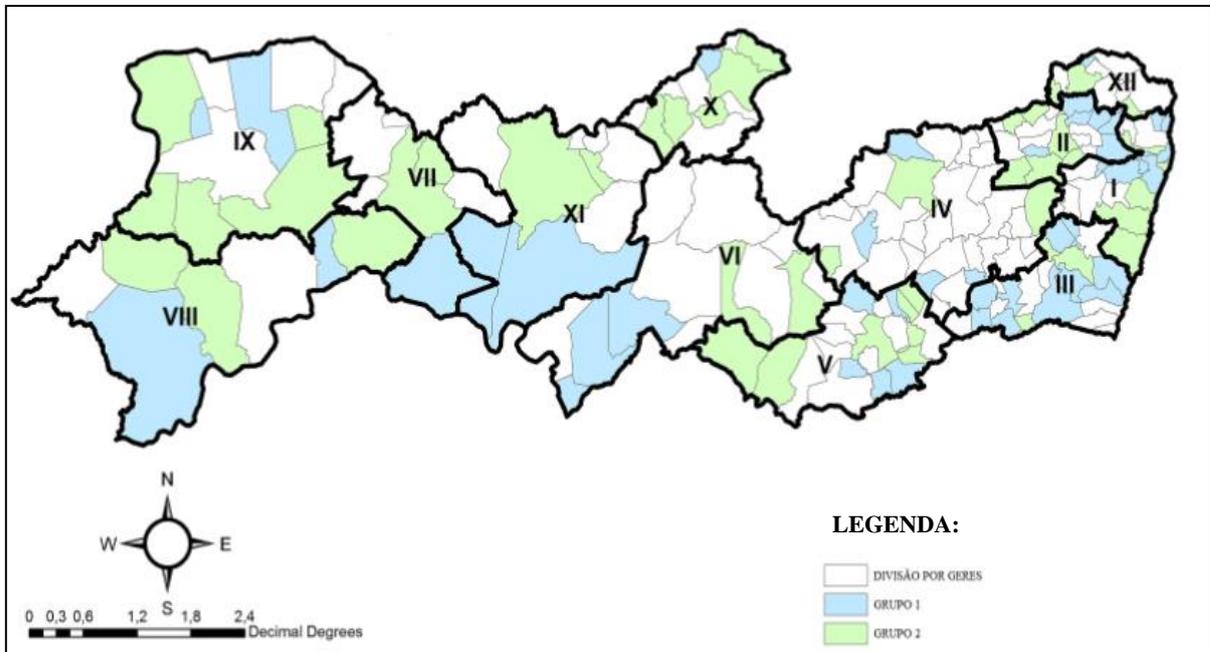
²Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, 2011. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

³Fonte: Fundação de Desenvolvimento Municipal.

⁴Fonte: Estimativas populacionais para o TCU no ano de 2011 (IBGE).

A seguir, a **Figura 5** traz o mapa da distribuição dos municípios de acordo com as Gerências Regionais de Saúde – GERES do estado de Pernambuco.

Figura 5 – Distribuição dos dois GRUPOS de municípios do estado por GERES. Pernambuco, Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

4.3 COLETA DE DADOS

O levantamento dos dados é a fase da pesquisa em que as informações prévias, sobre o campo de interesse, são recolhidas para serem submetidas às técnicas que compõem o método, e obtenção dos propósitos do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Nesse estudo, essa fase foi realizada mediante pesquisa documental. Conforme Marconi e Lakatos (2010, p. 157), a pesquisa documental tem como fonte de coleta de dados “documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”.

Os dados foram coletados nas seguintes fontes:

- Finanças do Brasil – FINBRA (<http://www.tesouro.fazenda.gov.br>);
- Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>);
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://www.ibge.gov.br/home/>); e

- Departamento de Informática do SUS – DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>).

De acordo com Lima, Carvalho e Schramm (2006), o FINBRA surgiu em 1989 a partir da necessidade de acesso das informações financeiras detalhadas no âmbito municipal, sendo um sistema de competência da Secretaria do Tesouro Nacional – STN. No endereço eletrônico da STN, é garantido o acesso aos dados do FINBRA, em arquivos no formato Microsoft Access, permitindo a exploração de dados contábeis dos municípios brasileiros quanto à execução orçamentária (receita e despesa) e balanço patrimonial (ativo e passivo), individualizados por municípios e consolidados por Estados e para todo o Brasil.

Outra fonte consultada foi o SIOPS, o qual “é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios” (BRASIL, 2013).

Ou seja, o SIOPS e o FINBRA disponibilizam informações financeiras dos entes subnacionais do ponto de vista do controle das receitas e das despesas. Eles contêm dados com complexidades diferentes no que tange ao orçamento público. Essas bases são de responsabilidade de diferentes agências de controle e de disseminação da informação, vinculadas a distintas instituições públicas do governo brasileiro.

O IBGE foi consultado, basicamente, com o intuito de acessar os dados populacionais dos municípios para cálculos de algumas variáveis utilizadas no estudo, as quais serão descritas adiante.

O DATASUS agrega dados de diversos sistemas de informação, como: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS, dentre outros. Através dessa fonte, foram coletadas as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde.

Mediante a consulta dessas fontes descritas, construiu-se o banco de dados desse estudo com as variáveis detalhadas no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Descrição das variáveis do estudo. Pernambuco, 2014.

	VARIÁVEL	CÁLCULO	FONTES	OBSERVAÇÕES
VARIÁVEIS DE FINANCIAMENTO E GASTO	Receita Orçamentária Anual <i>per capita</i> dos municípios de Pernambuco.	$\frac{\text{Receita Orçamentária}^1}{\text{População}^2}$	¹ FINBRA ² IBGE	As Receitas Orçamentárias de todos os anos da série foram corrigidos pelo IPCA (% a.a.) do ano 2011.
	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, por habitante (Despesa com Saúde <i>per capita</i>).	$\frac{\text{Despesa total com saúde}^1}{\text{Número de habitantes}^2}$	¹ SIOPS. ² IBGE.	Trata-se do indicador 2.1 disponível e calculado pelo próprio SIOPS. A variável foi corrigida, em todos os anos, pelo IPCA (% a.a.) do ano 2011.
	Despesa com Saúde por habitante, sob a responsabilidade dos Municípios, sem a participação das transferências.	$\frac{\text{Despesa com saúde por habitante deduzidas as transferências}^2}{\text{Número de habitantes}^2}$	¹ SIOPS. ² IBGE.	Essa variável está disponível pronta no SIOPS (D.R.Próprios em Saúde/Hab). Realizou-se a correção da variável para todos os anos pelo IPCA (% a.a.) do ano 2011.
	Percentual das transferências intergovernamentais para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde.	$\frac{\text{Total de receitas das transferências para a saúde (SUS)}}{\text{Total de gasto em saúde, excluídas as deduções}} \times 100$	SIOPS.	Esse é o indicador 3.1 disponível e calculado pelo próprio SIOPS.
	Número de serviços de saúde sob gestão dos Municípios de Pernambuco.	...	DATASUS (CNES)	Número absoluto de serviços cadastrados no CNES, sob gestão municipal. Dados disponíveis apenas do período de 2005-2011.
VARIÁVEIS DE OFERTA	Número de Leitos hospitalares por 1.000 habitantes sob gestão municipal, nos Municípios de Pernambuco.	$\frac{\text{Nº de leitos hospitalares sob gestão municipal}^1}{\text{Número de habitantes}^2} \times 1.000$	¹ DATASUS (CNES). ² IBGE.	Variável calculada pelo autor. Foram apenas considerados os leitos sob gestão municipal. Foram excluídos os leitos de

			psiquiatria ²² . Dados disponíveis apenas do período de 2005-2011. Dados indisponíveis para alguns municípios.
Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF ²³ .	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ESF} \times 3.450}{\text{População IBGE}} \times 100$	DATASUS (SIAB)	Variável disponível no Departamento de Atenção Básica – DAB < http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php >
Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal por nascidos vivos nos Municípios de Pernambuco.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de nascidos vivos de mulheres c/ 7 ou mais consultas de pré-natal}}{\text{Número total de nascidos vivos de mulheres residentes}^1} \times 100$	DATASUS (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc).	Variável calculada pelo autor. ¹ Exclui as ocorrências sem informação sobre o número de consultas realizadas.
Coberturas vacinais dos Municípios de Pernambuco.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças com esquema básico completo}}{\text{Número de crianças na idade alvo}} \times 100$	DATASUS (Programa Nacional de Imunização).	Variável disponível no DATASUS.

Fonte: Elaboração própria.

4.4 PERÍODO DE REFERÊNCIA

O período de análise correspondeu à série 2002-2011, levando em consideração o crescimento significativo do estado de Pernambuco nesse período, apontado por dados do IBGE e do CONDEPE/FIDEM, entre outros órgãos. A escolha por tal série se baseou, ainda, no período de funcionamento do SIOPS, principal sistema a ser utilizado para coleta dos dados secundários referentes às finanças e orçamentos públicos em saúde. O SIOPS foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 2000, mas, apenas em 2002 homogeneizou o cálculo dos indicadores. O período escolhido também cobre o período em que a Emenda Constitucional nº 29/2000 entra em vigência. E, o marco final da série foi definido,

²² A exclusão dos leitos de psiquiatria se justifica devido à sua massiva redução ao longo desses anos, o que tem se dado em consequência da Reforma Psiquiátrica. Não estando relacionada, a sua redução, ao escopo desse estudo, achou-se por bem excluí-los a fim de evitar vieses no estudo.

²³ ESF – Equipe de Saúde da Família.

procurando assegurar que os dados de todos os anos estivessem plenamente publicados pelo DATASUS.

A análise dos dados ocorreu nos meses de novembro/2013 e abril/2014.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos no FINBRA, SIOPS, IBGE e DATASUS foram transcritos para o ambiente Excel para efetuar os cálculos das variáveis, quando necessário, e deflação dos indicadores de financiamento expressos em valores absolutos, convertendo-os nos valores correspondentes ao valor de compra do Real, segundo o último IPCA calculado em 2011. Encerrada a coleta, as variáveis compuseram o banco de dados, o qual foi sujeito à crítica, mediante avaliação da sua qualidade, eliminando as inconsistências e completando as lacunas identificadas.

Com o banco de dados pronto procedeu-se à análise, utilizando o software Excel 2007 e o SPSS Statistics® (Statistical Package for the Social Sciences®), versão 20.0 para Microsoft Windows.

A análise dos dados ocorreu em cinco momentos, conforme descrição a seguir.

4.5.1 Primeiro Momento

No primeiro momento, fez-se uso da estatística descritiva a partir de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão).

Descreveu-se também a perspectiva de tendência das variáveis do estudo, ao longo da série histórica (2002-2011), através das medianas de cada ano, para o conjunto dos 90 municípios de Pernambuco selecionados, para o GRUPO 1 e para o GRUPO 2, ilustrada com gráficos de tendência, o que permitiu comparar a evolução das variáveis do estudo entre os dois grupos.

As análises realizadas nesse estudo utilizaram a mediana, medida de tendência central, com o intuito de minimizar a influência que os valores extremos isolados, conhecidos como *outliers*, exercem sobre os resultados. Pois, sendo a mediana um elemento real e que ocupa a posição central em uma série de dados, esta não sofre interferência desses *outliers* (ROUQUAYROL, 2006).

Em seguida, testou-se a diferença na distribuição das variáveis entre os dois grupos de municípios, através do Teste Não-paramétrico da Mediana. “Esse teste, como o nome sugere, se utiliza da mediana para efetuar a comparação de dois grupos independentes. Assim, o teste se baseia no cálculo da possibilidade de que os dois grupos provenham de populações com a mesma mediana” (GUIMARÃES, 2013, p. 51).

O resultado do Teste Não-paramétrico da Mediana foi ilustrado com gráficos do tipo Boxplot, o qual agrega de forma esquemática cinco medidas: valor mínimo, primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil e valor máximo (VIEIRA, 2008).

4.5.2 Segundo Momento

Para o segundo momento da análise, tomou-se a Receita Orçamentária *per capita* como variável independente e testou-se sua associação com a Despesa com Saúde *per capita*. Para tal, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman.

A escolha do coeficiente de correlação de Spearman foi devido às variáveis não obedecerem a uma distribuição normal, exigindo, portanto, a utilização de testes não paramétricos (MARTINS, 2000). O coeficiente de Spearman avalia a intensidade e sentido da relação monótona entre duas variáveis e pode ser aplicado a dados lineares e não lineares. No entanto, não leva em conta a natureza escalar das variáveis em estudo, assumindo que as variáveis estão medidas numa escala ordinal (FAÍSCA, 2010).

Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação (r): fraca, valores de r entre 0,1 e 0,3; moderada, r entre 0,4 e 0,6; forte, r acima de 0,7 (DANCEY; REIDY, 2006).

Essa associação foi testada no conjunto de todos os 90 municípios, no GRUPO 1 e no GRUPO 2, separadamente.

4.5.3 Terceiro Momento

No terceiro momento, considerou-se a Despesa com Saúde *per capita*, como variável independente, associando-a as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, utilizando também o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Da mesma forma que nos momentos anteriores, realizou-se essa análise para o conjunto dos 90 municípios de Pernambuco e para os dois grupos de municípios separadamente.

4.5.4 Quarto Momento

Nesse último momento, foi analisada a participação das transferências intergovernamentais para a saúde na despesa com saúde dos municípios, entendendo que esse indicador é importante para entender a composição dos recursos financeiros da saúde.

Nesse sentido, analisou-se a evolução desse indicador ao longo da série histórica no conjunto dos 90 municípios e no GRUPO 1 e no GRUPO 2.

4.6 LIMITAÇÃO METODOLÓGICA

Sobre as limitações metodológicas, pode-se citar:

- A dificuldade de avaliar a confiabilidade e precisão dos bancos de dados acessados;
- O alinhamento temporal entre a coleta dos dados e sua publicação; e
- A restrição das informações disponíveis nas fontes consultadas, tendo como exemplo as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, que não foi possível a obtenção de dados em toda a série histórica.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que os dados coletados e analisados estão disponibilizados nos sistemas oficiais de informações, sendo, portanto, de domínio público, não houve a necessidade de submissão junto à Comitê de Ética para autorização de coleta de dados.

