

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**

**Juliana Maria Oriá de Oliveira**

**CONDIÇÃO ECONÔMICO-FISCAL E DESPESA COM  
TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE: UMA  
INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS  
DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2010**

**JULIANA MARIA ORIÁ DE OLIVEIRA**

**CONDIÇÃO ECONÔMICO-FISCAL E DESPESA COM TRABALHADORES DO  
SETOR SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE  
PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva

**Orientador: Kátia Rejane de Medeiros**

RECIFE

2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

O48c Oliveira, Juliana Maria Oriá de.

Condição econômico-fiscal e despesa com trabalhadores do setor saúde: uma investigação da situação dos municípios de Pernambuco/ Juliana Maria Oriá de Oliveira. — Recife: J. M. O. Oliveira, 2010.  
33 f.

Trabalho de conclusão de curso (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Gastos em Saúde. 2. Financiamento em Saúde 3. Pessoal de Saúde - economia. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 614.2

---

**JULIANA MARIA ORIÁ DE OLIVEIRA**

**CONDIÇÃO ECONÔMICO-FISCAL E DESPESA COM TRABALHADORES DO  
SETOR SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE  
PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva

Aprovado em: 07 / 03 / 2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

Doutoranda Kátia Regina de Medeiros  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

---

Doutoranda Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

## AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora Prof. Kátia Rejane de Medeiros pela valorosa contribuição, paciência e atenção que teve comigo durante a elaboração deste trabalho. A você, os meus agradecimentos especiais.

Às amigas Neuza Buarque e Manuela Oliveira, que compartilharam comigo todos os momentos de dificuldades, pelo carinho, pela força e pelas palavras de incentivo necessárias para a conclusão deste trabalho.

Aos amigos Gleidson Castro e Fábio Alencar, do Grupo de Pesquisa do Observatório de Recursos Humanos, pela disponibilidade, valiosas contribuições e pelo prazer da convivência.

A minha família, em especial a minha mãe, sem as quais não seria possível a realização deste trabalho.

Ao meu pai, que já partiu, mas com sua dedicação, me ensinou a percorrer meu próprio caminho.

A todos os professores e funcionários do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, pelo aprendizado.

A todos aqueles que, de alguma maneira, colaboraram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Por fim, e principalmente, agradeço a Deus por me sustentar nos momentos difíceis, dando-me força e perseverança de continuar o caminho.

“A vida só pode ser comprendida, olhando-se para trás;  
mas só pode ser vivida, olhando-se para frente”.

*Soren Kierkegaard*

**CONDIÇÃO ECONÔMICO-FISCAL E DESPESA COM TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO**

**Economic and fiscal condition and expense of workers from health sector: a research of the status of municipalities in Pernambuco**

**Juliana Maria Oriá de Oliveira**

Odontóloga, Residente em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / Fundação Oswaldo Cruz

**Kátia Rejane de Medeiros**

Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ, Doutorando em Saúde Pública/CPqAM/FIOCRUZ. [kmediros@cpqam.fiocruz.br](mailto:kmediros@cpqam.fiocruz.br)

**Artigo a ser encaminhando para a Revista Ciência & Saúde Coletiva seguindo suas normas de formatação.**

# CONDIÇÃO ECONÔMICO-FISCAL E DESPESA COM TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE: UMA INVESTIGAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO

**Economic and fiscal condition and expense of workers from health sector: a research of the status of municipalities in Pernambuco**

**Autores: Juliana Maria Oriá de Oliveira<sup>1</sup>; Kátia Rejane de Medeiros<sup>2</sup>**

## RESUMO

A descentralização responsabilizou os municípios na expansão dos serviços de saúde, ampliando os postos de trabalho. Com uma política de recursos financeiros insuficientes, identificou-se uma sobrecarga fiscal nos municípios. Para ampliar os desafios, a Lei de Responsabilidade Fiscal (2000), com objetivo de ordenar os gastos e prevenir o endividamento, determina limites para gasto com pessoal da saúde. Este estudo, de caráter exploratório, analisa a repercussão dos gastos com pessoal da saúde na condição fiscal dos municípios de Pernambuco em 2007, a partir da criação de indicadores recorrendo-se aos bancos de dados do Tesouro Nacional/FINBRA e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS. Entre os municípios: 96,7% tinham receita *per capita* até R\$1.499; 23,3% contam com mais de 50% de recursos oriundos do FPM; 92,8% têm baixa arrecadação tributária e, 44,4% apresentaram situação fiscal ajustada. Quanto aos efeitos fiscais dos gastos com pessoal da saúde, dos 49 municípios em situação emergencial, 85,7% destinaram mais de 50% dos recursos da saúde neste componente de despesas, sugerindo correlação entre gasto com pessoal e restrições fiscais. O estudo sugere novas investigações com variáveis não restritas ao campo das finanças, elucidando outros aspectos vivenciados pelos municípios.

**Palavras chaves:** Saúde, Situação fiscal; Gasto com pessoal; FINBRA; SIOPS

## ABSTRACT

Decentralization blamed the municipalities in the expansion of health services, increasing job places. With an inadequate policy of financial resources, a fiscal burden on municipalities was identified. To enlarge the challenges, the Fiscal Responsibility Law (2000), aiming to order spending and prevent the debt, sets limits for spending on personal health. This study, with an exploratory profile, examines the impact of spending on personal health in the fiscal condition of municipalities of Pernambuco in 2007, from the creation of indicators to use the databases of the National Treasury/ FINBRA and Information on the System Public Health Budget/SIOPS. Among the municipalities: 96.7% had income *per capita* up to U.S. \$ 1499, 23.3% were more than 50% of funds from the FPM, 92.8% have low tax revenues and 44.4% had tax position adjusted. Regarding the effects of fiscal spending on personal health, out of the 49 municipalities in an emergency situation, 85.7% went more than 50% of health resources in this component of expenditure, suggesting a correlation between spending on personnel and fiscal constraints. The study suggests new research with variables not restricted to the field of finance, elucidating other aspects experienced by municipalities.

**Keywords:** Health, Fiscal status ; spending on personnel; FINBRA; SIOPS

---

<sup>1</sup> Odontóloga, Residente em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) / Fundação Oswaldo Cruz

<sup>2</sup> Assistente Social, Analista de Gestão em Saúde CPqAM/FIOCRUZ, Doutorando em Saúde Pública/CPqAM/FIOCRUZ. kmedeiros@cpqam.fiocruz.br



## INTRODUÇÃO

A partir de uma cultura política, social e econômica, de diferentes matizes ideológicos, se produziu um grande consenso em torno da descentralização. Assim, passou-se a supor que, por definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e, que, além disso, fortaleceriam e consolidariam a democracia<sup>1</sup>.

