

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

MARCIANA FELICIANO

**FEDERALISMO FISCAL E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: um
estudo dos municípios do Brasil**

RECIFE

2019

MARCIANA FELICIANO

**FEDERALISMO FISCAL E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: um
estudo dos municípios do Brasil**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Coorientadores: Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Dr. Wayner Vieira de Souza

RECIFE

2019

MARCIANA FELICIANO

**FEDERALISMO FISCAL E FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE: um
estudo dos municípios do Brasil**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em 02 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Katia Rejane de Medeiros
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz

Dra. Amanda Priscila de Cabral Silva
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Universidade de São Paulo - USP

Dra. Cátia Wanderley Lubambo
Fundação Joaquim Nabuco – FUNDAJ

Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz

Dedico à

Marcionilia, minha mãe, mulher forte e mãe excepcional,
meu exemplo maior de amor e sabedoria.

Minha família que, mesmo longe,
sempre deu-me apoiou e respeitou minhas decisões e escolhas.

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial da minha vida, em que mais um ciclo se encerra, há muito a agradecer e a muitos, que no âmbito profissional e/ou pessoal tiveram seu contributo para a concretização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à minha mãe e à minha família por entenderem a distância de casa e me apoiarem nas minhas decisões, ao longo desses anos. Sinto-me extremamente feliz por estar no seio de uma família tão generosa, compreensiva e com valores tão sólidos.

Muito obrigada também à minha orientadora, Katia Rejane de Medeiros, que conduziu de forma tão tranquila e com muita competência esses quatro anos de orientação. A convivência com ela foi de grande aprendizado profissional e pessoal, sempre me comovia com suas posturas diante das atribuições que a vida nos impõe. Agradeço também à coorientadora, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, por ter me dado a oportunidade de, mais uma vez, usufruir de seus ensinamentos, sempre bastante pertinentes e acalentadores. Agradeço também ao coorientador, Wayner Vieira de Sousa, pelas contribuições nas questões estatísticas.

Registro, ainda, meus agradecimentos à equipe de pesquisa, Carlos Renato dos Santos, Fábio Lima Alencar, Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho e Simara Lopes Cruz Damazio, por todas as discussões que possibilitaram o aprimoramento do meu objeto e o delineamento dos artigos. Para além da produção científica, essa equipe é especial pelo companheirismo, pelas divertidas conversas e respeitosos embates.

Em especial, gostaria de agradecer a meus queridos amigos Andreza, Arsênio e Danielle Dayse, que deixaram essa jornada mais leve e alegre. Sem esses presentes que a vida me deu, nos últimos anos, esse percurso teria sido bem mais árido.

RESUMO

FELICIANO, Marciana. **Federalismo fiscal e financiamento da política de saúde: um estudo dos municípios do Brasil**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Assume-se a tese de que o processo de ajuste macroeconômico, que tem como instrumentos o ajuste fiscal a reforma do Estado e a Lei de Responsabilidade Fiscal, limita a capacidade do sistema federativo para equacionar as desigualdades regionais e garantir o direito à saúde. Objetivou-se analisar o comportamento dos municípios brasileiros quanto à gestão fiscal, ao investimento em saúde e à autonomia fiscal, resultando em três artigos. O universo do estudo foram os municípios brasileiros e os sistemas Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) constituíram as fontes para construção da base de dados, composta por variáveis orçamentárias dos municípios brasileiros, no período entre 2004 e 2015. Para construção da base de dados dessa tese, realizou-se o pareamento entre o FINBRA e o SIOPS, compatibilizando-os com a lista dos 5.570 municípios do IBGE. Com isso, padronizou-se o banco de dados e identificaram-se os municípios sem nenhum dado na série para as variáveis selecionadas, sendo excluídos do estudo. Em seguida, realizou-se o processo de imputação de valores às variáveis que não apresentaram a série completa, quando o município dispôs de uma linha de base, o que resultou num total de 4.005 municípios, 72% do total. O primeiro artigo avaliou a cobertura e completitude do FINBRA e do SIOPS, considerando variáveis fiscais e de investimento em saúde, que compuseram a base de dados dessa pesquisa, entre 2004 e 2012. O estudo incluiu os 5.563 municípios existentes no período e atestou a qualidade satisfatória dos dois sistemas de informação. O segundo artigo analisou variáveis de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde, enfocando a Atenção Primária. Compreendeu o período 2004-2015 e abordou os 4.005 municípios incluídos da base de dados da tese, sendo elaborado um índice municipal, que sintetizou a capacidade de investimento por habitante, o comprometimento da despesa em saúde com Atenção Primária, a autonomia e a gestão fiscal. Evidenciou-se a manutenção das desigualdades, ao longo dos anos, com polarização entre o Centro-Oeste-Sudeste-Sul (melhores desempenhos do índice) e o Nordeste-Norte (piores); e os municípios de portes 1, 5 e 6 tiveram desempenhos semelhantes do índice (melhores). O terceiro artigo apresentou uma tipologia dos municípios brasileiros, mediante indicadores relacionados à gestão fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e autonomia, considerando três anos (2004, 2008 e 2012) e abordou os municípios do artigo anterior. Reitera-se a permanência das desigualdades regionais, inclusive, com tendência de ampliação, em que o porte populacional e a localização regional do município demarcaram essas desigualdades. A crise econômica mundial apresentou-se como uma explicação possível para a piora nas condições de autonomia fiscal, capacidade de investimento e gestão fiscal dos municípios, principalmente, nos de grande porte. A concatenação dos resultados dos três artigos aponta que o papel da União e do sistema federativo no equacionamento das desigualdades regionais não tem sido cumprido. O modelo do federalismo fiscal vigente tem servido mais ao ajuste fiscal e macroeconômico, colocando em segundo plano o financiamento e execução da política de saúde, no âmbito do município, limitando a garantia do direito à saúde.

Palavras-chaves: Descentralização. Financiamento da Assistência à Saúde. Federalismo.

ABSTRACT

FELICIANO, Marciana. **Fiscal federalism and financing of health policy**: a study of the municipalities of Brazil. 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) – Institute Aggeu Magalhães, Foundation Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

It is assumed in the thesis that the macroeconomic adjustment process, which has as instruments the fiscal adjustment, State reform and the Fiscal Responsibility Law, limits the capacity of the federal system to equate regional inequalities and guarantee the right to health. The objective was to analyze the demeanor of Brazilian municipalities regarding fiscal management, investment in health and fiscal autonomy, resulting in three articles. The universe of the study was the Brazilian municipalities and the systems Finance of Brazil (FINBRA) and the Information System on Public Health Budgets (SIOPS) constituted the sources for the construction of the database, composed of budgetary variables of the Brazilian municipalities, in the period between 2004 and 2015. For the construction of the database of this thesis, FINBRA and SIOPS were paired, making both compatible with the list of 5,570 municipalities of the IBGE. Thereby, the database was standardized and the municipalities with no data in the series were identified for the selected variables, being excluded from the study. Then, the process of imputing values to the variables that did not present the complete series was carried out, when the municipality had a baseline, which resulted in a total of 4,005 municipalities, 72% of the total. The first article evaluated the coverage and completeness of FINBRA and SIOPS, considering fiscal and health investment variables, which comprised the database of this research, between 2004 and 2012. The study included the 5,563 municipalities existing in the period and attested to the quality satisfactory performance of the two information systems. The second article analyzed budget variables, personnel expenditure and health expenditure, focusing on Primary Care. It covered the period 2004-2015 and covered the 4,005 municipalities included in the thesis database, and a municipal index was elaborated, summarizing the investment capacity per inhabitant, the commitment of health expenditure with primary care, autonomy and fiscal management. The maintenance of inequalities has become evident over the years, with polarization between the Center-West-Southeast-South (best performances in the index) and Northeast-North (worst); and the municipalities of sizes 1, 5 and 6 had similar performances in the index (better). The third article presented a typology of Brazilian municipalities, using indicators related to fiscal management, investment capacity, available revenue and autonomy, considering three years (2004, 2008 and 2012) and covered the municipalities in the previous article. It is reiterated the permanence of regional inequalities, including, with a tendency to increase, and the population size and regional location of the municipality demarcated these inequalities. The global economic crisis was presented as a possible explanation for the worsening of the conditions of fiscal autonomy, investment capacity and fiscal management of the municipalities, mainly in the large ones. The concatenation of the results of the three articles points out that the role of the Union and the federative system in addressing regional inequalities has not been fulfilled. The current model of fiscal federalism has served the fiscal and macroeconomic adjustment more, placing the financing and execution of health policy in the background of the municipality in the background, limiting the guarantee of the right to health.

Keywords: Decentralization. Healthcare Financing. Federalism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição das transferências intergovernamentais aos municípios.	27
Quadro 2 - Composição dos indicadores/variáveis municipais calculados mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS.	45
Quadro 3 - Descrição das variáveis do FINBRA e SIOPS avaliadas nas dimensões de cobertura e completitude.	58
Quadro 4 - Descrição dos indicadores do estudo.	77
Quadro 5 - Análise de tendência da série temporal dos indicadores (medianas) para os municípios do Brasil, na série 2004-2015.	82
Quadro 6 - Tipologia e distribuição dos municípios brasileiros nos grupos, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.	103
Quadro 7 - Síntese da coletânea de artigos que compuseram a tese. Brasil, 2019.	121

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Processo de pareamento entre as fontes FINBRA e SIOPS para construção da base de dados da pesquisa..... 50
- Figura 2** - Linkage entre as bases de dados do IBGE, FINBRA e SIOPS para determinadas variáveis, entre os anos de 2004 e 2012. 60
- Figura 3** - Tendência temporal das variáveis do estudo (medianas) para os municípios do Brasil, na série 2004-2015. 81
- Figura 4** - Boxplot do escore final dos municípios do Brasil por regiões e porte populacional, nos quatro triênios da série. 87
- Figura 5** - Mapas bidimensionais com a ordenação dos grupos de municípios do Brasil, nos três primeiros componentes principais, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019. 105
- Figura 6** - Mapas temáticos da distribuição dos grupamentos de municípios brasileiros entre as regiões, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019. 109

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Frequência de obtenção de registro de dados dos municípios do Brasil nas bases IBGE, FINBRA e SIOPS, entre 2004 a 2012. 61
- Gráfico 2** - Percentual de perdas das variáveis selecionadas do FINBRA, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil. 65
- Gráfico 3** - Percentual de perdas das variáveis selecionadas do SIOPS, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil. 66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Gasto público com saúde, participação (%) dos entes federados do Brasil, entre 1990-2012.	32
Tabela 2 - Quantitativo de municípios por estrato populacional do Brasil. Brasil, 2019.	42
Tabela 3 - Caracterização dos municípios do estudo por região brasileira. Brasil, 2019.	51
Tabela 4 - Descrição dos municípios do estudo, segundo região e porte populacional. Brasil, 2019.	52
Tabela 5 - Descrição da cobertura das variáveis selecionadas do FINBRA e SIOPS entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.	62
Tabela 6 - Descrição das incompletitudes de cada variável selecionada do FINBRA e SIOPS, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.	64
Tabela 7 - Municípios excluídos do estudo por Região. Brasil, 2019.	75
Tabela 8 - Estatísticas descritivas das variáveis do estudo para os grupos de municípios brasileiro, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.	102
Tabela 9 - Distribuição dos municípios nos grupamentos por porte populacional, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

ACP - Análise de Componentes Principais

AFM - Apoio Financeiro aos Municípios

APS - Atenção Primária à Saúde

BIRD - Banco Interamericano de Desenvolvimento

CEF - Caixa Econômica Federal

CF - Constituição Federal

CIDE - Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido das pessoas jurídicas

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

DQAF - Data Quality Assessment Framework

DRU - Desvinculação de Recursos da União

EPU - Encargos Previdenciários da União

ESF - Estratégia Saúde da Família

FEF - Fundo de Estabilização Fiscal

FEP - Fundo Especial do Petróleo

FEX - Auxílio Financeiro para Fomento às Exportações

FINBRA - Finanças do Brasil

Finsocial - Fundo de Investimento Social

FMI - Fundo Monetário Internacional

FPE - Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FSE - Fundo Social de Emergência

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IOF - Imposto sobre Operações Financeiras

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA - Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IR - Imposto de Renda
IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
ITR - Imposto Territorial Rural
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
NOB - Norma Operacional Básica
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAC - Plano de Aceleração do Crescimento
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDRAE - Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIB - Produto Interno Bruto
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA - Plano Plurianual
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
RCL - Receita Corrente Líquida
REIDI - Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura
SI - Sistema de Informação
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISTN - Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação
STN - Secretaria do Tesouro Nacional
SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO - O SUJEITO IMPLICADO NA TESE.....	14
2	INTRODUÇÃO.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	Bases Teóricas do Federalismo Fiscal.....	20
3.2	Federalismo Fiscal Brasileiro: entre o ajuste fiscal e o financiamento do SUS.....	23
3.3	O processo de reforma do Estado no Brasil: de um lado a Constituição e de outro o neoliberalismo.....	33
3.4	As implicações do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRAE e da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF nas relações federativas.....	37
4	OBJETIVO GERAL.....	41
4.2	Objetivos Específicos.....	41
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
5.1	Universo do Estudo.....	42
5.2	Coleta e fonte de dados.....	42
5.3	Indicadores.....	44
5.4	Período.....	47
5.5	Pareamento entre o FINBRA e SIOPS e consolidação da base de dados.....	47
5.6	Aspectos Éticos.....	50
6	RESULTADOS.....	51
6.1	Caracterização dos municípios do estudo.....	51
6.2	Artigos.....	53
6.2.1	Artigo 1 - Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de sistemas de informação sobre orçamentos públicos em saúde (Aprovado para publicação na Revista Saúde em Debate).....	53
6.2.2	Artigo 2 - Federalismo fiscal e política de estabilização econômica: uma análise dos municípios do Brasil (Submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva).....	72
6.2.3	Artigo 3 - Gestão fiscal, capacidade de investimento e autonomia dos municípios brasileiros: uma análise multivariada (Submetido à revista Cadernos de Saúde Pública).....	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	122

1 APRESENTAÇÃO - O SUJEITO IMPLICADO NA TESE

Como enfermeira de formação, o campo da Saúde Coletiva era, para mim, um dos mais empolgantes, especialmente, o tema do financiamento da saúde me despertava grande interesse e curiosidade. No último ano de graduação, empenhei-me junto com minha grande amiga, Berenice, em estudar para seleções de mestrado e obtive êxito. Quando, então, ingressei no mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o tema do financiamento da saúde, caiu em meu colo e eu, satisfeita, aderi prontamente.

Na minha dissertação, orientada pelos Prof^o. Antônio Carlos, inicialmente, e depois, por Adriana Falangola, estudei o financiamento da saúde, tendo como objeto os municípios de Pernambuco. Um dos meus achados, o baixo crescimento percentual das transferências para a saúde em contraste com a elevação da despesa própria com saúde *per capita* dos municípios, despertou em mim a necessidade de entender melhor o federalismo fiscal brasileiro, pois, é sabido que os municípios ampliaram suas responsabilidades com as políticas sociais, como a saúde, para além de sua capacidade de investimento. Com isso, percebi que o federalismo fiscal é uma questão que tangencia o financiamento da saúde.

Entendo que produzir conhecimento sobre os dois temas é produzir conhecimento para subsidiar a tomada de decisão da gestão em saúde. Essa compreensão adveio da experiência que tive durante o exercício da função de Gerente de Planejamento na Secretaria de Saúde da Prefeitura de Olinda – PE. Um município bastante complexo pela sua grande densidade demográfica, problemas sociais e baixa arrecadação tributária. Mas, que apesar dessas questões, ou talvez, até devido a elas, apresenta grandes potencialidades. Minha vivência com a equipe do planejamento de Olinda me mostrou que é possível fazer uma gestão qualificada, mesmo em condições adversas. Faço uma ressalva à minha última afirmação para deixar claro que não estou invocando a “Poliana”, apenas quero frisar que uma gestão qualificada e comprometida com o bem público e com o ideal de um SUS para todos é capaz de fazer as coisas acontecerem, inclusive, sob o ponto de vista político.

Em 2015, ainda com a dissertação fervilhando em minha cabeça, ingressei no doutorado em Saúde Pública e tive a oportunidade, orientada pela Prof^a. Kátia Medeiros, de estudar o federalismo fiscal atrelado ao financiamento da saúde nos municípios no Brasil. Adiante apresento a tese que desenvolvi ao longo desses quatro anos de aprimoramento teórico e de trabalho com bases de dados.

2 INTRODUÇÃO

As mudanças no federalismo brasileiro, promovidas pela Constituição Federal (CF) de 1988, instituíram uma nova organização nas estruturas de poder ao atribuir autonomia política, administrativa e fiscal aos três entes: União, estados e municípios (SUZART; ZUCCOLOTTO; ROCHA, 2018). Os constituintes optaram por uma divisão compartilhada de responsabilidades entre os entes, sinalizando que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo do que competitivo (SOUZA, 2005). No entanto, o caráter cooperativo não se efetivou na prática, devido às diferentes capacidades dos governos subnacionais, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão; e à ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais, que estimulassem a cooperação entre os entes (SOUZA, 2005).

Dentre as constituições anteriores, essa é a mais detalhista em relação às competências dos três níveis de governo. As novas regras constitucionais promoveram o processo de autonomia e redefinição das atribuições do ente municipal, com ampliação de seu papel na provisão e oferta de bens e serviços públicos descentralizados (MAGALHÃES, 2017). Foi no âmbito da CF de 1988, que se instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e os municípios ganharam papel de relevância, o que veio acompanhado do crescimento das despesas nesse setor.

Vale salientar que o momento inicial de instituição do SUS, final dos anos de 1980 e década de 1990, pode ser caracterizado por desafios e contradições. Ao mesmo tempo em que era ampliada a necessidade de investimento público em saúde, implementava-se um receituário de ajuste fiscal e macroeconômico com lastro na agenda neoliberal de redefinição do papel do Estado, que desemboca na reforma do Estado, na política fiscal restritiva e no financiamento da política de saúde, hoje, configurando-se mais claramente como medidas de austeridade. Com isso, o SUS encontrou severos limites para garantir a universalidade do acesso, mesmo com a implementação da diretriz da descentralização, a qual fazia parte da agenda democratizadora do movimento de Reforma Sanitária, mas, que foi capturada pela sua função econômica, disseminada pela agenda neoliberal (TOBAR, 1991).

No caso brasileiro e da América Latina, em geral, a associação entre federalismo e descentralização decorre dos processos de redemocratização, a partir dos anos 80; da crise fiscal dos governos centralizados; e de problemas de governabilidade (AFFONSO, 2000). Além disso, houve grande direcionamento dos organismos multilaterais credores desses países, que impuseram um receituário a ser seguido pelos Estados sob sua influência,

contemplando medidas descentralizadoras, que alteraram as bases sobre as quais se assentavam o federalismo dos Estados nação dos países da América Latina (AFFONSO, 2000).

No caso brasileiro, essas medidas converteram o federalismo cooperativo, inscrito na CF de 1988, no federalismo competitivo com lastro na teoria da escolha pública (SOUZA, 2005). Com isso, a capacidade de coordenação do governo Federal para soldar o pacto federativo entre os entes subnacionais foi limitada.

Nessa perspectiva, é importante considerar o fundo público e seu papel na soldagem das complexas alianças, que conformam o pacto federativo das federações, especialmente, em países com enormes heterogeneidades estruturais, como o Brasil. Assim, compreende-se como fundos públicos passíveis de pactação federativa: as receitas tributárias (próprias e transferidas, constitucionais ou negociadas); a receita disponível da União; os gastos das empresas estatais federais; os incentivos fiscais regionais e setoriais; e os empréstimos do sistema financeiro público (AFFONSO, 1994).

O fundo público tem sido um objeto da política fiscal e do ajuste macroeconômico subordinado à recomendação neoliberal de o Estado manter-se confiável para o mercado. Essa afirmação se sustenta pela implementação dos seguintes dispositivos: incremento das alíquotas das contribuições sociais; criação da Desvinculação de Recursos da União (DRU); e isenções tributárias importantes para o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e para o Imposto de Renda (IR), que compõem o Fundo de Participação Municipal (FPM). Esses dispositivos transformaram o sistema tributário em um instrumento de ajuste fiscal.

Como consequência há a manutenção do desequilíbrio vertical no federalismo fiscal brasileiro, caracterizado pela concentração de receitas e do poder de tributação na União, em contraposição ao aumento da necessidade de gastos das esferas subnacionais, especialmente, dos municípios que passaram a assumir maiores encargos, especialmente, com a política de saúde (LIMA, 2009). Os desequilíbrios horizontais do federalismo fiscal também são relevantes, pois, referem-se às desigualdades socioeconômicas existentes entre os mesmos níveis de governo, que determinam capacidades diferenciadas de provisão de serviços e necessidades distintas de gastos públicos. Nesse sentido, a notável dimensão do Brasil, com fortes diferenças estruturais de cunho econômico, político, social e de capacidade institucional dos governos subnacionais são importantes na demarcação desses desequilíbrios (LIMA, 2009).

Mesmo com o reconhecimento desses elementos e das dificuldades contextuais, após três décadas, é possível constatar avanços na implementação dos princípios e diretrizes

do SUS, o que foi possível graças às políticas direcionadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com grande expansão, em todo território nacional, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BARBOSA et al., 2017; LIMA, 2018; MAROSINI; FONSECA; MENDES; MARQUES, 2014). Houve esforço dos gestores na priorização desse nível de assistência, objetivando implantar um novo modelo de atenção à saúde no país (MENDES et al., 2014). Contudo, não há uniformidade na distribuição das equipes de Saúde da Família em todo o território, em especial, nas localidades onde as populações não pertencem às faixas extremas de municípios (muito pequenos ou muito grandes) (MENDES; MARQUES, 2014).

Os incentivos financeiros para contratação de pessoal de saúde para a APS foram relevantes para sua ampliação, especialmente, no período de 2004 a 2009, quando se implementou o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família (PROESF) (MEDEIROS, 2011). Mais recentemente, o Programa Mais Médicos teve sua relevância, pois, ao ser criado em 2013, significou uma maior interferência do Ministério da Saúde no recrutamento, distribuição e remuneração dos médicos, competência quase que exclusivamente municipal (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Apesar dos avanços do SUS, um dos maiores entraves à efetivação do direito à saúde é o seu subfinanciamento crônico, o qual se constituiu como uma política de Estado, que vem sendo institucionalizada desde a origem do sistema, tendo como foco a disputa pelos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), que constitui o fundo público (MARQUES, 2017; MENDES; LEME JUNIOR; MENDES, 2014; RÓZSA FUCIA, 2016; SOARES; SANTOS, 2014).

Numa política cuja peculiaridade é o uso intensivo de pessoal, esse tipo de despesa se apresenta como mais um elemento importante para a discussão do financiamento da saúde, especialmente, no âmbito dos municípios. Esses entes se tornaram os principais empregadores do SUS, devido à retração da contratação de pessoal da saúde por parte da União e dos estados, graças à descentralização da saúde pelas vias da municipalização (SILVA; SILVA, 2007).

A Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF) é um dispositivo legal com importante papel no ajuste macroeconômico, estando a sua aprovação dentre as condicionalidades impostas pelo acordo do Brasil com o Fundo Monetário Internacional (FMI), de 1998 (INDEPENDENT EVALUATION OFFICE, 2003). A LRF destinou especial atenção ao limite e ao controle dos gastos com pessoal, como medida de equilíbrio entre receita e despesa nas três esferas (BRASIL, 2000). Esse novo evento, atrelado

aos desequilíbrios do federalismo fiscal e aos poucos recursos para financiamento da saúde, desafiou os municípios para a aplicação das regras da administração pública na contratação de seus trabalhadores. Diversos estudos evidenciaram o destaque que LRF tem tido nos fóruns dos colegiados do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MAGALHÃES et al., 2005; SILVA; SILVA, 2007; MEDEIROS, 2011; MEDEIROS et al., 2017).

O modelo de federalismo fiscal vigente, atrelado aos mecanismos de ajuste macroeconômicos, e a posição que o ente municipal ocupa, para provisão e financiamento da política de saúde, demandam a busca por melhor compreensão de como têm se comportado esses entes. Tendo em conta, ainda, a crescente necessidade de ampliação de pessoal no setor saúde, para que a APS cumpra seu papel de ordenadora do cuidado; o limitado financiamento da política de saúde nos municípios, principal gestor do SUS; e levando-se em consideração os limites à despesa com pessoal, impostos pela LRF, pergunta-se: como se comportam os municípios brasileiros quanto à gestão fiscal, ao investimento em saúde e à autonomia fiscal, considerando o modelo de federalismo fiscal praticado no país e a política de ajuste macroeconômico vigente?

Nesse sentido, o presente estudo enfoca os anos de 2004 a 2015, período em que a LRF está consolidada e o SUS ainda busca sustentação financeira, atravessando a última crise financeira internacional de 2008, a qual tem servido como justificativa para adoção de medidas mais duras de austeridade.

Com base nos aspectos destacados, assume-se a tese de que o processo de ajuste macroeconômico, que tem como instrumentos o ajuste fiscal, a reforma do Estado e a LRF, limita a capacidade do sistema federativo para equacionar as desigualdades regionais e garantir o direito à saúde.

O objeto desta tese justifica-se pela necessidade de melhor compreender como as municipalidades brasileiras se comportaram nos últimos anos em relação à gestão fiscal e ao financiamento da política de saúde, com enfoque na despesa com pessoal. Nesse sentido, não se pretende apenas verificar o cumprimento ou não da LRF, mas, discutir o atendimento das demandas sociais no que se refere à política de saúde, compreendendo-a como indissociável das funções do Estado.

Esta tese inova ao realizar um estudo de abrangência nacional das municipalidades brasileiras numa série de doze anos (2004-2015), apresentar uma tipologia dos municípios e propor um índice municipal, o qual sintetiza a condição do município em relação à capacidade de investimento por habitante, ao comprometimento da despesa em

saúde com APS, à autonomia e à gestão fiscal. Investiga-se a hipótese de que as desigualdades regionais têm persistido ao longo dos anos, materializadas na capacidade de investimento, gestão fiscal e autonomia dos municípios.

Este trabalho está organizado em seis seções, sendo a introdução a segunda delas.

A terceira seção é o **Referencial Teórico** e está subdividido em quatro subseções.

A primeira – **Bases Teóricas do Federalismo Fiscal** – discute as bases teóricas do federalismo fiscal e o distingue do tema federalismo, evidenciando sua relação com as teorias econômicas do *mainstream*, que associaram o federalismo fiscal à descentralização e disseminaram essa perspectiva para a América Latina por meio dos organismos multilaterais.

A segunda – **Federalismo Fiscal Brasileiro: entre o ajuste fiscal e o financiamento do SUS** – aborda a subordinação do sistema tributário ao ajuste fiscal e macroeconômico, que tem suplantado o financiamento da saúde. A terceira subseção – **O processo de reforma do Estado no Brasil: de um lado a Constituição e de outro o neoliberalismo** – traz a argumentação de que o processo de reforma do Estado e os seus dispositivos de ajuste macroeconômico, têm limitado a capacidade do sistema federativo para equacionar as desigualdades regionais e garantir o direito à saúde. A quarta subseção – **As implicações do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nas relações federativas** – discute como o PDRAE e a LRF alteraram as relações federativas, limitando a capacidade de equalização das desigualdades regionais.

Na quarta seção apresentamos os **Objetivos geral e específicos do estudo**. Na sequência, a seção cinco descreve o **Percorso Metodológico**: 5.1 Universo do estudo; 5.2 Coleta e fonte de dados; 5.3 Indicadores; 5.4 Período; 5.5 Pareamento entre o FINBRA e SIOPS e consolidação da base de dados; e 5.6 Aspectos éticos.

A seção seis trata dos **Resultados** do estudo, em que são caracterizados os municípios que compuseram a base de dados da pesquisa em relação às regiões e aos portes populacionais; e apresenta os três artigos que, juntos, deram sustentação a tese.

A sétima seção apresenta as **Considerações Finais**, no intuito de consolidar os achados da pesquisa e reiterar a tese, além de apontar novos questionamentos para futuras abordagens, pois, o conhecimento precisa sempre estar sendo ampliado e revisitado para aprofundamento, no intuito de dar respostas à sociedade no campo das políticas públicas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta tese tem como tema central o federalismo no Brasil, com enfoque no federalismo fiscal, tomando o município como objeto de estudo, haja vista, a importância que esse ente ganhou mediante a descentralização de responsabilidades e recursos, instituída pela CF de 1988.

De forma mais ampla, cabe destacar a discussão sobre o federalismo associado à descentralização, marcante no cenário internacional graças à crise do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) nos países desenvolvidos, a partir da década de 1970. Essa crise, sob a influência do ideário neoliberal, trouxe à tona a crítica do papel do Estado, taxado de ineficiente, tendo como consequência a redefinição do seu papel na economia.

A virada das décadas de 1960 e 1970 tem como marca a rediscussão da relação entre o Estado e o mercado, a partir das teoria neoliberais que advogavam pelas virtudes da concorrência estabelecida pelo mercado contra o papel “excessivamente grande” assumido pelo Estado no âmbito do *Welfare State* e do keynesianismo. Nesse cenário, vence a tese de que os governos não atuam de maneira eficiente na correção das “falhas de mercado”. Como consequência, ocorre uma alteração do papel do Estado na economia e a ideia de descentralização passa a ser associada à eficiência (AFFONSO, 2003).

O fenômeno da globalização ou da mundialização do capital associado ao enfraquecimento do poder regulatório dos Estados nacionais ajudaram a difundir as orientações da descentralização e da federalização para os países de economia periférica, com o auxílio dos organismos multilaterais. De forma exemplificadora dessa influência, observa-se o crescimento do número de nações que adotaram o modelo de federação. Considerando os países de economias periféricas ou em transição para economias de mercado, em 1995, dos 75 cujas populações superavam os cinco milhões de habitantes, em apenas 12 não estava em andamento um processo de descentralização, ou seja, um processo de transferência de poder político e econômico para unidades subnacionais de governo. O Brasil se enquadra dentre esses (AFFONSO, 2003).

3.1 Bases Teóricas do Federalismo Fiscal

Antes de iniciar a discussão sobre o federalismo fiscal, cabe distingui-lo do conceito de federalismo *per si*, que é um conceito político mais antigo e mais amplo.

Federalismo se refere à divisão de poderes políticos e constitucionais entre os diferentes níveis de governo. Envolve a construção de pactos de repartição de poderes e abrange a forma de organização do Estado. Ou seja, vai muito além da mera divisão de tarefas administrativas (MENDES, 2004).

Já o federalismo fiscal é mais restrito, tendo surgido como um ramo dos estudos sobre finanças públicas, com enfoque na eficiência da alocação das receitas e despesas públicas e na distribuição de tarefas entre os diferentes níveis de governo. Trata da definição de qual ente é responsável pela arrecadação de cada tributo; e de qual ente deve ofertar cada um dos serviços públicos (MENDES, 2004).

Foi no período pós-guerra que os economistas se dedicaram ao federalismo e à forma de organização dos Estados, sob o prisma da racionalidade econômica na ótica da teoria hegemônica da economia do setor público, *mainstream* da teoria neoclássica (MENDES, 2004). A partir dos anos 1950, o Estado é racionalizado, nas economias centrais, mediante as orientações do *welfare economics*, que tem como característica central a derivação e a delimitação da participação do Estado na economia a partir das “falhas de mercado”. Em contraposição ao liberalismo de Adam Smith, a teoria da *welfare economics* atribui ao Estado a capacidade de reparar aquilo em que o mercado idealizado “falhava” (AFFONSO, 2003).

Nos anos 1950 e 1960, vigora um importante debate em torno da necessidade de estabelecer qual a extensão ideal da intervenção do Estado na economia, que resultaria na oferta de bens e serviços públicos de maneira eficiente. Enfocavam-se nas vantagens e desvantagens de uma estrutura fiscal descentralizada, tendo como principais teóricos Paul Samuelson, Charles Tiebout e Wallace Oates, que lançam as bases da teoria normativa do federalismo fiscal.