5 RESULTADOS

Os dados apresentados evidenciam o comportamento das variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde; e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde na série histórica (2002-2011), bem como apresentam a relação entre algumas dessas variáveis, estrategicamente selecionadas. O intuito é entender como tem se dado o padrão de investimento em saúde no estado de Pernambuco, nesse período, mediante a análise do conjunto dos municípios com os menores e maiores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita*.

5.1 DESCRIÇÃO GERAL

A **Tabela 1** apresenta a caracterização dos municípios do estudo em relação ao porte populacional, onde se constata que, tanto no GRUPO 1 quanto no GRUPO 2, prevaleceram os municípios de pequeno porte I, 22 e 18, respectivamente.

Tabela 2 - Caracterização dos municípios de Pernambuco selecionados, segundo o porte populacional. Pernambuco, Brasil, 2014.

	Municípios		TOTAL
	GRUPO 1*(%)	GRUPO 2**(%)	
Pequeno Porte I (até 20.000 hab.)	22 (48,89)	18 (40,00)	40 (44,45)
Pequeno Porte II (de 20.001 a 50.000 hab.)	16 (35,56)	15 (33,33)	31 (34,44)
Médio Porte (de 50.001 a 100.000 hab.)	2 (4,44)	8 (17,78)	10 (11,11)
Grande Porte (a partir de 100.001)	5 (11,11)	4 (8,89)	9 (10,00)
Total	45 (100,00)	45 (100,00)	90 (100,00)

*Conjunto dos municípios com os menores crescimentos percentuais da Receita Orçamentária *per capita*.

**Conjunto dos municípios com os maiores crescimentos percentuais da Receita Orçamentária *per capita*.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE.

Antes de partir para uma análise detalhada das variáveis, faz-se necessário um balanço geral, especificamente, das variáveis de Financiamento e Gasto. Para tal, selecionou-se a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*.

Conforme a **Tabela 2**, constatou-se crescimento em todas as medidas tanto para o conjunto dos 90 municípios como para o GRUPO 1 e o GRUPO 2.

Com relação à Receita, em 2002, o GRUPO 1 apresentou todas as medidas superiores às do GRUPO 2, sendo que, em 2011, essa superioridade se manteve apenas para o

máximo (R\$ 4.908,78), para o desvio padrão (606,19) e para o coeficiente de variação (39,98%).

Analisando a Despesa, em 2002, o GRUPO 1 teve todas as medidas superiores, exceto o coeficiente de variação (35,92%) e, em 2011, essa superioridade inverteu-se para o GRUPO 2.

Tomando mais detalhadamente o coeficiente de variação, na **Tabela 2**, fica evidente a redução dessa medida em ambas as variáveis entre todos os grupos. Assim, constata-se que, em 2011, essas variáveis de Financiamento e Gasto tornaram-se mais homogêneas entre os municípios do estudo.

Ou seja, em linhas gerais, ao final do período, o GRUPO 2 inverteu sua posição, apresentando medidas superiores para as duas variáveis em questão: Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*.

Tabela 3 - Medidas de tendência central e dispersão dos municípios de Pernambuco. Pernambuco, Brasil, 2014.

		Receita Orçamentária <i>per capita</i> (R\$)		Despesa com Saúde <i>per capita</i> (R\$)	
		2002	2011	2002	2011
TODOS OS 90 MUNICÍPIOS	MEDIANA	224,55	1.466,48	45,78	306,92
	MÉDIA	260,97	1.574,06	47,50	324,31
	MÁXIMO	1.424,01	4.908,78	146,14	851,63
	MÍNIMO	119,57	844,64	5,95	151,54
	DES. PADRÃO	171,57	844,64	20,35	106,10
	COEF. DE VARIACÃO(%)	65,87	38,25	42,84	32,72
GRUPO 1	MEDIANA	273,26	1.403,50	49,69	292,12
	MÉDIA	320,44	1.516,31	54,16	318,01
	MÁXIMO	1.424,01	4.908,78	146,14	818,74
	MÍNIMO	154,14	844,64	32,31	151,54
	DES. PADRÃO	218,12	606,19	19,45	102,74
	COEF. DE VARIACÃO(%)	68,07	39,98	35,92	32,31
GRUPO 2	MEDIANA	198,06	1.511,50	36,98	314,37
	MÉDIA	201,49	1.631,81	40,84	330,60
	MÁXIMO	539,71	4.674,54	114,71	851,63
	MÍNIMO	119,57	915,74	5,95	205,20
	DES. PADRÃO	70,35	599,24	19,19	110,15
	COEF. DE VARIACÃO(%)	34,91	36,72	46,99	33,32

Fonte: Elaboração própria.

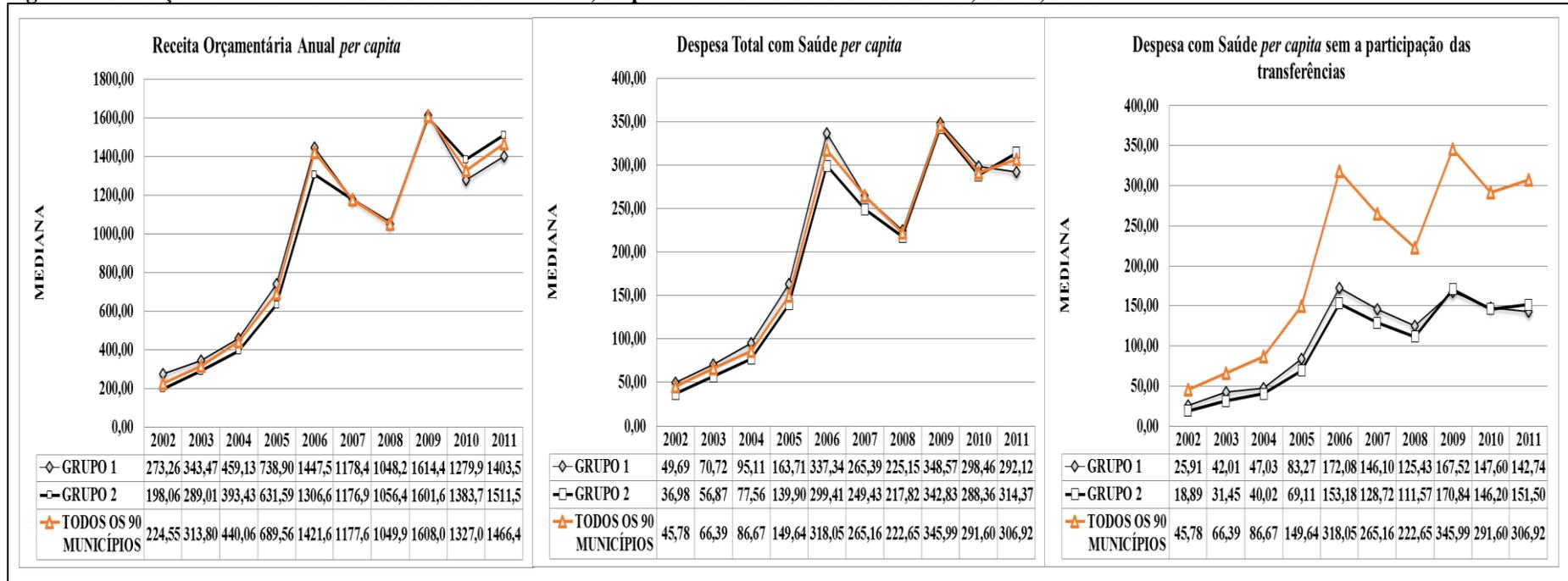
5.2 EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS NA SÉRIE HISTÓRICA

Com o objetivo de descrever a perspectiva de tendência das variáveis do estudo, analisou-se a evolução das mesmas ao longo da série histórica (2002-2011). Os gráficos a seguir, demonstram essa evolução abordando o conjunto dos 90 municípios de Pernambuco selecionados no estudo, o GRUPO 1 e o GRUPO 2.

De acordo com a **Figura 6**, para todas as variáveis de financiamento e gasto, observa-se tendência de crescimento. Destaca-se que a evolução dessas variáveis seguiu

padrão idêntico, inclusive com relação aos crescimentos, que ocorreram nos anos de 2006 e 2009, e às quedas, nos anos de 2008 e 2010.

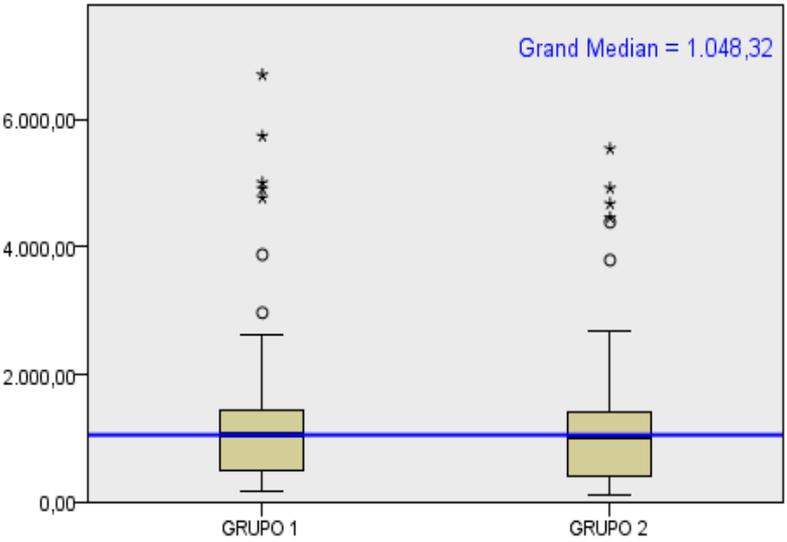
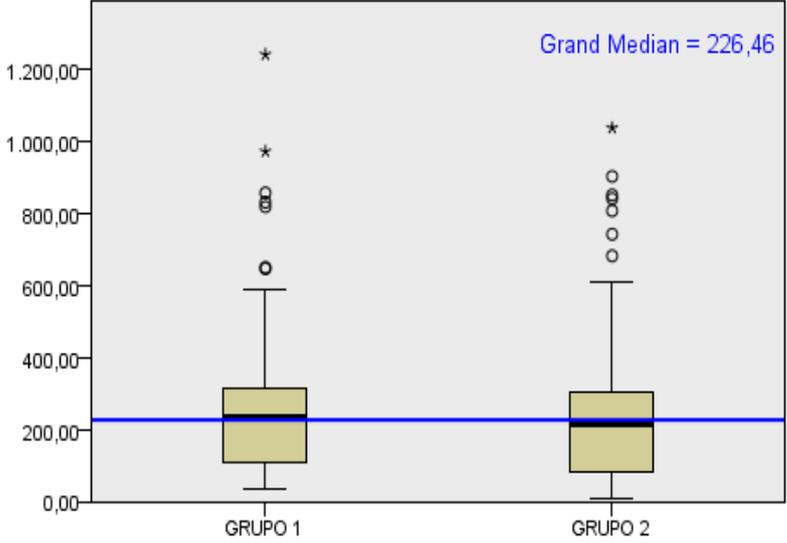
Figura 6 - Evolução das variáveis de Financiamento e Gastos, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.

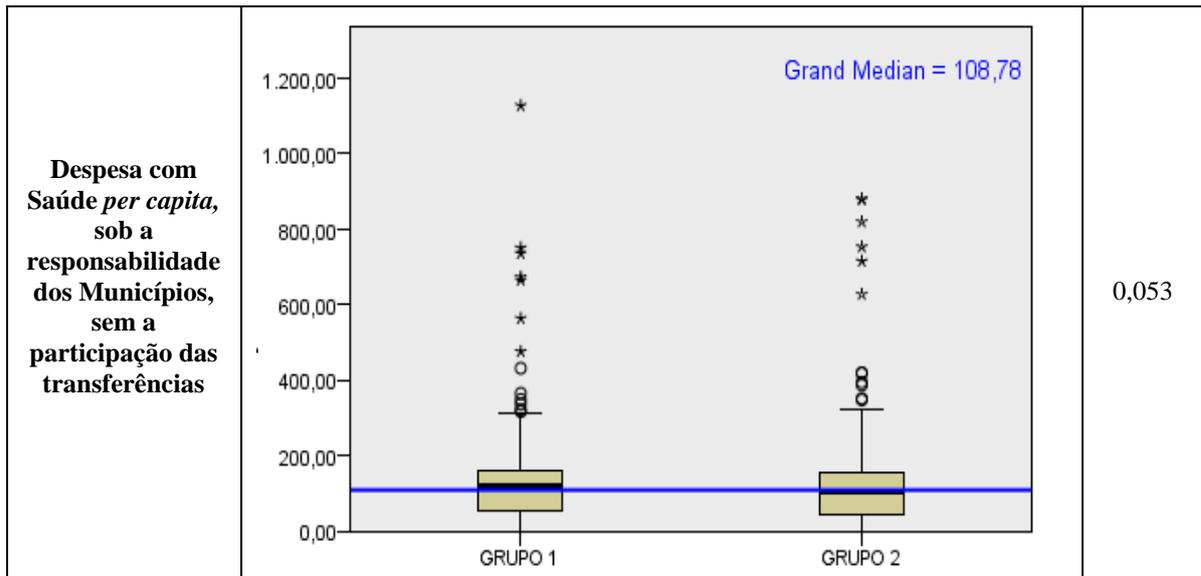


Fonte: Elaboração própria.

Para verificar se, de fato, não existem diferenças entre os dois grupos, realizou-se o Teste Não Paramétrico da Mediana, ilustrando-o com gráficos tipo Boxplot, conforme apresentado no **Quadro 5**. O resultado da análise comprova que não houve diferenças estatisticamente significativas para a distribuição dessas variáveis ($p > 0,05$), ao longo da série histórica, entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2.

