

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

Ana Irene Coelho Nunes

**GASTO DESCENTRALIZADO EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
CAPACIDADE DE AUTOFINANCIAMENTO E A DEPENDÊNCIA FINANCEIRA
MUNICIPAL DE ESFERAS INTERGOVERNAMENTAIS**

Recife

2016

Ana Irene Coelho Nunes

Gasto descentralizado em saúde no estado do Rio de Janeiro: capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira municipal de esferas intergovernamentais

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em ciências.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

Coorientadora: Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa.

Recife

2016

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

N972g Nunes, Ana Irene Coelho.

Gasto descentralizado em saúde no estado do Rio de Janeiro: capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira municipal de esferas intergovernamentais / Ana Irene Coelho Nunes.— Recife: [s. n.], 2016.

44 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior; coorientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa.

1. Gastos em Saúde. 2. Financiamento da Assistência à Saúde. 3. Política de Saúde. 4. Políticas Públicas. I. Gurgel Júnior, Garibaldi Dantas. II. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. III. Título.

CDU 614.2

ANA IRENE COELHO NUNES

Gasto descentralizado em saúde no estado do Rio de Janeiro: capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira municipal de esferas intergovernamentais

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em ciências.

Aprovado em: 27/04/ 2016

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Moisés Freitas Athayde Cavalcanti
Universidade Federal Rural de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À Deus que sempre me dá forças para continuar.

À meus pais, Graça e Nilson.

À meu filho Murilo.

À, meus irmãos, Sílvia e Lourival.

À, Érico meu namorado.

À meus professores e mestres Islândia Carvalho e Garibaldi Gurgel.

Aos amigos que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração desta dissertação.

NUNES, Ana Irene Coelho. Gasto descentralizado em saúde no estado do Rio de Janeiro: capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira municipal de esferas intergovernamentais. 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

RESUMO

Análise da capacidade de autofinanciamento e da dependência financeira dos municípios fluminenses para custear o gasto municipal no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudo descritivo, seccional e analítico com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). A receita *per capita* própria municipal foi utilizada como medida da capacidade de autofinanciamento. O Índice de Capacidade de Autofinanciamento (ICA) permitiu o ordenamento dos municípios por graus de capacidade de autofinanciamento. As medidas estatísticas utilizadas foram a média, desvio padrão, intervalo de confiança e o coeficiente de correlação de Pearson. Os valores de receita e gasto em saúde foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços (IGP-DI). Os resultados evidenciaram que houve aumento da capacidade de autofinanciamento entre os anos de 2002 e 2013, com decréscimo a partir de 2014. Na distribuição por graus de capacidade de autofinanciamento identificou-se entre os anos 2002 e 2008 uma contínua ascensão dos municípios para graus mais elevados e, a partir do ano de 2009 em diante, todos se encontraram no grau 4, demonstrando maior aproximação das receitas municipais. Por outro lado, verificou-se permanência de desigualdades de receita própria para gasto em saúde. Houve elevação da despesa total em saúde durante todo o período com participação dos dois subcomponentes de receita (receita própria e de transferências SUS) neste crescimento. O gasto próprio deteve a maior participação na despesa total em que pese a relevância das transferências SUS, em especial da União, onde 80% dos municípios apresentaram uma dependência de recursos de transferências do SUS acima de 20% na execução de sua despesa total em saúde. Houve associação positiva da receita própria e de transferências SUS com a despesa total. A análise do orçamento municipal em saúde considerou o modelo de federalismo fiscal vigente no Brasil inserido no contexto macroeconômico mundial, particularmente no Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Política Financeira, Políticas Públicas, Política de Saúde, Gastos em Saúde, Financiamento da Assistência à Saúde.

NUNES, Ana Irene Coelho. Decentralized health expenditure in the state of Rio de Janeiro: self-financing capacity and municipal financial dependence on intergovernmental spheres. 2016. Dissertation (Academic Master of Public Health) - Research Center Aggeu Magalhaes, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2016.

ABSTRACT

Analysis of capacity of municipalities for self-financing and financial dependence on Rio de Janeiro municipalities to fund municipal spending in the Unified Health System (SUS). Descriptive, sectional and analytical study with Information System data on Public Health Budgets (Siops). The municipal own budgets was used as a measure of self-financing capacity. The self-financing capacity Index (ICA), allowed the planning of municipalities by degree of self-financing capacity. Health revenue and expense amounts with municipal resources were deflated by the General Price Index (IGP-DI). The statistical measures were the mean, standard deviation, confidence interval and the Pearson correlation coefficient. The results showed increase in cash flows between the years 2002 and 2013, a decrease from the year 2014. In the distribution by degree of self-financing capacity was identified between 2002 and 2008 to a continuous rise of municipalities to higher grades and, from 2009 onwards, all they met in grade 4 demonstrating a greater approximation of municipal revenues. On the other hand, there was the permanence of own income inequalities in health expenditure with municipal resources. With regard to health expenditure was elevation of total health expenditure throughout the study period with participation of the two subcomponents of revenues (own own budgets and transfers SUS) in this growth. Himself spent held the largest share in total expenditure in spite of the relevance of SUS transfers, especially the government federal, where 80% of the municipalities had a dependency SUS transfers of funds above 20% in the execution of their total health expenditure . There was a significant positive association of the two sources of revenue (own and SUS transfers) with the total expenditure. The analysis of the municipal budget in health considered the current fiscal federalism model in Brazil inserted in the global macroeconomic environment, particularly in Rio de Janeiro.

Keywords: Financial Policy, Public Policy, Health Policy, Health Expenditures, Financing of Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Federalismo Fiscal e reforma tributária no Brasil	12
3.2 Financiamento do Sistema Único de Saúde	16
3.3 Capacidade de autofinanciamento municipal em saúde	21
4 OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo Geral	24
4.2 Objetivos Específicos	24
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
5.1 Tipo de estudo e local	25
5.2 Amostra	25
5.3 Coleta e tabulação de dados	25
5.4 Variáveis	25
5.5 Método	25
6 Considerações Éticas	29
7 RESULTADOS	30
7.1 Capacidade de autofinanciamento municipal	30
7.2 Dependência financeira municipal	33
7.3 Relação entre as fontes de receita e o gasto municipal com o SUS	34
8 DISCUSSÃO	36
9 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

As características do Federalismo Fiscal brasileiro e a marcante heterogeneidade política, econômica e social do país torna mais complexa a consolidação de uma política nacional de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), a tentativa de definição das responsabilidades para cada ente federativo tem sido um dos aspectos mais relevantes na sua implementação (ANDRADE; LIMA; MACHADO, 2014; FIGUEIREDO et al., 2011). Nesse contexto, as condições institucionais apresentadas pelas esferas municipais no desempenho de responsabilidades e funções gestoras sobre a política de saúde são fundamentais para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (LIMA, 2009).

No Brasil, a adoção do Federalismo como modo de governo evidenciou a força política e econômica dos governos locais à época, o que possibilitou a transformação dos municípios em entes federativos, condição que, com a Constituição Federal de 1988, resultou numa ampla autonomia política, legislativa, administrativa e financeira. O processo de descentralização no País praticamente se confundiu com a municipalização do SUS com ritmos e prioridades diferentes, nos mais de cinco mil municípios do país (ABRUCIO; FRANZESE; SANO 2013; LIMA, 2009; SANTOS; UGÁ, 2007).

