

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Katia Rejane de Medeiros

**LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E DESPESAS COM PESSOAL DA SAÚDE:
UM ESTUDO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

RECIFE

2011

**LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E DESPESAS COM PESSOAL DA SAÚDE:
UM ESTUDO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co - Orientador: Dr. Ricardo Antônio Warderley Tavares

**RECIFE
2011**

M488s Medeiros, Kátia Rejane de.
Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com
pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros/
Kátia Rejane de Medeiros. - Recife: s.n, 2011.
221 p. : ilus., graf., tab.

Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Co-orientador: Ricardo Antônio Warderley
Tavares.

1. Política Fiscal. 2. Gastos em Saúde. 3. Gestão de
Recursos Humanos em Saúde. 4. Relações Trabalhistas.
I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. ths. II. Título.

CDU 658.3:61

KÁTIA REJANE DE MEDEIROS

**LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E DESPESAS COM PESSOAL DA SAÚDE:
UM ESTUDO DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 16/ 09/ 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ)

Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira
Instituto e Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),
Universidade de Brasília (UnB)

Prof^ª. Dra. Adriana Falangola Benjamim Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof^ª. Dra Ide Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ)

Prof. Dr. Wayner Vieira de Souza
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

À amiga Paulette Cavalcanti pelos valerosos ensinamentos e contribuições e, sobretudo, por ter-me acolhido como sua orientanda;

À amiga Idê Gurgel, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva, pelas colaborações no decorrer do processo de elaboração da tese e em seu ciclo final, no papel de parecerista;

A Ricardo Tavares que me acompanhou no início da jornada;

Ao Professor Wayner Souza, pelas importantes contribuições no tratamento estatístico dos dados;

Aos meus filhos João e Manoel, minhas maiores inspirações para esta empreitada e, a minha florzinha, Mariana Lessa;

As minhas duas mães Amara Pimentel e Lucinda Conceição, que continuam a me ensinar valores preciosos;

Aqueles que me enchem de orgulho por serem meus irmãos: Zulma e Marcílio Medeiros e, a minha cunhada Isabela, pelo apoio durante o processo;

Aos colegas de departamento: Islândia Carvalho, Domício Sá, Garibalde Gurgel, Sidney Farias, André Monteiro, Giselle Campozanna, e a todos que carinhosamente me apoiaram;

A George Diniz, pela solicitude com que buscou contribuir na organização de minha base de dados;

A Isabel Patriota, Ana Maria Aguiar e Ana Célia Castro pelo carinho e simplicidade das nossas amizades sinceras;

Às amigas Joselice Pinto e Ana Paula Nascimento pela possibilidade de vivenciar momentos de descontração nas conversas de tese, de trabalho e de assuntos aleatórios;

A algumas pessoas que colaboram muito na execução de meu processo de trabalho: Franklin Semente, Nalvinha Menezes, Alessandro Araújo e Rafaela;

À equipe da Secretária Acadêmica pela atenção as minhas demandas durante o curso de Doutorado;

À equipe do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em seus vários ciclos de trabalho: Gleidson Castro, Neuza Buarque; Juliana Oriá, Cynthia Barboza, Fabiana Oliveira e, de maneira especial, a Fabio Alencar que colaborou significativamente na etapa final de conclusão da tese.

À equipe da biblioteca do CPqAM : Mégine Carla, Adagilson Batista e Macia Saturnino;

A todos que mesmo não citados, com suas palavras, atos ou gestos celebrarão comigo o encerramento deste importante ciclo de minha formação;

E, acima de tudo a Deus, a quem registro meu agradecimento através das palavras do compositor:

“Por isso eu digo:

Obrigado Senhor por mais um dia

Obrigado senhor que eu posso ver

Que seria de mim sem a fé que eu tenho em Você. “

*“... o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”*

Guimarães Rosa

MEDEIROS, Kátia Rejane de. **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.

RESUMO

A descentralização ampliou a participação dos municípios na oferta de serviços de saúde, os tornando os principais empregadores do setor público. Caracterizado pelo uso intensivo de mão-de-obra, esse setor tem enfrentado restrições de despesas com pessoal, em virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que, por essa razão, é apontada pelos gestores municipais como indutora de vínculos precários e obstáculo à consolidação da política de saúde. Com o objetivo de analisar os impactos da Lei Responsabilidade Fiscal nas despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009, neste estudo explicativo de abordagem qualitativa e quantitativa, recorreu-se ao acervo documental dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), às atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, aos sistemas Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Constatou-se que houve uma elevada frequência de debates sobre a precarização relacionada à LRF nas fontes documentais. As bases FINBRA e SIOPS apresentaram semelhanças quanto à acessibilidade e oportunidade, mas o SIOPS evidenciou maior clareza metodológica e cobertura no período. A despesa com pessoal dos 4356 municípios estudados mostrou que estes gozam de margem para contratação de pessoal, apesar da tendência de crescimento de 1,3% nas médias anuais nessas despesas. A capacidade de arrecadação e a proporção de recurso de transferência reforçam a baixa autonomia da maioria dos municípios, e, nas despesas com pessoal da saúde mais de 50% dos recursos do setor são comprometidos nesse tipo de despesa. Porém, na pesquisa a aplicação do teste de correlação não revelou entre os indicadores estudados quaisquer correlações, o que refuta os argumentos dos gestores de saúde de que os problemas de contratação na saúde estão relacionados aos limites e efeitos da LRF. A demanda de conhecimento sobre o assunto e os dados de despesas com pessoal do FINBRA e SIOPS tornam viáveis novos estudos, aferindo-se inclusive a confiabilidade e validade dos indicadores entre as bases.

Palavras Chaves: Política Fiscal; Gastos em Saúde; Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Relações Trabalhistas; Sistema de Informação.

MEDEIROS, Kátia Rejane de. **The Fiscal Responsibility Law in health personnel expenses: a study the Brazilian municipalities.** 2011. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

Decentralization increased the participation of municipalities in the provision of health services, making them the main public sector employers. Characterized by intensive use of manpower, this sector has faced restrictions on personnel expenses due to the Fiscal Responsibility Law (LRF) which, therefore, is appointed by municipal managers as the inducer of the precarious bonds and obstacle to consolidation of health policy. In order to analyze the impact of the Fiscal Responsibility Law in health personnel costs of the Brazilian municipalities in the period 2004 to 2009, in this analytical study of qualitative and quantitative approach, we resorted to the documentary collection of the Municipal Health Secretaries (CONASEMS), the Proceedings of the National Health Council (CNS), and Brazil's Finance systems / (FINBRA) and the Information System on Public Health Budget (SIOPS). It was found that there was a high frequency of discussions related to the precariousness related to LRF in documentary sources. The FINBRA and SIOPS bases showed similar accessibility and opportunity, but SIOPS showed more methodological clarity and coverage in the period. The personnel expenses of the 4356 municipalities studied showed that these cities enjoy room for staffing, despite the growth trend of 1,3% in annual average in these expenses. Raising revenue and the proportion of resource of transfer reinforce the low autonomy of most municipalities, and the costs of health personnel more than 50% of the resources of the sector are engaged in this type of expenditure. However, in the research, the application of correlation test showed no correlation between the studied indicators, suggesting that the problems of recruitment in health can not be related to the limits and the effects of LRF. The demand for knowledge on the subject and the data of the FINBRA and SIOPS personnel expenses make new studies feasible, including cross-checking the reliability and validity of the indicators between the bases.

Keywords: Fiscal Policy, Health Expenditures, Human Resources Management in Health, Labour Relations, Information System.

ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Matriz/modelo de classificação e condensação de significados	81
Quadro 2-	Composição dos indicadores municipais calculados mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS.	86
Quadro 3-	Matriz geral das fontes, instrumentos e técnicas de análise da pesquisa	87
Quadro 4-	Frequência de ocorrência dos descritores de pesquisa nas reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CNS entre 2004 a 2010	99
Quadro 5-	Matriz Síntese da Análise Documental:	109
Quadro 6-	Matriz Síntese da Análise Documental:	110
Quadro 7-	Comparação das Características dos Sistemas de Informação que Consolidam Dados Orçamentários (FINBRA e SIOPS)	118
Figura 1-	Procedimentos adotados no pareamento das bases FINBRA e SIOPS no período de 2004 a 2009.	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos Municípios Pareados por Região e Estratos Populacional, Brasil 2004 a 2009.	133
Tabela 2-	Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios no período de 2004 a 2009	136
Tabela 3-	Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios segundo Regiões, Brasil de 2004 a 2009	138
Tabela 4-	Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios segundo estrato populacional, Brasil de 2004 a 2009	139
Tabela 5-	Evolução da Capacidade de Arrecadação dos municípios, Brasil 2004 a 2009.	140
Tabela 6-	Evolução da Capacidade de arrecadação dos municípios segundo Regiões, Brasil, 2004 a 2009	142
Tabela 7-	Evolução da Capacidade de arrecadação dos municípios segundo estrato populacional, Brasil, 2004 a 2009	144
Tabela 8-	Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios Brasil, 2004 a 2009.	145
Tabela 9-	Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo Regiões, Brasil, 2004 a 2009	147
Tabela 10-	Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo estrato populacional, Brasil, 2004 a 2009	148
Tabela 11-	Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde, Brasil de 2004 a 2009.	149
Tabela 12-	Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde segundo regiões, Brasil 2004 a 2009	151
Tabela 13-	Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde segundo estrato populacional, Brasil 2004 a 2009	152
Tabela 14-	Descrição das Médias dos Indicadores nos Municípios, Brasil de 2004 a 2009.	153

- Tabela 15-** Análise de Tendência (linear) dos indicadores de Despesas Total com Pessoal, Capacidade de arrecadação do Município, Proporção de Transferências Intergovernamentais e Despesas com Pessoal da Saúde, dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. 157
- Tabela 16-** Correlação entre os indicadores de Despesas com Pessoal, Despesas com Pessoal da Saúde e Indicador de Autonomia Municipal dos municípios brasileiros 158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Frequência de obtenção de registro de dados dos municípios no IBGE, SIOPS e FINBRA, Brasil de 2004 a 2009.	128
Gráfico 2-	Frequência de obtenção de dados dos municípios pareados no FINBRA e SIOPS, Brasil de 2004 a 2009.	130
Gráfico 3-	Comparação entre a distribuição dos municípios pareados com as ocorrências no IBGE, segundo regiões do Brasil.	131
Gráfico 4-	Comparação entre a distribuição dos municípios pareados com as ocorrências possíveis no IBGE, segundo estrato populacional, Brasil.	132
Gráfico 5-	Valores para as Medianas das Despesas com Pessoal dos municípios, Brasil, 2004 a 2009.	154
Gráfico 6-	Valores para as Medianas da Capacidade de Arrecadação dos municípios, Brasil, 2004 a 2009.	155
Gráfico 7-	Valores para as Medianas da Proporção de Transferência Intergovernamentais para os municípios, Brasil, 2004 a 2009.	155
Gráfico 8-	Valores para as Medianas das Despesas com Pessoal da Saúde nos municípios, Brasil, 2004 a 2009.	156

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL - América Latina

BNDES - Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social

CAM - Capacidade de Arrecadação do Município

CEF - Caixa Econômica Federal

CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e o Caribe

CNM - Confederação Nacional de Municípios

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de cada Estado

CUT - Central Única de Trabalhadores

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DTP - Despesas Total com Pessoal

EC - Emenda Constitucional

FINBRA - Finanças do Brasil

FMI - Fundo Monetário Internacional

FPE - Fundo de Participação dos Estados

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

GMS - Gabinete do Ministro da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM - Imposto sobre Circulação de Mercadorias

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

ISS - Imposto sobre Serviços

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

ITBI - Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis

LC - Lei Complementar

LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal

MPOG - Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleos de Apoio ao Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde
PGPS - Proporção de Gastos com Pessoal da Saúde
PTI - Proporção e Transferências Intergovernamentais
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PL - Projeto de Lei
PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais
RCL - Receita Corrente Líquida
RGF - Relatórios de Gestão Fiscal
RREO - Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAMU- Serviço de Atendimento Médico Móvel
SEN - Sistema Estatístico Nacional
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde
SIA - Sistema de Informação Assistenciais
SI - Sistema de Informação
SIH - Sistema de Informação Hospitalar
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS - Sistema de Informação em Saúde
SOF - Secretaria de Orçamento e Finanças
STN - Secretaria do Tesouro Nacional
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE-PE – Tribunal de Contas do Estado do Estado de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	O Processo de Descentralização	25
3.2	Os dilemas do financiamento da saúde nos anos 90 <i>versus</i> a capacidade de indução econômica do setor saúde	30
3.3	Da gênese ao desenvolvimento da evolução Tributária e Fiscal no Brasil	38
3.4	Medidas para o controle dos gastos dos entes subnacionais: A Lei de Responsabilidade Fiscal	52
3.5	O Processo de Trabalho em Saúde e a Lei de Responsabilidade Fiscal: contextualizando a crise de <i>Governança</i>.	58
3.6	A informação no Brasil: da emergência do Sistema Estatístico Nacional aos Sistemas de Informação com dados Orçamentários.	68
3.7	Os Sistemas de Informação e o acesso à informação em Saúde	73
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	77
4.1	Do Objeto e do desenho de Estudo	78
4.2	Das fontes, instrumentos e técnicas de análise	78
4.3	A abordagem qualitativa da pesquisa	79
4.4	A abordagem quantitativa da pesquisa	82
4.4.1	Análise da Qualidade dos Sistemas de Informação	82
4.4.2	Indicadores	83
4.4.3	Construção da Base de Dados da Pesquisa	85
4.5	Considerações Éticas	88
5	RESULTADOS	89
5.1	Precarização dos vínculos no SUS <i>versus</i> LRF: o debate nas agendas dos COSEMS e CNS	90
5.1.1	A gênese das questões de pesquisa nas Cartas do CONASEMS	91
5.1.2	A emergência da Precarização como problema na Gestão em Saúde no SUS e como reflexo ou efeito da LRF	92

5.1.3	O debate na agenda do Conselho Nacional de Saúde	97
5.2	Os sistemas de informação Finanças Brasil/FINBRA e Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde: características e dimensões de qualidade	111
5.2.1	Dos esforços em ordenar e classificar os registros do orçamento público: a criação dos sistemas FINBRA e SIOPS	111
5.2.2	Características e especificidades do Finanças Brasil (FINBRA) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	112
5.3	Aferição da qualidade da informação do FINBRA: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura.	119
5.3.1	Acessibilidade	119
5.3.2	Oportunidade	120
5.3.3	Clareza Metodológica	120
5.3.4	Cobertura	123
5.4	Aferição da qualidade da informação do SIOPS: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura	125
5.4.1	Acessibilidade	125
5.4.2	Oportunidade	125
5.4.3	Clareza Metodológica	126
5.4.4	Cobertura	127
5.5	Procedimentos adotados entre as bases FINBRA e SIOPS: o pareamento	129
5.6	Despesas com Pessoal, Capacidade de Arrecadação, Proporção de transferências Intergovernamentais e Despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros	135
5.6.1	Os Municípios e as Despesas Totais com Pessoal	135
5.6.2	A Capacidade de Arrecadação dos Municípios	140
5.6.3	A Proporção de Transferências Intergovernamentais	145
5.6.4	Os Municípios e as Despesas com Pessoal da Saúde	149
5.7	Regressão Linear de Tendência e Correlação entre os indicadores	154
5.7.1	Gráficos das Medianas dos indicadores no período de 2004 a 2009.	154
5.7.2	Análise de Regressão Linear: Tendência dos indicadores	156

5.7.3	Análise da Correlação entre os indicadores de Despesas Total com Pessoal, Despesas com Pessoal da Saúde e Indicador de Autonomia Municipal	157
6	DISCUSSÃO	160
6.1	O debate nos fóruns do CONASEMS e CNS	161
6.2	Os Sistemas FINBRA e SIOPS: características e qualidade	167
6.3	O Indicador de Despesa Total com Pessoal	175
6.4	A Capacidade de Arrecadação e Participação dos Recursos de Transferências nos municípios brasileiros	181
6.5	As Despesas com Pessoal da Saúde	187
6.6	A análise de Correlação entre os indicadores	191
7	CONCLUSÕES	194
	REFERÊNCIAS	200
	ANEXO	216
	ANEXO A - Menu de Abertura da Base FINBRA	217
	ANEXO B - Consulta a Plano de Contas do FINBRA	217
	ANEXO C - Consulta Plano de Contas -Receita	218
	ANEXO D - Consulta a Plano de Contas -Despesas	218
	ANEXO E - Pastas de Consultas dos Anexos dos Relatórios de Gestão Fiscal /Acesso ao indicador calculado	219

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, na década de 90, observou-se o fenômeno da reestruturação produtiva caracterizada pela incorporação tecnológica com desdobramentos na redução de postos de trabalho e desemprego dos trabalhadores do núcleo organizado da economia que passam a trabalhar por conta própria e sem carteira assinada, além dos desempregados abertos ou ocultos por trabalho precário (MOTA; AMARAL, 1998).

Apesar dos inúmeros efeitos das transformações nas relações de produção no seio da sociedade, nota-se que, para determinados segmentos de produção de serviços, há menor vulnerabilidade aos efeitos negativos dos ciclos de crise da economia capitalista. Nesse setor, os desdobramentos de fenômenos como os referidos acima têm outros reflexos.

O setor saúde ilustra a assertiva. Oliveira e Machado (2010) colaboram na explicação dos aspectos que envolvem a relação entre a aceleração da atividade econômica e o emprego em saúde. As autoras assinalam que os efeitos dos ciclos de crise da economia apresentam reflexos bem peculiares no setor saúde. Assim, nos contextos onde a economia cresce, a elevação do emprego em saúde apresenta-se proporcionalmente em menor escala que nos outros setores, porém, nas situações de desaceleração econômica o nível de emprego em saúde sofre menos queda, o que se justifica pelo fato de que, é nos momentos de baixa, que os serviços de saúde revestem-se num consumo essencial para subsistência da população, além do fato desses serviços estarem também associados à participação do Estado (OLIVEIRA; MACHADO, 2010).

Scherer, Pires e Schwartz (2009) também refletem sobre a dimensão essencial dos serviços de saúde. Para eles:

A saúde é atividade de grande complexidade que envolve questões relacionadas à vida e à morte e que tem como objeto de intervenção a saúde e a doença no seu âmbito social. Essa realidade gera a necessidade de vários conhecimentos e práticas para lidar com sujeitos que têm história de vida singular [...] (SCHERER; PIRES ; SCHWARTZ, 2009, p. 724).

Mas, no Brasil, paralelamente ao ciclo de transformações nas relações de produção, a conjuntura dos anos noventa apresentou outro importante aspecto, pois, o cenário político nacional era o de rediscussão do papel e do tamanho do Estado, no momento em que, políticas

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) propõe induzir uma maior responsabilidade na gestão pública, e, para isso, destina especial atenção ao limite e o controle dos gastos com pessoal, utilizando-se inclusive, de dispositivos e sanções para aqueles que descumprem tais limites.

Diante da especificidade do setor saúde, de uso intensivo de mão-de-obra, e as demandas de controle rigoroso dos gastos com pessoal impostas pela LRF, observou-se a denúncia, no Colegiado nacional de secretários municipais, da emergência da denominada crise de *governança* do setor público de saúde.

Assim, a LRF passou a figurar como indutora dos problemas de governabilidade do setor e, nesse momento, novas questões foram incorporadas na agenda política da saúde: Em que medida a LRF tem impactado nas despesas com pessoal da saúde nos municípios brasileiros? A LRF é responsável pela crise de governança do sistema de saúde no âmbito dos municípios? A LRF é capaz de induzir a precarização de vínculos no SUS, ou será a precarização uma saída para driblar-se a LRF?

Nos Congressos Nacionais do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), questões como essas, desde 2000, têm sido alvo de amplo debate. Porém, a inclusão do problema nas pautas de discussão não garantiu suficiência de respostas ou saídas mais conclusivas para o problema.

Nesse cenário, os Congressos de secretários de 2006, 2007 e 2008 sugeriram o desenvolvimento de estudos que auxiliem na compreensão do problema e, em 2008, a necessidade de conhecimento do impacto da LRF na alocação dos recursos humanos em saúde é incluída no rol na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (BRASIL, 2008, REVISTA DO CONASEMS, 2007a).

É nesse quadro de indagações que se inscreve o presente estudo. Objetiva-se analisar os impactos da Lei Responsabilidade Fiscal nas despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009.

Para consecução desse objetivo, recorreu-se a duas importantes bases de dados sobre orçamento público em saúde, o sistema Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em saúde (SIOPS). Nesses sistemas dispõe-se de dados sobre receitas e despesas dos entes subnacionais, ou seja, deles tem-se acesso a quantidade de recursos que têm sido destinados para pagamento de pessoal dos municípios, além de um conjunto de outras informações.

Defende-se que, a possibilidade de exploração contida nessas duas bases desloca e amplia o debate para além do campo das finanças públicas, aspecto que é destacado por Daim

(2009) como fundamental, quando a autora assinala que é preciso: “[,,] conhecer a configuração concreta dos padrões de financiamento nacionais, sua estrutura tributária, a natureza e grau de autonomia das relações fiscais intergovernamentais” (DAIM, 2009, p. 623).

Considerando-se tal aspecto, uma hipótese conduziu e norteou o processo de desenvolvimento deste estudo: a Lei de Responsabilidade Fiscal não pode ser responsabilizada pelo processo de precarização do trabalho no setor saúde, pois há outras dimensões que precisam ser incorporadas na análise do problema, como a sustentabilidade ou grau de autonomia econômico financeira dos municípios.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os impactos da Lei Responsabilidade Fiscal nas despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009.

2.2 Específicos

- a) Contextualizar a emergência do debate sobre precarização dos vínculos trabalhistas na saúde e lei de responsabilidade fiscal na agenda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde;
- b) Caracterizar o sistema de informação sobre orçamento público Finanças do Brasil e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde aferindo-lhes as dimensões de Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura.
- c) Analisar nos municípios brasileiros o perfil de despesas com pessoal, a capacidade de arrecadação, a dependência a transferências intergovernamentais e o perfil de gastos com pessoal da saúde, segundo região e estrato populacional, no período de 2004 a 2009.
- d) Verificar a correlação entre os indicadores de despesas com pessoal, indicador de autonomia municipal e perfil de gastos com pessoal da saúde dos municípios brasileiros, no período de 2004 a 2009.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Processo de Descentralização

A crise econômica vivenciada no mundo na década de oitenta trouxe significativas repercussões no Estado e na sua relação com a sociedade. Nessa conjuntura, identificou-se certo consenso sobre a necessidade de reestruturação do Estado e de sua interação com o mercado, o que indubitavelmente gerou efeitos na sociedade.

Nesse cenário, Loureiro e Abrúcio (2004) destacam que nas diferentes agendas dos governos, a Reforma do Estado surge como elemento central, e, em seu núcleo, a descentralização emergiu com grande relevância nas agendas reformistas (ARRETCHE, 1996).

Arretche, (1996, 2002) e Santos e Ugá (2007) convergem na mesma direção ao explicarem as razões que justificam a ênfase dada à descentralização. Para elas, existem, pelo menos, dois aspectos bastante importantes para explicar a força com que a descentralização passa a tomar parte nas agendas das nações.

O primeiro reside no fato de que a descentralização representava uma das grandes reivindicações democráticas nos anos 70 e 80, sobretudo, em muitos países da América Latina (AL). Por essas circunstâncias, ações do governo central nessa direção assumiam posição de destaque e contavam com grande apoio.

O segundo aspecto que explica o *status* que ganhou a descentralização encontra assento nos documentos de organismos de financiamento internacional que a condicionavam como necessária para o rompimento com as estruturas políticas tradicionais, as quais, até então, por serem centralizadas impossibilitaram o desenvolvimento das virtudes cívicas, em especial nas sociedades latinas. Nessas condições, “[...] passou-se a supor que por definição formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população” (ARRETCHE, 1996, p. 44).

Apesar de só recentemente introduzida na agenda dos países latinos, a chamada “febre da descentralização” como reação à concentração do poder na esfera federal não é fenômeno novo, já que ainda no século XX após as duas guerras mundiais, os países da Europa e os Estados Unidos experimentaram tendências à descentralização, sob o argumento de que era necessário conferir maior eficácia na oferta de serviços públicos pós-estado de bem-estar social.

Por ser tida como condição necessária para uma revolução no comportamento social, indutora de atitudes políticas e econômicas de maior capacidade de iniciativa, nos países latinos a inclusão da descentralização era, então, mais do que justificada (ARRETCHE, 1996).

Nos países da AL, as razões que justificavam a descentralização estiveram predominantemente vinculadas a políticas de estabilização macroeconômica e, em menor intensidade, a pressões políticas por maior grau de participação (CHALFUN, 2005).

Nas duas gerações do processo de reforma do Estado, ou seja, a que teve início na década de 80 e, a segunda, a partir dos anos 90, verificou-se que a descentralização despontou como elemento central (SANTOS; UGÁ, 2007).

Seja para operar como instrumento de radicalização democrática, tal como observado na França, seja como estratégia de vitalização dos governos regionais, como ocorrido na Itália, a descentralização foi incorporada com diferentes objetivos no bloco dos países desenvolvidos (ARRETCHE, 2002).

Introduzida nas agendas dos países do mundo em diversas conjunturas e por razões distintas, a descentralização pôde assumir formas bastante peculiares, em função do estágio de desenvolvimento, dos aspectos históricos, políticos e culturais relativos aos países onde esse processo tem sido implementado (CHALFUN, 2005).

Como reflexo de tais aspectos, as reformas ocorridas nos anos 80 apresentaram estratégias distintas, o que gerou múltiplos arranjos na máquina estatal tais como: desconcentração, delegação, transferência de atribuições e mesmo a privatização ou desregulação (ARRETCHE, 1996).

Dessa forma, o conceito de descentralização pode ter efeitos distintos, quando se pensa em expressões como descentralização espacial, descentralização da tomada de decisão do governo e descentralização fiscal (BAHI, 1999). Assim, parece oportuno discorrer sobre os aspectos conceituais que envolvem a descentralização.

De maneira geral, a descentralização pode ser definida como um processo de transferência de competências e recursos da administração central (nacional) de um determinado Estado para as administrações subnacionais que, nos países federativos, são os estados e municípios e, em nações constitucionalmente unitárias, as regiões (AGHÓN, 1993).

Essa reconfiguração da divisão de poderes e responsabilidades entre os entes federados no caso brasileiro teve efeitos bastante particulares, ou seja, a definição do termo federalismo no Brasil tem contornos próprios.

Vale salientar que, no mundo, passa-se no período a assistir um progressivo desmantelamento do Estado centralizador e unitário (DENTE, 1997 *apud* VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Nesse quadro é possível dizer que o caso do Brasil nos anos 80, não é um fenômeno isolado.

Dito isso, é oportuno compreender o conceito e a emergência dessa demanda no caso brasileiro, além de seus reflexos no campo da divisão de poder e responsabilidades entre as esferas.

Países adotam modelos federativos em duas situações: na primeira, quando existem heterogeneidades numa mesma nação, ou seja, território extenso ou grande diversidade física, com diferenças étnicas ou linguísticas, ou então diversidades culturais e políticas entre suas regiões. A segunda situação diz respeito à ação política, que se baseia no ideal da unidade na diversidade, ou seja, uma política na qual haja concomitância, mantendo-se unidas e autônomas as partes de um mesmo todo territorial (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

A consideração desses aspectos favorece uma aproximação ao termo, à essência da definição de federalismo. Logo, é identificada na constituição da palavra federalismo, que do latim *foedus*, significa pacto. Consiste então, num acordo capaz de estabelecer um compartilhamento da soberania territorial, permitindo que coexistam, numa mesma nação, diferentes entes autônomos os quais mantêm relações mais contratuais, em detrimento de relações hierárquicas (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

As federações são, pois, um arranjo político-institucional que objetiva conciliar a existência de uma nação com a autonomia e individualidade política das diferentes regiões que a compõem, na qual é exigida além da coesão de uma sociedade a conformação de instituições que preservem um elevado grau de cooperação intergovernamental, sem desconhecer a divisão de suas jurisdições relativamente independentes e próprias (PRADO, 2007).

Logo, um Estado federativo é uma forma particular de governo que, dividido verticalmente, permite que diferentes âmbitos de governo possam ter autoridade sobre a mesma população e território. Neles, o governo central e os governos locais são independentes entre si e soberanos em suas jurisdições (RIKER *apud* ARRETCHE 2002). Assim, conforme definido em suas respectivas constituições, cada governo local goza do princípio da soberania, o que, por conseguinte, torna-o ator político autônomo com capacidade para programar ao menos algumas de suas políticas (PIERSON; LEIBFRIED *apud* ARRETCHE, 2002).

Reconhecendo-se a soberania característica das unidades subnacionais, cumpre mencionar que toda federação deve tomar como ponto de partida, ou resultado básico, noções como a de coesão e eficiência. Para que tais objetivos sejam alcançados, é necessário que se estabeleça algum tipo de harmonia e complementaridade entre os arranjos e instituições das diferentes federações (PRADO, 2007).

O grande objetivo é o alcance do chamado “federalismo de equilíbrio”, ou seja, uma forma cooperativa que busca priorizar a conciliação entre integração e autonomia, entre unidade e diversidade, em resposta “às aspirações de independência e solidariedade dos homens” (CHALFUN, 2005).

Na esteira dos debates sobre descentralização e das motivações de sua inclusão nas agendas dos países, observou-se que alguns deles mudaram suas estruturas organizativas, o que conduziu a transformação de nações unitárias para plena ou parcialmente federadas. Vale salientar que grande parte do processo de integração na União Européia esteve baseada em princípios federativos (ARRETCHE, 2002).

Santos e Ugá (2007), numa análise de quatro países latinos americanos, quais sejam: Argentina, Brasil, México e Colômbia, sendo este último o único Estado unitário entre os quatro, destacam que no processo desses países não houve uma organização territorial local na qual eles tenham optado e aberto mão de alguma autonomia para unir-se a outras regiões formando então uma unidade nacional politicamente mais forte. Bem ao contrário, a estrutura federativa desses países foi mantida para aumentar o poder central. Com base em tais considerações, as autoras apontam que se observou uma tendência a descentralização no período de 1980 a 1994 nesses países (SANTOS; UGÁ, 2007).

Fruto dessa conjuntura favorável notou-se, nos países, a emergência de novas estruturas federativas ou novos rearranjos, sendo que alguns deles adotaram modelos próprios, como o Brasil.

O Brasil torna-se um país de estrutura federativa desde sua primeira Constituição. Nas motivações para tal arranjo político, verifica-se que foi uma reação ao temor de que a Proclamação da República de 1889 resultasse na fragmentação do território nacional, tal como ocorreu na América Espanhola. Desde então, observou-se que o desenvolvimento dos entes subnacionais seguiu os ciclos de nossa história (ARRETCHE, 2005).

Porém, é em 1988, que se vai identificar a mais significativa manifestação da força dos governos locais, cujo principal reflexo será a transformação dos municípios em entes federados, concedendo-lhes autonomia política, legislativa, administrativa e financeira (SANTOS; UGÁ, 2007).

Deste então, no Brasil, nota-se a conformação de uma estrutura federativa, na qual coexistem três entes considerados pactuantes originários: União, Estados e Municípios (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

Mas os incentivos à descentralização não se concentraram apenas na redistribuição do poder entre os entes federados, com seus efeitos nas unidades subnacionais. O movimento foi mais além, quando na década de 90: “os organismos multilaterais de créditos que até então se ocupavam em ditar as políticas econômicas dos países dependentes, voltaram sua atenção também a políticas sociais” (SANTOS; UGÁ, 2007 p. 536)

Com a incorporação dessas novas exigências, onde as políticas sociais passam a ser parte integrante do próprio ajuste macroeconômico, vai-se notar que a descentralização torna-se uma estratégia ou diretriz para organização das políticas públicas (SANTOS; UGÁ, 2007).

Nessas circunstâncias, identifica-se uma conjunção simultânea de estímulo a mudanças, quais sejam: processos de redemocratização acompanhados de reconfiguração do poder entre as esferas, com redefinição do papel e responsabilidade na oferta e gestão de políticas sociais dessas unidades subnacionais. Salientando-se que, em alguns casos, tais políticas passam a ter caráter universal.

Corroborando com a assertiva, para Arretche (2002), no Brasil ao longo dos anos 80, identificaram-se reformas das instituições políticas que permitiram a recuperação das bases federativas do país. Na década seguinte, vai-se observar a implementação de um extensivo programa de descentralização na área das políticas sociais. Apesar da simultaneidade histórica desses dois processos, é necessário compreender que eles não são uma mesma coisa (ARRETCHE, 2002, p. 27).

Assim, a descentralização traz consigo um duplo objetivo de induzir transformações. De um lado, a reconfiguração do poder entre os diferentes entes, que numa nação de estrutura federativa como a brasileira, traduziu-se na recondução dos estados e municípios na cena e debate político, ou seja, numa elevação do status destes entes, notadamente dos municípios, como explicitado anteriormente.

De outro, os mencionados entes são convocados a assumir a responsabilidade pela oferta de políticas públicas, as quais no Brasil, com a Constituição Federal (CF) de 1988, passam a incorporar um conjunto da sociedade historicamente excluída do acesso. Ou seja, no texto constitucional é revisado o papel do Estado, quando no arcabouço de algumas dessas políticas é introduzido o princípio de proteção social aos cidadãos. Pelo ângulo da extensão do acesso, essas transformações refletem conquistas históricas absolutamente adequadas à trajetória das políticas sociais no Brasil.

Contudo, pelo lado das contrapartidas financeiras e divisão dos recursos, tem implicado em novos e importantes desafios. Nesse quadro, vai-se observar que o contexto da descentralização introduziu a necessidade de pensar as finanças públicas (AGHÓN, 1993)

O caso da política de saúde serve de referência ao exposto acima. As mudanças de orientação do papel do Estado no que tange à política de saúde, anunciaram o conjunto das transformações que estavam por vir, culminando no:

[...] reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, propondo a transição de uma cidadania regulada para uma cidadania plena, reconhecendo o direito de todos ao acesso igualitário às ações e serviços de saúde, sendo o Estado responsável pela garantia desse direito (PEREIRA; AGUIAR FILHO, 2008, p. 62).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios básicos a direção única, universalidade, equidade, integralidade da assistência, inaugura uma nova página na trajetória histórica dessa política no Brasil.

Viana, Silva e Elias (2007) ao explorarem o papel da saúde no estudo da economia e na história das sociedades capitalistas, consideram que a emergência de sistemas de proteção social reflete o que as autoras denominam de um movimento de *desmercantilização do acesso*.

Com base em tal assertiva, pode-se considerar que as transformações no rumo da política de saúde brasileira refletem também, o movimento de *desmercantilização do acesso*. Nesse contexto, é indiscutível que do ponto de vista social o novo sistema de saúde representou um grande avanço, haja vista, a de ter incorporado e elevado ampla parcela da sociedade, da condição de excluídos à de cidadãos. Mas, a consolidação e desenvolvimento de uma política com objetivos tão ambiciosos frente à história da saúde no Brasil, introduziu um conjunto de novos desafios financeiros e organizativos para sua consecução.

Tais elementos serão objetos de reflexão nas próximas seções.

3.2 Os dilemas do financiamento da saúde nos anos 90 *versus* a capacidade de indução econômica do setor saúde

O papel que a saúde tem na trajetória de desenvolvimento das economias capitalistas é analisado por Viana, Silva e Elias (2007).

Para as autoras, a compreensão da saúde enquanto mercadoria e bem econômico coloca a necessidade de reconhecer que se trata de um bem/serviço diferente, quando comparado as outras áreas de produção, pois na saúde identifica-se uma especificidade.

Considerando-se o processo acelerado de mercantilização da área e as mudanças observadas no papel da saúde nos últimos 50 anos, as autoras defendem que para o estudo e entendimento do papel da saúde nas economias capitalistas é necessário adotar uma abordagem histórica, opondo-se à linha formalista de compressão da economia, na qual a saúde é considerada como uma mercadoria sem especificidade.

Resgatando então a história, parte-se no primeiro momento da Europa, no início do século XX, quando se formaram os primeiros seguros ocupacionais e nacionais. O processo de *desmercantilização do acesso* vai ocorrer no momento seguinte e teve como corolário: a saúde como direito resultando na formação dos modernos sistemas de proteção social e da saúde.

Tais sistemas foram aprimorados após a segunda Guerra Mundial, momento em que floresceram mais intensivamente. Neles, vai-se observar a responsabilidade pelo risco social de um indivíduo adoecer, ou seja, há a responsabilização coletiva a ser coberta por toda a sociedade. Nessas circunstâncias, a conquista do direito social é assegurada independente da condição dos indivíduos no ciclo de produção, sendo dever do Estado sua garantia.

A análise desses dois momentos favorece a compreensão de que os sistemas de proteção social têm características segundo os padrões de desenvolvimento capitalista. Assim, se partiu de uma etapa liberal quando se tem a gênese dos seguros nacionais e ocupacionais para, em seguida, os modelos universais do pós-guerra.

Sabendo-se que a velhice e o adoecimento desde cedo são os dois principais problemas das camadas menos favorecidas, compreende-se então, as razões que fizeram da saúde peça fundamental na construção dos modernos sistemas de proteção social que, nos países avançados, tinham como fonte de financiamento os impostos públicos.

Pelo caráter universal desses sistemas, sua lógica de financiamento é então a de solidariedade onde: “ importa socializar o financiamento do risco de adoecer entre todos os cidadãos de uma dada comunidade ou país, onde todos pagam pela prestação de assistência de todos” (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007, p..16).

Ugá e Porto (2008) destacam que os modelos de financiamento do setor saúde guardam forte correspondência com os modelos de sistema de saúde a que pertencem, ou seja, a lógica que os preside deve também nortear o seu financiamento.

Os argumentos das autoras são absolutamente pertinentes no caso da experiência europeia do pós-guerra. A construção dos sistemas de proteção social daqueles países esteve bastante vinculada a abrangentes projetos de desenvolvimento, na qual a conjuntura de crescimento econômico do pós-guerra associou-se ao pleno florescimento de um modelo de gestão integrado público (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

Contudo, autores como Viana, Silva e Elias (2007), Marques e Mendes (2005) e Santos e Ugá (2007) destacam que as características históricas daquelas nações diferem bastante da situação brasileira quando, no final do século XX, adotou-se uma política universal para o setor saúde.

Nesse caso há: “[...] limites bastante sérios para efetiva implantação de políticas mais universalistas, redistributivas e igualitárias... (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007, p. 20).

Apesar do assédio dos organismos internacionais em recomendar aos países latinos a adoção de políticas sociais com certa retração do papel do Estado, a construção do sistema de saúde brasileiro foi inspirada nos sistemas welfarianos de caráter universalista, com atenção integral a todos os cidadãos. Essa não foi a escolha adotada pelos nossos vizinhos Argentina, Colômbia e México, onde se identificam políticas de saúde bastante distintas da nossa (SANTOS; UGÁ, 2007).

Cumprе salientar que a opção brasileira reflete o processo histórico de desenvolvimento dessa política no país e, portanto, não pode ser compreendida desvinculada dele. Mas, seria equivocada e simplista não considerar que do ponto de vista do cenário internacional, a reforma da saúde brasileira emerge num contexto adverso, ou seja, em sentido oposto ao da história.

Autores como: Dain, (2007, 2009); Marques e Mendes (2005); Mendes e Marques (2009); Santos e Ugá, (2007); e Ugá e Porto, (2008) refletem sobre o contexto desfavorável pós aprovação do SUS, e outros, reconhecem que a implantação do sistema de saúde brasileiro aconteceu tardiamente, em relação ao tempo e ao momento histórico que o fundamentou (CONH, 2005 *apud* VIANA; SILVA; ELIAS, 2007; MENDES; MARQUES, 2009).

Essas considerações tomam como principal elemento de análise as questões relativas ao financiamento do setor, em especial a conjuntura desfavorável vivenciada pelas políticas públicas de um modo geral, durante os anos 90, quando foram introduzidas medidas de cunho neoliberal no plano econômico, o que trouxe expressivas implicações para o desenvolvimento e os rumos da política SUS.

Pelo exposto, justifica-se que, além de ser necessária uma análise da conjuntura política relativa ao financiamento da saúde no Brasil na década de 90, é também oportuna uma aproximação ao campo do financiamento dos sistemas de saúde, tema que segundo Ugá e Porto (2008) tem sido objeto de interesse no cenário internacional especialmente após os anos 80.

Mendes e Marques (2009) destacam que no Brasil, já no final dos anos 80, observou-se que a disputa por recursos financeiros para saúde tornou-se mais intensa e que, entre 1990 a 2000, o financiamento despontou como um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação do SUS.

Dain (2007) reflete sobre o fato de que há quase 20 anos, o SUS encontra dificuldades de assegurar suficiência e estabilidade de recursos para seu financiamento. Ugá e Porto (2008) são mais contundentes quando afirmam que é baixa a participação do gasto público no sistema de saúde brasileiro frente aos seus princípios de universalidade e integralidade do acesso.

Ugá e Porto (2008) esclarecem que, o financiamento dos sistemas de saúde diz respeito às fontes de recursos por meio das quais se dá o gasto em saúde. As mesmas autoras assinalam que nos sistemas nacionais de acesso universal há uma predominância de financiamento mediante arrecadação de impostos (UGÁ; PORTO, 2008). Com base nessas assertivas, é oportuno esclarecer a lógica que preside e norteia o financiamento do sistema de saúde do brasileiro após 1988.

Dain (2007) destaca que a partir de 1988 o campo da proteção social no Brasil resultou da junção da Saúde, Previdência e Assistência Social. Desta forma:

Ao combinar direitos individuais e coletivos, ou contribuintes e cidadãos um mesmo programa, a nova visão de proteção social integrou padrões distintos de financiamento, baseados em impostos e contribuições sociais e recursos de dois orçamentos, o OGU e o Orçamento da Seguridade Social (OSS) (DAIN, 2007, p. 1852).

Para a análise dos problemas que envolvem o financiamento da saúde nos anos 90, Mendes e Marques (2009) advertem que é necessário abordar a relação desse setor com a previdência social, antes e depois da Constituição.

Segundo os autores, no período que antecedeu à criação do SUS, grande parte do financiamento do gasto federal em saúde era viabilizada através de recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), custeados mediante aplicação de alíquotas sobre o salário e, por conseguinte, dependentes das flutuações do nível de emprego. Assim, a

disponibilidade para o financiamento da previdência e, conseqüentemente, da saúde dependia dos ciclos da economia.

Após a CF de 1988, verificou-se uma ampliação dos recursos destinados ao financiamento da área da Seguridade Social. Um pouco mais tarde, lei complementar define que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS (MENDES; MARQUES, 2009).

Considerando-se tais aspectos, é possível afirmar que na Constituição observou-se uma coerência do que diz respeito à inserção do Sistema Único de Saúde no Sistema de Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social) bem como do financiamento do SUS no Orçamento de Seguridade Social, os quais foram acrescidos, inclusive, de recursos do tesouro federal, estadual e municipal. Contudo, observou-se a ocorrência de desvios nos preceitos constitucionais que regem o financiamento da seguridade social, além de problemas específicos do financiamento do setor saúde frente ao ajuste fiscal (UGÁ; PORTO, 2008).

Nesse contexto, observou-se que, de 1990 a 2000, no tocante a relação do financiamento do SUS e OSS são identificados três momentos de tensão e conflito na disputa por recursos (MENDES; MARQUES, 2009).

O primeiro entre 1989 e 1990 quando os recursos do Finsocial não foram integralmente destinados a Seguridade Social.

O segundo momento de tensão ocorreu em 1993, momento em que não foi cumprido o repasse dos 15,5% para saúde, tal como estipulado na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), justificando-se tal adoção aos problemas de caixa da Previdência Social.

Nos anos seguintes, a condição de agonia da Previdência foi ampliando-se, quando se observaram os efeitos da chamada reestruturação produtiva no país (DELUIZ, 1997). Nesse momento houve uma elevação das taxas de desemprego e da informalidade do trabalho, reduzindo a capacidade de contribuição em detrimento da elevação das despesas com benefícios. Esse quadro impôs a adoção de medidas que se traduziram numa alteração na estratégia da previdência no interior da Seguridade Social. O contexto de insegurança torna ainda mais difícil o financiamento da saúde.

No ano seguinte (1994), vai ocorrer o terceiro conflito no financiamento entre o SUS e a Seguridade Social. Nesse ano, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) que mais tarde denominou-se Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, mais recentemente, Desvinculação da Receita da União (DRU).

Tal ação teve como objetivo aumentar os recursos disponíveis pelo Tesouro Nacional a ser usado segundo critério da Presidência da República (UGÁ; PORTO, 2008).

Para Dain (2007) com essa estratégia, a União neutralizou os efeitos do crescimento da receita resultante das novas contribuições sociais, visto que pela DRU, 20% do montante de todo e qualquer receita arrecada da União fica desvinculada de sua finalidade, ou seja, esse montante de recursos passou então a ser suprimido da Seguridade Social (MENDES; MARQUES, 2009).

Pelo exposto, pode-se resumir que as restrições no orçamento da saúde recorreram basicamente a dois mecanismos: no período de inflação ao atraso na liberação dos recursos e, após estabilização decorrente do Plano Real, a ação da União que foi a de elevar o contingenciamento das receitas destinadas ao financiamento da Seguridade Social. A criação do FSE, mantido até hoje na forma de DRU, serve de exemplo. A justificativa de sua manutenção diz respeito à necessidade de assegurar maior autonomia e flexibilidade para alocação de recursos públicos sem prejuízos das ações de Seguridade Social (LIMA, 2009).

A interrupção do montante desses recursos para a saúde resultou no agravamento da instabilidade nos anos seguintes o que conseqüentemente elevou a dependência do Ministério da Saúde a outros recursos do Tesouro Nacional (DAIN, 2007).

Sabendo-se que nos sistemas baseados no financiamento público é condição *sine qua non*, a estabilidade de aporte de recursos, pelo quadro apresentado até o momento, tem-se uma dimensão dos problemas de financiamento enfrentados pelo SUS nos anos 90.

Lima (2009) faz uma análise da conjuntura no período. Para autora, a descentralização da saúde colidiu, de um lado, com o objetivo de liberalização econômica e, de outro, com o movimento de retração do papel do Estado, já que o necessário incremento nos gastos públicos de saúde era incompatível com o equilíbrio fiscal.

Em que pese haver um equívoco quanto à associação de que as decisões constitucionais de 1988 foram as responsáveis pelo crescimento do déficit da última década, essa manipulação ideológica dos fatos colaborou para a priorização do pagamento de juros em detrimento da manutenção dos recursos para políticas públicas. O resultado assistido foram os cortes recorrentes nos gastos sociais (DAIN, 2009).

Como reação frente à conjuntura de indefinição orçamentária, verificou-se que o ministério passa então a lutar pela aprovação de tributos adicionais ou fontes específicas, como o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), que, mais tarde, foi transformado em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), sendo extinto em 2007. Esses tributos foram inicialmente direcionados exclusivamente à saúde, sendo depois incorporados à previdência social (UGÁ; PORTO, 2008).

Outro movimento em busca de soluções mais definitivas diante da situação de instabilidade dos recursos financeiros para a área da saúde foi o da construção de uma proposta de vinculação de recursos orçamentários nas três esferas de governo, o que culminou após sete anos de tramitação e sucessivas reformulações, na aprovação da EC 29, em 13 de setembro de 2000 (DAIN, 2007; MENDES; MARQUES, 2009).

Para Teixeira e Teixeira (2003), a emenda traduz o esforço de salvaguardar a área da saúde contra o caráter volátil de suas fontes de financiamento. As metas contidas na EC 29 refletem tal movimento quando destacam:

1) necessidade de financiamento regular, estável e suficiente a área da saúde oferecendo condições para aplicação dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e gratuidade na prestação de serviços do SUS à população brasileira; e 2) definição clara da corresponsabilidade pelo financiamento das ações e serviços públicos de saúde, e estabelecimento periódico de patamares mínimos para cada esfera de governo (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 384).

Com a recém criada norma constitucional, são definidos patamares mínimos a serem aplicados em saúde inicialmente, para ano de 2000. São eles: 7% das receitas municipais e estaduais e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999. Nos anos subsequentes até 2004, os percentuais definidos para receitas estaduais e dos municípios deverão ascender respectivamente em até 12 % e 15% ao passo que para a União a correção toma como variação nominal o Produto Interno Bruto (FAVERET, 2003).

O movimento em defesa da EC 29 possibilitou a articulação de atores políticos e entidades ampliando a discussão em alguns pontos polêmicos (DAIN, 2007). O esforço de pactuação em torno do conceito de ações e serviço de saúde serve de exemplo a essa afirmativa (MARQUES; MENDES, 2007).

Com a EC 29, esperava-se: “[...] promover a blindagem do sistema, em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, avançando também na solidariedade federativa através da definição de parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS” (DAIN, 2007, p. 1853).

Ugá e Porto (2008) advertem para o fato de que a instituição da Emenda Constitucional 29 emerge num contexto de incertezas resultantes de longos anos de hegemonia da política econômica sobre a social na busca do cumprimento de metas de ajuste fiscal. Sob tais circunstâncias, é oportuno salientar que enquanto o espírito de criação do Orçamento da Seguridade Social foi o de instituir fontes estáveis para as três esferas sem

vinculá-las, a lógica que norteou a EC 29 é inversa, ou seja, vincular recursos para o SUS nas três esferas de governo (UGÁ; PORTO, 2008).

O contexto que antecedeu sua instituição mais que justifica essa mudança de orientação, porém, ainda que se reconheça que a vinculação de recursos tenha o mérito de comprometer as três esferas de governo com o financiamento da saúde atenuando a instabilidade das receitas, na análise de Faveret (2003): “ [...] ainda há diversos entraves a serem superados para sua implementação” (FAVERET; 2003, p. 372).

No momento, um desses entraves é a regulamentação da EC 29, atual objeto de discussão no Congresso (UGÁ; PORTO, 2008).

Mas, algumas indagações e consideração de determinados aspectos são pertinentes: Será que a fixação e monitoramento de parâmetros mínimos de gastos com saúde entre os entes subnacionais serão suficientes na garantia de recursos para as ações de saúde? O conjunto das localidades do Brasil dispõe de autonomia tributária e fiscal suficiente que favoreçam o cumprimento das exigências de vinculação da EC 29?

Aproximando-se dessas questões, Santos e Ugá (2007), afirmam que o fortalecimento dos governos subnacionais no seu papel de ofertar políticas públicas depende do nível de federalismo fiscal, ou seja, dos meios que assegurem a participação destes entes na arrecadação fiscal com permissão da cobrança de tributos próprios, colaborando para o financiamento das funções dos governos.

Nesse quadro, cabe esclarecer o que é o federalismo fiscal e que efeitos geram para os entes subnacionais. Lima (2009) destaca que o federalismo fiscal reflete as formas como são distribuídos os poderes e como se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações (LIMA, 2009).

Segundo Prado (2007), o federalismo fiscal diz respeito ao conjunto de problemas, métodos e processos relativos à distribuição de recursos fiscais em federações, de forma tal que viabilizem o bom desempenho de cada nível de governo no cumprimento dos encargos a ele atribuídos.

Para Lima (2009), a descentralização da saúde teve um importante papel de induzir os gastos entre os entes e, nesse contexto, a capacidade de financiamento em saúde dos governos subnacionais é elemento fundamental para cumprimento da política.

Mas, numa conjuntura adversa, pode-se identificar conflitos associados à autonomia dos âmbitos de governo, em especial em relação aos tributos e ao gasto público (CHALFUN, 2005).

Piola (2006) destaca que os problemas derivados da relação entre a questão tributária e a descentralização de serviços para os estados e municípios tem ocupado espaço na agenda setorial há bastante tempo.

Apesar dos novos arranjos introduzidos na CF de 1988, cujos efeitos foram a elevação do *status* dos municípios, não se observou a resolução de problemas como os decorrentes da relação desses entes com os princípios de autonomia e interdependência, sobretudo, quando o assunto é a distribuição dos recursos tributários fiscais.

Viana et al (2002) destacam que, a partir de 1988, e sobretudo nos anos 90, as relações intergovernamentais foram marcadas por incessantes conflitos e disputas de recursos, centralização ainda excessiva e fragmentação institucional.

Longe de terem sido inaugurados no final dos anos 80, tais problemas acompanharam o desenvolvimento da federação brasileira e, assim, são aspectos tortuosos na evolução do país (ABRÚCIO; FRANCEZE, 2007).

A análise desse processo e dos aspectos nele contidos será explorada no momento que segue.

3.3 Da gênese ao desenvolvimento da evolução Tributária e Fiscal no Brasil

A análise das decisões de natureza fiscal e tributária é uma dimensão bastante relevante nas disputas entre os níveis de governo nos estados nacionais, sejam eles federais ou unitários. Assim, pode-se afirmar que a autoridade sobre recursos tributários é um aspecto fundamental, visto que: “A autonomia dos governos para tomar decisões deriva, em boa medida, da extensão em que detêm autoridade efetiva sobre os recursos tributários e/ou fiscais” (ARRETCHE, 2005, p.71).

Dain (2009) destaca que para compreender o cenário do financiamento da saúde brasileiro é necessário conhecer a configuração concreta tanto dos padrões de financiamento nacionais, quanto sua estratégia tributária, a natureza e o grau de autonomia das relações fiscais intergovernamentais.

Para Lima (2009), que discorre sobre a interação entre os aspectos que envolvem o federalismo fiscal e o financiamento descentralizado das políticas públicas, notadamente a política SUS, há três variáveis importantes para o entendimento dos arranjos do federalismo fiscal, quais sejam: distribuição de encargos formalmente regulamentados, definição de

competências tributárias e sistema de partilha fiscal, havendo estreitas relações de dependência entre elas.

Nessa perspectiva:

[...]a capacidade de extrair recursos da sociedade e gastá-los de maneira autônoma constitui uma dimensão central da capacidade de os estados nacionais fazerem-se obedecer, na medida em que define sua possibilidade de formular e implementar políticas de modo autônomo, independentemente dos interesses privados (MIGDAL, 1988 apud ARRETICHE, 2005, p. 71).

Tais assertivas apontam que a compreensão dos dilemas vivenciados pelos entes subnacionais no seu papel de gerir e ofertar políticas públicas como a de saúde remete a necessidade de aproximar-se da trajetória de evolução tributário fiscal brasileira.

Optando-se por essa direção, identifica-se que há vasta produção que aborda a relação dos novos desafios introduzidos pela descentralização das políticas sociais, frente à dimensão tributária e fiscal (ARRETICHE, 1996; CHALFUN, 2005; NASCIMENTO, 2006).

Investigações como a de Arretche (1996, 2002) consideraram as especificidades das agendas de descentralização num país com características federativas. Já os estudos de Arretche, (2004); Gomes e Mac Dowwel (2000); Loureiro e Abrúcio (2004); Oliveira e Silva, (2000); Prado (2007) e Tavares, (2005) abordaram o tema recuperando elementos do processo histórico brasileiro e suas reformas fiscais.