A abordagem teórica seminal de Samuelson (1954) introduz o conceito de bem público e defende uma ação pública centralizada no governo federal, repercutindo em gastos públicos mais eficientes devido aos rendimentos constantes de escala. Já Tiebout (1956) propõem a descentralização fiscal para promover a competição entre os governos locais, pois, segundo ele, se cada governo ofertar um pacote de bens públicos diferentes, os cidadãos serão induzidos a revelar suas necessidades e escolher onde viver, optando pela jurisdição que melhor corresponde aos bens públicos e cobrança de impostos. O modelo de federalismo fiscal proposto por Tiebout é caracterizado pela expressão “voto com os pés”. De outra maneira, Oates (1972) entende o federalismo fiscal como um meio termo. Para ele há demandas que requerem a atuação do governo central (políticas macroeconômicas, distribuição de renda, segurança nacional, por exemplo) e demandas com maior impacto local

(iluminação pública, calçamento de ruas, construção de estradas estaduais, por exemplo), sendo mais eficiente o governo local prover esse tipo de bem público. Além do mais, para Oates a descentralização fiscal facilita a fiscalização e a participação da população nas decisões do governo local (OATES, 1972).

Segundo a teoria normativa, o modelo de federalismo fiscal ideal deve objetivar a maximização dos benefícios da divisão de tarefas entre os diferentes níveis de governo, em prol do bem estar dos cidadãos (MENDES, 2004). Sabendo que o federalismo fiscal diz respeito à definição de “quem tributa o quê” e de “quem faz o quê”, é importante delinear alguns dos critérios levantados pela teoria normativa, guiada pela racionalidade e eficiência, que devem orientar a decisão.

Para a definição de “quem tributa o quê”, consideram-se os seguintes critérios, os quais orientarão a decisão pela tributação no nível local ou central: facilidade de se exportar o tributo, mobilidade da base tributária, economia de escala na administração do tributo e associação do tributo pago a benefícios providos pelo governo local (MENDES, 2004). Considerando esses critérios, pode-se dizer que os governos locais, pelo seu caráter mais restrito, apresentam limitada capacidade para tributar e, com isso, levantar receitas suficientes para prover os bens públicos sob sua responsabilidade.

Os critérios para definição de “quem faz o quê”, ou seja, para definir de quem é a responsabilidade por determinado tipo de gastos é menos precisa, havendo um leque mais amplo, que emana da teoria proposta por Oates, segundo a qual o bem público deve ser provido pelo nível de governo mais próximo da área geográfica beneficiada por esse bem (OATES, 1972). Além disso, a definição das responsabilidades de cada ente da federação deve considerar a economia de escala, quão heterogêneas são as preferências e necessidades locais, os tipos de externalidades envolvidas e a capacidade financeira de cada nível de governo.

No contexto histórico das últimas décadas do século XX, marcado político e economicamente pela crise do *Welfare State* das nações desenvolvidas, ocorre a ascensão do ideário neoliberal, que consagra a tese de que a crise mundial, vivida a partir de 1973, havia sido obra das políticas keynesianas e dos compromissos fiscais assumidos pelo Estado com um amplo sistema de proteção social.

Affonso (2003) discorre muito bem sobre o federalismo e as teorias hegemônicas da economia do setor público com lastro na tese neoliberal, que critica os pressupostos da *welfare economics* com respeito à relação entre o Estado e o mercado, disseminando a ideia de que os governos não atuam de maneira eficiente na correção das “falhas de mercado”,

advogando pela redução drástica do papel do Estado na economia. Os princípios da eficiência, da competitividade e do equilíbrio macroeconômico ganham vulto no pensamento político-econômico internacional, determinando reorientações no terreno das políticas públicas concretas e das relações governamentais, que marcaram as reformas de Estado dos anos 1980 em diante, em que a associação do federalismo à descentralização passa a ser radicalizada.

No campo das relações governamentais, emerge o modelo do federalismo competitivo como um contraponto ao federalismo cooperativo do *Welfare State*. Esse defende a cooperação como norma para as relações entre governos estaduais e locais, e entre o governo federal e os estados. Aquele, diferentemente, traduz as ideias de eficiência e competitividade para a execução das políticas públicas, privilegiando a competição entre diferentes níveis de governo ou entre estados e entre municípios como forma de promover a eficiência econômica (AFFONSO, 2003).

O federalismo competitivo está associado à teoria das escolhas públicas, que influenciou teoricamente a construção do Consenso de Washington, responsável pela disseminação dessas ideias nas sociedades periféricas pelos organismos multilaterais (BRESSER-PEREIRA, 1991). Com isso, ressurge com vigor, no cenário internacional, a discussão do federalismo e descentralização orientada pelos pressupostos da *mainstream theory* (AFFONSO, 2003).

3.2 Federalismo Fiscal Brasileiro: entre o ajuste fiscal e o financiamento do SUS

O Brasil vivenciou diversos acontecimentos que conformaram o modelo de “federalismo fiscal à brasileira” vigente no país (LIMA, 2007, p. 512), oriundo de sua trajetória histórica pendular, de sucessivas centralizações e descentralizações, associada aos diferentes regimes republicanos (RIBEIRO; MOREIRA, 2016). 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 (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 e dos municípios. A reforma também definiu mecanismos de redistribuição e devolução de recursos às instâncias subnacionais, aumentando sua capacidade de gasto, via incremento das transferências da União, com a criação dos Fundos de Participação dos

Estados (FPE) e Municípios (FPM). No entanto, o período ditatorial recentralizou a arrecadação e os gastos para o governo federal (LIMA, 2007).

Com o processo de reabertura política, a CF de 1988 reproduziu os preceitos do federalismo fiscal definidos na reforma de 1967 e alterou a federação, mediante a reorganização das estruturas de poder, atribuindo autonomia política, administrativa e fiscal aos três entes: União, estados e municípios. A partir de então, o município passa a ser reconhecido como a terceira esfera da federação (BRASIL, 1988).

Ou seja, diferentemente do federalismo Norte-Americano, em que estados preexistentes cederam parte do poder para criação de um Estado não unitário, no caso do Brasil, no contexto do federalismo ensejado pela atual constituição, o Estado unitário descentralizou poder para formação de uma federação.

A descentralização de poder foi instrumentalizada pela descentralização fiscal. Em parte, resultou da pressão direta em favor da redemocratização e maior participação dos governos subnacionais nas receitas fiscais. E, em parte, resultou de sua função econômica, a qual era disseminada pela agenda neoliberal, que associava a descentralização ao paradigma da eficiência do setor público. Essa agenda coadunava, ainda, a descentralização às exigências de redução do papel do Estado na economia e à introdução de regras de “comportamento privado” no setor público, estabelecendo maior concorrência entre os entes da federação (AFFONSO, 2000).

Nessa discussão, o fundo público é uma questão central, tendo em vista o seu papel na soldagem do pacto federativo, que tem como uma de suas expressões o sistema tributário. Para Watts (1996), existem dois elementos principais conformadores dos sistemas tributários: o poder de tributar/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.

Em países federativos, a concentração da arrecadação na esfera federal possibilita ao governo central exercer a função redistributiva. No caso brasileiro, a concentração da arrecadação na União é reflexo da conjuntura neoliberal, que orientou a política econômica dos países em desenvolvimento sob influência dos organismos multilaterais, como o FMI. Nesse sentido, a perseguição de elevados superávits primários era uma determinação, a qual foi assumida por Fernando Henrique Cardoso e pelos governos subseqüentes, inclusive os de tendência mais progressista (MEDEIROS, 2010).

A política de superávits primários tem, como característica, forte tendência fiscal centralizadora e tem subordinado o sistema tributário por meio de três medidas principais. A

primeira caracteriza-se pelos sucessivos incrementos, nos últimos anos, nas alíquotas das contribuições sociais¹, tributos arrecadados apenas pela União. A segunda medida trata-se do congelamento de impostos como o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), os quais, em sua maior parte, compõem os o FPM e o FPE. Vale dizer, que esses fundos têm como objetivo a repartição regular das receitas federais com fins redistributivos e não condicionados a gastos específicos. O FPE e o FPM absorvem, respectivamente, 21,5% e 22,5% da receita líquida dos referidos impostos, o que equivale a quase 50% do total de sua arrecadação. A transferência desses fundos para os entes subnacionais ocasionou a diminuição da participação deles na receita tributária da União (de 21% para 15%, entre 1988 e 1996), o que motivou o congelamento da alíquota desses impostos pela União (LIMA, 2007). A terceira medida tem relação mais direta com o superávit primário e diz respeito à DRU² que, atualmente, desvincula o percentual de 30% das contribuições sociais (exceto as que incidem sobre salários e folha) para compor o superávit primário e pagamento dos juros da dívida, sendo de uso exclusivo da União³ (BRASIL, 2016).

Essas medidas levaram a uma forte concentração do fundo público nacional em favor da União. Houve significativa concentração de receitas fiscais e menos recursos disponíveis para serem transferidos aos entes subnacionais, comprometendo o federalismo fiscal inscrito na CF de 1988, com inegáveis consequências na formulação e gestão de políticas sociais (MEDEIROS, 2010).

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 influência 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 (LIMA, 2007, 2009).

¹ As contribuições sociais são tributos destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) para financiamento da saúde, assistência e previdência.

² A DRU, aprovada em 2000, foi antecedida pelo Fundo Social de Emergência (FSE) (criado em 1994) depois renomeado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

³ A Emenda Constitucional nº 93/2016 também estabelece a desvinculação de 30% das receitas relativas à arrecadação de impostos, taxas e multas, já instituídos ou que vierem a ser criados até 31 de dezembro de 2023 dos impostos dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal. Trata-se da DRU dos estados e municípios, o que representa mais uma medida subordinadora do sistema tributário ao ajuste macroeconômico.

Já os desequilíbrios horizontais se referem aos desequilíbrios interestaduais e intermunicipais. São resultantes das desigualdades socioeconômicas e de necessidades distintas de gastos públicos, devido às diferentes necessidades e demandas da população existentes entre os entes da mesma instância de governo, as quais determinam capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis (LIMA, 2009).

Lima (2009, p. 578-579) atribui as seguintes funções à União no intuito de minimizar tais desequilíbrios:

[...] 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, que subordinou o sistema tributário ao ajuste fiscal, em nome da estabilidade macroeconômica, conforme as medidas já comentadas anteriormente (LIMA, 2009).

É importante ressaltar 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 e a perpetuação dos desequilíbrios. 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, 2009). 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).

Nesse sentido, as transferências intergovernamentais apresentam papel decisivo e para isso o desenho do sistema de transferências deve ser muito bem pensado. No caso do Brasil, o sistema de partilha é formado por transferências devolutivas, transferências compensatórias, transferências redistributivas não vinculadas e transferências redistributivas vinculadas. O **Quadro 1** adaptado de Orair, Lima e Teixeira (2013) descreve a composição e o caráter das transferências intergovernamentais destinadas aos municípios:

Quadro 1 - Composição das transferências intergovernamentais aos municípios.

Transferências devolutivas	União: IOF-ouro e ITR e IRRF dos servidores municipais; Estados: Cotas-partes do ICMS, IPVA.	Critérios de repartição entre os municípios vinculados principalmente às bases econômicas locais: • origem do ato gerador – localidade em que foi licenciado o veículo (IPVA), produzido o ouro (IOF-ouro), da propriedade rural (ITR) e em que houve retenção do imposto sobre a folha dos servidores públicos municipais (IRRF); • predominantemente a origem da produção, mensurada pelo valor adicionado no município (ICMS, IPI-Exportação, lei Kandir, FEX e repasses estaduais de royalties do petróleo); e • localização ou confrontação com áreas de exploração de recursos naturais.
Transferências compensatórias: desonerações das exportações	União e Estados: Cota-parte do IPI-Exportação, Lei Kandir e FEX	
Transferências compensatórias: exploração de recursos naturais	União: Royalties e participações especiais do petróleo, gás natural e dos recursos hídricos e minerais	
Transferências redistributivas: fundos de participação	União: Cotas-partes do FPM, FEP, AFM e CIDE.	Critérios de repartição sem vínculo com as bases econômicas locais, principalmente: • critério populacional com faixas que privilegiam os municípios de pequeno porte (FPM, FEP, AFM e CIDE); e • predominantemente população ou número de beneficiários (alunos matriculados, número de atendimentos etc.) e/ou valor per capita definido nacionalmente.
Transferências redistributivas: vinculadas às políticas setoriais	União e Estados: Transferências legais do SUS, da Educação e da Assistências Social	

Fonte: Adaptado de Orair, Lima e Teixeira (2013).

IOF: Imposto sobre Operações Financeiras; ITR: Imposto Territorial Rural; IRRF: Imposto de Renda Retido na Fonte; ICMS: Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços; IPVA: Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores; FEX: Auxílio Financeiro para Fomento às Exportações; FPM: Fundo de Participação dos Municípios; FEP: Fundo Especial do Petróleo; AFM: Apoio Financeiro aos Municípios; CIDE: Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico (operações realizadas com combustíveis).

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 têm sido insuficientes para a criação de mecanismos de coordenação e cooperação (LIMA 2009).

Cabe destacar também que o Brasil quadruplicou o número de municípios, nos últimos 50 anos, com aumento expressivo após a promulgação da CF de 1988. Ressalta-se que, cerca de 74% dos municípios criados e instalados, nas últimas décadas, têm menos de dez mil habitantes e foram emancipados sem avaliação de sua viabilidade fiscal (TOMIO, 2002). Esses municípios, geralmente, apresentam pequeno porte, baixa capacidade de arrecadação tributária, menores transferências de ICMS e forte dependência do FPM.

Por outro lado, é importante notar que desde 1988 até 2000, a receita própria municipal (não computadas as transferências recebidas)⁴ vem apresentando crescimento médio anual duas vezes superior ao crescimento dos tributos estaduais e federais. Esse dado demonstra uma ampliação na capacidade de arrecadação dos municípios, no entanto, correspondente a apenas 5,1% de todos os tributos cobrados no país, aí incluídas as contribuições (AFONSO; ARAUJO, 2001).

Além do mais, em termos desagregados, o padrão de arrecadação dos municípios é extremamente desigual no território brasileiro e as transferências correntes da União e dos estados correspondem, em média, a mais de 40% da receita corrente na maioria dos municípios do país (DUARTE et al., 2009; ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012; NUNES, 2004). Conforme a literatura, os municípios menos dependentes das transferências são aqueles localizados nos grandes centros e nas regiões mais desenvolvidas, pois, os principais tributos municipais têm características eminentemente urbanas (AFONSO; ARAUJO, 2001; NUNES, 2004; PRADO, 2001). Nesse sentido, cabe levantar a questão da capacidade dos municípios brasileiros ofertarem os serviços públicos de saúde de forma equânime no contexto da federação.

Tendo em vista a instituição do SUS pela CF de 1988 e a relevância do papel dos municípios, cabe ampliar a discussão do federalismo fiscal para a saúde pública, considerando o contexto brasileiro marcado por desigualdades territoriais, expressas no perfil epidemiológico, demográfico, cultural, na capacidade gestora, na capacidade de arrecadação e porte populacional. Percebe-se, assim, a complexidade do papel do federalismo fiscal brasileiro na sua maior tarefa, que é dirimir as desigualdades em saúde e possibilitar o financiamento adequado para o setor.

Faz-se necessário descrever os dispositivos de financiamento do SUS, no âmbito federal, ao longo dos anos e como foram desrespeitados em prol do ajuste macroeconômico. A CF de 1988 instituiu o OSS para financiamento do tripé da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência), constituído pelas seguintes contribuições sociais: Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição Social do PIS/Pasep, a contribuição de empregados e empregadores para a Seguridade Social e a extinta Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF).

⁴ 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).

No entanto, apesar da Carta Magna garantir os recursos do OSS para o tripé, persistem 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; MENDES; FUNCIA, 2016; VIANNA, 2009).

Essas manobras têm início na década de 80, quando instalou-se uma crise caracterizada pela queda da produção, expressa na diminuição da taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (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, especialmente, da previdência (MARQUES, 1999).

Tal crise se estendeu até a década de 1990 e, seguindo as disposições do ajuste macroeconômico, deu as bases para a publicação da Lei Orgânica da Previdência nº 8.212, de 1991, que rompeu com a integração entre as áreas da Seguridade. Conhecida como 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, disparando o processo de contingenciamento das receitas do OSS. Ainda de acordo com a referida lei, a COFINS, a CSLL e, mais tarde, a CPMF deveriam ser arrecadadas e administradas pela Secretaria da Receita Federal, competindo ao Tesouro o repasse para os órgãos da Seguridade, conforme programação financeira (VIANNA, 2009).

A saúde deveria ser financiada com recursos públicos do OSS, além dos 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) (MENDES; FUNCIA, 2016).

Em estimativas do ano de 1989, Azeredo e Lobo (1991) evidenciaram 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 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Ademais, em 1989, 99,92% dos recursos da CSLL foram destinados para o pagamento das despesas com pessoal da administração federa, o que deveria ter sido financiado com recursos fiscais (MARQUES, 1999). Embora a situação tenha melhorado em 1990, nos anos de 1994 e 1995, a rubrica Encargos Previdenciários da União (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 1997, a ser destinada exclusivamente para a saúde, foi um esforço para garantir o financiamento do setor (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). Além do mais, após a aprovação da CPMF, houve redução na participação das fontes COFINS e CSLL no financiamento da Saúde. Em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte COFINS representava 42,2% dos recursos e a fonte CSLL 20,7%. Em 1997, as fontes passaram a representar 25,6% e 19,3%, respectivamente. Nos anos posteriores ao fim da CPMF, a partir de 2008, as outras duas contribuições voltam a recuperar a alta participação no financiamento. Ou seja, a aprovação da CPMF, como fonte exclusiva para a saúde, não a caracterizou como acréscimo de recursos e sim como uma fonte substitutiva (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; FRANÇA; COSTA, 2011; MENDES; FUNCIA, 2016).

O contingenciamento de receitas do OSS para a DRU representou outro golpe ao OSS. A DRU, criada em 2000, foi antecedida pelo Fundo Social de Emergência (FSE), que

vigorou de 1994 a 1995, e pelo Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), entre 1996 a 1999. Entre 2000 e 2007, a DRU compôs 62,45% do superávit primário do governo federal (SALVADOR, 2010). Ou seja, mais da metade desses recursos foram obtidos por meio da incidência da DRU nas receitas exclusivas da Seguridade Social, o que evidencia o carreamento dos recursos da Seguridade Social para pagamento de juros e amortização da dívida pública em prol do ajustamento fiscal (SALVADOR, 2010, 2017).

A justificativa para tais medidas, que desobedeciam a destinação do OSS para a saúde e demais áreas da Seguridade, 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).

No atual contexto da crise do capitalismo financeiro, o capital portador de juros passa a liderar a dinâmica do capitalismo, induzindo a adoção de políticas austeras. Dois dispositivos jurídicos publicados atualmente alteraram de forma drástica o financiamento da saúde: a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, e a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Apesar de essas emendas serem posteriores ao período analisado nessa pesquisa (2004-2015), elas são determinantes para o financiamento da saúde nos cenários futuros.

A Emenda Constitucional nº 86/15 alterou os percentuais mínimos e a fonte de investimentos em saúde da União, definidos pela Lei Complementar nº 141/11. Conforme essa emenda, a União deveria investir, no mínimo, 15% da receita corrente líquida em saúde, sendo definidos aumentos escalonados desse percentual até 2020 (13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15,0% em 2020) (BRASIL, 2015). No ano seguinte, a Emenda Constitucional nº 86/15 foi alterada pela Emenda Constitucional nº 95/16, que modificou os percentuais mínimos e desvinculou o orçamento da saúde da receita corrente líquida da União e não vinculou outra fonte.

A Emenda Constitucional nº 95/16 instituiu o chamado “Novo Regime Fiscal”, que congela o gasto primário federal, onde figuram os setores sociais como a saúde, por 20 anos. De acordo com esse instrumento jurídico, em 2017, a União aplicou em saúde o percentual de 15% da receita corrente líquida e, na vigência do Novo Regime Fiscal, o valor a ser aplicado nos anos subsequentes deverá ser o referente ao do exercício anterior, corrigido pela inflação, tendo como referência a variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), sem fonte específica (BRASIL, 2016).

Estudo de Vieira e Benevides (2016) aponta que a Emenda Constitucional nº 95/16 ocasionará diminuição da participação das despesas primárias do governo federal no PIB e na despesa federal. Apesar de referir-se às regras fiscais da União, trará consequências para as receitas municipais, pois, alterará o volume de recursos transferidos da União para esse ente, limitando a efetivação do direito à saúde no Brasil, em particular, revelando o objetivo implícito de redução do papel do Estado, em relação à política de saúde, na recente reforma fiscal.

Em face do modelo econômico adverso e das posições assumidas pelas autoridades fazendárias, o Ministério da Saúde permanece em situação financeira vexatória, como setor, desde 2000, utilizando sempre menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva da União, enquanto que as despesas com juros, encargos e amortizações da dívida interna e externa carregam 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.

Soares e Santos (2014) compararam o gasto público com saúde dos entes federados no período entre 1990 e 2012 e demonstraram 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, que passou de 13,52% para 25,31; e os municípios mais que dobraram sua participação, a qual era de 12,10%, em 1990, e mais que dobrando para 28,89%, em 2012 (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Participação (%) do gasto público com saúde dos entes federados do Brasil, entre 1990-2012.

Anos	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89

Fonte: Soares e Santos, 2014.

Apesar de esses dados representarem, 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 têm condições de assumir tais encargos (ARRETCHE, 1997; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MACHADO, 2007; SOUZA, 2002).

O modelo de ajuste fiscal vigente, configurado nas medidas atuais de austeridade, as quais têm sua suposta justificação na atual crise econômica mundial, dissimula a apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização, suplantando a destinação do OSS para as áreas sociais. Para o SUS, o resultado é o seu subfinanciamento com risco em converter-se em desfinanciamento (MARQUES, 2017; MENDES, 2015; MENDES; FUNCIA, 2016).

Arelado ao modelo de federalismo fiscal praticado no país com seus desequilíbrios, às limitações na capacidade de arrecadação dos municípios e aos descaminhos do financiamento da saúde deve-se ter em conta as imposições do ajustamento fiscal no que se refere ao controle das despesas de custeio, como a de pessoal. A relevância dessa questão deve-se ao fato de o setor saúde requerer amplas despesas com pessoal. No processo de consolidação do SUS essa questão ganha relevância, haja vista, a implementação da APS por meio da ESF e a redefinição de seu papel como ordenadora do cuidado, requerendo contratação intensa de pessoal de nível superior e, especialmente, de nível médio para ampliar a cobertura e o acesso aos serviços no âmbito dos municípios. O arranjo desses elementos é assumido nesse estudo, levando em consideração as imposições do processo de reforma do Estado.

3.3 O processo de reforma do Estado no Brasil: de um lado a Constituição e de outro o neoliberalismo

Nesta investigação, assume-se que o processo de reforma do Estado, como um dispositivo de ajuste macroeconômico, tem limitado a capacidade do sistema federativo para equacionar as desigualdades regionais e garantir o direito à saúde. Nesse sentido, é oportuno tratar sobre esse processo, reconhecendo que o setor saúde tem destaque, frente ao seu papel na economia e pela sua importância como política pública estatal.

O contexto econômico e político que deflagraram as reformas dos Estados Nacionais teve início na década de 1970. Esse período é marcado pela crise do *Welfare State*, causada por fatores de nível macro e microeconômicos, que tornaram cada vez mais difícil a conjugação virtuosa entre a política econômica e a social (CARINHATO, 2008; GOMES, 2006; SILVA, MATTOS, 2009).

No contexto macroeconômico, a ruptura do sistema de *Bretton Woods*, a financeirização da riqueza, a elevação do desemprego, da inflação e do déficit público repercutiram no conflito entre política econômica e política social (SILVA; MATOS, 2009), que no pós-guerra constituíram um "círculo virtuoso" conjugado pela política econômica keynesiana e o *Welfare State* (DRAIBE, HENRIQUE, 1988, p. 54). No plano microeconômico, cai a produtividade e os custos da produção aumentam em função do elevado preço da força de trabalho, dos insumos e da obsolescência tecnológica (SILVA; MATOS, 2009). Com isso, instala-se a tríade do discurso liberal/conservador: crise política do Estado, necessidade de ajuste fiscal e flexibilização do trabalho. Essa tríade torna-se hegemônica e interpreta o *Welfare State* como um entrave à retomada do crescimento econômico (SILVA; MATOS, 2009).

Nesse ambiente, o modelo de estado intervencionista, baseado na teoria keynesiana, esgota-se e dá espaço ao ajuste fiscal com o reposicionamento dos Estados nacionais no tocante às políticas de caráter social. Essa foi a resposta dada à crise internacional, sendo fundamentada pela ideologia neoliberal. Com a eleição de Margaret Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e Ronald Reagan, nos EUA, em 1981, a hegemonia neoliberal é estabelecida, disseminando-se no mundo globalizado (CARINHATO, 2008).

As reformas neoliberais questionaram o papel do Estado provedor; a excessiva intervenção do Estado nos negócios privados; os altos impostos necessários para sustentar as políticas sociais; e o modelo weberiano. Com relação a esse último ponto, as teorias neoliberais acusaram as estruturas burocráticas de serem danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas, justificando a implementação do modelo gerencial (KETTTL, 1996).

As reformas do Estado constituem um processo de longo prazo que visaram converter o Estado burocrático em gerencial. Elas iniciaram no final da década de 1970 e apresentaram duas fases: a primeira, chamada de reformas de "1ª geração", com início no final da década de 1970; e a segunda, chamada de "2ª geração", iniciada em 1990 (SOUZA; CARVALHO, 1999).

A "1ª geração" de reformas perdurou durante toda a década de 1980 e teve como principais marcas a abertura dos mercados, desregulamentação e privatização (SOUZA; CARVALHO, 1999).

A "2ª geração" das reformas iniciou-se na década de 1990, trazendo críticas às propostas neoliberais da década anterior, inclusive, assumindo e corrigindo os problemas que as políticas restritivas maximizaram (ALMEIDA, 1999). Os principais pontos da agenda desse período foram: a eficiência e efetividade dos serviços públicos a serem alcançadas pela

otimização dos recursos humanos e financeiros; democratização e descentralização (SOUZA; CARVALHO, 1999).

Nessa segunda fase, os recursos humanos são elementos de destaque no âmbito da reforma do Estado, mediante o entendimento de que sua otimização é condição essencial para a eficiência dos serviços públicos. Na concepção do Estado gerencial, a flexibilização dos recursos humanos via novas modalidades de administração pública se associam à capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado (PIERANTONI, 2001; SOUZA; CARVALHO, 1999).

A América Latina, em fins da década de 1980 e início da década de 1990, vivenciou a disseminação da onda de reformas, sendo uma espécie de laboratório, principalmente, das reformas de 2ª geração. O Consenso de *Washington*, realizado em 1989, estabeleceu um receituário visando ao desenvolvimento e à ampliação do neoliberalismo nos países da América Latina. A concessão de novos empréstimos e a cooperação econômica pelo FMI, Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) foram condicionados a esse receituário, que teve ampla aceitação dos países sob influência dessas instituições.

A disseminação dessas reformas resultou em graves consequências para a estrutura e financiamento do setor público para a América Latina, em nome de uma suposta ‘modernização’ e adaptação dos países ‘em desenvolvimento’ à dinâmica do capitalismo contemporâneo. A área social, incluindo a da saúde, em função da sua relação direta com as condições econômicas de restrição financeira, impostas pelas políticas de ajuste econômico, assistiu ao agravamento de velhos problemas e ao surgimento de novos. A capacidade de resposta do Estado aos problemas sociais tornou-se cada vez menos efetiva, frente às crescentes demandas, o que deu condições para uma onda de terceirizações e privatizações de várias formas (ALMEIDA, 1999; NORONHA; SOARES, 2001; VARELLA; PEREIRA, 2004; PIERANTONI, 2008).

No Brasil, a implementação do receituário neoliberal teve seu ápice ao longo da década de 1990, o que pode ser considerado tardio comparando aos demais países da América Latina. Diversos fatores de cunho político, como o processo de redemocratização e a crescente mobilização social durante os anos 70 e 80 podem ter influência nesse atraso, pois, repercutiram na ampliação da atuação do Estado nas políticas sociais. A instituição da Seguridade Social, como sistema de proteção social, inscrito na Constituição Federal de 1988, em que a saúde passou a figurar como direito de cidadania e dever do Estado vai na contramão das políticas de ajuste macroeconômico (CARINHATO, 2008).

Esse momento vivenciado pelo Brasil pode ser caracterizado por desafios e contradições, pois, ao mesmo tempo em que se ampliavam as políticas sociais, vivia-se uma crise fiscal caracterizada por alta inflação, que colocava o país em situação de grande dependência em relação ao FMI e Banco Mundial, com seus receituários de ajuste fiscal e macroeconômico (CARINHATO, 2008).

É oportuno evidenciar que a reforma do Estado diz respeito a um reordenamento das relações entre o Estado e a sociedade, sendo muito mais amplo que uma mera reengenharia administrativa do Estado (BARRETO, 2000). Dentre as principais mudanças institucionais, orientadoras da reforma do Estado brasileiro em vigência, destaca-se a Constituição Federal de 1988, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e a LRF (CHIEZA, 2008).

A Constituição, enquanto lei maior de uma nação, expressa os anseios de sua sociedade. No caso da atual Carta Magna, esses anseios são refletidos pelo seu título de Constituição Cidadã, que tem como marca a ampliação do papel do Estado na garantia de direitos sociais e a descentralização dessa responsabilidade para os entes subnacionais. Por outro lado, a legislação infraconstitucional moldou o papel do Estado em consonância ao ajuste macroeconômico, guiando-se pelas orientações neoliberais de redução do tamanho do Estado.

Nesse contexto, as reformas da saúde tiveram como características a descentralização, o fomento à criação de mercados privados de seguro, a introdução de copagamentos nas unidades públicas de saúde e a focalização do Estado nas populações ditas ‘pobres’. No que se refere a esse último aspecto, no caso do Brasil, observa-se uma divisão no papel do Estado, que atua de forma preponderante na execução das ações de saúde voltadas à APS, enquanto que, nos demais níveis de atenção (média e alta complexidade), atua mais financiamento o setor privado para execução das ações de saúde nesses níveis (ANDREAZZI; BRAVO, 2014).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-96) se insere no âmbito da reforma gerencial do setor saúde e teve a função de readequar o aparelho do Estado fundado na descentralização para os municípios. Para tal, a NOB-96 estabeleceu o Piso da Atenção Básica (fixo e variável), que são repasses da União para os Municípios, destinados a ações e programas específicos da APS. Essa norma representou, ainda, a ampliação das responsabilidades locais sobre a execução da política de saúde, pois, os municípios passaram a controlar o credenciamento, produção e pagamento dos atendimentos hospitalares.

Pode-se perceber que, de um lado, temos a CF de 1988, alinhada aos anseios democráticos pela ampliação de direitos sociais via Seguridade Social, e de outro lado as prerrogativas neoliberais, que orientaram a reforma do aparelho do Estado, reconfigurando o seu papel constitucional. Nesse aspecto, a década de 1990 é marcante, pois, o processo reformador do Estado passa a focar a reforma administrativa, as relações federativas e as finanças públicas (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

3.4 As implicações do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) e da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) nas relações federativas

O Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) foi criado em 1995, objetivando estruturar a reforma administrativa. Nesse mesmo ano, foi publicado o PDRAE, também chamado de Plano MARE, que tinha como ponto de partida a redefinição do papel do Estado, o qual passaria a ter funções reguladoras, com a administração pública atuando de forma “gerencial”, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltadas para o controle dos resultados e descentralizada (BRASIL, 1995).