Diante do quadro de fragmentação da política nacional do SUS devido à municipalização, surgem, na segunda metade da década de 90, iniciativas do governo federal, com o objetivo de nacionalizar políticas e aumentar a coordenação entre os entes federativos. As transferências financeiras intergovernamentais para estados e municípios tem sido uma importante estratégia para adesão as diretrizes nacionais repercutindo positivamente na universalização da Atenção básica de saúde, por exemplo. Deste período em diante, a ação federal tem se feito presente interferindo diretamente sobre o processo de municipalização da política pública de saúde (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2013).

Financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e de receitas fiscais dos entes federativos, o SUS tem como uma de suas diretrizes a descentralização com direção única em cada esfera de governo. Em que pese o crescimento em valores absolutos da destinação do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, os maiores percentuais da receita gerada são utilizados para o financiamento da previdência social e pagamento de dívidas públicas (BRASIL, 1988; LOUVISON; MENDES, 2015; SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009).

No tocante as receitas fiscais, a nível federal, a Emenda Constitucional n^o 86/2015 modificou a base de cálculo do financiamento da saúde, associando-o a emendas individuais

ao projeto de lei orçamentária o que acentuou o processo de subfinanciamento do SUS em comparação com 1,7% do Produto Interno Bruto (PIB) alcançado no ano de 2014 (BRASIL, 2015; FUNCIA, 2015; LOUVISON; MENDES, 2015). A diminuição da participação relativa do ente Federal no setor da saúde é parcialmente explicada pelo processo de descentralização (ANDRADE; LIMA; MACHADO, 2014).

Com vista a um melhor financiamento para a saúde, outros arranjos e alternativas foram adotados, os quais têm vinculado a este setor recursos advindos prioritariamente de parcela do orçamento fiscal dos entes federativos. Como consequência, no ano de 2012, foi aprovada a Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012).

A LC nº 141/2012 impõe como obrigatoriedade, por parte dos municípios, a aplicação de, no mínimo, 15% dos recursos fiscais de suas receitas de impostos, somadas às transferências constitucionais de impostos, para a despesa com ações e serviços de saúde no SUS. Estes entes subnacionais são responsáveis pela maior percentagem de aplicação de seu orçamento fiscal, diante dos 12% mínimo exigido para os Estados (BRASIL, 2012).

Estudos que analisam aspectos financeiros e econômicos dos gastos públicos em saúde ressaltam a importância e a escassez de trabalhos que apresentem a relação entre o arranjo federativo brasileiro e política de saúde nos municípios brasileiros considerando as particularidades dos gastos nestas unidades. A capacidade de financiamento em saúde dos municípios é peça fundamental para a garantia do acesso universal compatível com as necessidades e demandas da população (LIMA, 2009; SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009).

Novos estudos científicos são necessários no sentido de se verificar a viabilidade do arranjo de financiamento proposto para o SUS e suas inter-relações com o federalismo fiscal brasileiro, principalmente, no tocante a capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira das transferências intergovernamentais dos distintos municípios do país para custear os gastos em saúde.

Este trabalho constitui parte de pesquisa desenvolvida no âmbito do grupo de pesquisa de Governança de Sistemas e Serviços De Saúde/GSS. O macroprojeto da pesquisa analisa a interface dos processos de Reforma Macroestruturais e suas consequências na institucionalização do SUS nos estados do Rio de Janeiro e Pernambuco. Decorrem, assim, desta pesquisa, os objetivos e a estrutura metodológica deste trabalho. A relevância deste trabalho para a pesquisa supracitada está no estudo da condução da política pública do SUS pelo governo sob a ótica do financiamento tripartite. Busca-se assim, responder a seguinte pergunta:

Diante das regras de partilha fiscal vigentes no Brasil de acordo com o arranjo federativo brasileiro e considerando a necessidade da descentralização desses recursos para os mais de 5.000 municípios do país, qual a capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira dos municípios no Estado do Rio de Janeiro para realizar o gasto em saúde no Sistema Único de Saúde, entre os anos de 2002 a 2014? Parte-se do pressuposto de que o gasto em saúde em nível municipal tem se caracterizado pelo aumento do comprometimento da receita própria municipal onde se evidencia o esforço municipal para realizar o gasto em saúde, a partir desta receita. Por outro lado, diante da reconhecida existência de heterogeneidade dos orçamentos próprios locais, os recursos de transferências do SUS não tem conseguido suprir as desigualdades de gastos em saúde com a receita própria. Esta ineficiência das transferências SUS tem se dado devido à escassez de recursos destinados a saúde em nível federal e estadual, existindo ainda a necessidade da partilha destes recursos para os municípios como pressuposto da descentralização, princípio doutrinário do SUS.

2 JUSTIFICATIVA

A análise do orçamento fiscal municipal contribui para elucidação das características do sistema tributário no Brasil de modo a compreender sua influência no arranjo de financiamento do SUS. Além disso, o estudo da capacidade de autofinanciamento permite evidenciar as desigualdades do financiamento em saúde entre municípios, os Estados e a União.

Por outro lado, o modo de partilha fiscal entre os entes federativos, definirá a autonomia financeira municipal e guarda relações com o grau de dependência de outras esferas governamentais para executar a despesa municipal com saúde. Dessa forma, visando atender os princípios do SUS, faz-se necessário o estudo da distribuição dos recursos disponíveis para gastos em saúde no Brasil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Federalismo Fiscal e reforma tributária no Brasil

O desenho institucional adotado por cada País influencia fortemente as decisões importantes dos atores políticos na condução de políticas públicas e, em particular, as políticas de saúde. Dentre os fatores institucionais que impactam a ação estatal, os estudos em administração pública tem direcionado sua atenção, cada vez mais, a organização territorial do poder. No Brasil, este tema corresponde à influência do federalismo sobre as decisões dos gestores governamentais (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2013; LIMA, 2009).

O Federalismo trata-se de um acordo firmado para estabelecer um compartilhamento da soberania territorial. Esse arranjo institucional tem como características a distribuição de poderes e funções entre os níveis de governo sendo viabilizado pelas relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias no âmbito das federações. Os princípios de autonomia e interdependência entre as partes que predominam no pacto federativo a partir do contexto histórico específico de cada sociedade também são incorporados na gestão dos tributos (ABRUCIO; FRANZESE; SANO 2013; LIMA, 2009).

Na Federação existe uma estrutura fiscal onde são compartilhadas responsabilidades entre os níveis de governos no tocante a arrecadação de impostos e execução do gasto, sendo frequentemente dois níveis de governo dotados de autonomia. Esta conformação coloca o problema da distribuição de recursos e encargos entre níveis de governo em uma posição central nas estruturas federativas. No Brasil, devido à autonomia municipal, existem mais de cinco mil orçamentos independentes (PRADO, 2007).

As federações são, pois, um arranjo político-institucional que objetiva conciliar a existência de uma nação com 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).