No entanto, o processo de descentralização no Brasil atribui grande importância à herança da centralização, cujas origens são anteriores aos anos 30, e vem sendo substituída por um sistema, cuja concepção associa descentralização a formas mais ágeis, democráticas e eficientes de gestão. Neste sistema, os municípios devem vir a assumir a gestão dos programas de saúde e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município<sup>2</sup>.

Esse movimento de descentralização de um conjunto importante de responsabilidades e de recursos das esferas superiores do sistema para os municípios é reconhecido, hoje, como uma reforma setorial do Estado<sup>3</sup>. Para a viabilização do cumprimento dessas atribuições de governo, fazem-se necessários dois elementos principais: o poder de tributar ou arrecadar tributos e o poder de gastar. A repartição desses dois poderes entre os governos subnacionais e o nacional caracteriza o modelo de federalismo fiscal implantado<sup>4</sup>. Para que haja a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções, tornam-se necessárias estratégias de indução, nas quais as desigualdades regionais e as insuficiências locais são fatores importantes<sup>5</sup>.

O cerne da questão está na dificuldade em conciliar a descentralização fiscal com as desigualdades regionais num país como o Brasil, caracterizado pela existência de uma esmagadora maioria de municípios de pequeno porte populacional, pouca capacidade econômica e significativa dependência de transferências fiscais. Nesse contexto, sabendo-se

que a disponibilidade financeira não guarda uma relação equilibrada com a natureza das demandas e com a existência de recursos humanos e gerenciais, a gestão eficiente do gasto público fica comprometida, levando ao desequilíbrio fiscal dos municípios<sup>6</sup>.

Dois tipos de desequilíbrios podem ser verificados: os verticais, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no ente federal, em contraposição às necessidades de gastos das esferas subnacionais pelos maiores encargos assumidos; e os horizontais, em razão de desigualdades socioeconômicas existentes entre os governos que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de variações das necessidades e demandas da população<sup>4</sup>.

Déficits públicos persistentes e o acúmulo de dívida que deles resultam são fatores de preocupação pelo efeito que produzem sobre a economia. Governos que recorrem repetidas vezes ao endividamento para cobrir déficits orçamentários necessitam elevar suas taxas de juros frequentemente para continuar financiando suas dívidas. Uma das consequências desse aumento de juros é o aumento da incerteza quanto à capacidade do governo honrar seus compromissos. A não internalização integral desses custos gera incentivos para maiores gastos e endividamento<sup>7</sup>.

A necessidade de conter os déficits públicos e endividamento crescente das unidades da federação introduziu na agenda da gestão pública brasileira a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Não se restringindo apenas a impor limites ao gasto e ao endividamento, visto que contempla o orçamento ao estabelecer diretrizes para sua elaboração, execução e avaliação. A LRF reflete o instrumento de controle fiscal mais abrangente já instituído no país<sup>8</sup>.

A referida lei trouxe em seu bojo uma série de implicações para o gestor público, dentre as quais se destacam os limites rígidos para o gasto com pessoal, por cada nível de

governo em relação à receita líquida, com percentual equivalente a cada um dos Poderes (60% da receita corrente líquida para Estados e Municípios e de 50 % para a União)<sup>9</sup>. A imposição de limites específicos para o gasto com pessoal explica-se por ser ele o principal item de despesa corrente, e, apresentar um histórico de gasto elevado, por um longo período, especialmente no caso dos municípios brasileiros.

No que diz respeito aos gastos públicos com pessoal, a saúde constitui um importante setor no mercado de trabalho do país. Como os demais serviços de consumo coletivo encontram-se vinculados a um conjunto de determinantes políticos e econômicos que permeiam o mercado de trabalho em geral, pode-se dizer que o dinamismo e as características dos seus empregos foram influenciados pela reforma do setor e pelo crescimento do sistema produtor de serviços, os quais provocaram mudanças significativas na estrutura ocupacional, no perfil quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde<sup>10</sup>.

A natureza do trabalho e a complexidade dos atos profissionais que envolvem a saúde exigem sempre conhecimento técnico atualizado e profissionais qualificados. Por essa razão, a cada nova tecnologia, a cada novo conhecimento registrado nas ciências de saúde, são gerados inúmeros empregos, novas ocupações e novas especialidades<sup>11</sup>.

Portanto, os recursos humanos no setor saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde prestados à população. Para implementação plena do SUS e para que sejam alcançados os objetivos e metas previstos nos Planos de Saúde das três esferas de governo, é necessário tratar a gestão do trabalho como uma questão estratégica<sup>12</sup>.

No SUS, assim como na maior parte do setor público, os dirigentes só agora começam a ultrapassar a fase do mero discurso laudatório acerca do papel da gestão do trabalho. Programas prioritários, tais como o de Saúde da Família, não mais conseguem colocar as pessoas em uma relação de trabalho que seja satisfatória para empregador e empregado.

Crescem as formas de vinculação temporária e precária, os dirigentes, por sua vez, ressentem-se da contingência de que, para viabilizar a produção de serviços prioritários na Política Nacional de Saúde, tenham de ser obrigados a contornar inúmeros e difíceis óbices legais e administrativos<sup>13</sup>.

Muitas vezes se afirma que os contratos precários e terceirizados expressam a intenção do gestor de gastar menos para fugir aos tetos de gasto com pessoal contidos na LRF<sup>14</sup>.

Sabendo que a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do Sistema equivale-se na mesma medida ao resultado da forma e das condições como são tratados os trabalhadores que neles atuam; que os municípios têm grande papel na oferta de serviços de saúde, o que induz a ampliação de postos de trabalho; e, que há, no presente, restrições e controle de gastos com pessoal, cabe indagar: qual a repercussão dos gastos com pessoal da saúde na condição fiscal dos municípios do Estado de Pernambuco no ano de 2007?

Uma aproximação a essa resposta coloca a necessidade de pensar o acesso às informações contábeis dos municípios, ou seja, remete a discussão ao campo dos sistemas de informação. Indicadores econômicos podem ser gerados a partir das informações financeiras dos municípios contidas nesses sistemas.