Nessa perspectiva, parte-se do problema na gênese da formação da estrutura federativa brasileira.

O Brasil, desde quando colônia, teve uma administração fortemente centralizada, excetuando-se o período da república velha (ARRETICHE, 1996). Seu processo de descentralização do poder se deu do centro para os estados, diferindo de outros países, nos quais o pacto federativo se deu entre unidades autônomas, como ocorreu nos Estados Unidos.

Por quase 70 anos, a nação brasileira foi regida por um Império excessivamente centralizador (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007)..

Até a Constituição brasileira de 1891, preservou-se a lógica herdada do império na composição do sistema tributário e, portanto, até aquele momento não se observaram grandes mudanças. Porém, nessa constituição já se identificava o regime de separação de fontes tributárias, ou seja, uma descrição dos impostos e de suas competências exclusivas entre Estado e União (ARRETICHE, 2004).

Para Varsano (1996), tal medida se justificava diante da perspectiva de adoção de um regime federativo, no qual a dotação de receitas próprias para estados e municípios é condição

necessária para assegurar-lhes autonomia financeira. Aos estados cabia a função de fixar os impostos municipais, além de junto com a União criar novas receitas tributárias.

Até 1930, a definição da eleição presidencial se consolidava num jogo basicamente oligárquico, que passava por um acordo entre os dois principais estados da federação, São Paulo e Minas Gerais, os quais contavam com o apoio dos estados médios: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia. Essa correlação revelava que, no período, havia um fortalecimento do executivo estadual em pouquíssimas unidades federadas.

Com a cisão do estado mineiro, frente à insistência de permanência no poder dos paulistas, encerra-se o ciclo da chamada República do *Café com Leite*. Assim, os estados que até aquele momento encontravam-se alijados do processo das grandes definições no rumo do país, aliam-se ao estado mineiro, o que resulta na Revolução de 1930, conduzindo Getúlio Vargas ao poder.

O período getulista produziu impactos significativos no federalismo brasileiro com forte centralização de poder no executivo federal. Contudo, para a constituição do modelo nacional desenvolvimentista, coube aos Estados fortalecerem-se na intervenção e nos domínios econômico e social. Tal contexto político favorece a explicação dos aspectos da estrutura tributária brasileira desse período, que se mantinha conforme modelo herdado do império. Com economia ainda predominantemente agrícola, mas, bastante aberta, sua principal fonte de receitas públicas era o comércio exterior, em especial o imposto de importação que se manteve como a principal fonte de receita da União e, em alguns momentos, representou até 2/3 da receita pública (VARSAÑO, 1996).

A redução dos fluxos do comércio exterior, em virtude da primeira guerra mundial, induziu a busca de tributação de novas receitas de bases domésticas o que aumentou a arrecadação dos impostos de consumo e de rendimentos.

Coube a Constituição de 1934 a introdução de significativas mudanças na estrutura tributária do país em especial nas esferas estadual e municipal, quando a esfera local passou a ter competência para decretar outros tributos (VARSAÑO, 1996). Na análise de Arretche (2005), é nesse ano que o Brasil passa a desenvolver um sistema de transferências fiscais bastante complexos.

Em 1937, após o golpe e instalação do Estado Novo, a centralização do poder é intensificada, abolindo-se inclusive, o federalismo da constituição, quando se suprimiu do seu texto a expressão “Estados Unidos do Brasil”. Os governos dos Estados eram interventores que, nomeados pelo presidente da república, subordinavam-se a ele. Podem-se apontar como

principais efeitos da Era Vargas o fortalecimento do executivo e da burocracia (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

A Constituição de 1937 reflete esse contexto político, haja vista não se identificarem mudanças importantes no sistema tributário. Porém, nesse período, os impostos de indústrias e profissões e o predial eram as mais importantes fontes para os municípios correspondendo respectivamente, a pouco menos de 40 e 30% de suas receitas tributárias.

É somente na Constituição de 1946, que é reintroduzido o federalismo como fundamento político territorial demarcando regras políticas democráticas no país. Naquele momento, identificou-se a preocupação com uma divisão horizontal de recursos mediante distribuição de receitas federais a regiões menos desenvolvidas. (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007). O Brasil dá início a um processo de desenvolvimento industrial sustentado, permitindo o ingresso do país numa fase em que sua tributação tem como principal fonte de exploração as bases domésticas. Apesar de não promover uma reforma na estrutura tributária, a Constituição de 1946 ampliou a dotação de recursos dos municípios e modificou significativamente a discriminação de rendas entre as esferas de governo, institucionalizando, inclusive, um sistema de transferências de impostos (VARSANO, 1996).

Segundo Arretche (2005), uma das principais inovações dessa Constituição foi a adoção de um sistemas de transferências fiscais. Nela um nível de Governo está constitucionalmente obrigado a transferir parte de suas receitas a outro. Entretanto, apesar das intenções redistributivas de reforçar as finanças municipais, a Constituição de 1946 não foi capaz de promover mudanças, pois se identificou que a maioria dos estados jamais transferiu para as esferas locais os excedentes de arrecadação (VARSANO, 1996).

Tal situação não impediu ou limitou a criação de novos municípios que em 1669 eram 1945, e, passaram a totalizar 3924 novas unidades em 1966, ou seja, decorridos apenas 21 anos dobrou a quantidade de municípios. Essas novas unidades locais, em grande parte dependiam quase que exclusivamente das transferências da União, que a proporção em que se ampliava o número de novos municípios, ia perdendo no volume de seus tributos em função das transferências (VARSANO, 1996).

Na década de 1950, o governo do Brasil dirigiu esforços no desenvolvimento industrial e no apoio sistemático ao desenvolvimento regional. A criação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) reflete tais esforços. Esse apoio sistemático do governo gerou um aumento das despesas sem que as receitas as acompanhassem, o que implicou num déficit do tesouro.

Entre 1945 a 1964, há uma radicalização política, frente ao contexto internacional de Guerra Fria e da baixa adesão das elites nacionais ao processo democrático (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

Foi se fortalecendo, a premência de uma reforma tributária, frente à insuficiência¹ de recursos para cobrir as despesas nas três esferas de governo. Assim, no final de 1963 criou-se uma Comissão de Reforma do Ministério da Fazenda, cuja tarefa era reorganizar e modernizar a administração fiscal federal (VARSAÑO, 1996).

Mas, com o Golpe de Estado em março de 1964, que conduziu os militares ao governo, observou-se uma importante mudança de rota no cenário político, com grande impacto na federação brasileira. Com diretriz de maior centralização possível de poder, o objetivo era o de abolir o surgimento de oposições civis advindas das elites regionais. É nesse quadro em que se configurou então, um modelo chamado de “unionista autoritário”, caracterizado pela elevada centralização de recursos pela União e o aumento do seu controle administrativo sobre os governos subnacionais através da introdução de eleições indiretas. Além dessas medidas, paralelamente, o Congresso Nacional foi sendo enfraquecido na sua capacidade de alterar o orçamento nacional (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

Com condições favoráveis, a Reforma Tributária tomou maior impulso, haja vista a supressão dos obstáculos de resistência e de interesses. A Emenda Constitucional 18/65 e o Código Tributário de 1966 são documentos gerados por essa reforma (VARSAÑO, 1996).

Segundo Prado (2007), é nesse momento (1965-1967) em que se consolida a moderna federação brasileira propiciada pela reforma tributária desse período. Nela, vai-se observar a transição de um modelo de federalismo fiscal precário para uma concepção moderna e avançada, quando se criou o Código Tributário Nacional, nele sendo definida a estrutura básica do sistema que permanece até o presente.

Eram três os componentes principais do modelo fiscal-federativo dessa reforma:

- a) Reforço à capacidade tributária própria de estados e municípios, mediante o Imposto de Circulação de Mercadorias (ICM) na competência dos estados e de atribuição dos municípios o Imposto Sobre Serviços (ISS);
- b) Transferências estáveis de receitas federais a estados e municípios de menor desenvolvimento e escassa população mediante dois fundos, o

¹ Os impostos de consumo, os impostos de venda e consignação e os impostos de indústrias e profissões somavam apenas 65% da receita tributária do país, sendo insuficiente para o volume de despesas.

Fundo de Participação dos Estados (FPE)² e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com recursos de 10% das receitas dos principais impostos federais.

- c) A partilha de receita estadual oriunda da cobrança do principal imposto sobre o consumo, o ICM, entre seus respectivos municípios (PRADO, 2007).

Porém, com o objetivo fundamental de elevação dos níveis de esforço fiscal da sociedade, a reforma praticamente desprezou o objetivo da equidade. Por estar orientada em centralizar as decisões econômicas no governo federal e dessa forma assegurar a não interferência das unidades subnacionais, o efeito da reforma foi o de uma drástica restrição do grau de autonomia fiscal dessas unidades. Um pouco mais tarde, o Ato Complementar 40/68 reduziu ao nível mínimo a autonomia fiscal dos estados e municípios, o que foi mantido até 1975 (VARSAÑO, 1996).

Vale realçar os aspectos históricos políticos aqui presentes, já que a supressão da orientação dessa reforma ocorreu somente um ano após a eleição para o Senado, ou seja, o primeiro momento eleitoral estratégico para reabertura democrática do país (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

Na década de 70 os estados e municípios iniciam uma reação frente ao seu baixo nível de autonomia experimentado desde que se instalou o regime militar. É com a Emenda Constitucional 5/75 que os municípios e estados resgatam expectativas na retomada de sua autonomia, inclusive, com uma elevação dos repasses dos percentuais do Fundo de Participação do Estado (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o que ocorre em 1976 (VARSAÑO, 1996).

Mas, de 1976 até o processo de reabertura política que culminou com a constituição de 1988, ocorreram duas reformas das finanças públicas no Brasil, quais sejam: 1979 a 1984 e 1985 a 1987. Oliveira e Silva (2000) analisam os aspectos da descentralização fiscal nesses momentos.

Para os autores, a iniciativa da reforma de 1979 a 1984 emerge da necessidade inevitável de corrigir o desequilíbrio do setor público federal, e tiveram como objetivo o controle da atuação das empresas estatais, o que se deu mediante a criação da Secretaria de Controle das Empresas Estatais, no âmbito da Secretaria de Planejamento da Presidência da

² Cumpre salientar os objetivos que induziram a criação destes dois fundos de transferências. O FPE tinha uma orientação redistributiva, o de assegurar uma participação maior na repartição dos recursos aos estados de menor renda per capita. No caso do FPM, a regra de partilha adotada tinha como único critério o populacional, privilegiando os municípios de pequeno porte (PRADO, 2007).

República - SEPLAN-PR. A SEST visava compatibilizar a atuação das empresas estatais com a gestão da política econômica (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

De 1976 a 1983, o total de transferências tributárias da União para Estados e municípios foi mantido, quando, em 1984, observou-se um forte processo de desconcentração de recursos o que mais uma vez elevou os percentuais do Fundo de Participação do Estado (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) de 12,5 para 13,5% e de 14 para 16% respectivamente, ou seja, há uma significativa elevação de (16% para 32% do total) nas transferências de recursos da União para os Estados e Municípios, processados basicamente mediante dois mecanismos: aumento da participação dos estados e municípios no produto de arrecadação de tributos federais, sobretudo Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) destinado ao Fundo de Participação dos Estados (FPE) e ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e transferência de competências tributária da União para os estados. É oportuno salientar que a elevação das parcelas das transferências do FPE e FPM foi processada mediante uma sucessão de emendas constitucionais, quais sejam: EC 17/80, EC 23/83 e , EC 27/85 (VARSANO, 1996).

Tal quadro de desconcentração de recursos mediante transferências governamentais colaborou para ampliação de problemas quanto a dependência de municípios, pois observou-se a conversão de distritos em pequenas cidades, movida a partir do interesse de pequenas elites políticas que reconheceram nesse movimento um repartilhamento do poder, antes monopólio de Brasília. Como resultante, identificou-se a proliferação de cidades sem uma real avaliação da viabilidade econômica de sua criação. Entre 1984 a 1997, o número total de cidades brasileiras aumentou 34,3%, ou seja, passou de 4102 para 5507, estando nas regiões sul e nordeste o maior número de municípios recém-criados (GOMES; MAC DOWWEL, 2000).

Varsano (1996) chama a atenção que a tendência a desconcentração foi também motivada pela redução do poder de arrecadar da União, quando além do esforço de desvinculação de receita tributária verificou-se a busca por fontes de arrecadação de tributos alternativos, os quais foram possíveis através da criação de tributos não partilhados entre estados e municípios, ou seja, mediante as *contribuições sociais*³ (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

³ Data de 1982 o processo de criação das *contribuições sociais*, quando se instituiu a Contribuição para o Fundo de Investimento Social –FINSOCIAL, cobrado sobre o faturamento de empresas. Em 1986, as *contribuições sociais* passaram a superar a receita de impostos e taxas, refletindo sua importância na arrecadação federal.

Apesar de seu caráter parcial e fragmentado, por centrar-se exclusivamente no governo federal, a reforma de 1979-1984 demonstrou-se coerente para seus objetivos de controle do *déficit* público. Assim, a partir de 1982, pode-se identificar uma mudança na mentalidade dos formuladores da política econômica da administração federal, na qual a preocupação com o *déficit* público passa a ter centralidade (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Do ponto de vista fiscal, no triênio 1985 a 1987, foram implantadas diversas medidas no sentido de unificação orçamentária: eliminação de conflitos de competência e superposição de atribuições (entre o Tesouro Nacional, Banco Central e Banco do Brasil); reorganização da Administração Financeira; da contabilidade; do sistema de auditoria e o controle interno da administração federal.

Descritas abaixo, foram três as medidas mais relevantes na adequação e definição de responsabilidades entre as instituições responsáveis pela gestão das contas do Tesouro Nacional, em especial o Ministério da Fazenda e o Banco Central:

- a) Criação em 1986 da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) como órgão central dos sistemas de administração financeira, incluindo-se programação financeira do Tesouro Nacional - contabilidade e auditoria;
- b) Introdução do regime de caixa único, por onde todos os recursos orçamentários passaram a transitar pelo Tesouro Nacional (TN);
- c) Implantação do Sistema Integrado de Administração Financeira-SIAFI que *on line* processa as operações financeiras da administração federal; ou seja, possibilitou a implantação de conta única do TN no Banco Central, assegurando que recursos financeiros em poder de órgãos executores não fiquem ociosos. Mediante o SIAFI a União passou a fazer balanços diários;

A Secretaria do Tesouro Nacional nasce com a missão de administrar todos os haveres e passivos da Fazenda Pública Nacional, de acompanhar as finanças dos estados e municípios, além de desenvolver e gerenciar um sistema único de administração financeira para o governo central, ou seja, o SIAFI (TAVARES, 2005).

Esperava-se que esse pacote de medidas explicitasse as transações “incestuosas” que eram estabelecidas entre o Ministério da Fazenda e o Banco Central, as quais geravam desequilíbrios fiscais. Mesmo dando origem a um conjunto de instrumentos necessários ao controle das finanças públicas da União, estes não foram suficientes para assegurar a estabilidade, pois a depender de vontade política, não foram utilizados plenamente no período (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Nesse período, o país já vivenciava plenamente grandes expectativas quanto à democracia. Como será visto, a nova reforma tributária de 1988 refletiu tais anseios políticos.

Logo, diferente da reforma tributária da década de 1960, que foi elaborada por uma equipe técnica de gabinete, o sistema tributário proposto pela CF de 1988, traduzia um amplo processo de discussão e, portanto, expressava interesses dos principais atores políticos. Assim, seu processo de concepção diferiu bastante da reforma antecessora cujos textos eram previamente preparados por especialistas, o que além de limitar a discussão, eram permeados de vieses (VARSANO, 1996).

O sistema tributário esboçado na CF de 1988, embora, com proposições tecnicamente bem instruídas, tinha um forte componente político.

A condução dos trabalhos de elaboração do novo texto constitucional ocorreu mediante divisão de tarefas. Foram 24 subcomissões que, por temas, subordinavam-se a 08 comissões as quais atuavam de forma independente e não coordenada.

Esse arranjo na organização dos trabalhos da carta constituinte apresentava riscos, pelo seu tamanho, pelas dificuldades para sua coordenação, e pelos prazos exíguos para conclusão dos trabalhos. Esse somatório de adversidades trouxe efeitos: a fragmentação da discussão do papel do Estado reflete um deles.

Assim, enquanto numa das comissões era desenhado, isoladamente, o sistema tributário, noutra criava-se o sistema de financiamento, desproporcional ao tamanho do Estado desenhado pelas outras comissões.

Não projetando ou prevendo de maneira realista a equação entre ações do Estado e financiamento para sua execução, verificou-se que a situação de desequilíbrio orçamentário já presente, passou a consolidar-se frente às contradições criadas por essa reforma tributária e as políticas públicas assumidas pelo Estado Brasileiro no pós 1988 (VARSANO, 1996).

Para Arretche (2005), as variações do regime político no Brasil favorecem na compreensão da característica de sua evolução e distribuição dos recursos tributários, onde é explícita a presença de sucessivos ciclos de centralização e descentralização fiscal. Nas palavras da autora é possível sintetizar o período explicitado até agora da seguinte forma:

[...]a República velha caracterizou-se pela descentralização fiscal, seguida pela centralização do Estado Novo, que foi por sua vez, sucedido por nova descentralização fiscal no período democrático de 1946-1964. Finalmente, a radical descentralização fiscal da Constituição de 1988 seria uma reação à centralização fiscal do regime militar (ARRETCHE 2005, p. 71).

Nesse contexto, a mudança no *status quo* introduzida pela CF de 1988 no sistema tributário deve ser compreendida como uma resposta às expectativas de recuperação do poder dos entes subnacionais após regime militar, onde houve uma forte centralização política da União (ARRETCHE, 2005).

Logo, as conquistas pós 1988 reforçam a dimensão federativa e no que tange às finanças públicas refletem a desconcentração dos recursos tributários e a transferência de encargos da União para as unidades subnacionais.

Para Oliveira e Silva (2000), o pano de fundo do movimento de redemocratização do país introduz a chamada terceira geração de reformas fiscais. Assim, em clima de euforia, a CF de 1988 incorporou as reivindicações relativas à autonomia de gestão e descentralização das ações para os estados e municípios.

É nessa conjuntura que se inaugura uma nova agenda de responsabilidades entre as três esferas de poder e seus consequentes conflitos quanto à dimensão fiscal (GASPARINI; RAMOS, 2003; GREMAND; TONETO JÚNIOR, 2002; PINTO; GONÇALVES ; NEVES, 2003).

Como medidas introduzidas ou mudadas a partir de 1988 merecem destaque:

- a) obrigatoriedade de elaboração anual da Lei de diretrizes Orçamentárias que define parâmetros básicos para elaboração e execução da lei orçamentária;
- b) Determinação de que a despesa com pessoal ativo e inativo da União, estados e municípios não pode exceder a 60% da receita corrente líquida (RCL).

Oliveira e Silva (2000) identificam como muitos, os avanços institucionais da CF de 1988, mas advertem para o fato de que o mesmo não se observou quando se fala do federalismo fiscal.

Nesse contexto, observou-se que a CF de 1988 consolidou a situação de desequilíbrio do setor público, visto que, concentrou a insuficiência de recursos na União não provendo simultaneamente os meios legais e financeiros para um processo ordenado de descentralização dos encargos (VARSANO, 1996).

Em análise desse processo, Abrúcio e Franzese (2007) descrevem que se verificou que os municípios assumiram de maneira desorganizada parcela dos encargos, muitas vezes com pouca cooperação junto a outras instâncias federativas, além do aumento da competição entre os próprios governos municipais.

Tristão (2003) destaca que a constituição, no que diz respeito ao Sistema Tributário, é bastante clara quanto à delimitação de competências tributárias, o mesmo não podendo ser dito em relação à distribuição dos encargos, havendo uma ampla lista de competências conjuntas e concorrentes.

Frente a esse conjunto de aspectos, para Rezende (1995), a natureza de descentralização promovida pela constituição acabou não contribuindo para construção de um novo federalismo (REZENDE, 1995).

Sabendo-se que no Brasil, até então, não era observado um elevado nível de cooperação política entre os governos, o ano de 1988 inaugura então, um período de confrontos entre as três esferas, o que torna possível dizer que a constituição gerou conflitos de interesse entre os entes federados (GASPARINI ; RAMOS, 2003; PRADO, 2007).

O fato de a descentralização financeira ter-se dado através do repasse de recursos e não de repasse de competências tributárias gerou efeitos, sendo que o principal deles foi o da dependência dos municípios dos recursos oriundos da União e dos Estados, especialmente os municípios de pequeno porte (BRAGA; CRUZ; MENDES, 2009).

É importante realçar que, paralelamente à ampliação das funções dos municípios pós 1988, se observou a segunda grande expansão municipalista com a criação de mais de 1500 novas municipalidades (MACHADO, 2008a).

A forma desordenada de emancipação desses municípios ampliou a lista de problemas no que tange à partilha de recursos tal como assinado por Gomes e Mac Dowwel (2000), haja vista, em grande parte tratar-se de municípios cuja principal fonte de recursos é aquela oriunda de transferências da União (BRAGA; CRUZ; MENDES, 2009). Diante dessa situação, houve também a necessidade de maior controle das finanças públicas (MENEZES, 2006).

Nessas circunstâncias, considerando-se o processo histórico e as mudanças pós constituição, Arretche (2004), Chalfun (2005), Prado (2007) destacam que o Brasil apresenta um federalismo, *centrípeto*, ou seja, nele há uma predominância de poder por parte da União. Tal assertiva é claramente observável, na ampla enumeração de competências federais, abrangendo quase tudo que é essencial, quanto a direitos e deveres fundamentais; economia e finanças; da organização política além do fato da União poder fixar regras gerais em matérias características de foro subnacional.

Tais características têm implicações no que tange a recursos para oferta de políticas públicas indutoras de gastos, como a saúde. Como já foi explicitado, ainda que o texto constitucional referente a essa política declare que uma das diretrizes da ação governamental

seja a descentralização político administrativa, a maior parte dos recursos que a financiam resultam das contribuições sociais, as quais são de competência exclusiva da União (VARSANO, 1996).

Para Menezes (2006), a Constituição estabeleceu as bases legais para descentralização política e fiscal. Mas, do ponto de vista fiscal, a abrangência predominante da CF envolveu a arrecadação de receitas, sem incorporar as despesas, o que induziu para uma piora da situação dos governos subnacionais (BARROSO; ROCHA *apud* MENEZES, 2006).

Loureiro e Abrúcio (2004) apontam que o processo de redemocratização possibilitou o fortalecimento dos governos subnacionais, mediante uma nova posição quanto à repartição de recursos e autonomia financeira, porém não se observou uma melhor responsabilidade federativa no ambiente fiscal, resultando no endividamento de estados e municípios que nutriam expectativas de que a União os socorreria. Mesmo sabendo-se do apoio prestado pelo governo federal, o que se observou foi que, entre 1988 a 1997, estabeleceram-se sete acordos de negociação das dívidas entre União, Estados e municípios, os quais, na maioria dos casos, não foram cumpridos.

Contudo, é necessário reconhecer que no processo de descentralização de recursos para os entes subnacionais após Reforma Tributária de 1988, identificaram-se as maiores alíquotas de transferências constitucionais da história (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007; ARRETCHE, 2005; DAIN, 2009; PIOLA, 2006; VARSANO, 1996;).

Apesar de serem favorecidos com tais recursos não se observou uma melhoria das finanças dos entes subnacionais, o que é explicado tanto pelo fato de haver um estoque de dívidas passadas, quanto pelo aumento das despesas impulsionadas, em grande parte, pelas funções assumidas pelos governos nas áreas sociais, especialmente a saúde e a educação, cujos principais gastos são com despesas correntes, ou seja, gastos com pessoal (VARSANO, 1996).

O impacto dessas despesas na condução dos gastos sociais dos municípios associado a outros aspectos conjunturais observados na década de 90 irá resultar na emergência de adoção de medidas mais enérgicas por parte do governo federal, frente aos problemas de desequilíbrio dos entes subnacionais derivado dessas novas funções.

Considerando-se que a municipalização das políticas públicas foi consolidando-se durante os anos 90, cabe situar, do ponto de vista fiscal, qual era a agenda e quais as preocupações do país no período.

Contextualizando o processo de redefinição do papel do Estado no período pós-CF de 1988, Oliveira e Silva (2000) destacam que a referida agenda foi processada por intermédio de quatro mecanismos:

- a) Desregulações de uma série de atividades econômicas anteriormente sujeitas às autorizações governamentais;
- b) Privatização de empresas sob controle estatal que teve início na União e depois se estendeu para estados e municípios;
- c) Nova regulamentação do regime de concessão, permissão e autorização para prestação de serviços públicos aprovado pelas leis de N^o 8987 e 9074;
- d) A quebra do monopólio estatal da União na exploração dos serviços de telecomunicações.

Esse processo trouxe resultado positivo para as finanças públicas, pois, além de reduzir as responsabilidades do Estado pela realização de investimentos pesados de infraestrutura de energia, telecomunicações e transportes, eliminou um importante foco de *déficit*, frente às necessidades de financiamento do setor público.

Tomando por base o processo histórico das finanças públicas nacionais, autores como Nascimento (2006) destacam que, até meados dos anos 90, o descontrole do orçamento e da gestão dos recursos sociais nas três esferas refletiam a principal característica do país no campo de suas finanças. Mas, é fundamental reconhecer que o Brasil apresentou importantes avanços nesse campo nos últimos 20 anos (CHALFUN, 2005; LOUREIRO; ABRÚCIO 2004; NASCIMENTO, 2007; OLIVEIRA; SILVA, 2000; TAVARES, 2005;).

Na avaliação de Viana, Lima e Oliveira (2002) nos anos 90: “[...] assiste-se a uma tendência recentralizadora, dos pontos de vista fiscal e político, e a uma fase de transição para um novo pacto federativo” (VIANA; LIMA; OLIVEIRA 2002, p. 497).

Tendo como referência a análise das reformas fiscais, Loureiro e Abrúcio (2004) propõem demonstrar que é possível compatibilizar um Executivo forte sob a ótica da *governança* capaz de responder às demandas da maioria com formas mais negociadas e partilhadas de formulação de políticas. Na perspectiva dos autores, há aspectos bem sucedidos das finanças públicas na experiência brasileira desde a redemocratização. Assim, defendem que a lógica básica desse processo foi a *incrementalista*⁴, ou seja, esteve orientada por

⁴ A concepção incrementalista compreende que mudanças importantes se dão gradualmente e que cada medida tomada ou aprovada influencia em maior ou menor medida o passo seguinte, assim se contrapondo à visão totalizadora de mudança.

avanços e recuos nas propostas inicialmente estabelecidas e negociadas por diferentes atores, requerendo grande capacidade de *governança*, em outras palavras, forte competência técnica e articulação gerencial da burocracia governamental. Essa lógica de condução permitiu a implementação de uma agenda de governo de forma mais efetiva.

Considerando-se que a constituição consolida um novo arranjo institucional-legal na área das finanças públicas brasileira, é necessário destacar que a adoção de algumas medidas possibilitou ao término do período, ou seja, em 2000, que uma nova e importante lei no campo fiscal fosse sancionada.

Assim, a proibição do Banco Central em conceder, direta ou indiretamente, empréstimos ao Tesouro Nacional ou a qualquer órgão ou entidade que não seja instituição financeira, representou uma das bases para a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que inaugurou um conjunto de mudanças na estrutura das finanças na federação brasileira (LOUREIRO; ABRÚCIO 2004; NASCIMENTO, 2007; TAVARES, 2005;).

É oportuno destacar que o processo de descentralização das políticas públicas dos anos 90 amplia a necessidade de atenção à questão fiscal, que passa a ocupar lugar central na agenda das diferentes esferas de poder nos países latinos. Com tal ênfase justifica-se, afinal, que a boa gestão fiscal é condição *si ne qua non* para que o Estado estabeleça fundamentos macroeconômicos saudáveis e, dessa forma, tenha um crescimento econômico sustentável (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004).

Na trajetória de reformas fiscais, a LRF traduz o amadurecimento do sistema brasileiro. Contudo, tem potenciais chances de gerar restrições ao cumprimento das novas funções assumidas com os gastos sociais, em especial naquelas políticas cujo principal elemento de despesas são os gastos correntes em despesas com pessoal, como é o caso da política de saúde.

Nessas circunstâncias, ao término do período, pode-se dizer que surge um paradoxo no Brasil, pois simultaneamente à criação de uma ampla lista de obrigações do Estado, sem consideração de seu impacto sobre as despesas e, sem definição das respectivas fontes de receitas para seu financiamento, observou-se a instituição de mecanismos destinados a aumentar o controle sobre o gasto e limitar o endividamento público.

No malabarismo que os gestores públicos das unidades subnacionais passaram a lidar, os aspectos apontados pela LRF tendem a compor mais um item a ser considerado.

Nessa perspectiva, nas próximas sessões será desenvolvido o contexto no qual a LRF é incorporada na agenda brasileira bem como seus prováveis efeitos no desenvolvimento da política de saúde.

3.4 Medidas para o controle dos gastos dos entes subnacionais: A Lei de Responsabilidade Fiscal

Os mecanismos, objetivando o controle e equilíbrio dos gastos das diferentes nações, precisam ser compreendidos em seus contextos históricos e como expressão do desenvolvimento de seus aparelhos de Estado.

No final da década de 80, num contexto de aprofundamento da crise financeira entre os diversos países do mundo e, em particular, seus reflexos sobre a economia dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, diferentes nações passam a incorporar medidas de ajustamento fiscal com vistas ao estabelecimento de regras de prevenção e responsabilização pelo endividamento não planejado em todos os níveis de poder.

Nesse contexto, observou-se desde o início da década de 90 que, muitos países passaram a adotar mecanismos de restrição fiscal como recurso para obstaculizar o uso irresponsável de recursos públicos para permanência no poder (MENEZES, 2006).

Assim, segundo Loureiro e Abrúcio (2004), as crises financeiras observadas no México (1995), Ásia (1997) e Rússia (1998), além da desvalorização cambial de janeiro de 1999, favoreceram na definição de uma agenda de ações frente ao grau da desconfiança dos investidores estrangeiros em relação aos mercados emergentes (MENEZES, 2006).

Em 1998, o Fundo Monetário Internacional (FMI) estabeleceu o código de boas práticas para a transparência fiscal no qual estão contidas: definição clara de funções e responsabilidade; acesso público à informação sobre as atividades de governo; abertura na preparação, execução, prestação de contas do orçamento e, por fim, avaliação independente da integridade das informações fiscais. Esse conjunto de aspectos consolida as causas da boa *governança* macroeconômica (VELOSO; LONDERO; TEIXEIRA, 2004).

O referido código teve como premissa controlar a produtividade do gasto público com uma alocação eficiente de recursos públicos e acompanhamento do controle social na gestão pública em todas as fases do gasto governamental, incluindo a execução bem planejada; a divulgação das contas e a auditoria dos resultados difundidos pelas instituições responsáveis.

Dessa forma, eram também aproveitadas as possibilidades disponíveis nas tecnologias dos meios de informação.

Lerda e Mussi (2008) apontam que, no cenário internacional, há experiências do uso de regras, metas, além de instrumentos legais, com vistas à redução da discricionariedade das decisões fiscais, as quais são medidas necessárias para o controle das pressões sobre o resultado fiscal. Nessa perspectiva, tomam como exemplo dois casos: os Estados Unidos (1980) que introduziram metas de médio prazo para redução do *déficit* público e a Nova Zelândia (1990) que implantou o conceito de responsabilidade fiscal, objetivando transparência e mecanismos de avaliação dos dirigentes políticos.

Os mesmos autores destacam ainda que tais experiências passaram a ser incorporadas de forma diversa na AL, onde alguns países aprovaram leis de responsabilidade fiscal, com distintos graus de abrangência, as quais foram classificadas pela CEPAL e Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), segundo oito aspectos, quais sejam: *cobertura, processo orçamentário, transparência, restrições orçamentárias, fundos de estabilização, credibilidade, avaliação (accountability) e sanções e penalidades*.

Como em muitos países, no Brasil, essas preocupações foram introduzidas paulatinamente refletindo o contexto de discussão internacional e os processos de transformação sócio-econômico do país após redemocratização. Para Tavares (2005), tais aspectos são fundamentais para compreensão da apresentação e posterior aprovação da LRF.

Assim, a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal no Brasil não se caracteriza como um evento exógeno e sim resultado de: "[...] uma combinação de fatores internos e externos que demandaram uma postura fiscal mais conservadora por parte do Governo Central" (MENEZES; 2006, p. 19).

Sabendo-se que a ausência de restrições orçamentárias dá margem para o endividamento dos entes subnacionais, a emergência da LRF no Brasil tem como conjuntura o aprofundamento da crise financeira do Estado e, nessas circunstâncias, teve como ambiente gerencial a orientação pela eficiência e qualidade na prestação dos serviços públicos (MACEDO; CORBARI, 2009).

Assim, a LRF deve ser compreendida como uma resposta do Estado brasileiro no sentido de controlar e tornar mais eficiente as ações do poder público (SANTOS; ALVES, 2011).

A LRF, de 04 de maio de 2000⁵ reflete um conjunto de leis cujo objetivo é a prevenção e responsabilização pelo endividamento público de estados, municípios e da própria União federal em todos os seus âmbitos, poderes e órgãos. Trata-se, na verdade, de um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, a qual pressupõe ação planejada, transparente e eficaz, ou seja, propõe assegurar uma relação de equilíbrio entre Receita e Despesa no orçamento público.

Assim, amparando-se nos pilares do *planejamento, transparência, controle e responsabilização* no uso dos recursos públicos, a LRF propõe atuar no fortalecimento do federalismo nacional, permitindo tratamento isonômico desde o Governo Federal até o menor estado e/ou prefeitura do país. Nela, todos estão submetidos às mesmas normas, condições e limites, passando cada ente a ser o único responsável pelos seus atos e prestação de contas à sociedade e às instituições pertinentes (AFONSO, 2001).

A compreensão dos pilares fundamentais da LRF brasileira sugere considerações.

A Lei 4320/1964 definia como obrigação dos órgãos públicos a apresentação dos anexos para fins de evidenciar os resultados orçamentários, financeiros e patrimoniais ao término dos exercícios (SANTOS; ALVES, 2011). Contudo, após a LRF, cabe ao gestor público o *planejamento* orçamentário mediante a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) onde se tem esboço das metas fiscais, e a Lei Orçamentária Anual (LOA) as quais representam instrumentos do processo orçamentário das contas públicas, ambas de iniciativa privativa do Poder Executivo, através das quais segundo Santos e Alves (2011) se demonstra efetivamente o *accountability* fiscal. Desse pilar, espera-se coibir a aplicação do dinheiro público em prioridades imediatistas, sem previsão de impacto dos gastos mais necessários.

Pela *transparência*, espera-se dar publicidade às informações contidas nos Relatórios de Gestão Fiscal (RGF), apresentados em três quadrimestres anuais: maio, setembro e fevereiro. Eles podem ser questionados pela respectiva autoridade de contas e a própria população interessada, criando condições para a efetivação do controle social. Cumpre ratificar que, mediante esse pilar, a LRF corrobora com o princípio da publicidade contido na Constituição Federal, ou seja, cabe a administração pública divulgar seus atos contribuindo

⁵ Na situação brasileira, as regras fiscais foram regidas ao longo dos tempos através da Lei nº 4.320/64, pela Constituição da República de 1988, pelas Leis Complementares nº 82/1995 e 96/1999, ou Leis Rita Camata I e II as quais demonstram atenção ao bom exercício da administração financeira, nelas apresentando-se o conceito de receita corrente líquida (RCL), que vinculou e fixou os limites da despesa com pessoal, e, assim, regulamentou inicialmente dispositivo constitucional previsto no art. 169 da Carta Magna (Medeiros, et al, 2006).

para sua eficácia e possibilitando sua fiscalização, haja vista, só ser possível controlar aquilo que se conhece (BARENCO, 2008).

O *controle* se apresenta por diversas vezes na instituição de regras para arrecadação de receitas, na consecução da prestação de contas e, principalmente, no estabelecimento dos limites impostos com relação aos gastos públicos, especialmente os gastos continuados com o custeio do aparelho estatal para a consecução dos seus fins e a despesa com pessoal, inclusive inativos pensionistas e contratados através de empresas de terceirização de mão-de-obra.

Os percentuais estabelecidos para os gastos com pessoal no âmbito dos municípios brasileiros são: 54% em relação ao Poder Executivo e 6% para o Poder Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas do Município quando houver, totalizando 60% do limite sobre a Receita Corrente Líquida - RCL⁶.

Os valores determinados para os poderes executivos e os totais das esferas administrativas dos Estados e da União são respectivamente: 49% (Poder Executivo) de um total, de 60% e 37,9% ((Poder Executivo) de um total de 50% (NOGUEIRA, 2010).

Com a vigência da LRF, foram então delineados claramente limites para efeito de gastos e despesas com pessoal, fazendo-se referência ao artigo 169 da Constituição Federal.

Sobre esse aspecto, as denominadas “*Despesas Total com Pessoal*” consideram:

[...]o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis e militares e de membros do Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, desde vencimentos e vantagens pessoais de qualquer natureza, fixas e variáveis, até proventos da aposentadoria e encargos sociais e os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referirem à substituição de servidores e empregados públicos, para citar alguns exemplos (BRAGA; AMORIM; TEIXEIRA, 2008, p. 115).

A compreensão das razões e medidas de atenção aos gastos com pessoal contidas na LRF justifica-se pelo fato deste gasto ser o principal item de despesa corrente, que por apresentarem histórico elevado nos estados brasileiros no período de 1996 a 2000, comprometeram em média 67% das receitas correntes líquidas (GIUBERTI, 2005).

Considerando-se que os gastos elevados com funcionalismo público implicam numa redução da receita disponível e, por conseguinte, reduzem a capacidade dos governos ofertarem serviços públicos básicos como educação, saúde e segurança além de limitar

⁶ Receita Corrente Líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes.

investimentos em infra-estrutura, compreende-se então a importância que a LRF atribui a essa natureza de gastos (GIUBERTI, 2005).

Assim, os problemas resultantes dos gastos desproporcionais com pessoal têm implicações perversas para os entes subnacionais, visto que, o desequilíbrio entre a disponibilidade de receita e o excesso destes gastos pode contribuir para endividamento público (MACEDO; CORBARI, 2009).

Por fim, o pilar da *responsabilização* implica em medidas de punição para os maus gestores, refletindo-se em sanções de caráter institucional, ou seja, restrições ao ente federativo e sanções de cunho pessoal, responsabilizando os próprios administradores. Pela Lei 10.028 de 2000, Lei de Crimes Fiscais, os governantes poderão ser responsabilizados pessoalmente e punidos com perda de cargo, proibição de exercer emprego público, pagamento de multas e até mesmo prisão. A lei atribui aos tribunais de contas o papel de fiscalização do cumprimento de suas normas (BRASIL, 2006).

Para Kraemer (2006), a grande inovação sentida com a vigência da LRF foi a caracterização de um novo padrão de comportamento fiscal a servir de modelo para o país, introduzindo mudanças no modelo cultural em todos os níveis, comportamental e ético.

Outra questão fundamental comentada sobre a LRF por autores como Loureiro e Abrúcio (2004) e Nascimento (2006) foi a proibição de socorro pela União aos Estados e Municípios, em qualquer hipótese.

Tavares (2005) destaca que, por muitas vezes, tentou-se equacionar de forma definitiva a questão do endividamento dos estados e municípios: por restrição de oferta de crédito, através de resoluções do Conselho Monetário Nacional, entre outros. Porém, até a aprovação da LRF, se observava uma falta de compromisso institucional em relação a dívidas herdadas. Nessas circunstâncias quando um gestor estadual ou municipal tomava posse, era comum que se dirigisse até Brasília para justificar que herdara dívidas e condições financeiras precárias em suas jurisdições, condicionando o seu pagamento à ajuda do governo central.

Assim, alterou-se a lógica com a qual os governos subnacionais comumente operavam, quando ficava apenas com a esfera central a responsabilidade de fazer os ajustes necessários (BAIA, 2000).

Por essas razões, a LRF demonstra uma forte tentativa de “enquadrar” as finanças subnacionais, ou seja, dos estados e municípios, motivadoras de grande desequilíbrio nas contas públicas nacionais, estabelecendo, inclusive, importantes sanções institucionais (FIGUEIREDO; NÓBREGA, 2006).

Por essa característica, a LRF instala uma cultura política de responsabilidade fiscal, limitando que práticas populistas irresponsáveis perante as contas públicas sejam adotadas (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004).

Para Afonso (2001), economista e especialista em assuntos fiscais do BNDES, a ideia de responsabilidade fiscal, com assunção do compromisso de toda sociedade com o equilíbrio fiscal foi incorporada, haja vista a ampla quantidade de publicações sobre responsabilidade fiscal, distribuídas através de livros ou de outras modalidades de publicações como as disponibilizadas pela internet.

Passados cinco anos, Tavares (2005) em análise da LRF, considera-a motivo de orgulho, reconhecendo seus vários benefícios no campo econômico, político e administrativo o que, para o autor, deu base a um novo regime fiscal brasileiro. Todos os elementos reafirmam a lei como paradigma necessário a boa empregabilidade das finanças públicas com planejamento, transparência, controle e responsabilização na administração pública.

Loureiro, Teixeira e Moraes (2009) salientam também que, a LRF brasileira, gerou desdobramentos no âmbito dos órgãos de controle do Estado, nos tribunais de contas que tiveram seu papel e função de fiscalização ampliada.

Apesar da LRF, ter em seu favor esse conjunto de argumentos favoráveis, Elias Neto (2000) e Santos (2001) adverte para importantes aspectos quanto às possibilidades de êxito da LRF: a de sua eficácia depender da seriedade e rigor com que é aplicada e sobre a necessidade de ampliar o conhecimento e entendimento do cidadão ao que é publicado, ou seja, contribuir para que a sociedade tenha condições de emitir um juízo sobre aquilo que vê e lê.

Além dessas últimas observações, cumpre destacar que alguns segmentos se opõem ao rigor imposto pela LRF. Braga, Amorim e Teixeira (2008) colaboram na explicitação desse aspecto quando advertem que:

Ainda que se perceba um sentimento generalizado, favorável à existência de uma legislação mais rigorosa na contenção dos desequilíbrios orçamentários, não são poucos os segmentos que criticam eventual excesso de rigor na LRF, por provocar “engessamentos” administrativos capazes de colocar em risco, em alguns casos, a própria vida humana, segundo as visões mais críticas (BRAGA; AMORIM; TEIXEIRA, 2008, p. 114).

Essa observação é bastante pertinente quando se consideram as implicações da legislação fiscal para o desenvolvimento e manutenção de algumas políticas públicas, onde é condição *sine qua non* a contratação de pessoal.

Tal observação é totalmente aplicável ao caso da política de saúde, conforme assinalado por Lima (2009). Para autora, dependendo da composição orçamentária das esferas subnacionais - maior ou menor dependência de recursos setoriais - a demanda de gastos com pessoal poderá ser ampliada. Nessas condições, em que há uma severidade da lei sobre os gastos, haveria implicações em menos receitas disponíveis para áreas com elevado nível de dependência desses recursos, como o caso da saúde.

Para Medeiros e Tavares (2011), tal aspecto sugere reflexões sobre a questão da viabilidade fiscal do processo de descentralização das políticas nas áreas sociais entre as esferas subnacionais, já que a LRF torna imperativa a atenção e controle dos governantes na despesa de custeio⁷, como a de pessoal.

Nessas condições no âmbito da saúde tem lugar, nos debates dos colegiados de gestores estaduais e municipais, a denominada crise de *governança*, que nesses fóruns é atribuída à legislação fiscal de 2000.

A compreensão dos aspectos que envolvem a denominada “crise” remete o debate para outras dimensões: o modo de produzir serviços de saúde e a premência de acesso à informação contábil.

Defende-se que é necessário de um lado, dissecar a natureza, características e especificidades do processo de trabalho no setor saúde e de outro, conhecer como tem sido viabilizado para os gestores públicos o acesso à informação contábil, pois é mediante ela que se identificam problemas e se orientam decisões.

Tais aspectos serão desenvolvidos nas próximas seções.

3.5 O Processo de Trabalho em Saúde e a Lei de Responsabilidade Fiscal: contextualizando a crise de *Governança*

A saúde pertence a um conjunto de atividades facilmente desvinculadas das características gerais do trabalho. Como uma atividade essencial para a vida humana, o trabalho em saúde integra o chamado setor de serviços. Assim, na sua produção não são gerados bens materiais. Nesse caso, a produção pode assumir formas diversas, entre as quais:

⁷ Quanto à natureza, os gastos podem assumir a forma de custeio (pessoal, material de consumo), investimentos (construções) transferências (constitucionais e ou voluntárias) e inversões financeiras. (NASCIMENTO, 2006)

a realização de uma consulta, uma cirurgia, a aplicação de medicamentos, ações preventivas de caráter individual ou mesmo coletivo (FURTADO, 2009).

Para realização de todo o processo e conseqüente produto final, há uma ampla interação entre *finalidade, objeto e instrumental de trabalho*. Por essas razões, no campo da saúde:

[...]. em termos genéricos, o processo de trabalho dos profissionais da saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, de preservar a saúde ou de prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os diversos equipamentos e instrumentos, além das condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber em saúde; e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde, que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES; LUNARDI FILHO, 2008, p.. 123, grifo do autor).

Tomando por base essa assertiva, fica mais clara a compreensão das denominadas dimensões contidas na saúde, conforme assinalam Viana, Silva e Elias (2007). Referenciadas em Freeman e Moran (2002) *apud* Viana; Silva ; Elias, (2007), as autoras identificam como dimensões da política de saúde: *a dimensão da saúde como sistema de proteção social; a dimensão política da política de saúde* e por fim *a dimensão industrial da saúde*.

As características da *dimensão industrial da saúde* apontam para a inserção desse setor num complexo mercado constituído por setores industriais como o farmacêutico e, o de equipamentos. Além disso, é também um setor formador capaz de gerar um imenso número de empregos diretos e indiretos e em alguns países, é inclusive, a maior fonte empregadora. Essa *dimensão* repercute e aponta para o grande potencial e vigor do setor saúde no âmbito das economias (VIANA; SILVA; ELIAS, 2007).

O caráter de importante gerador de postos de trabalho revela uma característica do processo de trabalho em saúde que lhe é fundamental: a exigência de inserção de mão-de-obra humana.

Nesse setor, a introdução tecnológica é sempre aditiva de trabalhadores, e não substitutiva como em outros setores de produção, atribuindo-lhe um caráter cumulativo no que diz respeito à mão-de-obra (VIEIRA; REGO; AMÂNCIO FILHO, 2006).

Merhy e Franco (2008) explicam que a produção na saúde realiza-se mediante o “trabalho vivo em ato”, ou seja, “[..]trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2008, p.. 430).

Essa dimensão intensivista de mão-de-obra é destacada por Machado (2008), que chama atenção para o fato de que, em cada emprego em saúde associa-se de 2 a 3 postos de trabalho.

Essa condição da saúde assegura-lhe um *status* diferenciado no conjunto dos setores da economia e até no chamado setor terciário. Assim, mesmo num contexto de importantes transformações no mundo do trabalho, com intensificação tecnológica e substituição de mão-de-obra humana, reflexo do processo de reestruturação produtiva, os números revelam que o setor saúde preservou sua condição de gerador de número de empregos diretos (DELUIZ, 1997; MACHADO, 2003; NOGUEIRA, 2003;).

Colaborando na explicação da relação que há entre a aceleração da atividade econômica e o emprego em saúde, Oliveira e Machado (2010) destacam que: quando a economia cresce, há uma elevação do emprego em saúde, porém em menor escala que a observada nos outros setores. Contudo, é nas situações de desaceleração econômica que o nível de emprego em saúde sofre menos queda, pois, reveste-se num consumo essencial para subsistência da população, além do fato desses serviços estarem também associados à participação do Estado.

Frente a esse conjunto de elementos e características, o trabalho em saúde configura-se num processo múltiplo e complexo realizado em diversos locais no sistema de saúde e por diferentes trabalhadores, refletindo-se num caráter de produção coletiva (FURTADO, 2009).

Assim, o trabalho em saúde “[...]. acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas geralmente por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p 724).

No aspecto coletivo do trabalho em saúde, tem lugar o trabalho profissional que inclui trabalhadores de formação de nível superior, trabalhadores de formação técnica e nível médio, além daquele conjunto de trabalhadores que não desenvolvem atividades específicas do trabalho em saúde, porém são fundamentais para efetivação da assistência, denominados os trabalhadores das “atividades de apoio” (PIRES; LUNARDI; FILHO, 2008).

Scherer, Pires e Schwartz, (2009) destacam que, por estar permeado continuamente de práticas multi, pluri e interdisciplinares, em função dos problemas e demandas que se colocam como necessárias de resolução há na saúde um alto grau de dependência entre os

trabalhadores. Logo, não há um trabalhador de saúde capaz de realizar sozinho o conjunto de atos que envolvem o processo de trabalho (MERHY; FRANCO , 2008).

Esse conjunto de caracteres se reflete nas relações que se estabelecem no interior das organizações de saúde, o que as torna as mais complexas na tipologia das organizações (DUSSAULT, 1992).

Por todas as especificidades enumeradas do processo de trabalho em saúde, a política de saúde de natureza universal e redistributiva tem um importante impacto positivo sobre a economia brasileira, pois contribui para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e recursos fiscais para o Estado. Nessa perspectiva, gera uma cadeia produtiva capaz de mobilizar de 7 a 8% do Produto Interno Bruto (PIB), algo em torno de 160 bilhões (DAIN, 2007).

Esses números fazem do setor saúde brasileiro um dos maiores do mundo, e de elevada relevância social, pelos serviços prestados à sociedade e pela enorme capacidade geradora de empregos (MACHADO, 2008).

Cumprе salientar que, para compreensão desse número de empregos, é necessário reconhecer as transformações que começaram a ser operadas no mercado de trabalho em saúde brasileiro ainda nos anos 90.

Ugá e Porto (2008) chamam atenção para o fato de que, naquela década, paulatinamente observou-se uma mudança no perfil de gastos do setor explicado pela função mais ativa que os municípios passaram a exercer, após processo de indução do Ministério da Saúde através da formulação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), importantes dispositivos nesse processo.

Embora a NOB-01/91 tenha apresentado um caráter significativamente recentralizador do sistema, vinculando as transferências de recursos sob a forma de pagamento de serviços, o mesmo não pode ser dito das normas posteriores, ou seja, as NOBs 01/93 e 01/96 mediante as quais foram introduzidos estímulos para que os entes subnacionais ampliassem sua autonomia perante a gestão da rede assistencial. Nesse quadro, servem de exemplos inovações como a criação das comissões intergestoras Bipartite e Tripartite e a definição de um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica (SANTOS; UGÁ, 2007).

Viana et al.(2002) destacam que as NOBs não significaram somente uma estratégia de indução ou de constrangimento no processo de descentralização, pois foram capazes,

também, de introduzir novos espaços de pactuação de interesses na área da saúde, resultando no surgimento e fortalecimento de atores desse setor (VIANA et al, 2002).

Na avaliação de Abrúcio e Franzese (2007), embora o princípio da *universalidade* na saúde tenha produzido atração nos municípios, haja vista o poder de visibilidade desse setor e os consequentes créditos políticos decorrentes de seu desenvolvimento, foi na década de 90 que se observaram os incentivos mais importantes, os quais foram provenientes das normas federais. A resultante foi o avanço na adesão dos municípios após sua implementação.

Outros autores ratificam tais observações em seus estudos Caliari; Ruiz e Oliveira, (2009); Faveret (2003); Viana; Lima e Oliveira, (2002).

Corroborando com esses autores, Arretche (1999) comenta que no Brasil, o grau de sucesso de um programa de descentralização está diretamente associado: “[...] à implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo” (ARRETCHE, 1999, p.8).

Ao discutir sobre os problemas de coordenação e autonomia das políticas sociais no Brasil, a autora avança um pouco mais, quando aponta que, em contextos federativos como o brasileiro, os obstáculos de expansão de políticas de recorte nacional se justificam tanto pelo grau de autonomia dos entes federados, como pela fragmentação de seu sistema partidário, o que acaba por limitar a capacidade dos partidos de operarem como instâncias de coordenação (ARRETCHE, 2004).

Nesses contextos, é necessário que o governo central desenvolva estratégias capazes de induzir e desenhar de forma eficiente nas outras esferas de governo, responsabilidades pela gestão dessas políticas. Tal ação pode compensar obstáculos derivados de natureza estrutural ou institucional.

Tomando como exemplo a experiência bem sucedida do setor saúde, Arretche (2004) reconhece que, nos anos 90, a edição de portarias ministeriais representou um forte instrumento de coordenação de ações nacionais, o que fez do poder Executivo o principal palco das arenas de formulação e mesmo negociação dessa política. Assim, a autora concluiu que a capacidade de indução do Ministério da Saúde tem sido decisiva para adesão dos municípios na consolidação dessa política social.

Seja pelo poder de indução das NOBs, seja pelas especificidades do processo de trabalho em saúde, verificou-se a ampliação na oferta de serviços de saúde pelos municípios, elevando-os à condição de principais empregadores no setor público (SILVA; SILVA, 2007;

SILVA, 2009; VIEIRA; OLIVEIRA, 2001;). Dessa forma, pode-se afirmar que o crescimento da oferta de empregos no setor público resultou então, da expansão do parque sanitário municipal (MACHADO, 2007).

Moysés e Machado (2010) destacam que, em 2002, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o setor público passou à condição de maior empregador do sistema de saúde, sendo que 2/3 do total desses empregos públicos pertenciam aos municípios.

Nesse contexto, a expansão do setor saúde nas últimas décadas foi extraordinária e, em 2002, o país contabilizava 2.180.598 (dois milhões cento e oitenta mil e quinhentos e noventa oito) empregos de saúde. Dois aspectos são relevantes nesse quadro de transformações: a mudança na composição da equipe de saúde com inversão do atendimento bipolarizado entre médico e atendente de enfermagem; e o fato de que mais da metade dos empregos de saúde são comandados pelos municípios (MACHADO, 2008).

As mudanças na composição da equipe resultam da reorganização dos sistemas de saúde nos municípios, a partir do desenvolvimento de ações básicas, de início, notadamente através dos programas de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Analisando-se a evolução do PSF, verifica-se a relevância desse programa para extensão da oferta de serviços de atenção básica e, por conseguinte, da ampliação do número de postos de trabalho no país.

No Brasil, no período de 1998 a 2004, o PSF ampliou sua cobertura de 6,55 % para 40% da população, sendo a região Nordeste a que mais contribuiu no incremento dessa cobertura, ou seja, de 9,31% para 54,85% da população nela residente (BRASIL, 2006).