Quadro 5 - Boxplot das variáveis de Financiamento e Gasto e resultados do Teste não-paramétrico da Mediana. Pernambuco, Brasil, 2014.

VARIÁVEL	BOXPLOT	p-valor
<p>Receita Orçamentária Anual per capita</p>		0,641
<p>Despesa com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, per capita</p>		0,053



Fonte: Elaboração própria.

Com relação às variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, a **Tabela 3** descreve suas evoluções em termos percentuais, na série histórica, nos municípios de Pernambuco estudados.

O número de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal teve crescimento de 62,50% no conjunto dos 90 municípios, de 42,86% no GRUPO 1 e de 40,00% no GRUPO 2. O Número de Leitos Hospitalares por mil/hab. foi a variável de pior desempenho tanto para o conjunto dos 90 municípios (-7,14%), como para o GRUPO 1 (-11,00%) e para o GRUPO 2 (6,25%). Em contrapartida, o % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal teve o melhor desempenho para todos os 90 municípios (93,10%), para o GRUPO 1 (58,22%) e para o GRUPO 2 (133,04%).

Vale destacar, que o crescimento inexpressivo da Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF e do % de Cobertura Vacinal se deve aos já altos percentuais de cobertura desses serviços, conforme pode ser constatado na **Tabela 3**. Essas duas variáveis tiveram seus menores crescimentos verificados no GRUPO 1 e os maiores crescimentos no GRUPO 2.

Tabela 4 - Percentual de crescimento das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde ao longo da série histórica (2002-2011). Pernambuco, Brasil, 2014.

	TODOS OS 90 MUNICÍPIOS			GRUPO 1			GRUPO 2		
	2002	2011	Crescimento	2002	2011	Crescimento	2002	2011	Crescimento
Nº de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal*	8,00	13,00	62,50%	7,00	10,00	42,86%	10,00	14,00	40,00%
Nº de Leitos por mil/hab.**	0,98	0,91	-7,14%	1,00	0,89	-11,00%	0,96	1,02	6,25%
Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF	73,32	99,52	35,73%	92,98	97,91	5,30%	59,61	100,00	67,76%
% de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal	28,97	55,94	93,10%	34,73	54,95	58,22%	25,00	58,26	133,04%
% de Cobertura Vacinal	76,40	83,45	9,23%	79,41	82,95	4,46%	75,24	86,12	14,46%

*Dados disponíveis no DATASUS apenas para o período de 2005-2011, selecionados os serviços sob gestão municipal.

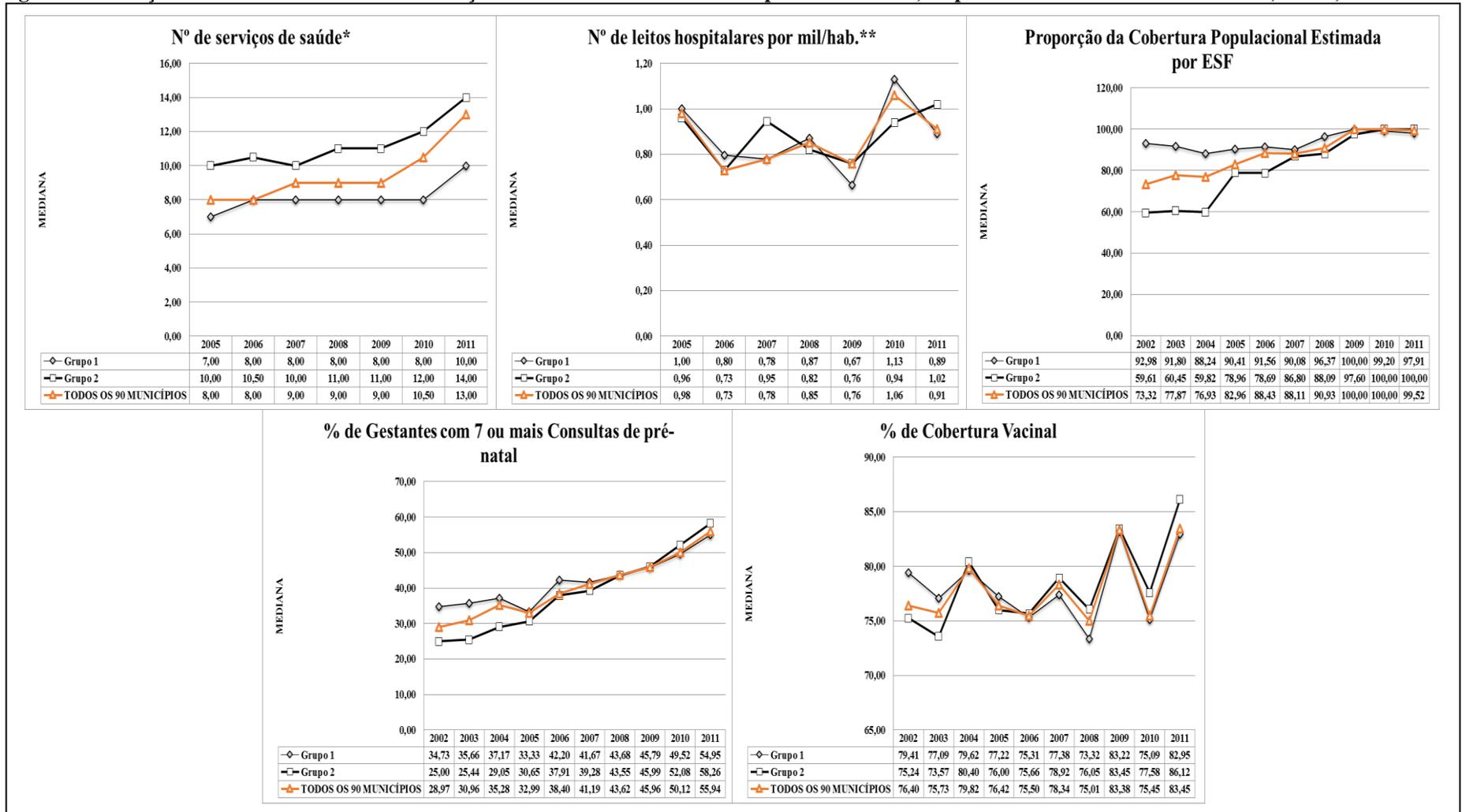
**Dados disponíveis no DATASUS apenas para o período de 2005-2011 e apenas para 65 municípios, selecionados os leitos sob gestão municipal e excluídos os leitos psiquiátricos

Fonte: Elaboração própria.

Ainda com relação às variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, a **Figura 7** demonstra similaridade na evolução dessas variáveis, exceto o Nº de Leitos Hospitalares por mil/hab., que apresentou irregularidades entre os grupos do presente estudo.

Além disso, é importante destacar a baixa Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF nos municípios de grande porte (mais de 100.000 hab.). Dos 9 municípios com esse porte populacional, 6 apresentaram cobertura inferior a 70%: Paulista Petrolina, Recife, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes e Olinda.

Figura 7 - Evolução das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde nos municípios selecionados, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.



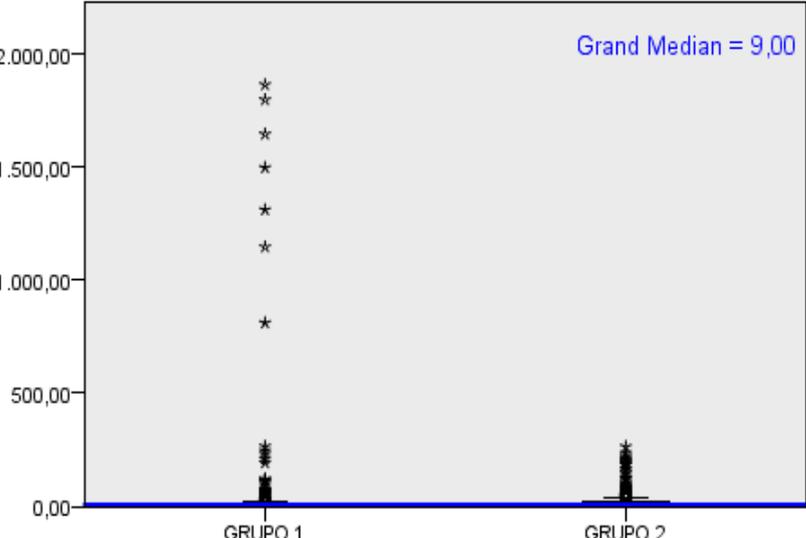
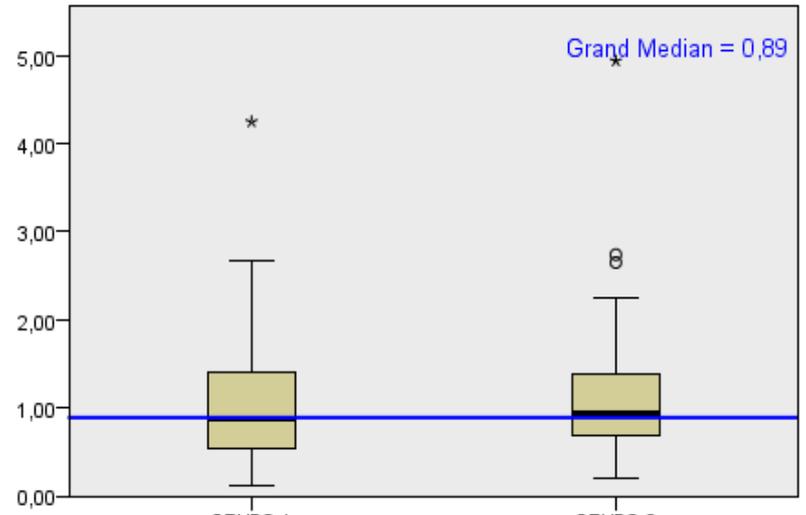
*Dados disponíveis no DATASUS apenas para o período de 2005-2011, selecionados os serviços sob gestão municipal.

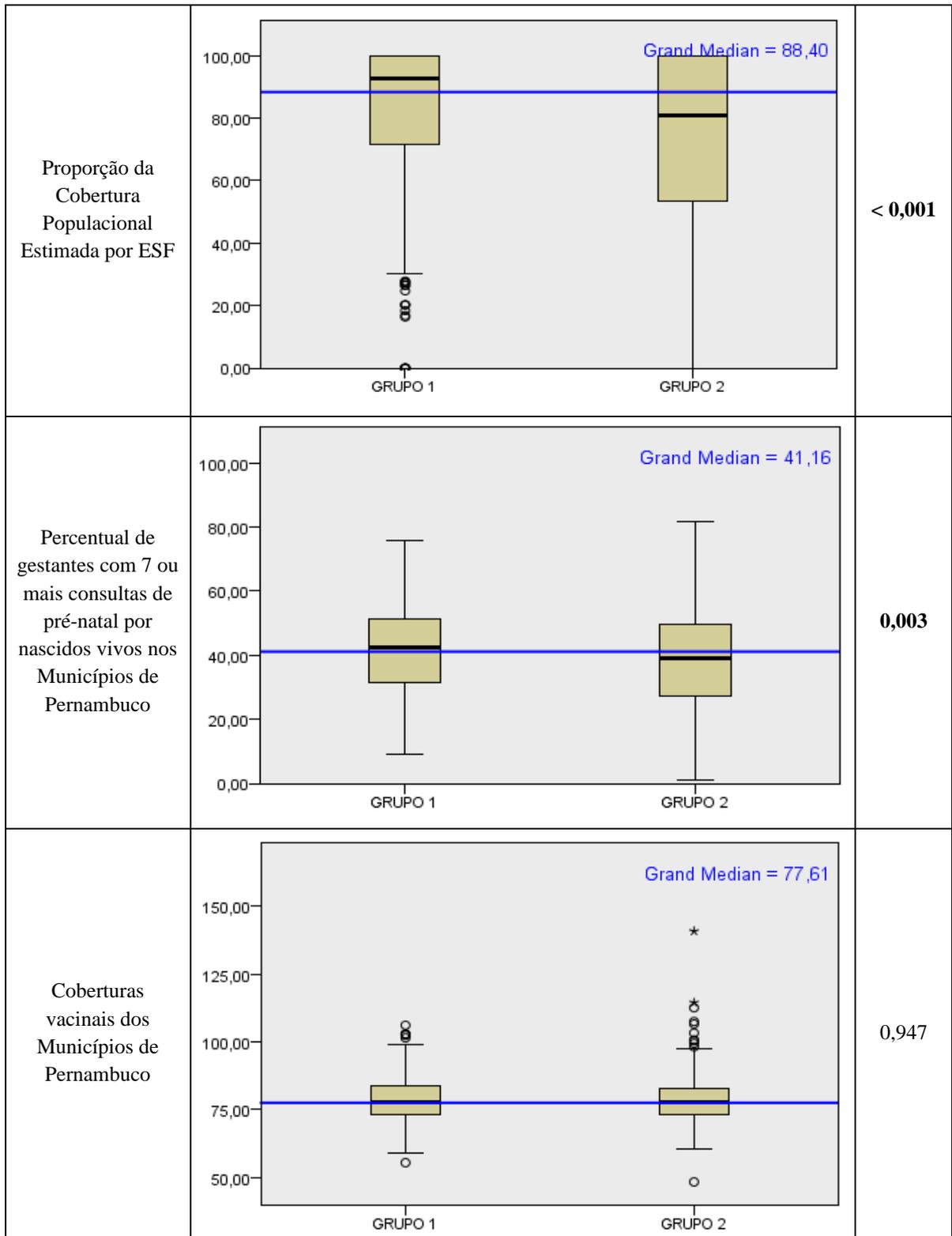
**Dados disponíveis no DATASUS apenas para o período de 2005-2011 e apenas para 65 municípios, selecionados os leitos sob gestão municipal e excluídos os leitos psiquiátricos.

Fonte: Elaboração própria.