Com essas exigências e novas imposições nas agendas dos gestores municipais, foram criados o Sistema de Coleta de Dados Contábeis (SISTN) da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) em 1989 e, dez anos mais tarde, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS).

O SISTN, contidos no Finanças do Brasil (FINBRA), tem o objetivo de coletar dados contábeis dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios brasileiros, quanto à execução orçamentária (receita e despesa) e balanço patrimonial (ativo e passivo), de modo a prover sua respectiva Secretaria das informações necessárias ao desenvolvimento de suas obrigações,

especificamente as relativas à implementação da LRF e legislação complementar. As informações disponibilizadas integram o Relatório Resumido da Execução Orçamentária da LRF. Por estarem agrupadas, não se pode identificar os gastos com o pessoal da saúde em cada município.

Para coletar informações sobre receita total e despesa com ações e serviços de saúde das três esferas de governo, o SIOPS é criado como primeira fonte de informações sobre os gastos públicos municipais com grande cobertura e detalhamento. Alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, com preenchimento de natureza declaratória, busca manter a compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela STN.

Pelas características desses sistemas, nota-se que pesquisas que relacionem gastos com pessoal da saúde e aspectos fiscais, mais precisamente a condição fiscal dos municípios, podem ser viabilizadas, reconhecendo-se aquilo que têm de possibilidades, ou seja, FINBRA – contas públicas e SIOPS – gastos com pessoal da saúde.

Apesar da relevância deste tema na agenda da gestão dos sistemas municipais de saúde<sup>15</sup>, há lacunas de investigações que estabelecem essa relação recorrendo a fontes de informações, o que ratifica a pertinência deste estudo. Assim, esta pesquisa analisa a repercussão dos gastos com pessoal da saúde na condição fiscal dos municípios do Estado de Pernambuco no ano de 2007.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de caráter exploratório<sup>16</sup> que utilizou os dados disponíveis no Sistema de Coleta de Dados Contábeis da Secretária do Tesouro Nacional (SISTN) / FINBRA para a análise da situação econômico-fiscal, e no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS para a análise dos gastos com pessoal da saúde.

Pesquisou-se o conjunto de municípios do Estado de Pernambuco, que apresentaram, no ano de 2007, Relatórios de Gestão Fiscal (RGF) consistentes perante a STN / FINBRA e Relatórios das receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde contidos no SIOPS. Do conjunto dos 184 municípios de Pernambuco, foram identificados, nos dois sistemas pesquisados, 180 municípios, os quais compõem nossa amostra. Estes foram divididos por extrato populacional em seis grupos, os quais serão representados por letras, de A a F, sendo respectivamente:  $\leq 10.000$ ,  $>10.000$  a  $20.000$ ,  $>20.000$  a  $50.000$ ,  $>50.000$  a  $100.000$ ,  $>100.000$  a  $500.000$ , e  $>500.000$  habitantes.

Investigou-se o ano de 2007 pelo fato de ser o ano mais recente que se encontrava disponível no início da execução da pesquisa, julho de 2009, haja vista, os relatórios desses sistemas de informação serem disponibilizados anualmente, geralmente entre agosto e outubro, sempre referente ao ano anterior.

Para verificação da situação econômica dos municípios, a qual mede o grau de autonomia ou dependência dos municípios através da análise da estrutura das suas receitas (se próprias ou oriundas de transferência), consideraram-se três indicadores criados a partir da base de dados FINBRA, quais sejam: Receita *per capita* (RCLPER) que mostra a disponibilidade de recursos que o município tem por habitante, para o financiamento de seus gastos; Receita Tributária sobre a Receita Corrente Líquida (RT/RCL) que representa a

contribuição dos tributos municipais (impostos, taxas, e contribuições de melhoria) na composição da receita corrente, revelando a capacidade dos municípios na geração de receita própria; e percentual de dependência do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) que demonstra o grau de dependência das prefeituras frente aos repasses ou recursos de transferências<sup>17</sup>.

Apesar de, outros em estudos, como o de Medeiros *et al*<sup>18</sup>, identificar-se a composição dos indicadores do FINBRA em maior número de intervalos para análise do estado de Pernambuco no ano de 2007, optou-se pela composição de apenas três intervalos, os quais sempre serão representados por números, como mostra o quadro 1.

INDICADOR	INTERVALOS		
	1	2	3
RCLPER	≥R\$1 a 1.499	≥R\$1.500 a 2.999	≥R\$3.000
RT/RCL	≥1 a 6,99%	≥7 a 13,99%	≥14%
FPM	≤25%	>25 a 50%	>50%

Quadro 1 – Intervalos dos três indicadores econômicos.

Na classificação dos municípios, segundo sua situação fiscal, que mede a disponibilidade nos municípios de receitas para financiar a despesa total com pessoal da saúde resultante da provisão de serviços públicos oferecidos à população, utilizou-se, como referência, o estudo desenvolvido pela estação observatório do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), que considerou os seguintes intervalos: Emergencial (≥ 51,3%), Limítrofe (≥48 e <51,3%), Ajustada (≥38 e <48%) e Boa (<38%)<sup>19</sup>. Essa mesma classificação foi utilizada por Medeiros *et al* (2008) em estudo para os municípios de Pernambuco em 2004.

Os dados provenientes do SIOPS, percentual de gastos com pessoal da saúde, que representa a participação das Despesas com Pessoal (exceto inativos) no total das despesas com Saúde, foram construídos a partir de consulta ao site [www.siops.datasus.gov.br](http://www.siops.datasus.gov.br), criando-

se três intervalos de análise referentes a esse indicador. Estes intervalos serão representados por números, de 1 a 3, sendo respectivamente:  $\leq 25\%$ ,  $>25$  a  $50\%$ , e  $>50\%$

Para o processamento e apresentação em tabelas e gráficos, utilizou-se o programa Excel 2007.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados em dois blocos. No primeiro bloco, na tabela 1, aferiu-se a situação econômica dos municípios pernambucanos, no ano de 2007, apresentando-se os três indicadores econômicos - Receita *per capita* (RCLPER), Receita Tributária sobre a Receita Corrente Líquida (RT/RCL) e percentual de dependência do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

No segundo bloco, na tabela 2, tem-se a descrição da situação fiscal dos municípios. O percentual de gastos com o pessoal da saúde é apresentado na tabela 3, e, por fim no gráfico 1, tem-se a relação desses dois indicadores, apontando-se para repercussão dos gastos com pessoal da saúde na condição fiscal dos municípios.