Os países optam pelo modelo federativo devido a duas questões. Uma está relacionada à existência de heterogeneidades nas questões territoriais, tais como: grande extensão, variada diversidade física, diferenças étnicas, linguísticas, disparidades socioeconômicas, diversidades culturais e/ou políticas entre as regiões de um país. A outra decorre da ação política baseada no ideal da unidade na diversidade visando manter unidas e autônomas as partes de um mesmo território (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2013).

Existem duas correntes teóricas sobre o federalismo. O principal representante da teoria do federalismo cooperativo é Daniel Elazar (1987), o qual constrói a ideia de que o federalismo não significa apenas a afirmação de autonomia entre os entes, mas uma combinação de autonomia (self rule) com interdependência (shared rule). Esta teoria surge como uma alternativa à abordagem norte-americana do federalismo dual e afirma a existência de uma necessária interação entre as esferas de governo no âmbito da matriz federativa (FRANZESE, 2010).

Inspirado na experiência norte-americana, o Brasil, adotou o modelo federativo. Nos Estados Unidos, o pacto federativo significou a criação de um Poder Central até então inexistente, a partir de unidades autônomas formando uma nação. Já no Brasil, ocorreu um processo de descentralização de poder do centro para os estados onde, devido à existência de polos exportadores escassamente interconectados, houve uma alternância na liderança dos processos primário-exportadores haja vista o desenvolvimento de sociedades, elites locais (ABRUCIO; FRANZESE; SANO, 2013; PRADO, 2007).

Ao discorrer sobre a relação entre o Federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, Lima (2009) ressalta que, as responsabilidades expressas nos dispositivos legais e normativos para a o financiamento e provisão de determinados bens e serviços de saúde deveriam estar associada ao sistema de partilhas e da estrutura de competências tributárias. No Sistema Único de Saúde, a provisão de bens e serviços de saúde de modo descentralizado assume diferentes formas de organização e desenhos no arranjo federativo do Brasil as quais transitam entre a autoridade do nível central e a autonomia dos níveis locais, sempre em permanente disputa (ABRUCIO; FRANZESE, 2013).

Na relação entre o Federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS há três variáveis a serem consideradas, são elas: distribuição de encargos formalmente regulamentados, definição de competências tributárias e sistema de partilha fiscal. Há estreitas relações de dependência entre essas variáveis, pois, o somatório da arrecadação direta de tributos com as transferências de níveis superiores de governo determinam a implantação de políticas e prestação de serviços públicos pelos governos subnacionais. Nesse contexto, os fluxos de receita redistributivas da União e dos Estados podem atuar na redução das desigualdades de receitas disponíveis municipais haja vista diferentes capacidades econômicas destes entes (ABRUCIO; FRANZESE, 2013; LIMA, 2009).

Prado (2007) nos apresenta uma evolução histórica da federação brasileira em sua etapa moderna, sob o ponto de vista fiscal. Para o autor, o início deste período se dá a partir das reformas implementadas no começo do regime militar, mais especificamente a reforma

tributária de 1965-1967, momento em que se criou o Código Tributário Nacional o qual definiu a estrutura básica do sistema sob o qual vivemos até o momento presente.

Para Oliveira e Silva (2000), no Brasil ocorreram quatro reformas nas finanças públicas entre os anos de 1979-1984; 1985-1987; 1988 e pós-1988, as quais apresentaram distintos padrões como detalharemos a seguir.

No período de 1979-84, último governo do ciclo militar surgiu iniciativas visando corrigir os desequilíbrios das finanças da União, através de um maior controle sobre o gasto público paralelamente ao aumento das receitas federais. Por outro lado, como resposta ao processo de redemocratização do País, iniciado com a eleição direta de governadores estaduais em 1982, houve um aumento das transferências de recursos da União para os estados e municípios (OLIVEIRA; SILVA, 2000). A descentralização fiscal operada a partir dos anos 80 tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais haja vista os mais de cinco mil municípios existentes no Brasil (FRANZESE 2010; LIMA, 2009).

Entre 1985 e 1987, a partir de estudos feitos em 1982, foram implantadas medidas destinadas a promover a unificação orçamentária, eliminar os conflitos de competência existentes entre o Tesouro Nacional, o Banco Central e o Banco do Brasil e, reorganizar a administração financeira, o sistema de auditoria, a contabilidade e o controle interno da administração federal (OLIVEIRA; SILVA, 2000).

Segundo Tavares (2005), o arranjo institucional-legal de finanças públicas do Brasil no período de 1985-1987 não era satisfatório e comprometia a boa condução da política macroeconômica, pois nele havia uma confusão de competências entre autoridades fiscal (Ministério da Fazenda) e monetária (presidente do Banco Central). No entanto, quando a inflação passou a ser um grande problema e o contexto impôs restrições a novos empréstimos externos, o país começou, então, a discutir um novo modelo institucional legal de finanças públicas, no qual foi reforçado o papel do Congresso e da sociedade e foram redefinidas as competências das autoridades fiscais e monetárias.

No período de 1987-88, ocorreu a elaboração da nova Constituição do Brasil, a partir do processo de redemocratização do País, após 24 anos de regime militar, na qual foi dado sequencia ao processo de aperfeiçoamento dos mecanismos institucionais relacionados com a administração orçamentária e financeira. Neste período, a revisão do sistema tributário aumentou a arrecadação de receitas municipais além de ampliar as transferências de recursos da União para os Estados e municípios. 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).

Atualmente no Brasil, os fluxos redistributivos livres para o uso dos municípios receptores correspondem a 68% das receitas intergovernamentais transferidas, onde o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), transferidos pela União, ficam responsáveis por 41% do total das transferências livres. Esses fundos somados ao sistema cota-parte estadual, do qual 6,25% correspondem ao ICMS, são os mais importantes na totalidade das transferências redistributivas livres (LIMA, 2009; PRADO 2003).

Em relação às transferências redistributivas setoriais, as quais se destinam a execução de setores públicos específicos da saúde e da educação e não influenciam diretamente sobre a capacidade de gasto do governo, o SUS representava cerca de 20% dos recursos redistributivos totais transferidos no ano de 2000 (PRADO, 2003).

Se por um lado houve uma descentralização das políticas, ocorreu também uma diminuição da responsabilidade da União enquanto provedora de assistência em diversas áreas, inclusive na saúde (BRANCO; GUERREIRO, 2011). Silva e Silva (2007) assinalam que se observou uma sobrecarga de responsabilidades nos municípios, sem haver contrapartidas financeiras dos demais entes. Dain (2009) destaca, porém, que 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.

A descentralização fiscal abrangeu predominantemente os aspectos que envolvem a arrecadação de receitas, sem incorporar as despesas, o que induziu a uma piora da situação dos governos subnacionais. Sendo assim, o processo de redemocratização possibilitou o fortalecimento dos governos subnacionais em relação à repartição de recursos e autonomia financeira; porém, o mesmo não se observou em relação à responsabilidade federativa no ambiente fiscal, resultando no endividamento de estados e municípios, os quais, por sua vez, esperavam o amparo da União (ABRÚCIO; LOUREIRO, 2004).