Ao aplicar o Teste Não Paramétrico da Mediana para as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, conforme o **Quadro 6**, chega-se a conclusão de que houve diferença significativa entre os dois grupos de municípios apenas para as seguintes variáveis: Número de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal ($p < 0,001$), Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF ($< 0,001$) e % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal ($p = 0,003$), ao nível de significância $p < 0,05$. Nota-se, ainda, valores muito dispersos, com a presença de muitos *outliers* para o N° de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal e para a Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF.

Quadro 6 - Boxplot das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde e resultados do Teste Não-paramétrico da Mediana. Pernambuco, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	BOXPLOT	p-valor
Número de serviços de saúde sob gestão dos Municípios de Pernambuco		< 0,001
Número de Leitos hospitalares por mil/hab. sob gestão municipal, nos Municípios de Pernambuco		0,699



Fonte: Elaboração própria.

5.3 CORRELAÇÃO ENTRE A RECEITA ORÇAMENTÁRIA *PER CAPITA* E A DESPESA COM SAÚDE *PER CAPITA*

Para analisar a relação entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita* aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman e seus resultados estão apresentados na **Tabela 5**.

A associação entre essas duas variáveis apresentou correlação significativa forte (r acima de 0,7), ao nível de significância $p < 0,01$, para o conjunto dos 90 municípios, para o GRUPO 1 e para o GRUPO 2 ($r = 0,988$, $p < 0,001$, teste bilateral).

Tabela 5 - Relação entre Receita Orçamentária Anual *per capita* a Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, *per capita*. Pernambuco, Brasil, 2014.

	SPEARMAN	<i>p</i> -valor
TODOS OS 90 MUNICÍPIOS	0,988	< 0,001
GRUPO 1	0,988	< 0,001
GRUPO 2	0,988	< 0,001

Fonte: Elaboração própria.

5.4 RELAÇÃO ENTRE DESPESA COM SAÚDE, SOB RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO, *PER CAPITA* E AS VARIÁVEIS DE OFERTA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A **Tabela 6** apresenta os Coeficientes de Correlação de Spearman e os *p*-valores, obtidos mediante a associação entre a Despesa com Saúde *per capita* e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde.

Conforme apresentado na referida tabela, houve correlação significativa para três variáveis: Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF, % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal e para o % de Cobertura Vacinal. Para as três variáveis, as correlações identificadas nos grupos foram de moderada a forte (r entre 0,4 e 0,6 e r acima de 0,7, respectivamente).

Tabela 6 - Relação entre a Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade dos Municípios, per capita e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde. Pernambuco, Brasil, 2014.

	Nº de serviços de saúde sob Gestão Municipal	Nº Leitos hospitalares por mil/hab.	Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF	% de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal	% de Cobertura Vacinal
TODOS OS 90 MUNICÍPIOS	0,206 (<i>p</i> = 0,658)	-0,571 (<i>p</i> = 0,180)	0,863 (<i>p</i> = 0,001**)	0,794 (<i>p</i> = 0,006**)	0,200 (<i>p</i> = 0,580)
GRUPO 1	0,401 (<i>p</i> = 0,373)	-0,500 (<i>p</i> = 0,253)	0,479 (<i>p</i> = 0,162)	0,758 (<i>p</i> = 0,011*)	0,042 (<i>p</i> = 0,907)
GRUPO 2	0,564 (<i>p</i> = 0,187)	-0,286 (<i>p</i> = 0,535)	0,796 (<i>p</i> = 0,006**)	0,867 (<i>p</i> = 0,001**)	0,661 (<i>p</i> = 0,038*)

*Ao nível de significância de 0,05

**Ao nível de significância de 0,01

Fonte: Elaboração própria.

5.5 ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS PARA A SAÚDE NA DESPESA DOS MUNICÍPIOS COM SAÚDE

De acordo com a **Tabela 7**, houve redução das medidas de tendência central e de dispersão para o Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde nos municípios do estudo. Porém, no GRUPO 1, duas medidas tiveram ligeiro aumento: a mediana que passou de 46,56, em 2002, para 46,63, em 2011; e o mínimo, que passou de 11,79 para 17,73 entre 2002 e 2011.

Com relação à evolução desta variável, ficou constatada a redução para o conjunto dos 90 municípios (-0,42%) e para o GRUPO 2 (-1,15%), apenas no GRUPO 1 houve ligeiro aumento (0,15%).

Analisando o coeficiente de variação, ficou evidente a redução da dispersão dessa variável para todos os grupos de municípios, o que significa que os percentuais de transferências intergovernamentais, para os municípios de Pernambuco estudados, tornaram-se mais homogêneos.

Tabela 7 - Medidas de tendência central, dispersão e crescimento do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde nos municípios de Pernambuco. Pernambuco, Brasil, 2014.

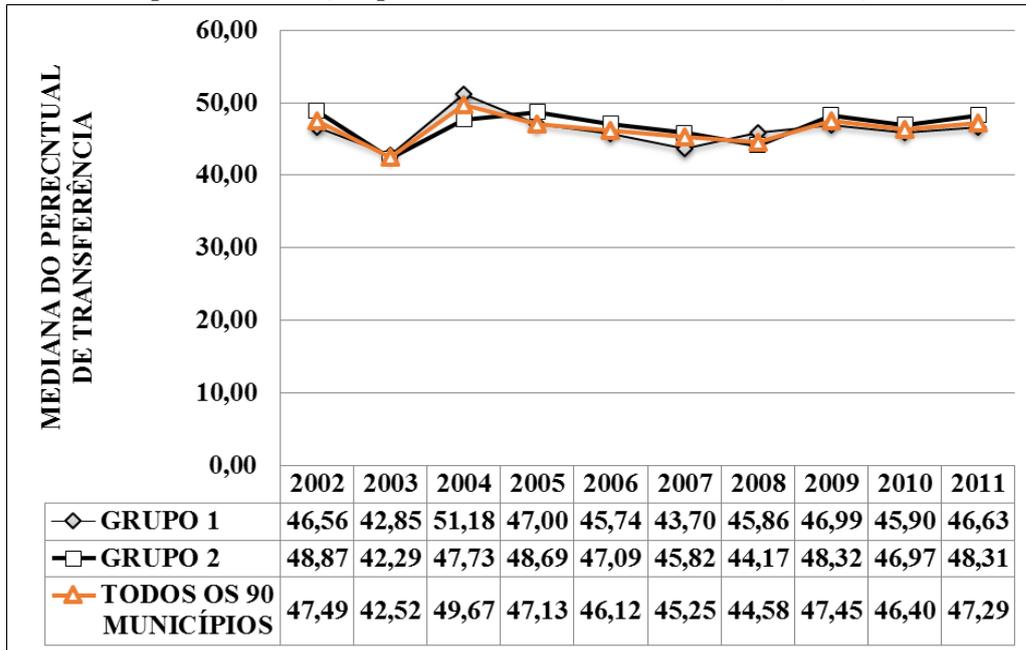
		Percentual das transferências para a Saúde		
		2002	2011	Crescimento %
GRUPO 1	MEDIANA	46,56	46,63	
	MÉDIA	48,97	46,64	
	MÁXIMO	101,65	66,04	0,15
	MÍNIMO	11,79	17,73	
	DES. PADRÃO	14,99	11,47	
	COEF. DE VARIAÇÃO (%)	30,62	24,60	
GRUPO 2	MEDIANA	48,87	48,31	
	MÉDIA	54,75	48,37	
	MÁXIMO	289,91	71,61	-1,15
	MÍNIMO	18,69	8,82	
	DES. PADRÃO	38,94	12,22	
	COEF. DE VARIAÇÃO (%)	71,12	25,26	

Fonte: Elaboração própria.

O **Gráfico 1** evidencia a evolução do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde nas despesas municipais com saúde no conjunto dos 90 municípios selecionados, no GRUPO 1 e no GRUPO 2, apontando que essa variável não sofreu grande variação ao longo da série, apesar de alguns picos e quedas.

Comparando a evolução dessa variável entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2, observa-se semelhança na evolução, com o detalhe de que o GRUPO 2 manteve-se, ao longo de quase toda a série, com valores maiores para o Percentual de Transferências para a Saúde. Porém, nos anos de 2004 e 2008, a situação inverteu-se.

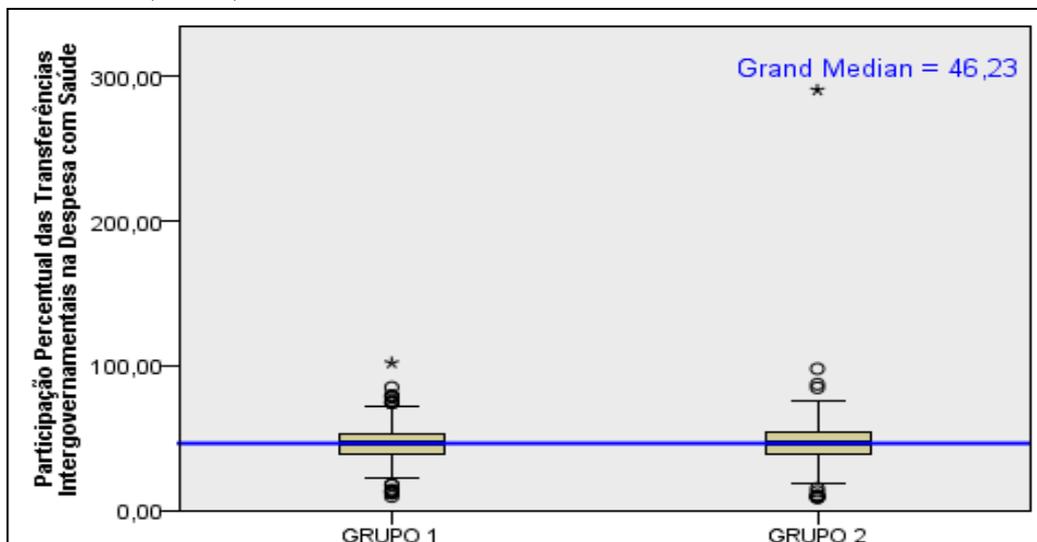
Gráfico 1 - Evolução do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde na despesa com saúde, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

Para testar se houve diferença na distribuição do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde na despesa total com saúde entre os dois grupos de municípios, realizou-se o Teste Não Paramétrico da Mediana, com ele obteve-se um *p-valor* de 1,000, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa. O **Gráfico 2** do tipo Boxplot também evidencia que essa variável tem comportamento idêntico para ambos os conjuntos de municípios.

Gráfico 2 - Boxplot que compara a participação das transferências intergovernamentais nas despesas com saúde dos dois grupos de municípios, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

Este estudo partiu da premissa que o crescimento econômico repercute em maior aporte de recursos para a receita orçamentária municipal, a qual é uma variável de fundamental importância para a ampliação, diversificação e qualificação da oferta de serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, buscou-se responder se o crescimento da Receita Orçamentária municipal gerou maior investimento em saúde e maior oferta de serviços públicos, a partir da análise da evolução das variáveis de Financiamento e Gasto e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde; e das associações entre essas variáveis, considerando o período entre 2002 e 2011.

No que se refere ao porte dos municípios, nesse estudo, prevaleceram os municípios de pequeno porte I (até 20.000 hab.) e de pequeno porte II (de 20.000 a 50.000 hab.), tanto no GRUPO 1 (84,45%) como no GRUPO 2 (73,33%).

Desde a década de 80 e, principalmente, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve a emancipação de milhares de municípios no país (MAC DOWELL; GOMES, 2000; BREMAEKER, 2001; TOMIO, 2002; BRANDT, 2008). Entre 1980 e 2007, o número de municípios passou de 3.991 para 5.564, desses, 1.364 – quase um quarto do total – foram instalados nos últimos 18 anos, a maior parte tendo sido criada até 2001 (MAC DOWELL; GOMES, 2000; BREMAEKER, 2001; BRANDT, 2008;).

Nesse surto de criação de municípios, o que mais chama a atenção é o porte populacional. Entre os novos municípios brasileiros, mais da metade possui menos de 5.000 habitantes e considerando uma população um pouco maior de até 20.000 habitantes a proporção chega a 95% (BRANDT, 2008).

No estado de Pernambuco, das 185 municipalidades 83 apresentam até 20.000 hab., quase metade (44,86%). Apenas doze municípios têm mais de 100.000 hab. e, desses, nove compõem o presente estudo. Destaca-se, ainda, que os municípios com mais de 100.000 hab. estão concentrados na Região Metropolitana do Recife, com oito deles localizados nessa região de desenvolvimento.

Na pesquisa “Perfil e Evolução das Finanças Municipais – 1998-2003” da STN, realizada mediante dados obtidos no acompanhamento das finanças municipais, é comprovado que os municípios de pequeno porte apresentam baixa participação de receitas próprias em suas receitas brutas e forte dependência das receitas de transferências (BRASIL, 2006). Ou seja, o porte municipal é fator de relevada importância, pois, determina muitos

elementos do financiamento municipal, como o FPM e as transferências legais do SUS, em especial, o PAB.

O FPM, em 1981, teve seus critérios de distribuição parcialmente remodelados, passando a ser orientado da seguinte maneira: do valor líquido do FPM, 10% devem ser distribuídos entre as capitais, 86,4% entre os demais municípios do interior e 3,6%, de forma adicional, para os municípios do interior com mais de 156.216 habitantes. Essa mudança, segundo Prado (2003), foi uma tímida tentativa de lidar com o viés criado pelas regras originais que favoreciam os pequenos municípios e colocavam em desvantagem localidades com problemas metropolitanos.

Lima (2007; 2009) concorda com Prado (2003) ao analisar a receita final *per capita*²⁴ dos municípios, evidenciando a manutenção de importantes disparidades que não se justificam facilmente por variações na renda ou no nível de desenvolvimento regional. Dentre as disparidades encontradas na receita final *per capita* entre as capitais e municípios de porte populacional diferenciado, cita-se o privilegiamento das capitais (23% da população) e dos municípios abaixo de 5.000 habitantes (2,7% da população) em detrimento dos municípios na faixa de 10.000 a 100.000 habitantes (41% da população) e, ainda, a superioridade da receita *per capita* dos municípios com população abaixo de 5.000 habitantes em relação às capitais. Ou seja, esse sistema de partilhas resulta em um desvio básico: a elevada dotação de recursos *per capita* para os extremos, constatado o benefício aos municípios de pequeno porte e às capitais (PRADO, 2001).