Tabela 1 – Distribuição da Receita per capita, Proporção do Fundo de Participação dos Municípios e Capacidade de Arrecadação Tributária dos municípios de Pernambuco, segundo porte populacional, 2007

RCLPER	Extrato populacional		INTERVALO 1		INTERVALO 2		INTERVALO 3		TOTAL	
			≥R\$1 a1.499		≥R\$1.500 a 2.999		≥R\$3.000			
			N	%	N	%	N	%	N	%
A	≤10.000	18	90,0	01	5,0	01	5,0	20	100,0	
B	>10.000 a 20.000	65	97,0	02	3,0	00	0,0	67	100,0	
C	>20.000 a 50.000	61	98,4	01	1,6	00	0,0	62	100,0	
D	>50.000 a 100.000	20	95,2	00	0,0	01	4,8	21	100,0	
E	>100.000 a 500.000	08	100,0	00	0,0	00	0,0	08	100,0	
F	>500.000	02	100,0	00	0,0	00	0,0	02	100,0	
<b>TOTAL</b>		174	96,7	04	2,2	02	1,1	180	100,0	
FPM	Extrato populacional		INTERVALO 1		INTERVALO 2		INTERVALO 3		TOTAL	
			≤25%		>25 a 50%		>50%			
			N	%	N	%	N	%	N	%
A	≤10.000	00	0,0	10	50,0	10	50,0	20	100,0	
B	>10.000 a 20.000	00	0,0	39	58,2	28	41,8	67	100,0	
C	>20.000 a 50.000	00	0,0	59	95,2	03	4,8	62	100,0	
D	>50.000 a 100.000	02	9,5	19	90,5	00	0,0	21	100,0	
E	>100.000 a 500.000	05	62,5	02	25,0	01	12,5	08	100,0	
F	>500.000	02	100,0	00	0,0	00	0,0	02	100,0	
<b>TOTAL</b>		09	5,0	129	71,7	42	23,3	180	100,0	
RT/RCL	Extrato populacional		INTERVALO 1		INTERVALO 2		INTERVALO 3		TOTAL	
			≥1 a 6,99%		≥7 a 13,99%		≥14%			
			N	%	N	%	N	%	N	%
A	≤10.000	20	100,0	00	0,0	00	0,0	20	100,0	
B	>10.000 a 20.000	66	98,5	01	1,5	00	0,0	67	100,0	
C	>20.000 a 50.000	61	98,4	01	1,6	00	0,0	62	100,0	
D	>50.000 a 100.000	18	90	03	14,3	00	0,0	21	100,0	
E	>100.000 a 500.000	02	25	05	62,5	01	12,5	08	100,0	
F	>500.000	00	0,0	00	0,0	02	100,0	02	100,0	
<b>TOTAL</b>		167	92,8	10	5,6	03	1,7	180	100,0	

Fonte: FINBRA (2007)

### Receita per capita

Identificou-se o predomínio dos municípios pernambucanos no 1º intervalo do indicador, ou seja, 96,7% deles pertencem ao intervalo de até R\$ 1.499 por habitante. Apenas 04 municípios pertenciam ao intervalo 2 e, com RCLPER superior a 3.000 apenas 02 municípios.

Lima<sup>4,20</sup> mostra, no plano dos municípios, as disparidades encontradas na receita disponível *per capita*, de tal monta que o sistema privilegia claramente as capitais (23% da população) e os municípios abaixo de 5 mil habitantes (2,7% da população) em detrimento

aos municípios no intervalo de 10 mil a 100 mil habitantes (41% da população brasileira). Porém o mesmo não foi observado no estado de Pernambuco no ano de 2007, onde a RCLPER encontra-se no mesmo intervalo, para 174 municípios de diferentes extratos populacionais, como descritos na tabela 1.

Dentre os municípios mencionados que se situavam no intervalo 1, a maioria, mais de 90%, estavam nos quatro primeiros extratos populacionais. Nesse intervalo, encontravam-se, também, todos os municípios do Estado acima de 100 mil habitantes: os 08 municípios do extrato E (Cabo de Santo Agostinho, Vitória de Santo Antão, Olinda, Petrolina, Paulista, Caruaru, Garanhuns e Camaragibe) e os 02 municípios do extrato F (Recife e Jaboatão dos Guararapes).

Dos 04 municípios representantes do intervalo 2, 50 % deles pertenciam ao extrato populacional B, ou seja, de até 20.000 habitantes. Dos 02 municípios no 3º intervalo identificou-se que 01 tem população de até 10.000 habitantes (Itacuruba), e o outro, representado por Ipojuca, que pertence ao extrato populacional >50.000 a 100.000.

A melhor situação constatada em 2007 foi no município de Itacuruba com 4.097 habitantes e R\$ 3.639,72 per capita, seguido pelo município de Ipojuca com 70.070 habitantes e R\$ 3.296,56 per capita. O município de Ipojuca tem como um dos principais fatores econômicos o turismo, por meio de suas praias, com uma rede hoteleira bastante desenvolvida e, também, do acentuado ritmo de crescimento do Complexo Industrial e Portuário de Suape. Já o município de Itacuruba se encontra inserido nos domínios da macro bacia hidrográfica do Rio São Francisco, da bacia hidrográfica do Rio Pajeú e do Grupo de Bacias de Pequenos Rios Interiores, tendo aproveitamento hidroelétrico para as usinas da CHESF – Companhia Hidroelétrica do São Francisco.

Os resultados contrapõem-se aos estudos de Lima<sup>4,20</sup> que apontam a receita *per capita* das capitais, sendo 80% mais alta que a enorme parcela da população que reside em

municípios intermediários. Nas mesmas pesquisas aponta-se que os municípios com população abaixo de 5 mil habitantes têm uma receita *per capita* superior às capitais. Em Pernambuco no ano de 2007, o único município do primeiro extrato, que corrobora com os achados de Lima<sup>4,20</sup> foi Itacuruba, cuja RCLPER, foi a maior do estado.

### **Percentual de dependência do Fundo de Participação dos Municípios**

Quanto ao grau de dependência do FPM, 71,7% dos municípios pernambucanos contavam do seu conjunto de recursos, com >25 a 50% oriundos de transferências do FPM. No intervalo superior, ou seja, >50% de recursos oriundos de transferências, tem-se 23,3% dos municípios, os quais ocuparam a posição mais frágil entre os municípios do Estado. Os 5% restantes dos municípios, no intervalo  $\leq 25\%$ .