Em consonância com a tendência mundial, a descentralização configura-se como uma diretriz que, no caso do Brasil, é orientada para a municipalização. Vale destacar, que essa diretriz se alinhava tanto aos interesses dos neoliberais, defensores de um estado nacional mínimo, como aos anseios dos militantes da Reforma Sanitária, cuja agenda era socializante e democratizadora. No rol de interesses, figuravam, ainda, o do movimento municipalista, ansioso por compartilhar poder político e financeiro para os municípios, também pressionando na direção da descentralização (CARVALHO; COSTA, 2012).

Em 2000, em plena vigência da implementação dos mecanismos de reforma do Estado brasileiro, é publicada a LRF (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000), que tinha como um de seus objetivos a disciplina fiscal e, a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, transformando-a de burocrática em gerencial. Com isso, a LRF agregou dispositivos à gestão pública, sob o ponto de vista fiscal, que se alinham ao processo de reforma do Estado, configurando um dispositivo elaborado a partir dos anseios dessa reforma para o redesenho do Estado brasileiro (CHIEZA, 2008; QUEIROZ, 2001).

Essa lei incorpora elementos de modelos de responsabilidade fiscal praticados em outros países, como: o *Fiscal Responsibility Act* (1994), da Nova Zelândia; o Tratado de Maastrich (1992), da União Europeia; o *Budget Enforcement Act* (1990), dos Estados Unidos, baseado no princípio de “accountability”; e nas determinações do FMI, a quem o Brasil tinha

como credor. Na América Latina, além do Brasil, países como Argentina, Peru, Colômbia e Equador também aprovaram leis de responsabilidade fiscal com distintos graus de abrangência (NASCIMENTO; DEBUS, 2001).

Conforme caput do seu Art. 1, a LRF tem como principal objetivo estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal (BRASIL, 2000). Para tal, a lei ampara-se nos pilares do planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos, propondo-se a atuar no fortalecimento do federalismo nacional, com tratamento isonômico entre todos os entes nacionais, desde a União até estados e municípios. A partir dessa legislação fiscal, todos passaram a estar 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 (MEDEIROS; TAVARES, 2012).

A LRF pretendeu corrigir o endividamento crônico dos entes subnacionais, que apresentavam recorrentes déficits orçamentários, os quais se acumulavam gestão após gestão e resultavam em sérios desequilíbrios fiscais. O recorrente socorro financeiro entre a União e os governos subnacionais, endossava o comportamento oportunista de final de mandato, conhecido como “Ciclo Político Eleitoral”⁵, e uma prática orçamentária irresponsável. Por conta dessa prática, a LRF proibiu empréstimos da União para estados e municípios (SANTOLIN; JAYME Jr.; REIS, 2009). De acordo com diversos estudos, a LRF foi efetiva no seu papel de conter o endividamento público dos entes nacionais, sendo apontada, nesse sentido, como um avanço (MACEDO; CORBARI, 2009; SANTOLIN; JAYME Jr.; REIS, 2009).

A LRF trata, ainda, do aprimoramento do processo orçamentário mediante o reforço na elaboração de três instrumentos básicos, previstos na CF de 1988: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), o que pode ser considerado um ponto positivo desse dispositivo legal. Além disso, a introdução do princípio da transparência para divulgação do planejamento e resultados e o incentivo à participação popular na elaboração das peças orçamentárias também são considerados avanços da lei (CAJAZEIRAS; JORGE, 2015).

Todavia, há um detalhe que precisa ser evidenciado: a lei não estabelece limites para os gastos provenientes de aumento das despesas com os serviços da dívida ou despesas

⁵ De acordo com Nordhaus (1975), o modelo do ciclo político eleitoral considera o pressuposto de que agentes do governo, independentemente de ideologia partidária, visam implícita e fundamentalmente manter-se no poder e, para tal, usam de práticas expansionistas, elevando o gasto público com o intuito de garantir sua própria reeleição ou de seu partido.

de capital financiadas por operações de crédito, doações ou transferências voluntárias. Ou seja, a LRF privilegia a despesa com a dívida pública, beneficiando o sistema financeiro, o que coaduna com o ajuste macroeconômico imposto através do receituário dos organismos multilaterais para o processo de reforma do Estado (SANTOLIN; JAYME Jr.; REIS, 2009).

Dentre os objetos de controle da LRF, está a despesa com pessoal. O controle desse tipo de gasto é justificado pelo argumento de que gastos elevados com funcionalismo público implicam na redução da receita disponível dos entes subnacionais e, por conseguinte, limitam a capacidade dos governos ofertarem serviços públicos básicos como educação, saúde e segurança, além de limitar investimentos em infraestrutura (GIUBERTI, 2005).

A LRF definiu os seguintes limites para cada ente na despesa com pessoal (BRASIL, 2000):

- a) - União: limite de 50% da Receita Corrente Líquida (RCL) (40,9% para o Executivo; 6% para o Judiciário; 2,5% para o Legislativo; e 0,6% para o Ministério Público);
- b) - Estados: limite de 60% da RCL (49% para o Executivo; 6% para o Judiciário; 3% para o Legislativo, incluindo o tribunal de contas do estado; e 2% para o Ministério Público); e
- c) - Municípios: o limite também é de 60% da RCL (54% para o executivo e 6% para o Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas do Município, quando houver).

É importante salientar que a nova legislação fiscal brasileira é concebida numa conjuntura de redefinição de papéis das três esferas quanto às políticas públicas, onde se enquadra a saúde, que passou a configurar como direito constitucional garantido via Seguridade Social. Há, portanto, a necessidade de ampliação de investimento estatal nessa área, a qual se caracteriza pela alta demanda de pessoal (MEDEIROS; TAVARES, 2012).

Ademais, é pertinente, então, refletir sobre a viabilidade fiscal do processo de descentralização da política de saúde, o qual foi orientado pela municipalização, *locus* de estrangimentos fiscais, dada a capacidade de arrecadação limitada em função do porte populacional e dependência de transferências intergovernamentais (MEDEIROS; TAVARES, 2012).

Diante dessas questões, pode-se dizer que a LRF criou um paradoxo, visto que ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS pela prestação de serviços de saúde integral e universal, cria limites para a contratação de pessoal para a execução dessa

política pública (SILVA; SILVA, 2008). Some-se a isso, a configuração do federalismo fiscal vigente no país e o subfinanciamento do SUS.

4 OBJETIVO GERAL

Analisar o comportamento dos municípios brasileiros quanto à gestão fiscal, ao investimento em saúde e à autonomia fiscal, considerando o modelo de federalismo fiscal praticado no país.

4.1 Objetivos Específicos

- a) Avaliar a qualidade das bases de dados Finanças do Brasil (FINBRA) e do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no que se refere à cobertura e completitude;
- b) Discutir o arranjo entre o financiamento da saúde nos municípios, o modelo de federalismo fiscal praticado no país e a política de ajuste macroeconômico vigente, a partir da análise de variáveis de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde dos municípios do Brasil, numa série de doze anos (2004-2015);
- c) Propor uma tipologia da realidade fiscal dos municípios brasileiros, considerando a sustentabilidade do setor saúde.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Para alcançar os objetivos dessa tese, foram construídos 03 (três) artigos, que tiveram em comum o universo do estudo e o processo de coleta de dados. Adiante, descreve-se os itens que compuseram o percurso metodológico.

5.1 Universo do estudo

O universo do estudo corresponde aos municípios do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2010, o país era composto por 5.565 (cinco mil, quinhentos e sessenta e cinco) municípios, com uma população estimada em 190.755.799 (cento e noventa milhões, setecentos e cinquenta e cinco mil e setecentos e noventa e nove) habitantes (BRASIL, 2010). Em 2013, 05 (cinco) novos municípios foram criados, totalizando 5.570 municípios, os quais estão distribuídos segundo porte populacional na Tabela 2:

Tabela 2 - Quantitativo de municípios por estrato populacional do Brasil. Brasil, 2019.

Estrato populacional	n	%
≤10.000	2.516	45,17
>10.000≤20.000	1.403	25,19
>20.000≤50.000	1.043	18,73
>50.000≤100.000	325	5,83
>100.000≤500.000	245	4,40
>500.000	38	0,68
Total	5.570	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE (2015).

5.2 Coleta e fonte de dados

A coleta de 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 da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010). Nesse estudo, essa fase foi realizada mediante pesquisa documental, que tem como fonte de coleta de dados “documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 157).

As duas fontes de dados utilizadas foram os sistemas de informação FINBRA e SIOPS. O primeiro existe desde 1989 e o segundo foi criado em 2000, ambos são instrumentos de controle e transparência dos órgãos públicos e cabíveis de serem explorados.

- a) Finanças do Brasil (FINBRA) (<http://www.tesouro.fazenda.gov.br>): nessa base, estão contidos os dados contábeis da União, estados, Distrito Federal e municípios, quanto à execução orçamentária (receita e despesa) e balanço patrimonial (ativo e passivo). Com caráter declaratório, os municípios preenchem formulários com os dados extraídos de seus balanços e os encaminham à Caixa Econômica Federal (CEF) que, após consolidação, os envia à Secretaria do Tesouro Nacional (STN), órgão do Ministério da Fazenda;
- b) Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>): esse sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde e surgiu da necessidade de acesso às informações sobre o perfil de financiamento e dos gastos das secretarias de saúde. No SIOPS estão contidas as informações contábeis sobre o financiamento e os gastos com saúde pública de todos os entes federativos. Assim, o SIOPS busca responder às exigências de acompanhamento das transferências dos entes subnacionais em relação aos gastos públicos do SUS, sendo, pois, um instrumento para análise do processo de descentralização utilizado, desde 2000, por estados e municípios.

Destaca-se que essas fontes de informação têm sido utilizadas como fonte de dados em diversas investigações, que também se ocupam de analisar suas limitações e potencialidades (GONÇALVES et al., 2009; LIMA, 2005; MEDEIROS, 2011; MEDEIROS et al., 2014). Conforme Medeiros et al. (2014), os sistemas apresentam semelhantes vantagens quanto à acessibilidade e oportunidade, mas o SIOPS revelou-se com melhor clareza metodológica.

Ademais, os órgãos de controle interno e externo se utilizam dos dados dessas fontes para cumprir seu papel na fiscalização dos recursos públicos. Os órgão de gestão (Ministério e Secretarias de Saúde) também se beneficiam delas para, dentre outras razões, qualificar a tomada de decisão. Dessa forma, mesmo reconhecendo seus limites, atesta-se a confiabilidade dessas fontes, legitimando a sua utilização para produção de conhecimento sobre fenômenos relacionados ao financiamento do sistema de saúde e aos orçamentos dos entes públicos, que carecem de explicação.

5.3 Indicadores

As variáveis que compuseram a base de dados desse estudo estão descritas no **Quadro 2** adiante, bem como sua composição e o que elas medem:

Quadro 2 - Composição dos indicadores/variáveis municipais calculados mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS (Continua).

SI	Indicador/variáveis	Composição do Indicador	O que responde?	Nome adotado - SIGLA
FINBRA	Receita Orçamentária Anual <i>per capita</i> *	$\frac{\text{Receita Orçamentária no ano}}{\text{Estimativa populacional no ano}^{**}}$	Sobre a capacidade de investimento do município por habitante.	Receita Orçamentária <i>per capita</i> (RPC)
	Razão entre a despesa com pessoal e a Receita corrente líquida do município	<p>ATIVOS (Pessoal e Encargos Sociais –Aposentadorias e Reformas – Pensões-Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência-Salário-Família– Obrigações Patronais –Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização –Depósitos Compulsórios –Sentenças Judiciais-Despesas de Exercícios Anteriores –Indenizações Restituições Trabalhistas –Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado) + Aposentadorias e Reformas + Pensões + Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização</p> <hr/> <p>RECEITAS CORRENTES – CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS – DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE</p>	Sobre os limites/possibilidades de gastos com pessoal. Apura o cumprimento do limite legal pelo município de acordo com a LRF.	Despesa com Pessoal da Administração(DPA)
	Despesa com a Função Saúde*	--	Sobre o investimento municipal no setor saúde.	Despesa Saúde
	Despesa com a subfunção Atenção Básica*	--	Sobre investimento municipal em Atenção Básica.	Despesa Atenção Básica
	Percentual da despesa com Atenção Primária (básica) em relação às despesas totais com saúde	$\frac{\text{Despesa com a subfunção Atenção Básica}}{\text{Despesa com a Função Saúde}} \times 100$	Calculado com dados do FINBRA, indica o comprometimento da despesa em saúde com Atenção Primária.	Percentual de Despesa com Atenção Primária (DAP)
SIOPS	Participação da receita de impostos na receita total do Município, excluídas as deduções (Indicador 1.1)	$\frac{\text{Total da Receita de Impostos diretamente arrecadados pelo município}}{\text{Receita Total do município (excluídas as deduções)}} \times 100$	Sobre a razão entre a receita de impostos e a receita total e permite analisar a capacidade de arrecadação dos municípios.	Capacidade de Arrecadação do município (CAM)

Quadro 2 - Composição dos indicadores/variáveis municipais calculados mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS (Conclusão).

SI	Indicador/variáveis	Composição do Indicador	O que responde?	Nome adotado - SIGLA
SIOPS	Participação percentual das transferências intergovernamentais na receita total do município (Indicador 1.2)	$\frac{\text{Total das Receitas de Transferências Intergovernamentais (excluídas as deduções)}}{\text{Receita Total do município (excluídas as deduções)}} \times 100$	Sobre o grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo.	Percentual de Transferências Intergovernamentais (PTI)
	Autonomia Municipal	$\frac{\text{Capacidade de arrecadação (Indicador 1.1)}}{\text{Percentual de Transferências Intergovernamentais (Indicador 1.2)}}$	Responde o quão dependente é o município, pois, quanto maior for o indicador 1.2 em relação ao 1.1, menor será sua autonomia.	Índice de Autonomia Municipal (IAM)
	Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante (Indicador 2.1)	$\frac{\text{Despesa Total com Saúde no ano}}{\text{Estimativa populacional no ano**}}$	Sobre a capacidade de investimento em saúde por habitante do município.	Capacidade de Investimento em Saúde (CIS)
	Participação percentual da despesa com pessoal e encargos sociais na despesa total com saúde (Indicador 2.2)	$\frac{\text{Total de Despesa com Pessoal (excluídas as deduções)}}{\text{Total de Gasto com Saúde (excluídas as deduções)}} \times 100$	O quanto do orçamento da saúde do município tem sido despendido para pagamento de pessoal.	Despesa com Pessoal da Saúde (DPS)
	Percentual das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde (Indicador 3.1)	$\frac{\text{Total de Receitas das Transferências para a saúde (SUS)}}{\text{Total de Gasto com Saúde (excluídas as deduções)}} \times 100$	Responde qual é o percentual direcionado especificadamente para a saúde de todo o recurso recebido pelo município de outros entes.	Percentual das Transferências para a Saúde (PTS)

Fonte: Elaboração própria.

* Esse indicador/variável foi deflacionado(a) pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

** Estimativa da população residente produzidas pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União para cálculo das cotas do Fundo de Participação dos Estados e Municípios.

As variáveis de caráter monetário (receitas e despesas) foram deflacionadas, utilizando-se o IPCA⁶, do IBGE, convertidos a valores de dezembro de 2015. O procedimento tem o intuito de garantir a comparabilidade entre os anos da série, excluindo o efeito da inflação sobre os valores.

5.4 Período

As variáveis do estudo (**Quadro 2**) foram coletadas para o período de 2004 a 2015, perfazendo uma série de 12 (doze) anos. O marco inicial (2004) justifica-se pela consolidação dos sistemas de informação abordados (FINBRA e SIOPS), como ferramentas de controle e de transparência. O FINBRA, em 2004, completou quinze anos de vigência, e o SIOPS quatro anos. O ano de 2015 foi definido para assegurar que todos os dados tenham sido processados, pois, foram coletados no ano de 2016.

Cabe salientar que, em 2013, o FINBRA passou por uma mudança na forma de disponibilidade dos dados e, por isso, não há disponibilidade do indicador Percentual de Despesa com Pessoal da Administração (DAP) para os três últimos anos da série (2013-2015). Apesar disso, optou-se por manter o indicador, dada a sua relevância para o controle da gestão fiscal dos municípios, conforme definido pela LRF.

O período analisado contemplou três eleições municipais (2004, 2008 e 2012) e segundo a Teoria dos Ciclos Políticos de Nordhaus (1975), os períodos eleitorais influenciam as decisões dos agentes políticos sobre a execução orçamentária, afetando a gestão fiscal dos governos, o que é do interesse desse estudo. Outro aspecto da série estudada é que ela compreende o período anterior e posterior à crise financeira internacional de 2008, o que permitiu algumas inferências sobre os efeitos dessa crise para a gestão fiscal dos municípios, bem como para o financiamento da política de saúde no âmbito desse ente.

5.5 Pareamento entre o FINBRA e SIOPS e consolidação da base de dados

A confecção da base de dados dessa tese antecedeu o desenvolvimento da pesquisa, prezando pelo rigor estatístico e metodológico para a garantia da confiabilidade da análise e dos achados produzidos. Para tal, seguiram-se duas etapas.

⁶ 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). A adoção desse índice justifica-se pelo fato de ser usado oficialmente pelo governo.

A primeira foi o pareamento entre as bases de dados do FINBRA e do SIOPS, compatibilizando-as com a lista dos 5.570 municípios do IBGE. Esse procedimento permitiu padronizar o banco de dados e identificar os municípios sem nenhum dado na série para as variáveis selecionadas, sendo esses municípios excluídos do estudo.

A segunda etapa consistiu-se no processo de imputação de valores às variáveis que não apresentaram a série completa, quando o município dispôs de uma linha de base. A imputação consiste em substituir valores ausentes por estimativas, sendo operação comum na análise de conjuntos de dados sujeitos à ausência e/ou perda, o que possibilita maior robustez à análise (DIAS; ALBIERI, 1992). Há várias técnicas para imputar valores, cada uma com suas vantagens e desvantagens, não existindo uma técnica considerada ideal. Nesse caso, optou-se pelo método de imputação única devido à sua facilidade de implementação (NUNES, 2007). A aplicação do método levou em consideração os dados dentro de cada triênio, sendo adotados os seguintes critérios:

- a) Perda de apenas um ano no triênio: aplicou-se a média dos dois anos;
- b) Duas perdas no triênio: replicou-se o valor do ano disponível para os outros dois anos;
- c) Ausência de dado para um dos triênios: exclusão do município.

Dessa forma, os municípios foram excluídos da base em duas situações: quando o município não apresentou dados para uma das variáveis em toda a série ou quando não apresentou dados para uma das variáveis em um triênio completo.

O recorte em quatro triênios para realizar a imputação de valores, justifica-se por corresponder à publicação de alguns marcos normativos, bem como a fatos econômicos e políticos com consequências para a disponibilidade e composição das receitas e despesas dos municípios, tanto do ponto de vista da política fiscal quanto do financiamento da política de saúde. O recorte do período nos triênios caracterizados abaixo considera que houve um comportamento mais homogêneo das municipalidades em relação às variáveis:

- a) Primeiro Triênio (2004-2006): O primeiro ano, além de ser o marco inicial da série, coincide com a implantação do PROESF, que vinculou grande volume de recursos para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (hoje, o PSF tem status de estratégia);
- b) Segundo Triênio (2007-2009): Foi marcado pelo lançamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), em 2007, originando o Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura (REIDI), que concedeu

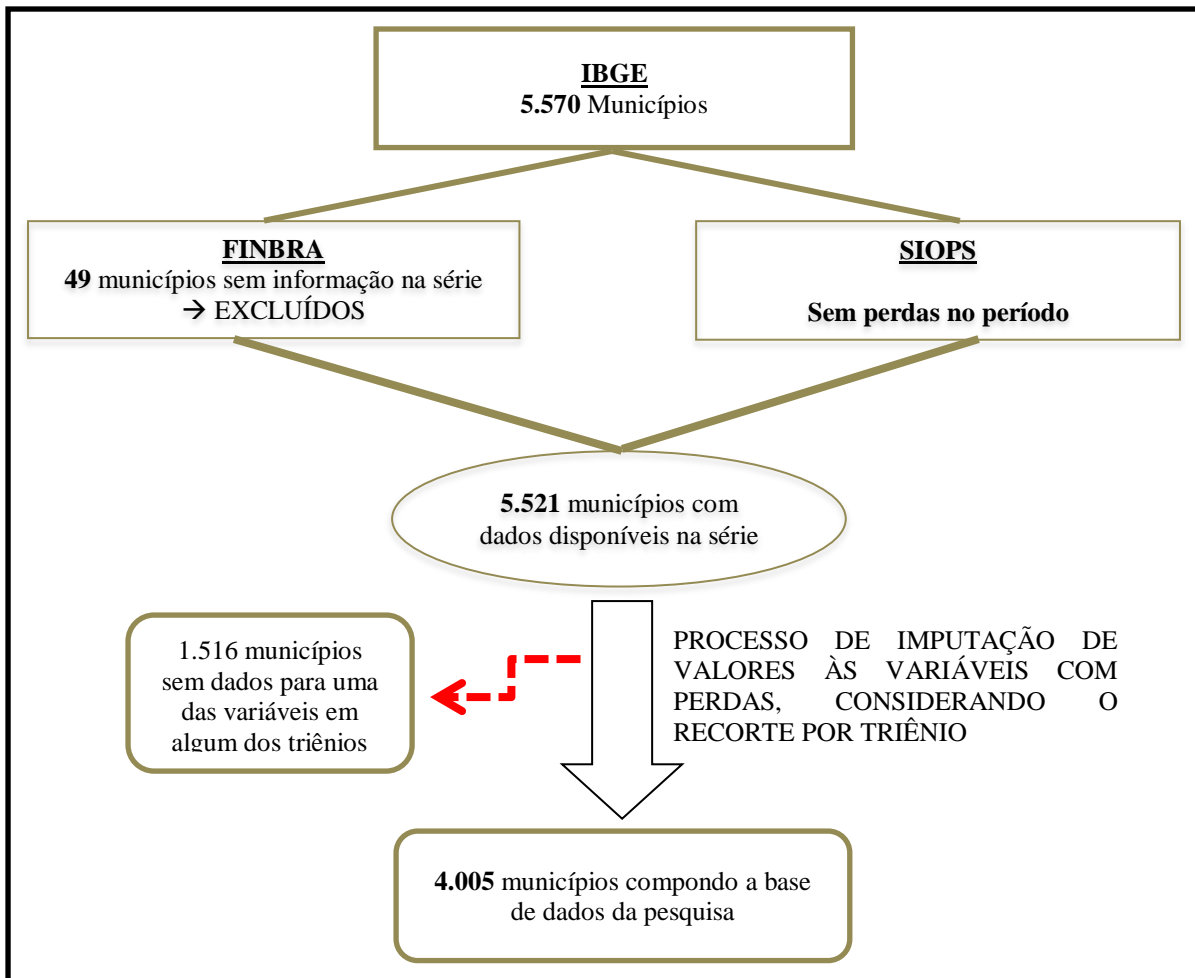
desonerações tributárias importantes em relação a vários tributos, dentre os quais o IPI e o IR, que compõem o FPM;

- c) Terceiro Triênio (2010-2012): O ano de 2010 inicia o triênio imediatamente posterior à crise financeira internacional;
- d) Quarto Triênio (2013-2015): Esse último triênio marca o período em que a crise econômica é agravada no Brasil.

Realizado o pareamento dos municípios, coletados os dados nos sistemas de informação e imputados valores às variáveis, foi possível reduzir as perdas de municípios da base, obtendo-se 4.005 municipalidades, o que representa 72% do total. É importante destacar a grande perda de municípios da região Centro-Oeste, especialmente do estado de Goiás, que teve todos os seus municípios excluídos da base por não apresentar disponibilidade de dados na série. Com isso, evidencia-se certa limitação do estudo em relação à discussão dos resultados para essa região.

De forma esquemática, o processo de pareamento entre o FINBRA e o SIOPS para consolidação da base de dados da pesquisa está representado na **Figura 1**:

Figura 1 - Processo de pareamento entre as fontes FINBRA e SIOPS para construção da base de dados da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

5.6 Aspectos éticos

Por utilizar bases de dados secundárias de domínio público, não houve a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme pressupostos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

6 RESULTADOS

Esta seção apresenta a caracterização dos municípios do estudo e os três artigos que resultaram da análise dos dados, os quais respondem aos objetivos específicos desta tese.

6.1 Caracterização dos municípios do estudo

Os municípios que compuseram a base de dados da pesquisa totalizaram 4.005, o que representa 72% do total de prefeituras brasileiras, e estão discriminados segundo região na **Tabela 3**:

Tabela 3 - Caracterização dos municípios do estudo por região brasileira. Brasil, 2019.

Região	Total de Municípios		Perda por região		Base		Percentual de perdas (d)=(b)/(a)
	n (a)	%	n (b)	%	n (c)=(a)-(b)	%	
Centro-Oeste	467	8,38%	354	22,62%	113	2,82%	75,80%
Nordeste	1794	32,21%	577	36,87%	1217	30,39%	32,16%
Norte	450	8,08%	185	11,82%	265	6,62%	41,11%
Sudeste	1668	29,95%	292	18,66%	1376	34,36%	17,51%
Sul	1191	21,38%	157	10,03%	1034	25,82%	13,18%
Total	5570	100%	1565	28,10%	4005	71,90%	

Fonte: Elaboração própria.

A **Tabela 3** evidencia que a maior parte dos municípios brasileiros se concentra nas regiões Nordeste e Sudeste, correspondendo a 32,21% e 29,95% do total, respectivamente. As regiões Centro-Oeste e Norte são as que apresentam menor número de cidades, em torno de 8% cada uma. Observando os municípios excluídos da base (perda por região), destaca-se que a maior parte pertencia ao Nordeste (36,87%), seguido pelo Centro-Oeste (22,62%) e Sudeste (18,66%).

A base de dados foi constituída por um maior percentual de municípios do Sudeste (34,36%) e Nordeste (30,39%). Na sequência, aparece o Sul (25,82%), seguido do Norte (6,62%) e Centro-Oeste (2,82%). Ou seja, a configuração da base, em termos proporcionais, não destoia da composição real dos municípios brasileiros entre as regiões, o que confere credibilidade aos resultados agregados.

Ao descrever as perdas dentro das regiões (última coluna), observa-se que o Centro-Oeste apresentou mais de 75% de suas municipalidades excluídas do estudo, seguido

pelo Norte (41,11%) e Nordeste (32,16%). Já as regiões Sudeste e Sul se destacaram por terem apresentado as menores perdas, 17,51% e 13,18%, respectivamente. Esse achado está em consonância com o estudo de Magalhães (2017), o qual evidenciou que grande parte dos municípios das regiões Sudeste e Sul informaram suas contas aos órgãos competentes dentro do prazo estabelecido pela LRF, possibilitando o cálculo e a avaliação da gestão fiscal, em conformidade com os quatro pilares da lei: planejamento, transparência, controle e responsabilidade, o que é positivo para a gestão dos recursos públicos dos municípios dessas regiões.

Como forma de melhor compreender as características da base de dados, a **Tabela 4** apresenta os municípios por porte populacional, para o Brasil e regiões brasileiras.

Tabela 4 - Descrição dos municípios do estudo, segundo região e porte populacional. Brasil, 2019.

	Brasil (IBGE)	Brasil (Base)	Centro- Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Porte 1 (≤ 10.000)	2516 (45,17%)	1783 (44,52%)	38 (33,63%)	377 (30,98%)	112 (42,26%)	643 (46,73%)	613 (59,28%)
Porte 2 ($>10.000 \leq 20.000$)	1403 (25,19%)	986 (24,62%)	43 (38,05%)	389 (31,96%)	65 (24,53%)	289 (21,00%)	200 (19,34%)
Porte 3 ($>20.000 \leq 50.000$)	1043 (18,73%)	746 (18,63%)	26 (23,01%)	305 (25,06%)	47 (17,74%)	238 (17,30%)	130 (12,57%)
Porte 4 ($>50.000 \leq 100.000$)	325 (5,83%)	259 (6,47%)	2 (1,77%)	96 (7,89%)	25 (9,43%)	86 (6,25%)	50 (4,84%)
Porte 5 ($>100.000 \leq 500.000$)	245 (4,40%)	197 (4,92%)	3 (2,65%)	39 (3,20%)	14 (5,28%)	104 (7,56%)	37 (3,58%)
Porte 6 (>500.000)	38 (0,68%)	34 (0,85%)	1 (0,88%)	11 (0,90%)	2 (0,75%)	16 (1,16%)	4 (0,39%)
Total	5570	4005	113	1217	265	1376	1034

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a **Tabela 4**, ao comparar as duas primeiras colunas constata-se que a distribuição dos municípios da base entre os porte populacionais é equivalente à distribuição do Brasil, sendo mais um elemento que atesta a confiabilidade das análises desse estudo. Os municípios de porte 1 corresponderam a 44,52% (1.783 de 4.005 municípios) e, se somados aos municípios de porte 2 esse valor passa a representar em torno de 70% (2.769) do total da base. Ressalta-se que o porte populacional é determinante para a composição e tamanho das receitas e despesas, além de influenciar nas condições administrativas e operacionais para gestão dos recursos públicos. Nesse sentido, os resultados apresentados nos

artigos, adiante, evidenciam alguns achados relevantes que se relacionam à grande proporção de municípios de pequeno porte.

Considerando a distribuição dos municípios por porte populacional dentro das regiões, observa-se que, nas regiões Centro-Oeste e Nordeste, as municipalidades concentram-se no porte 2 e nas demais regiões estão concentradas no porte 1, em que chama atenção o percentual de 59,28% de municípios do Sul nesse porte. Ainda com relação à **Tabela 4**, percebe-se a concentração de municípios de grande porte (portes 5 e 6) nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul.

Em relação às capitais, apenas Goiânia – Goiás, Campo Grande – Mato Grosso do Sul e Brasília – Distrito Federal, todas da região Centro-oeste, foram excluídas da base, devido à indisponibilidade de dados.

6.2 Artigos

Nesta seção são descritos os três artigos que estruturaram a tese. O primeiro avaliou a cobertura e completitude das fontes de dados FINBRA e SIOPS, considerando algumas variáveis fiscais e de investimento em saúde. O segundo artigo discutiu o arranjo entre o financiamento da saúde nos municípios, o modelo de federalismo fiscal praticado no país e a política de ajuste macroeconômico vigente, a partir da análise de variáveis de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde dos municípios do Brasil, enfocando a Atenção Primária à Saúde. O terceiro artigo propôs uma tipologia da realidade fiscal dos municípios brasileiros, considerando a autonomia fiscal, capacidade de investimento e gestão fiscal.

6.2.1 Artigo 1 - Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de sistemas de informação sobre orçamentos públicos em saúde⁷ / Evaluation of coverage and completeness of information system variables on public health budgets

RESUMO Este artigo avalia a qualidade dos Sistemas de Informação Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), nas dimensões de cobertura e completitude para os municípios do Brasil, entre 2004 e 2012, considerando algumas variáveis fiscais e de investimento em saúde. O FINBRA e o SIOPS apresentaram excelente cobertura; já a completitude variou de excelente a regular. O SIOPS teve melhor desempenho para as duas dimensões. A variável de pior desempenho foi a

⁷ Aprovado para publicação na Revista Saúde em Debate, disponível para acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200341.

Despesa Atenção Básica, tanto para a dimensão de cobertura como para completitude e para a maioria dos anos da série. Conclui-se que os dois Sistemas de Informação apresentaram qualidade satisfatória, o que deve estimular os gestores a utilizarem essas informações para a tomada de decisão. Além do respeito ao pilar da transparência na garantia do exercício dos direitos dos cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de Informação. Orçamentos. Indicadores. Base de dados.