Em que pese à relevância dos fatores de ordem institucional, a conjuntura da política macroeconômica vigente desde a década de 1990 ampliou os efeitos das imperfeições do sistema tributário brasileiro sobre a receita disponível e o gasto das instâncias governamentais. Medidas de estabilização macroeconômica como, o superávit fiscal, o financiamento das altas taxas de juros e a contenção dos gastos públicos nas esferas

subnacionais foram priorizadas as expensas da expansão do papel do Estado na proteção social e da redução das desigualdades regionais (LIMA, 2009).

3.2 Financiamento do Sistema Único de Saúde

Influenciado por experiências universalistas de sistemas nacionais de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir das crenças democráticas e socialistas surgidas no período de redemocratização do Brasil trazidas pelos movimentos sociais, partidos políticos progressistas e por intelectuais de esquerda. Enquanto os países com sistemas públicos universais como o Reino Unido e o Canadá tem um gasto público médio correspondente a 7,5% do PIB, o gasto público em saúde no SUS representa cerca de 3,6 % do PIB. As motivações éticas que organizaram a criação do SUS não produziram uma cobertura verdadeiramente universal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014; OCKÉ-REIS, 2012).

No momento que o SUS foi inserido na Constituição de 1988 o Brasil possuía uma dívida externa e inflação elevadas e, em âmbito mundial, ocorria a disseminação do pensamento neoliberal e das diretrizes de um de seus principais agentes, o Fundo Monetário Mundial (FMI), que logo foram incorporadas ao estado brasileiro. Tendo em vista que a descentralização tributária de 88 ocasionou a perda de recursos da União, foram adotadas medidas de ampliação e controle da receita federal compatíveis com o modelo liberal de estado. Essas medidas tiveram repercussões negativas na ampliação dos gastos públicos do SUS prejudicando a universalização da cobertura de ações e serviços de saúde (LIMA, 2009; MARQUES; MENDES, 2012).

Por um lado temos a diretriz do capital que determina as políticas macroeconômicas, regidas por metas de inflação e dívida pública restrita e/ou de superávits primários, orientando a redução da participação do Estado em políticas sociais para contenção de gastos. Por outro lado, buscamos a defesa do princípio constitucional da universalidade reafirmando o direito de cidadania às ações e os serviços de saúde com a garantia de recursos financeiros seguros (MARQUES; MENDES, 2012).

No Brasil, nos deparamos com a existência de sistemas públicos e privados que atuam paralelamente cobrindo duplamente os cidadãos que podem pagar planos de saúde através de desembolso direto ou através de financiamento pelos empregadores. Fomentando essa duplicidade, o governo federal patrocina o consumo dos planos privados de saúde através de subsídios por meio da renúncia de arrecadação fiscal enquanto priva o SUS de recursos

financeiros que poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade (OCKÉ-REIS, 2012).

Pela Constituição Federal brasileira de 1988, o financiamento do SUS foi definido como competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios, mediante recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal destes entes federados (BRASIL, 1988).

Composto por contribuições sociais de empregadores e trabalhadores, de outras receitas e também de parte de recursos da União, de estados e municípios, o OSS deveria financiar a previdência, a assistência social e parte significativa da assistência à saúde. Até meados dos anos 1990, uma parcela do OSS próxima a 30%, definida por ato das disposições constitucionais transitórias (ADCT) ou por Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), foi alocada em saúde, ainda que sob tal rubrica se incluíssem despesas com saneamento, merenda escolar e encargos previdenciários, entre outras (SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009).

Ao construir o arcabouço jurídico do SUS, a Assembleia Nacional Constituinte, criou a Seguridade Social em detrimento da proposta da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) a qual recomendava a vinculação permanente de recursos tributários para o setor saúde e separação da saúde das áreas de previdência e assistência social. As Contribuições sociais que compõem o orçamento da seguridade social estão sob plena governança federal e constituem uma fonte bastante atraente para a união correspondendo a mais da metade da receita tributária federal. Sua vinculação a uma causa nobre (área social) é mais bem aceita pela sociedade do que outros acréscimos fiscais sem destinação explícita (BRASIL, 2011).

Entre 1997 e 2007 a Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) cresceram respectivamente 435,95% e 428,02% enquanto o Imposto de renda (IR) e Imposto sobre produtos industrializados (IPI) cresceram bem menos 338% e 100,75%. Por outro lado, no auge do Plano Real, (conjunto de medidas implementadas para debelar a elevada inflação crônica brasileira), ficou definido que 20% da arrecadação das contribuições sociais ficariam disponíveis para uso do governo federal (BRASIL, 2011).

A criação do Fundo Social de Emergência, renomeado Fundo de Estabilização Fiscal em 1997 e, finalmente, Desvinculação das Receitas da União (DRU) em 2000 vem garantindo e legitimando essa medida. Os recursos que inicialmente eram exclusivos da Seguridade Social, agora, podem ser alocados para qualquer fim, inclusive para pagamento dos juros da dívida (MARQUES; MENDES, 2009). 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.

Dain (2008) analisando os gastos sociais no período de 2000-2005 encontrou que, metade do crescimento da carga tributária do governo federal neste período foi alocada para o gasto social, sendo os outros 50% alocados para superávit primário para fins de ajuste fiscal. O superávit retirado da seguridade para fins de ajuste fiscal excedeu o gasto anual com saúde ao longo do período analisado. Os gastos em saúde permaneceram quase constantes, contrastando com o aumento de quase dois pontos percentuais da carga tributária alocado aos gastos com benefícios previdenciários durante o período. O excedente de recursos extraído da seguridade social variou entre R\$ 12,4 bilhões, em 2001, e R\$ 26,5 bilhões, em 2005, até mesmo acima do limite de 20% legalmente autorizado pelo mecanismo da Desvinculação de Recursos da União (DRU). Se, nos anos de 2000-2005, esse excedente tivesse sido investido no setor saúde, seus recursos teriam sido ampliados em mais de 100%.

Segundo Marques e Mendes (2012) a diminuição da disponibilidade de recursos para a proteção social foi particularmente relevante na área da Saúde visto que os recursos necessários para o pagamento dos benefícios previdenciários não podiam (e não podem) faltar, na medida em que derivam de direitos individuais, não passíveis de questionamento. No entanto este fato não significou, contudo, que tenha havido diminuição do volume alocado para o SUS, pois, neste período em que houve restrição quanto aos recursos de origem federal também aumentaram aqueles das outras instâncias, especialmente dos municípios.

No cenário nacional, se observa uma participação cada vez maior dos entes subnacionais no financiamento do SUS em detrimento da União, a qual vem mostrando participação decrescente na composição do orçamento público da saúde, embora em termos percentuais ela detenha uma maior participação no orçamento da saúde (NUNES, 2004). Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), entre 1980 e 1990, a União respondia por mais de 70% do gasto público com saúde, tendo redução em 2004 para 50%.

Como reação frente à conjuntura de indefinição orçamentária, verificou-se que o ministério passou 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 (PIOLA; PORTO; UGÁ, 2012). A emenda

constitucional 29(EC 29), outra proposta visando melhorar a situação de instabilidade dos recursos financeiros para a área da saúde, foi construída e aprovada em 13 de setembro de 2000 após sete anos de tramitação e sucessivas reformulações e propunha a vinculação de recursos orçamentários nas três esferas de governo (DAIN, 2007; MARQUES; MENDES, 2009).