Em estudo dos municípios mineiros, pode-se observar a forte dependência dos repasses do FPM em 48,5% do total dos municípios; a participação do FPM na receita corrente variava entre 60 a 80%, demonstrando o pouco dinamismo de suas economias. Para 30 municípios, a dependência era quase total, representando mais de 80% das receitas totais. No outro extremo, apenas 28 municípios, 4% do total, localizavam-se no intervalo de classe entre 0 a 20% da participação do FPM em suas receitas correntes<sup>17</sup>.

Comparando os resultados dos municípios mineiros com os resultados dos municípios de Pernambuco, em 2007, observa-se um número menor de municípios, 23,3%, com forte dependência do FPM; não se identificando nenhum município com dependência superior a 71%; e um número equivalente de municípios com baixa dependência.

No intervalo 1, observa-se apenas a presença de municípios com população superior a 50 mil habitantes (extrato populacional D em diante), sendo, destes, a maioria do extrato populacional E (>100 a 500 mil habitantes). Nesta condição identificaram-se também os 02

maiores municípios do Estado, ou seja, com mais de 500 mil habitantes quais sejam: Recife e Jaboatão dos Guararapes. O município que apresentou menor dependência do FPM, em 2007, foi Ipojuca com 70.070 habitantes e 6,85% de dependência.

O estudo de Souza<sup>21</sup> demonstrou que do FPM, 10% são transferidos para as capitais, 86,4% para os municípios do interior e 3,6% para aqueles com mais de 156.216 habitantes. Essa fórmula de transferência beneficia, assim, os municípios menos populosos. As transferências federais representam a principal fonte de receita para os municípios pequenos e médios.

A maioria dos municípios no intervalo de >25 a 50% é menor de 50 mil habitantes. Nesse intervalo encontram-se 95,2% dos municípios do extrato C (>20.000 a 50.000). Apenas 02 municípios estavam no extrato populacional E.

O estudo de Lima<sup>4</sup> apontou que os municípios do Norte, Nordeste e os com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos, são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do MS, o que não condiz com os resultados encontrados neste estudo, onde os municípios maiores de 50 mil habitantes são os que menos dependem do FPM e, os menores de 20 mil habitantes os que apresentam maior dependência.

Com população inferior a 50 mil habitantes estão os 97,6% dos municípios pertencentes ao 3º intervalo deste indicador. Dentre estes, situavam-se 41,8% dos municípios do extrato populacional B. Nesse intervalo, também se encontra 01 município, Paulista, com 54,52% de dependência, no extrato populacional E. A pior situação encontrada foi a do município de Orocó com 13.167 habitantes e 70,14% de dependência, seguido pelo município de Salgadinho com 7.770 habitantes e 66,14% de dependência. Esses resultados apontam que

o FPM representa a primeira fonte de financiamento para a maioria das prefeituras, tendo uma relevância inversamente proporcional ao tamanho do município.

As regras de repartição do FPM incentivaram a proliferação de centenas de novas unidades municipais, na maioria dos casos, muito pequenas e com baixa condição de se sustentarem sem os repasses do governo<sup>22</sup>. Por outro lado, tais regras acabam, também, não estimulando o melhor uso das capacidades tributárias próprias pela maioria de municípios que dispõe de uma base econômica pouco desenvolvida<sup>6</sup>.

### **Receita Tributária sobre a Receita Corrente Líquida**

Quanto à capacidade de arrecadação tributária 92,8% dos municípios do Estado, em 2007, arrecadavam até 6,99% de tributos. Com até 13,99% de capacidade de arrecadação, 10 municípios e 03 municípios no intervalo  $\geq 14$ .

Resultados equivalentes aos de Pernambuco em 2007 foram encontrados no estudo dos municípios mineiros para o ano 1996, mostrando que, em termos de geração de recursos próprios, a maioria dos municípios, 434, ou 58% deles tinham somente até 5% de suas receitas correntes derivadas de receitas tributárias. Apenas em 02 municípios mineiros, Belo Horizonte e São Lourenço, encontravam-se na maior faixa de arrecadação das receitas tributárias. Os resultados sugerem que grande parte dos municípios, principalmente os de pequeno porte, não se empenha em desenvolver, quer pela precariedade da base tributável, quer por motivos políticos, ou mesmo pela precária situação financeira da maioria de seus moradores, esforço próprio de arrecadação<sup>17</sup>.

Todos os municípios do extrato populacional A (20 municípios) estavam no intervalo 1, mostrando inexpressiva arrecadação tributária sobre o conjunto de suas receitas correntes nos municípios de pequeno porte do Estado. A maioria dos municípios nessa situação

encontravam-se nos extratos B e C. Dois municípios do extrato populacional E, também se enquadraram no intervalo 1.

Segundo Bakalarczyk<sup>23</sup>, a autonomia financeira é fundamental para que o Município possa usufruir as demais espécies de autonomia – política e administrativa. Afinal, sem a possibilidade de arrecadar e despender recursos financeiros, investindo, contratando serviços ou pagando a folha funcional, o Município torna-se inoperante, sendo inútil ter governo e administração própria, editar leis ou organizar serviços que não poderá efetivamente prestar por não dispor de lastro financeiro para custeá-los. Nesse quadro, o município também seria potencialmente inoperante enquanto prestador de políticas.

Corroborando com esses resultados, Souza<sup>21</sup> aponta que as maiores diferenças na distribuição da população ocorrem no Nordeste, onde o número de pequenas municipalidades com populações entre 10.000 e 20.000 habitantes é bastante alto vis-à-vis as demais regiões. Isso mostra os constrangimentos financeiros desse grupo de municípios que abrigam populações muito pobres, o que impede o aumento das receitas próprias locais. Ademais, a Constituição alocou aos municípios o direito de tributar bens e serviços, cujo fato gerador decorre do ambiente urbano, o que privilegia os de maior porte demográfico. Tais limitações são parcialmente compensadas pelas transferências federais via o Fundo de Participação dos Municípios – FPM.

Dos 10 municípios que integraram o intervalo 2, 08 tinham população >50 a 500mil habitantes, sendo destes, 62,5% dos municípios do extrato E. Os melhores no rol de arrecadação tributária, ou seja, que integram o 3º intervalo tem-se Olinda, Recife e Jaboatão dos Guararapes, os quais têm populações >100 a 500.00 e > 500.000 habitantes respectivamente.