ABSTRACT *This article evaluates the quality of the Information Systems Brazilian Finances (Finbra) and Public Health Budget Information System (Siops), in terms of coverage and completeness for the municipalities of Brazil, between 2004 and 2012, considering some fiscal and investment variables in health. Finbra and Siops presented excellent coverage and the completeness varied from excellent to regular. The Siops performed better for both dimensions. The worst performing variable was the Primary Care Expenditure, both for the coverage and for the completeness dimensions and for most of the years of the series. It can be concluded that both Information Systems present satisfactory quality, which should stimulate managers to use that information to aid decision making. Besides the respect for the pillar of transparency in the assurance of the exercise of citizen rights.*

KEYWORDS *Information Systems. Budgets. Indicators. Database.*

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, houve um intenso processo de descentralização administrativa e tributária para os municípios, que passaram a ter *status* de ente federativo, recebendo atribuições que aumentaram suas necessidades de recursos financeiros e técnicos para planejar e executar os serviços públicos sob sua responsabilidade¹.

Esse novo contexto contribuiu para a institucionalização do planejamento público na esfera local e fomentou a discussão quanto ao equilíbrio das contas públicas, que culminou com a aprovação da Lei Complementar (LC) nº 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), cujo objetivo é o de fundamentar a responsabilidade na gestão fiscal amparando-se em quatro pilares: planejamento, transparência, controle e responsabilidade².

No que se refere ao planejamento, a CF de 1988 dispõe sobre a necessidade de integração com o orçamento, mediante a elaboração do plano plurianual, das diretrizes orçamentárias e dos orçamentos anuais (Art. 165, I, II e III), os quais são instrumentos básicos para esse fim. O pilar da transparência se funda no incentivo à participação da sociedade, com a realização de audiências públicas e ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, de todos os atos e fatos relacionados com a arrecadação de receitas e com a

realização de despesas pelas entidades públicas. Com relação ao pilar do controle, a LRF estabeleceu o mecanismo dos conselhos de gestão fiscal, constituídos por representantes de todos os poderes e esferas de governo, do Ministério Público e de entidades técnicas representativas da sociedade. Finalmente, o pilar da responsabilidade, que impõe sanções ao gestor público em caso de descumprimento das regras estabelecidas na LRF².

No que diz respeito à política de saúde, a CF de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade induziram os municípios ao aprimoramento da gestão pública para atender às disposições legais regulamentadoras do sistema e aos anseios da sociedade.

Esse ambiente impôs a necessidade de implantar e aprimorar Sistemas de Informação (SI), que dispusessem de dados orçamentários. Como exemplos, o Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O FINBRA é de competência da Secretaria do Tesouro Nacional (STN); e, desde 1989, apresenta os dados consolidados da execução orçamentária (receita e despesa) anual dos municípios brasileiros. O SIOPS é de responsabilidade do Ministério da Saúde e disponibiliza dados de orçamento e despesa em saúde, possibilitando o acompanhamento de diversos indicadores. Ambos os SI são de domínio público e servem ao cumprimento dos pilares da LRF, permitindo aos gestores e cidadãos o acesso a informações para o planejamento e controle do orçamento público de forma transparente e responsável.

Para Almeida³⁽¹⁶⁷⁾, os bancos de dados e SI se constituem “instrumentos para obtenção de indicadores que balizam repasses financeiros [...] e, frequentemente, são apontados como elementos importantes no processo de decisão”, o que lhes confere grande importância e valorização, e justifica a busca de aprimoramento.

Em vários países, há importante volume de recursos investidos objetivando-se garantir a qualidade da informação. Um exemplo que demonstra a importância dada à qualidade da informação é o fato de o Fundo Monetário Internacional (FMI) disponibilizar, em sua página da internet, as iniciativas de 18 países para melhoria das estatísticas econômicas, além de sugerir um modelo para aprimoramento e avaliação das informações: *Data Quality Assessment Framework (DQAF)*.

Há, contudo, pouco consenso quanto ao termo qualidade da informação, por este apresentar um caráter multidimensional e multifacetado^{4,5}. Reconhecendo tal aspecto, em uma aproximação do conceito de qualidade da informação, Paim et al.⁵ definem que uma informação de qualidade é aquela apta/conveniente para o uso, de acordo com a necessidade do usuário.

Em uma revisão integrativa, Lima et al.⁶ avaliaram a qualidade das informações de alguns SI brasileiros, elencando nove dimensões de qualidade: acessibilidade, clareza metodológica, confiabilidade, consistência, não duplicidade, oportunidade, validade, cobertura e completitude. Tomando as duas últimas dimensões, English⁷ define cobertura como o grau em que estão registrados nos SI os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido. A completitude é definida por Campbell et al.⁴ como o grau em que os registros de um SI possuem valores não nulos. Essas definições permitem afirmar que tais dimensões de qualidade objetivam a disponibilidade do dado para o acesso amplo.

Correia et al.⁸, em uma revisão sistemática sobre a dimensão de completitude dos SI, evidenciaram que os sistemas mais avaliados foram os de racionalidade epidemiológica. Com relação à dimensão de cobertura, o mesmo pode ser observado. No entanto, sabe-se que as informações em saúde devem abranger não apenas aspectos relativos ao processo saúde/doença, os de caráter administrativo/gerencial também são essenciais ao processo de tomada de decisão⁹.

Alguns grupos de pesquisas têm avaliado a qualidade do FINBRA e do SIOPS: Lima et al.¹⁰ investigaram a confiabilidade do SIOPS, comparando os seus registros com os do Fundo Nacional de Saúde e da STN, mediante dados do FINBRA; Gonçalves et al.¹¹ avaliaram a confiabilidade dos dados municipais declarados no SIOPS com os registros do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE), no período de 2000 a 2005; Medeiros¹² avaliou algumas dimensões de qualidade da informação do FINBRA e do SIOPS para os municípios do Brasil, abrangendo os anos de 2004 e 2009; e Medeiros et al.¹³ analisaram as dimensões de acessibilidade, oportunidade e clareza metodológica dos dois SI.

A disponibilidade de dados detalhados sobre receitas e despesas municipais no FINBRA e no SIOPS torna esses sistemas as principais fontes para estudos ou estimativas dessa natureza, aspecto fundamental diante da relevância do ente municipal nos gastos públicos.

A produção científica avaliando a qualidade desses SI, além de escassa, tem priorizado a dimensão de confiabilidade. Não há estudos de abrangência nacional que abordem o orçamento municipal e integrem as bases FINBRA e SIOPS, analisando as dimensões de cobertura e completitude. Essa afirmação aponta para a necessidade de investigações dessa natureza pelo seu potencial de aprimorar e melhorar a qualidade da informação dessas bases de dados nacionais.

Nessa perspectiva, este artigo avalia a qualidade dos SI FINBRA e SIOPS, nas dimensões de cobertura e completitude para os municípios do Brasil, entre 2004 e 2012, considerando algumas variáveis fiscais e de investimento em saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo, com desenho descritivo e abordagem quantitativa, feito a partir das bases de dados FINBRA e SIOPS. Essas bases estão disponíveis, respectivamente, nos sites: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-aneais e <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>.

O período analisado se refere aos anos entre 2004-2012. O marco inicial dessa série (2004) justifica-se pela consolidação dos SI abordados como ferramenta de controle e de transparência no referido ano. O FINBRA, em 2004, completou 15 anos de vigência, e o SIOPS 4 anos. O ano de 2012 foi definido por assegurar que todos os dados tenham sido processados, uma vez que, em 2013, o FINBRA passou por uma mudança na forma de disponibilidade dos dados e, por isso, a homogeneidade das informações disponibilizadas nessa base pode ser assegurada até 2012.

Foram investigados todos os municípios do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as municipalidades totalizavam 5.565, no período. No entanto, foram excluídos Brasília-DF e Fernando de Noronha-PE pelo caráter diferenciado que essas localidades assumem na federação brasileira. De acordo com o Art. 75 da Constituição Estadual, de 1988, Fernando de Noronha é um Distrito Estadual de Pernambuco, e suas informações orçamentárias são prestadas por esse estado. No caso de Brasília, que é o único município do Distrito Federal e capital do País, sua prestação de contas é atrelada ao orçamento da União.

A qualidade dessas bases de dados foi avaliada a partir das dimensões de cobertura e completitude, considerando as variáveis descritas no **Quadro 3**, as quais foram escolhidas pela sua relevância do ponto de vista da gestão fiscal e como expressões da capacidade de arrecadação e de investimento em saúde nos municípios do Brasil.

Quadro 3 - Descrição das variáveis do FINBRA e SIOPS avaliadas nas dimensões de cobertura e completitude.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO	VARIÁVEIS	RELEVÂNCIA
FINBRA	Receita Orçamentária;	Demonstra a capacidade do município para financiamento das políticas públicas municipais.
	Pessoal/Receita Corrente Líquida;	Expressa os limites/possibilidades de gastos com pessoal e apura o cumprimento do limite legal pelo município de acordo com a LRF (Lei Complementar 101/2000).
	Despesa Saúde	Demonstra o investimento municipal no setor saúde.
	Despesa Atenção Básica	Demonstra o investimento municipal em Atenção Básica.
SIOPS	Participação da receita de impostos na receita total do Município (indicador 1.1)	Demonstra a capacidade de arrecadação dos municípios.
	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município (indicador 1.2)	Expressa a dependência dos municípios em relação às transferências de outras esferas de governo.
	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde (indicador 2.2).	Demonstra o comprometimento das despesas com saúde em relação às despesas com pessoal do setor.

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se a avaliação da cobertura a partir da importação das variáveis para o *software* ArcGIS 10.1 com o intuito de *linkage* das bases FINBRA e SIOPS com a base de municípios do IBGE, a qual serviu de padrão ouro. O resultado do *linkage* para cada indicador proporcionou a avaliação da cobertura, identificando os municípios que não forneceram dados para as variáveis selecionadas nos anos da série.

Para a avaliação da completitude, foi calculada a frequência relativa (em percentual) de ausência da informação (campo em branco ou zerado). Os percentuais de cobertura e completitude foram classificados tendo como referência o escore elaborado por Romero e Cunha¹⁴, que é o mais frequente em estudos que avaliaram a completitude⁸.

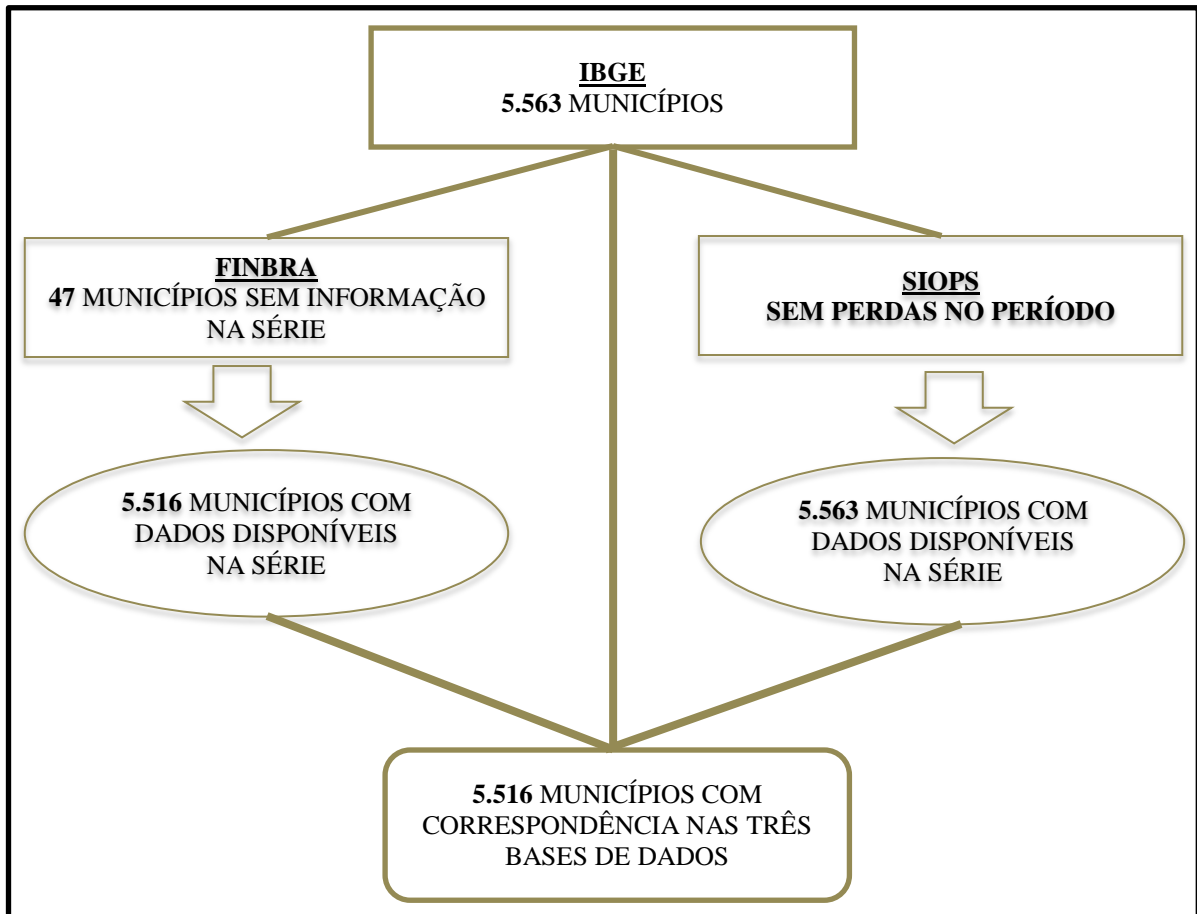
O escore de Romero e Cunha¹⁴ define os seguintes graus de avaliação em relação à falta de dado: excelente (menor de 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% ou mais).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cobertura

O processo de *linkage* entre as bases de dados é ilustrado na **Figura 2**: dos 5.563 municípios existentes no período, 47 não dispunham de dados no FINBRA. No SIOPS não houve perdas no período, o que ao final resultou em 5.516 municípios com correspondência nos dois SI na série histórica.

Figura 2 - Linkage entre as bases de dados do IBGE, FINBRA e SIOPS para determinadas variáveis, entre os anos de 2004 e 2012.



Fonte: Elaboração própria.

Ao longo desse processo, podem-se destacar algumas diferenças nos dois SI. No FINBRA, no período estudado, os dados estão disponibilizados em arquivos.mdb (arquivos de banco de dados), que são gerados anualmente e baixados do site da STN, podendo ser executados na própria máquina mediante a navegação por meio de comandos, que geram rapidamente diferentes relatórios relacionados com despesas e receitas, os quais trazem um conjunto de variáveis específicas. Outra característica do FINBRA é o fato de, a cada ano, realizarem-se modificações na sua interface de usabilidade. O intuito é a melhoria do sistema, contudo essas modificações se tornam um fator complicador na manipulação das bases, devido à mudança nos nomes dos *links*, que selecionam os relatórios, bem como sua localização na tela, exigindo atenção, pois, a mudança nos comandos a cada ano, implica distintas formas para acessar uma mesma variável de um determinado relatório.

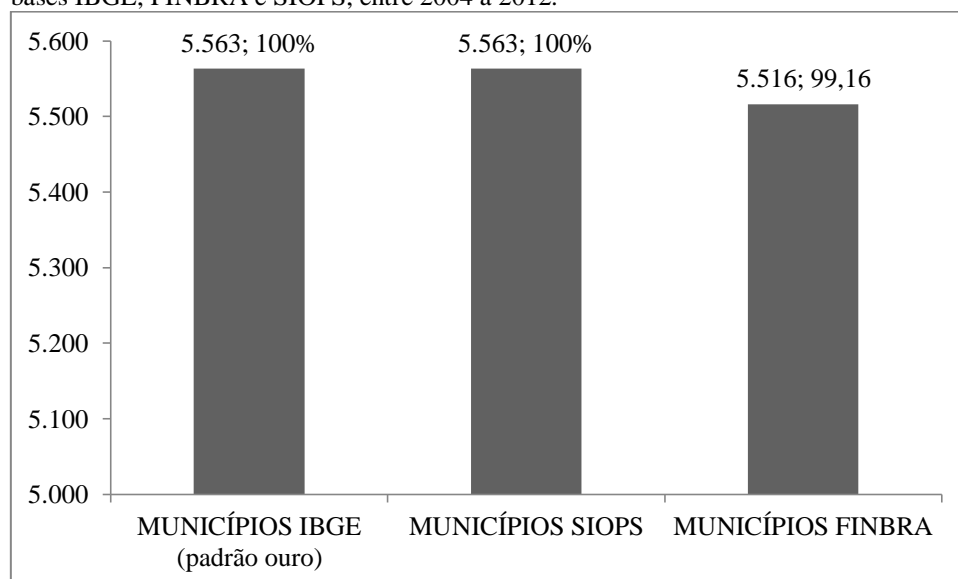
No SIOPS, o trabalho foi facilitado pelo fato de o sistema ter um tabulador *on-line* intuitivo e de fácil acesso. Todas as variáveis podem ser tabuladas para toda a série histórica e importadas em planilhas eletrônicas.

Outra diferença em relação aos SI é a utilização de diferentes códigos para identificar cada município nas bases: o FINBRA desmembra o código da Unidade Federativa e o código municipal em duas colunas; o SIOPS apresenta um código de seis dígitos para cada município. No caso do IBGE, base padrão-ouro, cada município é identificado com um código correspondente, composto de sete dígitos. Apesar dessas formas de codificação apresentarem correspondência entre si, essas diferenças dificultam o *linkage* entre as bases dos sistemas, sendo necessário padronizar os códigos previamente, para composição do banco de dados e posterior análise.

A utilização de códigos de municípios no processo de *linkage* excluiu problemas como o descrito por Medeiros¹² que, em um mesmo ano, identificou municípios na base do FINBRA e do IBGE com o mesmo código, mas com nomes distintos. Segundo a autora, essas diferenças nominais podem ser atribuídas a mudanças de nome do município nos anos analisados, sem que essas alterações tenham sido introduzidas simultaneamente no FINBRA e no IBGE.

Conforme o **Gráfico 1**, observa-se que o FINBRA apresentou cobertura de 99,16%, correspondendo a 4.516 municípios com dados disponíveis no sistema, já o SIOPS teve 100% de cobertura. De acordo com o escore de Romero e Cunha¹⁴, a cobertura dos dois SI é classificada como excelente, pois, as perdas de municípios representaram menos de 5%.

Gráfico 1 - Frequência de obtenção de registro de dados dos municípios do Brasil nas bases IBGE, FINBRA e SIOPS, entre 2004 a 2012.



Fonte: Elaboração própria.

No período estudado, os SI tinham regras e critérios diferentes para declaração dos dados pelos municípios. Para alimentação do FINBRA, os municípios preenchem

formulários com os dados de caráter declaratório extraídos de seus balanços e os encaminham para Caixa Econômica Federal (CEF) que, após consolidação, os envia para a STN. A não apresentação dos relatórios ao FINBRA implica descumprimento legal, podendo resultar em penalidades ou sanções, conforme dispositivos definidos na LRF¹⁵. No caso do SIOPS, no período do estudo, a não alimentação da base de dados não implicava sanções, embora seja um SI que gera dados para compor os relatórios de gestão dos municípios, fundamental para mudanças na habilitação nas modalidades de financiamento. Dessa forma, esperava-se que o FINBRA apresentasse maior cobertura em relação ao SIOPS, pelo seu caráter de obrigatoriedade.

Analisando caso a caso cada variável selecionada, a **Tabela 5** demonstra que todas as variáveis de ambos os sistemas apresentaram uma cobertura excelente, com menos de 1% de perdas. No entanto, vale destacar que as variáveis do FINBRA tiveram desempenho inferior em comparação com as variáveis do SIOPS.

Tabela 5 - Descrição da cobertura das variáveis selecionadas do FINBRA e SIOPS entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.

	Indicador	Nº de municípios com informação	Nº de perdas	% de municípios com informação
FINBRA	Receita Orçamentária	5563	0	100,00
	Pessoal/Receita Corrente Líquida	5560	3	99,95
	Despesa Saúde	5561	2	99,96
	Despesa Atenção Básica	5518	45	99,19
SIOPS	Participação da receita de impostos na receita total do Município	5563	0	100,00
	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	5563	0	100,00
	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	5563	0	100,00

Fonte: Elaboração própria.

Entre as variáveis do FINBRA, a de pior resultado foi a variável Despesa Atenção Básica, com cobertura de 99,19%, correspondente a 45 municípios sem informação, reduzindo o número de municípios analisados neste estudo. Esse achado chama atenção, pois, no período de 2004 a 2012, o recurso para a Atenção Básica era repassado aos municípios na modalidade fundo a fundo, em bloco específico, ou seja, garantia-se a vinculação do recurso e, portanto, esperava-se que esse dado estivesse facilmente disponível no FINBRA.

Completitude

A **Tabela 6** apresenta a incompletitude de cada variável selecionada nas bases, descrevendo o número de omissões de dados ano a ano. No FINBRA, a variável que mostrou melhor desempenho foi a Receita Orçamentária, seguida pelas variáveis Pessoal/Receita Corrente Líquida, Despesa Saúde e Despesa Atenção Básica. A completitude do FINBRA variou de muito boa a regular. Ainda de acordo com a **Tabela 6**, observa-se que os três indicadores do SIOPS obtiveram comportamento semelhante nos anos da série, com um percentual de perdas sempre inferior a 5%, o que caracteriza excelente completitude.

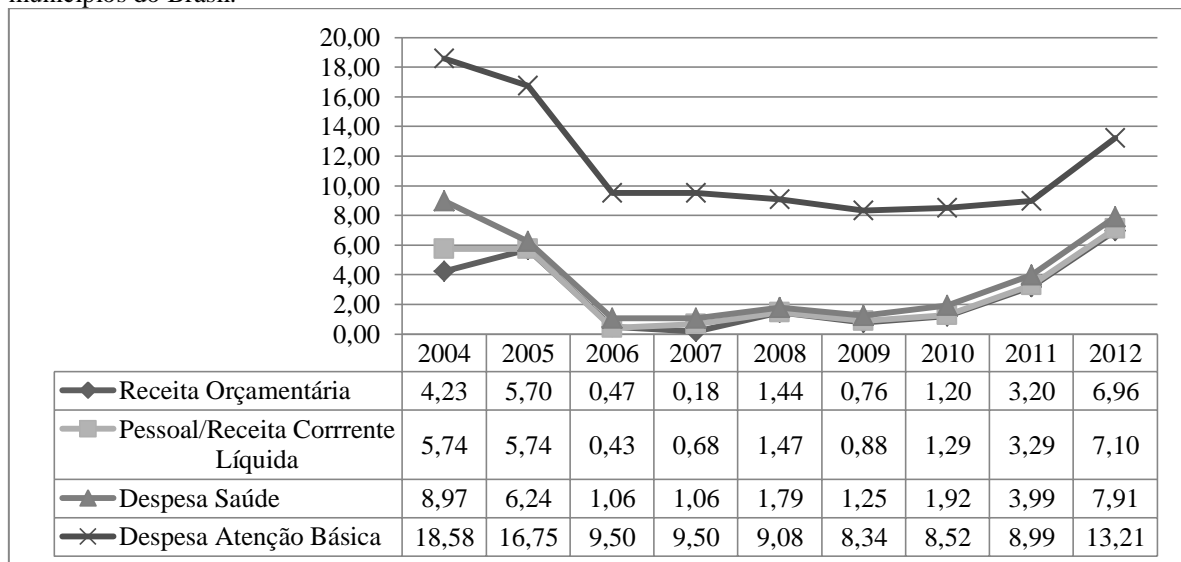
Tabela 6 - Descrição das incompletitudes de cada variável selecionada do FINBRA e SIOPS, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.

VARIÁVEL	SISTEMA	2004		2005		2006*		2007*		2008		2009		2010		2011		2012	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Receita Orçamentária	FINBRA	235	4,23	317	5,70	26	0,47	10	0,18	80	1,44	42	0,76	67	1,20	178	3,20	387	6,96
Pessoal/Receita Corrente Líquida	FINBRA	319	5,74	319	5,74	24	0,43	38	0,68	82	1,47	49	0,88	72	1,29	183	3,29	395	7,10
Despesa Saúde	FINBRA	490	8,97	341	6,24	58	1,06	58	1,06	98	1,79	68	1,25	105	1,92	218	3,99	432	7,91
Despesa Atenção Básica	FINBRA	1025	18,58	924	16,75	524	9,50	524	9,50	501	9,08	460	8,34	470	8,52	496	8,99	729	13,21
Participação da receita de impostos na receita total do Município	SIOPS	154	2,77	16	0,29	17	0,31	26	0,47	55	0,99	15	0,27	21	0,38	40	0,72	121	2,18
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	SIOPS	154	2,77	15	0,27	17	0,31	26	0,47	52	0,93	15	0,27	20	0,36	38	0,68	118	2,12
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	SIOPS	155	2,79	15	0,27	17	0,31	26	0,47	52	0,93	15	0,27	20	0,36	38	0,68	118	2,12

Fonte: Elaboração própria.

De forma mais detalhada, o **Gráfico 2** evidencia o comportamento das variáveis do FINBRA no período estudado, em que se observa que o comportamento das variáveis é bastante similar. As variáveis Receita Orçamentária, Pessoal/Receita Corrente Líquida e Despesa Saúde apresentaram escore excelente entre os anos 2006 e 2011. Já a Despesa Atenção Básica, variável de pior desempenho na série, apresentou completitude regular com perdas entre 10% e 20% para os quatro primeiros e para o último ano estudado. Os anos de 2004, 2005 e 2012 foram os de maior ocorrência de ausência de dado.

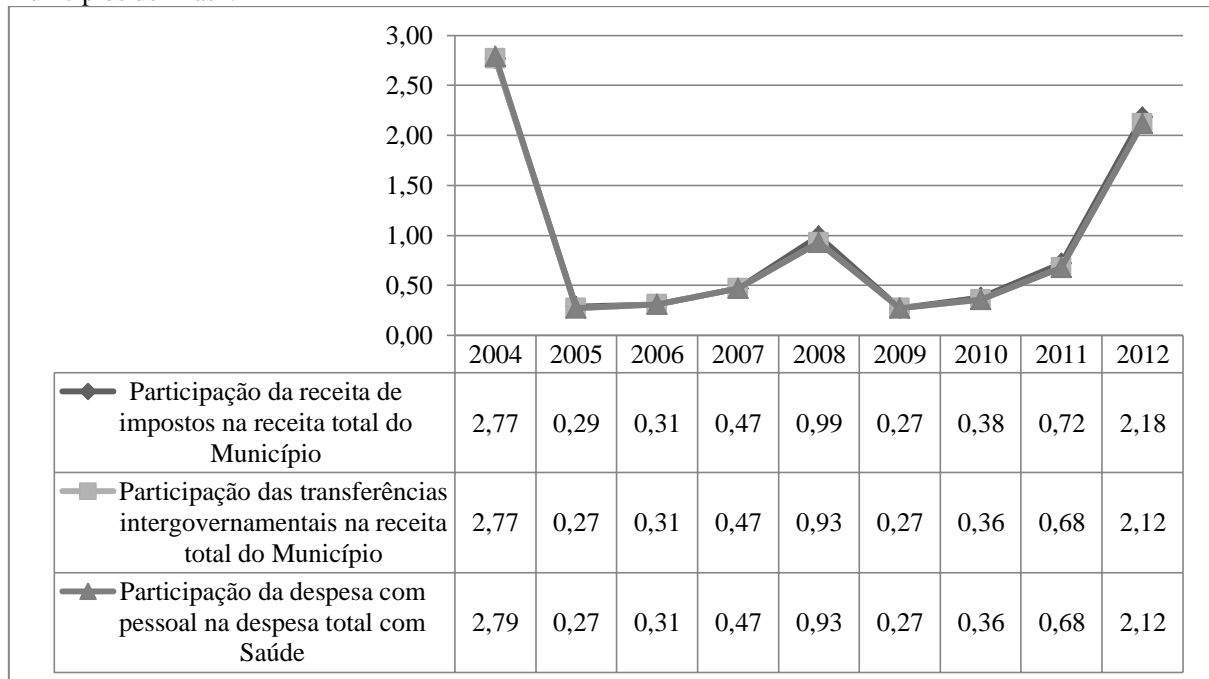
Gráfico 2 - Percentual de perdas das variáveis selecionadas do FINBRA, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Conforme o **Gráfico 3**, observa-se que as variáveis do SIOPS tiveram os maiores níveis de omissão de dado nos anos de 2004, 2008 e 2012, coincidindo, em grande parte, com o comportamento das variáveis do FINBRA.

Gráfico 3 - Percentual de perdas das variáveis selecionadas do SIOPS, entre os anos de 2004 a 2012, para os municípios do Brasil.



Fonte: Elaboração própria.

Não há dúvidas de que o FINBRA e o SIOPS introduziram avanços no processo de padronização, coleta, tratamento e disseminação de dados de orçamento e financiamento em saúde³. No entanto, a interface de cada sistema difere completamente, refletindo-se na inexistência de interoperabilidade entre eles. Esse achado implica menor celeridade para compatibilizar os dados, ou seja, há maior dispêndio de tempo para compatibilizar/parear os dados. Longe de ser um problema exclusivo dos SI orçamentários, as questões que envolvem a falta de integração entre sistemas foram observadas em outros estudos¹⁶⁻¹⁸.

As especificidades dos diferentes relatórios gerados pelo FINBRA e as mudanças anuais em sua interface, demandam certo conhecimento contábil do usuário, aspecto destacado em Medeiros et al.¹³, que mencionam haver proporcionalidade do nível de conhecimento contábil do usuário com as potencialidades de exploração do FINBRA. Sobre esse aspecto, Schettini¹⁹ aponta que o manuseio do FINBRA pressupõe que o investigador tenha capacidade de contornar problemas derivados, de um lado, do crescente detalhamento das informações contábeis em seus diversos relatórios e, de outro, das mudanças conceituais da contabilidade pública.

Quanto às modificações anuais na interface de usabilidade do FINBRA, um estudo¹³ alerta que a manipulação dos dados, especialmente, quando envolve a utilização de mais de um ano, é uma tarefa bastante complexa devido às suas diferenças. Contudo, essas mudanças não inviabilizaram o processo de coleta dos dados desse sistema.

Esperava-se que o FINBRA fosse mais bem avaliado em relação ao SIOPS, devido ao caráter de obrigatoriedade daquele sistema. No entanto, o FINBRA possui método de crítica bem mais criterioso, pois, quando as informações chegam ao Sistema de Coleta de Dados Contábeis dos Entes da Federação (SISTN), os técnicos da CEF fazem a checagem do que foi publicado no balanço municipal. Adicionalmente, quando os dados são enviados da CEF para a STN, há nova conferência entre a informação de transferência do Fundo de Participação Municipal (FPM) declaradas pelo município e o que, de fato, foi repassado²⁰. Submetidos a essas críticas, os municípios em que se verificam incoerências nos registros têm seus relatórios suprimidos do FINBRA, resultando no impedimento de acesso aos dados de receitas e despesas, pois, nesses casos, os dados municipais ficam bloqueados, o que justifica a menor cobertura e completitude deste sistema²¹.

A Despesa Atenção Básica teve pior desempenho no FINBRA, tanto na dimensão de cobertura quanto de completitude. Apesar de o recurso para a atenção básica ser, durante os anos estudados, repassados aos municípios em bloco específico e fundo a fundo, é importante entender que, conforme a classificação funcional da despesa, a despesa com atenção básica é uma subfunção da função despesa com saúde²². Ou seja, o dado da atenção básica está contido na despesa com saúde, o que exige certa desagregação da informação sobre as despesas executadas nos municípios. Nesse sentido, é relevante a disponibilidade de pessoal qualificado nos municípios para o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento e prestação de contas da despesa com esse nível de desagregação.