Em 13 de janeiro de 2012 a EC 29 (BRASIL, 2000) foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela união, estados, distrito federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde. De acordo com esta lei, os Municípios destinarão anualmente 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos descritos nos artigos 158 e 159 da Constituição Federal para ações e serviços públicos de saúde, no mínimo (BRASIL, 2012).

Lenir Santos (2012) destaca a importância institucional da Lei Complementar 141/2012 devido ao fato de ela dotar a saúde pública de normas que lhe garantem percentuais de receitas tributárias e impor a obrigatoriedade da partilha de recursos entre os entes federativos. Por outro lado, foram feitos questionamentos quanto à suficiência desses recursos para garantia de financiamento de ações de saúde assim como acerca da autonomia tributária e fiscal destes entes para tal. O modelo de financiamento da saúde prescrito na mesma vincula o financiamento do SUS prioritariamente à parcela do orçamento fiscal municipal (MEDEIROS, 2011).

Diferente da base de cálculo dos estados e municípios, a Emenda Constitucional 86/2015 modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde estabelecendo a execução da receita corrente líquida correspondente à metade do percentual das emendas individuais ao projeto de lei orçamentária. Inicialmente serão destinados 13,2% para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta emenda, até alcançar 15% no quinto exercício financeiro da saúde (BRASIL, 2015).

Seguindo essa dinâmica, na interface de duas reformas de estado em seus aspectos operacionais mais contraditórios, o SUS passou a ser orientado e reorientado por portarias administrativas. Essa condução é restrita ao campo de atuação do Ministério da Saúde e pactuadas com os gestores públicos nos estados e municípios, se distanciando do modelo do Sistema Único de Saúde, público, universal, financiado por taxas e impostos, baseado nos fundamentos da Seguridade Social (BRANCO; GUERREIRO, 2011).

As portarias administrativas nos remetem a importância dos fluxos redistributivos setoriais e, particularmente, as transferências SUS. Estas transferências são orientadas para a

provisão de ações e serviços específicos e possuem uma lógica interna própria que não parece se integrar com o restante do sistema de partilha, pois as transferências SUS não são planejadas como um componente do sistema de partilha tributária brasileiro. Pelo contrário, o maior ou menor poder de redução das desigualdades das transferências SUS depende da forma como vem se institucionalizando o subsistema na política de saúde (LIMA, 2007).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990b), dispõem sobre a partilha dos recursos da União para Estados e municípios. A Lei 8080/1990 em seu artigo 7 define as diretrizes do SUS, e destaca a utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, para alocação dos recursos e para orientação programática. Apesar desses critérios legais de partilha de recursos, na maioria das vezes, as decisões políticas são influenciadas por fatores ligados à oferta, privilegiando a capacidade instalada para a busca de maior eficiência na utilização dos recursos da saúde (LEITE; MARQUES; MENDES, 2011).

Algumas iniciativas de rompimento com a lógica de alocação de recursos centrada na oferta de serviços, no aporte tecnológico ou com base em série histórica de gasto foram formuladas.

O Piso Assistencial Básico (PAB), instituído em 1996 pela Norma operacional básica (NOB 96), por exemplo, passou a ser distribuído com base no tamanho da população local e de um valor *per capita* nacional, para financiamento de uma gama de procedimentos ambulatoriais básicos, de responsabilidade municipal; e incentivos a programas de saúde. Já o Decreto 7508/2011 institui que as regiões de saúde devem servir de referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, cabendo as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) pactuarem a destinação dos recursos financeiros do SUS na Região de abrangência (LEITE; MARQUES; MENDES, 2011; BRASIL, 2011; BRASIL, 1996).

O decreto 7508/2011 traz que o contrato organizativo da ação pública (COAP) é o instrumento jurídico que garante a premissa de transferências de recursos baseada nos critérios de rateio definidos nas leis nº 8080 (BRASIL, 1990a) e nº 141 (BRASIL, 2012) do SUS. Para Santos e Campos (2015), o COAP da saúde é um avanço e precisa ser priorizado à altura dos resultados que poderá produzir quanto à definição das responsabilidades regionais federativas e consequente organização das redes regionais de saúde.

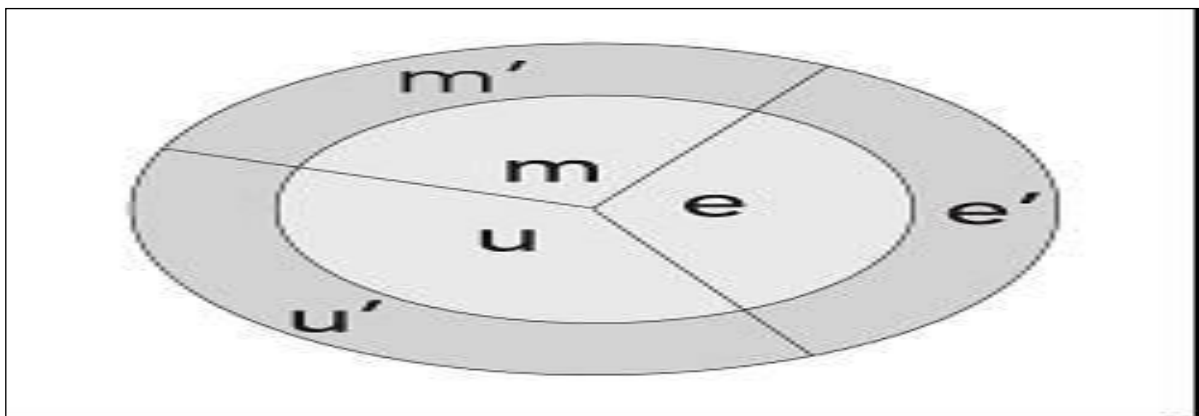
3.3 A capacidade de autofinanciamento municipal em saúde

Lima (2009) define dois tipos de receita voltados para a saúde e que importam ser compreendidos para o entendimento das condições de financiamento do SUS. A primeira delas diz respeito à receita com destino vinculado à saúde (receita setorial ou exclusiva da saúde) cuja classificação do destino do recurso é explicitada no ingresso orçamentário e que cumprem funções de financiamento exclusivo das ações e serviços descentralizados do SUS. O segundo tipo de receita é aquela vinculada à saúde por determinação da Lei nº 141/2012 (BRASIL, 2012), constituindo os recursos próprios (diretamente arrecadados ou adquiridos por meio das transferências constitucionais da União e dos estados) que, por determinação legal, constituem base vinculável à saúde no momento da execução das despesas orçamentárias.

A receita que compõe a base de cálculo da Lei nº 141/2012 (BRASIL, 2012) não tem destino definido quando ingressa no orçamento dos entes federativos, e, além disso, ela não cumpre a função exclusiva de financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. Por isso, este tipo de receita é definido como receita “livre” do ponto de vista do orçamento receptor, e somente parte dela (percentual mínimo de vinculação da Lei nº 141/2012) é destinada a suprir as necessidades de gastos em saúde (LIMA, 2009).