Com relação ao PAB, o estudo de Machado, Fortes e Somarriba (2004)²⁵ encontrou, quando se agruparam os municípios segundo faixas de população, que a introdução desse piso também beneficiou os municípios de pequeno porte (com até 10 mil habitantes). Como consequência, esses municípios aumentaram sua participação entre aqueles com maiores valores *per capita* para atenção básica. Já o conjunto de municípios com população superior a 50 mil teve seu valor médio *per capita* reduzido, entre 1997 e 2000.

Apesar do presente estudo não aprofundar a discussão da relação entre porte populacional e financiamento público municipal, a exposição desses argumentos revela o seu papel determinante nas transferências para as receitas municipais e seu rebatimento nas despesas com saúde desse ente, questão que será aprofundada adiante.

²⁴ Resultado da arrecadação e do sistema de partilha como um todo.

²⁵ Os autores avaliaram os efeitos da introdução do PAB na distribuição de recursos e na prestação de serviços no âmbito da atenção básica entre municípios de Minas Gerais.

As medidas de tendência central e dispersão para as variáveis de Financiamento e Gasto, descritas na **Tabela 2**, confirmaram as expectativas de crescimento. Pelo lado da Receita, essas expectativas se basearam no crescimento econômico do estado de Pernambuco, apontado por vários órgãos de pesquisa. E, no que se refere à expectativa de incremento da despesa com saúde levou-se em consideração, além do crescimento econômico do estado, as orientações de determinados instrumentos legais, como as NOBs, NOASs e a Emenda Constitucional nº 29/2000. Diversos outros estudos também já vêm apontavam esses crescimentos (ARAUJO; OLIVEIRA, 2001; FERREIRA, 2002; MENDES, 2005; SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009; ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012).

Segundo Afonso e Araújo (2001), apesar da importância da participação das transferências nas receitas dos entes municipais, observa-se o crescimento da participação da arrecadação fiscal dos municípios nas suas receitas próprias. Os autores destacam a melhoria da capacidade de arrecadação, especialmente, nos municípios de pequeno porte. Essa melhoria se deu após a Constituição de 1988, que regulamentou a cobrança de impostos e taxas, conforme já previsto na Lei nº 5.172, de 25 de Outubro de 1966, que institui o Código Tributário Nacional (CTN). No caso das grandes cidades, onde já havia a cobrança de alguns impostos, a modernização fazendária e o crescimento dos serviços em relação ao da indústria e do comércio tiveram forte repercussão na elevação de suas receitas (AFONSO; ARAUJO, 2001).

Com relação ao estado de Pernambuco, o crescimento da receita de seus municípios deve estar atrelado ao crescimento do PIB do estado, que foi superior ao do Brasil, tendo como principais setores a indústria, serviços e agropecuária (PERNAMBUCO, 2012).

O crescimento da Despesa com Saúde *per capita* constatado no presente estudo corroborou com os achados de Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012)²⁶. Os autores também evidenciaram crescimento real dessa variável para todos os municípios de Pernambuco de 190,76%, entre 2000 e 2007, ultrapassando a inflação acumulada no período.

Além do crescimento, os referidos autores apontaram uma desigualdade que não sofreu diferença significativa ao longo da série, considerando que, em 2000, o valor mais alto da Despesa total com Saúde *per capita* (GERES XI) era 1,33 vezes maior que o valor mais

²⁶ Esses autores analisaram as 184 municipalidades de Pernambuco aglomeradas por GERES, no período de 2000 a 2007.

baixo (GERES VII) e que, em 2007, essa diferença situou-se em 1,54 vezes (ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012).

Nesse ponto, os resultados apresentados aqui destoam, pois, apesar da manutenção de certa desigualdade, houve redução do coeficiente de variação, o que denota que essas variáveis de Financiamento e Gasto tornaram-se mais homogêneas entre os municípios do estudo, na série histórica.

Por exemplo, o coeficiente de variação da Receita Orçamentária *per capita*, no GRUPO 1, passou de 68,07%, em 2002, para 39,98%, em 2011. Porém, observou-se que o coeficiente de variação dessa variável no GRUPO 2 teve incremento no período, passando de 34,91% para 36,72%. Provavelmente, esse comportamento do GRUPO 2 sinaliza a desigualdade do crescimento econômico entre esses municípios. Para todos os 90 municípios, a tendência foi de redução das desigualdades, com o coeficiente de variação passando de 65,87 para 38,25, no período.

Sobre a homogeneidade das receitas próprias municipais, Araujo e Oliveira (2001) levantam que isso vem sendo alcançado devido às transferências intergovernamentais, em particular as do FPM, que buscam cumprir o papel de minimizar a enorme variância no padrão de financiamento dos municípios brasileiros.

A Despesa com Saúde *per capita* também seguiu tendência de homogeneidade pela redução do coeficiente de variação em todos os grupos. O estudo de Leite, Lima e Vasconcelos (2012) também evidencia tendência à uniformidade e ao declínio na variabilidade da despesa total com saúde em municípios do Rio Grande do Norte, nos anos de 2003 e 2004.

A evolução das variáveis de Financiamento e Gasto, demonstrada na **Figura 6**, coincide com o crescimento e com a inversão dos valores dessas variáveis entre os dois grupos, apontados na **Tabela 2**. Conforme a **Figura 6**, o GRUPO 1, no início da série, apresentava, para todas as variáveis de Financiamento e Gasto, valores superiores aos do GRUPO 2, situação que inverteu-se no último ano da série, assim como apresentado pela **Tabela 2**, onde as medidas de tendência central e de dispersão dessas variáveis no GRUPO 2 tornaram-se superiores às do GRUPO 1.

Como descrito na metodologia, o GRUPO 2 corresponde aos municípios de Pernambuco com os maiores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita*, então, de acordo com a premissa adotada, já era de se esperar que esse grupo apresentasse melhor desempenho para essas variáveis.

A análise da **Figura 6** aponta, ainda, o comportamento similar dessas variáveis para os dois grupos de município, com picos, nos anos de 2006 e 2009, e quedas, em 2008 e 2010. Buscando entender que fatores podem estar atrelados a isso, recorreu-se à literatura em uma abordagem macroeconômica, assumindo que fenômenos macroestruturais podem estar implicados.

Na atual conjuntura brasileira, a política econômica é praticamente reduzida ao uso da política monetária²⁷ e à submissão da política fiscal, com vistas a alcançar o controle inflacionário. O regime de metas da inflação vem sendo adotado, desde a década de 1990, por muitos países, dentre desenvolvidos e subdesenvolvidos (LEITE; ALMEIDA, 2012).

Segundo Leite e Almeida (2012, p. 9):

No Brasil, essas ideias foram postas em prática, principalmente após a implantação do Plano Real, quando se verificou uma menor participação do Estado na economia que culminou na redução de gastos públicos via política fiscal restritiva, e de uma política monetária contracionista com altas taxas de juros que servem de pressuposto para o discurso de controle inflacionário.

Serrano e Summa (2011) analisaram a interação entre essas mudanças na política econômica doméstica e as condições econômicas externas, com as quais a economia brasileira se defronta. Como consequência dessa interação, os autores trazem o controle da inflação que vem sendo alcançado desde 2004. Com base nos dados de Serrano e Summa (2011), associando o comportamento da taxa de inflação, desde 2004 até 2010, com o comportamento das variáveis de Financiamento e Gasto analisadas nesse estudo, constata-se que os picos e as quedas coincidem em uma relação inversa (**Anexo A**). Em 2006, a taxa de juros esteve bem abaixo (3,1) do limite estipulado, o que coincidiu com o primeiro pico alcançado pelas variáveis de Financiamento e Gasto no referido ano. No ano de 2008, devido à crise internacional, a taxa de inflação quase atinge o limite superior, corroborando com a primeira queda das variáveis. Em seguida, em 2009, as taxas de inflação voltam a se colocar abaixo do limite estipulado, o que coincide com o segundo pico das variáveis de Financiamento e Gasto do presente estudo. A segunda queda das variáveis, coincidem com a elevação da inflação, no ano de 2010, para além do limite estipulado.

²⁷ “A política monetária é um instrumento de atuação do governo, no que se refere à quantidade de moeda disponível na economia e às operações que envolvem crédito” (LEITE; ALMEIDA, 2012, p. 3).

Em momentos em que a inflação se eleva, utiliza-se da manipulação da taxa de juros pelo Banco Central para a manutenção da inflação em patamares baixos. De forma mais detalhada, a política de metas inflacionárias funciona a partir da seguinte lógica: sempre que a inflação se eleva, elevam-se também as taxas de juros e, como consequência, a dívida pública e o déficit público²⁸. Assim, é usando a justificativa do déficit público, que o governo limita os gastos com o setor social em prol do pagamento da dívida pública (LEITE; ALMEIDA, 2012). Ou seja, infere-se que a relação entre investimento em saúde e inflação tem a ver com o objetivo de manutenção da inflação em patamares baixos, através da manipulação da taxa de juros pelo Banco Central, pela justificativa de um suposto déficit público.

Os defensores dessa política de metas inflacionárias argumentam que os juros são altos por causa do déficit público elevado. No entanto, dados analisados por Leite e Almeida (2012) desmontam essa lógica. A análise dessas autoras evidencia que se fossem desconsiderados os juros da dívida, o déficit público seria muito pequeno, chegando a haver superávit em alguns anos. Com isso, as autoras trazem dados contundentes de que a causalidade é inversa: o déficit e a dívida sobem porque os juros são altos e não o contrário. Ou seja, a economia para pagar os juros da dívida compromete recursos que deveriam ser investimento em áreas sociais, como é o caso da saúde. De fato, o que ocorre é o uso do superávit primário para pagamento da dívida pública em detrimento do investimento em políticas sociais.

Analisando a distribuição das variáveis de Financiamento e Gasto entre os dois grupos, conforme o **Quadro 5**, para todas essas variáveis o *p-valor* encontrado através do Teste Não-paramétrico da Mediana foi superior a 0,05. Desse modo, conclui-se que apesar dos dois grupos representarem municípios com percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* diferenciados, a análise estatística traçada aqui não evidenciou diferenças na distribuição dessas variáveis entre eles. Ou seja, houve crescimento igual das variáveis de Financiamento e Gasto para ambos os grupos.

²⁸ A dívida pública ganhou uma importância peculiar após a Segunda Guerra Mundial, por conta da elevação dos gastos públicos para a recomposição dos países atingidos. O modelo de política macroeconômica que se tornou dominante, em meados da década de 1980 – redemocratização neoliberal, elegeu as empresas estatais como culpadas principais pela evolução do déficit público e inflação. Assim, o conceito de déficit público amplia-se e passa a funcionar como importante instrumento da retórica da política e da política econômica como restrição à expansão dos investimentos das estatais e da sua rentabilidade. Como consequência desse novo cenário político e econômico, o governo brasileiro promoveu, no período de 1994-1998, a privatização da maioria das empresas estatais, alegando a baixa eficiência das mesmas, bem como a necessidade de controlar o endividamento do setor público (SAYAD, 2001).

Com relação às variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, os dados da pesquisa apontaram que, com exceção do Número de Leitos Hospitalares por 1.000/hab., todas as demais variáveis tiveram crescimento no período.

O Número de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal cresceu 62,50% em todos os 90 municípios selecionados, sendo 42,86% no GRUPO 1 e 40,00% no GRUPO 2.

Pesquisa recente do IBGE “Estatística da Saúde: assistência médico-sanitária” de 2009, que considerou todos os estabelecimentos de saúde em atividade ou em atividade parcial, computou um aumento relativo de 22,2%, entre 2005 e 2009. Segundo essa pesquisa, dos 94.070 estabelecimentos de saúde, levantados em 2009, 55,3% eram de natureza jurídica pública, de maioria municipal (95,6%), sendo apenas 1,8% federal e 2,5% estadual, o que reflete a política de municipalização da assistência à saúde implantada no Brasil (BRASIL, 2010b).

A referida pesquisa também explorou os estabelecimentos de saúde por tipo de serviço prestado, classificando-os como estabelecimentos sem internação e com internação. Os estabelecimentos sem internação tiveram crescimento de 22,7%, entre 2005 e 2009. Considerando apenas estabelecimentos de SADT²⁹, o aumento verificado foi de 32,9%, com acentuado aumento na Região Nordeste (50,7%), seguida pela Região Norte (35%). O setor público, embora detenha apenas 9,2% dos estabelecimentos de SADT, apresentou um crescimento de 60,4%, atingindo 97,3% na Região Nordeste. Os estabelecimentos com internação apontaram para uma queda acumulada da oferta de 3,9%, especificamente, no setor privado (8,9%) e um discreto crescimento do setor público (4,1%), comportamento esse refletido em todas as regiões (BRASIL, 2010b). Adiante, corroborando com essa tendência de queda dos estabelecimentos com internação, será destacada a densidade de leitos hospitalares por habitante nos municípios de Pernambuco selecionados.

O Número de Leitos Hospitalares por mil/hab., excluindo os leitos psiquiátricos, teve os menores crescimentos dentre todas as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, tanto para o conjunto dos 90 municípios (-7,14%), como para o GRUPO 1 (-11,00%) e para o GRUPO 2 (+6,25%). Diversos estudos que fazem uma análise mais geral dessa variável, sem considerar o tipo de gestão e com dados agregados para o país ou regiões, também têm evidenciado comportamento de queda para a densidade de leitos por habitante.

²⁹ Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia - SADT.

Paim et al. (2011), em estudo publicado na *The Lancet*, considerou os leitos hospitalares financiados pelo setor público no Brasil e verificou que, entre 1993 e 2009, o número de leitos passou de 3,3 leitos por mil/hab. para 1,9 por mil/hab.