Há de se destacar que, dos 45 municípios sem dado para Despesa Atenção Básica, no FINBRA, 37 são de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes. Pesquisas apontam que o porte populacional tem relação com a qualificação dos recursos humanos da gestão municipal. A Pesquisa Perfil dos Municípios do Brasil²³ demonstra que, em municípios de menor porte, é maior o número de prefeitos com ensino fundamental incompleto. Esse mesmo achado é evidenciado por Bernd et al.²⁴, que ao analisar a qualificação dos servidores dos municípios do Paraná, demonstraram prevalecer servidores com nível de instrução fundamental nos municípios de pequeno porte.

Rezende et al.²⁵ afirmam que as administrações de pequeno porte não acompanham diretamente seus indicadores econômicos e financeiros, conforme exigido por dispositivos legais como a LRF, a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012. Muitos municípios contratam organizações privadas para prestarem serviços especializados de finanças públicas às prefeituras; e os gestores municipais apenas acompanham a situação da administração por meio de relatórios emitidos por essas empresas

que, de fato, fazem o monitoramento das finanças públicas municipais e a contabilidade pública. Essa prática é justificada, segundo os próprios agentes públicos, pela complexidade das normas e pela ausência de servidores municipais qualificados para tais tarefas²⁶. Nos relatórios concluídos da Controladoria Geral da União consta que, dos 200 municípios fiscalizados, apenas 7 não apresentaram indícios de qualquer problema administrativo²⁷.

Os dois SI foram bem avaliados na dimensão de completitude, variando de excelente (<5% de perdas) a regular (entre 10% a 20% de perdas). Não existem outras pesquisas que avaliem esses SI nessa dimensão. Vários estudos têm sido produzidos, verificando a completitude de SI de base epidemiológica, como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)^{6,8,14,27-32}. Sabe-se o quão vasto é o arsenal de variáveis disponíveis em cada um desses sistemas, bem como as possibilidades de abordagem com relação ao método, localidades e períodos. Tendo em vista a abordagem da dimensão de completitude, uma aproximação a esses estudos, permite-nos afirmar que, mesmo de conteúdo distinto ao epidemiológico, o FINBRA e o SIOPS são muito bem avaliados com relação a essas dimensões, se comparados a outros SI.

Chama atenção o fato de tanto as variáveis do FINBRA quanto as do SIOPS apresentarem os maiores níveis de omissão de dados nos anos de 2004, 2008 e 2012, sendo esses anos eleitorais. Em estudo empírico realizado no estado da Bahia³³, evidenciou-se que o ano eleitoral e a alternância de poder foram fatores que contribuíram para aumentar a probabilidade de rejeição de contas dos municípios pelo TCE-BA. Esse achado é sustentado pela Teoria dos Ciclos Políticos, a qual assume que os anos de eleições determinam aspectos do comportamento dos agentes públicos no que se refere à prestação de contas³³⁻³⁴.

CONCLUSÃO

Os dados da pesquisa demonstram que tanto o FINBRA como o SIOPS apresentaram, entre 2004 e 2012, uma excelente cobertura e completitude, variando de excelente a regular, tendo o SIOPS apresentado melhor desempenho para as duas dimensões avaliadas, o que pode estar relacionado com duas questões. A primeira se refere ao fato de o sistema de crítica do SIOPS, à época, ser menos rígido que o do FINBRA, em que os dados passam por diferentes etapas de conferência, antes de serem disponibilizados para acesso público. A outra questão diz respeito à utilização do SIOPS como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e

serviços públicos de saúde, em determinação às imposições da Emenda Constitucional nº 29/2000, o que leva os municípios a priorizar e valorizar o preenchimento do SIOPS.

A variável de pior desempenho foi a Despesa Atenção Básica, tanto para a dimensão de cobertura como para a dimensão de completitude. Para a maioria dos anos da série, a completitude dessa variável foi regular, o que pode estar relacionado à disponibilidade de pessoal qualificado nos municípios para o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento e prestação de contas da despesa com esse nível de desagregação, principalmente, nos municípios de pequeno porte.

Outro achado relevante foi o fato de os anos de menor cobertura, para os dois SI, terem sido 2004, 2008 e 2012, anos de eleições municipais, o que pode ser explicado pela influência dos anos eleitorais na divulgação dos dados orçamentários, sendo a Teoria dos Ciclos Políticos o suporte para essa assertiva.

Os achados demonstram a qualidade dos dados divulgados nesses SI, o que deve estimular o desenvolvimento de competências nos gestores para a utilização desses dados na tomada de decisão no que se refere à capacidade de arrecadação, financiamento e gestão fiscal dos municípios. Para a área acadêmica, esses achados devem estimular a produção de estudos de base nacional a partir dos dados disponíveis nesses SI.

Acompanhar as transferências e o comportamento das instâncias subnacionais em relação aos gastos públicos é essencial para a análise do processo de descentralização das políticas do SUS, bem como de outras políticas, além de ser um dos pilares da administração pública. Nesse sentido, a disponibilidade de informações de qualidade para livre acesso aos cidadãos se alinha à transparência na Administração Pública, um dos pressupostos para a gestão democrática, viabilizando os processos decisórios e garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. Abrucio FL. Desafios contemporâneos para a reforma da administração pública brasileira. In: Peters BG, Pierre J. Administração pública: coletânea. São Paulo: Unesp; 2010. p. 537-548.
2. Cruz CF, Macedo MAS, Sauerbronn FF. Responsabilidade fiscal de grandes municípios brasileiros: uma análise de suas características. Rev. Adm. Pública. 2013; 47(6): 1375-1399.
3. Almeida MF. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. Cad. Saúde Pública. 2004; 20: 167-168.

4. Campbell SE, Campbell MK, Grimshaw JM, et al. A systematic review of discharge coding accuracy. *J. Public Health Med.* 2001; 23(3): 2015-211.
5. Paim I, Nehmy RMQ, Guimarães CG. Problematização do conceito "Qualidade" da Informação. *Perspectivas em Ciências da Informação.* 1996; 1(1): 111-119.
6. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(10): 2095-2109.
7. English LP. *Improving data warehouse and business information quality.* New York: John Wiley & Sons; 1999.
8. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(11): 4467-4478.
9. Carvalho ALB. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. *Tempus (Brasília).* 2009; 3(3): 16-30.
10. 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.
11. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG 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. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(12): 2612-2620.
12. Medeiros KR. *Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros [tese]. [Recife PE]: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz; 2011. 185p.*
13. Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN et al. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Rev. de Adm. Pública.* 2014; 48(5): 1113-1133.
14. Romero DE, Cunha, Cynthia B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(3): 673-684.
15. Menezes RT. *Efeitos da LRF sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998 a 2004) [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. 128p.*
16. Morais RM, Costa AL. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. *Rev. Adm. Pública.* 2014; 48(3): 767-793.

17. Souza RC, Freire SM, Almeida RT. Sistema de informação para integrar os dados da assistência oncológica ambulatorial do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6): 1131-1140.
18. Damé PKV, Pedroso MRO, Marinho CL et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11): 2155-2165.
19. Schettini BP. Análises da dinâmica orçamentária dos municípios brasileiros: uma aplicação da metodologia VAR com dados empilhados. *Economia Aplicada*. 2012; 16(2): 291-310.
20. Favaret ACSC. Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília, DF: IPEA, 2009.
21. Pinheiro TC. Hierarquia urbana e situação fiscal dos municípios brasileiros. *Rev. Ass. Bra. de Est. Reg. e Urb.* 2009; 3(1): 107- 127.
22. Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual Técnico de Orçamento. Brasília, 2018.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos municípios brasileiros: pesquisa de informações básicas municipais 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
24. Bernd DC, Machado RF, Clemente A.. Porte municipal e capital humano nas administrações municipais paranaenses. In: *Anais do XVII Seminários em Administração*; 2014; São Paulo: ALAC, 2014. p. 1-15.
25. Rezende JB, Pereira JR. Gestão pública em municípios de pequeno porte: velhas questões, leis modernas e práticas patrimonialistas. In: *Anais do IV Congresso Internacional Governo, Gestão e Profissionalização em Âmbito Local Frente aos Grandes Desafios de Nosso Tempo*; 2013; Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2014. p. 1-20.
26. Controladoria Geral da União. Controladoria aponta irregularidades em mais de 300 municípios. Disponível em < <http://www.presidencia.gov.br/cgu/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
27. Glatt R. Análise da qualidade da base de dados de AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
28. Melo GBT, Valongueiro S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010. *Epidem. e Serv. de Saúde*. 2015; 24(4): 651-660.
29. Bonilha EA et al. Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011 *Epidem. e Serv. de Saúde*. 2018; 27(1): 1-10.

30. Barbosa DA, Barbosa AMF. Avaliação da completitude e consistência do banco de dados das hepatites virais no Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. *Epidem. e Serv. de Saúde*. 2013; 22(1): p. 49-58.
31. Barbuscia DM, Rodrigues-Júniro AL. Completude da informação nas Declarações de Nascido Vivo e nas Declarações de Óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(6): 1192-1200.
32. Neri SCC. A qualidade dos dados dos sistemas de informação em saúde aplicados na atenção à saúde materno-infantil [tese]. [Salvador BA]: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2016. 182p.
33. Pereira JRT. Gestão e controle de recursos públicos – um estudo sobre a rejeição de prestação de contas nos governos municipais do estado da Bahia [dissertação]. Salvador: Faculdade de Ciências Contábeis da Universidade Federal da Bahia; 2010. 114p.
34. Pereira JRT, Cordeiro-Filho JB. Rejeições de Prestação de Contas de Governos Municipais: o que está acontecendo? *Contab. Gest. e Gov*. 2012; 15(1): 33 - 43.

6.2.2 Artigo 2 - Federalismo fiscal e financiamento da saúde: uma análise dos municípios do Brasil⁸ / Fiscal Federalism and Economic Stabilization Policy: An Analysis of Brazilian Municipalities

RESUMO

O estudo discute o arranjo entre o financiamento da saúde nos municípios, o modelo de federalismo fiscal praticado no país e a política de ajuste macroeconômico vigente, a partir da análise de variáveis de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde dos municípios do Brasil, numa série de doze anos (2004-2015). O comportamento dos indicadores foi descrito por meio do modelo de regressão linear simples para verificar a tendência temporal. Construiu-se um índice municipal, que foi analisado segundo triênios, por meio dos testes de *Kruskal-Wallis*, seguido do pós-teste de *Dunn*. A análise de tendência temporal evidenciou: crescimento da Despesa com Pessoal da Administração, Receita Orçamentária *per capita*, Percentual das Transferências para a Saúde e do Índice de Autonomia Municipal; e queda do Percentual de Despesa com Atenção Primária e da Despesa com Pessoal da Saúde. O teste de *Kruskal-Wallis* e o pós-teste de *Dunn* apontaram que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (melhor desempenho do índice municipal) divergiram do Nordeste e Norte (pior); e os municípios de portes 1, 5 e 6 foram semelhantes (melhores desempenhos do índice). O atual contexto de crise, que tem suscitado medidas de ajuste fiscal austeras, preocupa a manutenção dos investimentos públicos em saúde nos municípios, num sistema federativo caracterizado por desigualdades e pouca cooperação entre os entes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Descentralização, Financiamento da Assistência à Saúde

⁸ Submetido à revista *Ciência e Saúde Coletiva*

ABSTRACT

The study discusses the arrangement between health financing in the municipalities, the model of fiscal federalism practiced in the country and the current macroeconomic adjustment policy, based on the analysis of budget, personnel and health expenditure variables in the municipalities of Brazil, in a series of twelve years (2004-2015). The behavior of the indicators was described using the simple linear regression model to check the time trend. The municipal index was elaborated and analyzed according to three-year periods using Kruskal-Wallis tests, followed by Dunn post-test. The temporal trend analysis showed: increase in the Expenditure on Administration Personnel, Budgetary Revenue per capita, Percentage of Health Transfers and Municipal Autonomy Index; and fall in the Percentage of Primary Care Expenditure and Health Personnel Expenditure. The Kruskal-Wallis test and the Dunn posttest indicated that the Midwest, Southeast and South regions (better municipal index performance) differed from the Northeast and North (worst); and the municipalities of sizes 1, 5 and 6 were similar (good index performance). The current crisis context, which has justified austere fiscal adjustment measures, concerns the maintenance of public investments in health in the municipalities, in a federative system characterized by inequalities and little cooperation between the entities.

Keywords: Primary Health Care, Decentralization, Healthcare Financing

Introdução

O Brasil como país federativo é caracterizado pelas suas dimensões continentais e por fortes desigualdades estruturais, as quais são determinadas, mas, também determinam a capacidade de arrecadação e de gestão dos seus entes subnacionais (estados e municípios). As desigualdades manifestas em dimensões econômicas, políticas, sociais e de capacidade institucional, repercutem nos aspectos do financiamento e provisão de bens e serviços públicos¹.

Desde a Constituição Federal (CF) de 1988, o país ampliou a descentralização de competências tributárias e de responsabilidades em setores, como o da saúde. Passaram-se 30 anos desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu financiamento permanece como um dos principais gargalos do sistema².

A discussão do federalismo fiscal tangencia o financiamento da política de saúde, haja vista as contradições entre o desenho federativo brasileiro e o ‘federalismo da saúde’, caracterizado pela transferência de atribuições e responsabilidades para os municípios, mas, centralização na formulação e indução de políticas pela União, com conseqüente esvaziamento do papel dos estados³. Nesse sentido, pode-se afirmar que o processo de descentralização redistribuiu o poder e colocou o ente municipal numa posição de destaque.

Em termos macroeconômicos, o financiamento da saúde e as transferências fiscais relacionam-se diretamente com a política de estabilização econômica, em que as medidas de ajuste fiscal baseadas na agenda neoliberal do Estado mínimo e empreendidas, desde a década de 1990, têm repercutido na contenção dos gastos em saúde^{4,5}. No escopo dessas medidas, citam-se a Desvinculação de Recursos da União (DRU), que contingencia recursos da União para o superávit primário; aumento das alíquotas das contribuições sociais; bem como, o congelamento e utilização de impostos como estratégias de desonerações fiscais^{4,5}.

A participação relativa da União nas despesas com saúde apresentou acentuada queda, considerando os anos de 1995 a 2012, enquanto os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde⁶. Apesar de esse dado representar, em parte, o cumprimento das prerrogativas constitucionais referentes à descentralização, deve-se considerar que a desresponsabilização em relação às políticas sociais, justificada pela descentralização, produzem constrangimentos e ampliam os desequilíbrios já existentes entre os estados e municípios da federação⁷.

Ademais, há de se considerar que o setor saúde é caracterizado por requerer amplos investimentos na força de trabalho, que, no caso brasileiro, ocorreu via implantação da Atenção Primária à Saúde (APS), fortemente induzida pelo Ministério da Saúde, mas, com sua execução sob responsabilidade do município, o qual deve obrigatoriamente dar conta desse nível de atenção. Com isso, os municípios se tornaram os maiores empregadores da força de trabalho no SUS⁸, pois, esse nível de atenção tem uma demanda extensiva de pessoal, o que se confronta, de um lado, com a capacidade de financiamento dos municípios e, de outro, com os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) à despesa com pessoal.

Diante disso, assume-se como premissa que os descaminhos do financiamento da saúde estão atrelados ao modelo de federalismo fiscal e de ajuste macroeconômico praticado no país, associados às limitações na capacidade de arrecadação dos municípios. Nesse sentido, para discutir o arranjo entre esses elementos, o presente estudo analisa indicadores de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde, enfocando a APS, dos municípios do Brasil, numa série histórica de doze anos (2004-2015).

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa e de corte longitudinal retrospectivo.

As variáveis que compuseram o banco de dados foram coletadas em dois sistemas de informação: Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sob responsabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e do Ministério da Saúde, respectivamente. O primeiro existe desde 1989 e o segundo foi criado em 2000. Ambos são instrumentos de controle e transparência dos órgãos públicos. Conforme Medeiros et al.⁹, os sistemas apresentam semelhantes vantagens quanto à acessibilidade e oportunidade; e Feliciano et al.¹⁰ evidenciaram que são bem avaliados quanto à completude e cobertura.

O banco de dados da pesquisa abrangeu 4.005 municipalidades brasileiras, o que representa 72% do total. Na **Tabela 7**, observa-se que a região Centro-Oeste teve o maior percentual de perdas (75,80%). Nesse sentido, os achados desse estudo, para essa região, são limitados aos municípios contemplados aqui, não podendo ser extrapolados para a região Centro-Oeste como um todo. O Sul foi a região com menor perda (13,18%), seguida pelo Sudeste (17,51%), Nordeste (32,16%) e Norte (41,11%).

Tabela 7 - Municípios excluídos do estudo por Região. Brasil, 2019.

Região	Total de Municípios	Perda por região	% PERDAS
Centro-Oeste	467	354	75,80
Nordeste	1794	577	32,16
Norte	450	185	41,11
Sudeste	1668	292	17,51
Sul	1191	157	13,18
Total	5570	1565	28,10

Fonte: Elaboração própria.

O período analisado refere-se aos anos de 2004 a 2015. O marco inicial justifica-se pela consolidação dos sistemas de informação utilizados como ferramenta de controle e de transparência, quando, em 2004, o FINBRA completou quinze anos, e o SIOPS quatro anos. O ano de 2015 foi definido como marco final por assegurar que todos os dados foram processados. Porém, cabe salientar que, em 2013, o FINBRA passou por uma mudança na forma de acesso aos dados, o que repercutiu na ausência do indicador Despesa com Pessoal da Administração (DPA) no quarto triênio (2013-2015). Apesar disso, pela sua relevância para o controle fiscal dos municípios, conforme definido pela LRF, optou-se por manter o indicador na análise de tendência.

Os indicadores municipais foram seis, os quais se relacionam a diferentes aspectos e estão descritos no **Quadro 4**. Esse quadro também demonstra a construção do índice

municipal, baseado em quatro indicadores: RPC, DAP, IAM e DPS, que tiveram seus resultados valorados individualmente a cada triênio, com base no quartil da mediana dos municípios. A eleição desses indicadores para compor o índice municipal justifica-se por refletirem aspectos importantes: a Receita orçamentária *per capita* (RPC) é a receita disponível por habitante, evidenciando a capacidade de investimento municipal^{11,12}; o indicador Despesa com Atenção Primária (DAP) é o percentual de investimento em APS e, portanto, caracteriza o município com relação ao peso que a despesa com APS tem em relação à despesa com saúde¹³; o Índice de Autonomia Municipal (IAM) é uma razão entre a Capacidade de arrecadação e o Percentual de Transferências Intergovernamentais demonstrando a autonomia financeira do município¹⁴; por fim, o indicador Despesa com Pessoal da Saúde (DPS) é abordado como uma *proxy*, que permite uma aproximação da condição fiscal do município sob o ponto de vista das despesas com pessoal da saúde, uma vez que o DPA¹⁵, objeto de controle da LRF, foi excluído dessa análise por não apresentar disponibilidade no último triênio.

O índice municipal partiu da valoração dos quartis com escores de 0 a 1, expressando os piores e melhores desempenhos, respectivamente. Ou seja, para as variáveis RPC, DAP e IAM quanto mais elevados os valores, melhor avaliados foram os municípios, pois, indica alta capacidade de investimento, maior comprometimento da despesa em saúde com APS e boa autonomia fiscal, respectivamente. Ao contrário, o comportamento do DPS foi mais bem avaliado quanto menores os valores do indicador. O somatório dos escores dos quatro indicadores resultou no escore final do município obtido a cada triênio, proposto como um índice sintético municipal, que agrega dimensões relacionadas à capacidade de investimento por habitante, ao comprometimento da despesa em saúde com APS, à autonomia e à gestão fiscal.

Quadro 4 - Descrição dos indicadores do estudo.

FONTE	SIGLA	SIGNIFICADO	CÁLCULO	O QUE RESPONDE?	CRITÉRIO DE VALORAÇÃO DOS QUARTIS*	
					Quartis**	Valoração
FINBRA	DPA	Despesa com Pessoal da Administração	$\frac{\text{Despesa com pessoal ativo}}{\text{Receita corrente líquida}}$	Os limites/possibilidades de gastos com pessoal. Apura o cumprimento do limite legal pelo município de acordo a LRF.	--	--
	RPC	Receita Orçamentária <i>per capita</i>	$\frac{\text{Receita Orçamentária}}{\text{Estimativa populacional do IBGE}}$	Expressa a capacidade de investimento do município por habitante.	1º quartil	0,00
					2º quartil	0,25
					3º quartil	0,50
					4º quartil	1,00
	DAP	Percentual de Despesa com Atenção Primária	$\frac{\text{Despesa com a subfunção Atenção Básica}}{\text{Despesa com a Função Saúde}} \times 100$	Calculado com dados do FINBRA, indica o comprometimento da despesa em saúde com a Atenção Primária no município.	1º quartil	0,00
					2º quartil	0,25
3º quartil					0,50	
SIOPS	PTS	Percentual das Transferências para a Saúde (SUS) em relação à despesa total do município com saúde	$\frac{\text{Total de Receitas das Transferências para a saúde (SUS)}}{\text{Total de Gasto com Saúde (excluídas as deduções)}} \times 100$	Esse é o indicador 3.1 do SIOPS e demonstra qual a parcela da despesa com saúde, sob a responsabilidade do município, foi financiada com recursos de outras esferas de governo e não com recursos próprios.	--	--
					IAM	Índice de Autonomia Municipal
	2º quartil	0,25				
	3º quartil	0,50				
	DPS	Despesa com Pessoal da Saúde em Relação às Despesas com Saúde	$\frac{\text{Despesa Total com Saúde no ano}}{\text{Estimativa populacional do IBGE}}$	Esse é o Indicador 2.2 do SIOPS e expressa o quanto do orçamento da saúde do município tem sido despendido para pagamento de pessoal.	4º quartil	1,00
					1º quartil	1,00
					2º quartil	0,50
3º quartil					0,25	
					4º quartil	0,00

Fonte: Elaboração própria.

Notas: *Utilizados para construção do índice municipal

**Os quartis se basearam nas medianas dos indicadores no triênio, obtidas para cada município.

Os dados orçamentários (receitas e despesas) foram deflacionados, utilizando-se o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE, convertidos a valores de dezembro de 2015.

A análise estatística das variáveis deu conta de dois aspectos. O primeiro tratou-se da descrição do comportamento dos indicadores na série histórica e o segundo foi a análise do índice municipal, construído neste trabalho, por triênios, em relação às regiões administrativas e ao porte populacional dos municípios.

De forma mais detalhada, no primeiro aspecto, o comportamento dos indicadores foi descrito por meio do modelo clássico de regressão linear simples, resultando em uma equação para cada indicador (variável dependente), tendo os anos como variável independente. Previamente, foram verificadas as suposições de normalidade à luz do teste de *Shapiro-Wilk*, e a ausência de autocorrelação entre os resíduos da regressão foi checada através do teste *Durbin-Watson*. Para cada modelo de regressão calculou-se, ainda, o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e a interpretação da sua magnitude adotou a seguinte classificação: fraca, valores de r entre 0,1 e 0,3; moderada, r entre 0,4 e 0,6; e forte, r acima de 0,7¹⁶. O teste de *Cox-Stuart* também auxiliou na avaliação de tendência do período.

A análise do índice municipal, segundo aspecto, realizou-se por meio do teste de *Kruskal-Wallis* e, nos casos de rejeição da hipótese nula, aplicou-se o pós-teste de *Dunn* para avaliar as diferenças entre as regiões e portes populacionais em cada triênio.

O recorte em quatro triênios justifica-se por corresponder à publicação de alguns marcos normativos, bem como a fatos econômicos e políticos com consequências para a disponibilidade e composição das receitas e despesas dos municípios, tanto do ponto de vista da política fiscal quanto do financiamento da política de saúde:

- Primeiro Triênio (2004-2006): O primeiro ano, além de ser o marco inicial da série, coincide com a implantação do PROESF¹⁵, que tem grande importância do ponto de vista da despesa com pessoal. Entre 2004 e 2008, na vigência do PROESF, o percentual de pessoas cobertas pela Saúde da Família passou de 40% para 49,5% da população¹⁷. Com isso, infere-se que os municípios passaram a dispendir mais recursos com pessoal da saúde, pois, essa é a despesa mais relevante da Atenção Básica¹³. Essa questão evidencia uma contradição entre a execução da política de saúde e o limite imposto pela LRF à despesa com pessoal, requerendo ser analisada do ponto de vista fiscal e social;

- Segundo Triênio (2007-2009): Foi marcado pelo lançamento do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), em 2007, originando o Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento da Infraestrutura (REIDI), que concedeu desonerações tributárias

importantes em relação a vários tributos, dentre os quais o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (pessoa física) (IR), que compõem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Sabendo que essas desonerações tiveram um impacto indireto nos recursos destinados aos municípios, no que se refere às receitas disponíveis para investimento em saúde e educação¹⁸, justifica-se o delineamento desse triênio;

- Terceiro Triênio (2010-2012): O ano de 2010 inicia o triênio imediatamente posterior à crise financeira internacional; e

- Quarto Triênio (2013-2015): Esse último triênio marca o período em que a crise econômica é agravada no Brasil. Esses dois últimos triênios têm como marca o maior crescimento dos subsídios e das desonerações tributárias para o setor privado, como estratégia do governo de promover a retomada do crescimento, repercutindo em queda da arrecadação e acompanhada de cortes desproporcionais aos investimentos públicos¹⁹. Dessa forma, é relevante verificar como os municípios reagiram a essas mudanças, nesses períodos.

Os recursos computacionais utilizados foram os programas *Microsoft Office Excel* 2010, para a construção de figuras e dos modelos de regressão, além do *software* R para as demais análises.

Ademais, este artigo integra parte dos resultados da pesquisa “Os municípios do Brasil: gasto com pessoal da saúde, relação com as formas de contratação e impacto no indicador de internação por condições sensíveis à atenção primária”, apoiada pelo edital Programa de Excelência em Pesquisa e a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (PROEP/FACEPE 19/2015).

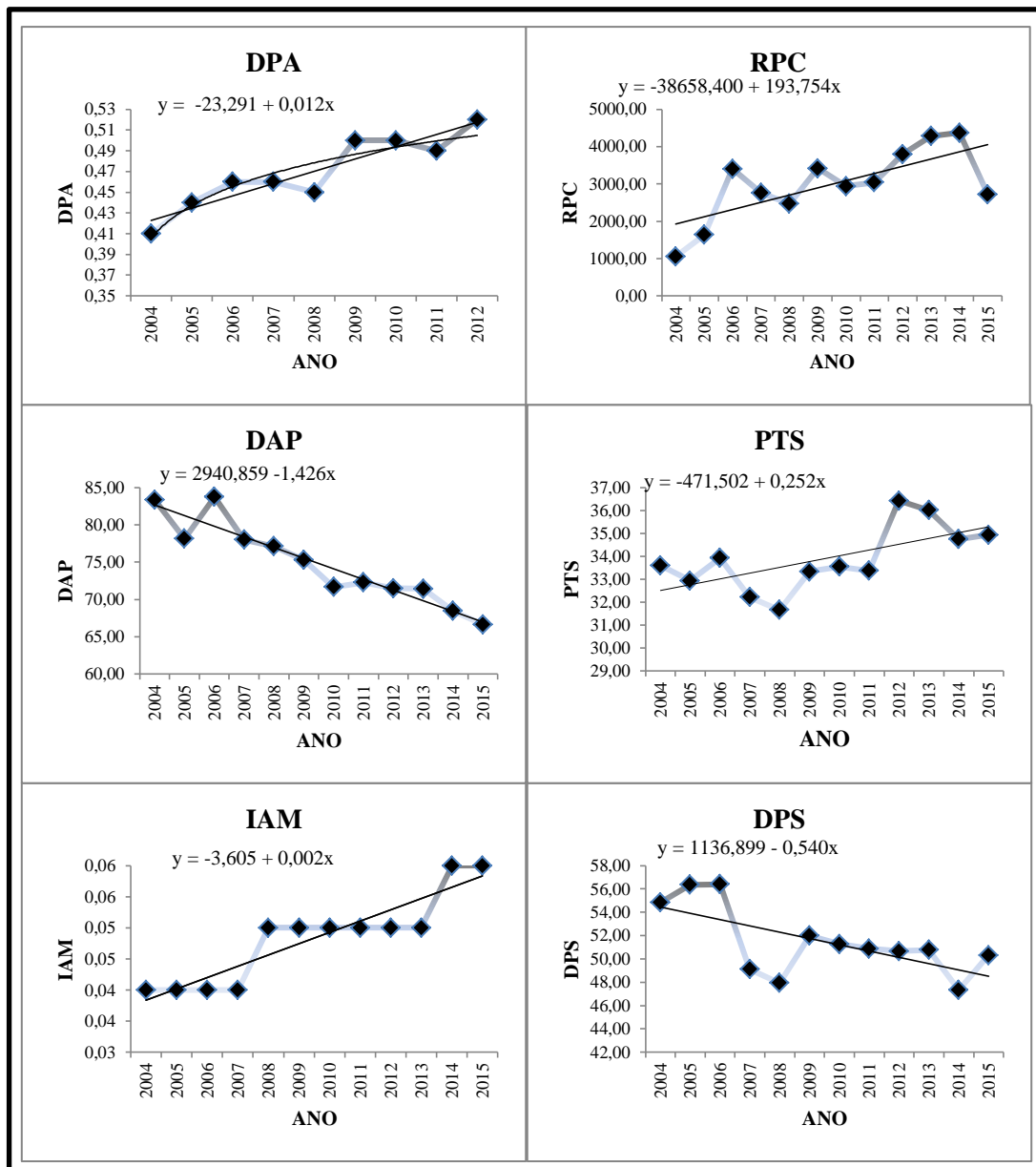
Resultados e discussão

A análise de indicadores de orçamento e gasto municipal permite discutir a disponibilidade e composição das receitas e despesas dos municípios, tanto do ponto de vista da política fiscal, quanto do financiamento da política de saúde. Adiante, são apresentados e discutidos os resultados para os indicadores elencados individualmente (análise de tendência) e em conjunto, mediante a análise do índice municipal, o qual se propõe como um índice caracterizador dos municípios, considerando a capacidade de investimento por habitante, o comprometimento da despesa em saúde com APS, autonomia e gestão fiscal.

Análise de Tendência

A **Figura 3** e o **Quadro 5** demonstram que, para o conjunto dos 4.005 municípios, os indicadores DPA, RPC, PTS e o IAM apresentaram crescimento, enquanto o DAP e o DPS apresentaram queda, conforme inclinação da reta e coeficientes de correlação obtidos. Para todas as variáveis a correlação de *Pearson* evidenciada foi de moderada a forte. O teste de *Cox-Stuart* confirmou a tendência de crescimento apenas para o PTS (0,031) e para o IAM (0,031).

Figura 3 - Tendência temporal das variáveis do estudo (medianas) para os municípios do Brasil, na série 2004-2015.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

Quadro 5 - Análise de tendência da série temporal dos indicadores (medianas) para os municípios do Brasil, na série 2004-2015.

IND.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Coef. de Inclinação (<i>p-value</i>)	R ²	Correlação de Pearson (<i>p-value</i>)	Tendência <i>Cox-Stuart</i>
DPA	0,41	0,44	0,46	0,46	0,45	0,50	0,50	0,49	0,52	--	--	--	0,012 (0,000)	0,86	0,925 (0,001)	0,218
RPC	1059,52	1635,64	3401,62	2762,96	2470,34	3414,72	2940,59	3043,36	3795,74	4278,51	4368,91	2720,18	193,754 (0,009)	0,51	0,714 (0,009)	0,125
DAP	83,34	78,15	83,73	77,99	77,12	75,26	71,66	72,27	71,49	71,42	68,44	66,64	-1,426 (0,000)	0,89	-0,94 (0,000)	0,218
PTS	33,60	32,94	33,93	32,22	31,66	33,34	33,55	33,37	36,42	36,01	34,75	34,94	0,252 (0,025)	0,41	0,638 (0,025)	0,031
IAM	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,002 (0,000)	0,83	0,913 (0,001)	0,031
DPS	54,82	56,36	56,40	49,12	47,94	51,99	51,27	50,89	50,67	50,76	47,33	50,31	-0,540 (0,021)	0,43	-0,653 (0,021)	0,218

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

A tendência de crescimento da despesa com pessoal da administração (DPA) evidenciada nesse estudo corrobora com os achados de outros autores^{1,14,20-22}. Segundo eles, mesmo a despesa com pessoal do executivo sendo limitada, pela LRF, a 54% da receita corrente líquida do município, ocorreu seu crescimento. Ainda conforme esses autores, o controle fiscal imposto pela lei tem sido obtido muito mais via limitação dos investimentos, por serem despesas mais flexíveis, do que pelo controle da despesa com pessoal, pois, são mais rígidas.