Os resultados demonstram tal como assinalado por Afonso & Araújo<sup>22</sup>, que os principais tributos municipais têm características eminentemente urbanas, sendo as

propriedades mais valorizadas e as atividades de serviços mais concentradas nos grandes centros e nas regiões mais desenvolvidas. Por essa razão é que, a despeito do substancial incremento, em termos agregados, da receita própria municipal, a arrecadação também é concentrada nas regiões mais ricas. As transferências, em particular o FPM, cumprem, portanto, o papel de minimizar a enorme variância no padrão de financiamento dos municípios brasileiros. Essas transferências podem levar ao desestímulo de esforço tributário próprio do município, embora não possam ser consideradas causas únicas. Fatores como a estreiteza da base econômica e as maiores dificuldades e custos administrativos para se coletar os tributos municipais também merecem atenção. Existe, na realidade, um grande potencial de geração de recursos próprios não aproveitados que, em boa medida, está relacionado com os obstáculos encontrados na cobrança dos tributos cuja competência é atribuída aos municípios.

Os municípios que apresentaram maior percentual de receita tributária foi Recife com 1.533.580 habitantes e 30,36% de arrecadação, seguido pelo município de Olinda com 391.433 habitantes e 18,02% de arrecadação, ambos integrantes da região metropolitana do Recife.

Cálculos do Ibam (Instituto Brasileiro de Administração Municipal) (2001) mostram que os municípios com menos de 10.000 habitantes e aqueles com população entre 10.000 e 20.000 representam 74,8% do total de municípios do Brasil, sendo que a média da receita própria desses municípios representa 7% do total dos seus recursos. Somente nos municípios com população superior a 50.000 pessoas, a receita total e a receita própria estão acima da média encontrada no país, no entanto, representam apenas 9,5% do total dos municípios brasileiros<sup>21</sup>.

## Situação Fiscal

Em relação à situação fiscal, os municípios do Estado de Pernambuco, no ano de 2007, encontravam-se nas seguintes situações: 44,4% situação AJUSTADA, 27,2% em situação EMERGENCIAL, 15% situação LIMÍTROFE e 13,3% em BOA situação. A proporção encontrada para os municípios citados, no ano de 2004, na análise de Medeiros *et al*<sup>18</sup>, foi, respectivamente: 40,98%; 18,03%; 25,41% e 15,58%. A comparação desses resultados sugere que os municípios em situação LIMITROFE em 2004 podem ter piorado sua condição fiscal, resultando a situação EMERGENCIAL em 2007.

Tabela 2 – Situação Fiscal dos municípios de Pernambuco segundo porte populacional, 2007

Extrato populacional		EMERGENCIAL		LIMITROFE		AJUSTADA		BOA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>A</b>	≤10.000	03	15,0	05	25,0	06	30,0	06	30,0	20	100,0
<b>B</b>	>10.000 a 20.000	20	29,9	06	9,0	34	50,7	07	10,4	67	100,0
<b>C</b>	>20.000 a 50.000	24	38,7	10	16,1	22	35,5	06	9,7	62	100,0
<b>D</b>	>50.000 a 100.000	01	4,8	04	19,0	13	61,9	03	14,3	21	100,0
<b>E</b>	>100.000 a 500.000	00	0,0	02	25,0	05	62,5	01	12,5	08	100,0
<b>F</b>	>500.000	01	50,0	00	0,0	00	0,0	01	50,0	02	100,0
<b>TOTAL</b>		49	27,2	27	15,0	80	44,4	24	13,3	180	100,0

Fonte: FINBRA (2007)

Segundo Lima<sup>4</sup>, os municípios do Norte e Nordeste precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantir a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde.

Na situação BOA, do total de 24 municípios, 19 municípios tinham até 50 mil habitantes, sendo aproximadamente, 1/3 para cada um dos 3 extratos populacionais. Pode-se observar também que 03 municípios eram do extrato populacional D, 01 município no porte populacional E e 01 município no porte populacional F (Recife). Em 2004, Recife se encontrava em condição AJUSTADA<sup>18</sup>.



A maioria dos municípios em situação AJUSTADA tinha até 50 mil habitantes, sendo destes, 50,7% dos municípios do extrato B. Nessa situação, encontravam-se, também, mais de 60% dos municípios que integravam os extratos populacionais D e E.

Dos municípios em situação LIMITROFE, a maioria tinha até 50 mil habitantes, sendo, destes, 16,1% dos municípios do extrato populacional C. Nessa situação, também se encontravam 02 municípios do extrato E.

E, dos 49 municípios em situação EMERGENCIAL, 44 encontravam-se nos extratos populacional B e C, e 01 município do extrato F (Jaboatão dos Guararapes).

Diferente desses resultados, o estudo de Medeiros *et al*<sup>18</sup>, que analisou a situação fiscal dos municípios pernambucanos no ano de 2004, identificou os municípios >100 a 500 mil habitantes como os mais frequentes na condição LIMITROFE e EMERGENCIAL. Em 2007, a maioria destes está em situação AJUSTADA. Já o município de Jaboatão dos Guararapes encontrava-se em situação AJUSTADA, em 2004.

Conter gastos e equilibrar o orçamento tem sido apontado como a forma possível, mas também, a tarefa árdua dos governos para viabilizar o investimento público. Esse quadro que parece constituir um limite ao processo de descentralização em curso no país expressa, contudo, a realidade na qual estão inseridos os municípios mais pobres. Tal modo de perceber as limitações da gestão municipal, por sua incapacidade de investimento, conduz a que se analise a forma como os municípios se inserem na proposta federal de descentralização das políticas públicas, mediante sua adesão aos programas sociais<sup>24</sup>.

### **Proporção de gastos com pessoal da saúde**

Quanto à proporção de gastos com pessoal da saúde dos municípios de Pernambuco, 65,6% deles tiveram mais de 50% dos recursos do setor destinados a despesas com pessoal da

saúde, seguido de 23,3% municípios no intervalo >25 a 50% e 11,1% municípios no intervalo de até 25%.