Pelo exposto, pode-se afirmar que: “[...] a saúde contribui tanto para os direitos de cidadania quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, empregos e receitas” (MENICUCCI, 2009 apud BRASIL, 2008, p1625.).

Considerando-se que muito desse incremento resultou das NOBs dos anos 90 e que, no mesmo contexto, medidas de redução dos gastos do Estado, nos três níveis, passaram a ser adotadas, observou-se que a elevação do número de postos de trabalho gerou problemas e demandas no âmbito da legislação, especificamente sobre a definição dos vínculos e das formas de contratação desses trabalhadores, resultando no fenômeno da precarização dos

vínculos do SUS. Com a aprovação da LRF, o equacionamento desse problema tornou-se bem mais complexo.

Portanto, dos limites para contratação oriundas da LRF e da necessidade de inserção de mão-de-obra do processo de trabalho em saúde, emerge a questão da precarização dos vínculos de trabalho na saúde, desafio que desponta de um lado, como uma das prioridades no campo da gestão do trabalho e, de outro, como um dos grandes problemas do sistema de saúde na atualidade (BRASIL, 2006).

No início de 2011, foi apresentado o documento *Uma Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil* à recém-eleita presidência da República. Redigido coletivamente pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, a Rede Unida, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e o CONASEMS apontou como obstáculo a ser superado, as questões que envolvem o comprometimento da continuidade dos programas de saúde pela ausência de vínculos duradouros. Nesse quadro, o documento registrou que cabe à Política de Gestão do Trabalho em Saúde, a eliminação da precarização, além de destacar outros desafios da agenda da política de saúde nos diversos âmbitos (AGENDA, 2011).

Para Silva e Silva (2007), no âmbito da saúde, 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 integrais e universais, o impede de contratar pessoal para execução dessas políticas públicas” (SILVA; SILVA, 2007 p.59).

Algumas investigações que verificam os efeitos que os gastos sociais introduzem nas finanças dos municípios parecem corroborar com os argumentos dos autores.

Bovo (2001) pesquisou a relação entre os gastos sociais e desequilíbrio financeiro em 42 municípios paulistas numa série temporal de 1984 a 1994. No estudo, buscou-se identificar a evolução dos gastos em termos absolutos e relativos, priorizando a análise das despesas na função social os efeitos que o aumento desses gastos produziu em termos de desequilíbrio financeiro desses municípios e em que medida a natureza da descentralização das políticas públicas contribuem para o aperfeiçoamento do federalismo fiscal no Brasil.

Apesar dos resultados obtidos não permitirem generalizações para o conjunto dos municípios do estado paulista ou mesmo do Brasil, o estudo revelou aspectos importantes sobre a problemática e as situações com as quais as autoridades municipais precisam dar

soluções rápidas dentre eles: a quase absoluta destinação da receita (92%) com gastos na área social; o crescimento das despesas com área social maiores que a receita efetiva; a descentralização do gasto social comprometendo as finanças dos municípios e, mesmo numa conjuntura marcada pelo aumento das receitas, o salto no *déficit* orçamentário, revelando um desequilíbrio financeiro, além de uma tendência no agravamento das dificuldades financeiras dos municípios estudados (BOVO, 2001).

Em pesquisas mais recentes e atentando mais especificamente aos constrangimentos gerados pela LRF e as demandas dos gastos sociais, os estudos de Magalhães et al (2005) e Silva e Silva (2007) demonstram a posição dos gestores municipais em relação ao tema.

Magalhães et al (2005) investigou gestores de um conjunto de municípios mineiros mediante entrevista. Foi expresso pelos gestores que há dificuldades para o cumprimento dos gastos conforme limites previstos na lei fiscal. O mesmo problema, bem como, o de limitações de contratação para o setor saúde nos municípios goianos e na cidade de Londrina, no Paraná, foi apontado por Silva e Silva (2007).

Essas pesquisas reforçam os dilemas dos municípios para implementação das políticas sociais como a de saúde, além de revelar que a LRF pode contribuir, tanto para limitar a adoção de vínculos trabalhistas lícitos na administração pública municipal, quanto para obstaculizar o processo de descentralização da saúde (SILVA; SILVA, 2007).

Para a compreensão do contexto da crise governativa da saúde é adequado entender em que condições um sistema político é dotado de capacidade governativa. Segundo Santos (1997) um sistema político tem capacidade governativa quando: primeiramente identifica problemas da sociedade e formula políticas, ou seja, oferece soluções; e depois quando implementa as políticas formuladas, mobilizando para isso meios e recursos políticos organizacionais e financeiros necessários.

Com base nesse autor, têm-se, então, meios para compreender a crise governativa da saúde.

Merece destaque que a capacidade de condução de uma política exige que o Estado seja capaz de formular e implementar a política. Porém, para implementar quaisquer políticas, é necessário disponibilidade de recursos.

Assim, a crise de *governança*⁸ da saúde, no que tange as imposições da legislação fiscal para contratação de trabalhadores no SUS, resulta da fragilidade em implantar a política. Exige-se de um lado, o cumprimento da lei fiscal, de outro o respeito às regras de contratação trabalhistas na administração pública⁹ na qual o Estado na condição de empregador, mais do que qualquer agente privado, deve assegurar aos seus empregados as garantias associadas ao trabalho (NOGUEIRA, 2003).

Pelo exposto, obstáculos da fase de implementação podem comprometer, significativamente, o ciclo de vida de uma política, o que remete à necessidade de ampla negociação, e é nesse momento, onde se verifica se há sustentabilidade dos pactos estabelecidos (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Logo:

Nesse momento, uma definição feita na fase de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas, reiniciando, por vezes, o ciclo de uma política. [...] (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 77).

Na direção da assertiva de Viana e Baptista (2008), ou seja, de novas negociações para equacionamento dos problemas aqui descritos, tem-se identificado diferentes movimentos dos atores envolvidos no quadro dos problemas expressos.

Nessa perspectiva, Pinto, Gonçalves e Neves (2003) apontam uma proposição que traduz um movimento alternativo frente às dificuldades dos municípios em ampliar a oferta de políticas públicas. Trata-se da ideia de criarem-se graduações de competências para políticas, como a de saúde, haja vista a heterogeneidade da condição dos municípios brasileiros para sua consecução.

Nessa condição, os municípios pequenos, pobres, sem possibilidade de arrecadação e sem movimento econômico expressivo teriam consequentemente responsabilidade por menos serviços, orientando-se a pensar pactos formalizados de diferentes maneiras estaduais, contemplando municípios e mesorregionais (PINTO; GONÇALVES; NEVES, 2003).

⁸ Para Kissler e Heidemann (2006), não há um conceito único de *governança* pública, mas ...uma série de diferentes pontos de partida para uma nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos bem como os atores da sociedade civil (coletivos e individuais), por outro (KISSLER; HEIDEMANN, 2006 p. 480).

⁹ Na administração pública brasileira, são definidas quatro formas de regime de trabalho: estatutário, celetista, cargos em comissão e especial (NOGUEIRA; BARARDI; RODRIGUES, 2004).

Outros movimentos apontam para a necessidade de dotar os municípios de recursos financeiros que possibilitem o desenvolvimento das políticas com garantia de direitos aos trabalhadores entre os quais os do SUS, propondo-se então, maior solidariedade no financiamento por parte dos estados e da União (SILVA; SILVA, 2007).

Além dessas posições, tem-se verificado também discussões sobre a premência na revisão e aperfeiçoamento do pacto federativo e da LRF, no que diz respeito ao financiamento do SUS. Também compondo o rol de debates no CONASEMS, aponta-se sobre a pertinência de criação de um fundo especial para contratação de trabalhadores (SILVA; SILVA, 2007).

Pela trajetória do financiamento da saúde nos anos 90, pelas características e limites da evolução tributária fiscal brasileira e pelas recentes implicações resultantes da LRF, tem-se uma complexa equação que sugere haver limites na implementação da política de saúde.

Parece que a discussão da relação entre descentralização da política de saúde, precarização dos vínculos trabalhistas e situação fiscal como reflexo da LRF remete a necessidade de incorporação de outros aspectos. Tais questões exigem a necessidade de mobilização e negociação de diversos recursos de naturezas distintas como políticos, organizacionais e financeiros. Nessa direção, Machado (2007) adverte para o caráter complexo dessa pauta, na qual se inserem questões de ordem: jurídica, econômico-financeira, além das de ordem político-social.

Refletindo tais argumentos, para o coletivo de gestores municipais do SUS, há urgência de resolução dos problemas no campo da gestão do trabalho em saúde no que diz respeito à contratação de trabalhadores, sob pena de estagnação do processo de fortalecimento do SUS e de uma crise de governabilidade e governança nos municípios (SILVA; SILVA 2007).

Para Medeiros e Tavares (2011), debates e investigações sobre as repercussões da lei fiscal para administração da política de saúde brasileira tornam-se oportunos e necessários para o fortalecimento da capacidade de gestão municipal no setor saúde. Nesse quadro, os autores ratificam que a relação entre descentralização da política de saúde, legislação fiscal e precarização dos vínculos na saúde, trata-se de um tema complexo cujas variáveis precisam ser consideradas numa relação recíproca de causa e efeito, e não tomadas isoladamente.

Assim, refletem que a solução dos impasses gerados pela LRF na contratação de trabalhadores de saúde está longe de conclusões definitivas e, sugerem o desenvolvimento de pesquisas que averiguem outras possibilidades de abordagem ao problema. Nessa perspectiva,

destacam a pertinência de investigação aos sistemas de informações de orçamentos públicos disponíveis, os quais consolidam dados nas diferentes esferas de gestão e dispõem de um conjunto significativo de dados que são regularmente alimentados pelos seus respectivos entes federados (MEDEIROS; TAVARES, 2011).

Pela adequabilidade dessas observações e considerando-se que as informações relacionadas às receitas e despesas das contas dos municípios e especificamente das estruturas das secretarias de saúde são consolidadas respectivamente nos Sistemas de Informações do Tesouro Nacional (FINBRA) e no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), é oportuno conhecê-los.

3.6 A informação no Brasil: da emergência do Sistema Estatístico Nacional aos Sistemas de Informação em Saúde.

No Brasil, a criação do Sistema Estatístico Nacional (SEN) ocorreu na década de trinta e possibilitou o desenvolvimento da produção e disseminação de informações demográficas, sociais, econômicas e geográficas (JANUZZI, 1998). Contudo, é somente depois de quatro décadas que o país introduziu a utilização de instrumentos padronizados por meio de coleta de dados, quando foi implantado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (ALMEIDA, 1998).

Nesse contexto, identifica-se que a opção de padronização de instrumentos de coleta de dados no país é relativamente recente, mais especificamente de 1975, período em que se observou a produção das informações dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) os quais foram implementados de forma centralizada (ALMEIDA, 1998).

Branco (2006) discorre sobre a evolução da política nacional de informação. Para a autora, no Brasil nas décadas de 60 e 70, a política de informação em saúde praticada caracterizou-se como centralizadora, verticalizada e de baixo grau de interlocução entre governo federal e demais entes subnacionais. Assim, a promoção de debates sobre a gestão da informação em saúde foi pequena e as razões desse modelo derivam tanto do processo de gênese e desenvolvimento da informação em saúde no Brasil, como do contexto político

institucional dos anos de “chumbo” vivenciado no país naquelas duas décadas (BRANCO, 2006).

As imposições de superação dessas características emergem na conjuntura da descentralização administrativa e tributária dos municípios do final dos anos oitenta. O novo contexto exigiu a institucionalização do planejamento público na esfera local o que, conseqüentemente, induziu maiores demandas por informações sociais e demográficas, haja vista a necessidade de proposição e implementação de políticas públicas ampliadas. Nesse contexto, municípios de grande e médio porte passam a exigir mais informações quanto a indicadores sócio demográficos às agências estatísticas estaduais (JANUZZI, 1998).

No que tange aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), as transformações mais significativas resultaram da CF de 1988, quando houve a ampliação de discussões sobre as questões que envolvem a produção das informações e sua descentralização no setor saúde, o que se traduziu em mudanças (ALMEIDA, 1998; FERLA et al. 2010).

Considerando que na CF de 1988 foi criado o SUS, para Ferreira et al (2011) desde então se torna imperativo a disponibilidade de : “[...] sistemas de informação em saúde que possam responder com maior agilidade e especificidade à nova lógica gerencial e ao redirecionamento do setor”(FERREIRA et al. 2011, p. 1242)

Nessa perspectiva, de um lado pela criação do SEN nos anos trinta, e de outro pela ampliação das bases de dados em saúde, é visível a evolução quantitativa e qualitativa da informação no Brasil (JANUZZI, 1998; FERLA et al. 2010)

No caso dos SIS, verifica-se que o país tem avançado bastante, refletindo-se na atualidade por uma ampla lista de Sistemas de âmbito nacional com grande parte de informações acessíveis em meio eletrônico no site do Ministério da Saúde (LIMA et al. 2009; FERLA et al. 2010).

Coeli (2010) destaca que, se antes as fontes de dados secundários de saúde se restringiam a estatísticas agregadas divulgadas mediante relatórios técnicos, a disponibilização sob forma de bases eletrônicas assegurou importante facilidade.

Por apresentar essas possibilidades, a área da informação e da informática tem contribuído bastante, principalmente no que concerne ao planejamento, formulação, acompanhamento, avaliação e regulação do sistema de saúde (FERLA et al. 2010).

Para Almeida (2004), a importância e valorização atribuída aos bancos de dados e sistemas de informação devem-se ao fato de que estes se constituem “[...] em instrumentos para obtenção de indicadores que balizam repasses financeiros entre as diferentes esferas do SUS e frequentemente são apontados como elementos importantes no processo de decisão dos serviços de saúde” (ALMEIDA, 2004, p.167).

Nessa perspectiva, a capacidade que os sistemas de informação apresentam em subsidiar decisões dos gestores com vistas à melhoria dos serviços de saúde, é condição *sine qua non* para que sejam apropriados tanto pela gestão dos serviços públicos quanto pela sociedade organizada. Só assim tais sistemas são experimentados; identificados seus pontos fortes e suas limitações; possibilitando avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados (LIMA et al. 2009).

Nessa direção de aprimoramento dos SIS, em alguns países, há um importante volume de recursos investidos objetivando-se garantir a qualidade dos dados, e tem-se observado também o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos países menos desenvolvidos, no sentido do aprimoramento da *qualidade da informação* em saúde.

Apesar da relevância da *informação* para diferentes áreas de conhecimento, ainda não há um consenso em torno de sua definição teórica (GRACIOSO, 2003). Há também um baixo consenso quanto ao termo “*qualidade da informação*”, o que pode ser justificado por apresentar um caráter multidimensional de elementos.

Ainda que se reconheçam tais aspectos, Lima et al (2009) fazem uma aproximação ao conceito de *informação de qualidade*. Assim, as autoras assinalam que: “ [...]é aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário” (LIMA et al. 2009, p.2096).

Corroborando com essa definição Almeida (2004) destaca que a melhoria da qualidade dos dados dos SIS é tanto maior quanto se aproximam da rotina de trabalho dos serviços de saúde.

Na direção da qualidade dos dados dos SIS, a partir da década de 80, verificou-se no Brasil um maior interesse por estudos sobre esse aspecto (LIMA et al.2009).

Outras ações no sentido de melhoria dos SIS, no que concerne a padronização e compatibilização dos sistemas e adoção de novos *softwares* mais fáceis de utilização foram desenvolvidas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de

Saúde (CENEPI), pela ABRASCO, e, notadamente com a criação da Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA).

A Rede, que conta com o apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) foi criada com a missão de definir indicadores básicos de saúde objetivando a análise da situação de saúde do país, além da identificação dos principais problemas da produção e disseminação das informações. Para isso, reúne diferentes agências produtoras de informação além de usuários (ALMEIDA, 1998).

É necessário destacar que, a relevância das ações da Rede é indiscutível. Porém, é pertinente considerar aspectos como os problemas de monitoramento da qualidade dos dados dos SIS no Brasil. Na avaliação de Lima et al. (2009), tais aspectos refletem ações isoladas e não sistemáticas das instituições detentoras dos sistemas, haja vista o país ainda não apresentar um plano de regularidade de avaliações.

Talvez como efeito desses aspectos, observa-se que, apesar da grande quantidade de informações produzidas no cotidiano dos serviços de saúde do país, se identificam que elas são insuficientes, além de haver outros problemas nos sistemas.

A fragmentação das bases de dados é uma delas. Divididos em múltiplas fontes, os SIS muitas vezes geram a repetição da coleta de dados, que se reflete na também fragmentação institucional, no distanciamento entre as diversas agências e na falta de comunicação entre os diversos bancos de dados. Nesse quadro, observa-se uma apropriação limitada desses bancos apenas a setores específicos, restringindo o acesso de outras áreas (FERLA et al, 2010).

Essa multiplicidade de bases gera problemas como os chamados sistemas de informação unidirecionados, nos quais a qualidade dos dados é menor que aqueles com sistemas de múltiplos usos (ALMEIDA, 1998).

Para explicar a fragmentação das bases, Branco (2006) assinala que tais problemas remetem à compreensão da lógica como os SIS são gerenciados no país. Para a autora, a gestão da informação brasileira fundamenta-se no modelo *emissor-receptor* e nele: “[...]a fonte determina o que deve ser informado e a quem, bem como os canais que devem ser utilizados”(BRANCO, 2006, p 70).

Por serem gerenciadas segundo essa lógica, tornam-se maiores as possibilidades de a informação técnica ser manipulada dando ênfase a determinados aspectos em detrimento do que efetivamente é mais importante. Consequentemente, haverá uma mudança de rota no que

diz respeito aos reais problemas, direcionando o conhecimento do receptor somente aos aspectos que se deseja demonstrar (BRANCO, 2006).

Os problemas destacados não favorecem o aperfeiçoamento de algumas dimensões de qualidade dessas bases, o que as torna bases pouco interativas para novos e/ou possíveis usuários.

Outra questão que denuncia a fragilidade dos SIS é a quase inexistente prática de devolver informações trabalhadas mediante indicadores, apesar de ser um elemento necessário para o aprimoramento na qualidade da informação (ALMEIDA, 2004).

A mesa complementar da X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, definiu diretrizes políticas para área da informação desse setor. Algumas delas merecem destaque, quais sejam:

A qualidade a confiabilidade e a atualidade constituem requisitos da informação pública democrática, cabendo aos órgãos produtores assegurarem esses requisitos.

A política nacional de produção e disseminação de informações deve priorizar a integração entre as diversas bases de dados sociais, econômicos, epidemiológicos, que já estão disponíveis e agregam significativas séries históricas de dados (FERLA et al. 2010, p. 7).

Apesar de definidas desde 1996, as questões das diretrizes para área da informação em saúde novamente mereceram destaque na XII Conferência Nacional de Saúde em 2003.

Tendo como premissa: *a informação em saúde é um fator essencial para o planejamento de ações e políticas públicas na área*, nessa Conferência, deliberou-se sobre a elaboração e implementação de políticas articuladas de informação, comunicação, educação permanente e popular em saúde, nas três esferas de governo. No evento, fez-se o diagnóstico das distâncias entre o real e a projeção da Política Nacional de Informação e Informática, reiterando-se a existência dos problemas de fragmentação dos sistemas, retrabalho para alimentação das bases, defasagem nas informações, além da baixa utilização das informações pelos municípios (TAVARES, 2010).

Nesse quadro, com o objetivo de garantir a integralidade e funcionalidade da informação em saúde, foi apontada a necessidade de esforços conjugados e medidas tais como: investimento em infraestrutura e sua manutenção; capacitação de profissionais de saúde e, em especial, o desenvolvimento de padrões e conceitos para os registros em saúde,

inclusive, o de que informações devem ser compartilhadas para melhoria na gestão do SUS (TAVARES, 2010).

Sabendo-se que o processo de disseminação da informação é laborioso, é necessário que haja adequação de sua oferta em relação às demandas apresentadas, o que exige contínua discussão entre profissionais da área da ciência da informação e aqueles vinculados à produção da informação, além da necessidade de estabelecer-se maior clareza entre produtores e receptores da informação (GRACIOSO, 2003).

O processo de descentralização impôs às instâncias subnacionais o acompanhamento mais efetivo no que diz respeito a indicadores epidemiológicos e de produção, mas também introduziu a importância de acesso a informações de receitas e despesas. Nesse contexto, torna-se fundamental o fortalecimento de medidas na direção da dimensão da qualidade da informação quanto aos aspectos destacados.

3.7 Os Sistemas de Informação e o acesso à informação sobre orçamento público

A necessidade de controle das finanças públicas no Brasil é um problema antigo Menezes (2006). Porém, com a descentralização, as exigências de maior controle dos entes subnacionais em relação aos gastos públicos em geral, do ponto de vista das despesas e das receitas tornam-se ainda mais prementes (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Baracho (2000) destaca que a prestação de contas tem o papel de fornecer informações relevantes de gestão contábil, com prioridade para o conhecimento da situação patrimonial, financeira e orçamentária do setor público. Portanto, deve acompanhar todas as esferas da administração pública. Com esses e outros argumentos, a autora advoga em favor da importância da gestão das contas públicas.

Também favoráveis à importância da contabilidade pública, Santos e Reis (2010) destacam que a prestação de contas não deve limitar-se apenas aos cofres públicos, mas deve-se buscar transparência nos demonstrativos financeiros, ou seja, é necessário possibilitar aos cidadãos compreender as ações dos governantes. Assim, deve abastecer de informações todo

o processo de planejamento, que vai do orçamento (elaboração, execução e avaliação dos resultados); ao controle e, por fim, a divulgação da gestão realizada.

Refletindo as demandas instituídas pela CF de 1988, no Brasil, observaram-se a implantação e o amadurecimento de sistemas de informação que dispõem dos dados orçamentários para o conjunto dos entes subnacionais.

O controle das receitas e das despesas dos entes subnacionais apresenta-se disponível em dois importantes sistemas de dados orçamentários, quais sejam: o Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Essas bases têm complexidade diferente no que tange ao orçamento público e são de responsabilidade de diferentes agências de controle e de disseminação da informação, quais sejam: Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e Ministério da Saúde (LIMA, 2006; MENDES; MARQUES, 2009).

A potencialidade dessas bases de dados tem sido investigada em alguns estudos entre os quais merecem destaque: Bogoni, Hein e Beurem (2011) ; Fioravante; Pinheiro; Vieira (2006); Giuberti (2005); Lima, Carvalho e Schramm (2006); Macedo; Corbari (2009); Menezes (2006); Medeiros et al (2007); Nogueira e Rodrigues (2010); Santos; Alves (2011) e Tristão (2003).

Nesses estudos, os dados disponíveis no FINBRA possibilitaram o estabelecimento de indicadores que ratificam sua potencialidade como uma importante base sobre orçamento público.

Lima (2006) destaca que entre os estudos que recorrem à utilização de indicadores a partir dos SIS, poucos têm incluído informações sobre os gastos públicos em saúde na composição de seus indicadores. Esse quadro torna premente a produção e disseminação de informações dessa natureza.

Como resposta a essas lacunas, Gonçalves et al (2009); Lima (2006); Lima, Carvalho e Schramm (2006); e Sousa et al.(2007), e Teixeira e Teixeira (2003) em suas investigações sobre o SIOPS, revelaram importantes questões as quais favorecem para o conhecimento e disseminação das potencialidades e limites desse sistema.

Mas, tão importante quanto o desenvolvimento de investigações aos sistemas de informação, é a possibilidade de emprego da junção de dois bancos de dados, comparando-se os valores registrados de variáveis comuns. Para Almeida (1998), este é um aspecto necessário à qualidade da informação.

Corroborando nessa perspectiva, Baracho (2000) destaca que há a necessidade de avançar na avaliação de políticas públicas municipais, mediante a adoção de metodologias que cruzem dados e informações dos órgãos de controle internos ou externos, com indicadores sociais e econômicos, de modo comparativo. Para a autora, medidas como essas podem favorecer o acompanhamento pelo Estado do processo de descentralização das políticas, além de colaborar na definição de parâmetros básicos para as análises comparativas entre diferentes municípios. Dessa maneira, tais metodologias podem revelar o grau de eficiência dos entes na execução do gasto público.

No que diz respeito a pesquisas sobre os SIS, Almeida (2004) e Lima (2006) advertem que, no Brasil, há algumas dimensões frágeis de pesquisas tais como: estudos sobre validação dos sistemas de Informação Nacionais. As mesmas autoras também destacam problemas quanto à baixa produção de estudos que utilizam como unidade de análise os municípios e que tenham como universo de estudo todo o país, notadamente no que concerne ao setor saúde.

Corroborando com essas assertivas, nota-se que apesar de identificarem-se semelhanças entre os sistemas FINBRA e SIOPS, os quais exploram as dimensões orçamentárias de receitas e despesas dos entes subnacionais, nota-se que pesquisas que busquem apurar dimensões como acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica, cobertura, , validade e consistência¹⁰ entre essas bases ainda são bastante escassas.

Algumas exceções merecem destaques quais sejam: o estudo de Lima, Carvalho e Schramm (2006), que verificou a confiabilidade do SIOPS comparado aos registros do Fundo Nacional de Saúde e da Secretaria do Tesouro Nacional, mediante dados do FINBRA; e a investigação de Gonçalves et al (2009), que avaliou 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.

Na perspectiva de revisão das dimensões da qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos SIS, Lima et al (2009) defendem que é fundamental que, no Brasil, se institua uma política de avaliação formal e regular liderada pelo MS, com vistas a melhoria na qualidade da informação.

¹⁰ O conceito de *Consistência* adotado é: “grau em que variáveis relacionadas possuem valores coerentes e não contraditórios” (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006 p.2097).

O conjunto dessas investigações e suas respectivas sínteses traduzem esforços na direção de aperfeiçoamento de algumas dimensões de qualidade do FINBRA e SIOPS, dirigida por alguns grupos de pesquisas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Do Objeto e do desenho de Estudo

A pesquisa caracteriza-se como explicativa, com abordagem quantitativa e qualitativa de corte seccional (CHIZZOTTI, 1998; TOBAR, YALOUR 2001).

A população do estudo é constituída pelos 4356 municípios brasileiros cujas informações estão disponibilizadas nos anos de 2004 a 2009 nos sistemas FINBRA e SIOPS. A opção de pesquisar os fenômenos aqui definidos e analisá-los com detalhes num corte transversal no tempo a define como pesquisa de corte seccional.

Reconhecendo-se os limites que as abordagens quantitativa ou qualitativa apresentam se tomadas isoladamente, no estudo buscou-se superá-los através da pesquisa as referidas abordagens, aqui tomadas de forma complementar. Nessa perspectiva, Minayo e Sanches (1993, p. 240) destacam que:

[...]ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade.

Assim do ponto de vista do método, a pesquisa tem uma abordagem quantitativa e qualitativa, e, para isso, recorreu às bases de dados de onde se buscou precisão matemática através de recursos estatísticos, e a fontes de pesquisa documental (TOBAR, 2001). Nesse estudo, a investigação as tais fontes representam o método quantitativo e qualitativo respectivamente.

4.2 Das fontes, instrumentos e técnicas de análise

O objetivo de analisar os efeitos da Lei Responsabilidade Fiscal na precarização dos vínculos trabalhistas na saúde, a partir de dados orçamentários dos municípios brasileiros, conduziu a definição de pesquisar fontes secundárias através das bases de dados de orçamento público, no sistema FINBRA, de responsabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional e no SIOPS, de encargo do Ministério da Saúde. Porém, além dessas fontes, também se recorreu à pesquisa documental e bibliográfica.

Os aspectos quanto à coleta, seleção, e, tratamentos dos dados serão explicitados.

4.3 A abordagem qualitativa da pesquisa

A pesquisa documental é aquela realizada com base em documentos ou com pessoas, mediante registros, atas, circulares, jornais, revistas, ofícios entre outros tipos de documentos. Nessa modalidade de pesquisa, é feito o exame e tratamento analítico desses documentos escritos (GODOY, 1995).

Considerando-se os aspectos destacados por Godoy (1995), fez-se o exame rigoroso no acervo documental dos fóruns do colegiado de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS e, nas atas das reuniões regulares do Conselho Nacional de Saúde/CNS, no período de 2004 a 2010. Na análise documental, buscou-se identificar as seguintes questões: a precarização como problema na gestão do SUS e a precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo/efeito da LRF.

A decisão de pesquisar documentos dessas instâncias resultou da compreensão de que se constituem em fóruns e colegiados de atores que estabelecem relações importantes com as questões de pesquisa, sendo implicados com os problemas deles resultantes.

O período de estudo de 2004 a 2010 considerou, como aspecto decisivo a criação, no ano de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES pelo Ministério da Saúde. A definição do período parte da compreensão de que a criação da SGTES elevou à política de gestão do trabalho a condição de questão estratégica na agenda nacional da saúde. Nela, a criação do Programa Nacional de Desprecarização do SUS, através da portaria GMS Nº 2.430/03, reforçou o papel que a Secretaria passou a desenvolver na formulação de políticas e diretrizes para resolução dessa questão. A portaria publicada em 23 de dezembro de 2003 produziu seus primeiros efeitos a partir de 2004. (BRASIL, 2006).

O critério de seleção do material para pesquisa documental aos acervos do CONASEMS e do CNS foi definido pela ocorrência dos descritores: precarização e/ou lei de responsabilidade fiscal.

A pesquisa documental ao acervo do CONASEMS considerou a produção disponibilizada em seu ambiente virtual. No site www.conasems.gov.br, o CONASEMS disponibiliza e divulga um conjunto de publicações, que discorrem sobre a evolução e os

atuais problemas do sistema de saúde brasileiro. No ambiente, estão disponíveis: informativos, jornais, documentos, revistas, além de outros tipos de publicação.

Mesmo sem apresentar regularidade definida, uma investigação às edições disponíveis da Revistas do CONASEMS garante o acesso a uma rica produção que traduz o debate dos secretários municipais de saúde frente às instituições com as quais se relacionam cotidianamente. Nessas revistas, tem-se também as teses ou proposições dos gestores locais de saúde aos pontos críticos da agenda do setor, além do conjunto das denominadas *Cartas do CONASEMS*, que contêm as sistematizações dos Encontros ou Congressos de Secretários Municipais de Saúde, realizados anualmente desde 1984. Reconhecendo que nas *cartas do CONASEMS*, estão contidos os debates da evolução e desenvolvimento da agenda do SUS, se definiu por incorporá-los na análise.

Fez-se uma investigação ao conjunto das Cartas, a todas as edições do Jornal do CONASEMS, além de documentos classificados como outras publicações. A aplicação dos descritores resultou na seleção de: 22 cartas, 03 jornais, 05 denominadas outras publicações e 16 revistas do CONASEMS.

Além dos descritores de pesquisa, buscou-se também averiguar nas Teses e Proposições do colegiado de secretários municipais de saúde que sugestões têm sido apresentadas na direção de resolução dos problemas.

A investigação aos documentos do Conselho Nacional de Saúde se ateu ao exame das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas entre 2004 a 2010, também disponíveis em ambiente virtual no www.conselho.saude.gov.br.

Investigou-se então, as atas nas quais se aplicaram os descritores conforme os critérios de seleção já expressos, resultando em 53 atas de reuniões ordinárias e 6 atas de reuniões extraordinárias.

Para interpretação e sistematização dos elementos contidos nessas atas, utilizou-se como técnica de análise a *Condensação de Significados*. A técnica consiste na sistematização de significados encontrados no conteúdo, em especial de entrevistas e documentos analisados. Tais significados são descritos de forma condensada, sem prejuízo de sua essência original (KVALE, 1996).

Nessa técnica, cabe ao pesquisador fazer um exame rigoroso do material de pesquisa, definindo as unidades de significados naturais contidos nos documentos, bem como os temas centrais presentes nessas unidades.

Os documentos codificados em categorias pré-definidas permitem que longas descrições sejam simplificadas em categorias, favorecendo a etapa de análise dos dados.

Nessa técnica é feito um quadro onde os conteúdos dos documentos que se relacionam com a questão de pesquisa são descritos (coluna esquerda) e condensados pelas unidades naturais de análise, as categorias conceituais (coluna direita). Em seguida, faz-se uma descrição essencial da questão relacionada com a pesquisa (KVALE, 1996).

A matriz/modelo de classificação e condensação de significados segue apresentada.

Questão de Pesquisa	
Unidade Natural de análise	Tema Central
Trecho da ata relacionada com a pergunta de pesquisa	Descrição do tema presente na unidade natural segundo compreensão do pesquisador de maneira o mais sucinta possível.
Descrição Essencial da Questão de Pesquisa	

Quadro 1- Matriz/modelo de classificação e condensação de significados.

Fonte: Adaptação a partir de Kvale (1996).

Essa opção de técnica para análise das atas conduziu à definição das categorias das questões de pesquisa.

Na precarização como problema na gestão do SUS, definiram-se as seguintes categorias:

- Precarização como limite para ampliação da atenção básica;
- Precarização expressa nos diferentes serviços e esferas do SUS;
- Denúncia de crises nos sistemas de saúde relacionadas à precarização;
- Como tema relevante no debate do CNS com proposições de enfrentamento;
- Análises da gênese da questão da precarização no sistema de saúde brasileiro.

Para a questão da precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo/efeito da LRF, tomou-se por base categorias como:

- A LRF como incentivo à terceirização e indutora de vínculos precários;
- A LRF como obstáculo ao desenvolvimento do SUS frente à fragilidade orçamentária dos municípios;
- A LRF como danosa à saúde;
- Propostas de flexibilização e revisão da LRF

4.4 A abordagem quantitativa da pesquisa

O objetivo de analisar, com base em dados dos orçamentos públicos municipais, o percentual de gastos com pessoal conforme regra da LRF, a capacidade de arrecadação ou dependência a recursos de transferência e o perfil dos gastos com pessoal da saúde dos municípios brasileiros, dirigiu a abordagem quantitativa.

Tal propósito definiu a escolha dos sistemas: FINBRA e SIOPS, que têm como características importantes a disponibilidade de dados orçamentários das receitas e das despesas de todos os entes subnacionais do país. Os sistemas são de domínio público e estão disponíveis respectivamente em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br> e no <http://www.siops.datasus.gov.br>.

No FINBRA, têm-se as informações contábeis do conjunto das receitas e despesas, para todas as funções ou políticas públicas. No SIOPS, as informações são detalhadas e específicas do setor saúde.

A opção por esses sistemas justifica-se pela natureza dos dados que apresentam no que diz respeito às despesas com pessoal. Do FINBRA, entre outros indicadores, é possível identificar o volume total de gastos com pessoal das esferas de governo, apurando se estão cumprindo os limites previstos na LRF e do SIOPS, tem-se a proporção de gastos com pessoal específico da saúde.

Considerando-se que, após 2002, os dados declarados no SIOPS passaram a integrar o instrumental de controle da Lei de Responsabilidade Fiscal, implicando na utilização dos mesmos critérios e códigos de classificação de receita e despesa do FINBRA, definiu-se por investigar as bases no período de 2004 a 2009. A exclusão do ano de 2010 deve-se ao fato de que, os dados do FINBRA deste ano não estavam disponíveis.

4.1.1 Análise da Qualidade dos Sistemas de Informação

Para aferição da qualidade, examinaram-se os manuais que acompanham o FINBRA e o SIOPS produzidos entre 2004 a 2009.

Essa seleção resultou em 03 Manuais de Demonstrativos Fiscais do FINBRA e 05 Manuais de Preenchimento do SIOPS. Deles aferiram-se as dimensões de qualidade de: acessibilidade, oportunidade e clareza metodológica dos sistemas.

Considerando-se que o primeiro objetivo da análise dos sistemas foi o de caracterizá-los quanto à qualidade dos dados, foi necessário adotar definições conceituais prévias.

Os conceitos utilizados tiveram por base o estudo de Lima et al (2009). Para as autoras, Cobertura é “grau em que estão registrados no sistema os eventos do universo (escopo) para o qual foi desenvolvido”. Oportunidade traduz-se em “grau em que os dados ou informações estão disponíveis no local e a tempo para utilização de quem deles necessita. “Acessibilidade diz respeito ao “grau de facilidade e rapidez na obtenção dos dados ou informações (regras claras, permissões e onde obtê-los), no trato (instrumentos para manuseio e formato) e na compreensão da informação”, e Clareza metodológica reflete o “grau no qual a documentação que acompanha o SI (instituições de coleta, manuais de preenchimento, tabelas de domínios de valores de variáveis, modelos de dados etc.) descreve os dados sem ambiguidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão” (LIMA et al., 2009, p. 2097). É oportuno destacar que no mencionado estudo as autoras pesquisaram exclusivamente os sistemas de informação em saúde.

Com essas denominações conceituais, definiram-se nove categorias de análise a serem exploradas na aferição da acessibilidade, oportunidade e clareza metodológica, além de criar-se o indicador de cobertura. A forma de cálculo do indicador e as categorias a serem analisadas estão descritas no quadro 2, da matriz geral das Fontes, instrumentos e técnicas de análise da pesquisa. Note-se que para clareza metodológica, nos manuais e na base de dados, focalizou-se exclusivamente a maneira como é apresentada a composição dos indicadores, verificando se é apresentada de forma ambígua, sucinta e/ou didática e, se tem linguagem de fácil compreensão.

4.1.2 Indicadores

Com o objetivo de analisar cumprimento dos gastos com pessoal conforme regra da LRF, a autonomia financeira e proporção de gastos com pessoal da saúde dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009, recorreu-se a indicadores, que segundo Assis et al. (2005), são medidas simplificadas que buscam avaliar a consistência e intensidade das

mudanças em relação a determinados objetivos. Assim, são: “[...]. uma válida e direta medida estatística que monitora os níveis e as mudanças ocorridas no tempo” (ASSIS et al., 2005, p. 108).

Os indicadores do FINBRA e SIOPS, sua composição e o que eles medem seguem explicitados abaixo no quadro 2. Note-se que, todos eles encontram-se disponíveis nas bases sem que haja necessidade de composição pelo usuário do SI, de numeradores e denominadores, suprimindo, pois, quaisquer operações. Abaixo, descreve-se a lógica de composição dos indicadores e o que eles medem.

SI	Indicador	Composição do Indicador	O que responde?
FINBRA	Percentual das despesas com pessoal sobre 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>	<p>Os limites/possibilidade de gastos com pessoal. Apura o cumprimento do limite legal pelo município de acordo a LRF de acordo com LC 101/2000.</p> <p>Forma de identificação: Despesa Total com Pessoal DTP</p>
SIOPS	Percentual da receita de impostos sobre a receita total do município, excluídas as deduções.	<p>IMPOSTO+MJM sobre o ITR+ MJM sobre o IPTU+ MJM sobre o ITBI+ MJM sobre o ISS/ISQN+ MJM de Outros Tributos+ MJM da Dívida Ativa sobre o ITR+ MJM da Dívida Ativa do IPTU+ MJM da Dívida Ativa do ITBI+ MJM da Dívida Ativa ISS/ISQN, MJM da Dívida Ativa de Outros Tributos+ Receita da Dívida Ativa do ITR+ Receita da Dívida Ativa do IPTU+Receita da Dívida Ativa ITBI+Receita da Dívida Ativa do ISS/ISQN+ Receita da Dívida Ativa de Outros Tributos + IMPOSTO sobre Patrimônio e Renda (Intra-Orçamentária) + IMPOSTO sobre Produção e Circulação de Mercadorias(Intra-Orçamentária)+Outros Impostos(Intra-orçamentária)</p> <hr/> <p>RECEITAS CORRENTES+ RECEITAS DE CAPITAL + RECEITAS CORRENTES (-) DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE</p>	<p>Capacidade de Arrecadação do município</p> <p>Forma de identificação: Capacidade de Arrecadação do Município CAM</p>

Quadro 2- Composição dos indicadores municipais calculados mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS.

(Continua)

SI	Indicador	Composição do Indicador	O que responde?
SIOPS	Percentual das transferências intergovernamentais sobre receita total do município, excluídas as deduções.	Transferências Intergovernamentais (Transf. Correntes) +Transferências Intergovernamentais (Transf. de Capital) <hr/> RECEITAS CORRENTES+ RECEITAS DE CAPITAL+ RECEITAS CORRENTES (-) DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE	Grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo Forma de identificação: Proporção de Transferências intergovernamentais PTI
SIOPS	Percentual das despesas com pessoal sobre as despesas totais com saúde.	Pessoal e Encargos Sociais (-) Aposentadorias (-) Pensões (-)Salário Família (-) Vencimentos e Vantagens Fixas(Pessoal Militar)(-)+ Outras Despesas Variáveis (Pessoal Militar)+ Sentenças Jurídicas + Despesas Exercícios Anteriores (-) Sentenças Judiciais (-) Despesas Exercício Anteriores <hr/> DESPESAS CORRENTES COM SAÚDE + DESPESAS DE CAPITAL COM SAÚDE (-) APOSENTADORIAS(-) PENSÕES(-)	A participação % do gasto com pessoal sobre o gasto total com saúde. Forma de identificação: Despesas com Pessoal da Saúde DPS

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

Fonte: FINBRA e SIOPS.

4.1.3 Construção da Base de Dados da Pesquisa

Para seleção dos municípios a serem analisados, foram definidas como critérios de inclusão a alimentação regular dos sistemas pelo município e a disponibilidade contínua dos indicadores selecionados entre 2004 a 2009, nos dois sistemas. Foram adotados como procedimentos necessários:

- Comparar a relação nominal de municípios do FINBRA com a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, suprimindo-se os municípios cujos relatórios de gestão fiscal apresentaram inconsistência perante as regras do FINBRA entre 2004 a 2009;
- Relacionar as listas dos municípios consistentes do FINBRA, com os dados disponíveis no SIOPS, identificando-se a disponibilidade de informações simultâneas nos sistemas entre 2004 a 2009;
- Suprimir os municípios que, entre 2004 a 2009, não apresentaram frequência regular de registros dos quatro indicadores. Com esse procedimento adicional, garantiu-se o pareamento das bases, com definição final do universo de municípios.

Os municípios foram estratificados e examinados segundo regiões e estratos populacionais de ≤ 10.000 ; $> 10.000 \leq 20.000$; $> 20.000 \leq 50.000$; $> 50.000 \leq 100.000$; $> 100.000 \leq 500.000$; > 500.000 habitantes. Tomou-se como referência para composição dos estratos a população do ano de 2004.

Após tais definições, os quatro indicadores foram classificados segundo quartis favorecendo as análises posteriores. Para verificar o comportamento e relação entre os indicadores, definiu-se o emprego do coeficiente de correlação.

Segundo Vieira (1991), esse recurso pode ser aplicado quando, na pesquisa, há o interesse de aferir o comportamento conjunto de duas variáveis, e se estabelecer entre elas, em que situações observam-se aumento ou diminuição.

No teste das diferenças das medianas de cada um desses indicadores por macro-regiões e estrato populacional do município, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

As Fontes, instrumentos e técnicas de análise da pesquisa até aqui relatados, o quadro 3 sistematiza.

Fóruns		
	CONASEMS	CNS
Site	www.conasems.gov.br	www.conselho.saude.gov.br
Fonte de dados	Atas das reuniões ordinárias e extraordinárias	Informativos, jornais, documentos, revistas, outros tipos de publicação.
Técnica de análise	Condensação de Significados	Condensação de Significados
Período	2004 a 2010	2004 a 2010
Sistemas de Informação		
	FINBRA	SIOPS
Site	http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios	http://www.siops.datasus.gov.br
Fonte de dados	Base de dados do SI , acervo documental e manuais de preenchimento que acompanha o sistema.	Base de dados do SI , acervo documental e manuais de preenchimento que acompanha o sistema.
Dimensões de qualidade	Acessibilidade; Oportunidade; Clareza Metodológica e Cobertura	Acessibilidade; Oportunidade; Clareza Metodológica e Cobertura
Denominações conceituais e categorias de análise	Acessibilidade: Facilidade e rapidez para obtenção dos dados; Regras claras para obtenção, trato e ou manuseio da base; Compreensão da informação. Oportunidade: Disponibilidade de local e tempo para utilização dos dados pelos usuários. Clareza Metodológica: Forma como são descritos os dados no acervo documental e manual de preenchimento que acompanha o Sistema de Informação. Cobertura: N ^o de municípios com registros disponíveis por ano/Total de municípios do Brasil por ano	Acessibilidade: Facilidade e rapidez para obtenção dos dados; Regras claras para obtenção, trato e ou manuseio da base; Compreensão da informação. Oportunidade: Disponibilidade de local e tempo para utilização dos dados pelos usuários. Clareza Metodológica: Forma como são descritos os dados no acervo documental e manual de preenchimento que acompanha o Sistema de Informação. Cobertura: N ^o de municípios com registros disponíveis no SI no ano/Total de municípios do Brasil no mesmo ano
Indicadores	% da Despesa Total com Pessoal em relação a Receita Corrente Líquida total	1. Percentual da receita de impostos/ Receita total do município, excluídas as deduções; 2.Percentual das transferências intergovernamentais/Receita total do município, excluídas as deduções; 3. Percentual das despesas com pessoal/Despesas totais com saúde.
Técnica de Análise	Análise descritiva da distribuição por quartis e coeficiente de correlação	Análise descritiva da distribuição por quartis e coeficiente de correlação
Período	2004 a 2009	2004 a 2009

Quadro3 - Matriz geral das fontes, instrumentos e técnicas de análise da pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora

4.5 Considerações Éticas

No estudo pesquisaram-se bases de dados secundárias e fontes documentais de domínio público, razão pela qual excluiu-se a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Precarização dos vínculos no SUS *versus* LRF: o debate na agenda do CONASEMS

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS é a entidade que representa os municípios nas instâncias do SUS. Com mais de duas décadas de atuação o colegiado de secretários tem se pautado em agendas estratégicas formuladas coletivamente refletindo-se num movimento vivo e dinâmico.

A ação do CONASEMS ampliou o potencial dos municípios como propositores de soluções da política de saúde o que os tornou agentes políticos notáveis.

Com instâncias orgânicas nos Estados, os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), o colegiado nacional de secretários de saúde tem significativo apoio à luta e ao fortalecimento do movimento municipalista (REVISTA DO CONASEMS, 2008c).

Como ator político o colegiado de secretários encaminha propostas aos órgãos competentes objetivando a resolução dos problemas do setor saúde do conjunto dos 5564 municípios brasileiros. O CONASEMS também estimula e promove estudos e propõe soluções para os problemas relativos ao desenvolvimento do setor. Além disso, o CONASEMS orienta e promove a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros que buscam o aperfeiçoamento das atividades da saúde no país.

Nessa perspectiva, mesmo antes da criação do SUS, ou seja, desde 1984, o CONASEMS estabeleceu uma dinâmica de encontros anuais, os quais contam com uma expressiva participação de gestores de saúde de todo o país, sendo que, a partir de 1998 esses encontros passam a organizar-se na forma de Congressos Nacionais.

Assim, as questões de pesquisa definidas, quais sejam: a precarização como problema na gestão em saúde do SUS e a precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo ou efeito da LRF foram examinadas tanto nas publicações disponibilizadas nos jornais, revistas e outras publicações do CONASEMS entre 2004 a 2010, quanto nas *cartas do CONASEMS*. Considerando-se tais aspectos as sistematizações das cartas até 2003, são apresentadas previamente.

No acervo pesquisado, também se buscou averiguar as posições assumidas pelo colegiado a respeito do assunto e, conseqüentemente, quais Teses e Proposições têm

apresentado na direção de resolução das questões de pesquisa definidas. Atentando para tais pontos os resultados seguem apresentados.

5.1.1 A gênese das questões de pesquisa nas Cartas do CONASEMS

As cartas do CONASEMS revelam que, no debate do colegiado, a preocupação com os problemas resultantes dos recursos humanos em saúde ou da gestão da força de trabalho em saúde vem de longa data (REVISTA DO CONASEMS, 2005).

Em número especial da revista do CONASEMS de 2008, tem-se o resgate dos Encontros e Congressos realizados pelo colegiado de 1990 a 2007. Nessa edição descrevem-se como as discussões acerca dos recursos humanos em saúde foram evoluindo no tempo (REVISTA DO CONASEMS, 2008c).

Na análise dos debates realizados na década de noventa e presentes nas cartas dos encontros de Brasília em 1992 e, mais tarde, do congresso de secretários do Rio de Janeiro (1999), aparecem respectivamente como proposições: a implantação de uma política de recursos humanos, e o destaque para a necessidade de soluções das questões relacionadas aos recursos humanos em saúde, os quais foram identificados naquele momento, como risco ou ameaça à própria viabilidade do sistema de saúde no país (PIMENTA, 2008).

É pertinente salientar que a conjuntura política e econômica brasileira nos anos 90 era bastante adversa, e que as NOBs 1991, 1993 e 1996 cumpriram um importante papel na indução do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito municipal, todavia o coletivo de secretários adverte para os desdobramentos gerados pela NOB 1991. Para o CONASEMS essa norma gerou restrições, pois proibia a remuneração de pessoal contratado pelas secretarias municipais, pressionando os gestores locais a buscarem formas de contratação de trabalhadores de saúde nas quais não eram realizados concursos, ou seja, formas de terceirização com ausência de garantia de direitos trabalhistas (PIMENTA, 2008).

A partir de 2000, observou-se que a temática dos recursos humanos em saúde passou a apresentar maior frequência nas cartas do CONASEMS o que refletiu a complexificação na agenda da política.

Nessa direção, as cartas de Salvador (2000), Blumenau (2002) e, Belo Horizonte (2003) incorporam a questão dos recursos humanos sendo que em 2003, com as mudanças resultantes pela introdução de novas Secretarias Executivas na estrutura do Ministério da

Saúde, a política de recursos humanos passa a ser conduzida pela recém-criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde/SGTES.

Na carta de Blumenau, foram registrados os problemas decorrentes do aumento das contratações da força de trabalho em saúde pelos municípios e, pela primeira vez, colocou-se a necessidade de uma discussão tripartite sobre a questão. Como será verificado, entre 2004 a 2010, a questão da precarização como tema na agenda da gestão do trabalho em saúde apresentou frequência regular nas sínteses dos Congressos realizados no período.

5.1.2 A emergência da Precarização como problema na Gestão em Saúde no SUS e como reflexo ou efeito da LRF

Considerando-se as unidades de análise que orientaram o exame das cartas do CONASEMS, nota-se que o registro da Precarização na Gestão em Saúde no SUS é apontado como problema relevante desde a década de 90.

Em 2005, a diretoria do CONASEMS elaborou um conjunto de teses com vistas a orientar a diretoria no papel de gestão da entidade no período de 2005 a 2007. Dos cinco temas contidos nas teses, a Gestão do Trabalho e da Educação ocupou a segunda posição na lista de prioridades.

Nesse mesmo ano, os debates sobre os rumos e desafios das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde estavam bastante aquecidos e no cerne das discussões, a forma de contratação desse segmento de trabalhadores da saúde.

Era proposição do Ministério da Saúde naquele momento que os agentes de saúde fossem incorporados através de processo de seleção pública estabelecendo então, um vínculo de emprego público (REVISTA DO CONASEMS, 2005).

No período de dezembro de 2005 a maio de 2006, realizaram-se os cinco Congressos Regionais preparatórios para organização do XXII Congresso de Secretários Municipais de Saúde, que aconteceu no Recife. A gestão do trabalho compôs o segundo elemento da pauta nacional e a precarização despontou como ponto de partida dos debates (REVISTA DO CONASEMS, 2006).

O evento realizado na Região Norte problematizou os limites para fixação de profissionais médicos no interior amazônico e, naquele momento, as questões sobre a

precarização foram refletidas pelo fórum regional como sendo mais amplas que os entraves do financiamento (REVISTA DO CONASEMS, 2006).

Nas cartas de Itajaí no Estado de Santa Catarina (2006) e Guarulhos em São Paulo (2006), reafirmou-se o compromisso com a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde mediante respeito aos direitos sociais e previdenciários, além disso, defendeu-se a garantia do financiamento para e contratação da força de trabalho em saúde nas três esferas de governo.

A gestão do trabalho integrou um dos 12 temas da carta de Recife (2006); além dele mereceu destaque também, a necessidade de governabilidade local e o pacto federativo (REVISTA DO CONASEMS, 2006).

Nos congressos de 2005, 2006 e 2007, a gestão do trabalho foi inclusa como parte integrante da agenda política do CONASEMS. Quanto à desprecarização das relações de trabalho deu-se ênfase a co-responsabilidade das instâncias estaduais e federal no enfrentamento dos problemas relacionados à elevação do custeio da folha de pessoal e sua relação com a Lei de Responsabilidade Fiscal e as formas de contratação (REVISTA DO CONASEMS, 2007a).

É importante destacar que o primeiro registro da questão da precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo ou efeito da LRF, é identificado no congresso de Cuiabá (2005), mantendo-se presente no documento do congresso de 2006.

A partir desse momento, vai-se observar, em diferentes fontes do colegiado de secretários, o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre LRF e contratação da força de trabalho precária, ou seja, a precarização como resultante da necessidade de cumprimento da LRF e conseqüentemente como obstáculo ao desenvolvimento dos sistemas de saúde no âmbito local.

As Teses e Planos de Ação publicizadas pelo CONASEMS em 2006 reforçam tais argumentos. No referido documento, faz-se um balanço sucinto dos problemas derivados das restrições fiscais para contratação dos trabalhadores. O colegiado reconhece que os avanços no processo de municipalização são indiscutíveis, apesar da insuficiência de recursos financeiros. Nessa perspectiva, segundo a análise de conjuntura do colegiado, há uma baixa capacidade de investimento em novos serviços e programas de saúde por parte dos municípios, visto que a maior parte dos recursos da saúde passou a ser destinada em custeio da folha de pessoal. Esse quadro torna premente a adoção de medidas frente aos riscos de crise de governabilidade na saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2006).

Nas Teses e Planos de Ação de 2006, o colegiado definiu como operações ou estratégias de ação a necessidade de inclusão da Lei de Responsabilidade Fiscal como tema para o desenvolvimento de estudos realizados pela SGTES. Além disso, defendeu-se ampla mobilização de prefeitos e da Sociedade Civil, para evidenciar a situação de constrangimento legal e Financeiro dos municípios, a redução da *governança* local e os prejuízos causados pela Lei de Responsabilidade Fiscal (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2006).

Nesse mesmo ano em fevereiro, a Portaria/GM N° 399/2006 consagra o Pacto pela Saúde, aprovado pela CIT e CNS. Dispondo de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, traduziu o trabalho de discussão do MS, CONASS, CONASEMS e Conselho Nacional de Saúde/CNS.

O Pacto propõe que cada estado ou município assine um Termo de Compromisso no qual descreva suas responsabilidades sanitárias e as ações de saúde que irá desenvolver (BRASIL, 2006).