A receita orçamentária *per capita* (RPC) apresentou tendência de crescimento no período, o que é atribuído por muitos autores ao incremento das transferências previstas na CF de 1988²³⁻²⁷. No entanto, Soares e Santos⁶ descrevem a participação relativa dos três entes na carga tributária, entre 1995 e 2012, evidenciando que a União teve uma queda de 0,85%; os estados queda de 3,36% e os municípios um aumento de 31,36%. E Medeiros et al.¹⁴ demonstraram que, entre 2004 e 2009, ocorreu queda na proporção de transferências intergovernamentais. Os resultados dessas pesquisas apontam que, 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.

Esses pontos de vista devem ser ponderados porque, de um lado, há o esforço fiscal dos municípios, mesmo que limitado devido às diferenças locais determinadas por economias de base mais agrária ou de economias de base mais industrial; e, de outro, há o crescimento das transferências constitucionais, desde o advento da CF de 1988, que contribuíram, de fato, na ampliação das receitas municipais. Considerando esses dois aspectos, é no sentido de equacioná-los que o sistema tributário deve atuar.

Descrevendo o comportamento das medianas dos indicadores na série, de forma mais detalhada, observam-se os seguintes resultados (**Quadro 5**):

- DPA (período de 2004 a 2012): não apresentou grandes variações de sua mediana na série, em que o ano de 2004 apresentou a menor (0,41) e 2012 a maior (0,52);
- RPC: apesar da tendência de crescimento na série, teve quedas consideráveis em alguns anos (2007, 2008, 2010 e 2015), com a menor (R\$ 1059,52) e maior (R\$ 4368,91) medianas em 2004 e 2015, respectivamente;
- DAP: a menor (66,64%) mediana ocorreu em 2015 e a maior (83,73%) em 2006;
- PTS: é possível observar que, em todos os anos, a mediana desse indicador foi inferior a 40%, sendo 2008 o ano de ocorrência da menor (31,66%) mediana e 2012 da maior (36,42%);

- IAM: os valores variaram entre 0,04 e 0,06, o que indica grande dependência dos municípios, apesar da tendência de crescimento apontar para melhora na autonomia;
- DPS: observou-se grande variação na série, com a menor (47,33%) mediana, no ano de 2014, e a maior (56,40%), em 2006, apresentando três quedas relevantes no período (2007, 2008 e 2014).

Apesar de o RPC apresentar crescimento no período, nos anos de 2007, 2008, 2010 e 2015, houve quedas nos resultados, o que pode estar relacionado à conjuntura econômica e política do país. As quedas, nos anos de 2007, 2008 e 2010, podem justificar-se pelo lançamento do PAC, que concedeu desonerações tributárias importantes para o IPI e IR, os quais compõem o FPM, com diminuição dos recursos arrecadados para o fundo público, o que pode ter afetado a disponibilidade de receitas dos municípios nesses anos²⁸. A queda no ano de 2010 pode, ainda, ser reflexo do período imediatamente posterior à crise financeira internacional. E o ano de 2015, contempla o período em que a crise é agravada no Brasil.

Esses elementos impactaram na disponibilidade e composição das receitas e despesas dos municípios, tanto do ponto de vista da política fiscal, quanto do financiamento das políticas sociais²⁹⁻³². Nesse sentido, as medidas de ajuste fiscal não podem desconsiderar o sistema de repartição de receitas tributárias, prevenindo a diminuição brusca de repasses aos municípios e o conseqüente comprometimento de políticas públicas destinadas à efetivação de direitos fundamentais³².

O indicador PTS, que expressa o percentual das transferências SUS para os municípios em relação à despesa com saúde, também apresentou tendência de crescimento, mas, com medianas inferiores a 40% para todo o período. Esse achado se contrapõe ao que vem sendo difundido sobre os elevados percentuais de dependência das receitas municipais em relação às transferências para o SUS^{7,11}.

O crescimento das transferências SUS de outros entes para os municípios (PTS) verificado aqui, atrelado à queda no percentual de transferência da União para a saúde, evidenciada por outros autores^{6,33-34}, sinaliza para um possível crescimento das transferências estaduais, requerendo novas investigações para comprovar ou refutar essa evidência. O crescimento do PTS também pode ser resultante da diminuição da arrecadação dos municípios, reflexo do desaquecimento da economia, nos últimos anos, devido ao recrudescimento da crise econômica mundial. Dessa forma, como as transferências SUS são estáveis, a queda da arrecadação eleva o percentual.

O índice de autonomia municipal (IAM) também apresentou crescimento, mas, os baixos valores da mediana confirmam a baixa autonomia fiscal dos municípios brasileiros,

com desequilíbrio entre sua arrecadação própria e os recursos provenientes de transferências intergovernamentais. Outros estudos também demonstram o quanto as municipalidades brasileiras são dependentes e com baixa capacidade de arrecadação^{21,24,35-37}. Suzart et al.³⁷ admitem que é impossível imaginar o funcionamento dos entes federados sem as transferências governamentais. Elas são uma estratégia de o governo central equilibrar as condições econômicas dos demais entes, distribuindo uma parcela da sua arrecadação, em especial, para aqueles de menor capacidade econômica, como é o caso dos municípios. Nesse sentido, reitera-se a importância de verificar a efetividade dos dispositivos do sistema fiscal para o favorecimento do federalismo cooperativo, minorando as desigualdades na base tributária dos entes federados.

A tendência de queda do percentual de despesa com APS (DAP) reflete o processo de desfinanciamento desse nível de atenção, o que também foi evidenciado por Mendes e Marques³⁸. Segundo o referido estudo, o bloco de financiamento da Atenção Básica apresentou uma participação relativa de 32%, em 2000, e de 23%, em 2011; na direção oposta, o financiamento do bloco da alta e média complexidade correspondeu a um percentual de 57%, em 2000, e de 67%, em 2011. Ou seja, observa-se, no período, priorização da média e alta complexidade em detrimento da APS, o que tem implicações no modelo de atenção praticado³⁸.

O percentual de despesa com pessoal da saúde (DPS) nos municípios também apresentou queda no período. Esse comportamento pode estar relacionado à implantação do Programa Mais Médicos, cuja característica era de o Governo Federal (Ministério da Saúde) assumir a responsabilidade financeira pelo pagamento das bolsas-formação (remuneração) dos médicos inseridos na APS dos municípios³⁹⁻⁴⁰. Mas, também levanta outras questões.

Considerando que a despesa com pessoal é um elemento de controle da LRF, chama atenção o crescimento do DPA em detrimento da queda do DPS, o que também foi evidenciado por Medeiros et al.¹⁴. Esse resultado demonstra que o incremento da despesa com pessoal nos municípios não pode ser atribuída à contratação de trabalhadores da saúde, pelo menos, não pelas modalidades tradicionais (concurso público realizado pela administração direta).

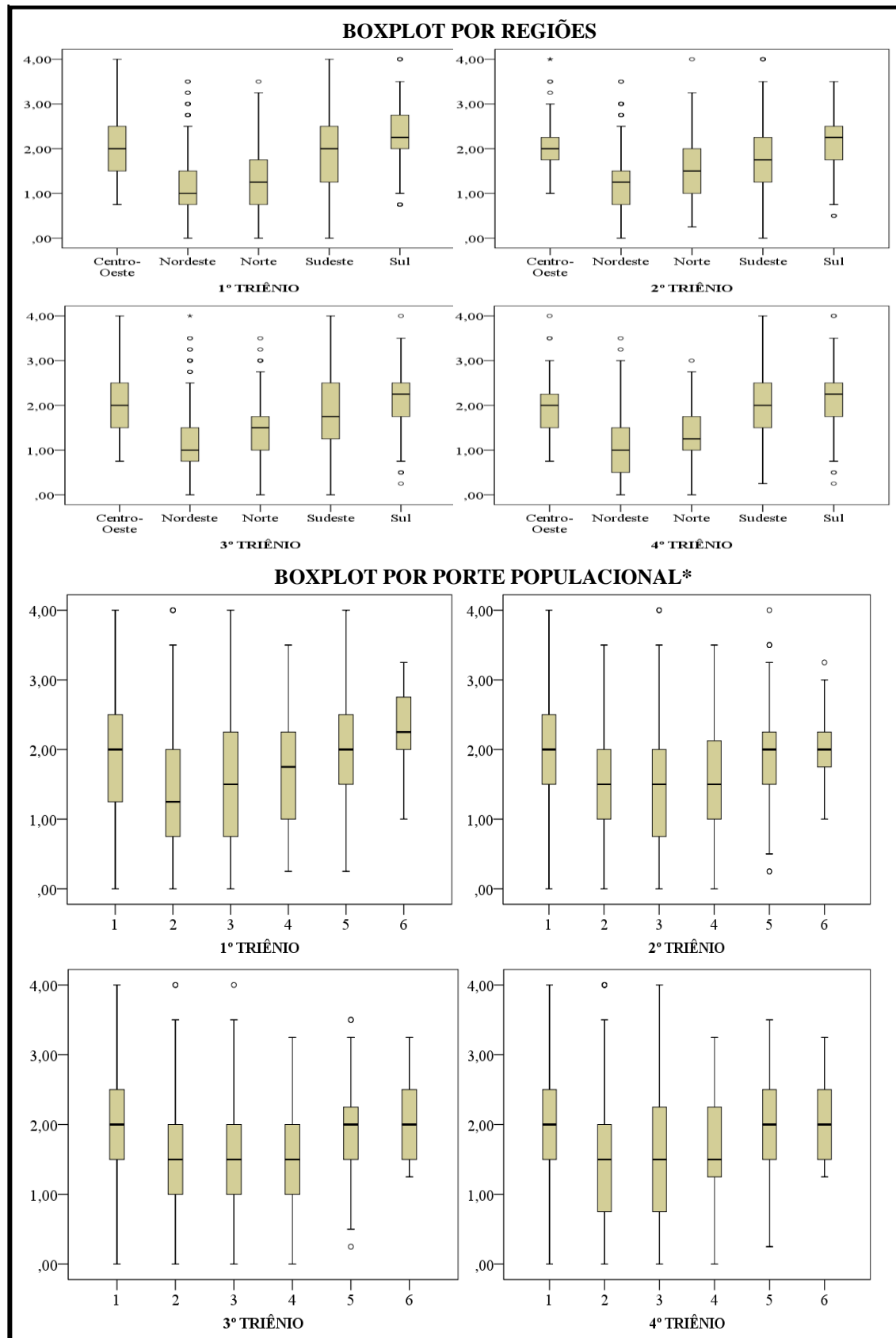
Frente às evidências, emergem outras indagações: será que os municípios estão recorrendo a outras modalidades contratuais para o pessoal da saúde? Esses trabalhadores estão precarizados ou vinculados mediante os modelos de gestão indireta (Fundações de Apoio, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e as Fundações Estatais)? Tais questionamentos são pertinentes frente à adesão a essas

modalidades de gestão na saúde, justificadas pelos gestores como saída aos riscos de sanções da LRF⁴¹.

Índice Municipal

Na análise do índice municipal, a variação foi de 0 a 4, nos quatro triênios, expressando que, em todo período, houve municípios com desempenho muito bom e muito ruim para as variáveis em conjunto. A **Figura 4** apresenta os gráficos *boxplot* do índice por região e porte populacional, permitindo comparar o desempenho desse índice entre as diferentes municipalidades.

Figura 4 - Boxplot do índice dos municípios do Brasil por regiões e porte populacional, nos quatro triênios da série.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

*Portes Populacionais: Porte 1: ≤ 10.000 hab.; Porte 2: $>10.000 \leq 20.000$ hab.; Porte 3: $>20.000 \leq 50.000$ hab.; Porte 4: $>50.000 \leq 100.000$ hab.; Porte 5: $>100.000 \leq 500.000$ hab.; e Porte 6: >500.000 hab.).

Os *boxplots* das regiões (**Figura 4**) demonstram que o Centro-Oeste e o Sul concentraram os municípios do estudo com os melhores desempenhos do índice municipal, pois, em nenhum dos triênios há municípios com índice igual a zero. As regiões Sudeste, Norte e Nordeste vêm em seguida na comparação e chama atenção a proximidade dos valores mínimos entre essas regiões, em todos os triênios estudados. Destaca-se que a região Nordeste concentra os menores índices nos quatro triênios.

Analisando os *boxplots* (**Figura 4**) do índice municipal por porte populacional, percebe-se que os municípios de porte 1, 5 e 6 apresentaram maiores resultados do índice nos quatro triênios analisados, o que chama a atenção devido à disparidade do ponto de vista fiscal entre municípios de pequeno porte (1) e de grande porte (5 e 6), revelando um padrão assimétrico.

Para verificar se houve diferenças nos resultados do índice municipal, aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis* e seu resultado ($p\text{-value}=0,00$; ao nível de significância $p<0,05$) revelou diferença em cada um dos quatro triênios, tanto em relação à região quanto em relação ao porte populacional. Portanto, em todos os casos, seguiu-se à aplicação do pós-teste de *Dunn* para analisar em quais casos específicos as diferenças se aplicaram e em quais ocorreram semelhanças, expondo os seguintes achados:

- Sobre as regiões: o Centro-Oeste e o Sul tiveram comportamento semelhante no 2º triênio ($p\text{-value} = 0,1170$); e o Centro-Oeste e Sudeste, no 4º triênio ($p\text{-value}=0,3137$). Nos demais, comprovaram-se as diferenças;

- Sobre os portes populacionais: no primeiro triênio, todos os portes apresentaram diferenças entre si. Nos demais triênios, houve similaridades no comportamento dos escores finais entre os municípios de portes 2 e 3, no 3º e 4º triênios; e entre os portes 1, 5 e 6; e 3 e 4 nos três últimos triênios ($p\text{-values}>0,05$).

Do ponto de vista regional, os municípios do Sul e Centro-Oeste são semelhantes por apresentarem os maiores resultados do índice municipal, divergindo, principalmente, do Norte e Nordeste, que apresentaram os piores resultados. Os dados, inclusive, demonstram que as diferenças se polarizaram no último triênio da série. Ou seja, os municípios das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste superaram os do Norte e do Nordeste no que se refere à capacidade de investimento por habitante, comprometimento da despesa em saúde com APS, autonomia e gestão fiscal.

Tais achados corroboram com outros estudos, que demonstraram a grande heterogeneidade entre os municípios brasileiros, marcada por diferentes padrões fiscais, de financiamento e capacidade de arrecadação, com primazia das regiões Centro-Oeste, Sudeste

e Sul sobre o Nordeste e Norte⁴²⁻⁴⁶. No *roll* das desigualdades regionais, é preocupante o baixo desempenho do Nordeste, ao longo dos quatro triênios, o que se explica pelo histórico de baixa atividade econômica nessa região, refletindo na capacidade de arrecadação de impostos, como o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)⁴⁶.

Esses resultados reforçam a discussão sobre a efetividade do modelo federativo na redução das desigualdades regionais. De acordo com os Artigos 1 e 3 da CF de 1988 a “união indissolúvel dos estados, municípios e Distrito Federal” tem o objetivo de “garantir o desenvolvimento nacional” (inciso II) e “erradicar a pobreza, a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (inciso III). Ou seja, o papel precípua do sistema federativo é a redução dessas desigualdades.

O cumprimento desse papel é discutido por vários autores^{45,47-49}, para os quais o sistema federativo vigente não tem sido satisfatório para resolver esse grave problema nacional, requerendo maior articulação entre os entes por meio de arranjos cooperativos, que compatibilizem a alta demanda social aos níveis da capacidade tributária (seja via arrecadatória, seja via transferência), viabilizando uma despesa pública adequada para o atendimento das necessidades sociais.

Em relação ao porte populacional, notam-se semelhanças no índice municipal nas municipalidades de porte 1, 5 e 6, o que chama atenção, haja vista, as diferenças de cunho econômico e social existentes entre municípios de portes distintos. Então, o que explica tal semelhança?

É fato que municípios de pequeno porte apresentam baixa autonomia fiscal, caracterizada por pouca capacidade de arrecadação e elevada dependência das transferências intergovernamentais. No entanto, a receita *per capita* disponível nesses municípios torna-se elevada devido ao peso do FPM na composição de suas receitas, o que acaba compensando sua baixa capacidade de arrecadação⁵⁰. Outro elemento, que pode contribuir para a aproximação entre os municípios de pequeno e grande porte, refere-se às transferências vinculadas às políticas sociais, as quais vêm beneficiando proporcionalmente mais os municípios de pequeno porte e/ou com menor grau de desenvolvimento⁵¹.

Mendes⁴⁵ obteve resultados semelhantes aos nossos, ao relacionar o gasto público (despesa corrente *per capita*) municipal ao porte populacional, entre 2000 e 2010, revelando despesas médias concentradas em pequenas e grandes cidades. De acordo com o autor, os custos unitários sociais médios são maiores em municípios com muito pequena ou muito grande população. Enquanto que cidades de porte médio apresentam despesa *per capita* no

ponto mínimo, sugerindo, em termos econômicos, maior eficiência (menor custo unitário) na provisão de bens públicos.

A explicação para essa semelhança entre municípios de porte distinto se deve ao fato de os municípios de grande porte, buscarem ofertar uma maior diversidade de bens e serviços públicos, mais complexos e de melhor qualidade, elevando a despesa pública *per capita* nesses locais; nas cidades muito pequenas, há uma baixa economia de escala, sendo mais caro prover os mesmos bens e serviços para poucas pessoas⁴⁵.

Nesse sentido, um planejamento regional focado em cidades médias teria a potencialidade de viabilizar o desenvolvimento local-regional e ofertar de, forma intermediária, serviços que seriam disponibilizados apenas nas cidades maiores⁵². A aplicação de um planejamento regional focado em centros médios e alinhado com as dinâmicas socioeconômicas territoriais é uma alternativa, que promoveria mudanças nas relações de centralidade e dependência das cidades menores em relação às maiores⁵². Com um planejamento regional mais voltado aos centros médios haveria maior possibilidade de construção de arranjos federativos entre União, estados e municípios capazes de reverter as persistentes desigualdades intra e inter-regionais no país, que se mostram incompatíveis com a garantia constitucional do direito à saúde⁴⁵.

Além dos limites do sistema federativo, é preciso pontuar que regras constitucionais têm sido submetidas às novas demandas macroeconômicas. O Brasil tem adotado medidas de austeridade fiscal bastante rígidas e nunca praticadas em outros países, como foi o caso da Emenda Constitucional nº 95/16, com repercussão nas possibilidades das políticas públicas, como a de saúde, contribuir na redução das iniquidades regionais⁵³⁻⁵⁴. Observa-se uma tensão entre a demanda macroeconômica por controle fiscal, com lastro na teoria neoliberal do Estado mínimo *versus* a demanda federativa por menor desigualdade regional e maior aporte de recursos para a política de saúde.

Conclusão

Nesse estudo, a análise de indicadores, relacionados à capacidade de investimento, ao comprometimento da despesa em saúde com APS, à autonomia municipal e à gestão fiscal, deu conta do período de 12 anos (2004 – 2015). Permitiu verificar a tendência dos indicadores, além de caracterizar os municípios brasileiros, segundo esses aspectos, sintetizados no índice municipal, considerando as regiões e os portes populacionais.

Em termos da gestão fiscal, os resultados permitem destacar dois efeitos da LRF. O primeiro tem a ver com o crescimento verificado da despesa com pessoal da administração municipal (DPA), demonstrando que o efeito da lei sobre a gestão fiscal dos municípios não tem sido satisfatória, pelo menos não do ponto de vista do controle das despesas com pessoal.

Numa análise mais prospectiva, destaca-se a aprovação da Lei Complementar nº 164/18, que veda a aplicação de sanções aos municípios descumpridores do limite da despesa total com pessoal, em casos de queda da receita. Esse marco legal poderá atuar como um fator indutor para o crescimento do percentual da despesa com pessoal, haja vista, a atual crise do setor público e as medidas de austeridade implementadas nos últimos anos, as quais têm reduzido o investimento público, afetando a disponibilidade de receitas.

O segundo atrela-se à queda da despesa com pessoal da saúde (DPS), o que denota o efeito da LRF sobre os gastos sociais, onde se enquadra a saúde. Observa-se, ainda, a queda do percentual de despesa com APS (DAP), nível de atenção em saúde que mais demanda dispêndio com pessoal.

Mediante nossos achados, emergem duas perguntas que merecem ser abordadas em investigações futuras: 1. Como o ajuste fiscal, promovido pela LRF via controle das despesas com pessoal, tem limitado os investimentos públicos em políticas sociais, especificadamente, em saúde? 2. O controle das despesas com pessoal, mediante os limites impostos pela LRF, tem induzido os municípios a recorrerem a outras modalidades contratuais para o pessoal da saúde?

Considerando as regiões, esse estudo evidencia a manutenção das desigualdades polarizadas entre o Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com os maiores desempenhos do índice municipal, e o Nordeste-Norte, com os menores. No bojo da discussão das desigualdades regionais, é preciso ponderar que, a despeito do esforço municipal, as assimetrias regionais não têm sido minoradas pelo sistema federativo brasileiro, persistindo um padrão de desigualdade com raízes históricas.

No modelo de federalismo fiscal cooperativo, consagrado pela CF de 1988, a coexistência entre a descentralização de encargos e a centralização da arrecadação tributária necessita de um mecanismo de coordenação, como é o caso das transferências. Dito isso, é preciso ter clareza de que medidas para promover o crescimento econômico, via incentivos fiscais, podem impactar negativamente a cooperação financeira do federalismo, afetando aqueles mecanismos. A ampliação da DRU e a Emenda Constitucional nº 95/16, que instituiu um novo regime fiscal ao estabelecer um teto para os gastos com as despesas primárias, onde se enquadra a saúde, são medidas atuais, que devem ter seus efeitos aferidos, principalmente,

considerando o impacto no sistema de partilha, com rebatimento direto sobre as receitas dos municípios.

Os maiores resultados do índice municipal para os municípios de pequeno e grande porte, nos quatro triênios, revelam um padrão assimétrico, que evidenciam a necessidade de um planejamento regional mais focado nas cidades médias, com potencialidade para redução das desigualdades persistentes.

Resgatando a premissa de que os descaminhos do financiamento da saúde estão atrelados ao modelo de federalismo fiscal e de ajuste econômico praticado no país, associados às limitações na capacidade de arrecadação dos municípios, é preocupante a sustentabilidade dos investimentos em saúde, sobremaneira, no atual contexto de crise que, sob influência da agenda neoliberal, tem justificado medidas de ajuste fiscal austeras, em um sistema federativo caracterizado por extensas desigualdades e pouca cooperação entre os entes. Nesse sentido, a relação entre o federalismo fiscal e as medidas de ajuste deve ser considerada para a análise da gestão fiscal dos municípios, principal executor das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães EA. *Gestão fiscal nos municípios brasileiros: uma análise das diferenças regionais* [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Vicoça; 2017.
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
3. Lobato LVC, Martich E, Pereira IDF. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. *Saúde Debate* 2016; 40(108):74–85.
4. Mendes Á. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec; 2012
5. Vieira FS, Santos IS, Ocké-Reis CO, Rodrigues PHA. *Políticas Sociais e Austeridade Fiscal: como as Políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Cebes; 2018.
6. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate* 2014; 38(100):18-25.
7. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saúde* 2009; 6(3):573-597.
8. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(6):1971-1980.

9. Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN, Alencar FL, Tavares RAW. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Rev Adm Pública* 2014; 48(5):1113-33.
10. Feliciano M, Medeiros KJ, Damazio SLC, Alencar FL, Bezerra AFB. Avaliação da cobertura e completude de variáveis de sistemas de informação sobre orçamentos públicos em saúde. *Saúde Debate*. No prelo 2019.
11. Scatena JHG, Viana ALD, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2433-2445.
12. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG 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. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(12): 2612-2620.
13. Kashiwakura EK. *Retrato da Atenção Básica no Brasil: um estudo sobre a alocação de recursos financeiros e a sua relação com a infraestrutura básica de saúde dos municípios* [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019.
14. Medeiros KR, Albuquerque PC, Tavares RAW, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 26(6):1759-1769.
15. Medeiros KR. *Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros* [Tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
16. Dancey CP, Reidy J. *Estatística sem matemática: usando SPSS para Windows*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde SUS no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 416 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.
18. Rodrigues TA, Salvador E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. *SER Social* 2011; 13(28):129-156.
19. Orair RO. Política Fiscal no Brasil contemporânea: investimento público e ciclos econômicos. In: Gomide AÁ, Pereira AK (ed.). *Governança da Política de Infraestrutura: condicionantes institucionais ao investimento*. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. p. 165-185.
20. Menezes RT, Toneto Júnior R. Regras fiscais no Brasil: a influência da LRF sobre as categorias de despesa dos municípios. *Planej Polít Públicas* 2006; (29):7-37.
21. Santolin R, Jaime Júnior FG, Reis JC. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações das despesas de pessoal e de investimentos nos municípios mineiros: um estudo com dados de painel dinâmico. *Est Econ* 2009; 39(4):895-923.

22. Afonso JRR, Castro KP, Hecksher M, Cialdini AS, Santos FM. Indicadores de gestão fiscal e de qualidade do gasto nos municípios brasileiros: impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal nas prefeituras. *Lincoln Institute of Land Polic* [internet]. 2017 [acessado 2018 Jul 15]. Disponível em: https://www.lincolnst.edu/sites/default/files/pubfiles/rodrigues_afonso_wp17jr1po.pdf.
23. Rezende F. *Finanças públicas*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.
24. Tristão JAM. *A administração tributária dos municípios brasileiros: uma avaliação do desempenho da arrecadação* [tese]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
25. Arrethe M. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Rev Sociol Polít* 2005; 24: 69-85.
26. Abrucio F, Franzese C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Araújo MFI, Beira L, organizadores. *Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos*. São Paulo: Fundap; 2007. p.13-31.
27. Braga JP, Cruz CF, Mendes EL. *Análise empírica da autonomia financeira e da alocação de recursos de um município da Região Nordeste do Brasil* [Internet]. São Paulo: USP; 2009. [acessado 2019 jan 15]. Disponível em: <http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos92009/378.pdf>
28. Rodrigues TA, Salvador E. As implicações do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) nas Políticas Sociais. *SER Social* 2011; 13(28):129-156.
29. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas* 2016; 10(3):1-28.
30. Bastos PPZ. Austeridade permanente? A crise global do capitalismo neoliberal e as alternativas no Brasil. In: Belluzzo LG, Bastos PPZ, organizadores. *Austeridade para quem? Balanço e Perspectivas do governo Dilma Rousseff*. São Paulo: Carta Maior e Friedrich Ebert Stiftung; 2015. p.181-312.
31. Guimarães RM. Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise. *Trab Educ Saúde* 2018; 16(1): 383-388.
32. Assunção MC. Incentivos Fiscais em Tempos de Crise: impactos econômicos e reflexos financeiros. *Revista da PGFN* 2011; 1(1):99-121
33. Ugá MAD, Porto SM, Piola SF. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 395-425.
34. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília, DF: MS; 2016. p.139-168.
35. Ferreira IFS, Bugarim MS. Transferências voluntárias e ciclo político orçamentário no federalismo fiscal brasileiro. *Rev Bras Econ* 2007; 61(3):271-300.

36. Giroldo CN, Kempfer M. Autonomia municipal e o federalismo fiscal brasileiro. *Rev Dir Públ* 2012; 7(3):3-20.
37. Suzart JAS, Zuccolott R, Rocha DG. Federalismo fiscal e as transferências intergovernamentais: um estudo exploratório com os municípios brasileiros. *ASAA Journal* 2018; 11(1):127-145.
38. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2014; 38 (103):900–916.
39. Sousa Campos GW, Pereira Junior N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2655-2663.
40. Lotta GS. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersectorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2761-2772.
41. Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab. educ. Saúde* 2014;12(3):499-518.
42. Quintela MCA. *Gasto Público Social dos Estados Brasileiros: um estudo sob a ótica da eficiência técnica* [tese]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2011.
43. Torres MDF. *Fundamentos de Administração Pública Brasileira*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: FGV, 2012.
44. Cruz CF, Macedo MA S, Sauerbronn FF. Responsabilidade fiscal de grandes municípios brasileiros: uma análise de suas características. *Rev Adm Pública* 2013; 47(6):1375-1399.
45. Mendes CC. *Padrões regionais da despesa pública municipal no Brasil* [Texto para Discussão, n. 2089]. Brasília: IPEA, 2015.
46. Federação da Indústria do Estado do Rio De Janeiro (FIRJAN). *Índice Firjan de Gestão Fiscal*. Ano Base 2013. [internet]. 2015 [acessado 2019 jan 10]. Disponível em:<http://publicacoes.firjan.org.br/ifgf/2015/files/assets/common/downloads/publication.pdf>.
47. Pinheiro TC. Hierarquia urbana e situação fiscal dos municípios brasileiros. *Rev Ass Bras Estud Reg Urb* 2009; 3(1):107-127..
48. Abrúcio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polít.* 2005; 24:41-67.
49. Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados* 2010; 53(3):587-620.
50. Souza C. Federalismo. In: Martins CB, Lessa R. organizadores. *Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política*. São Paulo: ANPOCS, 2010. p. 341-366.
51. Orair RO, Lima LS, Teixeira THF. Sistema de Transferências para os Municípios Brasileiros: avaliação dos Impactos Redistributivos. In: Boueri R, Costa MA, editores.

Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2013.1:235-258.

52. Monteiro Neto A, Costa MA, Resende GM, Mendes CC, Galindo EP. Desenvolvimento territorial no Brasil: reflexões sobre políticas e instrumentos no período recente e propostas de aperfeiçoamento. In: Monteiro Neto A, Brandão CA, Castro CN, organizadores. *Desenvolvimento regional no Brasil: políticas, estratégias e perspectivas*. Brasília: Ipea, 2017. p. 37-64.
53. Pires MCC. *Nota Técnica - Análise da PEC 241*. Brasília: Ipea; 2016. (Carta de Conjuntura, n. 33).
54. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7):2303-2314.

6.2.3 Artigo 3 - A condição fiscal dos municípios brasileiros e o setor saúde: uma análise multivariada⁹ / The fiscal condition of Brazilian municipalities and the health sector: a multivariate analysis

RESUMO

Esse artigo propõe uma tipologia da realidade fiscal dos municípios brasileiros, considerando a autonomia fiscal, capacidade de investimento e gestão fiscal. Estudo de natureza quantitativa e de abordagem exploratória, que analisou os municípios do Brasil, nos anos de 2004, 2008 e 2012. A tipologia dos municípios foi construída através da técnica de agrupamentos *Kmeans*, que foi associada à Análise de Componentes Principais. Foram delineados quatro grupos de municípios: Grupo 1- Municípios autônomos, com elevada capacidade de investimento, elevada receita disponível e elevadas despesas com pessoal; Grupo 2- Municípios com melhor capacidade de investimento, baixa autonomia, baixa receita disponível e baixas despesas com pessoal; Grupo 3- Municípios com as menores despesas com pessoal, baixa autonomia, baixa capacidade de investimento e baixa receita disponível; e Grupo 4- Municípios com as mais elevadas despesas com pessoal, baixa autonomia, baixa capacidade de investimento e baixa receita disponível. Os achados demonstraram que as desigualdades regionais têm permanecido e, com tendência de ampliação. Nota-se que os municípios conservaram, em grande medida, as condições de autonomia fiscal, capacidade de investimento e gestão fiscal, com piora, no último ano da série. O papel da União e do sistema federativo no equacionamento das desigualdades, entre as municipalidades, não têm sido cumprido, o que compromete a sustentabilidade do setor saúde e a garantia do direito constitucionalmente instaurado.