Tabela 3 – Proporção de gastos com pessoal da saúde dos municípios de Pernambuco segundo porte populacional, 2007

Extrato populacional		INTERVALO 1 ≤25%		INTERVALO 2 >25 a 50%		INTERVALO 3 >50%		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>A</b>	≤10.000	03	15,0	07	35,0	10	50,0	20	100,0
<b>B</b>	>10.000 a 20.000	08	11,9	18	26,9	41	61,2	67	100,0
<b>C</b>	>20.000 a 50.000	07	11,3	10	16,1	45	72,6	62	100,0
<b>D</b>	>50.000 a 100.000	02	9,5	04	19,0	15	71,4	21	100,0
<b>E</b>	>100.000 a 500.000	00	0,0	02	25,0	06	75,0	08	100,0
<b>F</b>	>500.000	00	0,0	01	50,0	01	50,0	02	100,0
<b>TOTAL</b>		20	11,1	42	23,3	118	65,6	180	100,0

Fonte: SIOPS (2007)

Em relação ao extrato populacional, a maioria dos municípios do intervalo 1 eram dos extratos B e C. Dos municípios restantes, 03 estavam no extrato A e 02 no extrato D.

No intervalo 2, do total de 42 municípios, 35 tinham até 50 mil habitantes, sendo destes 26,9% dos municípios do extrato B. Também se encontravam nesse intervalo 02 municípios do extrato populacional E e, 01 município do extrato F (Recife).

A maioria dos municípios que estavam no intervalo 3 tinham até 50 mil habitantes, concentrando-se, a maioria destes, nos extratos populacional B e C. Ainda nesse intervalo, estavam 06 municípios no extrato E e, 01 município do extrato F (Jaboatão dos Guararapes). Vitória de Santo Antão, do extrato 5, com 121.233 habitantes, foi o município que mais gastou com pessoal da saúde, com e 77,58% do volume de gastos do setor saúde destinados as despesas com pessoal.

## Repercussão dos gastos com pessoal da saúde na condição fiscal dos municípios

No gráfico 1, apresenta-se a relação entre situação fiscal e gastos com pessoal da saúde. Nele foram selecionados e analisados os 49 municípios do Estado de Pernambuco com Situação Fiscal EMERGENCIAL no ano de 2007, segundo os extratos populacionais.

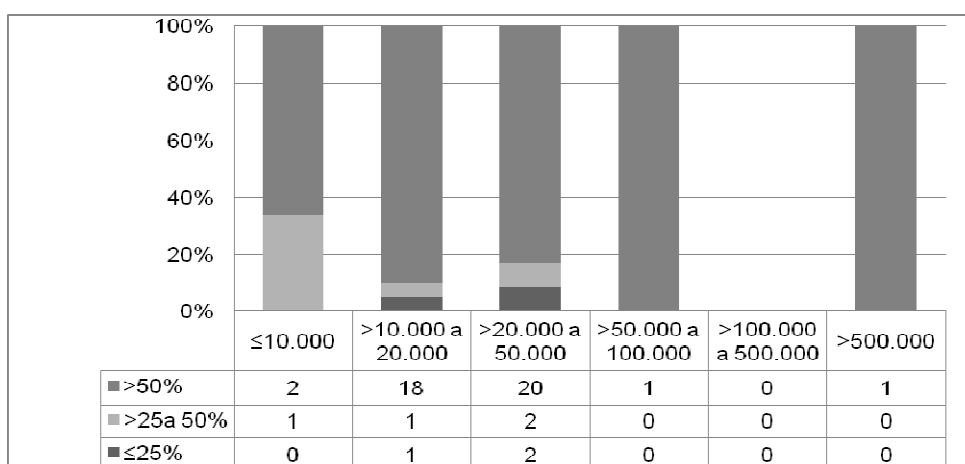


Gráfico 1 – Relação dos municípios de Pernambuco em Situação Fiscal Emergencial e seus Gastos com pessoal da saúde segundo porte populacional, 2007  
Fonte: FINBRA / SIOPS (2007)

Destes municípios, identificou-se que 85,7% (42 municípios) destinaram do volume de seus recursos da saúde mais de 50% nos gastos com pessoal.

Quando observado o critério dos extratos populacionais, notou-se que 38 municípios apresentam de >10 a 50 mil habitantes, 02 encontravam-se no extrato A, 01 no extrato D e 01 no extrato F (Jaboatão dos Guararapes). Dos 07 municípios restantes, 06 tinham de >10 a 50 mil habitantes, estando 03 municípios no intervalo 1 e 04 no intervalo 2.

Giuberti<sup>7</sup>, em estudo no ano de 2005, encontrou resultados que se contrapõem aos resultados descritos acima, mostrando que a correspondência entre os municípios que ultrapassaram o limite de gasto com pessoal e os municípios que apresentaram déficit corrente é baixa. Ou seja, não há um excesso de gasto generalizado com pessoal, nem uma forte relação entre este e a geração de déficits fiscais correntes. Entretanto, foi possível inferir-se

que, mesmo a maioria dos municípios não apresentando uma situação de gasto que necessitasse ser contida por meio de uma regra, estes de beneficiaram com a sua promulgação.

Porém, é necessário reconhecer que em um país como o Brasil, onde os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde de qualidade e o custeio de pessoal, especialmente de nível superior, ficam comprometidos<sup>25</sup>.

Nesse cenário, os gestores municipais de saúde associam a LRF como entrave a consolidação do SUS no âmbito municipal, visto que, impõe restrições nos gastos com pessoal. Aos municípios que muitas vezes, encontram-se no limite de sua possibilidade de contratação e temendo a possibilidade de interrupção dos serviços prestados à população, resta apenas a adoção de formas indiretas de contratação<sup>26</sup>.

Garson (2003) *apud* Lima<sup>4</sup> indica que tais limitações da lei sobre os gastos com pessoal têm sido extremamente severas, implicando numa disponibilidade menor de receitas para áreas altamente dependentes desses recursos, como é o caso do SUS.

Os resultados deste estudo, ressaltando-se seu caráter exploratório e sua análise ter se detido aos municípios pernambucanos em apenas um ano (2007), apontam haver correspondência entre gasto com pessoal da saúde e restrições fiscais, o que fortalece os argumentos dos gestores municipais.