Assim, com ele, extinguiram-se as formas de gestão adotadas a partir da NOAS/2001, quais sejam; Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual de Saúde e Gestão Plena da Atenção Básica (BRASIL, 2002).

No Pacto de Gestão definiram-se diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS. No que diz respeito à precarização, recomendou-se a promoção de relações de trabalho que obedeçam as exigências do princípio da legalidade da ação do estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho (BRASIL, 2006).

Em 2007, na carta de Joinville, foram proposições para Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no que concerne a precarização: a necessidade de discutir novos modelos de gestão que possibilitem, inclusive, alternativas de contratação de profissionais; e implementação de uma política solidária de desprecarização do trabalho no SUS, responsabilizando todas as esferas (REVISTA DO CONASEMS, 2007a).

No que diz respeito às relações entre precarização e LRF, as propostas foram: a realização de estudos voltados para o paradoxo existente entre LRF e o artigo 198 da CF; a busca de acordos e soluções com vista ao enfrentamento da insustentabilidade da política de saúde e os limites de gastos com pessoal, conforme determinado pela LRF e, por fim, a premência de pesquisas sobre o impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho em saúde (REVISTA DO CONASEMS, 2007a).

Nesse mesmo ano, na revista do CONASEMS publicada em setembro, o artigo Avanços do SUS destacou como um dos desafios para a gestão a questão dos gastos com

peçoal. No artigo atrela-se à LRF a precarização dos contratos de trabalhadores (REVISTA DO CONASEMS, 2007b).

Pelo exposto, nos documento do CONASEMS de 2007 nota-se também a ocorrência de registros que estabelecem relação entre precarização do trabalho na saúde como reflexo da LRF.

Na revista publicada às vésperas da realização do XXIV Congresso Nacional de Secretários de 2008 realizado na capital do Pará, exigiu-se reflexão especial dos secretários no que concerne a Política de Gestão do Trabalho e defendeu-se uma política que possibilite a valorização do trabalho e do trabalhador de saúde, (REVISTA DO CONASEMS, 2008b).

Traduzindo tais questões, a Carta de Belém (2008) propõe a construção de uma agenda para Reforma Sanitária Brasileira, pautada no Pacto pela Saúde. No documento, para a gestão do trabalho em saúde, no que concerne a precarização reitera-se a necessidade de discussão dos novos modelos de gestão que possibilitem alternativas de contratação de profissionais de forma solidária e cooperativa entre as esferas de governo, além da urgência de construção de uma agenda republicana para revisão da legislação relacionada à área da gestão do Trabalho em Saúde (REVISTA DO CONASEMS, 2008b).

Vale ressaltar que, em 2008, o SUS e o CONASEMS completavam 20 anos. Numa edição especial, as dificuldades quanto à gestão da força de trabalho e, em especial, às questões que envolvem as modalidades de contratação, foram apontadas como impactantes na governabilidade dos municípios e na decadência dos Programas de Saúde. Quanto aos desdobramentos da LRF para contratação em saúde, além de denúncias, fez-se o reforço dos constrangimentos e paradoxos provocados pela LRF (REVISTA DO CONASEMS, 2008c).

Nesse mesmo ano o desafio da gestão do trabalho no SUS foi analisado. Foi reconhecido o papel indutor da criação de postos de trabalho do setor saúde, mas, identificou que dois aspectos exigiam tratamento prioritário dos gestores públicos e das lideranças políticas: a necessidade de remuneração justa para os profissionais e, o respeito aos direitos trabalhistas. A fragilidade dos vínculos vinha implicando em constantes ações judiciais contra gestores públicos do âmbito municipal, apesar da LRF aplicar-se indistintamente ou sem exceções aos entes subnacionais.

No ano de 2009, os limites de contratação de pessoal frente aos constrangimentos fiscais eram, mais uma vez, ratificados como um dos grandes desafios na gestão municipal pelo Presidente do CONASEMS. Para ele a sobrecarga de contratação e os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) estavam impedindo que muitos municípios aumentassem suas

equipes e, por conseguinte, obstaculizavam a ampliação dos serviços de saúde. Declarava-se a urgência de uma saída tripartite para essa questão (REVISTA DO CONASEMS, 2009a)

Na carta de Brasília (2009), apareceu como segunda proposição a defesa de uma reforma tributária que buscasse a justiça fiscal com tributos progressivos. Para a gestão do trabalho no SUS, defendeu-se a construção de um Projeto de Lei que a regulamentasse (REVISTA DO CONASEMS, 2009b).

Apesar de não refletir o objetivo deste trabalho, é necessário destacar que, paralelamente às discussões sobre as restrições criadas pela LRF para contratação de trabalhadores na saúde, emerge, na agenda do MS e de algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, o debate sobre as denominadas *Fundações Estatais*, ou seja, as fundações públicas de direito privado que passam a fazer parte da estrutura organizacional do MS, mas que diferente dele considera-se como administração indireta (REVISTA DO CONASEMS, 2009a).

Pelas características das *Fundações Estatais*, sua contextualização na agenda de debates do CONASEMS é oportuna, visto que busca apontar resoluções para a questão da contratação de trabalhadores de saúde, aspecto considerado como “engessado” na legislação da administração pública brasileira.

O Ministério da Saúde declarou em entrevista que as fundações poderiam traduzir-se numa saída ou alternativa para os municípios frente às restrições de contratação imposta pela LRF (REVISTA DO CONASEMS, 2009a).

Na carta de Gramado, que sistematiza a discussão do colegiado de secretários municipais de saúde do Congresso de 2010, propõe-se construir uma agenda política para dialogar com a sociedade, na qual seja explicitada a defesa da saúde pública, universal, integral e equânime (REVISTA DO CONASEMS, 2010a).

Com esse espírito, deliberou-se, entre outras proposições sobre a necessidade de construção de uma agenda republicana para flexibilização da LRF para área da saúde, além da luta pelo término definitivo da responsabilidade criminal do gestor municipal de saúde como pessoa física, porém garantindo-se a responsabilização para aqueles que cometem ações caracterizadas como improbidade administrativa. Os argumentos para a supressão da responsabilidade criminal justificavam-se em função de impropriedade da gestão (REVISTA DO CONASEMS, 2010a, 2010b).

No congresso, entre as várias mesas que propuseram discutir os problemas da gestão do SUS nos municípios, uma teve como tema os Dilemas da Gestão Contemporânea, onde se debateu sobre as múltiplas habilidades e exigências colocadas aos gestores de saúde. A estes

atores é necessário conhecimento do emaranhado de legislação para: contratação da força de trabalho, LRF, de custos de manutenção de salários e relações de trabalho desprecariadas e competitivas, mas, sem a existência do apoio das demais esferas de governo (REVISTA DO CONASEMS, 2010a).

Assim, no evento de Gramado reiteraram-se os limites de ordem, inclusive, de conhecimento dos gestores de saúde em relação à questão jurídica e contábil, os quais traduzem respectivamente a matéria trabalhista que envolve a contratação de trabalhadores e os aspectos fiscais refletidos na LRF (REVISTA DO CONASEMS, 2010a, 2010c).

Assim, expôs também a complexidade de aspectos presentes na agenda cotidiana da gestão do SUS.

Sabendo-se que muitos desses elementos, apesar de inclusos no rol de desafios do colegiado de secretários municipais, sugerem medidas intergovernamentais e interinstitucionais, verifica-se a inconclusividade de respostas às questões.

5.1.3 O debate na agenda do Conselho Nacional de Saúde

Os conselhos de saúde são os órgãos colegiados deliberativos e permanentes do SUS e integram a estrutura básica do Ministério da Saúde, das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Sua composição, organização e competência estão contidas na Lei nº 8.142/1990.

Tendo como missão atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, aos conselhos cabe, inclusive, o controle dos aspectos econômicos e financeiros da política de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela lei nº 378 de 1937 tendo, em sua gênese, somente função de instância técnico consultiva do Ministério da Educação e Saúde (FARIAS, 2009).

O CNS passou a ser regulado pelo Decreto nº 99.438/1990, e tem composição respeitando-se as regras da Lei 8142/90 quais sejam: 50% usuários, 25% para trabalhadores de saúde e 25% para gestores e prestadores de serviços. Os conselheiros são indicados pelas entidades a que pertencem, mediante discussão ampliada entre os pares ou outras entidades e movimentos (FARIAS, 2009).

Na dinâmica de funcionamento do CNS, há regularidade de reuniões mensais e, desde abril de 1991, suas atas são disponibilizadas em seu endereço eletrônico, <http://www.conselho.saude.gov.br>.

No período de 2004 a 2010, realizaram-se 79 reuniões ordinárias e 17 reuniões extraordinárias. Examinou-se a ocorrência dos descritores, precarização e lei de responsabilidade fiscal nas atas dessas reuniões, resultando na sua identificação em 52 reuniões ordinárias e em 6, das 17 reuniões extraordinárias.

As menores frequências de debate sobre a precarização ou LRF foram identificadas nas atas dos anos de 2004 e 2006, ambas ocorrendo em 05 reuniões de ambos os anos.

No ano de 2005, chama atenção a regularidade do debate sobre os temas, quando se identificou que nas atas de março a outubro, houve ocorrência dos descritores em 08 reuniões consecutivas.

Excetuando-se em 2007, cuja frequência dos descritores também ocorreu em 08 reuniões, nos demais anos houve frequência sempre superior a esse número.

Em 2009 e 2010, verificou-se que, na agenda do CNS, os debates relacionados aos descritores tiveram maior regularidade, com ocorrência em 10 reuniões para cada um desses anos.

A precarização do trabalho como problema na gestão do SUS foi abordada nas reuniões, conforme os seguintes aspectos: precarização como limite para ampliação da atenção básica; precarização expressa nos diferentes serviços e esferas do SUS; denúncia de crises nos sistemas de saúde relacionadas a precarização; como tema relevante no debate do CNS com proposições de enfrentamento; análises da gênese da questão da precarização no sistema saúde brasileiro.

No quadro 4, apresenta-se a distribuição das ocorrências dos descritores nas agendas das reuniões mensais ordinárias e extraordinárias do CNS entre 2004 a 2010.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Jan							
Fev							
Mar							
Abr							
Mai							
Jun							
Jul							
Ago							
Set							
Out							
Nov							
Dez							
	Reuniões onde não houve ocorrência dos descritores						
	Registro dos descritores exclusivamente na reunião ordinária						
	Registro dos descritores exclusivamente na reunião extraordinária						
	Registro dos descritores nas reuniões ordinária e extraordinária do mês						

Quadro 4- Frequência de ocorrência dos descritores de pesquisa nas reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CNS entre 2004 a 2010. Conclusão

Fonte: Conselho Nacional de Saúde (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010)

Pelo exame das atas no período de 2004 a 2010, identificou-se que, ainda em 2004, a precarização foi objeto de discussão na agenda do conselho, sendo apontada como elemento que repercutia nas dificuldades de fixação de profissionais médicos nos sistemas locais de saúde. Assim, na reunião de N^o 139/2004 registrou-se que:

[...]. seria de fundamental importância ampliar o debate sobre os motivos de os profissionais de saúde não permanecerem em determinados locais do país, articulado à discussão sobre definição de carreiras nos pequenos Municípios, à formação de tecnólogos na área de saúde, à abertura de novos cursos e à desprecarização do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004a).

A reunião de N^o 155/2005, teve como cerne da discussão os desafios que programas como o Saúde da Família enfrentavam diante da precarização dos vínculos trabalhistas. As declarações do presidente do CNS reforçavam e apontavam que a precarização limitava a ampliação da atenção básica, repercutindo da qualidade da assistência:

[...].para ter o impacto necessário no atual modelo de atenção do país, a proposta teria que ser uma estratégia definitiva e não um programa e deveria apontar para formalização das relações de trabalho, evitando a precarização e o comprometimento da qualidade dos serviços prestados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

A ênfase na questão da precarização na atenção básica, especialmente no PSF, foi novamente matéria de discussão nas reuniões de N^o 151/2005 e 166/2006 conforme destaques:

Ressaltou que o PSF possuía vários problemas como a discriminação de remuneração entre categorias, precarização do trabalho “. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005a).

[...].iniciou a sua fala destacando que o PSF deveria continuar a ser uma estratégia da atenção básica. Além disso, ressaltou que uma das preocupações com o PSF referia-se à desestruturação das unidades básicas e precarização da contratação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006b).

Apesar de a precarização aparecer com maior frequência como problema da atenção básica, a análise das atas permitiu identificar que sua extensão é bem mais ampla, apesar da compreensão de estar vinculada mais especificamente à saúde da família, tal como assinalado nas reuniões 147/2004 e 155/2005.

Prosseguiu destacando que o problema da precarização do trabalho em saúde não havia surgido há dez anos, com o Programa Saúde da Família, estando presente no setor público e privado e em diversas áreas. Disse, contudo, que a precarização se tornava mais visível com a criação de 400 mil postos de trabalho em 10 anos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004b).

[..].enfaticou que o cerne da polêmica referia-se a idéia de que o Programa Saúde da Família era o responsável pela precarização do trabalho na saúde, o que, no seu entendimento, não procedia, já que havia municípios com toda a força de trabalho em saúde precarizada (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005c).

Corroborando com esses destaques, nas atas de 2005, 2008 e 2009, têm-se evidências de que a precarização está expressa nos diferentes serviços e programas do setor saúde. Assim sendo, há relatos de precarização nos hospitais, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e nos Serviços de Atendimento Móvel (SAMU), conforme registros:

Salientou que o ambiente hospitalar era o que apresentava o maior nível de precarização do trabalho e, diante disso, o Ministério da Saúde vinha lutando para acabar com o chamado “Código 7 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

[...].enfaticou que não era possível discutir a proposta sem tratar do tema da precarização do trabalho, já que a criação dos Núcleos (de apoio ao saúde da família) pressupunha a contratação de profissionais, havendo, portanto, o risco de agravar a precarização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

[...]. o SUS, nos 20 anos, tem um balanço positivo, porém, neste momento, com o modelo de atenção, o processo aviltante de privatização e a precarização do trabalho, pode ser inviabilizado: coloca o SAMU no patamar da Saúde da Família, como uma iniciativa muito positiva, mas que hoje, em diversos lugares, é porta de entrada do sistema; o SAMU é uma das estratégias do SUS com maior precarização do trabalho e de maior terceirização; se o governo não reverter essa realidade, o SUS será inviabilizado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008f).

[...].destacou a importância do PSF e do SAMU, dada a abrangência, mas, avaliou que ambos estão fadados ao insucesso por conta da precarização do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009b).

Há, inclusive, evidências da precarização no quadro dos trabalhadores do conselho nacional de saúde, aspecto apontado nas atas de duas reuniões realizadas em 2008.

[...].manifestou a sua surpresa com o quadro precarizado do CNS, uma vez que os funcionários eram contratados por consultoria e tinham que esperar três meses para renovar os seus contratos. Desse modo, destacou que a luta pela desprecarização deveria iniciar no âmbito do Conselho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008b).

Contudo, disse que é preciso discutir a situação do quadro de funcionários do Conselho, considerando a insuficiência de pessoal e a precarização do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008g).

As denúncias de crises nos sistemas de saúde de Brasília (186/08) e dos estados do Rio Grande do Norte (194/09), Alagoas (196/09) e Pernambuco (214/10) elucidam que a precarização é um problema de vários Estados sendo também vinculada muitas vezes como razão da crise destes sistemas de saúde:

Explicou que a crise no Rio Grande do Norte é diferente da crise do SUS no restante do país, com início há, pelo menos, dez anos quando os conselhos de saúde passaram a denunciar sistematicamente a privatização do sistema e a precarização do trabalho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009b).

Chamou a atenção para a precarização da atenção primária à saúde e para a falta de avanços na definição de equipes do PSF (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009c).

Quanto a Gestão Pública, relataram-se vários exemplos e fatos que indicam a opção do Governo de Pernambuco por um modelo de gestão da Saúde por intermédio de Fundações Público Privadas, OS's e OSCIPs, o que resultou em um cenário nefasto e lesivo ao Direito Público, ao Patrimônio Público e aos usuários do Sistema Único de Saúde, uma gestão caracterizada por: - má administração da coisa pública; - precarização dos serviços de saúde e desumanidade no atendimento dos usuários; - desperdício de recursos

públicos; - prevaricação por ação e omissão (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010c).

A recorrência de denúncias envolvendo a precarização como problema na gestão dos sistemas de saúde, conduziu ao reforço desse tema nas pautas do conselho, ainda em 2005:

Diante das preocupações do Plenário, sugeriu que fosse pautado debate global no CNS sobre a precarização das relações de trabalho na saúde e o atual modelo de assistência à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

Paralelamente, vai-se identificando que a precarização passa a despontar como conteúdo e elemento de ação estratégica do Conselho Nacional, que recomenda que o combate ao problema imponha a adoção de ações mais efetivas. Nessa perspectiva, defende-se que a ação de desprecarizar das esferas de gestão em saúde favoreça a celebração de convênios com o governo federal (155/2005). Assim, o tema vai passando a ter *status* de grande desafio a ser perseguido (164/2006):

Destacou, ainda, que deveria ser pautado debate no CNS sobre precarização do trabalho e vínculo público com concursos, que consistiam em duas questões distintas (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

[...].. defendeu que o combate à precarização fosse uma ação fundamental e estratégica do CNS e, nesse sentido, propôs que a contratação dos profissionais por concurso público fosse um critério para definição do convênio e repasse do financiamento federal ao município (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

Temos muito que avançar na questão do financiamento, nos custos da saúde, na gestão dos serviços de saúde e na discussão de aspectos que travam o desenvolvimento da saúde relacionados à força de trabalho, à precarização dos contratos de trabalho (CNS, 2006a).

Consequentemente, a questão passa a compor o elenco de ações propostas por novas composições do CNS, tal como explicitado na sessão de posse dos novos conselheiros em 2009.

E sinalizou que, para continuar-se avançando, o que se busca está clarificado na Carta dos 7 Pontos: financiamento, lei de responsabilidade implementada, a precarização erradicada. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009a).

Observou-se que a questão da precarização passou a ser introduzida como temas na programação de fóruns mais ampliados. São exemplos a III Conferência Nacional de Recursos Humanos, a Oficina de capacitação do CNS; o I Seminário de Desprecarização. Na

44ª reunião extraordinária do conselho, realizada em 2010, o tema foi ratificado, o que exigia a promoção de novos debates e esclarecimentos, ampliando-se a participação de diferentes instâncias e órgãos da administração pública:

Promover atividades, como oficinas, seminários, audiências públicas, ampliando a participação, para debater a precarização e privatização da gestão em Saúde (OS, OSCIPS e outros) e outros temas, a fim de sensibilizar a sociedade a abolir tal prática, envolvendo o MPF, CGU, AGU, CNJ, P.R, STF, TCU, CONASS, CONASEMS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE RE, 2010a).

Note-se que, no período analisado, houve ações do CNS no sentido de convidar atores estratégicos para discussão do tema. Na análise da Central Única dos Trabalhadores (CUT), a gênese da precarização na política de saúde brasileira repousa na década 90, na qual o governo federal teve papel relevante para ampliação do problema.

Na exposição da representação da CUT, além da análise da conjuntura, foi enfatizada a necessidade de se estabelecerem ações e parcerias entre gestores, haja vista, o fato de que tais alternativas de contratação não deveriam resultar em benefícios para o sistema público nacional de saúde. Tais registros encontram-se destacados na ata N^o159/2005, conforme descrição:

..No caso do SUS, destacou que a precarização também estava vinculada a uma conjuntura política e econômica e de concepção do Estado. Salientou o debate, na década de 90, de defesa de prestação de políticas públicas como função do Estado, sendo necessária para tal a contratação de pessoal efetivo, por concurso público, com qualificação.

[...]. Porém, destacou que, pelo fato da maior parte dos recursos humanos do SUS estar no serviço público, o setor público foi bastante afetado pela ótica de não ser necessária a contratação de servidores concursados e efetivos. Ressaltou que, apesar de sua importância, o tratamento da questão dos recursos humanos no SUS não avançou de forma rápida e profunda como outras questões da área da saúde - Controle Social, financiamento e gestão, por exemplo. Destacou que a instalação de mesas de negociação nos estados e municípios, onde o tema da precarização era tratado permanente, representava um avanço muito frágil, pois muitas vezes não conseguiam atingir resultados concretos capazes de responder a grande demanda em relação a recursos humanos. Nessa linha, afirmou que era preciso estabelecer patamar concreto de ações e de parceria com os gestores para enfrentar a precarização das relações de trabalho, visto que, do ponto de vista das finanças e da qualidade dos serviços oferecidos, não trazia benefícios para o SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005e).

A análise de conjuntura do presidente do CNS na reunião N^o174 de 2007 refletiu sobre a derrota da sociedade brasileira. Para a liderança do CNS, a política de Estado dos anos 90,

culminou na ampliação de um modelo imperialista, cujo desdobramento, entre outros, foi a precarização, tal como destacado:

[...]o povo brasileiro foi derrotado ao não se incluir a saúde como atividade específica do Estado e, que, em função dessa derrota, houve uma série de desdobramentos da década de 90, culminando em um processo de privatização do Sistema no aprofundamento do modelo imperialista, hospitalocêntrico e elitista e em um processo de precarização (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007a).

Torna-se oportuno destacar que, nessa mesma reunião, fez-se uma discussão substantiva sobre Modalidades de Gestão no SUS com foco para Fundação Estatal, a qual teve participação de representantes do governo e da sociedade.

O exame da inclusão da lei de responsabilidade fiscal no debate do CNS apontou para a necessidade de desenvolver a questão segundo quatro conteúdos quais sejam: como incentivo a terceirização e indutora de vínculos precários; como obstáculo ao desenvolvimento do SUS diante da fragilidade orçamentária dos municípios, como danosa à política de saúde e a emergência de proposta de flexibilização e revisão da LRF.

A questão da lei de responsabilidade fiscal tem seu primeiro registro em 2005, mantendo-se como tema recorrente nos anos seguintes, em especial nos dois últimos, ou seja, 2009 e 2010.

Reforçando a importância da lei na agenda da saúde, no ano de 2007, o Conselho Nacional recomendou sua inclusão como tema amplo a ser introduzido na XIII Conferência Nacional de Saúde.

A primeira ocorrência ou destaque da LRF como obstáculo ao desenvolvimento da política de saúde foi registrada na reunião 152/2005. Nela, a LRF é apontada como “gargalo” para ampliação do PSF e conseqüentemente para o sistema de saúde.

Nessa área, vocês sabem que nós temos gargalos importantes: carência de profissionais, lei de responsabilidade fiscal impedindo a ampliação da contratação, problema da precarização das relações de trabalho, entre outros. Então, nós estamos realizando estudo aprofundado sobre como podemos enfrentar o gargalo que limita a ampliação do Programa Saúde da Família no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005b).

A utilização dessa mesma expressão foi identificada quatro anos depois na reunião 201/2009. Nela, a LRF é tratada como impedimento a contratação de recursos humanos, nas políticas públicas como as de saúde, educação e segurança.

Também enfatizou que a Lei de Responsabilidade Fiscal é outro gargalo, pois impede, por exemplo, a contratação de recursos humanos, que são fundamentais para três áreas – saúde, educação e segurança (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009c).

Cumprе salientar que, pela análise das atas, ainda em 2005, observou-se o registro da LRF como indutora de vínculos precários na saúde. Note-se que, na reunião 155/2005, o tema central de debate foi a precarização dos vínculos trabalhistas. Nela, a LRF foi destacada como limite e como aspecto que fortalecia a precarização no Saúde da Família.

O fato é que a situação de dificuldade de acesso é muito grande e muitos municípios, embora com boa vontade para construir a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, não conseguem fazê-lo por várias razões – limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal, que é um fator, inclusive, que termina por fortalecer o processo de precarização do estabelecimento das relações de trabalho, particularmente, no Programa de Saúde da Família (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

Avaliou que os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal trazia limites à contratação, com isso, houve maior terceirização dos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005d).

Nesse mesmo ano, na exposição da representação da CUT que ocorreu na reunião N^o 159/2005, novos registros foram observados. Na análise da conjuntura nos anos 90, os limites impostos pela LRF criavam impedimentos para administração pública, mesmo que se mantendo o espírito republicano. Esse aspecto é demonstrado conforme exposição abaixo:

Destacou que esse processo teve impactos no SUS, levando a privatização e terceirização, por meio de transferência de serviços de saúde para OS e OSCIP, cooperativas, filantrópicas, fundações de apoio das universidades e fundações privadas. Salientou que o movimento de privatização tornou-se imposição também a administrações que possuíam espírito republicano e de avanço dos serviços públicos, mas esbarraram em limites da lei. Além disso, destacou como impactos no SUS: precarização do trabalho: CLT sem concurso e sem estabilidade, contratos precários de trabalho; liberalidade administrativa: compras, contratação de pessoal, sem fiscalização dos órgãos de controle interno e externo; rotatividade e instabilidade das equipes: dificulta criação de vínculos com os usuários e a responsabilização da equipe; ausência de controle social; e burla do acesso universal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005e).

A questão da fragilidade e limite orçamentário dos municípios é registrada na reunião de N^o 187/2008. Pela declaração abaixo, verifica-se que a LRF é acusada de obstaculizar o avanço da política pública, sobretudo diante das restrições no orçamento municipal.

Enfatizou ainda que os municípios não possuem orçamento pela Lei de Responsabilidade Fiscal que, na sua avaliação, é positivista, privatizante e inconstitucional. E, além disso, foi feita junto com a legislação das OSCIPs e OSs para impedir o avanço da política pública (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008c).

A questão da LRF como obstáculo ao desenvolvimento do SUS foi objeto de destaque nas atas de N^o 159/2005; N^o 183/2008; N^o 201/2009. Apesar do reconhecimento de que a lei introduziu aspectos positivos, como as restrições para o endividamento irresponsável, a questão do limite para as despesas com pessoal aparece como obstáculo ao desenvolvimento da política de saúde, conforme se observa nas declarações.

[...].destacou que nesse período entrou em vigor a Lei de Responsabilidade Fiscal que apresenta dois aspectos, o primeiro, na sua avaliação positivo, refere-se à definição de limites ao endividamento irresponsável e, de outro lado, um aspecto que merece reflexão, porque diz respeito ao estabelecimento de limites para despesas de pessoal e, em decorrência, limites à universalização dos serviços sociais públicos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005e).

[...] disse que a gestão municipal enfrentava dificuldades em relação aos limites percentuais da Lei de Responsabilidade Fiscal para contratação. Destacou que o CONASEMS não sabia qual a melhor saída para resolver as dificuldades de dialogar com a demanda social para a saúde com a atual formatação da legislação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008c).

Pelos aspectos expostos até aqui, a LRF é vinculada como causadora de dificuldades incomensuráveis e, portanto, danosa para política de saúde:

E ressaltou que a Lei de Responsabilidade Fiscal, na verdade, tem colocado dificuldades incomensuráveis para o SUS e para os Gestores Públicos, levando a muitos a entregarem o patrimônio público para gestão de OS's. E diante do exposto defendeu: 1^o A Lei de Responsabilidade Fiscal não pode existir para permitir ilegalidade no sistema, por meio de terceirização da gestão; 2^o Questiona-se a constitucionalidade da referida Lei, porque a Constituição Federal afirma que Saúde é direito de todos e dever do Estado, não sendo admissível uma Lei infraconstitucional que impeça a viabilização do Sistema Único de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010b).

[...]..primeiro, reiterou que a determinação da lei de responsabilidade fiscal, no que se refere ao gasto com pessoal é danosa para a saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010b).

A situação de a LRF vir sendo relacionada aos aspectos negativos mencionados colaborou para o destaque da proposta de flexibilização e revisão da LRF, ainda em 2005.

Mas, a análise da evolução das discussões do CNS entre 2004 a 2010, demonstraram que o conjunto de afirmações e argumentos, dos diferentes representantes do CNS quanto aos impedimentos gerados pela LRF, resultaram na emergência e defesa intensiva de mudanças na LRF, ou sua flexibilização para o setor saúde. Assim, em 2008, o CNS defendeu como resolução:

[...]..que a Lei de Responsabilidade Fiscal seja revisada considerando o seu impacto na gestão das políticas públicas de saúde tendo em vista que as políticas de saúde para serem implementadas necessitam essencialmente de recursos humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 2008a).

A partir de então, esses argumentos tendem a apresentar maior ocorrência de registro. Em 2009, mereceram destaque nas atas de 196, 199, 203 e 204.

Na primeira, defende-se a revisão da lei considerando-se seu impacto frente à essencialidade dos recursos humanos para o setor saúde:

Com relação a orçamento e financiamento do SUS: que os recursos que compõem o orçamento para financiar as ações e os serviços públicos de saúde não sejam contingenciados; que a Lei de Responsabilidade Fiscal seja revisada, considerando o seu impacto na gestão das políticas públicas de saúde, tendo em vista que as políticas de saúde para serem implementadas necessitam essencialmente de recursos humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009c).

Na segunda, a LRF é apontada como contrária a Lei nº. 8.142, visto que, por impedir os gastos com pessoal, acaba por inviabilizar a garantia da saúde:

Avaliou que é preciso modificar a Lei de Responsabilidade Fiscal, porque contraria a Lei nº. 8.142, tendo em vista que impede a garantia da saúde como direito de todos ao limitar o gasto com pessoal (no caso da saúde, os recursos humanos são imprescindíveis), (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009d).

Nas reuniões sucessivas 203 e 204/2009, destaques de alteração da lei são reforçados, sendo que, na última, tal recomendação aparece relacionada com a possibilidade de mais investimentos para área social. Assim:

[...]e Alteração na Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à área da saúde”(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009f).
...revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal. Destacou, ainda, a necessidade da revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal para que mais investimentos possam ser direcionados para a área social, um instrumento importante para

a valorização profissional dos trabalhadores da área de Saúde e o atendimento com qualidade aos usuários em risco de morte (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2009g).

Em 2010, a proposta de flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal para saúde foi colocada na primeira reunião anual N°205/2010, ou seja, como proposta da mesa do conselho nacional para agenda política de 2010, ocupando o sexto ponto da lista de prioridades. Nos meses de março e maio do mesmo ano, na reunião extraordinária N°44/2010, a nova agenda política do conselho nacional foi apresentada. A matéria recebeu o seguinte destaque do presidente do conselho:

[...] em suas considerações finais disse que a Agenda Política foi elaborada sobre eixos estruturantes: 1. Regulamentação da EC-29.2. Criação da Carreira única da Saúde. 3. Estabelecimento do Serviço Civil em Saúde. 4. Prover a autonomia administrativa e financeira dos serviços SUS, a partir da regulamentação do parágrafo 8º do Art. 37 da Constituição Federal. 5. Profissionalizar a administração e a gestão do SUS até o cargo de diretor, regulamentando o Inciso V do Art. 37 da Constituição Federal.”6. Flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010a).

Na reunião extraordinária N° 45/2010, foi novamente questionada a constitucionalidade da LRF, apontada como impeditiva ao desenvolvimento do SUS. Frente a tais argumentos, defendeu-se a necessidade de realização de um debate político com vistas à flexibilização da lei:

[...] 3º Fazer-se um debate político a respeito da referida Lei, com o objetivo de flexibilizá-la ou alterá-la de modo a que situações onde esteja em risco a viabilização da Saúde, ela possa pelo menos não atrapalhar (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010b).

Tomando por base os elementos contidos na análise da pesquisa documental das publicações do CONASEMS e das atas do CNS, apresenta-se a seguir, dois quadros sínteses (5 e 6) que descrevem a evolução dos debates sobre as questões de pesquisa propostas.

Questão de pesquisa: Precarização como problema na gestão do SUS		
Ano	Acervo documental do CONASEMS	Registros das Atas do CNS
2004	Após criação da SEGETS 2003, as discussões tripartites resultaram na inclusão da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como um dos eixos do Pacto pela Saúde publicado dois anos mais tarde.	A precarização impedindo a fixação de médicos na atenção básica.
2005	Na teses do CONASEMS de 2005, a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ocupa o 2 ^o lugar na lista de prioridades. Há registro de grandes debates sobre os desafios e rumos do PACS diante dos problemas das formas de contratação de seus trabalhadores. Nesse contexto, a proposição do MS era a de que os trabalhadores vinculados a esse programa deveriam ser contratados mediante seleção pública.	A precarização foi discutida entre os membros a Representante da Central Única de Trabalhadores (CUT).. A precarização aparece relacionada aos obstáculos de expansão da atenção básica, mais especificamente no PSF, porém é referida também na atenção hospitalar e nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs). É reforçada de um lado a necessidade de inclusão da temática da precarização nas pautas do CNS como grande desafio, e de outro, maior número de debates sobre o tema.
2006	Na agenda da Gestão do Trabalho, a precarização foi o ponto de partida das discussões nos eventos preparatórios para organização do XXIII Congresso do CONASEMS no Norte, Sul e Sudeste. No evento do Norte, a precarização é apontada como problema mais amplo que o financiamento. Na carta de Recife (2006) mereceram destaque além da Gestão do Trabalho, a governabilidade local e o Pacto Federativo. No mesmo ano, nas Teses do CONASEMS faz-se um balanço das restrições fiscais resultantes da LRF, visto que, boa parte do volume de recursos da saúde é destinada as despesas de custeio com folha de pessoal. Nesse sentido, colocou-se a necessidade de adoção de medidas frente aos riscos de uma crise de governabilidade na saúde.	A precarização foi introduzida e incorporada como conteúdo de ação estratégica do CNS.
2007	Nos congressos de 2005 a 2007, a precarização como questão da agenda da Gestão do Trabalho foi um aspecto recorrente na arena de debates. Na Carta de Joinville (2007), emerge como resposta aos problemas de precarização dos vínculos, a necessidade de discussão sobre os novos modelos de gestão que possibilitem alternativas para contratação.	Em análise da conjuntura feita pelo presidente do CNS, a precarização é compreendida como desdobramento do modelo de Estado imperialista dos anos 90. A Fundação Estatal foi um aspecto debatido durante uma das reuniões neste ano.
2008	No Congresso de Belém (2008), reitera-se a pertinência de discussão dos novos modelos de gestão com vista a alternativas para contratação de pessoal de forma solidária e cooperativa entre as esferas de governo.	São registrados destaques de precarização no Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) e no próprio quadro de trabalhadores do Conselho Nacional de Saúde. Também houve denúncias de crise da rede de saúde em Brasília que, nas análises feitas, teve como motivação a precarização dos vínculos.
2009	Observa-se a emergência das discussões sobre Fundações Estatais como resposta aos problemas de engessamento para contratação de trabalhadores na Administração Pública.	Destaques da importância do PSF e SAMU nos sistemas de saúde brasileiro, mas, nas análises registradas, tais estratégias encontram-se sob risco de insucesso frente à precarização dos vínculos de trabalho. Também houve denúncia de crise da rede saúde motivada pela precarização nos Estados do Rio Grande do Norte e Alagoas.
2010	Nas mesas de debate do Congresso de Gramado, foram referidos os múltiplos desafios de competências jurídicas e contábeis requeridas aos gestores da saúde.	Denúncias de crise no Sistema de saúde de Pernambuco relacionadas à precarização.

Quadro 5- Matriz Síntese da Análise Documental

Fonte: Elaborado pela autora

Ano	Questão de pesquisa: Precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo ou efeito da LRF	
	Acervo documental do CONASEMS	Registros das Atas do CNS
2004	Após criação da SEGETS 2003, as discussões tripartites resultaram na inclusão da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como um dos eixos do Pacto pela Saúde publicado dois anos mais tarde.	Sem ocorrência.
2005	No congresso de 2005, realizado em Cuiabá, identifica-se o primeiro registro no qual a precarização dos vínculos no SUS é associada como reflexo da LRF. A partir desse ano, essa correlação entre LRF e precarização é mantida nos sucessivos debates dos congressos do CONASEMS.	A LRF é denominada como “gargalo” para contratação na atenção básica e indutora de vínculos precários, sendo então, o primeiro registro do assunto nas atas do CNS. Na análise de conjuntura feita por uma representação da CUT aponta-se que a LRF é capaz de criar empecilhos para administração pública. Há destaques e proposição sobre a necessidade de revisão da LRF.
2006	No Congresso de 2006 em Recife, é mantida compreensão de que a precarização é resultante da LRF.	Sem ocorrência.
2007	Frente à necessidade de maior compreensão das relações entre LRF e precarização, a Carta de Joinville (2007) propõe que sejam realizados estudos voltados para o paradoxo entre LRF e artigo 198 da CF, além do impacto da LRF na contratação em saúde.	A inclusão da LRF como tema amplo na XIII Conferência Nacional de Saúde é recomendada pelo CNS.
2008	Em publicação comemorativa dos 20 anos do CONASEMS, foram denunciados os paradoxos gerados pela LRF para contratação no setor saúde.	Nas atas desse ano, discutiram-se aspectos da fragilidade dos orçamentos municipais e suas restrições financeiras. A LRF adicionada às tais questões de financiamento é colocada como impeditiva ao avanço da política pública de saúde. A LRF é colocada como obstáculo ao desenvolvimento do SUS. Defendem-se mudanças na LRF.
2009	Os limites de contratação frente aos constrangimentos fiscais foram reforçados pelo presidente do CONASEMS como um dos grandes desafios da gestão municipal. Para o MS, as Fundações Estatais podem traduzir-se em saída para uma rediscussão da aplicação LRF.	A LRF é referida como impedimento para contratação de recursos humanos nas políticas públicas como a de saúde, educação e segurança, sendo então um “gargalo” para essas políticas públicas. A LRF é apontada como obstáculo ao desenvolvimento do SUS e como contrária à Lei 8142. Defende-se com ênfase a flexibilização da LRF.
2010	No Congresso de Gramado em 2010, deliberou-se a necessidade de construção de uma agenda republicana de flexibilização da LRF para a saúde e término da responsabilidade criminal do gestor municipal na condição de pessoa física. Uma das mesas do evento teve como tema: Dilemas da Gestão contemporânea, onde se colocou a multiplicidade de habilidades e de conhecimento que são requeridos ao gestor na contratação de trabalhadores, ratificando que a agenda do gestor tem, cada vez mais, se complexificado.	A LRF é apontada como causadora de dificuldades incomensuráveis ao SUS. Frente aos impedimentos gerados pela LRF ao SUS, questionou-se sua constitucionalidade. Defende-se amplo debate político com vista a sua flexibilização.

Quadro 6- Matriz Síntese da Análise Documental

Fonte: Elaborado pela autora

5.2 Os sistemas de informação Finanças Brasil/FINBRA e Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde: características e dimensões de qualidade

5.2.1 Dos esforços em ordenar e classificar os registros do orçamento público: a criação dos sistemas FINBRA e SIOPS

No Brasil, data de 1939 a primeira classificação uniforme das contas orçamentárias. Essa primeira classificação sofreu várias mudanças na denominação e codificação das contas e despesas, limitando a comparação de registros entre os níveis de governo. Somente em 1964, esse problema foi equacionado, quando foi editada a Lei N°4320/1964, ou seja, a legislação que rege o orçamento público. Dessa forma, foi estabelecido um padrão classificatório para o país tendo como base, o critério econômico.

Os desdobramentos da Constituição de 1988 induziram que a Lei N°4320/1964 passasse por novas alterações mediante as Leis Complementares (101/2000) e Leis Ordinárias (SANTOS, 2011).

Com vista a assegurar maior transparência nas despesas públicas, em 1999, foi editada pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) a Portaria N°42/2000 que traduz o esforço do Estado brasileiro em padronizar os procedimentos contábeis das despesas públicas, nos três níveis de governo. A referida Portaria atualiza, discrimina e estabelece conceitos das despesas por função, subfunção, programa, projeto, atividade e operações especiais. Pouco tempo depois, a Portaria Interministerial STN/SOF N°163/2001 estabeleceu normas gerais de consolidação das contas públicas, sendo que, em 2002, os entes subnacionais passaram a contar com uma classificação para os elementos de despesas mais utilizados, mediante a edição do detalhamento das naturezas de despesas. As portarias do STN N° 339/2001 e N°860/2005 reforçaram a ênfase dos órgãos de controle do país em garantir a consolidação das contas de acordo com as imposições da Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2008).

O Manual Técnico de Contabilidade Aplicada ao Setor Público apresenta as orientações necessárias para a União, o Distrito Federal, os Estados e os municípios no que diz respeito à execução de suas contabilidades (BRASIL, 2008).

Mas, esse amplo esforço no sentido de padronização e transparência das contas públicas coloca a necessidade de se considerar dois importantes acontecimentos da trajetória

histórica brasileira: a descentralização das políticas públicas, no final dos anos 80, resultante das novas orientações constitucionais e, uma década mais tarde, a aprovação da LRF, que, mais uma vez, ratifica a necessidade de atenção ao equilíbrio entre receita e despesas nas diferentes esferas. É esse contexto, que se observou, então, uma maior ênfase sobre a necessidade de controle das finanças públicas (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Esse quadro de mudanças com novas responsabilidades colaborou e também imprimiu uma maior atenção ao equilíbrio entre receita e despesa dos entes subnacionais, ou seja, aos aspectos que envolvem as finanças públicas nas diferentes esferas. Nessa direção, verificou-se que desde a Constituição de 1988, houve ações do governo brasileiro no sentido de introduzir e desenvolver sistemas de informação que, alimentados regularmente, consolidassem dados orçamentários dos entes subnacionais.

Pelas questões que se colocam como objeto deste estudo, dois desses sistemas merecerão atenção, quais sejam: o Finanças do Brasil (FINBRA) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Esses sistemas tratam dos aspectos que envolvem os orçamentos dos entes subnacionais do ponto de vista do controle das receitas e das despesas. Contendo dados com complexidades diferentes no que tange ao orçamento público, tais bases são de responsabilidade de diferentes agências de controle e de disseminação da informação, vinculadas a distintas instituições públicas do governo brasileiro.

Torna-se oportuno analisar as características e especificidades desses dois sistemas de informação, aferindo algumas de suas dimensões de qualidade quais sejam: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura. Tais aspectos serão explorados a seguir.

5.2.2 Características e especificidades das Finanças do Brasil (FINBRA) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

O Finanças do Brasil (FINBRA) foi introduzido no país em 1989 sendo um sistema de competência da Secretaria do Tesouro Nacional. O sistema emerge, entre outros aspectos,

da necessidade de acesso a informações financeiras detalhadas no âmbito municipal, tarefa que, antes de sua criação era algo bastante difícil (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Nesta base, estão contidos os dados contábeis dos municípios brasileiros quanto à execução orçamentária (receita e despesa) e balanço patrimonial (ativo e passivo), individualizados por municípios e consolidados por Estados e para todo o Brasil.

Anualmente, compete aos municípios apresentar os balanços consolidados das contas de entes da federação relativas ao ano anterior, conforme artigo 111 e 112 da Lei N°4320, de março de 1964 e da Lei complementar N° 101, de maio de 2000.

Com caráter declaratório, os municípios preenchem formulários com os dados extraídos de seus balanços e encaminha-os na forma de papel ou meio eletrônico para Caixa Econômica Federal que, após consolidação, os envia para a STN (Ministério da Fazenda). A análise e tratamento dos dados são feitos verificando-se o cumprimento das atribuições legais.

No endereço eletrônico da STN, é garantido o acesso aos dados do FINBRA, sendo os arquivos compatíveis com o programa Microsoft Access. A base permite uma infinidade de explorações desde que se saibam os critérios que definem e classificam as despesas e receitas, conforme descrição dos manuais de orientação que são publicados pelo STN.

No FINBRA até 2009, estavam disponibilizadas 170 variáveis relacionadas a receitas e 144 a despesas, além das 28 variáveis específicas das políticas públicas, que no programa, são denominadas despesas por função. A característica de acesso por função permite análises mais específicas dos gastos do setor saúde, que apenas desde 2002, estão separadas do setor de saneamento.

Pela multiplicidade de variáveis, a base permite cálculos de vários indicadores como as despesas com pessoal das esferas subnacionais, além de possibilitar o conhecimento dos orçamentos do conjunto de municípios brasileiros e sua condição de endividamento ou superávit fiscal, haja vista, as exigências de transparência definidas na LRF.

As potencialidades da base de dados do FINBRA foram demonstradas em diversas pesquisas como as de: Dias (2009); Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006); Giuberti (2005); Lima, Carvalho e Schramm (2006); Macedo e Corbari (2009); Medeiros et al (2008); Menezes (2006); Nogueira e Rodriguês (2010); Oliveira, Bruni e Dias Filho (2011); Pinheiro (2009); Santos e Alves (2011); Tristão (2003); Zuccolotto, Ribeiro e Abrantes (2009). Nessas investigações, os autores selecionaram algumas variáveis de despesas e receitas, transformando-as em indicadores para análise dos gastos dos municípios.

É oportuno destacar que, mediante o FINBRA, é possível estabelecer um diagnóstico do perfil de gastos com pessoal dos entes subnacionais e, dessa forma, analisar se estão cumprindo os limites impostos pela LRF, ou seja, se estão excedendo 51,3% de despesas com pessoal que, no caso, traduz o limite prudencial.

Como para acompanhar o cumprimento da LRF interessa conhecer o total geral das despesas com pessoal, ou seja, o volume dessa natureza de despesas para todas as funções ou políticas públicas do município, na base FINBRA, não estão discriminadas as despesas com pessoal em cada setor, dificultando a identificação daqueles que exigem maior volume de gastos com recursos humanos, como é o caso da saúde.

Tal aspecto restringe investigações sobre o peso que os gastos com trabalhadores de saúde têm no total das despesas com pessoal do município, o que limita a compreensão do impacto que trazem as despesas com pessoal da saúde no endividamento e comprometimento fiscal dos entes subnacionais.

Objetivando responder as lacunas de acesso a informações mais detalhadas para política de saúde, entre as quais aquelas relacionadas às despesas com pessoal do setor, foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O sistema, que é de responsabilidade do MS, surge da necessidade de acesso às informações sobre perfil de financiamento e dos gastos das secretarias de saúde. Nele estão registradas e armazenadas as informações de ordem orçamentária dos órgãos públicos de saúde nas diferentes esferas de gestão (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

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 sendo, desde 1999, utilizado por Estados e municípios (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Sua gênese data dos anos noventa. O objetivo de possibilitar transparência e controle da receita da União, em especial dos recursos da origem da arrecadação do Tesouro Nacional e sua destinação, resultou em algumas tentativas frustradas de se estabelecer um Sistema de Vigilância sobre Receita na saúde. Nesse contexto, o MS compôs um grupo de trabalho com vistas ao aprimoramento desse sistema.

O amadurecimento do Sistema de Vigilância sobre Receita na Saúde foi possível graças à parceria entre o MS e Procuradoria Geral da República, além dos apoios do CNS e dos órgãos representativos do coletivo de gestores estaduais e municipais, CONASS e

CONASEMS. No rol de parceiros, também merece destaque a presença do Tribunal de Contas. Desse esforço coletivo, no final dos anos noventa, criou-se o SIOPS.

Pelo exposto, o sistema reflete o objetivo de várias instituições em harmonizar soluções contábeis mediante um sistema que assegurasse facilidade no acesso e preenchimento dos dados (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Segundo Lima (2006) pelo conjunto de indicadores contidos nesse sistema e por outras características, o SIOPS é a única fonte sobre despesa municipal em saúde com informação de forma detalhada e abrangente. Sua amplitude e versatilidade o tornam único no âmbito das políticas públicas do Brasil (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

No SIOPS, estão contidas as informações contábeis sobre o financiamento e os gastos (receitas totais e despesas) com saúde pública dos Municípios, Estados e União (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

O SIOPS disponibiliza quatorze indicadores relativos quais sejam: receita de transferências dos Estados e da União, despesas com pessoal, com investimentos, com medicamentos e com terceiros, despesas total com saúde por habitante, participação das transferências na despesa com saúde e a receita própria aplicada em saúde, sendo que, mediante este último indicador, têm-se os meios para avaliar o cumprimento da EC 29/2000.

A identificação dos elementos que constituem os indicadores é observada no seu dígito inicial, ou seja, as receitas, as despesas e a correlação entre receitas e despesas estão representadas pelos dígitos 1, 2 e 3 respectivamente (BRASIL, 2009).

O SIOPS, pela característica de pertencer ao domínio da função saúde, passou a responder grande parte das demandas por informações mais detalhadas para o setor, como as relacionadas a despesas com pessoal da saúde. O sistema permite conhecer a importância que as despesas com pessoal da saúde têm no volume de despesas do setor saúde, o que responde parcialmente a lacuna deixada pelo FINBRA, que não permite o acesso ao componente das despesas com pessoal da saúde. Por tal aspecto, presume-se que, com o SIOPS, uma lacuna de informação não assegurada pelo FINBRA é suprida.

O conjunto de indicadores disponíveis no SIOPS, além de outras de suas características, fazem desse sistema a única fonte sobre despesa municipal em saúde com informação de forma detalhada e abrangente. Lima (2006) afirma que no campo da política de informação em saúde, o sistema garantiu maior acessibilidade e visibilidade aos dados financeiros dos entes subnacionais no que diz respeito à política de saúde, além de dispor-se

de um instrumento para o acompanhamento do cumprimento da EC 29/2000 (GONÇALVES et al, 2009).

Cabe ainda destacar que, desde 2002, tem-se verificado o aprimoramento do SIOPS em relação à qualidade de seus dados (LIMA, 2006). Medidas como a separação entre as despesas da saúde e do saneamento, a adequação na utilização dos códigos de uso da contabilidade municipal favoreceram a melhoria dos dados, além de dar maior estabilidade nos itens solicitados. Outro fato importante é que, nesse mesmo ano, os dados do SIOPS passaram a integrar o instrumental de controle da Lei de Responsabilidade Fiscal (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

O SIOPS também tem sido explorado por pesquisadores em diferentes estudos. São exemplos: Bezerra et al. (2010); Gonçalves et al. (2009); Lima et al (2006); Lima et al (2009); Lima, Carvalho e Schramm (2006); Sousa et al (2007); Brito e Silva et al, (2010) e. Teixeira e Teixeira (2003).

No prontuário de Bases de Dados, organizado por Faveret (2009), tem-se a sistematização do conjunto dos sistemas de informações do setor público brasileiro com suas respectivas características, e, entre eles, os referentes a bases de dados orçamentários. Com base no referido prontuário, foram sistematizadas e comparadas no quadro 6 as características do FINBRA com as do SIOPS, segundo alguns dos aspectos destacados pela autora: instituição responsável pelo levantamento e divulgação da pesquisa; formas de acesso e formato de apresentação em cada tipo de acesso; tipo de registro; objetivo do sistema de Informação; breve histórico; abrangência geográfica; metodologia; principais variáveis investigadas e descrição das informações levantadas; intervalo entre o período de referência e a divulgação; última data em que o sistema encontra-se disponível; fidedignidade e confiabilidade das informações e status da base de dados em análise.

A caracterização do SIOPS e FINBRA, segundo os aspectos mencionados, aponta para compreensão das dimensões de acessibilidade, oportunidade, clareza metodológica e cobertura destes sistemas, discussão explorada na próxima sessão.

Nome do SI	FINBRA	SIOPS
Instituição Responsável	STN, Coordenação-Geral das Relações e Análise Financeira dos Estados e Municípios (COREM)/Secretaria do Tesouro Nacional	Ministério da Saúde (MS)/Secretaria Executiva (SE), Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento(AESD)
Formas de Acesso e formato de apresentação em cada tipo de acesso	No < http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/ >para; Consultar finanças municipais link Finanças do Brasil - Dados Contábeis dos Municípios	No < http://www.siops.datasus.gov.br >, estão os principais indicadores. Seus numeradores e denominadores para todos os estados e municípios são obtidos em arquivos compatíveis com o Tabet. O detalhamento dos dados informados cabe ao Datasus, que disponibiliza-os em arquivo TXT.
Tipo de Registro	Administrativo	Administrativo
Objetivo do Sistema de Informação	Sistematizar e disponibilizar informações sobre execução orçamentária (receita e despesa) e balanço patrimonial (ativo e passivo) dos municípios	Coletar e disponibilizar informações sobre a execução orçamentária de estados e municípios, de suas receitas e despesas com ações e serviços de saúde.
Breve Histórico	Criado em 1989, (teve) as informações eram digitadas pelos próprios funcionários do Ministério da Fazenda até 1997. Em 1998, após convênio com a Caixa Econômica Federal (CEF), ocorreram mudanças na estrutura da coleta e os dados passaram a ser digitados pelos municípios e consolidados pela CEF.	Começa a ser idealizada em 1995, mas 1999, com a aprovação da EC 29, a ferramenta do SIOPS (é) desenvolvida pelo Datasus, financiada com recurso do Projeto Reforsus. Em 2004, retificado pela Portaria Interministerial nº 446/2004. Atualmente, tem como coordenação a área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do MS.
Abrangência Geográfica	Nacional, por Estado e Município.	Nacional, por Estado e Município.
Metodologia	O FINBRA responde as disposições dos Arts 111 e 112 na Lei 4320/1964 e ao Art 51 da LC 101/2000, relacionadas com a obrigatoriedade de organizar e publicar até 30 de junho de cada ano, os balanços consolidados das contas dos entes federativos relativos ao ano anterior, que vêm sendo feito através da STN. Cabe aos entes preencherem o formulário Quadro de Dados Contábeis Consolidados extraídos de seus balanços. Estes são encaminhados para a CEF através do Sistema de Coleta de Dados Contábeis, consolida-os em arquivo eletrônico e enviados para a STN, que faz o tratamento dos dados.	O banco é alimentado pelos Estados, Distrito Federal e municípios, que preenchem dados declaratórios. O banco mantém compatibilidade com as informações contábeis geradas e mantidas pelos entes subnacionais conforme códigos de classificação de receita e despesas definidas pela STN/MF. Os dados são coletados através de aplicativo de auto-preenchimento fornecido pelo MS <i>online</i> , semestralmente ou no fim do ano. O sistema dispõe de filtros e alertas que auxiliam na qualidade da informação prestada. O setor de contabilidade do ente é responsável pelas declarações que podem utilizar ao preencher os dados contábeis e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos.

Quadro 7- Comparação das Características dos Sistemas de Informação que Consolidam Dados Orçamentários FINBRA e SIOPS.