Scatena, Tanaka e Viana (2009) ilustram como se dá a composição do orçamento municipal, a saber, (Figura 1):

Figura 1 - Composição do orçamento municipal, origem das receitas.



Fonte: Adaptado de Scatena, Tanaka e Viana (2009).

Legenda: ($M = m + m'$) = Receitas municipais m = receitas referentes à LC 141/2012, m' = receitas não referentes à LC 141/2012, ($E = e + e'$) = transferências do estado, e = transferências constitucionais do estado à LC 141/2012; e' = transferências do estado não referentes à LC 141/2012. ($U = u + u'$) = Transferências da União, u = transferências constitucionais da União à LC 141/2012; u' = transferências da União não referentes à LC 141/2012. $m + e + u$ = Orçamento-base da LC 141/2012.

Para Scatena, Tanaka e Viana (2009) os recursos que compõem o orçamento da LC 141/2012(BRASIL, 2012), são aqueles sobre os quais os municípios têm autonomia, e, segundo os mesmos, assemelham-se ao que Mendes (2005) nomeia de “receitas disponíveis”. Os autores explicam que são recursos “não vinculados”, cuja aplicação, em princípio, é definida a partir dos problemas, das necessidades e da realidade de cada município. Eles chamam a atenção que, ao ter de alocar, em ações e serviços de saúde, percentuais cada vez mais elevados de suas receitas, os municípios podem comprometer outros setores, ou mesmo fomentar conflitos internos entre os vários atores da administração municipal.

Nunes (2004) considera a receita própria como a melhor medida da capacidade de autofinanciamento municipal em saúde. Para o autor, a capacidade de autofinanciamento é dada pelo somatório de sua receita própria, que é composta pelos seguintes impostos: Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), Cota-Parte do Imposto sobre Propriedade Rural; Transferência Financeira da Lei Complementar nº 87/96; Participação na Receita dos Estados; Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU) e as Imposto de Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto Sobre Serviços, receitas de multas e juros de mora de Impostos, Receita da Dívida Ativa do IPTU, ITB e ISS e outras Receitas da Dívida Ativa de Impostos.

Nesta dissertação, a Capacidade de Autofinanciamento em saúde refere-se ao grau de disponibilidade e comprometimento da receita própria municipal para realizar o gasto em saúde em nível local. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) ,utilizado para o presente estudo, define receita própria como: “impostos diretamente arrecadados e transferências constitucionais de impostos (ITR, IPTU, IRRF, ITBI, ISS, Cota Parte FPM, Cota - Parte ITR, Lei Comp. Nº 87/96 – Lei Kandir, pela União e Cota- Parte do ICMS (100%), Cota-parte do IPVA e Cota-Parte do IPI exportação (100%)” (BRASIL, 2009). Todos esses recursos juntos correspondem, em média, a aproximadamente 80% do total da receita disponível municipal (MENDES, 2005).

Estudos de alocação de recursos com base nas necessidades em saúde no Brasil utilizaram o componente da receita *per capita* municipal como medida da capacidade de autofinanciamento dos municípios. Foi consenso entre eles a necessidade por parte do nível federal de descentralizar recursos aos municípios desfavorecidos economicamente. No âmbito estadual entendeu-se que Estados com maior capacidade de arrecadação fiscal *per capita* têm melhores condições de atender às necessidades de saúde de sua população (MENDES; LEITE; MARQUES, 2011; ROSAS; BEZERRA; DUARTE-NETO, 2013). Contudo, estes estudos não aprofundam a análise da repartição fiscal e tributária entre os entes federativos no

Brasil como fator potencial de reprodução de desigualdades nos gastos com recursos fiscais em saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a capacidade de autofinanciamento e a dependência financeira intergovernamental dos municípios para executar o gasto do SUS no Estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2002 a 2014.

4.2 Específicos

- a) Verificar a capacidade de autofinanciamento municipal em saúde;
- b) Identificar a participação financeira dos dois subcomponentes de receita (receita própria e de transferências SUS) na despesa total em saúde;
- c) Analisar a dependência dos municípios para custear os gastos do SUS com recurso Estadual e Federal;
- d) Analisar a relação entre a receita própria, receita com recursos de transferências Estadual e Federal, e o gasto SUS em saúde nos municípios.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, seccional e analítico.

5.2 Universo do Estudo

O universo do estudo foi composto pelos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

5.3 Coleta de dados e tabulação de dados

Os dados secundários foram coletados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O período de coleta de dados data dos anos de 2002 ao de 2014. A opção por esse período para a obtenção dos dados considerou o início da obrigatoriedade de vinculação da receita própria municipal (EC 29) para gastos com saúde, até dois anos após a edição da Lei Complementar nº 141/2012. Esta lei dispõe em seu artigo 39 sobre a obrigatoriedade dos entes federativos realizarem o preenchimento bimestral do Siops.

5.4 Variáveis

As variáveis estudadas foram: receita própria municipal, receita de transferências do SUS, receita de transferência SUS Estadual, receita de transferência SUS Federal, despesa em saúde com recursos próprios, despesa em saúde com recursos de transferências SUS estadual e despesa em saúde com recursos de transferências SUS federal e despesa total em saúde.

5.5 Método

Para identificar a capacidade de autofinanciamento municipal em saúde de acordo com o objetivo a, foi necessário utilizar as variáveis receita própria municipal e despesa em saúde com recursos próprios.

Inicialmente foi descrita a evolução da receita própria no período tomando como base o seguinte indicador (Quadro 1):

Quadro 1- Indicador de receita própria municipal.

Indicador	Finalidade
Evolução da Receita Própria (Impostos+Transferências constitucionais)	Indicar a disponibilidade de recursos que o gestor municipal dispõe para realizar o gasto em saúde com recursos próprios municipais.

Fonte: Adaptado de Mendes (2010).

Concomitantemente à descrição da receita foram determinadas as amplitudes mínimas e máximas de receita própria para os anos estudados, assim como, calculados a média como medida de tendência central e o desvio padrão como medida de dispersão das receitas. O intervalo de confiança para a média foi o parâmetro de significância estatística utilizado.

Com vistas à classificação e ordenamento dos municípios por um critério baseado na receita *per capita* própria, foi construído o Índice da Capacidade de Autofinanciamento (ICA). O ICA calcula-se pelo inverso da variável receita *per capita* própria municipal (RPC), a qual, neste estudo, corresponde à arrecadação de impostos dos municípios e as transferências constitucionais de impostos, tal qual definida na base de cálculo da Lei nº 141/2012 e disponível no SIOPS para pesquisa (Quadro 2).

Quadro 2- Fórmula do Índice da Capacidade de Autofinanciamento (ICA).

ICA	Finalidade	Fórmula do ICA
	Classificação da Capacidade de Autofinanciamento em Saúde	$\frac{1}{RPC} \times 100$

Fonte: Elaboração própria. **Legenda:** ICA: Índice de Capacidade de Autofinanciamento. RPC: receita *per capita* própria municipal.