Considera-se que a LRF tem um papel importante, tanto por enquadrar as finanças públicas, como por instaurar uma cultura de responsabilidade fiscal<sup>8</sup>. Contudo, os resultados identificados recomendam a necessidade de refletir-se sobre as especificidades do setor saúde e, em particular, sobre os efeitos da descentralização nos gastos com pessoal nos municípios. Nessa perspectiva, parece ser oportuna a discussão sobre a revisão da lei no que diz respeito

ao financiamento do SUS, tal como defendido pelo coletivo de gestores municipais de saúde<sup>27</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de descentralização ampliou as responsabilidades das esferas municipais no atendimento das demandas sociais, o que não foi acompanhado por uma política de descentralização de recursos financeiros que possibilitasse o exercício da autonomia local. As diferentes capacidades de dependência das transferências e de arrecadação tributária dos municípios apontam para possibilidades distintas de gastos vinculados às suas receitas próprias disponíveis.

Mas, autores como Lubambo<sup>24</sup> advertem que a fragilidade financeira deve ser associada também a outros fatores que vão desde a ineficiência administrativa ou organizacional, até mesmo falta de capacitação dos gestores e dos técnicos. Além desses aspectos, Garson (2003) apud Lima<sup>4</sup> reforça que a disseminação de uma cultura de planejamento entre os administradores é também necessária para a boa gestão orçamentária.

Os efeitos dessa precariedade de recursos e de condições estruturais dos municípios num contexto de leis fiscais mais rígidas dificultam a contratação de trabalhadores, que no caso da saúde, obstaculiza a expansão e a implementação de novos programas<sup>27</sup>.

Dado que a esmagadora maioria dos municípios brasileiros tem baixa capacidade financeira e administrativa, o sucesso de um programa abrangente de reforma do Estado que implique o (re)desenho do modelo nacional de prestação de serviços sociais depende, necessariamente, da implementação de estratégias deliberadas e adequadas de incentivo à adesão dos governos locais<sup>5</sup>.

Nessa direção, tem-se fomentado no coletivo de secretários municipais de saúde alternativas como: a criação de um fundo tripartite para o financiamento da contratação da força de trabalho em saúde, revisão da LRF no que diz respeito ao financiamento do SUS e a revisão do pacto federativo<sup>27</sup>.

Ainda que, longe de sínteses mais conclusivas, nesta pesquisa confirmaram-se as potencialidades dos sistemas de informação utilizados, FINBRA e SIOPS, também já apresentadas em outros estudos, como o de Lima; Carvalho; Schramm<sup>28</sup>. A convergência das informações contidas em seus bancos permitiu o estabelecimento de relações entre situação fiscal e perfil de gastos com pessoal da saúde.

Pelos limites que a LRF impõe no crescimento da folha de pagamento da saúde, com implicações no desenvolvimento dessa política, recomendam-se novas investigações mais detalhadas, com outros indicadores e em períodos de análise mais amplos. É necessária, também, a introdução de variáveis que não se restrinjam ao campo das finanças, possibilitando retratar as potencialidades e dificuldades reais dos municípios. Portanto, o uso contínuo dessas bases irá auxiliar no aprimoramento da qualidade da informação.

## **REFERÊNCIAS**

1. Tomio FRL. A Criação de municípios após a Constituição de 1988. RBCS. 2002; 48 (17): 61 - 89.
2. Arretche M, Marques E. Municipalização de saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(3):455-479.
3. Cecilio LCO, Andreazza R. et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. RECIIS – R Eletr Com Inf Inov Saúde. 2007; 2(1):200-207.

4. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saúde*. 2009; 3(6):573-597.
5. Arretche M. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em Estado Federativo. *Rev Bras Ci Soc* 1999; 40 (14):11-141.
6. Rezende F. Federalismo Fiscal: Novo Papel para Estados e Municípios. *Rev Econ Polit*. 1995; 3(15).
7. Giuberti AC. Lei de Responsabilidade Fiscal: Efeitos sobre o gasto com pessoal dos Municípios Brasileiros. Espírito Santo: CCJE/UFES, 2005. 19p.
8. Loureiro MA, Abrucio FL. Política e Reformas Fiscais no Brasil Recente. *Rev Econ Polit*. 2004; 1(24).
9. BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece norma de finanças voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, 2000.
10. Vieira ALS, Filho AA, Oliveira ES. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(1):134-8.
11. Machado MH. Mercado de Trabalho em Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Falcão, A. *et al* organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p 227-248.
12. Almeida PC, *et al*. Trabalhadores de saúde: diagnóstico de Sobral e macrorregião. In: Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões. Org. Santos, JBF. Fortaleza: EdUECE, CETREDE, 2008.
13. Nogueira RP. Alternativas de Vinculação Institucional para os Trabalhadores do SUS. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Falcão, A. *et al* organizadores. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p 45-58.

14. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Bases normativas e conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde: POLRHS/NESP/CEAM/UNB, 2004.
15. BRASIL. Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma Análise da Situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Brasília, 2006.
16. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p77-81.
17. Oliveira FA, Fortes FBCP, Andrade R. Receitas dos municípios: diversidades e indicadores. In: Finanças dos Municípios Mineiros: Diversidades e Indicadores. Minas Gerais: CEES/FJP, 2000. P 651-678.
18. Medeiros KR, *et al.* Equilíbrio Fiscal e Autonomia Financeira dos municípios de Pernambuco: uma investigação ao Sistema do Tesouro Nacional. Cadernos RH Saúde. 2008; 2(3): 11-31.
19. UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB). Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares. Núcleo de Estudos de Saúde Pública. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Despesa com Pessoal e Lei de Responsabilidade Fiscal: uma análise da situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. Brasília, 2006.
20. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2):511-522.
21. Souza C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo Perspec. 2004; 18(2):27-41.
22. Afonso JRR, Araújo EA. A capacidade de gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. In: 3º Curso de Relações Fiscais Internacionais. Brasília: ESAF, 2000. p. 19-30.



23. Bakalarczyk CL. A autonomia municipal e suas espécies [Internet]: Geocities, 2002. Disponível em: <br.geocities.com/bakalarczykdemodir>. Acesso em: 19 jul.2009.
24. Lubambo CW. Conselhos gestores e desempenho da gestão nos municípios: potencialidades e limites. Trabalhos para Discussão. 2002; 149.
25. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8(2):331-345.
26. Silva EVM, Silva SF. As implicações da gestão do trabalho no SUS: um olhar do gestor local. Cadernos RH Saúde. 2008; 2(3): 49-58.
27. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação de força de trabalho em saúde. Saúde em Debate. 2007; 40: 7-12.
28. Lima CRA, Carvalho MS, Schramm JMA. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. Cad Saúde Pública. 2006; 22(9):1855-1864.