(Continua)

Nome do SI	FINBRA	SIOPS
Principais variáveis investigadas e descrição das informações levantadas	Disponibiliza informações sobre execução orçamentária, elementos da receita e despesa e balanço patrimonial (ativo e passivo) dos estados e dos municípios. Desde 2005, passou a dispor dos dados de despesa por função e subfunção, conforme Portaria N°42.	Disponibiliza dados de receitas e despesas com saúde, detalhadas conforme plano de contas do STN/MF por fase de receita (prevista, realizada e orçada) e estágio de despesa (dotação, empenhada, liquidada, paga e orçada), entre outros dados. Através de indicadores que relacionam receita e despesas, é permitido simulação dos valores de indicadores por estágio de despesa, por período ou série histórica.
Intervalo entre o período de referência e divulgação	As Informações do ano anterior são divulgadas em agosto do ano em curso	Disponível no início de cada semestre.
Última data em que o Sistema encontra-se disponível	Ano Base/2009	Ano Base/2010.
Fidedignidade e Confiabilidade das Informações	Os dados informados são declaratórios de competência dos gestores. Quando as informações chegam a STN, os técnicos da CEF fazem sua comparação entre os dados publicados no balanço municipal. Quando os dados são enviados da CEF para o SISTN, é também realizado batimento entre as informações das transferências do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) informados pelo município e o que foi de fato repassado pelo STN.	São dados declaratórios de responsabilidade dos gestores. Em 2002, o sistema foi aprimorado, assegurando maior confiabilidade aos seus dados. Introduziram-se mudanças na codificação de receitas e despesas adequando-as ao plano de contas do STN. O sistema de críticas compara os dados de receitas informadas pelos entes subnacionais às bases oriundas da STN (FPM, LC n 87/1996, ITR, ICMS) e do Fundo Nacional de Saúde.
Status da Base de Dados em análise	Base de dados ativa. Utilizada como fonte principal para administração pública municipal.	Base de dados ativa. Utilizada como fonte de dados para as administrações públicas estadual e municipal.

Quadro 7- Comparação das Características dos Sistemas de Informação que Consolidam Dados Orçamentários FINBRA e SIOPS.

(Conclusão)

Fonte: Elaborado pela autora

5.3 Aferição da qualidade da informação do FINBRA: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura.

5.3.1 Acessibilidade

A LRF estabeleceu regras de obrigação de apresentação dos balanços das contas dos entes subnacionais. Assim, com a LRF ficou estabelecido que anualmente compete a todos: União, Estados, Distrito Federal e municípios, apresentarem seus balanços consolidados das contas relativas do ano anterior. A análise e tratamento dos dados são feitos verificando-se os cumprimentos das atribuições legais. Esses dados consubstanciam a base do tesouro nacional denominada, Finanças do Brasil ou FINBRA, cujo acesso é possível pelo site http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/. Nele todas as Informações estão disponíveis para o público externo.

No site da STN, há caminhos de busca aos indicadores fiscais e de endividamentos da União, Estados e Municípios, os quais se encontram contidos no ícone “contabilidade governamental”. Dessa forma, é garantido ao usuário o acesso às informações contábeis, de execução orçamentária, do perfil de evolução das finanças e da situação fiscal do município, sem quaisquer restrições.

Há duas formas de pesquisa aos dados contábeis declarados pelos municípios. A primeira, através da seleção do município para apresentação dos dados consolidados nos Relatórios de Gestão Fiscal (RGF), disponibilizado em arquivo no formato PDF. Neles constam os demonstrativos de informações relativas à despesa total com pessoal, dívida consolidada, concessão de garantias e contragarantias de valores, além das operações de crédito. Nesse caso, o usuário tem acesso ao que foi registrado nos anexos dos Relatórios de Gestão Fiscal (RGF) no qual os valores e parâmetros de apuração do cumprimento dos limites legais seguem descritos com seus respectivos cálculos.

De uma segunda forma, é possível fazendo *download* dos arquivos do FINBRA, desde 1989, que passou a disponibilizar anualmente os dados de receita e despesas da totalidade de municípios do Brasil. A potencialidade de exploração ao FINBRA é tanto maior quanto for conhecimento contábil do usuário, pois, essa competência favorece a seleção das variáveis necessárias para composição e criação de indicadores.

5.3.2 Oportunidade

Quanto à oportunidade, o acesso aos arquivos do FINBRA é garantido após oito meses de conclusão do ano, ou seja, os dados anuais de 2009 são conseguidos em agosto de 2010, ou seja, a periodicidade de divulgação do sistema é anual. A disponibilidade antecipada de acesso aos dados anuais ainda no primeiro semestre é garantida somente através da emissão dos relatórios individualizados em formato PDF.

Nesse aspecto verifica-se que a obtenção dos dados no FINBRA é rápida, apesar de haver algumas restrições visto que, a possibilidade de acesso individualizado aos dados contábeis com indicadores já constituídos no primeiro semestre de cada ano, só permite avaliações individualizadas por esfera de gestão.

5.3.3 Clareza Metodológica

As orientações para o registro, obtenção e manuseio dos dados contábeis estão descritas num conjunto de manuais quais sejam: de Procedimento das Receitas Públicas, Manuais Técnicos de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, de Demonstrativos Fiscais, de Anexos, de Metas Fiscais e Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária.

Nos últimos 10 anos, foram publicadas três edições de Manuais de Demonstrativos Fiscais/ Relatórios de Gestão Fiscal (2001, 2002, 2003), dois Manuais de Procedimento das Receitas Públicas (2004 e 2005) e um Manual Técnico de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (2008), além de um conjunto de portarias. Fez-se o exame das publicações do período de 2004 a 2009.

O Manual Técnico de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, editado em 2008, busca iniciar o processo de consolidação de conceitos, regras e procedimentos relativos às despesas do setor público (BRASIL, 2008).

No manual tem-se o esquema de codificação utilizado para classificação das naturezas de despesas no STN, que, no caso, tem oito dígitos.

O documento favorece a compreensão do Manual de Demonstrativos Fiscais, possibilitando meios para o preenchimento do conjunto dos oito anexos que conformam os RGF. Cada anexo vem acompanhado de um modelo de relatório no qual é detalhada sua composição e as operações que devem ser efetuadas entre as variáveis.

Entre os relatórios, o Anexo I diz respeito ao Demonstrativo de Despesa com Pessoal. Nele, registram-se os dados necessários para identificação da proporção das despesas com pessoal do município em relação a sua receita corrente líquida, e, dessa forma, verifica-se se os gastos com pessoal do município estão de acordo com os limites definidos pela LRF¹¹.

O Manual Técnico descreve os elementos de despesas de maneira pormenorizada e, nos manuais de demonstrativos fiscais a explicação do que deve compor ou não o elemento para efeito de despesa com pessoal é apresentado numa planilha, na qual as linhas explicitam o que deve ser somado ou subtraído para o cálculo final dos gastos com pessoal.

Os aspectos mencionados acima sugerem que a lógica de declaração de dados à STN apóia-se em documentos com regras claras que auxiliam o registro dos municípios. Todavia, é necessário destacar que a natureza da matéria contida nesses manuais, com seu grau de detalhamento bastante técnico, os tornam pouco didáticos aos usuários leigos gerando restrições para seu manuseio.

O cálculo da despesa com pessoal serve de exemplo à questão destacada. Para esse cálculo, é necessário totalizar a Despesa Bruta com Pessoal¹². Nos manuais de demonstrativos fiscais, tem-se o detalhamento dos elementos que compõem Despesa Bruta com Pessoal, o que facilita os somatórios. A forma como cada elemento é registrado nas tabelas de despesas do FINBRA merece maior detalhamento.

O *menu* de abertura da base do FINBRA de cada ano é acompanhado dos seguintes elementos: Apresentação; Tabelas de Resumo; Opções de Consulta: por municípios, por Estado, por Capital ou para todas municipalidades do país; Nota Explicativa; e Consulta Plano de Contas (Anexo 1).

¹¹ A legislação fiscal define para o executivo municipal o limite de 60% da RCL. Aqueles municípios que excedem 51,3% dessa proporção estão sujeitos as sanções e denominam-se municípios no limite prudencial. (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2010)

¹² A Despesa Bruta com pessoal resultam do **somatório de**: Pessoal Ativo+ Pessoal Inativo e Pensionista+ Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização, **deduzindo-se** as Indenizações por Demissão e Incentivos a Demissão Voluntária, Decorrentes de Decisão Judicial, Despesas de Exercícios Anteriores e Inativos e Pensionistas com Recursos Vinculados.

No Plano de Contas, registra-se a variedade das despesas e ou receitas dos orçamentos públicos acompanhadas de suas respectivas codificações, além dos componentes que dela fazem parte (Anexo 2, 3 e 4). Com tais descrições, os usuários têm meios para entender a consolidação das variáveis de acordo com os registros dos manuais.

Assim, no Plano de Contas do FINBRA, os usuários teriam meios para explorar inúmeras variáveis e de compor indicadores, cabendo ao usuário fazer, apenas, as seleções das colunas de acordo com o que propõe investigar. Mas, se o caminho de busca for através das tabelas de receitas e despesas, a descrição contida no plano de contas do FINBRA pode não facilitar e ou garantir ao usuário a composição de indicadores. A Despesa com Pessoal Ativo e conseqüentemente a Despesa Bruta com Pessoal nestas tabelas são difíceis de serem totalizadas e apresentam nomenclaturas diferentes.

O cálculo de despesas com pessoal ativo ilustra bem o caso. Apesar de exaustivamente descrito no manual, não há a variável correspondente nas tabelas de despesas do FINBRA, o que exige do usuário capacidade de identificação e seleção dos elementos necessários para composição e cálculo final.

Nesse caso, verifica-se que há divergências entre os manuais, o Plano de Contas e a base, o que pode gerar ambigüidades de compreensão e seleção das variáveis para os cálculos pelos usuários.

Assim, a capacidade de apoio dos manuais do FINBRA e do Plano de Contas da base pode ficar limitada à etapa de registro dos dados, não sendo suficiente para o manuseio do sistema.

Todavia, há outras possibilidades de busca a esses dados no FINBRA, que garantem aos usuários o acesso às variáveis e indicadores já calculados, apesar dessas informações não se apresentarem nas telas iniciais de exploração do FINBRA, ou seja, estão pouco visíveis.

Como a base tem como plataforma o programa Access, o banco consolida os dados declarados pelos entes subnacionais em diferentes pastas o que permite vários tipos de consultas. Nessas pastas de consultas, os elementos de receitas e despesas que compõem os anexos do RGF são registrados em colunas que seguem com a mesma nomenclatura dos relatórios. Ao usuário, cabe selecionar o município que deseja verificar os dados (Anexo 5).

Por esse caminho de busca, a investigação ao cumprimento dos limites da LRF, no que tange ao Demonstrativo de Despesa com Pessoal, é bastante facilitada a qualquer usuário, visto que o indicador de proporção de despesas com pessoal sobre a receita corrente líquida

do município apresenta-se já calculado, além das variáveis que compõem o numerador e o denominador desse indicador estarem também disponibilizadas.

Essa possibilidade de acesso aos dados do FINBRA, além de garantir agilidade, assevera maior segurança na utilização de variáveis e indicadores, suprimindo a necessidade de quaisquer cálculos pelos usuários.

O desconhecimento dos usuários da existência das pastas de consultas nas quais estão os indicadores já calculados torna menos importante a rapidez e facilidade de acesso as variáveis disponíveis no FINBRA.

Nessa condição, a limitação de conhecimento para seleção e junção de variáveis para composição de numeradores e denominadores com vista e criação de indicadores traduz-se em dificuldades para trato e manuseio do sistema, mesmo que se recorram às fontes de apoio (manuais) da base.

5.3.4 Cobertura

Para avaliação do grau de cobertura do FINBRA é pertinente destacar algumas de suas peculiaridades em relação à obrigatoriedade de declaração de seus dados.

Como já mencionado, a LRF define explicitamente regras de apresentação e publicidade dos balanços das contas dos entes subnacionais. O descumprimento dessas regras e prazos constitui-se em infração que, inclusive, são passíveis de punições com multas, impedimentos para recebimento de transferências voluntárias e/ou na contratação de operações de crédito (BRASIL, 2009).

Considerando-se que a análise e tratamento dos dados declarados pelos municípios são feitos verificando-se os cumprimentos das atribuições legais, podem ocorrer registros incoerentes com dados registrados no sistema em períodos anteriores. Essa situação gera uma relação de municípios denominados pelo sistema como inconsistentes. Nesse caso, pode não haver aplicação de punições, mas, não há meios de acesso aos dados dos entes cujos registros apresentaram-se inconsistentes no FINBRA naquele ano, ou seja, quando o preenchimento e apresentação dos relatórios são inadequados perante as regras definidas no sistema.

Logo, para aferir-se a cobertura do FINBRA, torna-se necessário comparação das relações nominais dos municípios cujos relatórios foram consistentes com o total de municípios segundo estimativas do IBGE no período de 2004 a 2009.

No momento de adoção desse procedimento, um aspecto que merece destaque foi elucidado: o da incongruência das listas de municípios da base do FINBRA frente à relação do IBGE.

Observou-se que, num mesmo ano, entre a base do FINBRA e os registros do IBGE havia municípios com o mesmo código de identificação, mas com nomes das localidades diferentes. Além disso, também se verificaram mudanças de nomes do município na série dos anos analisadas, sem que essas alterações tenham sido introduzidas simultaneamente no FINBRA e nos registros do IBGE. Por fim, também se identificaram diferenças ortográficas no registro de nomes dos municípios. As incongruências das relações dos municípios entre FINBRA e IBGE foram ajustadas em todos os casos possíveis.

Com esse procedimento, foram identificados na relação anual do IBGE municípios que não tiveram ocorrência no FINBRA, ou seja, aqueles cujos relatórios de gestão fiscal apresentavam inconsistência e foram reprovados segundo critérios definidos pelo sistema da STN.

No Brasil entre os anos de 2004 a 2007, segundo fonte do IBGE, havia 5564 municípios, não sendo criada nenhuma nova unidade no período. Entre 2008 e 2009 uma nova municipalidade foi criada resultando em 5565 municípios.

No FINBRA, a relação de municípios com dados consistentes e passíveis de análise no período de 2004 a 2009 foi de 5339, 5271, 5395, 5234, 5050 e 5437, o que totalizou respectivamente numa cobertura de 96%, 94,7%, 97,3% e 95,5%, 90,7 e 97,7% para o total de municípios brasileiros.

A menor e maior frequência de cobertura do FINBRA no período foram observadas então em 2008 e 2009. A permanência de frequências de cobertura no FINBRA no período sempre acima de 90 %, com pequenas variações demonstrou que, quanto a essa dimensão da qualidade, o FINBRA apresenta elevado grau de cobertura, pois permite o acesso aos dados contábeis da quase totalidade dos municípios do país.

Apesar da elevada cobertura, observou-se que nos anos de 2004 a 2007 e em 2009, para uma média de 4,85% das municipalidades brasileiras o acesso ao registro de dados foi impossibilitado.

5.4 Aferição da qualidade da informação do SIOPS: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura

5.4.1 Acessibilidade

O acesso aos dados do SIOPS é disponibilizado no site <http://www.siops.datasus.gov.br>. Grande parte das informações, declaradas pelos municípios sobre despesa e receita do setor saúde, está disponível para o público, exceto algumas consultas de dados multivariáveis que precisam ser solicitados diretamente pela equipe de desenvolvimento do SIOPS.

Há duas formas de pesquisa às informações no sistema quais sejam: acesso aos indicadores municipais individualizados gerando relatórios específicos, ou através do *tabwin*, pelo <http://www.datasus.gov.br/cge/siops/siopsindic/municipios/anual/br.htm>, que permite acesso aos dados por grupos de municípios, por região e Estados, conforme a opção do usuário.

5.4.2 Oportunidade

Os dados são divulgados mediante aplicativo de auto-preenchimento fornecido a cada seis meses pelo MS, e no fim do ano, para execução anual. Dessa forma, os dados do primeiro semestre são disponibilizados imediatamente no semestre seguinte, e os balanços dos registros anuais já no início do ano consecutivo.

Pelas características descritas verifica-se que o SIOPS assegura informações oportunas aos usuários quanto à dimensão de local e tempo. Nota-se então, como reflexo, que a obtenção dos dados do SIOPS é rápida, permitindo aos gestores de saúde o acompanhamento da condição de suas esferas com agilidade.

5.4.3 Clareza Metodológica

As regras de registro, obtenção e manuseio da base estão detalhadamente descritas nos Manuais de Preenchimento do SIOPS, publicados anualmente.

De 2004 a 2008, foram publicadas cinco edições distintas de manuais, e observou-se que, nas edições dos quatro primeiros manuais, o conteúdo estrutural básico foi: Normas, Orientações para preenchimento das Receitas e, das Despesas com saúde que são informadas de maneira desagregada em subfunções: administrativa, vinculadas e informações complementares. Em 2008, identificou-se uma mudança na estrutura do manual que passou a ter como conteúdos: Conceitos básicos, Informes para o correto preenchimento, Dados gerais de Receita e Despesa e a Execução orçamentária por bloco.

A Execução Financeira por Bloco permite captar as informações sobre receitas recebidas pelo município, transferidas pela União, pelos estados e por outros entes federados, e os gastos próprios municipais; detalhando as despesas, tendo como referência os blocos de financiamento, instituídos pela Portaria GM/MS Nº. 698, de 30 de março de 2006, como forma de organização dos repasses federais.

Cumprir destacar que, com essa mudança, não se modificou a forma de contabilização dos municípios. Todavia, como ao fim de cada exercício financeiro deve existir a prestação de contas dos repasses federais através do relatório, visualizam-se as contrapartidas de cada nível da federação no custeio das ações e serviços de saúde, expressas nos componentes dos blocos de financiamento, o que se torna um importante recurso para elaboração do Relatório de Gestão dos municípios (BRASIL, 2008).

A classificação dos elementos de receita e despesa em saúde segue rigorosamente acompanhada de nota explicativa, ou seja, nos manuais descreve-se o conjunto de elementos que a compõem para efeito contábil, além de seu código de classificação respeitando-se os critérios definidos pelo STN, sendo que, acrescidos de dois dígitos finais. Dessa forma, aos 8 dígitos de codificação são adicionados dois no SIOPS. O acréscimo permitiu o detalhamento de alguns itens relevantes para o setor saúde, que antes não estavam previstos no plano de contas.

No manual de 2007, a inclusão de mais um dígito ao sistema de codificação foi destacado. Assim, os códigos de Receita passaram a ser iniciados pelo número 4, e os de Despesas pelo número 3.

Pelos aspectos mencionados e por outros, o exame aos manuais do Sistema revela que a obtenção, trato e manuseio da base SIOPS tendem a ser facilitados, através das orientações e esclarecimentos contidos nos documentos de referência do sistema.

No SIOPS, aos usuários são dispensados esforços no sentido de cálculos, pois nos manuais os indicadores para prestação de contas ao prefeito e ao conselho municipal de saúde são claramente explicados através da descrição pormenorizada dos códigos e variáveis que deverão compor cada numerador e denominador. Pela forma como os indicadores são ilustrados, reduzem-se problemas de ambiguidades na apresentação e compreensão dos dados. Cumpre reiterar que, no SIOPS, a possibilidade de acesso ao indicador já calculado é visualizada claramente no sistema.

Tais características favorecem a compreensão do que o indicador pode revelar, tornando a informação mais compreensível e acessível a qualquer usuário.

A partir de 2006, inovações foram introduzidas nos manuais com o registro das imagens das planilhas de dados de preenchimento do SIOPS. A pequena mudança permite uma maior compreensão do processo de registro de dados no sistema, haja vista, introduzir uma mesma linguagem visual para o usuário que, quando recorre ao manual, tem as telas correspondentes que se sucedem no momento em que irá declarar os dados. O sistema apresenta recursos de ajuda para o preenchimento. Além disso, o SIOPS dispõe de programa que oferece diferentes filtros de consistência restringindo a entrada indevida de dados (BRASIL, 2009).

Com isso, o registro de dados passa a ter uma linguagem mais clara e didática, o que tende a se refletir na melhoria da qualidade do sistema, pois facilita o conhecimento sobre o que se irá informar.

5.4.4 Cobertura

Quanto à cobertura, a lógica de registro dos dados do SIOPS tem aspectos que o diferem bastante do FINBRA.

No SIOPS, os registros dos entes subnacionais partem das declarações que são feitas sem que sobre eles recaiam quaisquer tipos de sanções se não declarados, ou seja, os municípios ficam isentos de punições, independente de alimentação dos dados.

Apesar de, no SIOPS, o sistema de críticas compara os dados das receitas informadas pelos municípios às bases oriundas da Secretaria do Tesouro, seus relatórios estão sujeitos a testes de consistência diferentes daqueles do FINBRA. Também é oportuno destacar que são permitidas aos gestores novas atualizações dos dados ao término de cada semestre.

Para aferição da cobertura no SIOPS no período também se partiu da comparação das relações nominais dos municípios declarantes nesse sistema com as listas anuais do IBGE.

As melhores coberturas do SIOPS foram identificadas nos anos de 2004, 2005 e 2007 representados por um total 5539 municípios, ou seja, 99,6% de cobertura para cada um dos anos. Em 2006, 2008 e 2009 a cobertura de acesso aos dados foi respectivamente de 99,5%, 98,8 e 99% para os do total de municípios brasileiros.

Assim, a capacidade de declaração dos municípios no SIOPS foi discretamente superior à cobertura do FINBRA, o que reforça o status do sistema, pois garante amplo acesso aos dados de receita e despesa do setor saúde das esferas municipais tal como assinalado por Teixeira e Teixeira (2003), que se detiveram ao estudo dessa base de dados. No gráfico 1, a frequência de cobertura de dados obtido no SIOPS, no período de 2004 a 2009, foi comparada ao IBGE e FINBRA.

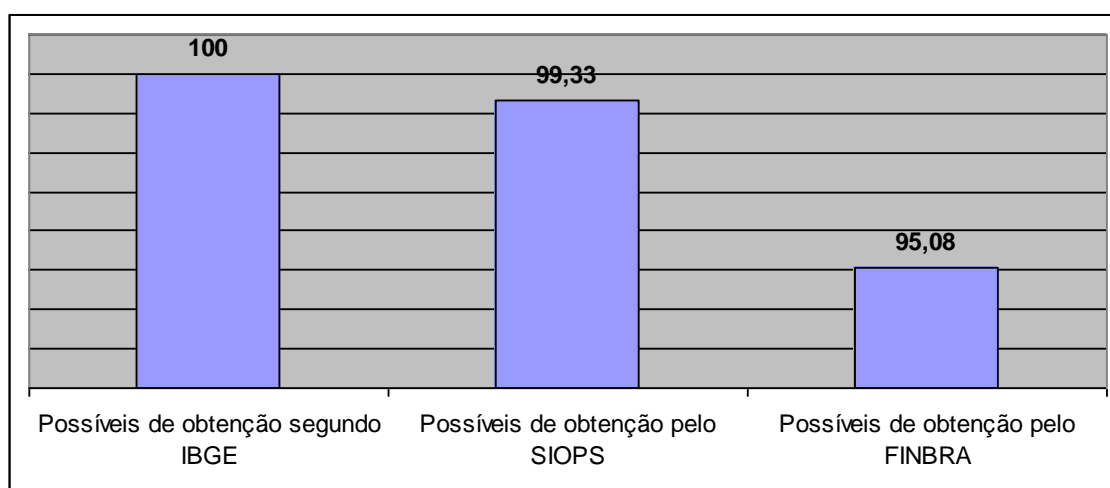


Gráfico1- Frequência de obtenção de registros de dados dos municípios IBGE, SIOPS e FINBRA, Brasil de 2004 a 2009.

Fonte: IBGE, SIOPS e FINBRA, 2004 a 2009.

Objetivando estabelecer relações entre as dimensões de qualidade do FINBRA e SIOPS, abaixo se apresenta uma síntese das dimensões analisadas.

- a) Quanto à dimensão de acessibilidade: FINBRA e SIOPS dispõem de sítio eletrônico o que permite acesso rápido na obtenção de dados.

- b) Quanto à dimensão de oportunidade: FINBRA e SIOPS oferecem aos usuários acesso a informações oportunas quanto à dimensão local e de tempo.
- c) Quanto à clareza metodológica: o FINBRA publica com periodicidade, manuais e documentos que auxiliam no acesso dos usuários as bases, todavia são pouco claros e didáticos, com aspectos que geram ambiguidades na compreensão de usuários menos familiarizados com linguagem contábil em especial quando se observam as tabelas de domínio de valores e as orientações para composição dos indicadores. Há possibilidade de acesso a indicador, mas esse é apresentado em pastas específicas. No SIOPS os manuais de preenchimento do SIOPS são publicados anualmente com linguagem clara, didática e sem ambiguidades. Acesso aos indicadores de maneira simples e compreensível.
- d) Quanto à cobertura: O FINBRA apresentou coberturas superiores a 90% em todo o período, sendo a menor e maior delas identificadas em 2008 e 2009 com 90,7 e 97,7% respectivamente. No SIOPS, em todo o período, as médias de coberturas foram superiores ao FINBRA, ou seja, aproximadamente 95%. A menor e maior delas foram identificadas em 2009 com 90% e em 2004, 2005 e 2007 quando o sistema permitiu o acesso aos dados de 99,6% dos municípios brasileiros.

5.5 Procedimentos adotados entre as bases FINBRA e SIOPS: o pareamento

Considerando-se o propósito de identificar simultaneamente registros de dados nos dois sistemas, cabe discorrer sobre os procedimentos preliminares necessários a assegurar a intersecção entre as bases.

A adoção de tais procedimentos permitiu que as análises de proporção de despesas com pessoal do município; capacidade de arrecadação, dependência a recursos de transferências e proporção de gastos com pessoal da saúde tenham como universo uma mesma relação de municipalidades no período de 2004 a 2009 nos sistemas de informação.

Sabendo-se que a cobertura de municípios declarantes do SIOPS foi superior à base do FINBRA, buscou-se identificar quais municípios estavam inclusos nas duas bases. Tal procedimento elucidou que há um conjunto de municípios com dados exclusivamente disponíveis em apenas um dos sistemas.

No objetivo de fazer a intersecção entre os sistemas, suprimiram-se todas as municipalidades que não tiveram representação nas duas bases em cada um dos anos. Desse procedimento resultou uma relação preliminar de municípios pareados que apresentou variação nas frequências e distribuição anual.

Sabendo-se que as avaliações propostas para o estudo deverão ter como universo a mesma relação de municipalidades para quaisquer dos anos, novos critérios de exclusão foram adotados.

Assim, além da identificação do município também foi considerada a regularidade de acesso aos dados dos quatro indicadores pesquisados entre 2004 a 2009. Dessa forma, excluíram-se os municípios que não apresentaram continuamente o registro dos indicadores no período. Dessa supressão, garantiu-se ao final 4356 municípios, que é então, o universo das bases, para fins deste estudo.

Considerando-se que, segundo IBGE, para todo o período estudado seriam possíveis 33.386 registros de dados, após adoção das medidas finais de supressão, obteve-se com o pareamento uma cobertura total de 78,2% municípios brasileiros.

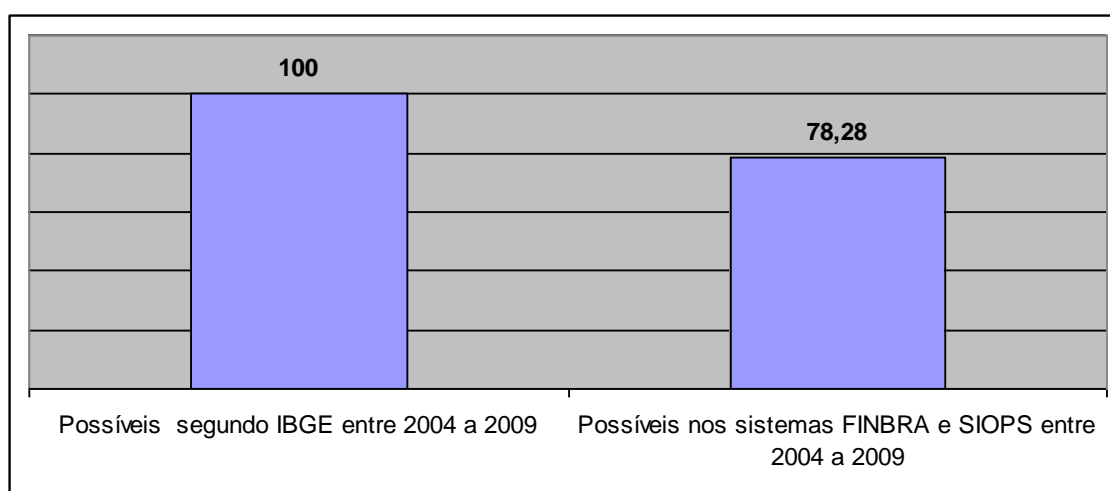


Gráfico.2- Frequência de obtenção de dados dos municípios pareados no FINBRA e SIOPS, Brasil de 2004 a 2009.

Fonte: IBGE, SIOPS e FINBRA, 2004 a 2009

Portanto, as análises dos indicadores de proporção de despesas com pessoal do município, capacidade de arrecadação município, proporção de transferências

intergovernamentais e proporção de gastos com pessoal da saúde têm como universo 4356 municípios brasileiros, os quais foram analisados no período de 2004 a 2009, por regiões e segundo estrato populacional.

No gráfico 3, tem-se a comparação da distribuição dos municípios pareados com o total de municípios possíveis pelo IBGE segundo regiões.

Verifica-se que, com o pareamento, as maiores coberturas foram asseguradas para as regiões sudeste e nordeste, ou seja, do conjunto de municipalidades dessas regiões segundo o IBGE, após o pareamento teve-se como cobertura de 32,6%, 27,8% das municipalidades destas regiões. A região norte representou a menor proporção de ocorrências após pareamento, 5,9%.

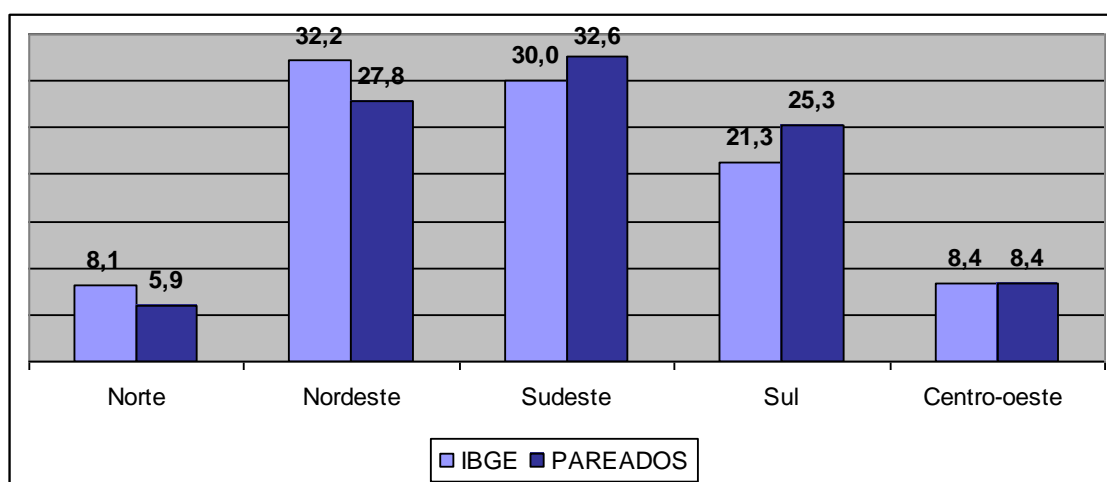


Gráfico 3- Comparação entre a distribuição dos municípios pareados com as ocorrências no IBGE, segundo Regiões do Brasil.

Fonte: IBGE, SIOPS e FINBRA, 2004 a 2009

No gráfico que compara a distribuição dos municípios no IBGE em relação aos pareados, segundo estrato populacional, demonstra-se que as melhores coberturas após o pareamento foram garantidas respectivamente nos municípios com população de ≤ 10.000 habitantes, $>20.000 \leq 50.000$; $>50.000 \leq 100.000$, $>100.000 \leq 500.000$ e acima de 500.000 habitantes. A menor cobertura após pareamento foi observada no porte $>10.000 \leq 20.000$.

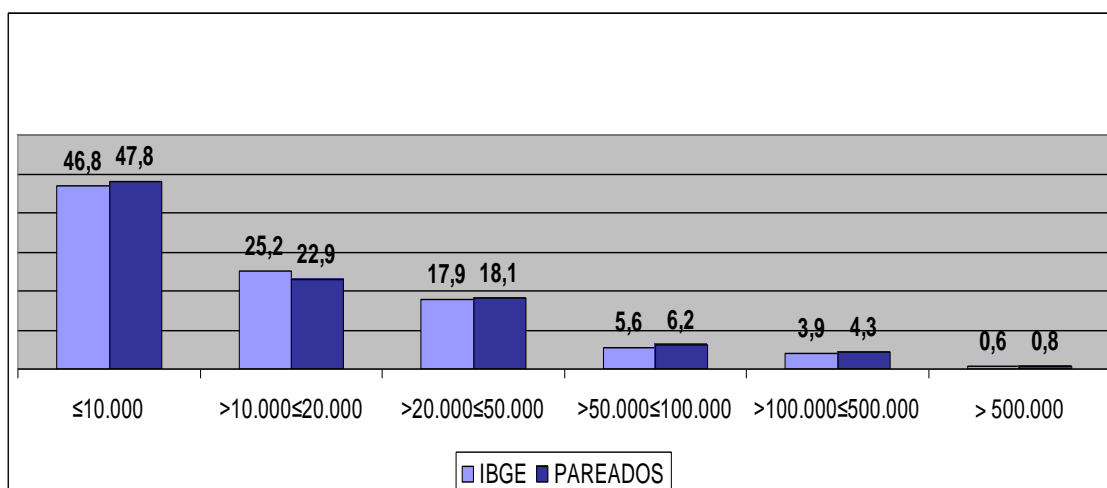


Gráfico 4 Comparação entre a distribuição dos municípios pareados com as ocorrências do IBGE, segundo estrato populacional, Brasil.

Fonte: IBGE, SIOPS e FINBRA, 2004 a 2009

Na tabela 1, com base no universo da pesquisa, fez-se a relação entre região e porte dos municípios pareados. Observa-se que as regiões sudeste, nordeste e sul participam respectivamente com 32,6%, 27,8% e 25,3% do total de municípios a serem analisados.

No porte populacional as proporcionalidades de distribuição para a totalidade das cidades brasileiras, foram de 47,8% de municípios com população ≤ 10.000 , seguida 22,9% para aquelas entre $>10.000 \leq 20.000$ habitantes. Das 36 maiores metrópoles do país, ou seja, com populações acima de 500.000 habitantes, garantiu-se com o pareamento a análise para 91,7% delas.

A seguir, apresenta-se a tabela e, por fim, na figura 2, apresenta-se a síntese do processo que resultou no pareamento dos dados entre os sistemas.

Tabela 1- Distribuição dos Municípios Pareados por Região e Estrato populacional, Brasil 2004 a 2009.

Porte	Região										Total	%
	Norte	%	Nordeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Centro - Oeste	%		
≤10.000	122	5,9	400	19,2	693	33,3	669	32,1	199	9,6	2083	47,8
>10.000≤ 20.000	55	5,5	375	37,7	291	29,2	190	19,1	85	8,5	996	22,9
>20.000≤ 50.000	48	6,1	296	37,5	235	29,8	152	19,3	58	7,4	789	18,1
>50.000≤ 100.000	18	6,7	95	35,2	87	32,2	55	20,4	15	5,6	270	6,2
>100.000≤ 500.000	12	6,5	32	17,3	96	51,9	36	19,5	9	4,9	185	4,2
> 500.000	2	6,1	11	33,3	16	48,5	2	6,1	2	6,1	33	0,8
TOTAL GERAL	257	5,9	1209	27,8	1418	32,6	1104	25,3	368	8,4	4356	100

Fonte: FINBRA e SIOPS, Brasil 2004 a 2009

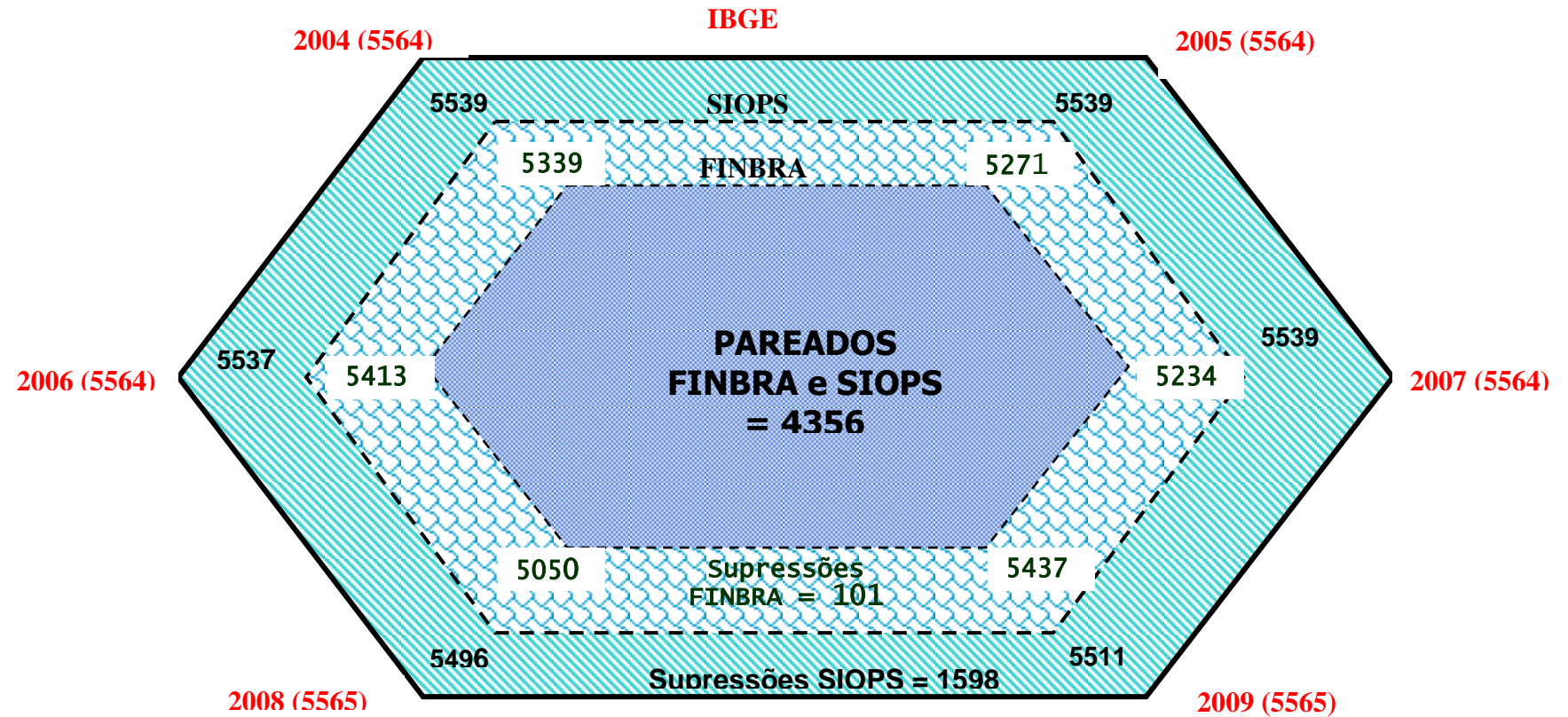


Figura 1-: Procedimentos adotados no pareamento das bases FINBRA e SIOPS no período de 2004 a 2009.

Fonte: Elaborado pela autora

5.6 Despesas com Pessoal, Capacidade de Arrecadação, Proporção de transferências Intergovernamentais e Despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros

5.6.1 Os Municípios e as Despesas Totais com Pessoal

O indicador de Despesas Totais com Pessoal (DTP) reflete as despesas com tudo o que diz respeito ao pagamento de pessoal das estruturas das administrações municipais, em relação à Receita Corrente Líquida do município. Logo, o aumento de suas proporções representa maiores riscos dos municípios descumprirem os limites definidos pela LRF, o que os torna mais propensos às sanções legais. OS municípios foram classificados segundo quartis da distribuição da DTP quais sejam: até 42,38%; de 42,38 a 45,45%; de 45,45 a 48,35% e acima de 48,35%. Os municípios que se incluem no denominado limite prudencial, ou seja, aqueles cujas despesas com pessoal ultrapassam 51,3%, estão representados pois, no último quartil acima de 48,35%.

Na tabela 2, verifica-se a evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios no período de 2004 a 2009, de onde se observa que as maiores frequências são identificadas no 4º e 1º quartis com médias no período de 35% e 34,3% respectivamente. Essa distribuição revela uma tendência de polarização dos municípios em condições de ampla, ou quase nenhuma margem em relação aos limites definidos pela LRF.

A análise no tempo revela também uma tendência de maior comprometimento dos recursos municipais em despesas com pessoal e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade as sanções definidas na lei. Na tabela 2, observa-se que, no ano de 2004, 53,2% dos municípios brasileiros destinavam no máximo até 42,38% de seus recursos nas despesas totais com pessoal, mas, no final do período estudado, 60,1% das municipalidades apresentaram gastos superiores a 48,35%, ou seja, concentraram-se no último quartil.

Assim, os resultados evidenciam que as administrações municipais têm comprometido maior volume de seus recursos com as despesas correntes com pessoal.

Entre 2005, 2006 e 2007, observou-se uma elevação das despesas com pessoal onde 28,1%, 35,9% e 38,4% dos municípios gastaram acima de 48,35% nesse tipo de despesa.

Em 2008, ano que encerra o ciclo de gestão das administrações municipais, notou-se uma redução nessas despesas, ou seja, 36% dos municípios destinando até 42,38% em despesas com pessoal.

No ano seguinte, 2009, momento em que tem início novo ciclo de administração, constatou-se que houve uma importante expansão das despesas com pessoal, com 60,1% dos municípios destinando mais de 48,35% de seus recursos nessas despesas correntes.

Apesar da elevação nesse tipo de despesas nos anos de 2005, 2006 e 2007 e em especial 2009, a constatação de que houve grande proporção de municípios distribuídos nos três primeiros quartis, sugere que as regras de despesas com pessoal não se colocaram como um problema para muitos dos municípios brasileiros no período estudado, uma vez que os quartis de despesas até 48,35% traduzem maior flexibilidade e disponibilidade para as despesas com pessoal.

Tabela 2- Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios no período de 2004 a 2009.

Ano	Despesa Total com Pessoal									
	Até 42,38%	%	De 42,38 a 45,45%	%	De 45,45 a 48,35%	%	Acima de 48,35	%	Total	%
2004	2317	53,2	716	16,4	533	12,2	790	18,1	4356	100
2005	1746	40,1	728	16,7	659	15,1	1223	28,1	4356	100
2006	1402	32,2	721	16,6	669	15,4	1564	35,9	4356	100
2007	1248	28,7	697	16,0	737	16,9	1674	38,4	4356	100
2008	1568	36,0	809	18,6	715	16,4	1264	29,0	4356	100
2009	692	15,9	461	10,6	583	13,4	2620	60,1	4356	100

Fonte: FINBRA 2004 a 2009

A Evolução das Despesas Totais com Pessoal por região no período de 2004 a 2009 (Tabela 3) evidencia que os municípios pertencentes às regiões Sul, Centro-Oeste e Norte concentraram as maiores frequências no 1^o quartil, sugerindo que nessas regiões os municípios apresentaram maior “folga” frente aos limites da LRF.

Nessa perspectiva, no primeiro quartil de despesas com pessoal, observou-se em 2004 e 2008, 67,4% e 41% dos municípios da região Centro-Oeste; a região Sul em 2005 e 2006 registrou 59,4% e 46,3%, e, no ano 2007, 33,5 % dos municípios da região Norte concentram suas despesas no referido intervalo.

Em condição oposta, ou seja, com perfil de despesas com pessoal mais próximo ou descumprindo os limites definidos pela LRF estão as regiões Sudeste e Nordeste que, em todo o período do estudo, concentraram maiores frequências no último quartil, sugerindo que as administrações municipais nessas regiões gastaram mais com pessoal quando comparadas as outras regiões do país.

Como já destacado, o ano de 2009 apresentou significativo incremento de municípios no último quartil, o que aponta num maior comprometimento dos orçamentos municipais em despesas com pessoal.

Todas as regiões apresentaram elevadas frequências de despesas no último quartil, acima de 48,35%, todavia, os municípios da região Nordeste e Sudeste preservaram sua condição de maior comprometimento orçamentário nessas despesas correntes.

Quanto à Evolução das Despesas Totais com Pessoal, segundo estrato populacional no período de 2004 a 2009 (Tabela 4), verifica-se que entre 2004 e 2005, nos seis primeiros estratos de população, a proporção de despesas com pessoal manteve-se no 1^o quartil, com discretas exceções, para os municípios cujas populações eram $>20.000 \leq 50.000$; $>50.000 \leq 100.000$ e > 500.000 habitantes. Em, 2006, 2007 e 2009 nota-se uma mudança no padrão de gastos com pessoal, com elevação nas despesas, ou seja, em todos os estratos predominou as despesas superiores a 48,35%.

No ano de 2008, tal como observado entre 2004 e 2005 as despesas com pessoal dos municípios mantiveram-se em até 42,38% .

Observa-se que, naqueles anos em que os municípios comprometeram maior volume de suas RCL nas despesas com pessoal, ou seja, 2006, 2007 e 2009, os municípios com até 50.000 habitantes foram os que apresentaram as maiores proporções de gastos acima de 48,35%.

Nos anos de 2006 e 2009, os municípios com populações superiores a 500.000 habitantes apresentaram maior comprometimento de suas receitas, ou seja, nos respectivos anos 33,3 % e 54,5 % deles gastaram com pessoal valor superior a 48,35%.

Tabela 3- Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios segundo Regiões, Brasil de 2004 a 2009.

Região	Despesa	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Norte	Total com pessoal												
	Até 42,38%	167	65,0	121	47,1	99	38,5	86	33,5	97	37,7	47	18,3
	De 42,38 a 45,45%	31	12,1	31	12,1	33	12,8	39	15,2	49	19,1	31	12,1
	De 45,45 a 48,35%	36	14,0	34	13,2	32	12,5	38	14,8	37	14,4	41	16,0
	Acima de 48,35%	23	8,9	71	27,6	93	36,2	94	36,6	74	28,8	138	53,7
	Total	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9
Nordeste	Até 42,38%	652	53,9	433	35,8	327	27,0	328	27,1	398	32,9	161	13,3
	De 42,38 a 45,45%	142	11,7	164	13,6	159	13,2	167	13,8	217	17,9	129	10,7
	De 45,45 a 48,35%	146	12,1	166	13,7	157	13,0	174	14,4	199	16,5	162	13,4
	Acima de 48,35%	269	22,2	446	36,9	566	46,8	540	44,7	395	32,7	757	62,6
	Total	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8
Sudeste	Até 42,38%	556	39,2	388	27,4	336	23,7	356	25,1	499	35,2	235	16,6
	De 42,38 a 45,45%	306	21,6	276	19,5	239	16,9	222	15,7	261	18,4	138	9,7
	De 45,45 a 48,35%	222	15,7	281	19,8	259	18,3	260	18,3	255	18,0	187	13,2
	Acima de 48,35%	334	23,6	473	33,4	584	41,2	580	40,9	403	28,4	858	60,5
	Total	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6
Sul	Até 42,38%	694	62,9	656	59,4	511	46,3	361	32,7	423	38,3	196	17,8
	De 42,38 a 45,45%	192	17,4	186	16,8	229	20,7	198	17,9	219	19,8	123	11,1
	De 45,45 a 48,35%	108	9,8	135	12,2	153	13,9	208	18,8	171	15,5	147	13,3
	Acima de 48,35%	110	10,0	127	11,5	211	19,1	337	30,5	291	26,4	638	57,8
	Total	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3
Centro-Oeste	Até 42,38%	248	67,4	148	40,2	129	35,1	117	31,8	151	41,0	53	14,4
	De 42,38 a 45,45%	45	12,2	71	19,3	61	16,6	71	19,3	63	17,1	40	10,9
	De 45,45 a 48,35%	34	9,2	43	11,7	68	18,5	57	15,5	53	14,4	46	12,5
	Acima de 48,35%	41	11,1	106	28,8	110	29,9	123	33,4	101	27,4	229	62,2
	Total	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4
Total Geral	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	

Fonte: FINBRA 2004 a 2009

Tabela 4- Evolução das Despesas Totais com Pessoal dos municípios segundo estrato populacional, Brasil de 2004 a 2009.

População	Despesa Total com pessoal	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
≤10.000	Até 42,38%	1310	62,9	983	47,2	376	18,1	653	31,3	782	37,5	342	16,4
	De 42,38 a 45,45%	318	15,3	333	16,0	774	37,2	353	16,9	374	18,0	229	11,0
	De 45,45 a 48,35%	210	10,1	300	14,4	307	14,7	356	17,1	342	16,4	272	13,1
	Acima de 48,35%	244	11,7	467	22,4	626	30,1	721	34,6	585	28,1	1240	59,5
	Total	2082	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8
10.000 < 20.000	Até 42,38%	484	48,5	349	35,0	161	16,2	257	25,8	350	35,1	151	15,2
	De 42,38 a 45,45%	175	17,6	164	16,5	278	27,9	155	15,6	194	19,5	110	11,0
	De 45,45 a 48,35%	137	13,7	161	16,2	148	14,9	174	17,5	167	16,8	134	13,5
	Acima de 48,35	201	20,2	322	32,3	409	41,1	410	41,2	285	28,6	601	60,3
	Total	997	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9
20.000 < 50.000	Até 42,38%	337	42,7	255	32,3	110	13,9	206	26,1	262	33,2	118	15,0
	De 42,38 a 45,45%	134	17,0	140	17,7	205	26,0	109	13,8	145	18,4	71	9,0
	De 45,45 a 48,35%	124	15,7	120	15,2	136	17,2	130	16,5	136	17,2	99	12,5
	Acima de 48,35%	194	24,6	274	34,7	338	42,8	344	43,6	246	31,2	501	63,5
	Total	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1
50.000 < 100.000	Até 42,38%	110	40,7	90	33,3	35	13,0	66	24,4	100	37,0	45	16,7
	De 42,38 a 45,45%	46	17,0	47	17,4	76	28,1	48	17,8	58	21,5	25	9,3
	De 45,45 a 48,35%	34	12,6	41	15,2	39	14,4	39	14,4	34	12,6	40	14,8
	Acima de 48,35%	80	29,6	92	34,1	120	44,4	117	43,3	78	28,9	160	59,3
	Total	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2
100.000 < 500.000	Até 42,38%	64	34,6	57	30,8	33	17,8	57	30,8	65	35,1	30	16,2
	De 42,38 a 45,45%	38	20,5	41	22,2	56	30,3	25	13,5	35	18,9	21	11,4
	De 45,45 a 48,35%	24	13,0	32	17,3	36	19,5	33	17,8	30	16,2	34	18,4
	Acima de 48,35%	59	31,9	55	29,7	60	32,4	70	37,8	55	29,7	100	54,1
	Total	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2
> 500.000	Até 42,38%	12	36,4	12	36,4	6	18,2	9	27,3	9	27,3	6	18,2
	De 42,38 a 45,45%	5	15,2	3	9,1	13	39,4	7	21,2	3	9,1	5	15,2
	De 45,45 a 48,35%	4	12,1	5	15,2	3	9,1	5	15,2	6	18,2	4	12,1
	Acima de 48,35%	12	36,4	13	39,4	11	33,3	12	36,4	15	45,5	18	54,5
	Total	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8
Total	Geral	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100

Fonte: FINBRA 2004 a 2009

5.6.2 A Capacidade de Arrecadação dos Municípios

No indicador que mede a capacidade de arrecadação dos municípios (CAM) a classificação segundo quartis foi de: até 2,7%; de 2,7 a 4,3%; de 4,3 a 7,7% e acima de 7,7%.

Nesse indicador é calculada a razão entre as receitas de impostos sobre o total das receitas dos municípios, ou seja, as maiores proporções traduzem melhor condição de arrecadação dos municípios e, conseqüentemente, maior autonomia de suas respectivas administrações.

Na tabela 5, que demonstra a evolução da CAM dos municípios no período de 2004 a 2009, verifica-se que os municípios brasileiros têm uma capacidade de arrecadação bastante modesta, haja vista, a maior proporção de municipalidades arrecadarem até 2,7% de tributos.

A evolução do indicador no período de 2004 a 2009, não sugere ter havido uma melhora na capacidade de arrecadação dos municípios brasileiros, haja vista, as maiores concentrações nos dois primeiros quartis, ou seja, com arrecadações até 4,3% de tributos.

Tabela 5- Evolução da Capacidade de Arrecadação dos municípios, Brasil 2004 a 2009.

Ano	CAM									
	Até 2,7%	%	De 2,7 a 4,3%	%	De 4,3 a 7,7%	%	Acima de 7,7%	%	Total	%
2004	1426	32,7	976	22,4	904	20,8	1050	24,1	4356	100
2005	1487	34,1	988	22,7	877	20,1	1004	23,0	4356	100
2006	1266	29,1	1029	23,6	965	22,2	1096	25,2	4356	100
2007	1264	29,0	1022	23,5	983	22,6	1087	25,0	4356	100
2008	1303	29,9	994	22,8	929	21,3	1130	25,9	4356	100
2009	1376	31,6	970	22,3	913	21,0	1097	25,2	4356	100

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

Na tabela 6, verifica-se a evolução da capacidade de arrecadação dos municípios segundo regiões do Brasil, no período de 2004 a 2009.

Como se observa, a região Nordeste apresentou a menor capacidade de arrecadação, pois, os municípios dessa região têm predominância de no primeiro quartil, ou seja, até 2,7% de tributos. Se somadas as proporções de municípios dessa região no 1^o e 2^o quartil, concluí-se que em média 80% das cidades nordestinas arrecadaram no máximo até 4,3% de tributos no período. Só em 2005, para 61,1 % dos municípios da região a arrecadação foi no máximo de até 2,7 de tributos.

A segunda região com menor *performance* de arrecadação foi a região Norte que, no ano de 2009, apresentou sua melhor arrecadação, ou seja, 15,2% dos municípios arrecadaram acima de 7,7% de tributos.

Contudo, é adequado salientar que, ainda assim, os municípios do Norte e Nordeste concentraram suas maiores proporções de arrecadação no quartil que vai de até 2,5%, caracterizando a condição de baixa autonomia dessas regiões. É oportuno destacar que se concentra nelas a maior proporção de municípios com arrecadação inferior a 1% de tributos.

No sentido oposto, ou seja, com maior capacidade de arrecadação estão os municípios localizados nas regiões Sudeste e Sul.

No Sudeste do país, estão os municípios com melhor capacidade de arrecadação, ou seja, arrecadações superiores a 7,7% de tributos. Nessa região, a mínima e máxima proporção de municípios no último quartil foi de 33,9 % para 2005 e 36,8% em 2008, o que totalizou 481 e 522 municípios respectivamente. Somando-se os quartis que expressam maior autonomia municipal, ou seja, aqueles superiores a 4,3 % de tributos, observa-se que nessa região os municípios tiveram, no período, variação mínima e máxima de 55% em 2005 e 59,7% no ano de 2008. O Sul repete a tendência da região Sudeste de maior volume de arrecadação no último quartil.