A pesquisa do IBGE expôs, ainda, que as regiões Norte (1,8 leitos por mil/hab.) e Nordeste (2,0 leitos por mil/hab.), em 2009, foram as mais desprovidas de leitos, sendo a Região Nordeste a que teve, entre 1999 e 2009, a maior queda dessa taxa (-1,7%) dentre as regiões do país (BRASIL, 2010b). Ainda segundo a referida pesquisa, nessas regiões, embora haja aumento do número bruto leitos públicos e eles representem mais de 50% dos leitos disponíveis para internação, este aumento não foi suficiente para compensar a diminuição dos leitos privados e o aumento populacional. Marques (1999) aponta que o crescimento do número bruto de leitos hospitalares no SUS, no período 1991 a 1997, correspondeu, principalmente, ao incremento da oferta de leitos do governo municipal.

A Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF teve crescimento de 35,73% para todos os 90 municípios, 5,30% para o GRUPO 1 e de 67,76% para o GRUPO 2. Apesar do pouco crescimento, esse dado é absolutamente justificável pela alta cobertura da atenção básica já apresentada pelos municípios. Conforme diversos estudos, desde a criação da ESF³⁰, em 1994, até essa década, houve massivo aumento da cobertura das equipes de saúde no país (MARQUES; MENDES, 2002; PAIM, 2011).

Mesmo com as medianas de cada ano dessa variável apresentando percentuais elevados, vale destacar que quando se tratou da cobertura das ESF nos municípios de grande porte (mais de 100.000 hab.) esses percentuais foram baixos, o que corrobora com os achados de Sousa e Hamann (2009). Os autores reconhecem a expansão progressiva das equipes de saúde nos municípios em todas as regiões do país, porém, denunciam a desigualdade na cobertura da ESF entre as regiões e, principalmente, nos chamados grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes, e capitais), onde mais de 50% da população brasileira residem (SOUSA; HAMANN, 2009).

Para Teixeira (2006), isso se refere ao fato de que, nos grandes centros, a ESF compete com o modelo médico-assistencial hegemônico, dada a concentração dos serviços de média e alta complexidade, detentores do prestígio cultural da população. Além da pressão de diversos atores interessados, financeiramente e politicamente, na reprodução desse modelo.

³⁰ A partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa, reforçando a ideia de Estratégia de Saúde da Família por reconhecê-la na reorientação da atenção primária à saúde no Brasil.

Com relação ao % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal, evidenciou-se considerável crescimento tanto para todos os 90 municípios (93,10%), como para o GRUPO 1 (58,22%) e o GRUPO 2 (133,04%). Como explicação para esse expressivo crescimento pode-se apontar a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento – PHPN, em 2002, pelo Ministério da Saúde em substituição ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

Dentre suas principais medidas, o PHPN instituiu um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma igualitária em todo o país e estipulou o repasse de incentivo financeiro para os municípios por cada gestante que cumprisse as seguintes recomendações desse protocolo: início precoce do pré-natal até 120 dias de amenorreia, mínimo de seis consultas, solicitação de exames de rotina em duas ocasiões, teste do HIV, imunização contra o tétano e consulta puerperal até quarenta e dois dias pós-parto. Para o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN foi criado o SISPRENATAL³¹, o que aprimorou o registro dos dados (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

A instituição do protocolo mínimo para a atenção obstétrica, atrelando-o ao repasse de recursos financeiros para o município por cada gestante cadastrada, pode ser um dos principais indutores do crescimento dessa variável nos municípios selecionados.

Outro fator que pode estar relacionado ao crescimento do % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal trata-se da adesão do Brasil, em 2002, aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM, que têm como meta a erradicação da pobreza e, para tal, consiste em 8 objetivos, dentre os quais está a melhoria da saúde da gestante (5º Objetivo). Para o alcance deste 5º Objetivo, um dos indicadores acompanhados é a proporção de cobertura por consultas de pré-natal (BRASIL, 2010c).

No caso específico do estado de Pernambuco, em 2007, foi lançado o Programa Mãe Coruja Pernambucana, que em 2011 estava implantado em 95 municípios e, dentre esses, 45 fazem parte do escopo do presente estudo (PERNAMBUCO, 2011b). Sendo assim, a implantação desse programa também pode estar relacionada à evolução do % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal nos municípios de Pernambuco.

Por outro lado, essa alta cobertura precisa ser considerada com cautela, haja vista que no numerador do indicador são incluídos os nascidos vivos com 7 ou mais Consultas de

³¹ SISPRENATAL: Sistema eletrônico para a coleta de informações sobre o acompanhamento pré-natal das gestantes atendidas SUS.

Pré-natal oriundos de serviços não só de gestão municipal, como também da rede privada, o que pode contribuir para uma possível superestimação da cobertura.

O baixo crescimento do % de Cobertura Vacinal tanto no conjunto dos 90 municípios (9,23%), como no GRUPO 1 (4,46%) e no GRUPO 2 (14,46%) se relaciona aos já altos percentuais de cobertura identificados na série, assim como ocorreu para a variável Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF.

O Programa Nacional de Imunização – PNI, instituído em 1973, consiste em um dos mais bem-sucedidos programas de saúde pública no Brasil, com respaldo mundial. Atualmente, o programa tem alta cobertura e sustentabilidade, pois, o país é autossuficiente na produção de várias vacinas fornecidas ao SUS, o que garante livre acesso e alta cobertura populacional, quase universal (VICTORA, 2011; PAIM, 2011).

Segundo Starfield (2002), a vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde de atenção primária, de grande impacto nas condições gerais da saúde da população, especialmente, da população infantil.

Mesmo o presente estudo não aprofundando a interface entre a cobertura vacinal e a cobertura da ESF, essa relação fica evidente pelas altas coberturas identificadas, na série, tanto em uma como na outra variável, o que corrobora com diversos estudos (GOMES, 2004; CAVALCANTE; GRISI; CAMPOS, 2004; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009; VERAS; VIANNA; GOMES, 2004).

Observando a **Figura 7**, a qual apresenta a evolução das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde entre todos os 90 municípios e entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2, constata-se que a evolução dessas variáveis ocorreu de forma similar entre os grupos, com exceção do Nº de Leitos Hospitalares por mil/hab. De forma geral, todas as variáveis, com exceção do Nº de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal, tiveram crescimento percentual superior no GRUPO 2.

Buscando entender a evolução dessas variáveis de forma mais aprofundada, comparou-se a distribuição das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2. Através dessa análise, constatou-se que o Nº de Serviços de Saúde sob Gestão Municipal ($p < 0,001$), a Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF ($< 0,001$) e % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal ($p = 0,003$) tiveram diferentes padrões de distribuição entre esses dois grupos (**Quadro 6**).

Levando em consideração que esses grupos agregam entes municipais com diferentes padrões de crescimento da Receita Orçamentária *per capita*, adiante discutiremos a

associação entre essas variáveis e a Despesa com Saúde *per capita*, no intuito de identificar se elas mantêm alguma relação.

Mediante os dados, constatou-se correlação significativa forte entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita* ($r = 0,988$, $p < 0,001$) igual para o conjunto dos 90 municípios, para o GRUPO 1 e para o GRUPO 2. Essa forte correlação também foi evidenciada nos estudos de Ferreira (2002), de Nunes (2004) e de Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012).

Nunes (2004) analisou a relação entre a despesa total com saúde *per capita* e a receita própria *per capita* nos municípios de São Paulo, Espírito Santo e Ceará, e encontrou, respectivamente, os seguintes valores de r^2 : 82,1%, 64,8% e 46,6%, evidenciando correlações positivas e fortes. O estudo de Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012), o qual trabalhou com todos os municípios de Pernambuco agregados por GERES, também verificou que o orçamento municipal *per capita* se correlacionou fortemente com a despesa com saúde *per capita* dos municípios, passando esta correlação de moderada, em 2000, a forte, em 2007. Ferreira (2002) também encontrou relação positiva entre receita disponível e gasto com saúde. Ou seja, segundo esses autores quanto maior for a receita disponível, maior será o gasto *per capita* com saúde.

A despeito da relação presente entre as variáveis, em que se constata a indução da receita própria municipal ao crescimento da despesa com saúde, a disponibilidade de recursos para a área continua sendo um dos grandes e atuais desafios do SUS, principalmente, quando se trata da capacidade de financiamento municipal. Mesmo após a instituição de diversos dispositivos legais, como a Emenda Constitucional nº 29/2000, imposições de ordem macroestrutural restringem o financiamento do setor.

De forma geral, os municípios, diferentemente da União e dos estados, desde a instauração da Emenda Constitucional nº 29/2000 sempre cumpriram os percentuais mínimos de investimento em saúde. Entre 2000 e 2003, o percentual médio destinado à saúde pelos municípios brasileiros passou de 13,64% para 17,58%, percentual superior ao determinado como mínimo pela emenda. Isso demonstra que a vinculação de recursos pela Emenda Constitucional nº 29/2000 não alterou o quadro do financiamento da saúde dos municípios (MENDES, 2005).

O estudo de Espírito Santo, Fernando e Bezerra (2012) também evidenciou que, nos anos 2000, a média percentual dos recursos próprios aplicados em saúde pelas municipalidades no estado de Pernambuco, já ultrapassava o previsto pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Em 2007, à exceção de uma, todas as demais GERES já

apresentavam um valor médio de aplicação de recursos próprios entre 17,01% e 22,26%. No entanto, apesar dos municípios do estado de Pernambuco, em sua maioria, já aplicarem na saúde percentuais de recursos próprios superiores àquele mínimo exigido pela emenda, desde o período anterior à aprovação da mesma, o valor da Despesa com Saúde *per capita* sob sua responsabilidade ainda se mostrava muito reduzido, quase sempre inferior à média nacional, o que representa forte entrave à plena descentralização na oferta e gestão dos serviços de saúde no estado.

A correlação entre a Receita Orçamentária *per capita* e Despesa com Saúde *per capita* evidenciada aqui e por diversos outros estudos, deve ser considerada na orientação de políticas equitativas, de modo a redistribuir recursos aos municípios de menor receita *per capita*, proporcionando uma elevação de suas despesas com saúde no intuito de induzir a melhoria da assistência pelo lado da oferta de serviços público de saúde.

Com relação à análise da associação entre a Despesa com Saúde *per capita* e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, houve correlação significativa para três, das cinco variáveis elencadas: Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF, % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal e para o % de Cobertura Vacinal. Para as três, a magnitude da correlação foi de moderada a forte (**Tabela 5**).

A associação entre a Despesa com Saúde *per capita* e a Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF teve correlação forte para todos os 90 municípios e para o GRUPO 2. Essa correlação pode ser explicada pela incorporação do PAB ao orçamento dos municípios, recurso esse carimbado³². Tal explicação se apoia em diversos estudos (MATTA, 2006; MACHADO; FORTES; SOMARRIBA, 2004; LEITE, LIMA E VASCONCELOS, 2012).

Em seu estudo, Matta (2006) analisou a composição das transferências entre 1997 e 2005, demonstrando o crescimento das transferências diretas em detrimento do pagamento por serviços prestados, o que se deveu à edição da NOB 96, a qual instituiu o PAB, em 1998, direcionando recursos para a atenção básica, área estratégica para consolidação do SUS.

Segundo Machado, Fortes e Somarriba (2004), considerando apenas a participação dos recursos decorrentes da adesão ao PSF com os valores do PAB, observou-se que ela é maior, em termos médios, nos municípios de pequeno porte e no grupo caracterizado por baixa capacidade fiscal, baixo nível econômico e média produção de serviços. Os resultados refletem, ainda, que os mecanismos de financiamento desse programa contemplam,

³² Destinado exclusivamente para custeio das ações de atenção básica.

com maiores acréscimos sobre o PAB, os municípios com maior percentual de cobertura da população, dessa forma, favorecendo os de pequeno porte.

Nessa linha, Leite, Lima e Vasconcelos (2012), em pesquisa que envolveu 14 municípios do estado do Rio Grande do Norte, evidenciaram que a direção dos gastos tem privilegiado a atenção básica. Ou seja, uma série de fatores confluem para o processo de municipalização da saúde, tendo como ponto de partida a ESF.

A Despesa com Saúde per capita e o % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal apresentaram forte correlação para todos os grupos do estudo, o que é coerente com a implementação de repasse de verbas aos municípios de acordo com a quantidade de gestantes que cumprissem todas as recomendações do protocolo mínimo, estabelecido pelo PHPN, como estímulo financeiro para incrementar o cumprimento das metas estabelecidas de cobertura pré-natal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Além do mais, existe forte indução do Ministério da Saúde voltada à atenção materno-infantil para o cumprimento dos objetivos do milênio 4³³ e 5³⁴ e, como já mencionado, o estado de Pernambuco também vem dando enfoque através de programas específicos, como o Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Analisando a associação entre Despesa com Saúde *per capita* e % de Cobertura Vacinal, identifica-se correlação moderada 0,661 ($p = 0,038$) no GRUPO 2. Esse dado reafirma a importância que essa ação coletiva tem desde o início da estruturação da saúde pública no Brasil.

A vacinação é uma das mais antigas ações de saúde pública, implementada já na década de 30, como resposta às recorrentes epidemias que comprometiam a economia do país, naquele contexto de inserção do Brasil no mercado internacional (COSTA, 1985).

A análise do Percentual das Transferências Intergovernamentais para a Saúde na despesa total do município com saúde se justifica pelo seu papel na composição dos gastos do município com o setor. De acordo com os dados do presente estudo, pode ser constatada a redução das medidas de tendência central e de dispersão dessa variável, entre 2002 e 2011, exceto no GRUPO 1, que teve aumento da mediana e do mínimo (**Tabela 6**).

A redução dessas medidas sinaliza para uma queda da participação percentual das transferências intergovernamentais, constatada pelos negativos percentuais de crescimento dessa variável para o conjunto dos 90 municípios (-0,42%) e para o GRUPO 2 (-1,15%),

³³ Reduzir a mortalidade infantil.

³⁴ Melhorar a saúde das gestantes.

exceto no GRUPO 1, onde houve um ligeiro aumento de 15%. Fato relevante é que esse grupo é composto pelos municípios de menor crescimento percentual da Receita Orçamentária *per capita*, na série histórica, o que pode explicar essa maior participação das transferências para a saúde nesse grupo.