Palavras-chave: Descentralização. Federalismo. Financiamento da Assistência à Saúde

⁹ Submetido à revista Cadernos de Saúde Pública

ABSTRACT

This paper proposes a typology of the fiscal reality of Brazilian municipalities, considering fiscal autonomy, investment capacity and fiscal management. A quantitative study with an exploratory approach, which analyzed the municipalities in Brazil, in the years 2004, 2008 and 2012. The typology of the municipalities was constructed using the Kmeans group technique, which was associated with the Principal Component Analysis. Four groups of municipalities were outlined: Group 1- Autonomous municipalities, with high investment capacity, high disposable income and high personnel expenses; Group 2- Municipalities with better investment capacity, low autonomy, low available revenue and low personnel expenses; Group 3- Municipalities with the lowest personnel expenses, low autonomy, low investment capacity and low available revenue; and Group 4- Municipalities with the highest personnel expenses, low autonomy, low investment capacity and low available revenue. The findings showed that regional inequalities have remained and, with a tendency to increase. It is noted that the municipalities have largely maintained the conditions of fiscal autonomy, investment capacity and fiscal management, with a worsening in the last year of the series. The role of the Union and the federative system in addressing inequalities between municipalities has not been fulfilled, which compromises the sustainability of the health sector and the guarantee of the constitutionally established right.

Keywords: Decentralization. Federalism. Healthcare Financing

Introdução

A Constituição Federal (CF) de 1988 é a mais descentralizadora dentre as constituições brasileiras anteriores, e foi a que mais fortaleceu a federação¹ ao instituir uma nova organização do federalismo brasileiro, com mudanças nas estruturas de poder, que atribuíram autonomia política, administrativa e fiscal aos três entes: União, estados e municípios².

A diretriz da descentralização foi incorporada à CF, refletindo em divisão de responsabilidades e de recursos financeiros, via transferências intergovernamentais, como as vinculadas à saúde. Nesse processo, as novas regras constitucionais promoveram a redefinição das atribuições municipais, com ampliação de seu papel na provisão e oferta de bens e serviços públicos, como é o caso da saúde.

A CF de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde estabeleceram um federalismo cooperativo tripartite, em que a descentralização se tornou possível pela articulação de forças em prol da municipalização³. Com isso, os municípios se tornaram o principal gestor e contratante da força de trabalho em saúde.

As transferências financeiras intergovernamentais é tema relevante na discussão do federalismo fiscal e do federalismo da saúde, haja vista, serem importante mecanismo para

o governo central equilibrar as condições econômicas dos entes federados¹. De acordo com a teoria normativa sobre Federalismo Fiscal, há dois problemas centrais no caso brasileiro: o uso excessivo de transferências e a existência de muitos municípios pequenos sem escala suficiente para produção de serviços públicos⁴.

As respostas inadequadas das transferências têm repercutido na manutenção dos desequilíbrios verticais e horizontais do federalismo fiscal brasileiro⁵. O primeiro é o elevado poder de tributação do ente federal, em contraposição à elevada necessidade de gasto dos entes subnacionais, fruto da ampliação das responsabilidades assumidas. O segundo se refere às desigualdades socioeconômicas existentes entre os mesmos níveis de governo, que determinam capacidades diferenciadas de provisão de serviços e necessidades distintas de gastos públicos⁶.

Esses dois desequilíbrios resultam em diferentes capacidades de arrecadação e, portanto, de desiguais receitas disponíveis para provisão de serviços públicos, ou seja, diferentes capacidades de investimento.

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)_ Lei Complementar nº 101/ 2000_ inaugurou um novo ciclo nas finanças públicas brasileiras, com medidas que objetivaram o equilíbrio entre receita e despesa nas três esferas e destinaram especial atenção ao limite e ao controle dos gastos com pessoal⁷. No período de 2000 a 2010, eventos científicos de administração e contabilidade tiveram mais de 60% de seus trabalhos dedicados a discutir o impacto da LRF nos municípios⁸. Vale destacar que a LRF integra o processo de reformas de ajuste fiscal do Brasil, iniciada na década de 1990 e aprofundado com a Reforma Gerencial de 1995. Tal dispositivo legal estava previsto no Consenso de Washington e, portanto, deve ser compreendido como reflexo de uma conjuntura internacional, a qual está marcada por um crescente consenso em torno da agenda neoliberal, que impõem restrições às políticas sociais. Esse aspecto representa certa contradição tendo em vista a ampliação do papel do Estado nas políticas sociais, conforme as prerrogativas constitucionais.

A relevância da discussão sobre a despesa com pessoal da saúde se justifica pelo impacto substantivo na ampliação dos empregos públicos em saúde decorrentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Santos et al.⁹, mediante dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), informam que entre 2004 a 2014 os empregos em saúde cresceram 79,52% nos municípios.

O processo de descentralização da saúde tem apresentado resultados bastante desiguais e altamente dependentes das condições prévias locais, o que suscita a seguinte pergunta: qual o perfil dos municípios brasileiros, no que diz respeito à condição fiscal e

capacidade de investimento no setor, especialmente, para contratação de pessoal? Nesse sentido, o artigo propõe uma tipologia da realidade fiscal dos municípios brasileiros, considerando a sustentabilidade do setor saúde.

Material e métodos

Este estudo é de natureza quantitativa e de abordagem exploratória. O conjunto dos municípios do Brasil foram analisados nos anos de 2004, 2008 e 2012, considerando alguns indicadores relevantes do ponto de vista da condição fiscal e do financiamento da política de saúde.

Os sistemas de informação Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) foram as fontes de dados. O primeiro é de responsabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e existe desde 1989. O segundo, do Ministério da Saúde, foi criado em 2000. Ambos são instrumentos de controle e transparência dos órgãos públicos. Medeiros et al.¹⁰ e Feliciano et al.¹¹ referem que os sistemas apresentam semelhantes vantagens quanto à acessibilidade e oportunidade; e também são bem avaliados quanto à completitude e cobertura.

Os indicadores selecionados foram cinco:

1. Índice de Autonomia Municipal – **IAM**: é a razão entre os indicadores 1.1 e 1.2 do SIOPS (1.1: Participação percentual da receita de impostos na receita líquida total do município; 1.2: Participação percentual das transferências intergovernamentais líquidas na receita líquida total do município). O IAM responde o quão dependente é o município, pois, quanto maior for o indicador 1.2 em relação ao 1.1, menor será sua autonomia – **autonomia fiscal**;
2. Despesa com saúde *per capita* – **CIS**: esse é o indicador 2.1 do SIOPS e, de forma específica, expressa a capacidade de investimento em saúde do município por habitante – **capacidade de investimento**;
3. Receita Orçamentária *per capita* – **RPC**: expressa a capacidade de investimento total do município por habitante, obtido dividindo a receita orçamentária, disponível no FINBRA, pela estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – **receita disponível**;
4. Despesa com Pessoal da Saúde em Relação às Despesas com Saúde – **DPS**: esse é o indicador 2.2 do SIOPS e expressa o quanto do orçamento da saúde do município tem sido despendido para pagamento de pessoal – **gestão fiscal**;

5. Percentual de Despesa com Pessoal da Administração – **DPA**: responde sobre os limites/possibilidades de gastos com pessoal e apura o cumprimento do limite legal pelo município de acordo com a LRF, sendo disponível no FINBRA – **gestão fiscal**;

A coleta dos dados foi realizada mediante o pareamento entre o FINBRA e o SIOPS, tomando a lista de municípios do IBGE como padrão-ouro, para padronizar o banco de dados e identificar os municípios com variáveis ausentes na série completa, sendo esses excluídos do estudo. Em seguida, realizou-se a imputação de valores aos indicadores ausentes, quando o município dispôs de linha de base. Essas medidas resultaram na análise de 4.005 municipalidades brasileiras, o que representa 72% do total.

O estudo abordou os anos de 2004, 2008 e 2012, justificados por corresponder a anos eleitorais e, segundo a Teoria dos Ciclos Políticos de Nordhaus¹², esses períodos influenciam as decisões dos agentes políticos sobre a execução orçamentária, afetando a gestão fiscal¹³⁻¹⁵. A definição desses anos permite sua comparabilidade por corresponderem a períodos equivalentes sob o ponto de vista da política local.

Para o estabelecimento da tipologia dos municípios, aplicou-se a análise de agrupamentos ou *clusters*, um tipo de análise multivariada de dados, que possibilita classificar e agrupar um conjunto de dados em grupos homogêneos internamente, porém, relativamente heterogêneos entre si¹⁶.

A técnica de agrupamentos foi a *Kmeans*, em que cada *cluster* é associado a um centroide e cada ponto é atribuído ao *cluster* com centroide mais próximo. A decisão de adotar quatro grupos foi tomada previamente e respaldada por três medidas: o critério de *Elbow*¹⁷, *Silhoueta*¹⁸ e a estatística *Gap*¹⁹.

À análise de *cluster* somou-se a Análise de Componentes Principais (ACP), outro método de análise multivariada, baseado na matriz de correlação ou de covariância entre variáveis. Um dos requisitos para sua aplicação é a existência de algum grau de correlação entre as variáveis, que foi testada através de Teste de esfericidade de *Bartlett* e da medida de adequacidade de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), sendo considerados valores aceitáveis destas medidas quando maior ou igual 0,5²⁰. Os cinco indicadores também foram padronizados em torno na média e do desvio padrão para execução destas análises. A combinação da análise de agrupamentos (*kmeans*) à ACP permitiu visualizar qual indicador apresentou maior contribuição dentro do *cluster*.

Em termos de recursos computacionais, os dados foram organizados em planilha *Excel*, sendo em seguida importados e analisados no R versão 3.5, por meio dos pacotes base: *FactoMineR* e *factoextra*.

Cumprе salientar que esse artigo integra parte dos resultados da pesquisa “Os municípios do Brasil: gasto com pessoal da saúde, relação com as formas de contratação e impacto no indicador de internação por condições sensíveis à atenção primária”, apoiada pelo edital Programa de Excelência em Pesquisa e a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (PROEP/FACEPE 19/2015).

Resultados

A análise de *cluster* permitiu estabelecer uma tipologia dos municípios brasileiros, segundo os indicadores de gestão fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e autonomia, resultando em quatro grupos. A **Tabela 8** apresenta as estatísticas descritivas dos indicadores para cada ano do estudo, sendo possível destacar as características de cada agrupamento:

Tabela 8 - Estatísticas descritivas das variáveis do estudo para os grupos de municípios brasileiro, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.

GRUPOS	2004					2008					2012				
	IAM	CIS	RPC	DPS	DPA	IAM	CIS	RPC	DPS	DPA	IAM	CIS	RPC	DPS	DPA
	MÉDIA														
1	0,69	316,07	1700,39	52,34	0,43	0,59	645,80	3386,87	49,43	0,43	0,97	1201,87	5794,10	50,00	0,47
2	0,05	481,9	2639,55	48,06	0,36	0,06	1076,25	5865,21	44,71	0,41	0,08	1748,41	8875,36	49,60	0,48
3	0,07	225,09	1125,34	42,86	0,37	0,07	516,05	2469,3	32,84	0,41	0,09	859,68	3883,11	39,63	0,48
4	0,06	195,47	975,56	63,11	0,45	0,07	489,15	2397,43	57,55	0,49	0,08	786,93	3623,44	60,34	0,57
	MEDIANA														
1	0,59	305,64	1535,45	51,63	0,42	0,48	626,49	3190,33	48,83	0,44	0,77	1054,82	5398,59	52,33	0,46
2	0,03	446,35	2291,18	49,78	0,36	0,04	1012,84	5196,25	45,24	0,41	0,05	1647,53	7825,41	50,1	0,48
3	0,04	218,98	1087,34	44,14	0,37	0,05	499,04	2351,4	34,13	0,41	0,06	835,71	3727,32	40,36	0,48
4	0,04	183,93	889,50	63,32	0,45	0,05	471,13	2220,07	57,07	0,48	0,05	746,88	3388,2	60,04	0,56
	MÍNIMO														
1	0,37	110,87	728,62	14,78	0,23	0,32	262,12	1578,04	13,54	0,21	0,53	486,69	2585,14	19,21	0,28
2	0	104,34	785,52	9,76	0,17	0	448,92	2135,95	9,19	0,06	0	605,85	3972,35	11,75	0,11
3	0	44,29	95,51	2,33	0,11	0	183,38	240,51	3,54	0,02	0	66,61	235,38	3,73	0,01
4	0	2,39	194,25	33,44	0,29	0	137,68	164,5	34,45	0,10	0	61,68	453,88	21,47	0,35
	MÁXIMO														
1	2,16	624,67	5352,09	80,67	0,59	1,61	1514,53	8630,11	82,37	0,61	8,42	3495,10	13598,24	82,39	0,63
2	0,59	1739,22	53632,36	82,95	0,63	0,48	3211,72	108217,6	92,61	0,69	0,74	5514,05	158015,90	76,74	0,71
3	0,4	445,74	3050,5	74,65	0,56	0,34	981,01	6535,74	55,67	0,99	0,55	1669,75	15284,30	90,42	0,66
4	0,39	471,47	4494,7	92,13	0,96	0,36	953,16	9664,33	84,11	5,25	0,60	2514,48	13350,25	86,51	1,23

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

IAM - Índice de Autonomia Municipal; CIS - Despesa com saúde *per capita*; RPC - Receita Orçamentária per capita; DPS - Despesa com Pessoal da Saúde em Relação às Despesas com Saúde; DAP - Percentual de Despesa com Pessoal da Administração.

- G-1: Esse grupo destaca-se pela elevada autonomia municipal, concentrando os municípios com maiores IAM, ou seja, com elevada capacidade de arrecadação e baixa dependência das transferências intergovernamentais. Em relação à **capacidade de investimento e receita disponível** (CIS e RPC), observa-se que esse grupo apenas fica atrás do G-2. Sobre a gestão fiscal (DPS e DPA), percebe-se que as despesas com pessoal são elevadas;

- G-2: A principal característica desse grupo é a elevada **capacidade de investimento e receita disponível** (CIS e RPC). Em relação à autonomia (IAM) os municípios do G-2 divergem somente do G-1. Sobre a gestão fiscal, os municípios desse grupo têm despesa com pessoal inferior apenas ao G-3.

- G-3: Os municípios desse grupo destacam-se por apresentar as menores despesas com pessoal (DPS e DPA), especialmente, a despesa com pessoal da saúde (DPS). Em relação à **capacidade de investimento e receita disponível** (CIS e RPC), os municípios desse grupo superam apenas o G-4.

- G-4: O destaque desse grupo são as elevadas despesas com pessoal (DPS e DAP), além da baixa **capacidade de investimentos e receita disponível** (CIS e RPC) e autonomia (IAM).

O **Quadro 6** caracteriza sinteticamente os agrupamentos e descreve a distribuição dos municípios entre os quatro grupos, ao longo dos anos:

Quadro 6 - Tipologia e distribuição dos municípios brasileiros nos grupos, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.

GRUPOS	CARACTERÍSTICAS	2004	2008	2012
GRUPO 1 G-1	Municípios autônomos, com elevada capacidade de investimento, elevada receita disponível e elevadas despesas com pessoal.	98	134	62
GRUPO 2 G-2	Municípios com melhor capacidade de investimento, elevada receita disponível, baixa autonomia e baixas despesas com pessoal.	532	566	544
GRUPO 3 G-3	Municípios com baixas despesas com pessoal, baixa autonomia, baixa capacidade de investimento e baixa receita disponível.	1518	1394	1642
GRUPO 4 G-4	Municípios com as mais elevadas despesas com pessoal, baixa autonomia, baixa capacidade de investimento e baixa receita disponível.	1857	1911	1757
TOTAL		4005		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

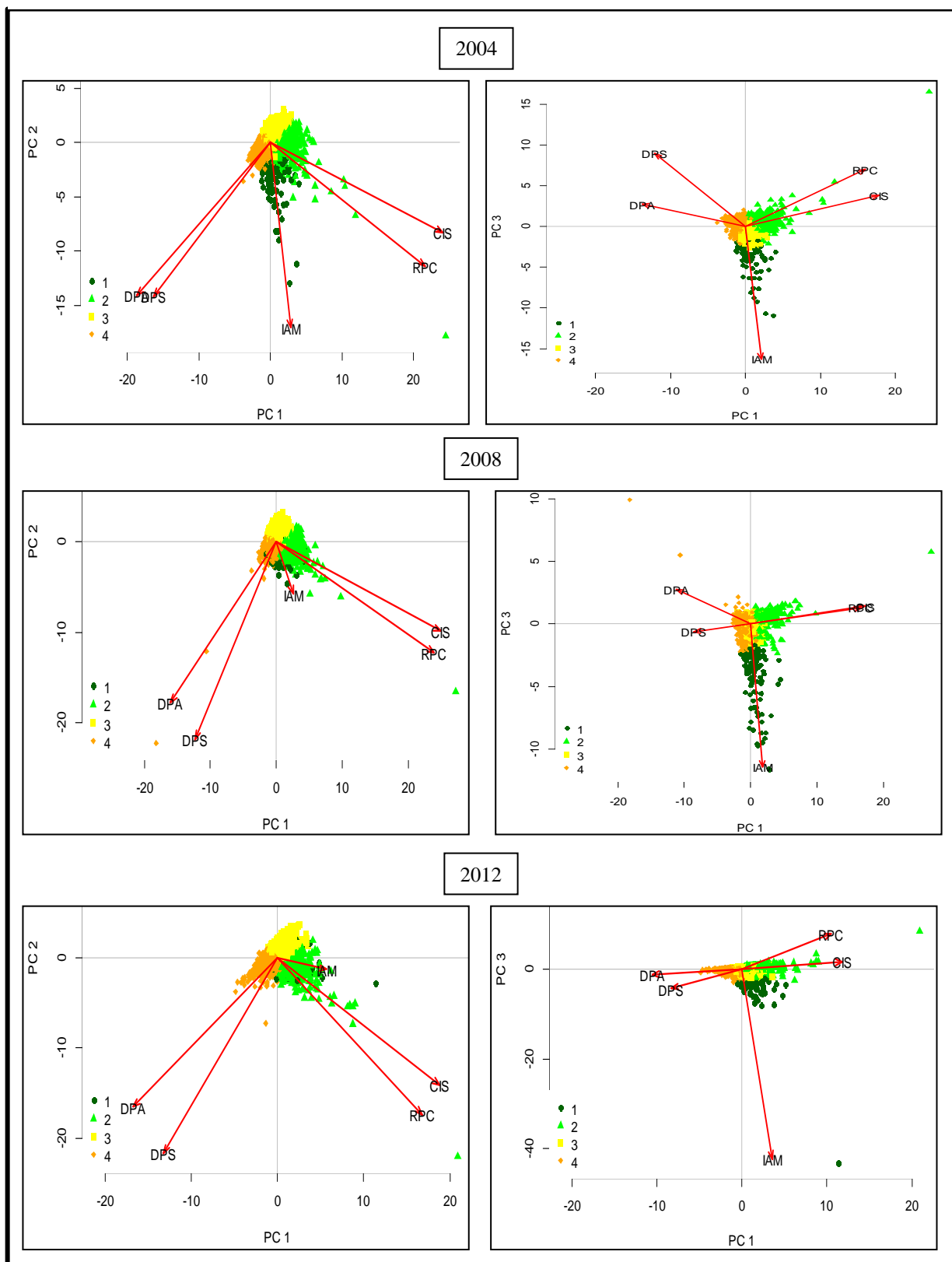
Conforme o **Quadro 6**, observa-se que o G-1, com a particularidade da elevada autonomia fiscal, apresentou menos municípios no período. Por outro lado, o G-4, caracterizado por elevadas despesas com pessoal agregou mais municípios.

As maiores mudanças no quantitativo de municípios ocorreram no G-1 (**Quadro 6**), com crescimento de 36,73%, entre 2004 e 2008; e redução de 53,73%, entre 2008 e 2012. De 2004 para 2012, 81 municípios (60,45%) alteraram suas condições de gestão fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e autonomia, migrando do G-1 para os demais: 13 municípios tornaram-se G-2; 44 se enquadraram no perfil do G-3; e 24 passaram a caracterizar-se como o G-4. Aponta-se, portanto, que houve uma perda de autonomia das municipalidades, bem como redução da capacidade de investimento e da receita disponível, com reflexo na elevação da despesa com pessoal, pois, são despesas fixas e o indicador expressa a relação com a recita líquida.

A variação no quantitativo de municípios nos demais grupos, entre os anos do estudo, não chamou atenção. No entanto, cabe destacar as frequentes migrações de municípios entre G-3 e G-4, os quais divergem por esse apresentar elevadas despesas com pessoal e aquele maior despesa. De forma mais detalhada, ao comparar 2004 e 2012, 644 municípios que pertenciam ao G-4 passaram a se enquadrar no G-3, indicando que essas municipalidades reduziram as despesas com pessoal. Enquanto 551 municípios que se enquadravam no G-3 alteraram seu perfil para o G-4, denotando elevação nas despesas com pessoal.

Na ACP, decidiu-se utilizar os três primeiros componentes por explicarem, em média, 35,0% (2004), 23,9% (2008) e 19,6% (2012) da variabilidade nos três anos do estudo, ou seja, aproximadamente 78,5% da variação total. A **Figura 5** apresenta o mapa bidimensional, onde constam os vetores, que expressam a contribuição de cada variável nos três componentes, sendo possível confirmar as características evidenciadas na análise de agrupamento.

Figura 5 - Mapas bidimensionais com a ordenação dos grupos de municípios do Brasil, nos três primeiros componentes principais, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

De acordo com o mapa bidimensional, observa-se que, em todos os anos, no componente 1, destacaram-se os municípios do G-2 e G-4, em que o G-2 tende a apresentar valores maiores para o CIS e RPC, demonstrando a elevada capacidade de investimento e receita disponível dessas municipalidades. Por outro lado, os municípios do G-4 tendem a ter maiores DPS e DPA, expressando elevadas despesas com pessoal, o que do ponto de vista do limite imposto pela LRF, pode representar dificuldades na gestão fiscal desses municípios. Os municípios mais ao centro do gráfico, em relação ao componente 1, tendem a ter uma quantidade equilibrada entre estes quatro indicadores. No componente 2, destacam-se os municípios do G-3, que estão dispostos do lado oposto à direção dos vetores, nos três anos, refletindo os baixos valores de todos os indicadores desse grupo. O IAM não apresentou elevada contribuição no componente 2, exceto no ano de 2004, em que é possível observar a participação do G-1. O componente 3 destaca-se pela forte contribuição do IAM, em todos os anos, em conformidade com a destacada participação dos municípios do G-1 nesse componente, que têm como principal característica elevados valores do IAM, ao contrário dos demais *clusters*.

A **Tabela 9** apresenta a distribuição dos municípios de acordo com o porte populacional entre os agrupamentos:

Tabela 9 - Distribuição dos municípios nos grupamentos por porte populacional, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.

GRUPAMENTOS POR PORTE POPULACIONAL																								
PORTE*	2004								2008								2012							
	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4		GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	8	8,16	455	85,53	694	45,72	626	33,71	8	5,97	505	89,22	594	42,61	676	35,37	7	11,29	474	87,13	686	41,78	616	35,06
2	10	10,20	29	5,45	381	25,10	566	30,48	15	11,19	23	4,06	387	27,76	561	29,36	7	11,29	26	4,78	454	27,65	499	28,40
3	20	20,41	21	3,95	277	18,25	428	23,05	23	17,16	19	3,36	275	19,73	429	22,45	15	24,19	20	3,68	302	18,39	409	23,28
4	12	12,24	9	1,69	85	5,60	153	8,24	16	11,94	7	1,24	80	5,74	156	8,16	3	4,84	9	1,65	107	6,52	140	7,97
5	32	32,65	16	3,01	72	4,74	77	4,15	51	38,06	12	2,12	53	3,80	81	4,24	18	29,03	14	2,57	81	4,93	84	4,78
6	16	16,33	2	0,38	9	0,59	7	0,38	21	15,67	0	0,00	5	0,36	8	0,42	12	19,35	1	0,18	12	0,73	9	0,51
TOTAL	98	100,00	532	100,00	1518	100,00	1857	100,00	134	100,00	566	100,00	1394	100,00	1911	100,00	62	100,00	544	100,00	1642	100,00	1757	100,00

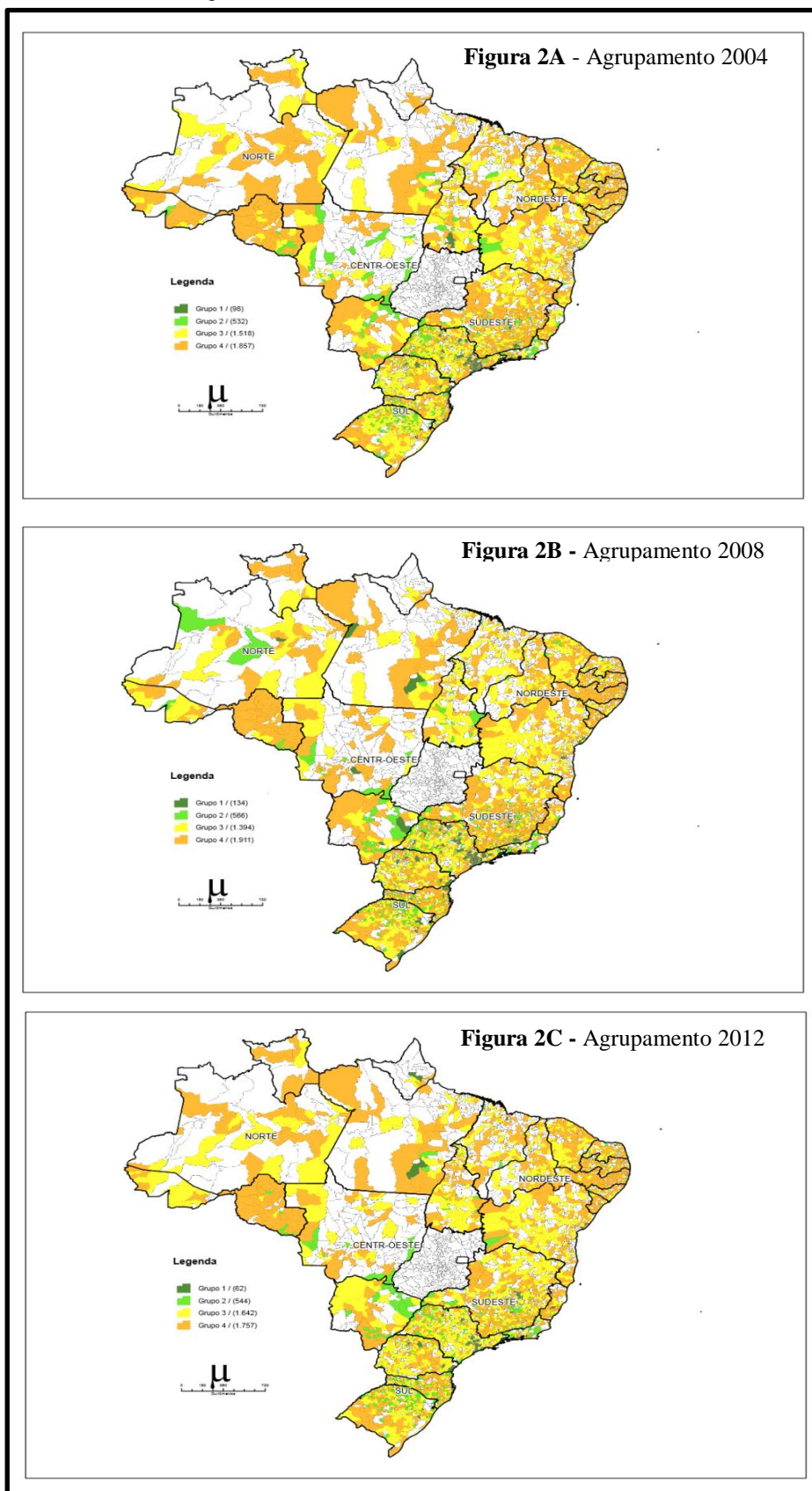
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

Nota: *Portes Populacionais: Porte 1: ≤ 10.000 hab.; Porte 2: $>10.000 \leq 20.000$ hab.; Porte 3: $>20.000 \leq 50.000$ hab.; Porte 4: $>50.000 \leq 100.000$ hab.; Porte 5: $>100.000 \leq 500.000$ hab.; e Porte 6: >500.000 hab.).

Observa-se que no G-1 predominaram municípios de porte 6, 4 e 3, nos três anos estudados. Em relação ao porte 6, dos seus 34 municípios, a maioria enquadraram-se no G-1: em 2004, foram 16 municípios; em 2008, foram 21; e, em 2012, passaram para 12, indicando uma redução na autonomia dos municípios desse porte. O G-2, em sua quase totalidade, se refere a municípios de porte 1, em todos os anos. E os G-3 e G-4 apresentaram, em sua maioria, municípios de porte 1, 2 e 3. Se tomarmos as 24 capitais incluídas no estudo, em 2004 e 2008, a maioria (10 e 13, respectivamente) apresentou as características do G-1, mas, em 2012, as capitais predominaram no G-4 (10).

A **Figura 6** apresenta uma perspectiva espacial da tipologia, nos três anos estudados, completando a análise.

Figura 6 - Mapas temáticos da distribuição dos grupamentos de municípios brasileiros entre as regiões, nos anos de 2004, 2008 e 2012. Brasil, 2019.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados no FINBRA e SIOPS.

Nota: Os municípios em branco não dispuseram de dados na base.

Ao verificar os mapas, constata-se que a maioria dos municípios dos G-1 e G-2 pertencem às regiões Sudeste e Sul, enquanto o G-4 concentrou os municípios do Nordeste.

Discussão

A análise de *cluster* tem sido usada amplamente em estudos que se propõem a classificar objetos de acordo com características comuns, sendo possível apontar diversos tanto na área da saúde como sobre federalismo que utilizaram essa técnica^{1,21-27}.

Os quatro agrupamentos de municípios apresentados nesse artigo apresentam características específicas, que refletem a autonomia fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e gestão fiscal, mediante cinco indicadores analisados em conjunto. Os resultados da pesquisa revelaram quatro importantes achados.

O primeiro achado a ser discutido é manutenção das desigualdades regionais, ao longo dos três anos estudados. Essa afirmação se sustenta pelo fato de o G-1, que tem como marca a elevada autonomia fiscal (IAM), ter segregado um menor número de municípios, sendo a maioria de grande porte e das regiões Sudeste e Sul. Por outro lado, os municípios de menor porte e da região Nordeste se destacaram no G-4, mais numeroso e com desempenho dos indicadores, relacionados à autonomia, capacidade de investimento e receita disponível, bastante inferior ao do primeiro agrupamento.

Esse achado expressa a dimensão espacial da crise federativa brasileira, que tem grande importância haja vista a notável extensão territorial do país. A CF de 1988 define, como um de seus elementos fundantes, a redução das desigualdades sociais e regionais e, para tal, detalha bem as competências dos três níveis de governo, tendo a característica de ser a mais detalhada dentre as constituições anteriores²¹. No caso da União, entre suas funções está a de coordenação nacional da descentralização, criando incentivos para 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 subnacionais⁶.

Segundo Souza²¹⁽¹¹²⁾ “os constituintes optaram por uma divisão institucional de trabalho entre os entes federativos claramente compartilhada, sinalizando que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo de que dual ou competitivo”. No entanto, as desigualdades financeiras, que repercutem em diferentes capacidades dos governos subnacionais em implementarem políticas públicas; e a ausência de mecanismos

constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornam o sistema altamente competitivo, suplantando a cooperação entre os entes²¹.