As cidades que mais recolheram tributos entre 2004 a 2009, ou seja, arrecadação superior a 50% de tributos concentraram-se nessas duas regiões, sendo que as maiores frequências de municípios nessa condição localizavam-se no Estado de São Paulo.

No Centro-Oeste, por todo o período, os municípios apresentaram perfil de CAM predominantemente entre de 4,3 a 7,7. A segunda maior proporção foi representada pelo último quartil, evidenciando que tal como na região Sudeste e Sul os municípios do Centro-Oeste apresentam maior autonomia se comparados aqueles da região Nordeste e Norte do Brasil. Entre 2004 a 2007 aproximadamente 65% dos municípios do Centro-Oeste arrecadaram tributos superiores a 4,3%. Comparando-se essa região com as demais, verificou-se que ela demonstrou proporções maiores de municípios nos dois últimos quartis.

Tabela 6-Evolução da Capacidade de arrecadação dos municípios segundo Regiões, Brasil, 2004 a 2009.

Região 4	CAM	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Norte	Até 2,7%	100	38,9	115	44,7	102	39,7	101	39,3	108	42,0	110	42,8
	De 2,7 a 4,3%	77	30,0	79	30,7	79	30,7	75	29,2	70	27,2	66	25,7
	De 4,3 a 7,7%	47	18,3	36	14,0	42	16,3	46	17,9	42	16,3	42	16,3
	Acima de 7,7%	33	12,8	27	10,5	34	13,2	35	13,6	37	14,4	39	15,2
Total		257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9
Nordeste	Até 2,7%	730	60,4	739	61,1	594	49,1	640	52,9	665	55,0	715	59,1
	De 2,7 a 4,3%	288	23,8	295	24,4	367	30,4	333	27,5	325	26,9	280	23,2
	De 4,3 a 7,7%	125	10,3	109	9,0	167	13,8	165	13,6	140	11,6	133	11,0
	Acima de 7,7%	66	5,5	66	5,5	81	6,7	71	5,9	79	6,5	81	6,7
Total		1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8
Sudeste	Até 2,7%	319	22,5	335	23,6	299	21,1	275	19,4	288	20,3	311	21,9
	De 2,7 a 4,3%	302	21,3	303	21,4	289	20,4	295	20,8	283	20,0	300	21,2
	De 4,3 a 7,7%	294	20,7	299	21,1	316	22,3	338	23,8	325	22,9	294	20,7
	Acima de 7,7%	503	35,5	481	33,9	514	36,2	510	36,0	522	36,8	513	36,2
Total		1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6
Sul	Até 2,7%	227	20,6	255	23,1	240	21,7	198	17,9	203	18,4	197	17,8
	De 2,7 a 4,3%	232	21,0	224	20,3	209	18,9	230	20,8	230	20,8	236	21,4
	De 4,3 a 7,7%	299	27,1	287	26,0	296	26,8	295	26,7	289	26,2	301	27,3
	Acima de 7,7%	346	31,3	338	30,6	359	32,5	381	34,5	382	34,6	370	33,5
Total		1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3
Centro-oeste	Até 2,7%	50	13,6	43	11,7	31	8,4	50	13,6	39	10,6	43	11,7
	De 2,7 a 4,3%	77	20,9	87	23,6	85	23,1	89	24,2	86	23,4	88	23,9
	De 4,3 a 7,7%	139	37,8	146	39,7	144	39,1	139	37,8	133	36,1	143	38,9
	Acima de 7,7%	102	27,7	92	25,0	108	29,3	90	24,5	110	29,9	94	25,5
Total		368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4
Total Geral		4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

Na análise da evolução da capacidade de arrecadação dos municípios segundo porte populacional no período de 2004 a 2009 (tabela 7), verifica-se a baixa autonomia dos municípios com populações de até 10.000 habitantes sendo eles os que menos arrecadaram tributos no período quando comparados aos demais portes populacionais. A mínima e máxima proporção dos municípios de até 10.000 habitantes arrecadando até 2,7% de tributos foi de 31,4% em 2009 e 44% em 2005, ou seja, representados por 655 e 916 municípios.

A melhor *performance* de arrecadação foi em 2009, quando 25,8% das municipalidades com população até 10.000 habitantes, arrecadou tributos superiores a 7,7%. Note-se que em 2004, apenas 9,3% dos municípios desse estrato de população arrecadavam tributos acima de 7,7%.

Salienta-se que, a melhoria na capacidade de arrecadação dos 537 municípios com população ≤ 10.000 habitantes em 2009, concentrou-se na região sudeste e sul do país cuja proporção foi de 84,1%.

A condição dos municípios desse porte, no ano de 2009, difere do observado nos demais estratos de população.

O perfil de arrecadação dos municípios cujas populações têm até 20.000 habitantes demonstraram as menores variações de suas proporções nos quartis.

No período de 2004 a 2008, nos sucessivos estratos, ou seja, aqueles com populações de $>20.000 \leq 50.000$; $>50.000 \leq 100.000$; $>100.000 \leq 500.000$ e > 500.000 , observou-se que houve uma tendência de melhora na autonomia dos municípios, ou seja, nota-se que à medida que se eleva o número de habitantes, torna-se maior a capacidade de arrecadação, que no caso, foi superior a 7,7% de tributos.

Logo, observa-se que há uma tendência de melhores *performances* de arrecadação quanto maior é o tamanho do município, embora, haja exceções, visto que se identificaram dois municípios que apesar de contarem com população > 500.000 habitantes nos anos de 2004, 2006 e 2008 arrecadaram apenas no máximo 2,7% de tributos.

No ano de 2009, com exceção dos municípios com população ≤ 10.000 , em todos os demais cinco estratos de população observou-se uma redução na capacidade arrecadatória, sugerindo queda no grau de autonomia do conjunto das municipalidades do país.

Em 2004 a proporção de municípios nos referidos estratos que arrecadavam até 2,7% de tributos era de 32,3%; 23,2%; 10,%, 2,7% e 6,1%. No final do período estudado (2009), esses mesmos estratos apresentaram uma maior proporção de cidades no 1^o quartil, com 34,1%; 33%; 25,6%; 22,2% e 33,3%.

Tabela 7- Evolução da Capacidade de arrecadação dos municípios segundo estrato populacional, Brasil, 2004 a 2009

População	CAM	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
≤ 10.000	Até 2,7%	887	42,6	916	44,0	834	40,0	800	38,4	811	38,9	655	31,4
	De 2,7 a 4,3%	567	27,2	589	28,3	593	28,5	605	29,0	576	27,7	449	21,6
	De 4,3 a 7,7%	435	20,9	397	19,1	447	21,5	467	22,4	453	21,7	442	21,2
	Acima de 7,7%	194	9,3	181	8,7	209	10,0	211	10,1	243	11,7	537	25,8
	Total	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8
10.000 < 20.000	Até 2,7%	322	32,3	337	33,8	265	26,6	282	28,3	295	29,6	340	34,1
	De 2,7 a 4,3%	214	21,5	205	20,6	234	23,5	220	22,1	228	22,9	221	22,2
	De 4,3 a 7,7%	254	25,5	264	26,5	278	27,9	271	27,2	247	24,8	210	21,1
	Acima de 7,7%	206	20,7	190	19,1	219	22,0	223	22,4	226	22,7	225	22,6
	Total	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9
20.000 < 50.000	Até 2,7%	183	23,2	198	25,1	140	17,7	153	19,4	157	19,9	260	33,0
	De 2,7 a 4,3%	154	19,5	147	18,6	164	20,8	154	19,5	152	19,3	184	23,3
	De 4,3 a 7,7%	145	18,4	157	19,9	169	21,4	175	22,2	164	20,8	163	20,7
	Acima de 7,7%	307	38,9	287	36,4	316	40,1	307	38,9	316	40,1	182	23,1
	Total	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1
50.000 < 100.000	Até 2,7%	27	10,0	30	11,1	21	7,8	24	8,9	32	11,9	69	25,6
	De 2,7 a 4,3%	34	12,6	41	15,2	33	12,2	35	13,0	30	11,1	63	23,3
	De 4,3 a 7,7%	54	20,0	40	14,8	52	19,3	53	19,6	46	17,0	54	20,0
	Acima de 7,7%	155	57,4	159	58,9	164	60,7	158	58,5	162	60,0	84	31,1
	Total	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2
100.000 < 500.000	Até 2,7%	5	2,7	5	2,7	4	2,2	4	2,2	6	3,2	41	22,2
	De 2,7 a 4,3%	6	3,2	6	3,2	5	2,7	7	3,8	8	4,3	50	27,0
	De 4,3 a 7,7%	16	8,6	18	9,7	19	10,3	17	9,2	19	10,3	36	19,5
	Acima de 7,7%	158	85,4	156	84,3	157	84,9	157	84,9	152	82,2	58	31,4
	Total	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2
≥ 500.000	Até 2,7%	2	6,1	1	3,0	2	6,1	1	3,0	2	6,1	11	33,3
	De 2,7 a 4,3%	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	3	9,1
	De 4,3 a 7,7%	0	0,0	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	24,2
	Acima de 7,7%	30	90,9	31	93,9	31	93,9	31	93,9	31	93,9	11	33,3
	Total	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8
Total Geral	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

5.6.3 A Proporção de Transferências Intergovernamentais

Para análise da Proporção de Transferências Intergovernamentais (PTI), ou seja, do grau de dependência dos municípios a recursos externos tomar-se-á como quartis: até 79%; de 79,74 a 84,05%; de 84,05 a 88,6% e Acima de 88,6%.

Note-se que, diferente do indicador que mede autonomia, neste, as maiores proporções traduzem pior condição das administrações municipais, uma vez que a PTI reflete a importância que as transferências têm no volume total dos recursos de cada município. Assim, o indicador mede o grau de dependência a recursos provenientes de transferências.

Na tabela 8, que expressa a evolução da proporção de transferências intergovernamentais dos municípios no período de 2004 a 2009, nota-se o quão importante são esses recursos para totalidade de municípios brasileiros.

De 2004 a 2007 para metade dos municípios brasileiros, as transferências representaram mais de 88,6% dos seus recursos, o que explicita a dependência das administrações locais as várias modalidades de transferências intergovernamentais.

Todavia nos dois últimos anos 2008 e 2009, notou-se uma importante migração dos municípios para os demais quartis, notadamente no primeiro, ou seja, até 79%, de transferências. Esse resultado evidencia ter havido forte dependência dos municípios e coloca a necessidade das administrações municipais incrementarem mais significativamente sua capacidade de arrecadação mediante tributos.

Tabela 8- Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios Brasil, 2004 a 2009.

Ano	PTI									
	Até 79%	%	De 79 a 84,05%	%	De 84,05 a 88,6%	%	Acima de 88,6%	%	Total Geral	%
2004	990	22,7	596	13,7	515	11,8	2255	51,8	4356	100
2005	1043	23,9	609	14,0	526	12,1	2178	50,0	4356	100
2006	1138	26,1	614	14,1	541	12,4	2063	47,4	4356	100
2007	997	22,9	540	12,4	483	11,1	2336	53,6	4356	100
2008	2042	46,9	708	16,3	781	17,9	825	18,9	4356	100
2009	2357	54,1	559	12,8	757	17,4	683	15,7	4356	100

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

Nas tabelas 9 e 10, apresenta-se respectivamente a Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo regiões, e estratos populacionais, no Brasil entre 2004 a 2009.

Na tabela 9, verifica-se que em todas as regiões do Brasil entre 2004 a 2007, os municípios demonstram uma elevada dependência a recursos intergovernamentais, visto que, apresentaram maiores proporções nos dois últimos quartis, embora com maior predominância de transferências acima de 88,6%.

No período de 2004 a 2007, as maiores médias de proporções de municípios no último quartil pertenciam à região norte e nordeste, ou seja, aproximadamente para 56% e 55% das municipalidades dessas regiões, a PTI era superior a 88,6%..

A região que apresentou menores proporções entre 2004 a 2007 nesse quartil é a região centro-oeste, na qual a média de município com PTI no último quartil foi de 45,5%.

Como já mencionado, nos anos de 2008 e 2009 notou-se uma migração dos municípios para os três primeiros quartis, mais notadamente para aqueles cujas transferências intergovernamentais são de até 79%. Nesses dois anos, em todas as regiões, observou-se que as maiores proporções de municípios estão contidas no primeiro quartil, ou seja, transferências de recursos até 79%. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste foram as que mais colaboraram com essa mudança.

Na tabela 10, apresenta-se a Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo estrato populacional.

Verifica-se que, nos anos de 2004 e de 2007, todos os seis estratos de população apresentaram maior dependência a recursos de transferências, haja vista, a maior proporção de municipalidades concentrou-se no último quartil, ou seja, com PTI acima de 88,6%.

Nos anos de 2005 e 2006, a PTI dos municípios pertencentes aos estratos de ≤ 10.000 , $>10.000 \leq 20.000$ e $>20.000 \leq 50.000$ foi também maior que 88,6%, sugerindo que, quando comparadas aos demais estratos, as cidades com população de até 50.000 habitantes apresentaram maior dependência aos recursos de transferências.

Naquelas cidades pertencentes ao quarto, quinto e sexto estrato de população, no ano de 2005 e 2006, a maior proporção de municipalidades concentrou-se no primeiro quartil, ou seja, as transferências intergovernamentais não excederam 79% do total de recursos municipais.

No ano de 2008 e 2009, as mudanças na distribuição dos quartis, com redução da frequência de municípios nas transferências acima de 87,6% e migração destes para os demais quartis notadamente no primeiro foi observada em todos os estratos. Assim, nesses anos, as maiores proporções de municípios se mantiveram de $< 88,6\%$. As tabelas 9 e 10 seguem expressas abaixo.

Tabela 9- Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo Regiões, Brasil, 2004 a 2009.

Região	PTI	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Norte	Até 79%	42	16,3	63	24,5	70	27,2	55	21,4	110	42,8	140	54,5
	De 79 a 84,05%	36	14,0	33	12,8	21	8,2	25	9,7	29	11,3	18	7,0
	De 84,05 a 88,6%	24	9,3	29	11,3	25	9,7	21	8,2	51	19,8	40	15,6
	Acima de 88,6%	155	60,3	132	51,4	141	54,9	156	60,7	67	26,1	59	23,0
Total		257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9
Nordeste	Até 79%	230	19,0	243	20,1	253	20,9	230	19,0	476	39,4	593	49,0
	De 79 a 84,05%	171	14,1	184	15,2	182	15,1	147	12,2	224	18,5	170	14,1
	De 84,05 a 88,6%	144	11,9	127	10,5	120	9,9	126	10,4	194	16,0	204	16,9
	Acima de 88,6%	664	54,9	655	54,2	654	54,1	706	58,4	315	26,1	242	20,0
Total		1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8
Sudeste	Até 79%	390	27,5	388	27,4	453	31,9	364	25,7	760	53,6	831	58,6
	De 79 a 84,05%	181	12,8	188	13,3	188	13,3	178	12,6	206	14,5	178	12,6
	De 84,05 a 88,6%	163	11,5	162	11,4	188	13,3	163	11,5	256	18,1	251	17,7
	Acima de 88,6%	684	48,2	680	48,0	589	41,5	713	50,3	196	13,8	158	11,1
Total		1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6
Sul	Até 79%	225	20,4	258	23,4	261	23,6	263	23,8	488	44,2	572	51,8
	De 79 a 84,05%	163	14,8	155	14,0	167	15,1	135	12,2	190	17,2	152	13,8
	De 84,05 a 88,6%	135	12,2	145	13,1	151	13,7	125	11,3	219	19,8	199	18,0
	Acima de 88,6%	581	52,6	546	49,5	525	47,6	581	52,6	207	18,8	181	16,4
Total		1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3
Centro-oeste	Até 79%	103	28,0	91	24,7	101	27,4	85	23,1	208	56,5	221	60,1
	De 79 a 84,05%	45	12,2	49	13,3	56	15,2	55	14,9	59	16,0	41	11,1
	De 84,05 a 88,6%	49	13,3	63	17,1	57	15,5	48	13,0	61	16,6	63	17,1
	Acima de 88,6%	171	46,5	165	44,8	154	41,8	180	48,9	40	10,9	43	11,7
Total		368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4
Total Geral		4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

Tabela 10 - Evolução da Proporção de Transferências Intergovernamentais nos municípios segundo estrato populacional, Brasil, 2004 a 2009

População	PTI	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
≤ 10.000	Até 79%	498	23,9	311	14,9	346	16,6	478	22,9	756	36,3	1150	55,2
	De 79 a 84,05%	299	14,4	276	13,3	279	13,4	256	12,3	391	18,8	260	12,5
	De 84,05 a 88,6%	241	11,6	206	9,9	243	11,7	234	11,2	434	20,8	375	18,0
	Acima de 88,6%	1045	50,2	1290	61,9	1215	58,3	1115	53,5	502	24,1	298	14,3
	Total	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8
10.000 < 20.000	Até 79%	216	21,7	187	18,8	212	21,3	193	19,4	448	45,0	535	53,7
	De 79 a 84,05%	136	13,7	169	17,0	170	17,1	121	12,1	191	19,2	138	13,9
	De 84,05 a 88,6%	109	10,9	133	13,4	121	12,1	112	11,2	175	17,6	159	16,0
	Acima de 88,6%	535	53,7	507	50,9	493	49,5	570	57,2	182	18,3	164	16,5
	Total	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9
20.000 < 50.000	Até 79%	166	21,0	235	29,8	254	32,2	193	24,5	439	55,6	411	52,1
	De 79 a 84,05%	107	13,6	122	15,5	134	17,0	110	13,9	93	11,8	101	12,8
	De 84,05 a 88,6%	100	12,7	123	15,6	119	15,1	78	9,9	138	17,5	132	16,7
	Acima de 88,6%	416	52,7	309	39,2	282	35,7	408	51,7	119	15,1	145	18,4
	Total	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1
50.000 < 100.000	Até 79%	54	20,0	142	52,6	145	53,7	70	25,9	201	74,4	151	55,9
	De 79 a 84,05%	33	12,2	29	10,7	23	8,5	34	12,6	27	10,0	30	11,1
	De 84,05 a 88,6%	31	11,5	41	15,2	40	14,8	37	13,7	22	8,1	51	18,9
	Acima de 88,6%	152	56,3	58	21,5	62	23,0	129	47,8	20	7,4	38	14,1
	Total	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2
100.000 < 500.000	Até 79%	48	25,9	137	74,1	149	80,5	50	27,0	165	89,2	97	52,4
	De 79 a 84,05%	18	9,7	13	7,0	8	4,3	17	9,2	6	3,2	23	12,4
	De 84,05 a 88,6%	30	16,2	22	11,9	17	9,2	18	9,7	12	6,5	35	18,9
	Acima de 88,6%	89	48,1	13	7,0	11	5,9	100	54,1	2	1,1	30	16,2
	Total	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2
≥ 500.000	Até 79%	8	24,2	31	93,9	32	97,0	13	39,4	33	100,0	13	39,4
	De 79 a 84,05%	3	9,1	0	0,0	0	0,0	2	6,1	0	0,0	7	21,2
	De 84,05 a 88,6%	4	12,1	1	3,0	1	3,0	4	12,1	0	0,0	5	15,2
	Acima de 88,6%	18	54,5	1	3,0	0	0,0	14	42,4	0	0,0	8	24,2
	Total	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8
Total	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	

Fonte: SIOPS 2004 a 2009

5.6.4 Os Municípios e as Despesas com Pessoal da Saúde

Para análise do volume de recursos destinados nas Despesas com Pessoal da Saúde adotou-se como quartis: até 41,33%; de 41,33 a 49,34%; de 49,34 a 57,05% e acima de 57,05%. Note-se que esse indicador tem como denominador o total das despesas Correntes e de Capital do Setor Saúde, logo, através de sua análise é possível aferir qual é o excedente de recursos que fica após pagamento desse componente de despesas nas estruturas da gestão municipal de saúde.

Na tabela 11, que apresenta a evolução das Despesas com Pessoal da Saúde no período de 2004 a 2009, observa-se que apenas para 27% dos municípios as despesas não excederam a proporção de 41,33% do volume total das despesas do setor.

No período de 2004 a 2006 e em 2009, a maior participação de municípios é identificada no quartil de despesas com pessoal da saúde acima de 57,05%.

Entre 2007 e 2008, observou-se uma discreta mudança no padrão das despesas com pessoal da saúde, ou seja, o quartil que teve maior proporção de municipais foi aquele com despesas não superiores a 41,33%.

O 3^o quartil (de 49,34 a 57,05%) foi o que menos apresentou variações na mínima e máxima proporção no período, com 19,2 % (2009) e frequência de 837 municípios, e 23,7% (2006) representada por 1033 municipalidades.

Considerando-se a distribuição dos municípios nos quartis, constata-se que há um importante comprometimento dos recursos da saúde com pagamento de folha de pessoal.

Tabela 11- Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde, Brasil de 2004 a 2009.

Ano	Despesas com pessoal da Saúde								Total	%
	Ate 41,33	%	De 41,33 a 49,34	%	De 49,34 a 57,05	%	Acima de 57,05	%		
2004	1057	24,3	892	20,5	953	21,9	1454	33,4	4356	100
2005	1080	24,8	859	19,7	1014	23,3	1403	32,2	4356	100
2006	973	22,3	810	18,6	1033	23,7	1540	35,4	4356	100
2007	1677	38,5	837	19,2	874	20,1	968	22,2	4356	100
2008	1519	34,9	830	19,1	843	19,4	1164	26,7	4356	100
2009	753	17,3	1187	27,2	837	19,2	1579	36,2	4356	100

Fonte: SIOPS, 2004 a 2009

A Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde segundo regiões do Brasil no período de 2004 a 2009 (tabela 12) revela que entre 2004 a 2006 e, no ano de 2009, os municípios de todas as regiões do Brasil também tiveram suas maiores frequências no quartil que representa

maior volume de recursos nas despesas com pessoal (acima de 57,05%). Todavia, a região Sudeste, seguida do Nordeste, demonstrou as maiores proporções desse quartil.

Em 2007 e 2008, observou-se uma migração dos municípios do 4^o para o 1^o quartil em todas as regiões do país, sugerindo que nesses anos os municípios podem ter ampliado suas margens de recursos para aplicação nas demais despesas que compõem o setor.

Considerando que os quartis do indicador das Despesas com Pessoal da Saúde traduzem volumes de despesas sempre expressivos para as administrações municipais, e que em todas as regiões observou-se que o custeio de folha de pagamento envolve proporções superiores a 57,5% do total das despesas do setor saúde, pode-se afirmar que, indistintamente, os municípios das cinco regiões brasileiras comprometem fatias bastante significativas dos recursos da saúde na incorporação e manutenção de sua força de trabalho.

Na tabela 13, apresenta-se a evolução das Despesas com Pessoal da Saúde no período de 2004 a 2009, segundo estratos populacionais. Como se verifica em todos os seis estratos, as despesas com pessoal da saúde também foram superiores a 57,05%.

Nos municípios com até 10.000 habitantes nos anos de 2004, 2007 e 2008, observou-se que as despesas com pessoal da saúde representaram até 41,33% do volume total das despesas do setor.

De 2004 a 2006 e, em 2009, nos municípios pertencentes aos demais estratos ($>20.000 \leq 50.000$; $>50.000 \leq 100.000$; $>100.000 \leq 500.000$ e > 500.000) identificam-se maiores despesas com pessoal com proporções superiores a 57,05% .

Nas maiores cidades brasileiras, ou seja, aquelas com mais de 500.000 habitantes, em 2004, nas despesas com pessoal da saúde identificou-se que 30,3 % delas, ou gastavam de 41,33 a 49,34, ou acima de 57,05%. Nesse mesmo estrato, em 2007, para 24,2% das maiores metrópoles as despesas com pessoal da saúde apresentaram proporções também iguais nos quartis de 49,34 a 57,05% e acima de 57,05%.

Como na evolução das despesas com pessoal segundo regiões, na análise por estrato populacional não é possível identificar-se padrões de despesas com pessoal em função do tamanho do município. No período estudado, as despesas com pessoal da saúde para as cidades brasileiras independente do lugar (região) e tamanho de sua população representaram um importante componente de destinação de recursos do setor saúde. Nessa perspectiva, pelos resultados não é possível estabelecer uma classificação ou tipologia dos municípios no que diz respeito ao perfil das despesas com pessoal da saúde.

Tabela 12- Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde segundo regiões, Brasil 2004 a 2009

Região	Despesas com Pessoal da Saúde	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Norte	Até 41,33%	63	24,5	61	23,7	57	22,2	99	38,5	85	33,1	67	26,1
	De 41,33 a 49,34%	56	21,8	69	26,8	46	17,9	57	22,2	53	20,6	44	17,1
	De 49,34 a 57,05%	52	20,2	54	21,0	69	26,8	56	21,8	47	18,3	48	18,7
	Acima de 57,05%	86	33,5	73	28,4	85	33,1	45	17,5	72	28,0	98	38,1
	Total	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9	257	5,9
Nordeste	Até 41,33%	303	25,1	310	25,6	271	22,4	469	38,8	427	35,3	336	27,8
	De 41,33 a 49,34%	249	20,6	237	19,6	237	19,6	222	18,4	240	19,9	213	17,6
	De 49,34 a 57,05%	263	21,8	277	22,9	275	22,7	243	20,1	208	17,2	231	19,1
	Acima de 57,05%	394	32,6	385	31,8	426	35,2	275	22,7	334	27,6	429	35,5
	Total	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8	1209	27,8
Sudeste	Até 41,33%	312	22,0	315	22,2	300	21,2	540	38,1	488	34,4	388	27,4
	De 41,33 a 49,34%	274	19,3	271	19,1	260	18,3	261	18,4	253	17,8	231	16,3
	De 49,34 a 57,05%	355	25,0	354	25,0	340	24,0	302	21,3	301	21,2	264	18,6
	Acima de 57,05%	477	33,6	478	33,7	518	36,5	315	22,2	376	26,5	535	37,7
	Total	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6	1418	32,6
Sul	Até 41,33%	286	25,9	312	28,3	270	24,5	432	39,1	404	36,6	304	27,5
	De 41,33 a 49,34%	240	21,7	204	18,5	198	17,9	230	20,8	201	18,2	202	18,3
	De 49,34 a 57,05%	208	18,8	244	22,1	267	24,2	206	18,7	220	19,9	228	20,7
	Acima de 57,05%	370	33,5	344	31,2	369	33,4	236	21,4	279	25,3	370	33,5
	Total	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3	1104	25,3
Centro- Oeste	Até 41,33%	93	25,3	82	22,3	75	20,4	137	37,2	115	31,3	92	25,0
	De 41,33 a 49,34%	73	19,8	78	21,2	69	18,8	67	18,2	83	22,6	63	17,1
	De 49,34 a 57,05%	75	20,4	85	23,1	82	22,3	67	18,2	67	18,2	66	17,9
	Acima de 57,05%	127	34,5	123	33,4	142	38,6	97	26,4	103	28,0	147	39,9
	Total	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4	368	8,4
Total	Geral	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100

Fonte: SIOPS, 2004 a 2009.

Tabela 13- Evolução das Despesas com Pessoal da Saúde segundo estrato populacional , Brasil 2004 a 2009

População	Despesas com Pessoal Saúde	Ano											
		2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
≤ 10.000	Até 41,33%	731	35,1	528	25,3	473	22,7	785	37,7	715	34,3	561	26,9
	De 41,33 a 49,34%	434	20,8	392	18,8	379	18,2	412	19,8	410	19,7	370	17,8
	De 49,34 a 57,05%	411	19,7	483	23,2	493	23,7	420	20,2	394	18,9	405	19,4
	Acima de 57,05%	507	24,3	680	32,6	738	35,4	466	22,4	564	27,1	747	35,9
	Total	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8	2083	47,8
10.000 < 20.000	Até 41,33%	251	25,2	268	26,9	235	23,6	410	41,2	380	38,2	307	30,8
	De 41,33 a 49,34%	212	21,3	189	19,0	176	17,7	173	17,4	166	16,7	151	15,2
	De 49,34 a 57,05%	221	22,2	217	21,8	226	22,7	190	19,1	185	18,6	185	18,6
	Acima de 57,05%	312	31,3	322	32,3	359	36,0	223	22,4	265	26,6	353	35,4
	Total	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9	996	22,9
20.000 < 50.000	Até 41,33%	185	23,4	173	21,9	151	19,1	298	37,8	249	31,6	189	24,0
	De 41,33 a 49,34%	167	21,2	185	23,4	166	21,0	159	20,2	179	22,7	150	19,0
	De 49,34 a 57,05%	186	23,6	202	25,6	205	26,0	171	21,7	166	21,0	152	19,3
	Acima de 57,05%	251	31,8	229	29,0	267	33,8	161	20,4	195	24,7	298	37,8
	Total	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1	789	18,1
50.000 < 100.000	Até 41,33%	65	24,1	64	23,7	67	24,8	100	37,0	99	36,7	75	27,8
	De 41,33 a 49,34%	51	18,9	55	20,4	44	16,3	52	19,3	40	14,8	48	17,8
	De 49,34 a 57,05%	65	24,1	54	20,0	64	23,7	55	20,4	56	20,7	55	20,4
	Acima de 57,05%	89	33,0	97	35,9	95	35,2	63	23,3	75	27,8	92	34,1
	Total	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2	270	6,2
100.000 < 500.000	Até 41,33%	41	22,2	40	21,6	39	21,1	72	38,9	63	34,1	46	24,9
	De 41,33 a 49,34%	41	22,2	29	15,7	39	21,1	36	19,5	32	17,3	29	15,7
	De 49,34 a 57,05%	42	22,7	54	29,2	40	21,6	30	16,2	36	19,5	35	18,9
	Acima de 57,05%	61	33,0	62	33,5	67	36,2	47	25,4	54	29,2	75	40,5
	Total	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2	185	4,2
> 500.000	Até 41,33%	8	24,2	7	21,2	8	24,2	12	36,4	13	39,4	9	27,3
	De 41,33 a 49,34%	10	30,3	9	27,3	6	18,2	5	15,2	3	9,1	5	15,2
	De 49,34 a 57,05%	5	15,2	4	12,1	5	15,2	8	24,2	6	18,2	5	15,2
	Acima de 57,05%	10	30,3	13	39,4	14	42,4	8	24,2	11	33,3	14	42,4
	Total	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8	33	0,8
Total	Geral	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100	4356	100

Fonte: SIOPS, 2004 a 2009.

Considerando-se o objetivo de verificar a relação entre os indicadores até aqui apresentados mediante o emprego do teste de correlação, torna-se necessário apresentar a tabela 14, que descreve as medidas de tendência central e de dispersão dos quatro indicadores.

Para composição da referida tabela, em cada um dos indicadores, calculou-se a média no período de 2004 a 2009. Além disso, criou-se um novo indicador, denominado de autonomia municipal resultante da razão entre os indicadores que medem a capacidade de arrecadação sob o que afere a dependência municipal aos recursos de transferência, ou seja, CAM/PTI. Com base nesse novo indicador, fizeram-se os testes de correlação.

Conforme se observa nos valores, a média e mediana dos indicadores de DTP, CAM, PTI e DPS, quando não iguais, são bastante próximas. A exceção foi para o indicador que mede a capacidade de arrecadação municipal, onde se observou que a média e mediana apresentaram valores discretamente diferentes, ou seja, 6,26 e 4,38.

O indicador que apresentou maior média (83,29) foi o que afere a dependência dos municípios a recursos de transferências. Em condição oposta, observa-se o que mede a capacidade de arrecadação do município cuja média foi de 6,26.

Entre as DTP e o indicador que mede as despesas com pessoal da saúde (DPS), verificam-se semelhanças entre as médias, todavia, como já observado, quanto maior a proporção de despesas com pessoal, mais expostos às sanções da LRF estarão os municípios.

Quanto ao Desvio Padrão, o indicador de DPS teve desvio padrão bem superior ao DTP, sendo inclusive, mais que o dobro. O indicador de autonomia municipal apresentou menor desvio padrão se comparado ao indicador de CAM.

Essas evidências serão retomadas no momento da discussão dos resultados.

Tabela 14-Descrição das Médias dos Indicadores nos Municípios, Brasil de 2004 a 2009.

	Despesas com Pessoal	Capacidade de Arrecadação	Proporção Transferências Intergovern.	Despesas com Pessoal da Saúde	Indicador de Autonomia Municipal
N	4356	4356	4356	4356	4356
Mínimo	28,00	0,65	45,92	5,99	0,01
Média	45,00	6,26	83,29	48,85	0,075
Mediana	45,00	4,38	84,05	49,34	0,052
Desvio Padrão	5,00	5,43	7,69	11,10	0,436
Máximo	60,00	45,73	105,00	78,65	0,97

Nota: O valor máximo do indicador de Dependência a recursos de Transferência (105,00) pode representar erro no registro dos dados.

5.7 Regressão Linear de Tendência e Correlação entre os indicadores

5.7.1 Gráficos das Medianas dos indicadores no período de 2004 a 2009.

Antes da análise de regressão linear da tendência dos indicadores, são apresentados os gráficos de séries históricas dos indicadores de 05 a 08. No primeiro, tem-se o comportamento do indicador de despesa total com pessoal (DTP) dos municípios do Brasil entre 2004 a 2009, no qual se observa uma elevação a partir de 2008.

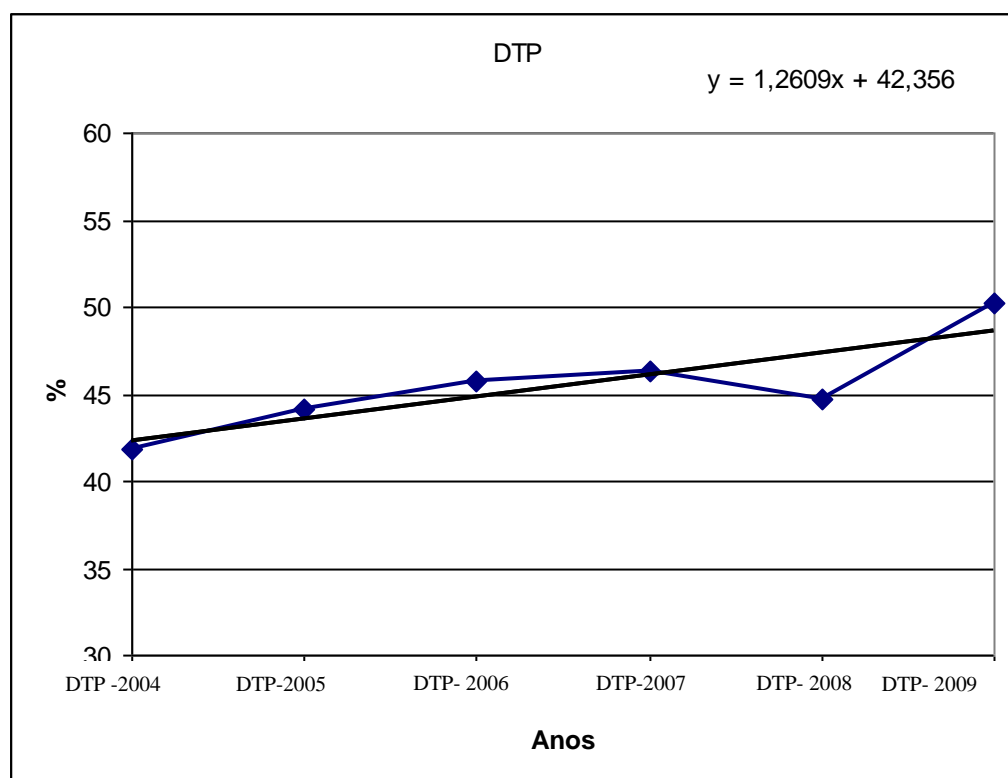


Gráfico 5- Valores para as Medianas das Despesas com Pessoal dos municípios, Brasil, 2004 a 2009.

O gráfico de Análise de Regressão Linear da Tendência do indicador que mede a capacidade de arrecadação (gráfico 6) demonstra que, nos dois últimos anos, houve uma redução no volume de tributos recolhidos pelas administrações municipais, sugerindo uma queda na autonomia dos municípios brasileiros no período.

No indicador que afere a dependência dos municípios aos recursos de transferência, o gráfico de Análise de Regressão de Tendência evidenciou que os municípios brasileiros a partir de 2007 receberam menor volume de recursos oriundos das transferências.

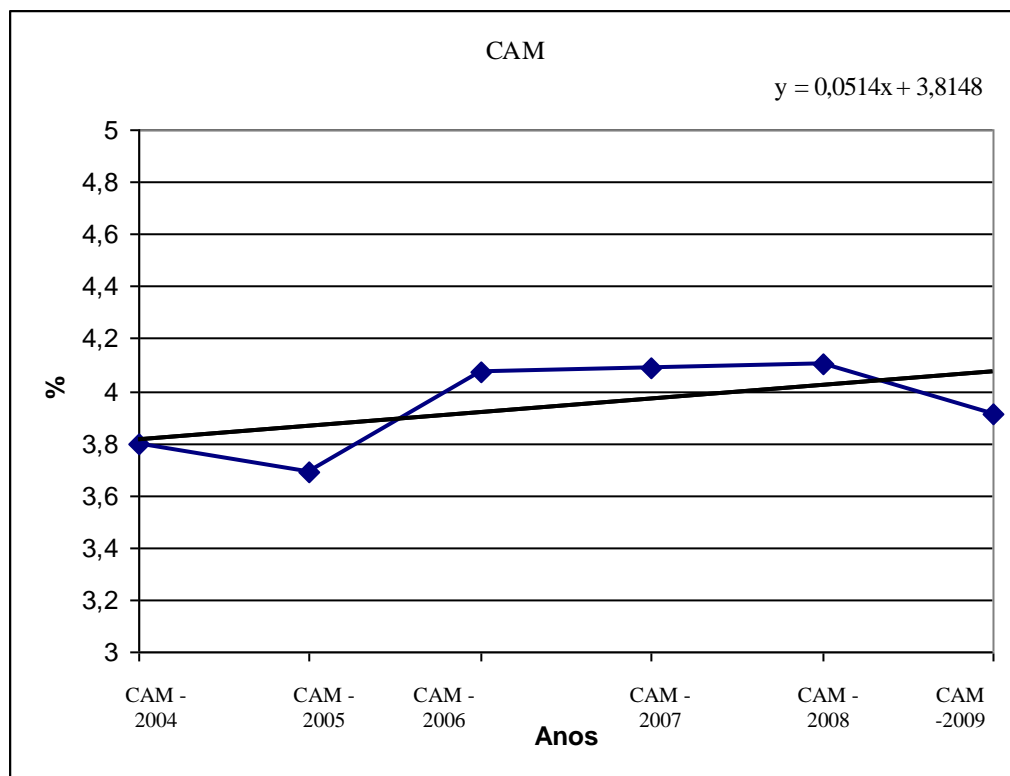


Gráfico 6- Valores para as Medianas da Capacidade de Arrecadação dos municípios, Brasil, 2004 a 2009.

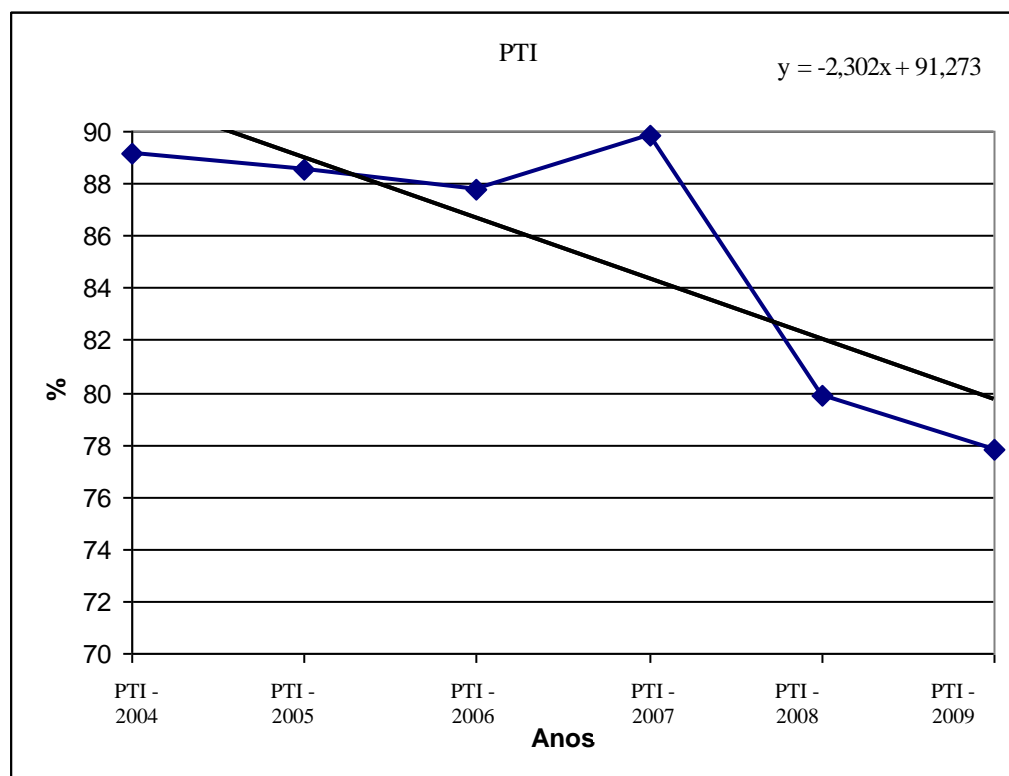


Gráfico 7- Valores para as Medianas da Proporção de Transferência Intergovernamentais para os municípios, Brasil, 2004 a 2009.

Por último, no gráfico 8, tem-se a Análise de Regressão de Tendência das despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros.

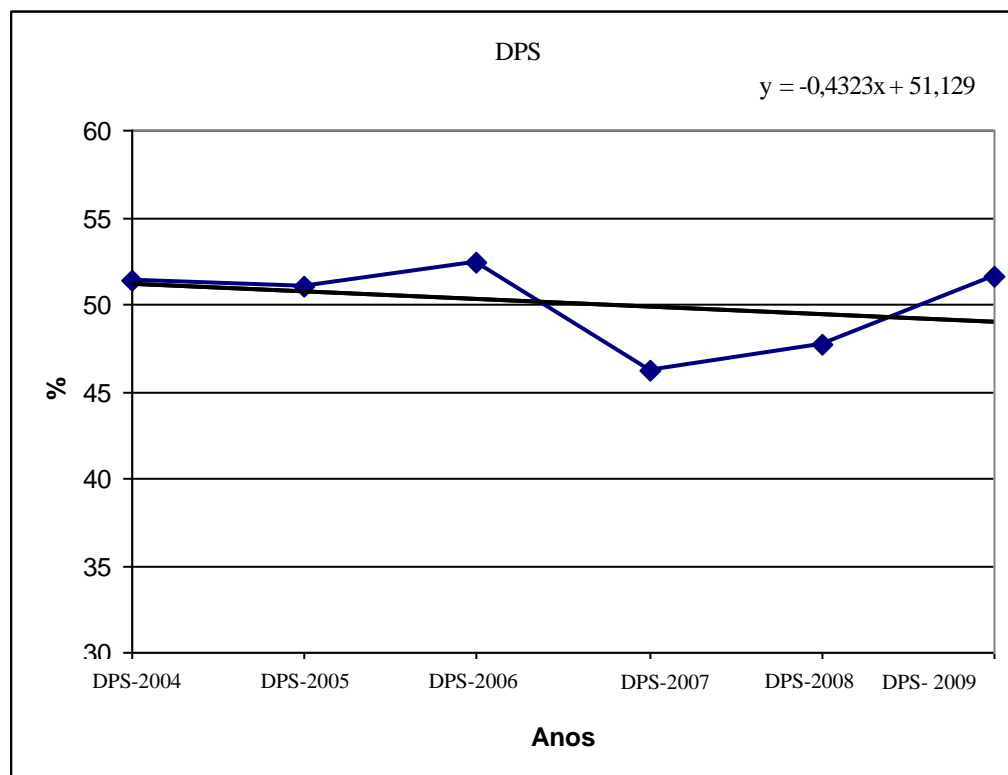


Gráfico 8- Valores para as Medianas das Despesas com Pessoal da Saúde nos municípios, Brasil, 2004 a 2009.

5.7.2 Análise de Regressão Linear: Tendência dos indicadores

Para auxiliar a análise dos modelos lineares de tendência, apresentam-se na tabela 15 os resultados para as séries dos indicadores de: Despesa Total com Pessoal, Capacidade de arrecadação do Município, Proporção de Transferências Intergovernamentais e Despesas com Pessoal da Saúde.

Conforme se observa, na tabela 15, no indicador que aferiu as Despesas Totais com Pessoal nos municípios do Brasil, houve um crescimento anual nas médias desse indicador de 1,3 % ao ano, com significância de $p = 0,032$. Assim, demonstra-se no indicador de DTP uma tendência de elevação e, por conseguinte, maior comprometimento das receitas das municipalidades brasileiras nesse tipo de despesa.

Já o indicador que mede a capacidade de arrecadação dos municípios (CAM) no período de estudo, não apresentou crescimento significativo com $p = 0,248$. O exame do

indicador que afere a dependência dos municípios aos recursos de transferência aponta redução em suas médias no período de - 2,3% ao ano, com um valor de $p = 0,045$, ou seja, o indicador de PTI apresentou redução nas médias anuais significantes no período estudado.

Por fim, o indicador de Despesas com Pessoal da Saúde não revelou quaisquer alterações importantes no período. A tendência de decréscimo da ordem de 4,32 % ao ano também não teve significância com $p = 0,528$. Logo, tal como observado no indicador de CAM não há evidências de qualquer crescimento ou decréscimo entre 2004 a 2009.

Tabela 15- Análise de Tendência (linear) dos indicadores de Despesas Total com Pessoal, Capacidade de arrecadação do Município, Proporção de Transferência Intergovernamental e Despesas com Pessoal da Saúde, dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009.

Indicador	Modelo		R^2	p***	Tendência
	a (intercepto)	b			
Despesa Total com Pessoal (DTP)	41,09	1,26	0,72	0,032	Crescente
Capacidade de Arrecadação do Município (CAM)	3,76	0,05	0,31	0,248	Estável
Proporção de Transferências Intergovernamentais (PTI)	93,56	-2,30	0,68	0,045	Decrescente
Despesas com Pessoal da Saúde (DPS)	51,56	-0,43	0,11	0,528	Estável

Nota: Modelo $y = a + b.t$ onde $t(1)=2004$; ... $t(6)=2009$

R^2 = Coeficiente de Determinação

p*** = Significância do teste da hipótese nula $b=0$

5.7.3 Análise da Correlação entre os indicadores de Despesas Total com Pessoal, Despesas com Pessoal da Saúde e Indicador de Autonomia Municipal

O cálculo do coeficiente de correlação entre os indicadores segue apresentado na tabela 16. Como se verificará, não há correlação significativa entre os três indicadores estudados.

No teste de correlação entre o indicador de despesa total com pessoal com os de autonomia municipal e de despesas com pessoal da saúde, identificaram-se respectivamente correlações de 0,011 e 0,02 com significância $p = 0,457$ e $p = 0,883$.

Quanto ao resultado do teste de correlação entre o indicador de autonomia municipal e os de despesa total com pessoal e despesa com pessoal saúde as correlações foram de -0,07 e 0,011 e $p = 0,644$ e $0,457$ respectivamente.

No indicador de despesas com pessoal da saúde e os indicadores de despesa total com pessoal e autonomia municipal, o teste de correlação apresentou como resultados 0,02 e -0,07 com $p = 0,883$ e $0,644$.

Tabela 16- Correlação entre os indicadores de Despesas com Pessoal, Despesas com Pessoal da Saúde e Indicador de Autonomia Municipal dos municípios brasileiros.

		Despesa com Pessoal da Saúde	Despesa Total com Pessoal	Indicador de Autonomia Municipal
Despesa com Pessoal da Saúde (DPS)	Correlação	1	0,02	-0,07
	N	-	0,083	0,644
Despesa Total com Pessoal (DTP)	Correlação	4356	4356	4356
	N	0,02	1	0,011
Indicador de Autonomia Municipal (IAM)	Correlação	0,883	-	0,457
	N	4356	4356	4356
	Correlação	-0,07	0,011	1
	N	0,644	0,457	-
		4356	4356	4356

Adicionalmente, para testar as diferenças das medianas de cada um desses indicadores segundo macro-regiões e porte populacional do município, se utilizou o teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

No indicador de despesa total com pessoal, o teste de Kruskal-Wallis, revelou-se com significância por região ou estrato populacional dos municípios. Os municípios das regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores proporções de DTP e no estrato populacional os municípios com >500.000 habitantes seguido dos de $>20.000 \leq 50.000$ e $>50.000 \leq 100.000$ apresentaram maior proporção de despesas.

Quanto ao indicador de autonomia municipal por região demonstrou que o Centro-Oeste e o Sudeste apresentaram melhor autonomia, contrastando com o Nordeste do Brasil. A distribuição segundo estrato reforça a condição dos municípios maiores em tributar, ou seja, quanto maior o município melhor a arrecadação em oposição aos menores.

No indicador de despesas com pessoal da saúde, não se evidenciaram diferenças significantes desses indicadores, tanto por macrorregião quanto por porte populacional na aplicação do teste Kruskal-Wallis.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 O debate nos fóruns do CONASEMS e CNS

A pesquisa documental à produção do CONASEMS evidenciou que desde 1988 o colegiado vem construído saberes e práticas para o desenvolvimento e consolidação do sistema de saúde brasileiro. Nessa perspectiva é um agente importante no processo de construção e pactuação da política de saúde no país (PIMENTA, 2008).

A análise das cartas do CONASEMS permitiu notar que, nas discussões dos rumos e desafios da política de saúde, o financiamento e os recursos humanos jamais estiveram ausentes do conjunto de preocupações dos gestores de saúde (ALENCAR, 2009; REVISTA DO CONASEMS 2008a).

Ainda na década de 90, os recursos humanos em saúde colocavam-se enquanto condição precípua para o desenvolvimento da política nacional de saúde, embora tenha sido negligenciado nesse período.

Isso é explicado pelo fato de que no momento em que o SUS se consolidava, os recursos humanos vivenciavam um período de antipolítica.

A década perdida para os trabalhadores de saúde caracterizou-se pela ausência de uma efetiva política de RH compatível com os princípios universalistas da saúde. Os efeitos observados foram: a baixa preocupação com os trabalhadores de saúde, a ausência de perspectiva de carreira profissional e a renovação ou expansão de trabalhadores nas redes municipais de saúde desrespeitando princípios contidos na CF de 1988, o que resultou no processo de precarização do trabalho em saúde (MACHADO, 2008a).

É oportuno destacar que, no final do século XX, enquanto nos outros setores da economia os efeitos das transformações no mundo do trabalho se traduziram em subtração do número de trabalhadores, na saúde, houve a preservação do poder de geração de novos postos de trabalho, todavia, em virtude do contexto econômico brasileiro e da ausência de política de RH para o setor, esses empregos não garantiam proteção social aos trabalhadores (DELUIZ, 1997; JUNQUEIRA et al. 2010; NOGUEIRA, 2003;).

A observação de Machado (2008a) sobre a expansão desordenada dos postos de trabalho é confirmada na análise feita pelo CONASEMS sobre os efeitos das NOBs 1991 e 1993. O coletivo de secretários identifica que, apesar de relevantes por induzirem a

descentralização da saúde nos municípios, as proibições impostas pela NOB/91 às secretarias municipais influenciaram na contratação de trabalhadores sem realização de concursos públicos.

Ainda que, na discussão do CONASEMS, a precarização seja apontada como problema recente e vinculada ao advento da LRF, constatou-se que os primeiros registros de formas flexíveis de contratação de trabalhadores de saúde contidos nas cartas do CONASEMS foram relacionados à Norma Operacional de 1991 que, para o colegiado de secretários, contribuiu na utilização de alternativas diferentes de contratação.

Esses achados evidenciam que o próprio CONASEMS reconheceu a proliferação de vínculos trabalhistas precários bem antes da implantação da LRF de 2000.

É adequado lembrar que, na década de 80, os municípios eram responsáveis por 16,2% dos empregos públicos de saúde. Com o SUS, mudanças quanto à ampliação, composição e distribuição dos trabalhadores de saúde começaram a ser operadas, o que resultou na elevação dos municípios a principais empregadores, ou seja, em 2005, 68,8% do total de empregos do setor saúde estavam distribuídos nesse âmbito (SILVA; SILVA, 2007).

Nesse processo de transformações no mercado de trabalho em saúde com predomínio dos municípios como principais empregadores, houve também a complexificação na agenda da política de recursos humanos e, por conseguinte, uma elevação da importância desse campo.

A elaboração da NOB-RH aponta para o reconhecimento da importância do campo, haja vista, ter como principal objetivo o reforço a centralidade do trabalho e do trabalhador para o setor saúde. Mas, o contexto de antipolítica de RH no qual se priorizou a terceirização dos serviços, a flexibilização das relações trabalhistas e a expansão desordenada de novos cursos na área de saúde, obstaculizou o alcance dos resultados da norma (MACHADO, 2008a).

Como nova resposta aos desafios de uma política fundamental e estratégica para o SUS, o MS criou, em 2003, a SGTES, que, pelas múltiplas demandas do campo, estabeleceu uma Agenda Positiva.

A preocupação de combater as formas precárias de vínculos trabalhistas no SUS tem espaço garantido, e se refletiu na criação do Programa Nacional de Desprecarização do SUS, cujo objetivo é formular políticas e diretrizes a serem implementadas com vistas à resolução das questões que envolvem o problema. Para isso, é composta de representantes do Ministério da Saúde, além de contar com a participação de membros do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério do Trabalho e Emprego. (BRASIL, 2003)

Na descrição dos resultados da produção do CONASEMS e das atas do CNS observou-se que, com a criação da SGTES os debates sobre a necessidade de adoção de medidas frente à precarização tornaram-se mais frequentes.

Foi evidente a inclusão da precarização como tema em todos os Congressos do CONASEMS de 2004 a 2010 e nas atas do CNS.

Como objeto de discussão nas atas a precarização e ou LRF esteve presente em 66% das reuniões ordinárias e em 36% das reuniões extraordinárias nos sete anos estudados. Nos dois últimos anos, em 10 das 12 reuniões ordinárias anuais a questão da precarização e da LRF foi ponto de debate.

Assim, nas duas fontes documentais a precarização passa a se constituir como grande tema na agenda da Gestão do Trabalho em Saúde e após três anos da criação da SGTES, ou seja, em 2005, a LRF passa também a figurar como tema fundamental na produção e nos debates destes fóruns.

Entre 2004 a 2006 nas atas do CNS há denúncias de precarização não apenas na atenção básica (PSF), mas também no NASF, SAMU e redes hospitalares entre outros serviços de saúde. Há, inclusive, registro de precarização entre os trabalhadores que dão suporte ao funcionamento do CNS. As atas também evidenciam crises de sistemas de saúde que foram influenciadas pela precarização. São exemplos os registros de colapso nos sistemas do: Distrito Federal, Alagoas, Rio Grande do Norte e Pernambuco.