O estudo de Soares e Santos (2014), ao analisar o gasto público com saúde dos entes federados, no período de 1990 a 2012, verificou que a participação relativa da União nas despesas com saúde apresentou acentuada queda de 38,4%, enquanto que os estados tiveram um aumento de 87,2% e os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012 – um aumento de 138,8%.

Esse padrão de participação das transferências se alinha ao estudo de Afonso e Araujo (2001), o qual afirma que o crescimento das receitas municipais, principalmente após a Constituição de 1988, não se explica apenas pelo aumento das transferências intergovernamentais. A melhoria da capacidade de arrecadação desses entes, mediante o modelo de federalismo fiscal vigente, teve papel decisivo no maior aporte de recursos para as receitas municipais. Além do mais, o fato das transferências cumprirem importante papel na composição das receitas dos municípios não é, até certo ponto, um problema, pois, mesmo em países desenvolvidos esse padrão ocorre (AFONSO; ARAUJO, 2001).

Ainda com relação às medidas de dispersão, o coeficiente de variação evidencia que, ao final da série histórica, houve maior homogeneidade dessa variável em todos os grupos devido à redução desse coeficiente (**Tabela 6**), tendência que também foi evidenciada no estudo de Leite, Lima e Vasconcelos (2012).

Analisando a evolução dessa variável na série histórica através do **Gráfico 2**, observa-se que a participação das transferências intergovernamentais para a saúde ficou em torno de 40% e 50%, conforme evidenciado pelas medianas dessa variável em cada ano do período estudado. As oscilações observadas no referido gráfico, de forma análoga ao verificado com a evolução das outras variáveis de Financiamento e Gasto, também coincidiram com as variações da taxa de inflação, o que ratifica a implicação da política de metas inflacionárias no financiamento da saúde.

Dado que o montante das transferências intergovernamentais do SUS é composto por transferências constitucionais e transferências voluntárias, e que o ente de maior participação nas transferências para a saúde no município é a União, cabe acrescentar outros elementos à discussão de sua variação.

As transferências intergovernamentais para a saúde podem ser de dois tipos: fundo a fundo, que consistem nos recursos diretamente depositados nos fundos de saúde dos entes municipais ou voluntárias, concretizadas por meio da celebração de convênios. As fontes das transferências para a saúde são as dotações orçamentárias consignadas no orçamento fiscal e no OSS, inclusive as fontes das emendas parlamentares (CGU, 2005). Dentre essas fontes, há de se destacar as contribuições sociais devido à sua destinação exclusiva, pelo menos teoricamente, às áreas inscritas na Seguridade Social.

Nesse sentido, a CPMF se encontra no rol de elementos envolvidos no comportamento da participação das transferências intergovernamentais para a saúde. Pois, dentre as contribuições sociais, a CPMF sempre teve papel importante para a saúde, representando praticamente 30% dos recursos alocados no setor, em nível federal.

No caso da maioria dos municípios brasileiros, pode-se dizer que, na sua vigência, a CPMF viabilizou entre 10% e 20% dos gastos públicos com saúde, uma vez que as transferências federais representaram entre 30% e 65% dos gastos com saúde realizados nos municípios (SCATENA; VIANA; TANAKA, 2009). Essa contribuição, apesar de exclusiva para a saúde, desde 1999 foi carreada para o financiamento da previdência e, desde 2002, para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (DAIN, 2007; FRANÇA; COSTA, 2011). Essa desvinculação de recursos da CPMF pode explicar as quedas da participação das transferências intergovernamentais para a saúde verificada em alguns anos.

Outro fator que pode estar relacionado às oscilações das transferências se refere à DRU (antecedida pelo FSE e FEF), que desvincula, desde 1994 até os dias atuais, 20% do orçamento da União, incidindo tanto sobre os impostos como sobre as contribuições sociais (DAIN, 2007; FRANÇA; COSTA, 2011). Comparando dados de quatro órgãos (ANFIP³⁵, IPEA³⁶, TCU e Tesouro Nacional), nos anos de 2004 e 2005, que analisam o financiamento da Seguridade Social, pode-se constatar que independente do critério utilizado por cada um destes órgãos, se fossem contabilizados os recursos desviados via DRU o saldo da Seguridade Social permaneceria positivo (SALVADOR, 2007). Ou seja, o impacto da DRU tem ocorrido, principalmente, sobre o OSS composto pelas contribuições sociais, as quais já vinham sendo contingenciadas para setores específicos da Seguridade Social.

Com relação à aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e seu impacto sobre o investimento Federal na saúde, França e Costa (2011) evidenciam que, apesar de ter

³⁵ ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil.

³⁶ IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

havido uma elevação do valor médio anual empenhado pela União, esse valor manteve-se estagnado em torno do piso mínimo determinado pela referida emenda. A estimativa de acréscimo do piso, em resposta à implementação da emenda, era de 10,15%, no entanto, o crescimento efetivo foi de apenas 6,17%.

Apesar da Emenda Constitucional nº 29/2000 comprometer as três esferas no financiamento da saúde, é importante salientar que, no plano federal, ela implicou na desvinculação da saúde do Orçamento da Seguridade Social e não definiu as fontes de financiamento Federal para o setor, sendo esse um ponto chave para a questão do financiamento da saúde na atualidade (DAIN, 2007; VIANNA, 2009).

Assim, infere-se que as crescentes desvinculações e especializações do OSS e a atual indefinição das fontes de financiamento da saúde pelo ente Federal, se relacionam diretamente ao padrão das transferências intergovernamentais para a saúde, em termos relativos, verificado nessa série histórica.

Comparando o comportamento da participação das transferências intergovernamentais para a saúde na composição da despesa, na série histórica, entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2, não constatou-se diferença na distribuição dessa variável entre os dois grupos, apesar do ligeiro aumento de 15% desse percentual no GRUPO 1.

Isso se deve, muito provavelmente, ao fato das transferências legais do SUS não funcionarem como fluxos constitucionais, pois, a legislação específica que fixa os montantes ou percentuais a serem distribuídos só foi aprovada no ano 2000 e regulamentada em 2012. Destaca-se, ainda, que as transferências federais para o SUS, em sua maior parte, são negociadas ano a ano no âmbito do orçamento, podendo variar amplamente em sua distribuição regional a cada ano. Ou seja, o sistema legal de partilha, principal financiador das transferências não dispõe de mecanismos que permitam ajustamentos de curto prazo na distribuição intergovernamental dos recursos, pois, seus critérios legais são ruins e ineficientes (PRADO, 2001).

Nesse sentido, corrobora-se com Nazareth (2007) no entendimento de que os recursos transferidos aos municípios pelas demais esferas têm sido, de maneira geral, insuficientes em face das demandas crescentes da população. Isso conjugado com a falta de mecanismos institucionais de cooperação e coordenação dos esforços municipais; e com a baixa capacidade de arrecadação desses entes, vêm dificultando a estruturação de uma rede integralizada e regionalizada de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diretriz da descentralização orienta a política de saúde com ênfase na municipalização. Nessa perspectiva, foram publicados diversos instrumentos normativos, implicando em maior esforço do município para garantir o financiamento do setor.

Desde a instituição do SUS até os dias atuais, a questão do financiamento da saúde tem tido destaque, haja vista, as indefinições a seu respeito, as quais os instrumentos normativos em vigência não deram conta de satisfazer. Porém, a garantia de recursos para a saúde não se restringe às normas existentes, outras questões estão implicadas, como a capacidade de arrecadação dos entes subnacionais e o alinhamento da política econômica interna à política macroeconômica.

Nesse cenário de desafios, mas, também de possibilidades, chama a atenção o crescimento econômico alcançado pelo estado de Pernambuco nos últimos anos, o que gerou interesse em verificar as implicações na oferta de serviços públicos de saúde para os entes municipais.

Este estudo analisou a evolução das variáveis de Financiamento e Gasto e de Oferta de Serviços Públicos de Saúde para investigar a relação entre o crescimento da receita orçamentária municipal, o investimento em saúde e a oferta de serviços públicos.

Mediante essas considerações, algumas conclusões puderam ser extraídas dos resultados apresentados:

- As variáveis de Financiamento e Gasto apresentaram importante crescimento para os dois grupos de municípios. No entanto, apesar de apresentarem municípios com percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* diferenciados, a análise estatística traçada não evidenciou diferença no Financiamento e Gasto com saúde entre o GRUPO 1 e o GRUPO 2;
- A evolução das variáveis de Financiamento e Gasto apresentou semelhança com a evolução da taxa de inflação, com os picos e as quedas coincidindo;
- Para as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, o crescimento verificado foi de menor monta, com o Número de Leitos Hospitalares por mil/hab. apresentando queda para o conjunto dos 90 municípios e para o GRUPO 1;
- Quanto à distribuição das variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde entre os dois grupos, apenas três apresentaram diferença significativa: Número de Serviços de

Saúde sob Gestão Municipal ($p < 0,001$), Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF ($< 0,001$) e % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal ($p = 0,003$);

- Os dados desse estudo corroboraram com a literatura ao evidenciar a associação estatisticamente significativa entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*. Confirma-se, então, o papel da receita na ampliação e diversificação da despesa com saúde;
- Quando analisada a associação entre a Despesa com Saúde *per capita* e as variáveis de Oferta de Serviços Públicos de Saúde, apenas houve associação para a Proporção da Cobertura Populacional Estimada por ESF, para o % de Gestantes com 7 ou mais Consultas de Pré-natal e para o % de Cobertura Vacinal. A natureza dessas variáveis demonstra a orientação ao modelo de saúde pautado na atenção primária;
- O baixo crescimento do Percentual das Transferências para a Saúde em contraste com a elevação da Despesa própria com Saúde *per capita* evidencia o papel que a receita própria do município tem tido para o financiamento da saúde desse ente;
- Com o presente estudo, pode-se deduzir que o incremento da despesa com saúde deveu-se mais ao crescimento da arrecadação dos municípios do que ao crescimento das transferências, já que essas, em termos relativos, não se elevaram;
- Diante do exposto, assume-se que o aporte da receita orçamentária tem implicado no aumento da despesa com saúde e, ainda, na oferta de serviços públicos inscritos no nível da atenção primária.

Tendo em conta que a elevação da receita municipal tem repercutido no incremento da despesa com saúde desse ente e considerando as flagrantes deficiências do sistema de saúde devidas, a priori, à deficiência de recursos para o setor, o que é consequente das regras de financiamento vigentes, entende-se que os esforços até agora infligidos não têm tido a repercussão necessária. Apesar das diversas normas já publicadas os municípios mantêm-se em constrangimento financeiro, mesmo aplicando mais do que o mínimo que lhe cabe.

Apesar da União ser o ente de maior capacidade de arrecadação e único responsável pelo recolhimento das contribuições sociais, o mínimo de investimento em saúde e a fonte dos recursos da União para o setor não estão definidos de forma clara. Isso traz importante repercussão para os entes subnacionais, principalmente, para o município, principal gestor do sistema.

Há de se destacar, ainda, o alinhamento à política macroeconômica que restringe o financiamento do setor, devido ao uso do superávit primário para pagamento da dívida pública com conseqüente retração do Estado, sentida principalmente pelas áreas sociais. Nesse sentido, o fato da participação das transferências intergovernamentais se manterem estáveis é sintomático para a necessidade de a União fazer-se mais presente no financiamento, ou, quem sabe indo além, questionar até que ponto terá o município capacidade de gerir a saúde de seu território, atendendo aos princípios da universalidade e da integralidade em um contexto de limitação de recursos. Considere-se, ainda, as relações interfederativas resultantes do modelo de federalismo fiscal adotado pelo país, que se impõe também como um fator a ser considerado na análise do financiamento municipal da saúde.

Mediante às conclusões apresentadas nesse estudo, fica evidente a articulação entre a capacidade de arrecadação, o modelo de federalismo fiscal e a política econômica vigente, o que faz da concatenação desses elementos aspecto importante para entender de que forma eles se relacionam e quais variáveis podem estar implicadas no padrão de financiamento da saúde do município, tendo como referencial a garantia da assistência em consonância com a equidade e universalidade.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, J. R.; ARAÚJO, E. A. A capacidade de gastos dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. **Cadernos Adenauer**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 35- 55, 2001.
- AFONSO, J. R. R.; SOARES, J. M.; CASTRO, K. P. de. **A avaliação da estrutura e do desempenho do sistema tributário brasileiro**: o livro branco da tributação brasileira. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Documento para discussão IDB-DP-265, 2013.
- ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ARAÚJO, E. A.; OLIVEIRA, P. A. S. Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. **Informe-se**, Brasília: BNDES, n. 28, p. 1-8, 2001. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informesf/inf_28.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2013.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência nas políticas públicas. In: GERSHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. (Org.) **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.
- AZEREDO, B.; LOBO, T. **Política social: regulamentação constitucional e processo orçamentário**. Relatório ao PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1991.
- BAMBAS, A.; CASAS, J. A. Assessing equity in health: conceptual criteria. In: PAHO. Pan American Health Organization. **Equity and health**: views from Pan American Sanitary Bureau. Washington (DC), Occasional Publications, n. 8, p. 12-21, 2001.
- BARROS, M. E. D. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.307-310, 2001.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRANDT, C. T. Impacto da criação de pequenos municípios após a Constituição de 1988 sobre a repartição de recursos do FPM. In: DANTAS, B. et al. (Orgs.). **Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois**. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, v. 5, 2008. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/outras-publicacoes/volume-iv-constituicao-de-1988-o-brasil-20-anos-depois.-estado-e-economia-em-vinte-anos-de-mudancas/do-sistema-tributario-nacional-impacto-da-criacao-de-pequenos-municipios-apos-a-constituicao-de-1988-sobre-a-reparticao-de-recursos-do-fpm>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, v. 2, 2011b.