Após o cálculo do ICA, atribuíram-se classes para os valores obtidos no conjunto dos municípios. Dessa forma os municípios foram classificados em grupos por um critério de ordenamento baseado na receita *per capita* própria. Os municípios perto de zero são aqueles que têm maior capacidade de autofinanciamento. As classes obtidas para o universo deste estudo foram as seguintes: ICA entre 0,0 e 0,5(Grau 4); ICA entre 0,51 e 1,01(Grau 3); ICA entre 1,02 e 1,52(Grau 2) e ICA entre 1,53 e 2,03(Grau 1).

Para descrever o gasto SUS em saúde dos municípios a partir da receita própria, foi descrita a evolução do gasto durante o período de estudo, tomando como base o seguinte indicador (Quadro 3):

Quadro 3- Indicador de gasto *per capita* do SUS realizado com recursos próprios municipais

Indicador	Finalidade
Evolução do gasto <i>per capita</i> do SUS realizado com recursos próprios municipais	Indicar a magnitude do gasto SUS com recursos próprios municipais por habitante/ano. Demonstra o esforço aplicado em saúde por meio da receita própria do município.

Fonte: Adaptado de Mendes (2010).

Concomitantemente à descrição do gasto, obtiveram-se as médias de gasto anuais dos municípios, o desvio padrão das médias e a taxa de crescimento de gasto referente ao período do estudo.

Na fase de análise da dependência financeira municipal foi necessário o cumprimento de dois objetivos (b e c). Para realização do objetivo b, qual seja analisar a participação financeira dos dois subcomponentes de receita (receita própria e de transferências SUS) na despesa total em saúde, foi realizada a comparação da contribuição financeira destes subcomponentes. Calculou-se a média da despesa com recursos de transferências e a taxa de crescimento referente ao período do estudo.

Para o objetivo c (identificar a dependência dos municípios das transferências vinculadas do SUS provenientes do Estado e da União para custear os gastos com o SUS) foi descrita a evolução do percentual de dependência durante o período de estudo, a partir do indicador do Siops (Quadro 4), sendo calculada a média da despesa com recursos de transferências e a taxa de crescimento referente ao período do estudo.

Quadro 4- Indicador de dependência municipal dos Estados e União.

Indicador	Finalidade
Percentual (%) das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde.	Representa a parcela da despesa com Saúde no município financiada por outras esferas de governo e não com recursos próprios.

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (2009).

O objetivo final (d) analisou as correlações entre as fontes de receitas disponíveis para o gasto municipal com o SUS e o gasto SUS em saúde dos municípios com recursos próprios e recursos de transferência. Na análise dos dados, foi utilizado o coeficiente de correlação linear de Pearson.

Os dados foram analisados a partir do software SPSS versão 20.0, no qual foram calculadas as medidas estatísticas relativas à média, intervalo de confiança para médias, desvio padrão e ao coeficiente de correlação de Pearson, visando atender os objetivos propostos.

Os valores de receita e gasto em saúde com recursos municipais foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços (IGP-DI), calculado pela Fundação Getúlio Vargas, e ajustados para o mês de dezembro de 2014, último ano do estudo.

Para o estudo do gasto em saúde foi utilizada a despesa liquidada. A liquidação é uma das fases por que passa a despesa pública, em que se reconhece a dívida como líquida e certa, gerando, portanto, a partir dela a obrigação de pagamento. De acordo com o artigo 63 da Lei

de Orçamento Público nº 4.320/64, considera-se despesa liquidada o ato da "verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito" (BRASIL, 1964).

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta dissertação não necessitou de aprovação do Comitê de Ética por tratar-se de pesquisa em banco de dados secundários e de domínio público.

7 RESULTADOS

7.1 Capacidade de autofinanciamento municipal

A análise dos dados referentes à receita própria, obtidos entre os anos de 2002 a 2014, revela uma tendência ao aumento da receita *per capita* própria para gasto em saúde entre os anos de 2002 a 2013. A partir do ano de 2014 ocorre a mudança do padrão ascendente de receita com média menor que a do ano anterior e taxa de crescimento médio negativa em relação ao ano de 2013 (-7%) (Tabela 1).

Tabela 1- Receita *per capita* própria em reais (R\$) dos municípios fluminenses nos anos de 2002 a 2014.

Receita <i>per capita</i> própria	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
2002	22,57	1.324,45	269,11	180,31
2003	65,87	1.989,97	371,63	257,21
2004	84,90	2.048,02	456,78	319,51
2005	103,29	2.851,01	561,03	386,52
2006	114,03	2.773,96	628,79	413,01
2007	139,92	3.494,67	741,06	516,35
2008	171,33	4.536,16	945,78	675,19
2009	202,80	5.098,03	1.088,37	777,24
2010	204,65	6.774,00	1.163,10	981,61
2011	281,86	8.937,10	1.440,52	1.094,70
2012	334,09	9.636,93	1.689,93	1.211,57
2013	811,01	23.647,03	4.268,51	3.511,96
2014	466,86	22.441,50	3.946,78	3.296,72
Total	22,57	23.647,03	1.351,65	1.047,84

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Siops.

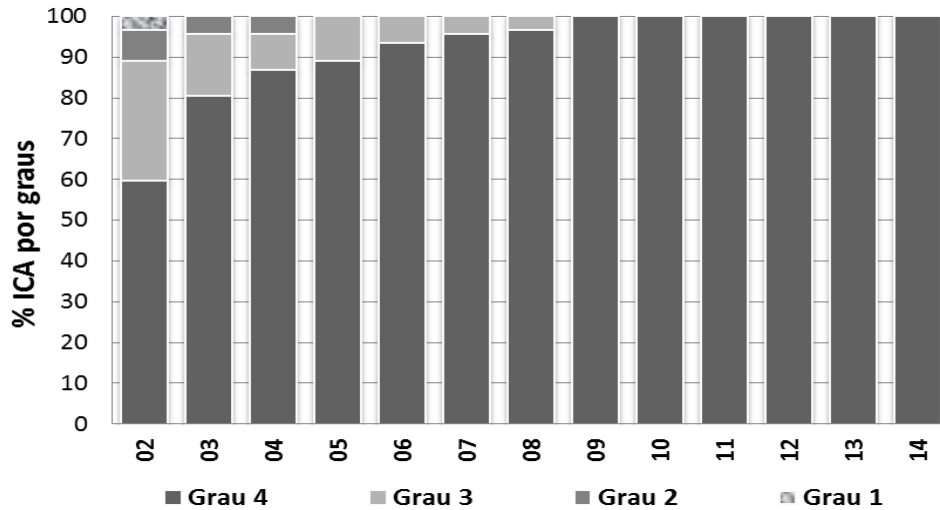
Nota: Os valores em reais foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços (IGPD-I) e ajustados para o ano de 2014.

Verifica-se a manutenção de desigualdades de receita *per capita* própria nos anos apresentados, evidenciado pelo desvio padrão e pela taxa de crescimento da receita *per capita* própria no período. O município que apresentou a maior taxa de crescimento no período (4.212,08%), por exemplo, permaneceu com a receita *per capita* própria superior ao de menor taxa (405,88%).

A análise do Índice da Capacidade de Autofinanciamento (ICA) possibilitou ordenar os municípios em diferentes graus de capacidade de autofinanciamento. Percebe-se uma notável mudança de grau entre os anos de 2002 e 2008, evidenciando um aumento da

capacidade de autofinanciamento no conjunto dos municípios estudados. A partir do ano de 2009 todos os municípios se encontraram no grau 4 de capacidade de autofinanciamento, demonstrando uma maior homogeneidade de receita deste ano em diante (Gráfico 1).