Na produção do CONASEMS, identificou-se também que a precarização foi atrelada às dificuldades de fixação de profissionais em regiões mais longínquas. A compreensão de que a flexibilização do vínculo de trabalho é bem mais ampla e envolve outras categorias de profissões e ocupações do setor saúde, além dos demais níveis de atenção do sistema, foi também identificada em estudo de Roza e Rodrigues (2003).

No ano de 2005, o primeiro registro da LRF como indutora e responsável pelos vínculos precários no SUS foi observado tanto nos debates do CONASEMS quanto nas atas do CNS.

Nos relatos dos participantes do CNS, a LRF é considerada como “gargalo” para a contratação de trabalhadores do setor saúde. Já o colegiado de secretários municipais de saúde atribui a LRF a crise de *governança* do setor.

Em estudo realizado com gestores municipais mineiros Magalhães et al, (2005) identificaram posições semelhantes, ou seja, os gestores além de não reconhecerem na LRF

qualquer benefício, também demonstraram certa “resistência” às regras dela provenientes, pois, geram impedimentos para tomada de algumas decisões.

É oportuno destacar que é também em 2005 que começam a serem apresentados Projetos de Lei (PL) com vista à mudança na legislação fiscal ou sua adequação ao setor saúde.

Assim, os PL N°251/2005, 264/2005 e 268/2005 apresentavam respectivamente pleitos de: Redefinição de tetos exclusivos para os gastos com pessoal da saúde; Exclusão dos trabalhadores de saúde dos cálculos da LRF e Definição do limite de despesas com pessoal mediante regulamentação anual pelo gestor municipal, mediante prévia submissão ao conselho municipal de saúde (CARVALHO, 2011).

Em 2006, a preocupação com as formas de vínculo dos trabalhadores no SUS, é incorporada no Pacto de Gestão, que define e recomenda ações com vista à desprecarização. Nesse mesmo ano, os PL N°331/2006 e 382/006 defendiam: Redefinição de limites de despesas com pessoal da saúde diferenciado-a, ou seja, 75% da RCL dos municípios e, a exclusão das despesas com pessoal do PSF dos limites definidos pela LRF. Em 2007, a PL N° 36 pleiteava a exclusão dos gastos com pessoal até o limite do valor de recursos recebidos por transferências (CARVALHO, 2011).

Note-se que durante esses três anos, as demandas de conhecimento sobre os efeitos da legislação fiscal para saúde vão sendo bastante requeridas pelo colegiado de secretários e a Carta de Joinville (2007) reforça tal aspecto quando propõe que sejam realizados estudos sobre o assunto. Na mesma direção, o CNS recomenda que a LRF seja inserida como tema amplo da XIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 2006, a preocupação com as formas de vínculo dos trabalhadores no SUS, é incorporada no Pacto de Gestão, que define e recomenda ações com vista a desprecarização. Nesse mesmo ano, os PL N°331/2006 e 382/006 defendiam: Redefinição de limites de despesas com pessoal da saúde diferenciado-a, ou seja, 75% da RCL dos municípios e, a exclusão das despesas com pessoal do PSF dos limites definidos pela LRF. Em 2007, a PL N° 36 pleiteava a exclusão dos gastos com pessoal até o limite do valor de recursos recebidos por transferências (CARVALHO, 2011).

Note-se que durante esses três anos, as demandas de conhecimento sobre os efeitos da legislação fiscal para saúde vão sendo bastante requeridas pelo colegiado de secretários e a Carta de Joinville (2007) reforça tal aspecto quando propõe que sejam realizados estudos sobre o assunto. Na mesma direção, o CNS recomenda que a LRF seja inserida como tema amplo da XIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 2008, observou-se que o impacto da LRF na alocação de recursos humanos em saúde foi incluído na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no âmbito da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (BRASIL, 2008).

Paralelamente, a essas demandas em 2007, emerge a discussão nos registros do CONASEMS e do CNS sobre novos modelos de gestão, os quais eram colocados pelo MS como alternativa possível aos “constrangimentos” gerados pela LRF.

A situação da fragilidade dos orçamentos municipais e a necessidade de gestão solidária para política de gestão do trabalho foram aspectos observados entre 2007 e 2008 nas duas fontes de pesquisa documental. Para Edmundo Costa, então presidente do CONASEMS, os municípios não tinham nenhuma possibilidade de resolver sozinhos o problema dos recursos humanos do sistema, ou seja, havia necessidade de: discussão com o Estado e a União e de recursos financeiros conforme os desdobramentos desses entendimentos (PAULA, 2006).

Mas, nos registros pesquisados, foi em 2009 e 2010 que a defesa mais veemente de mudança da legislação fiscal ganhou fôlego assim, questionou-se sua constitucionalidade e defendeu-se amplo debate político com vista a sua flexibilização.

No ano de 2009, dois projetos de lei foram apresentados, quais sejam Nº o 515/2009 e 548/2009, defendiam a exclusão do pessoal da educação e da saúde dos limites de cálculo da LRF (CARVALHO, 2011).

Em que pese os oito PL apresentados no período de 2004 a 2010 e o consenso presente nos registros do CONASEMS e CNS sobre a necessidade de flexibilização da LRF, é oportuno destacar que, como tema complexo, esse assunto divide opiniões.

Em audiência pública realizada em maio de 2011, a Secretária do Tesouro Nacional e a Confederação Nacional de Municípios expuseram suas posições contrárias a mudanças da LRF. Como se verá abaixo, os principais argumentos explicitados são os de que tais medidas não são capazes de resolver o problema dos municípios.

Para Coordenadora Geral de Normas de Contabilidade Aplicada a Federação da STN, a LRF apresenta uma lógica sistêmica e, por isso, torna-se difícil mudar algumas de suas partes sem que isso se reflita em outras (NUNES, 2011).

Ao definir o parâmetro de 60% da RCL, a LRF considera todas as despesas com pessoal de seu respectivo ente. Qualquer alteração na base de cálculo com supressão dessas despesas tem como efeito adverso a ampliação das despesas com pessoal como um todo. Sabendo-se que essas despesas já são elevadas, medidas de alteração reduzem a possibilidade

de uma gestão fiscal responsável, o que geraria uma redução nas margens para investimento e prestação de serviços em outras políticas.

Note-se que a finalidade da administração pública não é empregar e sim ofertar bens e serviços à população. O emprego de servidores é apenas um meio para que se assegurem tais serviços. No que diz respeito à saúde, a Coordenadora defende que o setor deve se preocupar com a saúde financeira do ente e, para isso, é preciso melhorar a gestão e o controle. A busca de lógicas exclusivas não cria recursos financeiros (NUNES, 2011).

Para Confederação Nacional de Municípios, a flexibilização da LRF além de não ser a melhor solução para o subfinanciamento existentes no SUS, não resolve os problemas para contratação, fixação e diferentes remunerações desses profissionais do sistema.

Com tais argumentos, o Coordenador da Área Técnica da Saúde, Denílson Magalhães, defende que a solução exige: a aprovação e definição de percentuais da EC 29 para União; o financiamento da saúde contemplando atenção integral, ou seja, evitando a fragmentação em programas subfinanciados por meio de incentivos federais; o financiamento tendo por base o custo real das ações e serviços de saúde, além da correção anual dos recursos do SUS (MAGALHÃES, 2011).

A relevância de aprovação da EC 29 é também apontada por Lima (2009), entretanto, a autora adverte que tal medida não resolve a fragilidade e as desigualdades na capacidade de financiamento do setor por meio de recursos próprios das instâncias subnacionais.

Pelo exposto, ratifica-se a complexidade dos aspectos presentes na agenda da gestão do trabalho no que concerne às relações entre contratação de trabalhadores e a LRF. Tais aspectos também foram discutidos nos artigos de Machado (2007) e Medeiros e Tavares (2011).

Em 2010, no Congresso do CONASEMS de Gramado, as demandas de conhecimento em relação à questão jurídica e contábil foram destacadas como desafios para os gestores de saúde.

Reconhecendo tais demandas explicitadas pelo CONASEMS e CNS, nas próximas seções da discussão buscou-se comparar as dimensões de qualidade dos sistemas FINBRA e SIOPS com a literatura sobre sistemas de informação. Em seguida fez-se a análise da situação dos municípios brasileiros quanto aos indicadores de Despesas Total com Pessoal, Capacidade de Arrecadação Municipal, Dependência a Recursos de Transferências e Despesas com Pessoal da Saúde no período de 2004 a 2009. As evidências identificadas serão relacionadas aos aspectos apontados nesta primeira seção.

6.2 Os Sistemas FINBRA e SIOPS: características e qualidade

No estudo, evidenciou-se que, nas duas últimas décadas o governo brasileiro destinou esforços na criação e aperfeiçoamento de sistemas de informação que registram dados do orçamento público. Contudo, tais investimentos precisam ser compreendidos no quadro de transformações no plano internacional e no ambiente interno do país.

Nessa perspectiva, no contexto externo, observou-se em diferentes países que as exigências de preservação da responsabilidade fiscal e de maior transparência das decisões na utilização dos recursos orçamentários conduziram as medidas no sentido de aferir os custos das ações públicas (REZENDE; CUNHA; BEVILACQUA, 2010).

No caso do Brasil, além dessas influências, é necessário considerar os reflexos da CF de 1988, cuja ênfase no processo de descentralização, tornou ainda mais premente o acompanhamento dos orçamentos no que diz respeito às receitas e despesas.

A preocupação do governo brasileiro com os sistemas de informação que disponibilizam dados orçamentários justifica-se então, visto que, além do cenário internacional, o texto constitucional através da descentralização das políticas exigiu maior capacidade de acompanhamento dos gastos públicos pelos entes subnacionais.

Assim, o registro e avaliação de dados orçamentários possibilitados pelo FINBRA e o SIOPS traduzem o imperativo dessa conjuntura para o governo brasileiro, cujos reflexos foram estendidos aos diferentes níveis e esferas da administração pública.

A criação do FINBRA em 1989 e seu aperfeiçoamento desde a criação da LRF em 2000 emergem da necessidade de monitoramento das despesas e receitas.

No que diz respeito à política de saúde, as imposições de conhecimento do perfil de financiamento e do gasto do setor resultaram na criação do SIOPS em 1999. Aos poucos o sistema garantiu também o acompanhamento e o processo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Para Almeida (2004) a implantação de sistemas de informação de base nacional gera indiscutíveis avanços, pois dotam o país de informações mais confiáveis, comparáveis e ágeis.

Considerando-se o caráter nacional do FINBRA e do SIOPS e o fato de que a introdução desses sistemas conduziu avanços no processo de padronização, coleta, tratamento e disseminação de dados, as ponderações da autora parecem bastante aplicáveis (ALMEIDA, 2004).

Mas, apesar do conjunto de variáveis de receitas e despesas contidas nesses sistemas, observa-se que ainda são pouco explorados em pesquisas, ou seja, há necessidade de ampliar o conhecimento do que eles têm de positivo, e quais suas limitações, revelando, então, suas reais potencialidades. O conhecimento das deficiências das fontes de dados, além de ser condição *sine qua non* para sua boa utilização, contribui para seu aprimoramento (JANUZZI, 1998).

Piola (2006) nota que, nos estudos que investigaram bases de dados orçamentários, poucos avaliam como exemplo, a equidade na distribuição de recursos, ou mesmo relacionam informações de gastos públicos em saúde na composição de indicadores que explicam a situação de saúde de populações.

Scatena, Viana e Tanaka (2009) destacam que particularmente no campo da saúde, ainda são poucos os estudos que abordam o tema dos gastos em contextos regionais, estaduais e municipais, e Lima (2006), adverte que tão mais escassos são os estudos que utilizem o município como unidade de análise e todo o país como objeto (LIMA, 2006).

Nesta situação onde há possibilidade de aquisição de dados de âmbito nacional, mas existe pouco conhecimento sobre eles, é importante que sejam implantadas avaliações sistemáticas dessas bases tal como assinalam Lima et al. (2009).

Considerando-se que a condução de uma política pública de saúde é de grande impacto na economia do país, gerando múltiplos postos de trabalho, e envolvendo volumes de recursos sempre expressivos, investigações que apurem as despesas e receitas do setor, tornam-se necessárias, sobretudo no Brasil, diante das inúmeras restrições orçamentárias nos diferentes níveis de gestão.

Assim, os estudos precisam considerar as especificidades do processo de descentralização brasileira, no qual os municípios passam a assumir papel relevante na condução da política. Além disso, é necessário também atentar para as estrutura tributária dos municípios seu grau de autonomia, bem como as relações fiscais intergovernamentais (DAIM, 2009).

Tomando por base tal assertiva e considerando-se as características dos sistemas FINBRA e SIOPS explicitados nos resultados deste estudo, a investigação dessas bases aproxima-nos das dimensões tributárias e de autonomia dos entes subnacionais para condução da política de saúde.

Portanto, através delas pode-se contribuir nas discussões do financiamento do setor sob bases mais ampliadas, ou seja, sob o campo das finanças públicas e das relações fiscais intergovernamentais, suprimindo lacunas de conhecimento nesse campo, o que segundo Daim

(2009) tem sido pouco explorado pelos que estudam o planejamento das políticas públicas. Nessa perspectiva, este estudo propõe contribuir para o referido campo do conhecimento.

Todavia, sabendo-se que há poucas iniciativas de utilização dos sistemas FINBRA e SIOPS em investigações, especialmente relacionando suas variáveis, há necessidade de averiguar algumas de suas dimensões de qualidade, razão pela qual se justifica a opção adotada neste estudo de aferir-lhes a: Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura.

Quanto à acessibilidade, constatou-se nos resultados que, tanto o FINBRA quanto o SIOPS permitem acesso, a totalidade de suas variáveis, em ambiente eletrônico nos seus respectivos sites. Não se identificaram no estudo restrições importantes para o acesso aos dados.

Essa característica das fontes de dados secundários é apontada por Coeli (2010) como bastante relevante, pois assegura maior flexibilidade para análises descritivas e para exploração de hipóteses causais. É adequado lembrar que, no caso da saúde, antes de ocuparem os domínios eletrônicos, as fontes de dados secundários se restringiam a estatísticas agregadas divulgadas por meio de relatórios técnicos (COELI, 2010).

Em se tratando da base FINBRA de responsabilidade da STN, ressalta-se que antes de sua criação o acesso a esse tipo de informação apresentava além de dificuldades, grande retardo de tempo para sua disponibilização (LIMA; CARVALHO; SCHRAMM, 2006).

Assim, com os dados hospedados no site da STN assegurou-se maior agilidade de acesso aos usuários, o que faz dessa base, se não única, a principal fonte de dados dessa natureza no país (BRASIL, 2006).

No caso do SIOPS, somente após sua criação, o Brasil passou a contar com informações sobre os gastos do setor saúde com maior regularidade (PIOLA, 2006). Com os desafios introduzidos pelo SUS no âmbito do financiamento, essas informações são imprescindíveis. Nessa perspectiva com o aprimoramento do SIOPS, conferiu-se maior acessibilidade e visibilidade aos dados financeiros de estados e municípios (GONÇALVES et al. 2009).

Quanto à oportunidade, a rapidez com que os dados são divulgados nesses sistemas amplia a possibilidade de sua utilização para seus diferentes usuários, logo, ambos foram bem avaliados quanto a referida dimensão.

Ainda que se reconheça o fato da tecnologia deixar de ser alternativa para tornar-se condição necessária a promoção do acesso e uso da informação, pois dá maior agilidade na publicação dos dados registrados gerando uma melhora na acessibilidade e oportunidade, é

necessário atentar para a falsa impressão de que, ao expor a informação em meio digital, estar-se-ia fazendo sua disponibilização. O tratamento e o uso dessas tecnologias exigem atenção ao capital humano que se espera que seja capacitado (GRACIOSO, 2003).

Adicionalmente vale destacar que as facilidades de alimentação e acesso às fontes de dados secundários em ambiente digital não suprimem problemas dos municípios como infraestrutura de conexão de acesso à internet precária. Por outro lado, a acessibilidade e oportunidade permitida com as tecnologias digitais ajudam, porém, não garantem necessariamente que essas bases serão visitadas e ou utilizadas mais intensivamente pelos gestores públicos.

Em estudo realizado por Brito e Silva et al. (2010) evidenciou-se uma baixa familiaridade dos gestores nos municípios de Pernambuco com o SIOPS. Um aspecto que pareceu ter influenciado tal situação foi o fato da alimentação do sistema ser atribuída a empresas terceirizadas. A escassez de recursos humanos qualificados além da expectativa de que a terceirização reduz os custos, conduz essa opção pelos municípios. Também foi identificado que o domínio da informática pelos gestores não influencia na regularidade de alimentação do sistema, mas, a precariedade de conexão a internet, sim.

Pelo exposto, se reconhece que as novas tecnologias são importantes, mas não podem ser consideradas como definidoras para utilização dos sistemas de forma mais qualificada, nem tão pouco para seu aprimoramento.

O artigo de Brito e Silva et al. (2010), reafirma o que outros estudos como o de Almeida (2004), Ferla et al. (2010), e Lima et al. (2009) já haviam destacado: a qualidade dos dados contidos nas grandes bases é tanto maior quanto sua utilização pelos gestores.

Brito e Silva et al. (2010) advertem que é preciso transformar o processo de alimentação dessas bases de mero “cumprimento de tabela” para novas práticas, onde haja uma cultura de avaliação e acompanhamento. É bom lembrar que o mero registro não permite a elucidação dos problemas de clareza metodológica nele contida.

Na dimensão que envolve a clareza metodológica das bases FINBRA e SIOPS, evidenciou-se que são divulgados periodicamente novos manuais além de outros tipos de publicações que auxiliam o preenchimento desses sistemas.

É oportuno destacar que nas bases de dados cujo tipo de registro é o administrativo, é necessário conhecer além das regras administrativas que regem os sistemas, suas mudanças no decorrer do tempo (COELI, 2010).

O conjunto de publicações, que acompanham as bases FINBRA e SIOPS examinados nesse estudo, demonstrou regras suficientemente claras na composição dos indicadores que aferem as despesas totais com pessoal e as despesas com pessoal da saúde.

Contudo, no FINBRA observou-se que entre as orientações de composição do indicador e o acesso as tabelas de domínio de valores há algumas especificidades que geram ambigüidades na compreensão. Os manuais que acompanham o sistema, por apresentarem texto com linguagem essencialmente contábil, são pouco didáticos especialmente para usuários mais leigos. Esses fatores comprometem a clareza metodológica desse sistema. É característica de um sistema unidirecionado sua apropriação exclusiva aos setores que têm a função de registrar seus dados (ALMEIDA, 1998).

Para evitar que a apropriação do FINBRA fique restrita às secretarias de administração e finanças das instâncias subnacionais, ou seja, para não torná-lo um sistema unidirecionado, é necessário que os aspectos que geram ambigüidades entre os manuais e as tabelas de domínio de valores sejam melhorados.

Pela variedade de dados sobre despesas e receitas contidas nessa base, seria adequado disponibilizar e apresentar sem maiores esforços de busca os principais indicadores exigidos pela LRF, os quais segundo Menezes (2006) são: limite da Receita Corrente Líquida/Divida Consolidada Líquida; limite da Receita Corrente Líquida/Operações de Crédito de mesmo exercício; limite da Receita Corrente Líquida/Prestação de garantias e limite da Receita Corrente Líquida / Despesas com juros, encargos e amortizações das dívidas.

Outro aspecto que merece atenção é a linguagem. O excesso de terminologias contábeis dos manuais pode fazer do FINBRA uma base menos atrativa para usuários que tenham interesse de explorar o conjunto de variáveis nele contidas, mas que não tenham formação econômica ou contábil. Tal aspecto compromete o manuseio, tratamento e geração de informações nessa base.

Segundo Nogueira e Rodrigues (2010), uma das dificuldades que precisa ser superada está na própria complexidade dos Relatórios de Gestão Fiscal quadrimestrais, os quais são de conhecimento de poucos. São evidências que corroboram nas observações desses autores, a investigação de Magalhães et al, (2005) que, nos relatos dos gestores de cidades do interior mineiro, identificaram o desconhecimento em relação à verdadeira finalidade da informação contábil para a tomada de decisão.

Note-se que a questão da documentação que acompanha as bases, ou seja, manuais de instrução para coleta e operação dos sistemas e definição do fluxo de informação, foi

apontada como dimensões importantes em pesquisa realizada sobre os sistemas de informações assistenciais (ALMEIDA 1998).

Vale salientar que o aprimoramento da clareza metodológica nos manuais que acompanham os sistemas não exclui a necessidade de capacitação dos recursos humanos para operarem as bases (BRITO; SILVA et al., 2010; GRACIOSO 2003). É preciso que os profissionais tenham clareza da utilidade dos dados que são coletados (ALMEIDA, 2004).

Nessa direção e refletindo especificamente sobre o contexto das mudanças nos sistemas de informação contábeis, Reis (2011) destaca a necessidade de preparação prévia da equipe de servidores nas situações de implantação e implementação de nova atividade, regra ou procedimento. Para que o objetivo das mudanças seja alcançado sem maiores dificuldades, é preciso, entre outros aspectos, fazer-se um diagnóstico preliminar sobre a capacidade técnica dos servidores e tecnológica da administração (REIS, 2011).

A oferta e demanda de informação pressupõem contínua discussão entre os profissionais vinculados à área da ciência da informação e aqueles que produzem a informação. Nessa perspectiva é preciso “[...]que haja clareza entre os produtores e os potenciais receptores quanto aos objetivos e quanto às políticas e programas governamentais implementados nesse ambiente”(GRACIOSO, 2003, p. 75).

Se o sistema e seus indicadores são claros, a interação de seus usuários será maior e melhor, o que possibilita a identificação de suas vantagens e limitações, e, por conseguinte, garante-se seu aperfeiçoamento.

O SIOPS revelou-se com boa clareza metodológica não havendo nessa base dúvidas ou ambiguidades que limitem aproximação e o manuseio para quaisquer usuários. Um aspecto bastante relevante nesse sistema é a possibilidade de geração de indicadores a partir de sua declaração e a forma objetiva como se encontra presente em seu ambiente digital. Esses indicadores retratam aspectos das finanças do setor e auxiliam tanto os gestores quanto a sociedade na avaliação da condição de seu respectivo município (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Observou-se também na análise dos manuais que, da criação dos sistemas até a atualidade, ajustes e melhorias foram introduzidos. Lima, Carvalho e Schramm, (2006) e Teixeira e Teixeira (2003) assinalam como exemplos a inclusão de novas funcionalidades ao SIOPS e a separação dos registros das funções saúde e saneamento no FINBRA.

É oportuno salientar que, nos dois sistemas, cabe aos gestores a função de declaração dos dados.

Tanto o FINBRA e SIOPS demonstraram elevada cobertura de registros no país. A constatação de que o SIOPS apresentou proporções de cobertura superiores ao FINBRA merece algumas considerações, haja vista o caráter declaratório das bases respeitarem regras e critérios diferenciados.

Como foi destacado nos resultados, quando os municípios alimentam de registros o FINBRA, cumprem regras estabelecidas na LRF. A não apresentação dos relatórios nessa base implica em descumprimento legal, o que, por conseguinte, pode resultar em penalidades ou sanções conforme dispositivos definidos na LRF (MENEZES, 2006).

Conforme se destacou nos resultados, a lógica do SIOPS difere bastante. O fato do município não alimentar o sistema não se reflete em sanções, embora a alimentação dessa base seja fundamental, tendo em vista que é pré-requisito para alteração da habilitação, além do fato de integrarem os relatórios de gestão de todos os municípios (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Pelo caráter disciplinador e punitivo do FINBRA, poder-se-ia esperar que nele as coberturas fossem maiores, mas, o que se observou foi maiores proporções de registro pelos municípios no SIOPS. Os achados sugerem algumas ponderações sobre os sistemas de críticas dessas bases.

No FINBRA, quando as informações chegam ao SISTN, os técnicos da CEF fazem a checagem ao que foi publicado no balanço municipal. Adicionalmente quando os dados são enviados a CEF para STN, há nova conferência entre a informação de transferência de FPM que foram declaradas pelo município e o que de fato foi repassado pela STN (FAVERET, 2009). Submetidos a essas críticas, nos casos em que se verificam incoerências nos registros, haverá a supressão dos municípios nas relações, ou seja, o acesso aos dados de receitas e despesas nesses casos fica bloqueado, pois os municípios apresentaram declarações inconsistentes segundo regras da STN (PINHEIRO, 2009).

Note-se que a aprovação e homologação dos relatórios pela STN traduzem, apenas, que os RGF foram elaborados frente aos parâmetros definidos, ou seja, não excluem o papel dos Tribunais de Contas de auditarem a conformidade desses demonstrativos. (DIAS, 2009)

No SIOPS, o sistema de críticas pelo qual os registros são submetidos estabelece comparações dos dados de receita informados pelos entes federados, com dados de bases oriundos da STN (FPM, LC N 87/1996, ITR, ICMS) e Fundo Nacional de Saúde (transferências regulares e automáticas) além de alguns testes de consistência (FAVERET, 2009).

Nos filtros internos são verificadas as consistências das informações em relação ao conjunto de dados declarados pelos entes e nos externos apura-se a fidedignidade da informação em relação a outras bases de dados. Na ocorrência de identificação de alguma discrepância o usuário deve confirmar a informação antes de enviar a declaração (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003). Mas, nos casos de declaração com registros inadequados, não há impedimentos de acesso aos dados.

Pelo exposto, os filtros de consistências dessas bases apresentam distintos rigores, sendo que no FINBRA, a não conformidade dos registros induz a supressão de acesso a quaisquer dados do município. Esse aspecto pode explicar parcialmente a menor proporção de cobertura do FINBRA quando comparada ao SIOPS no período de 2004 a 2009. Todavia, outras possibilidades de explicação merecem ser investigadas

No estudo que avalia a regularidade de alimentação do SIOPS realizado por Bezerra et al. (2010), os resultados sugeriram que há maior preocupação dos municípios em alimentar os sistemas de informação que geram recursos financeiros.

A investigação à dimensão de cobertura do FINBRA e SIOPS não evidenciou problemas de alimentação, pois, apesar dos sistemas serem de registro administrativo, sua declaração ser de responsabilidade do gestor e, estarem submetidos a regras distintas daqueles que permitem aquisição de recursos para os entes subnacionais, as coberturas apresentadas pelos sistemas no período analisado mostraram-se expressivas.

Neste estudo no processo de pareamento das bases a partir da relação dos municípios do IBGE, identificou-se um problema que merece consideração.

Como destacado no resultado, as alterações dos nomes dos municípios nos anos nem sempre foram acompanhadas de mudanças simultâneas entre os registrados do IBGE e das bases FINBRA e SIOPS. Por outro lado, o sistema de codificação e identificação dos municípios do IBGE e SIOPS são diferentes daquele observado no FINBRA.

Tanto no IBGE quanto no SIOPS, a codificação é apresentada em 06 dígitos, ou seja, código da UF + dígito zero + código do município. No FINBRA a codificação tem só 05 dígitos, não havendo a inclusão do dígito adicional zero ao código municipal.

O aspecto referido acima tornou o processo de pareamento mais lento e exigiu maior cautela no manuseio das bases.

Gracioso (2003) destaca o IBGE como instituto que está à frente da produção de informações estatísticas, pois, além de produzir, aperfeiçoa metodologias e realiza pesquisas. A despeito dessa característica, o aspecto de codificação mencionado acima se reflete em

maiores limites para estudos de base nacional que proponham investigar comparativamente dados municipais de outros sistemas de informação com a fonte do IBGE.

Apesar de ampla cobertura entre as bases, após finalização do pareamento preliminar, notou-se que os procedimentos de identificação de regularidade na disponibilidade dos indicadores selecionados tiveram como efeito a supressão de aproximadamente 22% das municipalidades brasileiras. Verificou-se que as maiores proporções de perdas decorreram da irregularidade na disponibilidade dos indicadores no período de estudo, especialmente no SIOPS de onde se utilizou três dos quatro indicadores estudados.

Bezerra et al.(2010) advertem sobre a relevância no envio das declarações do SIOPS, que além de favorecer o processo de condução do SUS, contribui na transparência da gestão de recursos.

Mesmo reconhecendo algumas limitações nas dimensões de qualidade dos sistemas FINBRA e SIOPS que expressam dificuldades, assume-se que eles representam fontes importantes e ricas de registros contábeis dos entes subnacionais.

Por tais evidências, as considerações de Piola (2006) são adequadas. O autor ao comentar o acesso a dados do segmento de despesas aponta que: “[...] de qualquer forma, ainda que lentamente, avançou-se bastante nas últimas décadas no campo da economia da saúde” (PIOLA, 2006, p 575).

6.3 O Indicador de Despesa Total com Pessoal

Como foi explicitada, a introdução da legislação fiscal representa umas das medidas de políticas econômicas adotadas pelo governo brasileiro no contexto do programa de estabilização fiscal. Fundamentada nos pilares de planejamento, transparência, controle e responsabilidade, a LRF estabelece normas de finanças públicas com vista ao controle do endividamento. Para isso fixa além de regras, limites e postura gerencial (MACEDO; CORBARI, 2009).

A razão para adoção do controle dos gastos com pessoal contida na LRF, parte do conhecimento de que gastos desproporcionais com pessoal têm implicações perversas para os entes subnacionais.

Santos (2011) comentando sobre o assunto adverte que, os efeitos dos gastos desproporcionais com pessoal transformam os orçamentos públicos em meras folhas de

pagamento, e isso repercute na impossibilidade de alocação de recursos para outras naturezas de despesas como a melhoria dos serviços já disponíveis nas esferas de governo. Giuberti (2005) reitera as ponderações deste autor.

Dias (2009) destaca que outro problema das despesas com pessoal é sua rigidez pela estabilidade gozada pelos servidores públicos nos cargos. Para o autor: “Ainda que haja, em alguns casos, a possibilidade de ajuste fiscal via demissão, o custo político de fazê-lo é alto. Daí ser necessário impedir que essa despesa cresça acima de determinado limite” (DIAS, 2009 p. 6).

Logo, pode-se afirmar que gastos municipais elevados com folha de pagamento conduzem a maiores dificuldades na obtenção de resultados fiscais positivos, e podem gerar o endividamento público (MACEDO; CORBARI, 2009).

A LRF estabelece limites idênticos e imutáveis de gastos com pessoal para estados e municípios, ou seja, a proporção de 60% da Receita Corrente Líquida, das quais 54% são destinados ao poder executivo e 6% para o poder legislativo, incluindo-se o tribunal de contas quando existem (FIORAVANTE; PINHEIRO; VIEIRA, 2006).

Os municípios que excedem 95% desses percentuais estão submetidos às sanções da legislação fiscal. No caso das despesas do poder executivo, estão no denominado limite prudencial aqueles municípios cujas despesas com pessoal são superiores a 51,3% .

Apesar da exatidão da definição desses limites, Nogueira e Rodrigues (2010) chamam a atenção para as dificuldades de entendimento desse tipo de dado. Para os autores, a falta de referências que possibilitem ao gestor público avaliar o que efetivamente representa o percentual de despesa com pessoal é um aspecto limitante.

A despeito dos argumentos dos autores, em pesquisa, Magalhães et al. (2005) identificaram nos relatos dos gestores do interior mineiro que as administrações dos municípios encontram dificuldade em cumprir os limites de gastos com pessoal definidos pela LRF.

Pela heterogeneidade de condições dos 5564 municípios brasileiros, observa-se que é mais complexa a avaliação do cumprimento do limite das despesas com pessoal (DIAS, 2009).

A forma adotada para apresentação do indicador de despesa total com pessoal dos municípios não isolou aqueles cujo volume de despesas o fazem estar no limite prudencial, ou seja, os que excedem o limite de 51,3% de gastos com pessoal. Todavia, eles estão inclusos no último quartil com proporções de gastos com pessoal acima de 48,35%.

A análise da tabela 2 demonstrou que no período estudado, quanto à despesa com pessoal, há dois perfis de municípios, quais sejam: aqueles com margem mais flexível para este tipo de despesa (até 42,38%; de 42,38 a 45,45%; de 45,45 a 48,35%), e os que estão próximos ou já inseridos no limite prudencial, ou seja, acima de 48,35%.

Observou-se que a proporção de municípios nos quartis com despesa de pessoal até 45,45%, no período de 2004 a 2008, foi respectivamente de 69,6%, 56,8%, 48,7% e 54,6%. Constatou-se então, que há conforto nos gastos com pessoal para uma expressiva proporção de municípios nesses anos, pois têm margem razoável para esse tipo de despesa frente aos limites definidos pela LRF.

Esses achados corroboram com os estudos de Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006); Giuberti (2005) e Menezes (2006) conforme se verificará.

Giuberti (2005) investigou as despesas com pessoal de um conjunto, não pareado, de municípios brasileiros, no período de 1997 a 2003. Os resultados demonstraram que: se para os Estados até a negociação das dívidas com a União, os elevados gastos com pessoal eram um importante problema, não para os municípios, pois, as médias de proporções nessas despesas no período ficaram em torno de 44%, variando de 45% em 1997 a 42% no ano de 2003. Essa mesma tendência foi observada para os municípios independentes da região ou do tamanho populacional. Com tais evidências a autora concluiu que o limite de gastos definidos pela legislação fiscal não afetou a média dos municípios brasileiros.

Menezes (2006), em análise no período de 1998 a 2004, também evidenciou que era insignificante o número de municípios que excederam os limites definidos pela LRF.

Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006) a partir do indicador de despesas com pessoal, averiguaram o comportamento fiscal dos municípios do Brasil em momentos distintos, de 1998 a 2000, e de 2001 a 2004, ou seja, após a legislação fiscal. Os achados se assemelham aos de Giuberti (2005) e Menezes (2006), visto que a média de despesas com pessoal nos dois períodos foi sempre inferior aos 60% definidos na LRF, sendo representadas em cada período por 42,6% e 42% respectivamente. Para esses autores, isso se justifica pelo fato do limite definido na LRF ter tomado por base a realidade de despesas com pessoal dos Estados que, na década de noventa, apresentaram médias desproporcionais em relação às suas receitas.

Considerando-se que Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006) analisaram os municípios do Brasil até 2004, e que nosso período de estudo estende-se até 2009, poder-se-ia afirmar que tal como apontado nos artigos referidos, nesta pesquisa confirma-se e reforça-se uma tendência de manutenção do conforto dos municípios no que diz respeito às despesas com pessoal.

Todavia tais afirmações sugerem ponderações quando se analisa a tendência da DTP (tabela 15) onde se notou que há uma elevação de 1,3% nas médias anuais desse indicador além de, na tabela 2, visualizar-se um forte incremento de municípios com gastos superiores a 48,35% da RCL no ano de 2009. Observou-se uma importante migração dos municípios no período, ou seja, 53,2% deles em 2004 gastavam até 42,38% com pessoal, mas, no final do período 60,1% das cidades brasileiras ingressaram no quartil de maior comprometimento frente à legislação fiscal. Essas evidências sugerem comparações com outras investigações.

Resultados semelhantes a esses, ou seja, onde há uma maior destinação das receitas para gastos com pessoal, foram observados em duas pesquisas realizadas nas capitais dos estados brasileiros por Nogueira e Rodrigues (2010) e Zuccolotto Ribeiro e Abrantes (2009).

Nogueira e Rodrigues (2010) estudaram as capitais no ano de 2004 e utilizaram parâmetros específicos para avaliar os gastos com pessoal. O limite prudencial foi denominado de Emergencial ($\geq 57\%$), e outros três limites foram definidos, quais sejam: Bom (< 44), Ajustado ($\geq 44 < 54$) e Limítrofe ($\geq 54 < 57$). Das 26 capitais, 04 estavam em situação emergencial e 05 em condição limítrofe. No mesmo estudo, os autores constataram que, desde 2000, para uma amostra de 3215 municípios, há evidências de tendência de crescimento nas despesas com pessoal, sobretudo naqueles municípios maiores (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2010).

Zuccolotto, Ribeiro e Abrantes (2009) analisaram cinco grupos de capitais segundo riqueza medida pelo PIB, onde 1 e 5 representaram o melhor e o pior grupo de capitais respectivamente. A pesquisa ateve-se ao período de 1998 a 2006. Os autores observaram que cinco capitais em 2006 excederam os limites de 51,3% ou 54% nas despesas com pessoal, mas, as 21 restantes preservaram conforto para esse tipo de despesas. Só os municípios de pior PIB, grupo 5, mantiveram constantes as proporções de DTP. As Despesas com Pessoal tiveram os maiores percentuais de participação dos gastos totais com elevação média de 20,84%, em detrimento das demais contas de despesas.

Braga, Cruz e Mendes (2009) identificaram que, entre 2001 a 2006 no município de Alagoinhas no Estado baiano, as despesas com pessoal foram a principal despesa de custeio da máquina pública, tendo média de 47% no período.

Oliveira, Bruni e Dias Filho (2010) investigaram no conjunto de municípios da Bahia entre outros indicadores a Despesa Líquida com Pessoal de 1998 a 2008. Eles também demonstraram além do comportamento de gastos com pessoal mais homogêneo dos municípios, um crescimento nas médias dessas despesas, ou seja, os que estavam abaixo do limite fiscal ampliaram suas despesas e os que excediam as inibiram ajustando-se a LRF.

Demonstrações do poder de indução ou retração de despesas com pessoal após a LRF semelhantes aos achados de Oliveira, Bruni e Dias Filho foram observadas por Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006) que apontam que a LRF criou efeitos distorcidos, pois definiu metas irrealistas quando baseou-se no padrão de gastos com pessoal dos Estados .

Nessas condições pode-se observar um aumento das despesas com pessoal daqueles que têm margem para ampliarem e nos municípios que se encontram no limite ou próximo dele, há redução. Assim, observa-se uma convergência no perfil dos gastos com pessoal das administrações municipais o que as torna mais homogêneas quanto a esse tipo de despesas. Amparados nessas evidências, os autores advertem para o fato de que, caso as administrações municipais preservem esse padrão de comportamento, as despesas tendem a convergir para as proporções que comprometerão maior volume da RCL, o que conseqüentemente implicará em restrições fiscais (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2010; ZUCCOLOTTO, RIBEIRO; ABRANTES, 2009).

A constatação deste estudo de que, entre 2004 a 2009, houve um crescimento anual nas médias de despesas com pessoal de 1,3% (tabela 15), se de um lado corroboram com os achados de Zuccolotto, Ribeiro e Abrantes (2009); Oliveira, Bruni e Dias Filho (2010) e, Nogueira e Rodrigues (2010), de outros reforçam as observações de Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006).

A despesa com pessoal segundo regiões evidenciou que o Sudeste e o Nordeste apresentaram maiores proporções de despesas no último quartil.

Ainda na pesquisa de Fioravante, Pinheiro e Vieira (2006), a região Nordeste no período de 1998 a 2000 apresentou perfil de gastos com pessoal moderado com média de 39,98% e grandes variações refletindo-se numa maior heterogeneidade entre os municípios. No momento posterior à criação da LRF, os autores observaram que, apesar de mantendo-se abaixo do limite prudencial, houve a elevação nas médias de gastos com pessoal (41,33%) em 08 dos 09 estados que compõem o Nordeste, tornando os municípios da região mais homogêneos.

O perfil de gastos com pessoal das regiões no artigo de Giuberti (2005) evidenciou que o Norte apresentou as maiores despesas com pessoal de 1998 a 2001 e o Sudeste de 2002 a 2003. Em que pese neste artigo as proporções de despesas com pessoal ficaram em suas médias inferiores ao limite fiscal, esses resultados diferem dos achados aqui explicitados na tabela 4. Nos anos de 2004, 2005 e 2008, a região Norte demonstrou além das menores proporções de despesas com pessoal, ou seja, 42,38% da RCL, médias inferiores àquelas identificadas por Giuberti (2005).

O Sudeste, conforme foi demonstrado nos resultados, apresentou menor flexibilidade para aumento nas DTP. As médias de despesas com pessoal evidenciadas foram bem superiores às daquelas do artigo de Giuberti (2005), entre 1997 a 2003.

Quanto ao estrato populacional (Tabela 4), os resultados evidenciaram que nos dois primeiros anos houve maior flexibilidade DTP, onde a maioria dos municípios em quase todos os estratos gastou até 42,38%.

Em 2006, 2007 e 2009 o incremento das despesas com pessoal foi evidenciado nos seis intervalos, todavia os municípios com até 50.000 habitantes foram os que mais gastaram com pessoal.

Em oposição a esses achados, Giuberti (2005) constatou que entre 1997 a 2003 houve uma redução na proporção de gastos com pessoal para os municípios com até 50.000 habitantes.

A discreta constância na frequência de municípios com população superior a 500.000 habitantes no quartil de despesas com pessoal acima de 48,35%, além da elevação observada entre 2006 a 2009, nesse estrato, sugerem que, para um conjunto de municipalidades, houve manutenção no padrão de gastos com pessoal no período, sugerindo que estes apresentaram maior risco frente às sanções fiscais. Para confirmar essa hipótese, é necessária uma investigação detalhada identificando-se anualmente os municípios que estão apresentando tal perfil.

A relação positiva entre endividamento público municipal e a variável Despesa de Pessoal foi constatada em municípios com população superior a 100.000 habitantes, no período de 1998 a 2006, por Macedo e Corbari (2009).

Vale salientar ainda a redução na proporção das DTP dos municípios observada no ano de 2008, presente nas tabelas que exploram o indicador.

Sabendo-se que no referido ano, encerrava-se o ciclo de gestão dos municípios, é provável que a retração das DTP observada reflita as determinações da legislação fiscal que torna nulo de pleno direito o ato que resulte em aumento da despesa com pessoal expedido 180 dias anteriores ao final do mandato do titular do respectivo órgão (OLIVEIRA; BRUNI; DIAS FILHO, 2010). Outro aspecto é que a mudança nas administrações municipais não suprime a responsabilização do gestor público que encerra seu mandato.

Cabe ponderar os achados presentes nas tabelas de 2 a 4, com o que tem sido objeto de amplo debate nas agendas do CONASEMS e CNS. Na seção dos resultados que explorou a análise documental, ficou demonstrado o quão frequente a questão da LRF apareceu como

obstáculo ao desenvolvimento do SUS e como indutora do processo de precarização dos vínculos de trabalho no setor.

Considerando-se as discussões aquecidas dos gestores de saúde e contrárias à permanência de aplicação da LRF na saúde, esperava-se que na análise do indicador DTP a proporção de municípios com flexibilidade de contratação fosse menor, ou seja, era esperado maior número de municipalidades próximas do limite prudencial. A uma primeira vista, pelos aspectos explorados até aqui na análise do indicador DTP, ainda não é possível confirmar os argumentos dos gestores de saúde detalhados na pesquisa documental.

Uma possível explicação é que a LRF tem grande poder disciplinador e, por isso, enquadrou municípios ao controlar os gastos com pessoal. Esse argumento procede e foi reforçado nos autores, mas, a defesa eloquente e contrária a LRF pelos gestores municipais conduz a uma expectativa de que, o perfil de gastos com pessoal dos municípios é bastante crítico. Longe de esgotar a discussão, esse aspecto será retomado nas análises dos próximos indicadores.

6.4 A Capacidade de Arrecadação e Participação dos Recursos de Transferências nos municípios brasileiros

Segundo Pinheiro (2009) boa parte dos estudos que têm como propósito avaliar a situação fiscal dos municípios recorre aos indicadores de capacidade de arrecadação e proporção de transferências intergovernamentais.

O poder desses indicadores em aferir o grau de autonomia das administrações dos entes subnacionais foram explorados em diferentes investigações (BRASIL 2006; GIUBERTI 2005; MACEDO; CORBARI 2009; MEDEIROS et al. 2008; SANTOS, ALVES, 2011; TRISTÃO, 2003; ZUCCOLOTTO; RIBEIRO; ABRANTES, 2009).

Pinheiro (2009) salienta as relações inversas e ao mesmo tempo complementares desses dois indicadores. Tomando por base essa assertiva neste estudo, optou-se por discuti-los simultaneamente. Assim, as tabelas de 05 a 10 serão examinadas simultaneamente, buscando-se estabelecer as relações que existem entre os indicadores capacidade de arrecadação municipal e Proporção de Transferências Intergovernamentais no período de 2004 a 2009.

Porém, antes, é adequado discorrer sobre a classificação das receitas orçamentárias, os tipos de tributos de competência municipal e os sistemas de Transferências Intergovernamentais.

As receitas orçamentárias podem ser próprias ou oriundas de transferência. As primeiras resultam das fontes municipais e refletem a capacidade dos municípios explorarem seu patrimônio através de arrecadação ou através de expropriação dos recursos de terceiros mediante tributação. Já as fontes de transferências podem ser intra ou intergovernamentais (BRAGA; CRUZ; MENDES, 2009).

Os tributos mais explorados pelos municípios são aqueles provenientes do Imposto sobre Venda de Serviço (ISS) e Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), embora haja outra possibilidade de arrecadação mediante Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis (ITBI).

As transferências podem ser classificadas em regulares ou negociadas. São exemplos de transferência regulares as provenientes do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). A Quota parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), entre outros mecanismos de transferências financeiras. As transferências como as do SUS classificam-se em negociadas (TRISTÃO, 2003).

Sabe-se que as receita orçamentária dos municípios do Brasil são notadamente oriundas dessas duas fontes (PINHEIRO, 2009).

Conforme foi visualizado na tabela 5 e 8, a grande proporção dos 4356 municípios estudados apresentaram o indicador de CAM bastante baixo e, elevada PTI.

Esses achados têm sido com recorrência, apresentados em diferentes investigações: Brasil (2006); Giuberti (2005); Pinheiro (2009); Tristão (2003). Logo, ainda que se reconheça serem distintos os períodos dos estudos dos mencionados autores com aqueles que aqui foram explorados, não se observou tendência de mudança estatisticamente significativa no padrão de arrecadação dos municípios entre 2004 a 2009, conforme nota-se na tabela 15.

Nesse caso observa-se que, no período estudado, não se verificou entre os municípios brasileiros melhoria na exploração daqueles tributos que oferecem potencialidade para elevação da autonomia municipal. É bom lembrar que esse comportamento se opõe ao esperado após a CF de 1998, cujo texto assegurou aos municípios além de maior responsabilidade na oferta de políticas públicas, reforço na necessidade de expansão na sua arrecadação.

Esses achados corroboram com Carneiro e Brasil (2010) que a esse respeito comentam que não se materializou a expectativa de reforço mais substantivo das finanças municipais apesar das ampliadas competências após a CF de 1988.

No que diz respeito ao grau de dependência dos municípios a recursos de transferências ficou notória a significância deles para as administrações locais no período e, pelo que foi analisado, pode-se afirmar que continuam sendo a “coluna vertebral” das finanças públicas municipais conforme assinalou Tristão (2003) em pesquisa realizada em 2000.

Contudo, observou-se uma discreta mudança no padrão de recebimento de recursos a partir de 2008, visto que, se notou nos dois últimos anos uma redução na dependência dos municípios a transferências, ou seja, eles migraram notadamente para o primeiro quartil de estudo com PTI, ou seja, até 79%. No entanto, não se evidenciou que essas mudanças tiveram significância estatística (tabela 15).

A discussão sobre o papel que tem os recursos de transferências para os municípios pós-CF de 1988 é importante. No processo de descentralização, verificou-se uma desconcentração dos recursos, o que teve efeitos adversos, pois a dependência dos municípios a fontes provenientes da União e do Estado pode gerar certa “acomodação” de suas administrações pela baixa exploração a recursos de arrecadação.

A esse respeito Lima (2007) comenta que, pela ausência de critérios pautados no esforço fiscal, o atual sistema de partilha da receita da União para com os entes subnacionais tem como reflexo a falta de estímulos aos municípios que mais arrecadam ou que apresentam melhor desempenho de suas máquinas fazendárias.

Isso se explica pelo fato de que, a CF de 1988 apesar de atribuir aos municípios a competência de cobrar tributos não os obriga. Por outro lado, o repasse de transferências compulsórias via fundos de participação transformou a cobrança de tributos municipais uma incógnita sem nenhum padrão de regularidade (CARNEIRO; BRASIL, 2010).

Uma considerável parte dessas transferências denomina-se como de caráter redistributivo setorial e, por isso, se restringe a funções específicas não se refletindo diretamente sobre a capacidade geral de gasto do governo que recebe esses recursos (LIMA, 2009).

Assim, pelo fato desses recursos vincularem-se a programas que impõem a aplicação em funções específicas reforçam ainda mais a dependência, pois, suprimem a autonomia municipal no seu gasto (BRAGA; CRUZ; MENDES, 2009).

A análise por região tabelas (6 e 9) da CAM e PTI elucidou algumas especificidades dos municípios.

A região Nordeste foi a que menos arrecadou tributos no período, e, no lado oposto, o Sudeste apresentou a melhor capacidade de exploração de seus tributos, ou seja, seus municípios concentraram-se no quartil acima de 7,7% .

Os achados corroboram com o estudo de Pinheiro (2009) que demonstrou entre 2002 a 2005 o mesmo perfil de distribuição que o aqui encontrado. Recorrendo os indicadores do SIOPS, Lima (2006) constatou que entre 2002 a 2004 o Nordeste além de apresentar menor gasto *per capita* com saúde, era uma das regiões de maior dependência a recursos de outras esferas e a região Sudeste gozava de condição oposta.

Todavia, diferindo desses dois autores, na análise de 2004 a 2009 notou-se que os municípios do Sudeste também apresentaram importante dependência a recursos de transferência.

O Sudeste é reconhecidamente a região mais urbanizada e industrializada do país, na qual metrópoles como São Paulo e Rio de Janeiro totalizam populações de 16 milhões de habitantes (RODRIGUES, 2010). Com tais características parte dos municípios dessas regiões tem grande potencial de exploração do IPTU e ISS, aspecto elucidado na pesquisa de Tristão (2003).

No lado oposto, os municípios nordestinos têm histórico de baixa capacidade de arrecadação ou de atividade econômica que possa se refletir ou incidir em outros impostos como o ICMS (PINHEIRO, 2009).

Pelo exposto, era de se esperar o padrão de arrecadação da região Sudeste e Nordeste, todavia, chamou a atenção o fato das transferências estarem assumindo maior importância como fontes de recursos para os municípios de regiões mais economicamente dinâmicas, ou seja, o Sudeste e o Sul.

O perfil observado nas regiões sul e norte mantém características semelhantes ao padrão observado em outros estudos, contudo a condição do centro-oeste quanto a CAM sugere que os municípios dessa região gozam de importante potencialidade de arrecadação de tributos.

A análise do indicador CAM por estrato populacional (tabela 7) reitera os achados de outros autores quando assinalam que municípios de menor número de habitantes apresentam menor dinamismo econômico, e níveis pouco expressivos de arrecadação (GOMES; MACDOWEL, 2000; OLIVEIRA; FORTES, 2003; TOMMIO, 2002).

Quanto a PTI, identificou-se a relevância dos recursos provenientes de outras esferas para as fontes dos municípios, especialmente entre 2004 a 2007 quando nos seis estratos de população a dependência a recursos de transferências concentrou-se no quartil acima de 88,6%.

No ano de 2008 e 2009, observou-se uma discreta mudança no perfil de dependências a recursos de transferências para todos os estratos de população, já que eles migraram para o primeiro quartil, mas sem que se tenha observado significância estatística.

Os achados contidos nas tabelas 7, e 10 sugerem considerações. No Brasil há uma concentração de mais de 90% de municípios com até 50.000 habitantes, dentre os quais 48,4% têm menos de 10.000 habitantes (MACHADO, 2008a).

Grande parte dessas municipalidades foi criada nas duas últimas décadas, ou seja, no período de 1988 a 2000, quando ocorreram 1.438 emancipações, dentre as quais aproximadamente 75% com populações de no máximo 10.000 habitantes. Nessa perspectiva pode-se dizer que no Brasil houve um claro processo de fragmentação dos municípios (TOMIO, 2002).

Essas unidades emancipadas têm como característica pequeno número de habitantes, alta dependência de recursos de transferências com receita tributária insuficiente até, para sustentar os cargos políticos como o do prefeito, vereadores e secretários municipais.

Os poucos recursos dessas cidades acabam sendo gastos com o pagamento do legislativo como vereadores, funcionários administrativos e políticos em geral, como foi evidenciado por Gomes e Mac Dowel (2000).

Rodrigues (2010) adverte que nesse processo de criação de novas municipalidades:

As leis específicas estaduais de criação de novos municípios e regiões metropolitanas, quando existentes, não são cumpridas. Critérios são flexibilizados dependendo de interesses locais, demonstrando que a ideia de descentralização da Constituição de 1988 não foi compreendida como forma de democratização, mas de fragmentação. (RODRIGUÊS, 2010, p.302).

A mesma autora salienta também que essa fragmentação se reflete, inclusive, na ausência de referências de extensão territorial, cuja consequência são municípios com grandes diferenças de tamanho. Assim, na região Norte estão municípios com extensões territoriais como Altamira no Pará que tem 161.446 Km² e no Sudeste cidades com no máximo 3 Km² como o município mineiro Santa Cruz de Minas .

Esses grandes contrastes nas diferenças de tamanho da população, extensão territorial e capacidade de gerar recursos próprios mediante tributos se refletem numa fragilidade em

oferecer serviços públicos à sociedade, o que torna esses municípios pouco sustentáveis, apesar de gozarem de autonomia a partir da CF de 1988.

A limitação e ou interrupção de disponibilidade de fontes de recursos de transferências para os municípios menores tende a ser mais problemática, pois, estes têm mais dificuldade em cumprir as funções que lhes são atribuídas como a oferta de políticas públicas, o que torna, para eles, as fontes oriundas dos Estados e União vitais.

As cidades maiores apresentam condições diferentes: elas gozam de maior poder de arrecadação de tributos, mas concentra elevados contingentes populacionais, o que em contrapartida exige maiores demandas por serviços públicos (MACHADO, 2008b).

Pelo exposto, a situação dos municípios brasileiros independente de seus portes apresenta-se como complexas, embora por razões e condições distintas.

Como foi evidenciado na análise do indicador de despesa total com pessoal, apesar de uma importante proporção de municípios apresentarem flexibilidade para contratação de pessoal, observou-se uma elevação de 1,3 nas médias do indicador, dando pistas de que há um maior comprometimento das receitas com folha de pagamento.

Sabendo-se que o denominador do cálculo de DTP é a RCL, e que esta é influenciada pela capacidade de arrecadação de tributos, presume-se que as elevações nas médias das DTP podem estar diretamente relacionadas a pouca alteração no padrão de arrecadação dos municípios no período 2004 a 2009, ou seja, as contratações acontecem sem uma proporcional elevação na autonomia financeira dos municípios.

Nessas condições, os municípios terão de fato limite para manutenção ou ampliação das políticas públicas, visto que os gastos com pessoal não serão acompanhados de novas receitas, e, nessas condições, estarão mais susceptíveis às sanções da LRF. Todavia, esses achados ainda parciais remetem a outras investigações.