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011c. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: set. de 2013.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº29**, de 13 de setembro de 2000a. Altera os artigos 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. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 31 ago. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tabela 21: Produto interno bruto a preços correntes, impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos a preços correntes e valor adicionado bruto a preços correntes total e por atividade econômica, e respectivas participações/1999-2010**. [S.I.: s.n.], [2010a?]. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=21&z=p&o=39&i=P>>. Acesso em: 8 jan. 2013.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 15 jan. de 2013.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. 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. In:

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei Orgânica da Seguridade Social** – Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18212cons.htm>. Acesso em: jul. de 2013.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Perfil e evolução das finanças municipais: 1998 a 2004**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário temático: economia da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde - Assistência Médico-Sanitária 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.

BRASIL. Norma Operacional Básica 93 - NOB 93 - Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010c.

BRASIL. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: ago. de 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.409**, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB) para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. Disponível em: <

http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/federal/AUMENTO_PAB_FIXO.pdf>. Acesso em: jul. 2013.

BREMAEKER, F. E. J. de. **Evolução do quadro municipal brasileiro no período entre 1980 e 2001**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), n. 20, 2001. Série Estudos Especiais.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007.

CARVALHO, B.; COSTA, Á. de C. Da centralização à descentralização, da municipalização à terceirização: a quem compete a escolarização da criança brasileira hoje? **Revista Paulista de Educação**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-16, 2012.

CARVALHO, G. de C. M. de. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde - 1988-2001**. 2002. 363 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 39-51, 2008.

CARVALHO, G. I. de; SANTOS, L. **Comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90): sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CAVALCANTE, A. e S.; GRISI, S. J. F. E.; CAMPOS, J. S. O impacto do PSF no Município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Olinda. **Livro de Resumos**. Olinda: ABRASCO, 2004. [CD-ROM].

CGU - Controladoria Geral da União. **Gestão de recursos federais**: manual para os agentes municipais. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/ManualGestaoRecursosFederais/Arquivos/CartilhaGestaoRecursosFederais.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

COELHO, I. B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 171-183, 2010.

COSTA, N. do R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

DAIN, S. Investimento em saúde e desenvolvimento: relações entre crescimento econômico e bem estar. In: SEMINÁRIO SAÚDE, CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO, 2012, Rio de Janeiro. **Apresentação**. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2012. Disponível em: <<http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/file/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Sulamis%20Dain%20-%20Semin%C3%A1rio%20Centro%20Celso%20Furtado%20maio2012.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1851-1864, 2007. Suplemento.

DAIN, S. Visões equivocadas de uma reforma prematura. In: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Orgs.). **Reforma tributária e federação**. São Paulo: FUNDAP; 1995.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática: usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIGIÁCOMO, M. J. **A lei de responsabilidade fiscal e o princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente**. Disponível em: <http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/conselhos_direitos/a_lrf-eca-revisado.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2012.

DUARTE, A. J. M. et al. **Transferências fiscais intergovernamentais no Brasil: uma avaliação das transferências federais, com ênfase no sistema único de saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2009. 70 p. Texto para discussão, n. 1451.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G. do; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1875-85, 2011.

FAÍSCA, L. **Modelar relações entre variáveis quantitativas**. Seminários de métodos e análise de dados. Doutorado em Psicologia, Universidade do Algarve, Portugal, Faro, 2010. Disponível em: <<http://w3.ualg.pt/~lfaisca/SMAD05/SMAD%2005.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

FARIA, D. D. M. **Gestão fiscal responsável e qualidade de vida da sociedade:** uma análise do desempenho dos estados brasileiros. (2009). 70 f. (Mestrado em Administração) – Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

FAVERET, A. C. de 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.

FERREIRA, S. G. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. **Informe-se**, Rio de Janeiro: BNDES, n. 38, p. 1-8, 2002. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informes/inf_38.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014.

FIORI, J. L. Os "milagres econômicos" da Guerra Fria. **Carta Maior**, São Paulo, 28 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Coluna/Os-milagres-economicos-da-Guerra-Fria/26706>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

FRANÇA, J. R. M. de; COSTA, N. do R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-257, 2011.

GOMES, F. de B. C. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 6-17, 2014.

GOMES, G. M.; MAC DOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios:** o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, 2000. Texto para Discussão, nº 706.

GOMES, R. M. **Investimentos e gasto com pessoal:** a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a efetividade dos serviços de saúde dos municípios brasileiros. 2012. 103 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

GONÇALVES, R. F. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, 2009.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... — considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292–8, 2001.

GRANEMANN, S. Necessidades da Acumulação Capitalista. **Revista Inscrita**, Brasília, ano 6, n. 9, p.29-32, 2004.

GUIMARÃES, P. R. B. **Estatística Não-Paramétrica**. 2013. Apostila elaborada a partir de notas de aula do prof. Paulo Ricardo B. Guimarães. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: http://people.ufpr.br/~prbg/public_html/ce050/aluno%202013%20NPA.pdf. Acesso em: 14 set. 2013.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, 2009.

IDB – Interamerican Development Bank. **Fiscal decentralization: the search for equity and efficiency**. Economic and Social Progress in Latin America, 1994. Report.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Para compreender o INPC**: um texto simplificado. 6. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KRAEMER, M. E. P. **O impacto da contabilidade no sistema de gestão fiscal**. Governet. Boletim do Orçamento e Finanças, v. 35, p. 232-242, 2008. Disponível em: <<http://artigocientifico.uol.com.br/pesquisadores/?mnu=2&smnu=5&id=3219>>. Acesso em: 18 jan. 2014.

KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos nos 90. **Tempo Social: revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-81, 1999.

LEITE, K. V. B. da S.; ALMEIDA, Á. C. dos S. Aspectos Políticos e Teóricos da Relação entre Taxa de Juros, Inflação e Déficit Público. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO KEYNESIANA BRASILEIRA (AKB), 5., 2012, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Associação Keynesiana Brasileira, 2012. p. 1-25. Disponível em: <http://www.akb.org.br/upload/140820121139322197_Vanessa%20Leite.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2014.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. de. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação**: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996. (1997). 302 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, C. R. de A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. A. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1855-1864, 2006.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

LIMA, L. D. de. **Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde**: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 2006. 409 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, 2009.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. Política e reforma fiscal no Brasil recente. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-71, 2004.

LOUREIRO, M. R.; TEIXEIRA, M. A. C.; MORAES, T. C. Democratização e reforma do estado: o desenvolvimento institucional dos tribunais de contas no Brasil recente. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 1-17, 2009.

MACEDO, J. J.; CORBARI, E. C. Efeitos da lei de responsabilidade fiscal no endividamento dos municípios brasileiros: uma análise de dados em painéis. **Revista Contabilidade e Finanças**, São Paulo, v. 20, n. 51, p. 44-60, 2009.

MACHADO, C. V. **Direito universal, política nacional**: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

MACHADO, E. N. DA M.; FORTES, F. B. C. T. P.; SOMARRIBA, M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-111, 2004.

MACHADO, E. N. M. et al. **Fator de Alocação de Recursos Financeiros para Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Termo de Cooperação Técnica e Financeira entre a Secretaria de Estado da Saúde (SUS-MG) e a Fundação João Pinheiro. 2003.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, R. M. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro**. Santiago, Chile: Cepal, 1999.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.

MARTINS, G. A. **Estatística Geral e Aplicada**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTA, J. L. J. da. **Equilíbrio federativo e sistema único de saúde**: as transferências financeiras e o SUS no Jogo das relações federativas no Brasil. 2006. 183 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

MEDEIROS, K. R. de. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde**: um estudo dos municípios brasileiros. 2011. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MEDEIROS, K. R.; TAVARES, R. A. W. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco a lei de responsabilidade fiscal. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 56-64, 2012.

MEDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil**: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Atlas, 1994.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal” efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 11-20, 1996.

MENDES, Á. N. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001)**, 2005. 428 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENEZES, R. T. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998-2004)**. (2006). 128 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENEZES, R. T.; JÚNIOR, R. T. Regras fiscais no Brasil: a influência da LRF sobre as categorias de despesa dos municípios. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 7-37, 2006.

MOVIMENTO NACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA; ABRASCO. O Movimento Saúde Mais 10 e a luta pelo financiamento adequado do SUS - Contribuição ao debate - Anos 90: gênese do drástico subfinanciamento do SUS. **Nota Conjunta**. 2013. Disponível em: <<http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-14-46/material-de-divulgacao/2-uncategorised/78-o-movimento-saude-10-e-a-luta-pelo-financiamento-adequado-do-sus>>. Acesso em: 15 set. 2013.

NASCIMENTO, C. V. Artigos 1º ao 17º. In: MARTINS, I. G. D. S.; NASCIMENTO, C. V. D. (Eds.). **Comentários à Lei de Responsabilidade Fiscal**. São Paulo: Saraiva, p. 9-138, 2007.

NASCIMENTO, E. R. **Gestão pública: tributação e orçamento: lei de responsabilidade fiscal: tópicos em contabilidade pública: gestão pública no Brasil, de JK a Lula: administração financeira e orçamentária: finanças públicas nos três níveis de governo**. São Paulo: Saraiva, 2006.

NASCIMENTO, E. R.; DEBUS, I. **Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2.ed. Brasília: Tesouro Nacional, 2002.

NAZARETH, P. A. C. de P. **Descentralização e federalismo fiscal: um estudo de caso dos municípios do Rio de Janeiro**. 2007. 311 f. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro –UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

NEGRÃO, J. J. **Para conhecer o neoliberalismo**. São Paulo: Publisher Brasil, 1998.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2004. Relatório de Consultoria. Projeto 1.04.21.

OLIVEIRA, F. A.; REZENDE, F. O Estado e a federação. In: REZENDE, F.; TAFNER, P. (Ed.). **Brasil: o estado de uma nação**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005.

OLIVEIRA, F. de. Além da transição, aquém da imaginação. **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, v. 12, p. 2-15, 1985.

OLIVEIRA, G. B. de. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 37-48, 2002.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Série Especial Saúde no Brasil, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

PERNAMBUCO. **Resolução CIB/PE nº. 1734, de 17 de setembro de 2011**. Aprova o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco, 2011a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. **Relatório Interno**, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual do Programa Mãe Coruja Pernambucana**. Recife, 2011b.

PIOLA, S.; BIASOTO, J. R. G. Financiamento do SUS nos anos 90. In NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001.

PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-402, 2007.

PRADO, S. **A questão fiscal na federação brasileira: diagnóstico e alternativas**. Brasília, DF: CEPAL, 2007.

PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Orgs.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003.

PRADO, S. **Transferências fiscais e financiamento municipal no Brasil**. Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental. Ebap/Fundação Konrad Adenauer, 2001. Relatório de Pesquisa.

REZENDE, F.; CUNHA, A. **Contribuintes e cidadãos: compreendendo o orçamento federal**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2002.

ROSAS, M. A.; Bezerra, A. F. B.; Duarte-Neto, P. J. Uso das redes neurais artificiais na aplicação de metodologia para alocação de recursos da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p.128-36, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SALVADOR, E. Quem financia e qual o destino dos recursos da seguridade social no Brasil? In: IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Observatório da Cidadania – Relatório 2007**. [Rio de Janeiro]: IBASE, 2007.

SAYAD, J. Aspectos Políticos do Déficit Público. In. POMERANZ, L.; MIGLIOLI, J.; LIMA, G. T. **Dinâmica Econômica do Capitalismo Contemporâneo: Homenagem a M. Kalecki**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2001.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. Á.; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, 2009.

SERRANO, F.; SUMMA, R. Política Macroeconômica, crescimento e distribuição de renda na Economia Brasileira dos anos 2000. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO KEYNESIANA BRASILEIRA (AKB), 4., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Keynesiana Brasileira, 2011. p. 1-20. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/akb/encontros/2011/57.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SIEDENBERG, D. R. **Dicionário do Desenvolvimento Regional**. Santa Cruz: Edunisc, 2006.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1325-1335, 2009. Suplemento.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

SOUZA, N. de J. de. **Desenvolvimento econômico**. São Paulo: Atlas, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUDENE. **Sistema regional de indicadores sociais (SIRIS)**. Recife: Coordenação de Planejamento Regional, 1980.

SUDENE. **O desempenho da economia do Nordeste em 1987**. Recife, 1988.

TAVARES, M. Vinte anos de política fiscal no Brasil: dos fundamentos do novo regime a lei de responsabilidade fiscal. **Revista de Economia & Relações Internacionais**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 79-100, 2005.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, P. J. **Modelo de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.

TOBAR, F. O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 31-51, 1991.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TOMMIO, F. R. M. A criação de municípios após a constituição de 1988. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 61-89, 2002.

UGÁ, M. A. Crise Econômica e Políticas Sociais elementos para discussão. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 305-335, 1989.

UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M. A.; MARQUES, M. R. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

VARELA, P. S. **Indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde – um estudo de caso**. 2004. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VASCONCELLOS, M. A. S. de. **Economia Micro e Macro: Teoria e Exercícios, Glossário com 260 Principais Conceitos Econômicos**. São Paulo: Atlas, 2000.

VERAS, C. L. S. M.; VIANNA, R. P. T.; GOMES, L.B. Evolução de situação de saúde das crianças pelo PSF na Paraíba, entre 1998 e 2003. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 6., 2004, Olinda. **Livro de Resumos**. Olinda: ABRASCO, 2004. [CD-ROM].

VIANNA, M. L. T. W. As batatas de Pirro: comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 707-710, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, Série Especial Saúde no Brasil, p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

VIEIRA, C. DA R.; ALBERT, C. E.; BAGOLIN, I. P. **Crescimento e Desenvolvimento Econômico do Brasil: uma análise comparativa da desigualdade de renda per capita dos níveis educacionais**. TEXTO PARA DISCUSSÃO N°03/2007. Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www3.pucrs.br/pucrs/ppgfiles/files/faceppg/ppge/texto_3.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

WATTS, R. L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996.

WHITEHEAD, M. **Los conceptos y principios de la equidad en la salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1991.

ANEXO A – Evolução da Taxa de inflação no período entre 1999 e 2010. (SERRANO; SUMMA, 2011, p. 3).