A crise federativa brasileira tem raízes antigas e atrela-se à política de ajuste fiscal implementada no pós-88, a qual subordinou o sistema tributário ao ajuste fiscal, em nome da estabilidade macroeconômica⁶. A subordinação do sistema tributário é caracterizada por algumas medidas, dentre as quais: a Desvinculação de Recursos da União (DRU), que contingencia recursos do Orçamento da Seguridade Social para o superávit primário; aumento das alíquotas das contribuições sociais; e o congelamento e utilização de impostos como estratégias de desonerações fiscais. Essa última medida foi utilizada, a partir de 2007, no âmbito do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), concedendo desonerações tributárias importantes em relação a vários tributos, dentre os quais o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (pessoa física) (IR), que compõem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

O segundo achado relevante trata-se da deterioração na condição fiscal dos grandes municípios, evidenciada pela piora na autonomia fiscal, capacidade de investimento e receita disponível, no ano de 2012. Observou-se a redução no número de municípios nos G-1 e a migração da maioria das capitais para o G-4, diferentemente, dos dois primeiros anos em que se concentraram no G-1.

No ano de 2012, os efeitos da crise internacional se faziam sentir no Brasil, o que, possivelmente, refletiu na condição fiscal dos municípios, que se depararam com forte desaceleração das transferências legais e constitucionais, as quais, após terem crescido a taxas aceleradas, ficaram praticamente estagnadas²². Os resultados descritos neste estudo apontam que os municípios de maior porte, caracterizados por serem grandes centros urbanos, foram os que mais sentiram os efeitos da desaceleração econômica resultante da crise econômica e fiscal. Compreende-se que as crises econômicas internacionais impactam diretamente as economias nacionais devido ao imbricamento entre os diversos sistemas econômicos nacionais, o que é fruto do acirramento da globalização financeira²³.

O terceiro achado trata-se da peculiaridade de o G-2 concentrar os municípios com maior capacidade de investimento e receita disponível (elevados valores de CIS e RPC), sendo a maioria de porte 1. Esse resultado demarca um traço importante do sistema fiscal brasileiro, que se refere à equalização, via transferências intergovernamentais, da baixa capacidade de arrecadação própria dos municípios de pequeno porte, demonstrando que os recursos das transferências continuam sendo a “coluna vertebral” das finanças públicas municipais²⁴. No entanto, é preciso fazer a ressalva de que esses municípios apresentam

limitações na capacidade de prover serviços de saúde, devido ausência de economia de escala, o que acaba elevando os custos da provisão de serviços públicos nessas localidades. Nesse ponto, cabe destacar as repercussões do federalismo fiscal para o financiamento da política de saúde, especialmente, nos municípios de pequeno porte, que se multiplicaram nas últimas décadas e passaram a assumir uma grande monta de responsabilidades a partir da descentralização do SUS.

As transferências intergovernamentais são um dispositivo do sistema tributário e do pacto federativo, que permite à União executar o seu papel de coordenação dos entes subnacionais, em conformidade com o modelo de federalismo fiscal cooperativo, consagrado pela CF de 1988.

No processo de descentralização de recursos, após Reforma Tributária de 1988, as maiores alíquotas de transferências constitucionais da história foram destinadas às municipalidades. Mas, apesar desses recursos, não ocorreu melhoria das finanças desses entes, possivelmente, por haver um estoque de dívidas passadas, além do aumento das despesas impulsionadas, em grande parte, pelas funções assumidas pelos governos nas áreas sociais, especialmente, a saúde e a educação²⁵. A descentralização da saúde no Brasil ocorreu orientada pelas transferências constitucionais do SUS, que induziram a ampliação da oferta de serviços, especialmente, da APS²⁶.

A discussão sobre os efeitos das transferências constitucionais divide a opinião dos especialistas, apesar de ser consensual a compreensão de sua necessidade para o funcionamento dos entes federados. De um lado, estão aqueles para quem os repasses de recursos são uma estratégia de o governo central equilibrar as condições econômicas dos demais entes, distribuindo uma parcela da sua arrecadação, em especial, para os entes com menor capacidade econômica, como é o caso dos municípios. De outro lado, há autores que advertem sobre os riscos das transferências, especialmente, aquelas sem vinculação com o processo produtivo local (como o FPM), gerarem uma acomodação dos governos municipais, que deixam de explorar sua base tributária própria^{1,24,27}. Vários autores alertam, ainda, que o excesso de transferências podem levar à expansão dos gastos, afetando o equilíbrio fiscal local²⁸⁻³². Ademais, no atual sistema de partilha das receitas da União, há ausência de critérios amparados no esforço fiscal, ou seja, faltam estímulos para os entes que mais arrecadam ou que tenham melhor desempenho de suas máquinas fazendárias¹.

Giroldo et al.³³ apontam outro aspecto da gênese do déficit econômico dos municípios e da sua dependência das transferências intergovernamentais, principalmente, do FPM. Para esses autores, a gênese está na repartição constitucional de competências

tributárias, que institui aos municípios tributos cuja arrecadação é economicamente insuficiente. Esse é um problema que está relacionado tanto ao porte quanto à localização dos municípios, pois, como já destacado os impostos municipais são de base, eminentemente, urbana.

Mendes³⁴ evidencia a potencialidade dos centros médios, ou seja, cidade de médio porte, como protagonistas de um novo ciclo federativo brasileiro. Nesse sentido, o planejamento regional e nacional orientados pelo território e focado nos centros médios possibilitariam a construção de arranjos federativos entre União, estados e municípios capazes de reverter as disparidades e desigualdades regionais do país, que são incompatíveis com os princípios e os objetivos constitucionais vigentes. O setor saúde tem reorientado o processo de planejamento e organização dos serviços no sentido da regionalização, que também trata do financiamento regional. No entanto, há dificuldades em avançar devido à competição entre os entes.

O quarto achado diz respeito ao fato de G-3 e G-4 concentrarem mais municípios distribuídos entre os portes 1, 2 e 3 e distinguem-se pela característica do G-3 apresentar as mais baixas despesas com pessoal (baixos DPS e DPA). Dessa forma, pode-se afirmar que o fato de o município ser de pequeno porte não define maior ou menor controle da despesa com pessoal. Além do mais, o número de municípios que migraram entre G-3 e G-4 é bastante considerável, sendo possível afirmar que a gestão fiscal é a característica mais instável, dentre as que foram abordadas aqui. Estudos^{27,35-38} têm apontado o crescimento da despesa com pessoal do executivo, mesmo sendo limitada, pela LRF, a 54% da receita corrente líquida. Segundo esses autores, o controle fiscal imposto pela lei tem sido obtido muito mais via limitação dos investimentos, por serem despesas mais flexíveis, do que pelo controle da despesa com pessoal, pois, são mais rígidas.

Ao discutir, especificadamente, as despesas com pessoal da saúde, sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi, progressivamente, introduzida nos municípios do Brasil, repercutindo na geração de novos postos de trabalho, o que é evidenciado pela relação entre a implantação da ESF e a elevação dos gastos com pessoal, conforme revelaram alguns estudos³⁹⁻⁴¹. No entanto, Medeiros et al.¹⁰ não identificou, entre os anos de 2004 e 2009, crescimento das despesas totais com pessoal da saúde, contrariando o argumento dos gestores sobre a crise de governabilidade do setor saúde atribuídos aos limites de gastos com pessoal definidos pela LRF. Tem-se a impressão de que a lei serviu como uma retórica, a qual era disseminada pelos gestores, que passaram a aderir aos modelos de gestão indireta (Fundações de Apoio, Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e as

Fundações Estatais) para contratação de trabalhadores da saúde, conforme aponta Andreazzi e Bravo⁴².

Nesse sentido, cabe refletir sobre os reais efeitos da LRF sobre a saúde, ainda mais, no atual contexto de crise econômica, que tem refletido na redução das receitas municipais com conseqüente elevação do percentual da despesa com pessoal, colocando os municípios, principalmente os de pequeno porte, em impedimento para ampliar as despesas com pessoal da saúde devido aos limites impostos. Essa questão traz à tona a qualidade dos serviços prestados e, em especial a sustentabilidade do setor saúde, que tem como principal característica o grande dispêndio com pessoal. Assim, corrobora-se com Chieza⁴³, pois, não é possível afirmar que a LRF tenha racionalizado o gasto público e ampliado a qualidade dos serviços prestados.

É possível concatenar os quatro achados destacados nesse estudo com os três problemas, que Souza²¹ levanta sobre o federalismo brasileiro. O primeiro trata-se das acentuadas disparidades entre as regiões brasileiras e, mesmo diante da existência de dispositivos constitucionais com o intuito de minimizá-las, como as transferências intergovernamentais, têm se mantido ao longo dos anos. O segundo é a tendência de considerar de forma homogênea os entes subnacionais a despeito das heterogeneidades, repercutindo na manutenção do primeiro. O terceiro problema se refere à precária existência de instrumentos de coordenação e cooperação, vertical e horizontal, entre os governos federal, estaduais e municipais, havendo um predomínio das relações federativas entre União e municípios, em detrimento da relação entre estados e municípios, essas com maior potencial de coordenação regional.

Conclusão

A caracterização dos municípios brasileiros em quatro grupos, com características distintas em relação à gestão fiscal, capacidade de investimento e autonomia, ao longo dos anos de 2004, 2008 e 2012, permitiu um aprofundamento do conhecimento sobre a gestão fiscal dos municípios, com foco no financiamento da saúde.

Os achados demonstraram que as desigualdades regionais têm permanecido e, com tendência de ampliação, sendo possível afirmar que o porte populacional e a localização regional do município, duas características intrínsecas, demarcam essas desigualdades. Nota-se que os municípios conservaram, em grande medida, as condições de autonomia fiscal, capacidade de investimento e gestão fiscal, com piora, no último ano da série.

O interessante dos anos estudados é que eles atravessam o período anterior (até 2008) e posterior (depois de 2008) à crise econômica mundial, sendo possível relacioná-la a piora das condições fiscais dos municípios, especialmente, dos de grande porte e das capitais. Esse achado acende a discussão sobre o papel da política fiscal frente às crises econômicas, especialmente, considerando seu rebatimento para o federalismo fiscal e o impacto no financiamento da política de saúde, uma vez que, os municípios são os principais entes executores e dependem das transferências da União, em sua maior parte.

Cumpra afirmar que o papel da União e do sistema federativo no equacionamento das desigualdades entre as municipalidades não tem sido cumprido, pois, no modelo do federalismo fiscal vigente, o centralizado poder de arrecadação tem servido mais ao ajuste macroeconômico, colocando em segundo plano o financiamento e execução da política de saúde, ou seja, limita a garantia do direito constitucionalmente instaurado.

Referências

1. Suzart JAS, Zuccolott R, Rocha DG. Federalismo fiscal e as transferências intergovernamentais: um estudo exploratório com os municípios brasileiros. *ASAA Journal* 2018; 11(1):127-145.
2. Almeida MHT. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)* 2001; 51:13-34.
3. Ouverney MA, Fleury S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. *Rev Adm Pública* 2017; 51(6):1085-1103.
4. Mendes M. Federalismo Fiscal. In: Biderman C, Arvate P, coordenadores. *Economia do Setor Público no Brasil*. São Paulo: Elsevier; 2004. p. 421-61.
5. Orair RO, Lima LS, Teixeira THF. Sistema de Transferências para os Municípios Brasileiros: avaliação dos Impactos Redistributivos. In: Boueri R, Costa MA, editores. *Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, 2013;1:235-58.
6. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saúde* 2009; 6(3):573-97.
7. Menezes RT. Efeitos da LRF sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998 a 2004) [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.

8. Santos PSA, Dani AC, Rausch RB. Finanças públicas e Lei de Responsabilidade Fiscal: reflexos na produção científica nos principais congressos brasileiros de administração e contabilidade no período de 2000 a 2010. *Rev Infor Contábil* 2012; 6(3):74-94.
9. Santos CHM, Cavalcante CV, Martins FS, Lacerda LPT, Schettini BT. Evolução do emprego público nos governos subnacionais brasileiros no período 2004-2014. Rio de Janeiro: IPEA. Nota técnica, Carta de Conjuntura do IPEA. n. 32. 2016.
10. Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN, Alencar FL, Tavares RAW. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Rev Adm Pública* 2014; 48(5):1113-33.
11. Feliciano M, Medeiros KJ, Damazio SLC, Alencar FL, Bezerra AFB. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de sistemas de informação sobre orçamentos públicos em saúde. *Saúde Debate*. No prelo 2019.
12. Nordhaus WD. The Political Business Cycle. *The Review of Economic Studies* 1975; 42(2):169-190.
13. Sakurai SN. Ciclos políticos nas funções orçamentárias dos municípios brasileiros: uma análise para o período 1990 – 2005 via dados em painel. *Estudos Econômicos* 2009; 39(1):39–58.
14. Reis AO. Descentralização e Qualidade da Gestão Fiscal nos Municípios Mineiros: análise com dados em painel sob a perspectiva do ciclo eleitoral. In: Reis AO. *Corrupção e Qualidade na Gestão Fiscal*. [Dissertação de mestrado]. Viçosa: Departamento de Administração, Universidade Federal de Viçosa; 2015. p. 32-52.
15. Covre JÁ. A situação fiscal e os ciclos políticos nos municípios brasileiros: uma análise via dados em painel dinâmico espacial. In: Covre JÁ. *Três ensaios sobre ciclos políticos orçamentários no Brasil*. [Tese de doutorado]. Viçosa: Departamento de Economia Rural, Universidade Federal de Viçosa; 2016. p. 4- 35.
16. Johnson RA, Wichern DW. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 6. ed. Pearson; 2007.
17. Bataineh KM, Naji M, Saqer M. A Comparison Study Between Various Fuzzy Clustering Algorithms. *JJMIE* 2011;5(4):335-343.
18. Rousseeuw PJ. Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *J Comput Appl Math* 1987;20:53-65.
19. Tibshirani R, Walther G, Hastie T. Estimating the Number of Clusters in a Data Set Via the Gap Statistic. *J Royal Statist Society* 2001; 63(2):411-423.
20. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. New York: Macmillan; 1987.
21. Souza C. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. *Rev Sociol Polít* 2005;24:105-121
22. Orair RO, Albuquerque PHM. Capacidade de Arrecadação do IPTU: um Exercício de Estimacão por Fronteira Estocástica com Dados em Painel dos Municípios Brasileiros no

- Período 2002-2014. In: XLIV Encontro Nacional de Economia. Foz do Iguaçu: Anpec; 2016.
23. Silva PS. Considerações analíticas e operacionais sobre a abordagem territorial em políticas públicas. In: Boueri R, Costa MA, editores. Brasil em Desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2013;1:235-58.
 24. Tristão JAM. A administração tributária dos municípios brasileiros: uma avaliação do desempenho da arrecadação. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
 25. Varsano R. A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas. [Texto para Discussão, n. 2089]. Brasília: IPEA, 1996.
 26. Barbosa MG, Zortea AP, Cunha FM, Santos TC, Ribeiro DT, Nascimento DT, et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA; 2016. p. 101-23.
 27. Santolin R, Jaime Júnior FG, Reis JC. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações das despesas de pessoal e de investimentos nos municípios mineiros: um estudo com dados de painel dinâmico. Est Econ 2009; 39(4):895-923.
 28. Cossío FAB. Disparidades econômicas inter-regionais, capacidade de obtenção de recursos tributários, esforço fiscal e gasto público no Federalismo brasileiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 1995.
 29. Lima SC. Desempenho fiscal da dívida dos grandes municípios brasileiros. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
 30. Oates WE. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. International Tax and Public Finance 2005; 12(4):349-373.
 31. Zanatto N, Kroth DC, Rodrigues MP. Desempenho fiscal dos municípios catarinenses e seus determinantes: uma análise econométrica para o período de 2000 a 2008. Perspect econ 2001; 7(2): 78-92.
 32. Francisco Neto J. Responsabilidade fiscal e gasto público no contexto federativo. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
 33. Girollo CN, Kempfer M. Autonomia municipal e o federalismo fiscal brasileiro. Rev Dir Públ 2012; 7(3):3-20.
 34. Mendes CC. Padrões regionais da despesa pública municipal no Brasil [Texto para Discussão, n. 2089]. Brasília: IPEA, 2015.
 35. Magalhães EA. Gestão fiscal nos municípios brasileiros: uma análise das diferenças regionais [Tese de Doutorado]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2017.
 36. Medeiros KR, Albuquerque PC, Tavares RAW, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. Ciênc Saúde Colet 2017; 26(6):1759-1769.

37. Menezes RT, Toneto Júnior R. Regras fiscais no Brasil: a influência da LRF sobre as categorias de despesa dos municípios. *Planej Polít Públicas* 2006; (29):7-37.
38. Afonso JRR, Castro KP, Hecksher M, Cialdini AS, Santos FM. Indicadores de gestão fiscal e de qualidade do gasto nos municípios brasileiros: impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal nas prefeituras. *Lincoln Institute of Land Polic* [internet]. 2017 [acessado 2018 Jul 15]. Disponível em: https://www.lincolnst.edu/sites/default/files/pubfiles/rodrigues_afonso_wp17jr1po.pdf.
39. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5):p. 918-928.
40. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia da Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:1719-32.
41. Rocha Filho FS, Silva MGCA. Análise de Custos com Pessoal e Produtividade de Equipes do Programa de Saúde da Família no Ceará. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14(3):919-928.
42. Andreazzi MFS, Bravo MIS. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. *Trab edu. Saúde* 2014; 12(3):499-518.
43. Chieza RA. O ajuste das finanças públicas municipais à lei de responsabilidade fiscal: os municípios do RS. 2008. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada um dos estudos apresentados cumpriu um objetivo específico e juntos responderam como se comportam os municípios brasileiros quanto à situação fiscal, ao investimento em saúde e à autonomia fiscal, considerando o modelo de federalismo fiscal praticado no país.

O primeiro artigo atestou a qualidade das fontes de dados da pesquisa, pois, tanto o FINBRA quanto o SIOPS apresentaram uma excelente cobertura e completitude, que variou de excelente a regular. Este estudo apontou o porte populacional dos municípios como uma variável, que influencia na capacidade gestora dos entes no que diz respeito à disponibilidade de informações de qualidade para livre acesso aos cidadãos, em conformidade com o pilar da transparência da Administração Pública e da LRF.

O segundo estudo dessa coletânea, assumiu a premissa de que os descaminhos do financiamento da saúde estão atrelados ao modelo de federalismo fiscal e de ajuste econômico praticado no país, associados às limitações na capacidade de arrecadação dos municípios. Um dos achados desse estudo foi o crescimento verificado da despesa com pessoal da administração municipal (DPA) e, por outro lado, a queda da despesa com pessoal da saúde (DPS), o que permite afirmar que o crescimento das despesas com pessoal não se deve à contratação de trabalhadores da saúde. Com isso, duas perguntas emergem para instigar investigações futuras: 1. O ajuste fiscal, promovido pela LRF via controle das despesas com pessoal, tem limitado os investimentos públicos em políticas sociais, especificadamente, em saúde? 2. O controle das despesas com pessoal, mediante os limites impostos pela LRF, tem induzido os municípios a recorrerem a outras modalidades contratuais para o pessoal da saúde? Ainda sobre o segundo estudo, outro resultado relevante é a manutenção das desigualdades, ao longo do tempo, polarizadas entre o Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com os maiores desempenhos do índice municipal, e o Nordeste-Norte, com os menores. Esse achado alerta sobre a utilização do sistema tributário como instrumento do ajuste fiscal, o que acaba por reduzir o papel das transferências intergovernamentais como um mecanismo de coordenação federativa, principalmente, considerando o financiamento da política de saúde e a descentralização da oferta de serviços nos entes municipais. Nesse sentido, os cenários futuros a partir da ampliação da DRU e da aprovação da Emenda Constitucional nº 95/16 são ainda mais preocupantes, principalmente, considerando o impacto no sistema de partilha, com abatimento direto sobre as receitas dos municípios.

No terceiro artigo, examinaram-se as desigualdades da realidade fiscal brasileira, que foram expressas em uma tipologia dos municípios brasileiros, considerando indicadores que aferem a autonomia fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e gestão fiscal. Os achados reiteraram a permanência das desigualdades regionais, inclusive, com tendência de ampliação, sendo possível afirmar que o porte populacional e a localização regional do município, duas características intrínsecas, demarcam essas desigualdades. Os achados deste estudo apontam para a relação entre a crise econômica mundial e a piora nas condições de autonomia fiscal, capacidade de investimento, receita disponível e gestão fiscal dos municípios, principalmente, os de grande porte. Com isso, acende-se a discussão sobre o papel da política fiscal, frente às crises econômicas, e o rebatimento para o federalismo fiscal e o impacto no financiamento da política de saúde, uma vez que, os municípios são os principais entes executores e dependem das transferências da União, em sua maior parte.

Mediante os achados desta tese, é possível afirmar que o papel da União e do sistema federativo no equacionamento das desigualdades entre as municipalidades não tem sido cumprido, pois, o modelo do federalismo fiscal vigente, que tem como principal mecanismo para equacionamento das desigualdades as transferências intergovernamentais, tem servido mais ao ajuste fiscal e macroeconômico e colocado em segundo plano o financiamento e execução da política de saúde, limitando a garantia do direito constitucionalmente instaurado.

De forma resumida, o **Quadro 7** descreve os artigos, seus respectivos objetivos e as principais conclusões de cada estudo:

Quadro 7- Síntese da coletânea de artigos que compuseram a tese. Brasil, 2019.

ARTIGO	OBJETIVO	CONCLUSÕES
<p>Artigo 1 - Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de sistemas de informação sobre orçamentos públicos em saúde</p> <p>Autores: Marciana Feliciano Kátia Rejane de Medeiros Simara Lopes Damázio Fabio Lima Alencar Adriana Falangola Benjamin Bezerra</p> <p>Periódico: Saúde em Debate (aprovado)</p>	<p>Avaliar a qualidade dos sistemas de informação Finanças do Brasil – FNBRA e do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, nas dimensões de cobertura e completitude para os municípios do Brasil, entre 2004 e 2012, considerando algumas variáveis fiscais e de investimento em saúde.</p>	<p>Conclui-se que os dois sistemas de informação apresentaram qualidade satisfatória, o que deve estimular os gestores a utilizarem essas informações para a tomada de decisão. Além do respeito ao pilar da transparência na garantia do exercício dos direitos dos cidadãos.</p>
<p>Artigo 2 - Federalismo fiscal e política de estabilização econômica: uma análise dos municípios do Brasil</p> <p>Autores: Marciana Feliciano Kátia Rejane de Medeiros Carlos Renato dos Santos Wayner Vieira de Souza Adriana Falangola Benjamin Bezerra Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho Simara Lopes Cruz Damázio</p> <p>Periódico: Ciência e Saúde Coletiva (submetido)</p>	<p>Discutir o arranjo entre o financiamento da saúde nos municípios, o modelo de federalismo fiscal praticado no país e a política de ajuste macroeconômico vigente, a partir da análise de variáveis de orçamento, despesa com pessoal e despesa em saúde dos municípios do Brasil, numa série de doze anos (2004-2015).</p>	<p>O atual contexto de crise, que tem justificado medidas de ajuste fiscal austeras, preocupa a manutenção dos investimentos públicos em saúde nos municípios, em um sistema federativo caracterizado por desigualdades e pouca cooperação entre os entes.</p>
<p>Artigo 3 - Gestão fiscal, capacidade de investimento e autonomia dos municípios brasileiros: uma análise multivariada</p> <p>Autores: Marciana Feliciano Kátia Rejane de Medeiros Carlos Renato dos Santos Fabio Lima Alencar Adriana Falangola Benjamin Bezerra Wayner Vieira de Souza Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho Simara Lopes Cruz Damázio</p> <p>Periódico: Cadernos de Saúde Pública (submetido)</p>	<p>Propor uma tipologia da realidade fiscal dos municípios brasileiros, considerando a sustentabilidade do setor saúde.</p>	<p>O papel da União e do sistema federativo no equacionamento das desigualdades, entre as municipalidades, não têm sido cumprido, pois, no modelo do federalismo fiscal vigente, o centralizado poder de arrecadação serviu mais ao ajuste macroeconômico, colocando em segundo plano o financiamento e execução da política de saúde, o que limita a garantia do direito constitucionalmente instaurado.</p>

Fonte: Elaboração Própria.

REFERÊNCIAS

- ANDREAZZI, M. F. S, BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e Organizações Sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014.
- AFFONSO, R. B. A crise da federação no Brasil. **Ensaio**, Porto Alegre, v. 2, n. 15, p. 321-337, 1994.
- AFFONSO, R. B. A. Descentralização e reforma do Estado: a Federação brasileira na encruzilhada. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 14, p. 127-152, 2000.
- AFFONSO, R. B. A. **O Federalismo e as Teorias Hegemônicas da Economia do Setor Público na Segunda Metade do Século XX: um balanço crítico**. 2003. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2003.
- 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.
- ALMEIDA; C. M. de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- 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. p. 127-154.
- AZEREDO, B.; LOBO, T. **Política social: regulamentação constitucional e processo orçamentário**. Relatório de Pesquisa, PNUD. [S. l.: s. n.], 1991.
- BARBOSA, M. G. et al. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. *In*: GOMES, L. B. et al. (org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 101-123.
- BARRETO, H. M. S. **Crise e reforma do estado brasileiro**. Juiz de Fora: UFJF, 2000.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Brasília, DF: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.
- BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm. Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc93.htm. Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 19 dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltada para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 05 de jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2012.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise da América Latina: Consenso de Washington ou crise fiscal? **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 3-23, 1991.

CAJAZEIRAS, A. P. G. B.; JORGE, M. A. Responsabilidade Fiscal e Desenvolvimento Municipal: Uma análise dos municípios sergipanos no período 2007/2010. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 124-149, 2015.

CAMPOS, G. W. S.; JUNIOR, P. M.. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, Reforma do Estado e Políticas Sociais nas últimas décadas do Século XX no Brasil. **Aurora**, Marília, ano 2, n. 3, p. 37-46, 2008.

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

CHIEZA, R. A. **O ajuste das finanças públicas municipais à lei de responsabilidade fiscal**: os municípios do RS. 2008. Tese (Doutorado em Economia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O Financiamento da Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, v. 2, 2011.

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.

DIAS, A. J. R.; ALBIERI, S. Uso de imputação em pesquisas domiciliares. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8., 1992, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: ABEP, 1992. p. 1-26.

DRAIBE, S. M.; HENRIQUE, W. Welfare State, Crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 53-78, 1988.

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.

FERRAZ, L. Lei de Responsabilidade Fiscal e Terceirização de Mão-de-Obra no Serviço Público. **Revista Eletrônica do Direito Administrativo Econômico**, Salvador, v. 8, p. 1-18, 2007.

FRANÇA, J. R. M.; COSTA, N. 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.

GIUBERTI, A. C. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre os gastos dos municípios brasileiros**. 2005. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil, **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-236, 2006.

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.

IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 dez. 2016.

IBGE. **Para compreender o INPC: um texto simplificado**. 6. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INDEPENDENT EVALUATION OFFICE. Washington. **The IMF and recent capital account crises: Indonesia, Korea, Brazil**. Washington: International Monetary Fund, 2003. Disponível em: <https://www.imf.org/external/np/ieo/2003/cac/pdf/all.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

KETTL, D. F. The global revolution: reforming government sector management. *In*: **Seminário Internacional “A Reforma do Estado na América Latina e Caribe – Rumo a**

uma administração Pública Gerencial”, Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1996. p. 41-74.

LEME JUNIOR, J. A.; MENDES, Á. Imposto sobre as Transações Financeiras como uma contribuição ao subfinanciamento do SUS. **Argumentum**, Vitória, v. 9, n. 1, p. 164-179, 2017.

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. A. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

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. 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.

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

MACHADO, M. H. Gestão municipal e contratação da força de trabalho: qual o foco do debate? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 18-21, 2007.

MAGALHÃES, E. A. et al. A influência da lei de responsabilidade fiscal (LRF) na tomada de decisão pelos gestores públicos municipais. **Contabilidade: Vista & Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 9-26, 2005.

MAGALHÃES, E. A. **Gestão fiscal nos municípios brasileiros: uma análise das diferenças regionais**. 2017. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2017.

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

MAROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 49, p. 35-54, 2017.

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

MEDEIROS, A. A. A. Reflexos políticos da derrocada do federalismo fiscal. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, ano 47, n. 185, p. 235-246, 2010.

MEDEIROS, K. R. et al. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, 2014.

MEDEIROS, K. R. et al. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1759-1769, 2017.

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

MEDEIROS, K. R.; TAVARES, R. A. W. T. 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.

MENDES, Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, p.66-81, 2015. Suplemento 1.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2014.

MENDES, Á.; RÓZSA FUCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. et al. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRÉS, 2016. p. 139-167.

MENDES, M. Federalismo Fiscal. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (coord.). **Economia do Setor Público no Brasil**. São Paulo: Elsevier, 2004.

NASCIMENTO, E. R.; DEBUS, I. **Entendendo a Lei de Responsabilidade Fiscal** (Lei Complementar nº 101/2000. 2. ed. [S. l.: s. n.], 2001.

NORDHAUS, W. D. The Political Business Cycle. **The Review of Economic Studies**, v. 42, n. 2, p. 169-190, 1975.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

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, 2004.

NUNES, L. N. **Métodos de imputação de dados aplicados na área da saúde**. 2007. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OATES, W. **Fiscal federalism**. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.

ORAIR, R. O.; LIMA, L. S.; TEIXEIRA, T. H. F. Sistema de transferências para os municípios brasileiros: avaliação dos impactos redistributivos. In: BOUERI, R.; COSTA, M.

A. **Brasil em desenvolvimento 2013: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2013. p. 235-258.

OUVERNEY, A. M.; FLEURY, S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, p. 1085-1103, 2017.

PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

PIOLA, S.; BIASOTO, J. R. G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p.219-232

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

QUEIROZ, C. H. **A lei de responsabilidade fiscal no contexto da reforma do estado**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/BNDS, 2001.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 14-24, 2016. Número especial.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 30, p. 426-446, 2017.

SAMUELSON, P. The pure theory of public expenditures. **Review of economics and statistics**, v. 36, n. 4, p. 387-389, 1954.

SANTOLIN, R.; JAYME JR., F. G.; REIS, J. C. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações na despesa de pessoal e de investimento nos municípios mineiros: um estudo com dados em painel dinâmico. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 895-923, 2009.

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.

SILVA, E. V. M. O.; SILVA, S. F. As Implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local. **Cadernos de RH em Saúde**, Brasília, v. 3, n. 2, p.49-58, 2008.

SILVA, E. V. M. O.; SILVA, S. F. Desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 7-12, jun. 2007.

- SILVA, L. M. O.; MATTOS, F. A. M. Welfare State e emprego em saúde nos países avançados desde o Pós-Segunda Guerra Mundial. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 135-152, 2009.
- SOARES; A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.
- SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.
- 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, C.; CARVALHO, I. M. M. de. Reforma do Estado, Descentralização e Desigualdade. **Lua Nova: Revista de Cultura Política**, São Paulo, n. 48, p. 187-212, 1999.
- SUZART, J. A. S.; ZUCCOLOTT, R.; ROCHA, D. G. Federalismo fiscal e as transferências intergovernamentais: um estudo exploratório com os municípios brasileiros. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 127-145, 2018.
- TIEBOUT, C. A pure theory of local expenditures. **Journal of political economy**, Chicago, n. 64, p. 416-424, 1956.
- TOBAR, F. O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 31-51, 1991.
- TOMIO, F. R. L. 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.; 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: Fiocruz, 2005. p. 193-233.
- VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, 2008.
- 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.
- VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.
- WATTS, R. L. **Comparing federal systems in the 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996.