Note-se que, com a análise dos indicadores de CAM e PTI, identificam-se novas evidências as quais sugerem que as denúncias dos gestores de saúde contra a LRF começam a ser justificadas.

Pela imposição de ofertar serviços de saúde, os gestores de saúde tendem a aumentar os gastos especialmente com pessoal. Esse quadro exige maior disponibilidade de receita pelos municípios.

Considerando-se a *performance* dos municípios brasileiros nos indicadores e autonomia e dependência, constatam-se as possibilidade de crise, visto que, segundo Santos (2011), sem recursos, além de não haver meios para o desenvolvimento da política, ampliam-se os riscos de crise de governabilidade (SANTOS, 2011).

6.5 As Despesas com Pessoal da Saúde

Antes de examinar o indicador de despesas com pessoal da saúde (DPS) é adequado considerar o poder de empregabilidade do setor, e, nessa direção, as observações de DAIN (2009) são oportunas. A autora destaca que a capacidade de geração de empregos diretos com funções mais qualificadas no setor saúde é de aproximadamente 10% da população brasileira. Em seu conjunto de atividades, a saúde emprega cerca de 7,5 milhões de trabalhadores, os quais estão inseridos prioritariamente em atividades intensivas de conhecimento. Com tais evidências compreendem-se as razões do perfil de distribuição dos gastos com pessoal do setor contidos nas tabelas 11 a 13.

Sabendo-se que o processo de descentralização pós Constituição Federal de 1988 avançou bastante, grande parte dessa indução no número de postos de trabalho na saúde foi absorvida pelos municípios.

São evidências os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2003 que revelou haver 7,9 milhões de servidores públicos civis em condições de vínculo regular no Brasil nesse ano, dos quais 50,2% pertenciam às administrações municipais (NOGUEIRA, 2010).

A análise das tabelas de 11 a 13 demonstra que os municípios destinaram um volume expressivo de recursos para o pagamento de trabalhadores de saúde entre 2004 a 2009, mais especificamente, proporções superiores a 57% do total de suas despesas.

Tais achados reforçam que, com o processo de descentralização da política de saúde, os municípios ganharam o *status* dos principais empregadores do setor público, conforme assinalam, entre outros autores, Girardi e Carvalho, (2003) e Roza e Rodrigues, (2003).

As despesas com pagamento de pessoal reforçam que a saúde se caracteriza como intensivista na utilização de mão-de-obra humana cujos processos de produção são multiplicadores de novos postos de trabalho (MERHY; FRANCO, 2008; AMÂNCIO FILHO, VIEIRA e OLIVEIRA, 2006;). A forte capacidade de indução dos empregos de saúde permite dizer que, para um emprego de saúde, observa-se, quase sempre, uma relação de 1/2 ou 1/3 postos de trabalho (MACHADO, 2008a).

Por tudo isso, infere-se que há um grande comprometimento dos recursos desse setor nas despesas com pessoal.

O fato de nos anos de 2004, 2006 e 2009 a elevada quantidade de municípios apresentar proporções de despesas em folha de pagamento superiores a 57% sugere que os

gestores de saúde usaram de certo “malabarismo” para o desenvolvimento da política, pois, além de recursos para despesas com folha de pagamento precisa-se também de meios para manutenção de unidades de saúde (com insumos e medicamento) e novos investimentos em infraestrutura entre outros tipos de despesas típicas do setor.

A distribuição do DPS demonstrou que de um modo geral todas as regiões destinaram grande volume dos seus recursos no pagamento de folha de pessoal. Tal achado torna oportuno destacar que o processo de descentralização brasileiro teve como ênfase as ações básicas de saúde. Nele os programas PACS e PSF foram progressivamente introduzidos nos municípios do Brasil e, conseqüentemente tiveram grande impacto na geração de posto de trabalho (JUNQUEIRA et al. 2010).

É possível que grande volume das despesas do setor saúde com pessoal dos municípios brasileiros nas várias regiões esteja vinculado a esses programas já que o período de 2004 a 2009 reflete a denominada fase de consolidação do PSF, quando se implementou o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família - PROESF (BRASIL, 2009).

É bom lembrar que no período de 1998 a 2004 o MS constatou uma ampliação da cobertura do PSF de 6,55 % para 40% da população (BRASIL, 2006). Em dezembro de 2008, após ações do PROESF a cobertura atingiu 49,5% da população do país, ou seja, aproximadamente 94 milhões de brasileiros (BRASIL, 2009).

A importância das despesas com pessoal da saúde apresentadas pelas regiões Sudeste e Nordeste merecem considerações.

A elevada concentração de profissionais e serviços de saúde da região Sudeste é reconhecida, sendo a razão de médico por habitante desta região de 1/132 (MACHADO, 2008b). Giuberti (2005) destaca que nessa região estão as maiores populações urbanas. Nessas condições há uma indução na demanda por serviços de saúde o que naturalmente se reflete em maior proporção de trabalhadores. Nessa perspectiva, é esperado que o maior volume de despesas com pessoal esteja presente nessa região.

Entre 1998 a 2004 a região Nordeste foi a principal responsável pelo incremento da ampliação do PSF no país, o que implicou em 54,85% de cobertura (BRASIL, 2006).

O *status* de segunda maior despesa com pessoal da saúde apresentado pelo Nordeste pode ser justificado tanto pela cobertura apresentada quanto pelo viés em favor da equidade proposto pelas ações do PROESF no período de 2004 a 2008 (BRASIL, 2009). O estudo de Fachinni et al (2006) ratifica a condição que a Saúde da Família tem para essa região.

Todavia, cabe esclarecer se existem evidências das relações entre o Programa e gastos com pessoal.

Há uma escassez de pesquisas que apurem os efeitos da inclusão do PSF na elevação de despesas com pessoal da saúde dos municípios, mas são exceções o estudo de Portela e Ribeiro (2011), Rocha Filho e Silva (2009) e Soellner (2001).

Em pesquisa coordenada por Soellner (2001) aferiu-se em 118 equipes, o custo atual e potencial do conjunto de ações contempladas pelo PSF entre setembro de 2000 a março de 2001. Nos dois padrões de atendimento considerados demonstrou-se que para as equipes ampliadas (atenção básica, apoio diagnóstico e atendimento especializado) e básicas os salários e encargos representavam 65% e 51 % do total das despesas respectivamente.

Nogueira em estudo realizado em 2002 adverte que os efeitos das despesas com encargos sociais têm uma importante representação no volume dos gastos com pessoal (NOGUEIRA, 2002).

Rocha Filho e Silva (2009) avaliaram os custos com pessoal na produção das atividades de saúde de 08 equipes do Programa Saúde da Família no município de Fortaleza em 2004. Os autores evidenciaram que as despesas com pessoal das unidades são superiores aos repasses do MS, ou seja, o valor mensal de verbas federais por equipe de R\$ 9.543,33 (Nove mil quinhentos e quarenta e três reais e trinta e três centavos) cobre apenas 60% dos gastos da unidade (equipe e medicamentos). Especificamente nas despesas com pessoal da equipe e demais trabalhadores que dão apoio, as verbas repassadas cobrem apenas 80,49% dos gastos e, se considerados apenas os profissionais, a garantia de cobertura das despesas é 97,57%.

Portela e Ribeiro (2011) investigaram a sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família no conjunto de municípios brasileiros com população superior a 100.00 habitantes. No estudo, evidenciou-se que as regiões Norte e Nordeste, ao mesmo tempo em que demonstraram melhor performance em indicadores como participação da receita própria empregada na saúde, margem de expansão do gastos *per capita* e adequação ao PROESF, foram as que evidenciaram maior vulnerabilidade econômico-financeira podendo levar também a maiores riscos fiscais ou de cortes orçamentários em outras políticas essenciais como educação e saneamento. Nesse estudo, notou-se que a vulnerabilidade fiscal foi identificada nos municípios que demonstraram maior esforço de cobertura da Estratégia do Saúde da Família (PORTELA; RIBEIRO, 2011) .

Considerando-se os achados de DPS contidos nas tabelas, a possibilidade deles estarem vinculados ao PSF, e os aspectos destacados nos estudos mencionados acima, constata-se que a manutenção de equipes desse programa tem importantes efeitos nas despesas do setor saúde.

O padrão de DPS observado nos estratos populacionais repete a tendência de comprometimento de grandes volumes de recursos. Não foi possível observar um padrão de despesas associado ao tamanho do município.

Mesmo que a análise temporal desse indicador (tabela 15) não tenha apresentado elevação estatisticamente significativa em suas médias anuais, os resultados das tabelas de 11 a 13 corroboram com as denúncias e queixas dos gestores municipais de saúde que foram apresentadas na pesquisa documental.

No exame da produção do CONASEMS e da agenda do CNS, a preocupação com o comprometimento de grandes parcelas dos recursos da saúde com o pagamento da força de trabalho foi constante entre 2004 a 2010.

Os gestores defendem com veemência a revisão da LRF, e pelos achados do indicador DTP, parece que potencialmente baseiam-se mais especificamente sobre o conhecimento empírico que têm dos gastos com trabalhadores de saúde, haja vista, a análise da despesa total com pessoal não ter reforçado as declarações dos gestores de saúde.

Pela relevância que são os recursos humanos na saúde, pela disponibilidade de dados das despesas com pessoal do setor contidas no SIOPS e, pela urgência de conhecimento objetivando respostas para os problemas resultantes de despesas elevadas *versus* recursos escassos, era de se esperar que o tema fosse mais explorado, afinal, há bases de dados com múltiplas possibilidades de pesquisa, principalmente ao alcance do coletivo de gestores de saúde. Entretanto, não se identificaram estudos que busquem responder a essa lacuna de conhecimento.

A análise do indicador de DTP apresentou uma tendência de elevação entre 2004 a 2009. No indicador de CAM evidenciou-se a manutenção do padrão de arrecadação dos municípios brasileiros no período. Refletiu-se sobre os potenciais desdobramentos da tendência de elevação das DTP frente à manutenção das condições de receita. Constatou-se também a importância que os recursos de transferência ocuparam no período estudado, através da análise do indicador PTI.

Cabe agora relacionar as constatações retiradas das tabelas que apresentaram o indicador DPS com os achados sistematizados acima. A grande proporção de despesas com pessoal da saúde apresentada pelos municípios no período pode ter influenciado na situação de gastos com pessoal do município.

Todavia, a ausência de elevação nas médias com importância significativa na DPS, faz dessa conclusão temporária, uma nova hipótese. Para que seja comprovada torna-se

necessário outro formato de investigação dos dados do FINBRA e SIOPS, utilizando-se além de outros indicadores a análise de rede de serviços, outros testes e recursos estatísticos.

Observou-se que o indicador de DTP apresentou o menor desvio padrão (tabela 14). Nos estudos de Giuberti (2005) e Pinheiro (2009) também foi observada uma menor dispersão mediante desvio padrão entre os municípios. Esse resultado sugere que a LRF teve grande capacidade de indução no controle dos gastos com pessoal. O desvio padrão menor implica um perfil mais homogêneo de gastos dos municípios nesse tipo de despesas.

Também se notou que o indicador de CAM quando comparado ao PTI apresentou-se mais homogêneo, reiterando o padrão de baixa arrecadação das administrações municipais.

Não se identificaram na literatura argumentos que justifiquem os achados da DPS, porém, o maior desvio padrão elucida uma maior heterogeneidade nos gastos com trabalhadores do setor entre os municípios. Além do desvio padrão, a média mínima de 5,99% e máxima de 78,65% reforçam que o comportamento dos gastos no indicador de despesas com pessoal da saúde dos municípios é bem menos homogêneo.

6.6 A análise de Correlação entre os indicadores

Conforme se verificou, o objetivo de estabelecer a relação entre os indicadores de DTP, DPS e IAN (Indicador de Autonomia Municipal) implicou na aplicação de testes de correlação (tabela 16).

A ausência de evidências de que há correlações entre os indicadores se opôs aos argumentos presentes no acervo de documentos investigados na primeira sessão dos resultados desta tese. Pela importância desses achados, algumas considerações sobre os indicadores de DTP e DPS tornam-se necessárias.

Dias (2009) adverte que apesar da LRF ser bastante cuidadosa na definição exaustiva de despesas com pessoal e da forma como deve ser calculada, observa-se que as esferas subnacionais utilizam de artifícios para se adequarem aos limites de despesas e evitarem, pois, a aplicação das sanções fiscais. A experiência de prestação de contas dos Estados evidencia que são artifícios:

- a) Exclusão das despesas com pensionistas;
- b) Exclusão das despesas com inativos;

- c) Exclusão do imposto de renda;
- d) Cumprimento do limite global x limite parcial.

Outra forma de driblar a LRF é através da expansão de outras rubricas de despesas com diárias, auxílio alimentação, auxílio-transporte, serviços de terceiros, serviços de consultoria e locação de mão-de-obra, os quais se classificam como outras despesas correntes e não entram no cálculo de Despesas com Pessoal (DIAS, 2009).

Carvalho (2011) destaca que na experiência dos municípios as saídas utilizadas têm sido:

- a) Contabilizar o limite com toda a administração e não apenas saúde;
- b) Terceirizar legitimamente pessoal de atividades meio diminuindo cargos e fazendo readequações funcionais dos remanescentes;
- c) Terceirizar atividades possíveis para pessoas jurídicas, como: obras etc;
- d) Projetos de aumento do limite de contratação de pessoal da saúde ou de retirada da saúde da base.

Outro aspecto importante é o fato da óbvia exclusão dos contratos precários no cálculo de despesas com pessoal dos municípios.

Tais ponderações revelam que a forma de cálculo desse indicador fiscal pode sofrer os efeitos das saídas utilizadas pelos gestores públicos. Nessas condições, as reais dificuldades de cumprimentos dos gastos com pessoal conforme LRF pelas administrações municipais podem ser omitidas. Nessas condições, a qualidade do indicador de despesa total com pessoal fica comprometida.

Pelo exposto, a confirmação ou refutação desse argumento sugere o desenvolvimento de investigações que objetivem aferir a confiabilidade e validade desse indicador da base FINBRA. Quanto aos indicadores do SIOPS, Lima, Carvalho e Schramm (2006) apontaram que os dados do SIOPS são confiáveis. Todavia, a investigação de Gonçalves et al (2009) identificou problemas de uniformidade entre os registros dos dados do SIOPS e do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Diante de tal constatação, os autores reforçam a necessidade de estudos que apurem a confiabilidade do SIOPS.

Conforme se observa, há posições diferentes sobre a confiabilidade dos dados do SIOPS a depender do tipo de indicador, e de que base será tomada para comparabilidade. Essas evidências e a ausência de estudos que explorem o indicador de despesas com pessoal da saúde tornam fundamentais pesquisas que averiguem a confiabilidade e validade desse

indicador, sobretudo quando se consideram as dificuldades de definir o que entra ou não no numerador para seu cálculo.

É condição *sine qua non* que as bases FINBRA e SIOPS sejam exploradas e pesquisadas simultaneamente. A verificação dos dados exportados entre essas bases e a qualidade de seus registros aponta para superações de problemas ainda desconhecidos. O único artigo identificado que explorou as bases FINBRA e SIOPS foi o de Lima, Carvalho e Schramm (2006), no qual as autoras compararam os registros do SIOPS sobre transferências da união para saúde entre 2001 e 2002.

Por fim, as demandas por informação na agenda da gestão do trabalho em saúde e do Colegiado de secretários municipais de saúde no que diz respeito às formas de contratação e legislação fiscal, tornam necessário o amadurecimento e disponibilização de um indicador específico que identifique os efeitos reais das despesas com pessoal da saúde na situação de gastos com pessoal dos municípios.

Pelas semelhanças de linguagem entre os sistemas aqui estudados, a inclusão desse indicador na relação daqueles disponibilizados pelo SIOPS, além de oportuna, parece viável.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Com a criação da Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000, as demandas de acesso a informações sobre as receitas e despesas dos municipais tornaram-se mais prementes, sobretudo, no que diz respeito ao monitoramento e controle das despesas com pessoal.

Com regras e sanções claras, a LRF introduziu desafios para os gestores públicos nas diferentes esferas e setores da administração pública brasileira, mas, como foi visto, na política de saúde inaugurou uma nova agenda de problemas e desafios.

Neste estudo, analisou-se o impacto dessa lei nas despesas com pessoal da saúde. Para isso buscou-se abordar o problema sob diferentes perspectivas.

Investigaram-se os registros documentais do CONASEMS e do CNS e o comportamento das despesas com pessoal dos municípios com base nos sistemas FINBRA e SIOPS.

Considerando-se as perspectivas de exploração do problema e o processo de construção e desenvolvimento desse estudo, é adequado destacar algumas conclusões.

Quanto à emergência dos debates sobre precarização e lei de responsabilidade fiscal nos colegiados de saúde:

- A maneira negligente com que foi tratada a política de recursos humanos em saúde nos anos noventa colaborou no processo de precarização do trabalho em saúde. Tal contexto favoreceu na elevação da importância da precarização como grande tema na agenda política do campo dos recursos humanos em saúde.
- A pesquisa documental evidenciou que, com a criação da SGTES, os debates sobre a necessidade de adoção de medidas frente à precarização tornaram-se mais frequentes. Com o Programa Nacional de Desprecarização do SUS, o combate ao problema dos vínculos trabalhistas no sistema de saúde brasileiro ganhou maior evidência.
- No ano de 2005 três importantes aspectos foram identificados no acervo documental:
 - a) A LRF passou a ocupar lugar de destaque na produção e nos debates dos fóruns da saúde.
 - b) No acervo do CONASEMS e CNS identificou-se a ocorrência dos primeiros registros da LRF como causadora dos vínculos precários no SUS.
 - c) Nesse mesmo ano foram apresentados os primeiros Projetos de Lei (Nº251/2005, 264/2005 e 268/2005) com vista à mudança na LRF ou sua adequação ao setor saúde.

- Entre 2004 a 2010 foram apresentados oito PL os quais pleiteavam a flexibilização da LRF. Apesar dessas propostas, o assunto divide opiniões, o que reflete o caráter complexo da questão.
- Apesar de nos documentos do CONASEMS ser frequente uma associação entre LRF e precarização dos vínculos na pesquisa documental, evidenciou-se que o próprio Colegiado de secretários destacou que a NOB-91 influenciou o problema. Assim, o próprio CONASEMS reconheceu a proliferação de vínculos trabalhistas precários bem antes da implantação da LRF.
- A pesquisa documental reforçou que o estudo do impacto da LRF para contratação dos trabalhadores de saúde tem se colocado com importância nas pautas do CONASEMS e CNS. Apesar da frequência de discussão dos problemas derivados da LRF nas agendas dos Colegiados de saúde e de sua incorporação na lista de prioridades de pesquisa em saúde em 2008, ainda são poucos os estudos que buscam aferir o impacto da LRF nos gastos com pessoal da saúde, o que sugere haver uma lacuna de conhecimento a ser respondida.

Quanto aos sistemas de informação FINBRA e SIOPS:

- A necessidade de atenção e controle das receitas e despesas dos entes subnacionais influenciou na criação do FINBRA e do SIOPS. Tais bases, se analisadas conjuntamente, favorecem na compreensão das discussões do financiamento do setor saúde sob bases mais amplas, ou seja, sob o campo das finanças públicas e das relações fiscais intergovernamentais.
- Apesar do conjunto de variáveis de receitas e despesas contidas nos sistemas FINBRA e SIOPS, observa-se que ainda são pouco utilizadas em pesquisas. Tal evidência sugere que há necessidade de ampliar o conhecimento sobre essas bases, com vista a seu melhoramento e aperfeiçoamento.
- Neste estudo aferiram-se as dimensões de Acessibilidade, Oportunidade, Clareza Metodológica e Cobertura do FINBRA e SIOPS. Identificou-se que:
 - a) Os dois sistemas apresentam semelhantes vantagens quanto à acessibilidade e oportunidade.
 - b) Na dimensão de clareza metodológica o FINBRA apresentou limites como: ambiguidade na compreensão para composição de indicador; problemas de linguagem que por ser pouco didática e enfatizar terminologias contábeis, torna o sistema pouco amigável para os usuários leigos. Esses fatores, além de

comprometerem a clareza metodológica desse sistema, limitam o manuseio, tratamento e geração de informações.

- c) Quanto à cobertura, tanto o FINBRA quanto o SIOPS demonstraram elevada cobertura de registros no país. Todavia, o maior percentual foi identificado no SIOPS.

No processo de pareamento das bases IBGE, FINBRA e SIOPS, constataram-se algumas especificidades no sistema de codificação dos municípios que exigiram atenção para seleção dos municípios a serem investigados.

- Em que pese as imposições no processo de tratamento dos dados e a identificação dos limites nas dimensões de qualidade dos sistemas, tanto o FINBRA quanto o SIOPS, são importantes fontes de registro contábil dos entes subnacionais brasileiros. Considerando-se o processo de concepção e desenvolvimento desses sistemas, afirma-se que mediante eles, avançou-se bastante nas últimas décadas no campo da informação orçamentária no país.
- A escassez de estudos sobre as relações entre despesas com pessoal do município e dos trabalhadores de saúde, e a possibilidade de acesso aos dados contidos nas bases FINBRA e SIOPS permitem novas explorações. Pelo conjunto de questões introduzidas a partir da LRF, é preciso maior reforço nesse campo de investigação e conhecimento.

Quanto à condição dos municípios nos indicadores de: despesa total com pessoal, capacidade de arrecadação, dependência a transferências intergovernamentais e despesas com pessoal da saúde

- Na análise da despesa total com pessoal, constatou-se que, no período de 2004 a 2009, grande proporção dos 4356 municípios gozava de margens para contratação de pessoal, sem que isso pudesse implicar em sanções segundo regras da LRF. Todavia, notou-se uma elevação de 1,3% nas médias anuais desse indicador.
- As regiões Sudeste e o Nordeste foram as que apresentaram as maiores proporções de DTP no período.
- Observou-se que o indicador de despesa total com pessoal sofreu os efeitos dos ciclos de gestão da administração municipal no período de 2004 a 2009, pois as municipalidades apresentaram redução nas despesas com pessoal no último ano do ciclo de gestão.

- Tal como já evidenciado em outras investigações, neste estudo, cujo período foi de 2004 a 2009 constatou-se que as regras da LRF impactaram no perfil de gastos com pessoal dos municípios, ou seja, reitera-se o poder da LRF em induzir o controle dos gastos com pessoal. Tal aspecto foi apontado mediante a análise do desvio padrão desse indicador no período.
- As análises dos indicadores de capacidade de arrecadação municipal e proporção de transferências intergovernamentais entre 2004 a 2009 corroboram com outros estudos, pois evidenciaram o quão baixa é a capacidade de arrecadação de grande parte dos municípios brasileiros e como eles dependem de recursos oriundos de outras esferas. Nos municípios menores esses perfis de capacidade de arrecadação municipal e proporção de transferências intergovernamentais é mais frequente, o que se torna um grande problema frente ao predomínio de municipalidades brasileiras, ou seja, grande proporção com até 10.000 habitantes.
- Os municípios nordestinos foram os que apresentaram a pior capacidade de arrecadação municipal, e, na direção contrária, o Sudeste e o Sul apresentaram melhor condição de arrecadação;
- Não se observaram no período de estudo alterações nas médias de arrecadação e de transferências com significância estatística.
- Sabendo-se que no período de 2004 a 2009, houve uma tendência de elevação nas despesas com pessoal, e que as receitas dos municípios mantiveram-se sem melhora significativa, presume-se que, se mantidas essas condições, os municípios poderão estar mais vulneráveis às sanções fiscais.
- As elevadas proporções no indicador de despesas com pessoal da saúde aplicadas pelos 4356 municipalidades brasileiras no período de 2004 a 2009 reforçam o status dos municípios na geração de postos de trabalho do setor público. Nessas condições, nota-se que há um grande comprometimento dos recursos desse setor nas despesas com pessoal.
- As regiões Sudeste e Nordeste foram as que mais gastaram com pessoal da saúde entre 2004 a 2009.
- Pela importância do Programa Saúde da Família, é possível que grande volume das despesas do setor saúde com pessoal dos municípios nas regiões brasileiras esteja vinculado a esse Programa. No período de 2004 a 2009 ocorreu a denominada fase de consolidação do PSF. Nos estudos que avaliam esse processo identifica-se o impacto que o PROESF trouxe para as regiões Nordeste e Norte.

- Entre 2004 a 2009, não se identificaram correlações entre os indicadores selecionados neste estudo. Esse resultado se opõe aos argumentos dos gestores de saúde de crise de *governança*, já que não se demonstrou que os municípios que mais gastam com pessoal são aqueles que estão mais vulneráveis às sanções fiscais. Ainda que essas evidências sejam a importantes, algumas considerações tornam-se oportunas:
 - a) Como apresentado, os gestores públicos utilizam de artifícios objetivando reduzir os riscos das sanções previstas na LRF. Nessas condições o cálculo do indicador fiscal pode sofrer os efeitos dessas saídas, ou seja, a qualidade do indicador de despesa total com pessoal pode ficar comprometida, visto que, poderá omitir a real condição dos municípios. Frente a tal aspecto, é necessário explorar esse indicador sob outras perspectivas.
 - b) A disponibilidade do indicador de despesas com pessoal da saúde no SIOPS e a importância dessa natureza de despesa no volume de recursos do setor, torna necessário sua exploração, aferindo-se sua validade e confiabilidade.
- A análise de tendência dos indicadores elucidou que houve uma elevação de 1,3% nas médias anuais nas despesas totais com pessoal, além de sugerir uma melhora na condição financeira dos municípios com discreto aumento na arrecadação e redução na dependência a recursos de transferência.
- Note-se que, mesmo não havendo correlações entre os indicadores estudados, neste estudo reforçou-se que um volume expressivo de recursos do setor saúde está sendo destinado para pagamento de pessoal. Todavia, não se observou que os gastos com pessoal da saúde acompanharam a tendência de aumento nas proporções de despesa total com pessoal das administrações municipais no período. Esse resultado se opõe ao discurso dos gestores de saúde que relacionam a precarização à LRF, além de atribuir-lhe a crise de governança.
- Após análise qualitativa e quantitativa do material de pesquisa, reforçamos a hipótese que norteou seu desenvolvimento .

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M. F. I.; BEIRA, L. (Org.). **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**. São Paulo: FUNDAP, 2007. v. 1, p. 13-31.
- AFONSO, J. R. Federalismo fiscal: receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. **Informe-se**, Brasília, DF, n. 28, p. 1-8, jun. 2001.
- AGENDA estratégica para a saúde no Brasil: 5 diretrizes de uma política de saúde, 5 estrelas para pobres ou ricos. Disponível em: <http://www.saudeigualparatodos.org.br/pdf/Agenda_Saude_para_Todos.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- AGHÓN, G. **Descentralización fiscal**: marco conceptual. Santiago do Chile: CEPAL: PNUD, 1993. (Série Política Fiscal, 4).
- ALENCAR, E. Informação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 147-173, 2004.
- _____. O sujeito em primeiro plano. **Revista do CONASEMS**, Brasília, DF, ano 6, n. 31, p. 19-20, set./out. 2009.
- ALMEIDA, M. F. Descentralização de sistemas de informação e o uso das informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 27-33, jul./set. 1998.
- ALMEIDA, M. F. Debate sobre o artigo de Hillegonda Maria Dutilh Novaes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 167-168, 2004. Suplemento. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800009>>. Acesso em: 20 ago. 2010.
- AMÂNCIO FILHO, A.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, S. P. Formação de profissionais de saúde: em que formam e quem forma estes profissionais. In: MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. dos S. de (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. v. 2, p. 33-57.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- _____. Mitos da descentralização: uma maior democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.
- _____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 11-141, 1999.
- _____. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, v. 24, p. 69-85, 2005.
- _____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

ASSIS, S. G. et al. Definição de objetivos e indicadores visando a triangulação. In: MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 105-132.

BAHI, R. W. Descentralização fiscal: uma perspectiva mundial. In: _____. **Curso de relações fiscais intergovernamentais e de gerenciamento financeiro local**. Viena: Centro Multilateral de Estudos Tributários da OECD, 1999.

BAIA, P. F. Era mesmo necessária uma lei de responsabilidade fiscal? **Boletim de Conjuntura**, São Paulo, n. 49, p. 3, nov. 2000. Disponível em: <http://www.federativo.bndes.gov.br/lrf_opinioes_estudos.htm>. Acesso em: 29 set. 2006.

BARACHO, M. A. P. A importância da gestão de contas públicas municipais sob as premissas da governance e accountability. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 129-161, jan./mar. 2000.

BARENCO, A. Princípios constitucionais da administração pública. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de negociação do trabalho no SUS**. Rio de Janeiro: EAD: ENSP, 2008. p. 174-179. (Cadernos de Textos).

BEZERRA, A. F. B. et al. Avaliação da regularidade na alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em municípios de Pernambuco, de 2000 a 2006. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-53, dez. 2010.

BOGONI, N. M.; HEIN, N.; BEUREN, I. M. Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da Região Sul do Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 159-179, jan./fev. 2011.

BOVO, J. M. Gastos sociais dos municípios e desequilíbrio financeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 93-117, jan./fev. 2001.

BRAGA, D. G.; AMORIM, J. C. M.; TEIXEIRA, M. Responsabilidade fiscal e conflitos de trabalho. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de negociação do trabalho no SUS**. Rio de Janeiro: EAD: ENSP, 2008. p. 114-118. (Cadernos de Textos).

BRAGA, J. P.; CRUZ, C. F.; MENDES, E. L. Análise empírica da autonomia financeira e da alocação de recursos de um município da Região Nordeste do Brasil. Disponível em: <<http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos92009/378.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2009.

BRANCO, M. A. F. Política nacional de informação em saúde. In: _____. **Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 63-147.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000. Seção 1, p. 1.

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

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual técnico de contabilidade aplicada ao setor público**: aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a partir da elaboração e execução da lei orçamentária de 2009. Brasília, DF, 2008. v. 2.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Coordenação-Geral de Contabilidade. **Anexo de riscos fiscais e relatório de gestão fiscal**: manual de elaboração: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, DF: Atual, 2005.

_____. _____. Brasília, DF: Atual, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília, DF, 2006. v. 1. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde SIOPS**: manual de preenchimento. Brasília, DF, 2004.

_____. _____. Brasília, DF, 2005.

_____. _____. Brasília, DF, 2006.

_____. _____. Brasília, DF, 2007.

_____. _____. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Indicadores%20-%20a%20partir%20do%201%C2%BA%20semestre%20de%202007.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

BRASIL. Portaria n° 212, de 4 de junho de 2001. Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e da outras providências. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2001. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Portaria n° 373, de 27 fevereiro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional de Assistência a Saúde–NOAS-SUS 01/2002 que define formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual e Plena da Atenção básica. **Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p. 52.

BRASIL. **Portaria n° 2.430, 23 de dezembro de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde SUS no Brasil**. Brasília, DF, 2009. (Série G: Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. Coordenação-Geral de Contabilidade. **Manual de contabilidade aplicada ao setor público**: aplicado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: procedimentos contábeis orçamentários. Brasília, DF: Ed. 2, 2009.

_____. **Manual de demonstrativos fiscais**: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios: relatório de gestão fiscal. Brasília, DF: Ed. 2, 2009. (Manual de Demonstrativos Fiscais, v. 3).

BRITO E SILVA, K. S. de et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 373-382, fev. 2010.

CALIARI, T.; RUIZ, R. M.; OLIVEIRA, A. M. H. C. Longe dos partidos e perto da federação: uma avaliação dos gastos municipais na saúde pública. **Revista do IPEA**, Brasília, DF, v. 39, n. 3, p. 465-496, 2009.

CARNEIRO, R.; BRASIL, P. D. F. Descentralização e financiamento dos municípios no Brasil contemporâneo. **Revista de Administração**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 87-104, abr./jun. 2010.

CARVALHO, G. **LRF: e o limite de gastos com pessoal da saúde**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5191_0__2011---27---569---domingueira---lrf-e-limites-de-gastos-com-pessoal-saUde.html><http://www.idisa.org.br>. Acesso: em 15 jul. 2011.

CHALFUN, N. Descentralização tributária e fiscal sob a visão econômica do federalismo. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 131-158, jan./jun. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COELI, C. M. Sistema de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 335-336, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Ata da reunião extraordinária n° 38**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/atas/atas>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião extraordinária n° 43**. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_43_Extra.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião extraordinária n° 44.** Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_44_Extra.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião extraordinária n° 45.** Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_45_Extra.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Ata da reunião ordinária n° 139.** Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata139.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 147.** Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata147.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 151.** Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata151.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 152.** Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata152.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 154.** Brasília, DF, 2005c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata154.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 155.** Brasília, DF, 2005d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata155.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 159.** Brasília, DF, 2005e. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2005/Ata159.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 164.** Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata164.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 166.** Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata166.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 174.** Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/ata174.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 180.** Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2007/ata180.doc>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 181.** Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata181_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 183.** Brasília, DF, 2008c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata183_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 186.** Brasília, DF, 2008d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata186_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 187.** Brasília, DF, 2008e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata187_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 190.** Brasília, DF, 2008f. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata_190_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Ata da reunião ordinária n° 192.** Brasília, DF, 2008g. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2008/Ata_192_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 194.** Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_194_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 196.** Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_196_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 199.** Brasília, DF, 2009d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_199_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 201.** Brasília, DF, 2009e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_201_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 203.** Brasília, DF, 2009f. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_203_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 204.** Brasília, DF, 2009g. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2009/Ata_204_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Ata da reunião ordinária n° 214.** Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2010/Ata_214_RO.doc>. Acesso em: 15 fev. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Carta de Cuiabá.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso em: 22 set. 2011.

_____. **Teses e plano de ação 2006-2007.** Brasília, DF, 2006.

DAIN, S. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 623-631, nov. 2008/fev. 2009.

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

DELUIZ, N. Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. In: REUNION DE LA RED LATINOAMERICANA DE TÉCNICOS EM SAÇUD OPS/OMS, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DIAS, F. A. C. **O controle institucional das despesas com pessoal.** Brasília, DF: Centro de Estudos da Consultoria do Senado Federal, 2009. (Textos para Discussão).

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

ELIAS NETO, A. E. Lei de responsabilidade fiscal: evolução ou revolução. **Jornal do Conselho Regional de Contabilidade de Minas Gerais**, Belo Horizonte, ano 11, n. 73, p. 15, abr. 2000.

FARIAS, S. F. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. 2009. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FACCHINI, L. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FAVERET, A. C. S. C. **Prontuários de bases de dados**: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil. Brasília, DF: IPEA, 2009.

_____. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FERLA, A. A. et al. **Informação como suporte á gestão**: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Sala298.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2010.

FERREIRA, J. S. A. et al. Avaliação da qualidade da informação: *linkaje* entre SIM e SINASC em Jaboatão dos Guararapes (PE). **Revista de Ciência Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1241-1246, 2011.

FIGUEIREDO, C. M.; NÓBREGA, M. A. R. **A LRF**: a experiência brasileira, o caso do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, 2001. Disponível em: <www.federativo.bndes.gov.br/lrf_opinios_estudos.htm>. Acesso em: 23 ago. 2006.

FIORAVANTE, D. G.; PINHEIRO, M. M. S.; VIEIRA, R. S. **Lei de responsabilidade fiscal e finanças públicas municipais**: impactos sobre a despesa com pessoal e endividamento. Brasília, DF: IPEA, 2006. (Texto para Discussão, n. 1223).

FURTADO, B. M. S. A M. **O Trabalho do enfermeiro em emergência**: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho o caso do hospital da restauração. 2009. 185 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

GASPARINI, C. E.; RAMOS, F. S. Avaliação da eficiência pública municipal: o caso de Pernambuco. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 34, n. 2, p. 288-307, abr./jun. 2003.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos**

humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 157-190.

GIUBERTI, A. C. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre os gastos dos municípios brasileiros.** 2005. 54 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GOMES, G. M.; MACDOWELL, M. C. **Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social.** Brasília, DF: IPEA, 2000. (Textos para Discussão, n. 706).

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, dez. 2009.

GRACIOSSO, L. S. Disseminação de informações estatísticas no Brasil: práticas e políticas das agências estaduais estatística. **Ciência e Informação**, Brasília, DF, v. 32, n. 2, p. 69-76, maio/ago. 2003.

GREMAND, A. P.; TONETO Jr., R. Descentralização e endividamento municipal: formas, limites e possibilidades. **Revista Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 2, n. 12, p. 109-130, jul./dez. 2002.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric statistical methods.** 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1999.

JANNUZZI, P. M. As novas e velhas demandas por informações estatísticas. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 105-112, 1998.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização de gastos em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, maio 2010.

KISSLER, L., HEIDEMANN, F.G.. Governança Pública; novo modelo regulatório para relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, v.40, n.3, p. 479-99, mai/jun.2006

KRAEMER, M. E. P. **O impacto da contabilidade no sistema de gestão fiscal.** Disponível em: <<http://www.artigocientifico.com.br>>. Acesso em: 21 set. 2006.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.** Thousand Oaks: Sage, 1996.

LERDA, C. L.; MUSSI, C. **Novos instrumentos na política fiscal latino-americana: o uso de regras e leis de responsabilidade e transparência.** Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/dc/temas/rf-lei>>. Acesso em: 15 set. 2008.

LIMA, C. R. de A. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiro**. 2006. 77 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

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

LIMA, C. R. de A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009.

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

_____. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Revista Trabalho educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 573-597, nov. 2008/fev. 2009.

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

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

MACEDO, J. J.; CORBARI, E. C. Efeitos da lei de responsabilidade fiscal no endividamento dos municípios brasileiros: uma análise de dados em painéis. **Revista Contabilidade e Finanças**, São Paulo, v. 20, n. 51, p. 44-60, set./dez. 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, jun. 2007.

_____. Mercado de trabalho em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 227-248.

_____. Os trabalhadores de saúde e sua trajetória no SUS. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de Negociação do Trabalho no SUS**. Rio de Janeiro: EAD: ENSP, 2008a. p. 70-85. (Cadernos de Textos).

_____. Trabalho e emprego em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008b. p. 308-330.

MAGALHÃES, D. **Flexibilização da LRF**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5191_0_2011---27---569---domingueira---lrf-e-limites-de-gastos-com-pessoal-saUde.html>. Acesso: em 15 jul. 2011.

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, dez. 2005.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MEDEIROS, K. R. et al. Equilíbrio fiscal e autonomia financeira dos municípios de Pernambuco: uma investigação ao Sistema do Tesouro Nacional. **Cadernos de RH em Saúde**, Brasília, DF, v. 3 n. 2, p. 13-35, ago. 2008.

MEDEIROS, K. R.; TAVARES, R. A. W. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco a lei de responsabilidade fiscal. **Revista do CEBES**, Rio de Janeiro. No prelo.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

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

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MERFYL, E.; REGO, F. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 227-231.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo–qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: _____. **A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 23-44.

MOYSÉS, N. M. N.; MACHADO, M. H. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 33-41, maio 2010.

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

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação institucional para os trabalhadores do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 45-58 .

NOGUEIRA, R. P.; RODRIGUES, V. A. Despesa com pessoal e lei de responsabilidade fiscal: uma análise da situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. In: DUARTE, B. C. **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a dimensão econômica na gestão de recursos humanos no Brasil. Brasília, DF: UnB, 2010. p. 71-108. (Série Observação, 6).

NOGUEIRA, R. P.; RODRIGUES, V. A. (Coord.). **Avaliação de tendência e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

_____. Caracterização dos servidores públicos no Brasil em comparação com outros países. In: NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a dimensão econômica na situação internacional e no Brasil. Brasília, DF: UnB, 2010. p. 33-52. (Série Observação, 7).

_____. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: NOGUEIRA, R. P. et al. **Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde**: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: UnB, 2010. p. 45-66. (Série Observação, 5).

NUNES, S. P. **O posicionamento sobre projeto de lei complementar que excluem gastos da saúde dos limites de pessoal da LRF**. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_5191_0__2011---27---569---domingueira---lrf-e-limites-de-gastos-com-pessoal-saUde.html>. Acesso em: 15 jul. 2011.

OLIVEIRA, E. S.; MACHADO, M. H. Para medir o trabalho em saúde no Brasil: principais fontes de informações. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 105-125, maio 2010.

OLIVEIRA, F. A.; FORTES, F. B. C. T.; ANDRADE, R. Receitas dos municípios mineiros: diversidade e indicadores. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 9., 2003, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2003. p. 651-678.

OLIVEIRA, J. C.; SILVA, P. F. **Reformas das instituições fiscais**: reflexões sobre o caso do Brasil. Santiago do Chile: CEPAL: Divisão de Desenvolvimento Econômico, 2000. (Série Política Fiscal).

OLIVEIRA, N. R.; BRUNI, A. L.; DIAS FILHO, J. M. **O comportamento dos gastos públicos na era da responsabilidade fiscal**: um estudo a luz da teoria institucional. Disponível em: <http://www.contabeis.ufba.br/Site/arquivos/Editor/file/Mestrado/Artigos/2010/cbc20105B15D_artigo_0182_.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2011.

PAULA, G. Entrevista: Edmundo Costa Gomes. **Revista do CONASEMS**, Brasília, DF, ano 2, n. 19, p. 6-13, set./out. 2006.

PEREIRA, S. A.; GUIAR FILHO, W. O SUS e seus princípios. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de negociação do trabalho no SUS**. Rio de Janeiro: EAD: ENSP, 2008. p. 49-69. (Cadernos de Textos).

PIMENTA, M. A. [Construção do SUS e as cartas do CANASEMS]. **Revista do CONASEMS**, Brasília, DF, p. 4-7, [2008?]. Edição especial.

PINHEIRO, T. C. Hierarquia urbana e situação fiscal dos municípios brasileiros. **Revista da Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, Foz do Iguaçu, v. 3, n. 1, p. 107-127, jan./jun. 2009.

PINTO, M. B. R.; GONÇALVES, M. F. R.; NEVES, M. G. R. Pensando a autonomia municipal: dilemas e perspectivas. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, ano 48, n. 244, p. 1-8, nov./dez. 2003. Edição especial.

PIOLA, S. F. Comentário: financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 573-575, 2006.

PIRES, D. E. P. P.; FILHO LUNARDI, W. D. N. O processo de trabalho. In: BRAGA, G. D. et al. **Curso de negociação do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EAD: ENSP, 2008. p. 119-130. (Cadernos de Textos).

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da estratégia saúde da família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-1732, 2011.

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

REIS, H. C. **O município no contexto das mudanças no sistema de informações contábeis**. Disponível em: <<http://www.ibam.or.br>>. Acesso em: 21 mar. 2011.

REVISTA DO CONASEMS. Brasília, DF: CONASEMS, ano 1, n. 9, dez./jan. 2005.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 2, n. 17, maio/jun. 2006.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 2, n. 24, jul./ago. 2007a.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 4, n. 25, set./out. 2007b.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 5, n. 27, fev./mar. 2008a.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 5, n. 27, fev./mar. 2008b.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 5, n. 28, abr./mai. 2008c. Edição especial.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 6, n. 30, maio/jun. 2009a.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 6, n. 31, set./out. 2009b.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 7, n. 35, jun./jul. 2010a.

_____. Brasília, DF: CONASEMS, ano 7, n. 36, set./out. 2010b.

REVISTA DO CONASEMS. Brasília, DF: CONASEMS, ano 7, n. 37, nov./dez. 2010c.

REZENDE, F. Federalismo fiscal no Brasil. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 5-17, jul./set. 1995.

REZENDE, F.; CUNHA, A.; BEVILACQUA, R. Informações de custos e qualidade do gasto público: lições da experiência internacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 959-92, jul./ago. 2010.

ROCHA FILHO, F. S.; SILVA, M. G. C. Análise dos custos com pessoal e produtividade de equipes do Programa Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009.

RODRIGUES, A. M. Conceito e definição de cidades. In: OLIVEIRA, J. A. **Cidades brasileiras: territorialidades, sustentabilidade e demandas sociais**. Manaus: Ed. da UFAM, 2010. v. 1, p. 297-318.

ROZA, J. R.; RODRIGUÊS, V. A. O Programa de Saúde da Família e a regulação dos vínculos institucionais externos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 59-74.

SANTOS, A. J. Orçamento público e os municípios: alguns conceitos de orçamento e suas repercussões na administração pública municipal. **READ: revista eletrônica de administração**, Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 1-23, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/read/article/weu>>. Acesso em: 3 fev. 2011.

SANTOS, A. M. S. P.; UGÁ, M. A. D. Reformas do estado, descentralização e políticas de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México. **Ensaio**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 525-548, out. 2007.

SANTOS, A. R.; REIS, J. A. G. **A importância da contabilidade pública**. Disponível em: <<http://biblioteca.univap.br/dados/INIC/cd/inic/IC6%20anais/IC6-61.PDF>>. Acesso em: 15 maio 2010.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação e capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997.

SANTOS, S. R. T.; ALVES, T. W. O impacto da lei de responsabilidade fiscal no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios do Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 181-208, jan./fev. 2011.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. D.; 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, nov. 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

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

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 33, n. 81, p. 38-46, jan./abr. 2009.

SOELLNER, W. (Coord.). **Projeto Reforsus–CNPq**: determinação e avaliação do custo do Programa de Saúde da Família–PSF. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001. 3 v.

SOUSA, I. M. C. et al. Avaliação do SIOPS e cumprimento da EC N. 29/2000 em Pernambuco. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [s. n.], 2007. Mimeografado.

TAVARES, C. A informação em saúde deve ser prioridade no SUS. **Revista do CONASEMS**, Brasília, DF, v. 2, n. 37, p. 19-23, nov./dez. 2010.

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

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

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

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

TRISTÃO, J. A. M. **A administração tributária dos municípios brasileiros**: uma avaliação do desempenho da arrecadação. 2003. 172 f. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2003.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 473-505.

VARSANO, R. **A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século**: anotações reflexões para futuras reformas. Rio de Janeiro: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 405).

VELOSO, G.; LONDERO, D.; TEIXEIRA, A. **Análises empíricas acerca da lei de responsabilidade fiscal nos municípios do Rio Grande do Sul, 2004**. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/eventos/3eeg/artigos/m20t04>>. Acesso em: 2 maio 2006.

VIANA, A. L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 65-102.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P.; ELIAS, P. E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, jan. 2007.

VIANA, A. L. D. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 139-151, 2002. Suplemento.

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 57, p. 63-70, jan./abr. 2001.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

ZUCCOLOTTO, R.; RIBEIRO, C. P. P.; ABRANTES, L. A. O comportamento das finanças públicas municipais nas capitais dos estados brasileiros. **UEM**, Paraná, v. 28, n. 1, p. 54-69, jan./abr. 2009.

ANEXO

Anexo A e B: (Menu de Abertura da Base FINBRA e Consulta a Plano de Contas do FINBRA)

Anexo 01(Menu de Abertura da Base FINBRA)

Microsoft Access - [Menu Abertura : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

FINANÇAS DO BRASIL - FINBRA
DADOS CONTÁBEIS DOS MUNICÍPIOS - 2007
SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL - MF

Apresentação Nota Explicativa

TABELA RESUMO CONSULTA PLANO DE CONTAS DAS TABELAS

CONSULTA MUNICÍPIOS POR ESTADO CONSULTA TOTAIS POR ESTADO

CONSULTA MUNICÍPIOS DE CAPITALIS CONSULTA TODOS MUNICÍPIOS

ORIENTAÇÃO PARA CRIAR PLANILHAS DO EXCEL FECHAR ARQUIVO E SAIR DO ACCESS

Registro: 1 de 1
Modo formulário NUM

Anexo 2. (Consulta a Plano de Contas FINBRA)

Microsoft Access - [Menu Contas : Formulário]

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Registros Ferramentas Janela Ajuda Digite uma pergunta

FINANÇAS DO BRASIL - 2007
SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL - MF

ELENCO DE CONTAS APRESENTADAS NAS TABELAS

CONTAS DE RECEITAS CONTAS DE DESPESAS

CONTAS DO ATIVO CONTAS DO PASSIVO

LISTA FUNÇÕES E SUBFUNÇÕES VOLTAR AO MENU ANTERIOR

Registro: 1 de 1
Modo formulário NUM

Anexo C e D: (Consulta Plano de Contas -Receita e Consulta a Plano de Contas –Despesas)

Anexo 3. Consulta Plano de Contas (Receita)

CODIGO	Portaria 163	DESCRICAO	Título Finbra
1		Receita Total = (2+104+160+169+170)	Rec Orçamentária
2	1.0.00.00	Receitas Correntes = (3+17+20+26+27+28+29+99)	Rec Correntes
3	1.0.00.00	Receita Tributária = (4+13+16)	Rec Tributária
4	1.1.10.00	Impostos = (5+11)	Impostos
5	1.1.12.00	Impostos sobre o Patrimônio e a Renda = (6+7+10)	Imp s Patrimônio e Renda
6	1.1.12.02	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana – IPTU	IPTU
7	1.1.12.04	Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza – IR = (8+9)	Imp s Renda e Proventos
8	1.1.12.04.31	Imposto de Renda Retido na Fonte sobre os Rendimentos do Trabalho – IRRF	IRRF Trabalho
9	1.1.12.04.34	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre Outros Rendimentos	IRRF Outros Rendimentos
10	1.1.12.08	Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre ITBI	Imp s Transmissão de Bens
11	1.1.13.00	Impostos sobre a Produção e a Circulação = (12)	Imp s Produção e Circulação
12	1.1.13.05	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISSQN	ISSQN
13	1.1.20.00	Taxas = (14+15)	Taxas
14	1.1.21.00	Taxas pelo Exercício do Poder de Polícia	Tx Poder de Polícia
15	1.1.22.00	Taxas pela Prestação de Serviços	Tx Prestação de Serviços
16	1.1.30.00	Contribuição de Melhoria	Contr de Melhoria
17	1.2.00.00	Receitas de Contribuições = (18+19)	Rec de Contribuição
18	1.2.10.00	Contribuições Sociais	Contribuições Sociais
19	1.2.20.00	Contribuições Econômicas	Contribuições Econômicas
20	1.3.00.00	Receita Patrimonial = (21+22+23+24+25)	Rec Patrimonial
21	1.3.10.00	Receitas Imobiliárias	Rec Imobiliárias
22	1.3.20.00	Receitas de Valores Mobiliários	Rec Valores Mobiliários
23	1.3.30.00	Receitas de Concessões e Permissões	Rec Concessões e Permissões
24	1.3.40.00	Compensações Financeiras	Compensações Financeiras
25	1.3.90.00	Outras Receitas Patrimoniais	Outras rec Patrimoniais
26	1.4.00.00	Receita Agropecuária	Rec Agropecuária
27	1.5.00.00	Receita Industrial	Rec Industrial
28	1.6.00.00	Receita de Serviços	Rec de Serviços
29	1.7.00.00	Transferências Correntes = (30+73+74+75+76+94)	Rec Transf Correntes
30	1.7.20.00	Transferências Intergovernamentais = (31+50+65+69)	Transf Cor Intergovern
31	1.7.21.00	Transferências da União = (32+36+44+45+46+47+48+49)	Transf Intergov da União
32	1.7.21.01.00	Participação na Receita da União = (33+34+35)	Participação Rec União
33	1.7.21.01.02	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM	Cota FPM
34	1.7.21.01.03	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM	Cota FPM

Anexo 4. Consulta Plano de Contas (Despesa)

CODIGO	Portaria 163	DESCRICAO	Título Finbra
1		Despesa Total = (2+95)	Despesas Orçamentárias
2	3.0.00.00	Despesas Correntes = (3+27+37)	Desp Correntes
3	3.1.00.00	Pessoal e Encargos Sociais = (4+5+6+7+8+9+26)	Pessoal e Encarg Soc_PES
4	3.1.20.00	Transferências à União	PES Transf à União
5	3.1.30.00	Transferências a Estados e ao Distrito Federal	PES Transf a Estados DF
6	3.1.40.00	Transferências a Municípios	PES Transf a Municípios
7	3.1.71.00	Transferências a Consórcios Públicos	PES Transf a Consórcios Públicos
8	3.1.80.00	Transferências ao Exterior	PES Transf ao Exterior
9	3.1.90.00	Aplicações Diretas = (10+...+25)	PES Aplicações Diretas
10	3.1.90.01.00	Aposentadorias e Reformas	PESAD Aposent e Reformas
11	3.1.90.03.00	Pensões	PESAD Pensões
12	3.1.90.04.00	Contratação por Tempo Determinado	PESAD Contrat Tempo Determ
13	3.1.90.07.00	Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência	PESAD Contrib Entid Fec Previd
14	3.1.90.09.00	Salário-Família	PESAD Salário_Família
15	3.1.90.11.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	PESAD Vencimentos Pes Civil
16	3.1.90.12.00	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Militar	PESAD Vencimentos Pes Mil
17	3.1.90.13.00	Obrigações Patronais	PESAD Obrig Patronais
18	3.1.90.16.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Civil	PESAD Out Desp Variáveis PC
19	3.1.90.17.00	Outras Despesas Variáveis - Pessoal Militar	PESAD Out Desp Variáveis PM
20	3.1.90.34.00	Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização	PESAD Out Desp Pes Terceiriz
21	3.1.90.67.00	Depósitos Compulsórios	PESAD Dep Compulsórios
22	3.1.90.91.00	Sentenças Judiciais	PESAD Sentenças Judiciais
23	3.1.90.92.00	Despesas de Exercícios Anteriores	PESAD Desp Exerc Anteriores
24	3.1.90.94.00	Indenizações Restituições Trabalhistas	PESAD Indemz Res Trabalhistas
25	3.1.90.96.00	Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado	PESAD Ressarc Desp Pes Req
26	3.1.91.00.00	Aplicação Direta Decorrente de Operação entre Órgãos, Fundos e Entidades Int	PES AD entre Órgãos
27	3.2.00.00	Juros e Encargos da Dívida = (28)	Juros e Encargos Dívida_JED
28	3.2.90.00.00	Aplicações Diretas = (29+...+36)	JED Aplicações Diretas
29	3.2.90.21.00	Juros sobre a Dívida por Contrato	JED Juros Div por Contrato
30	3.2.90.22.00	Juros e Encargos sobre a Dívida por Contrato	JED OutEncDivContratada
31	3.2.90.23.00	Juros, Desajustes e Descontos da Dívida Mobiliária	JED JurDesajustes Mobiliaria
32	3.2.90.24.00	Juros e Encargos sobre a Dívida Mobiliária	JED OutEncDivMobiliaria
33	3.2.90.25.00	Encargos sobre Operações de Crédito por Antecipação da Receita	JED Encargos ARO

Anexo E: (Pastas de Consultas dos Anexos dos Relatórios de Gestão Fiscal(Acesso ao indicador calculado))

Anexo 4. Pastas de Consultas dos Anexos dos Relatórios de Gestão Fiscal (Acesso ao Indicador calculado)