Gráfico 1- Capacidade de autofinanciamento dos municípios fluminenses, evolução percentual de acordo com a classificação do ICA, 2002 a 2014.

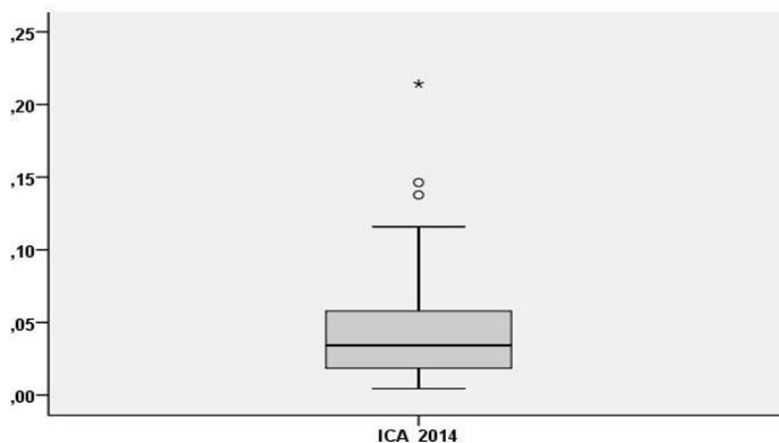


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SIOPS. Legenda: ICA = Índice da capacidade de autofinanciamento.

Em que pese uma maior homogeneidade de receita, a partir do ano de 2009, nota-se uma clara evidência de desigualdade de receita própria para o gasto em saúde com recursos municipais: no ano de 2014, a amplitude de receita municipal no Estado ficou entre R\$ 466,86 e R\$ 22.441,50, indicando que a receita de um município é quarenta e oito vezes maior que a de outro e cinco vezes maior que a média dos municípios do Estado.

O boxplot dos valores do ICA grau 4 para o último ano do estudo (2014) mostrou que mais de 75% dos municípios estão localizados no estrato inferior de ICA em relação a esta classe, onde se localizam as maiores receitas *per capita* (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição do ICA grau 4 para os municípios fluminenses, 2014.



Fonte: Elaboração própria, com dados do Siops.

A descrição do gasto *per capita* do SUS, a partir dos recursos próprios municipais, evidenciou aumento do gasto médio em saúde entre os anos de 2002 e 2014 (Tabela 2). A média do gasto *per capita* do SUS com recursos municipais para o período foi de R\$ 239,45 por habitante/ano.

Tabela 2- Gasto *per capita* do SUS (em reais) com recursos municipais no Estado do Rio de Janeiro, referente aos anos de 2002 a 2014.

Gasto/ano	Mínimo	Máximo	Média	Desvio
2002	2,44	315,87	56,96	48,80
2003	5,97	565,56	89,59	85,42
2004	15,60	643,17	113,51	110,43
2005	10,08	941,50	130,99	129,29
2006	11,53	976,91	152,38	146,46
2007	25,62	1146,99	179,57	172,28
2008	19,23	1427,25	220,19	203,29
2009	24,06	1242,06	236,72	200,48
2010	30,19	1039,14	244,52	167,95
2011	51,33	1652,46	311,26	224,60
2012	62,72	2214,90	378,00	286,67
2013	87,04	2560,72	458,88	337,55
2014	98,51	2925,59	540,27	406,61
Total	2,44	1427,25	239,45	193,83

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados obtidos do Siops. Legenda: Desvio= Desvio Padrão.

Nota: Os valores em reais foram deflacionados pelo Índice Geral de Preços (IGPD-I) e ajustados para o ano de 2014.

Comparando a evolução da receita própria com a do gasto com recursos próprios, duas evidências foram constatadas. A primeira refere-se ao maior crescimento percentual da receita em relação aos gastos 1.366,6% e 848,5%, respectivamente. A segunda evidência constata uma menor dispersão e, conseqüentemente, uma maior homogeneidade dos gastos em relação receita, embora também existam desigualdades nos gastos. No município de maior gasto *per capita* médio (R\$ 1.074,38), este gasto foi 7 vezes maior que a média total da amostra e 27 vezes que o menor gasto *per capita* médio em saúde (R\$ 38,69) .

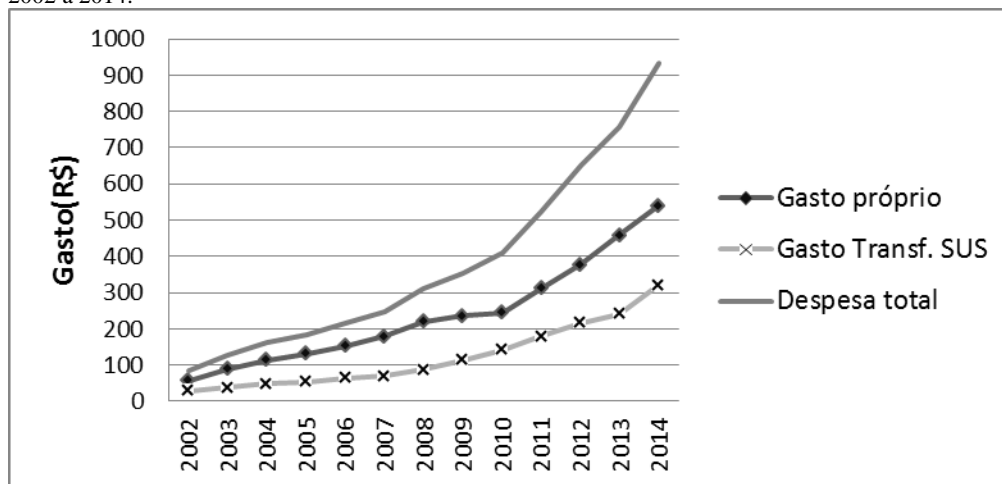
Houve redução no crescimento dos municípios que vinham apresentando os maiores gastos, em que pese um comprometimento maior desses municípios em relação aos que cresceram menos. Como exemplo, o município com o menor crescimento nos gastos apresentou o gasto médio superior a 98% do total da amostra e 4,6 vezes a média dos

municípios. Estes dados revelam o esforço que os municípios realizam para efetuar os gastos a partir de sua receita própria. Uma prova concreta é que, enquanto em 2013 houve um decréscimo da receita municipal os gastos continuaram se elevando.

7.2 Dependência financeira municipal

A despesa total em saúde do SUS em nível municipal mostrou elevação no período estudado, havendo participação dos dois subcomponentes de receita (receita própria e de transferências SUS) neste crescimento (Gráfico 3). A despesa total média *per capita* para o período foi de R\$381,03. O gasto com recursos municipais deteve a maior participação na despesa total em saúde, apresentando uma média de R\$239,45 e um crescimento acumulado de 1.248,44%, entre os anos de 2002 a 2014.

Gráfico 3- Despesa total em saúde e seus subcomponentes nos municípios do Rio de Janeiro, 2002 a 2014.



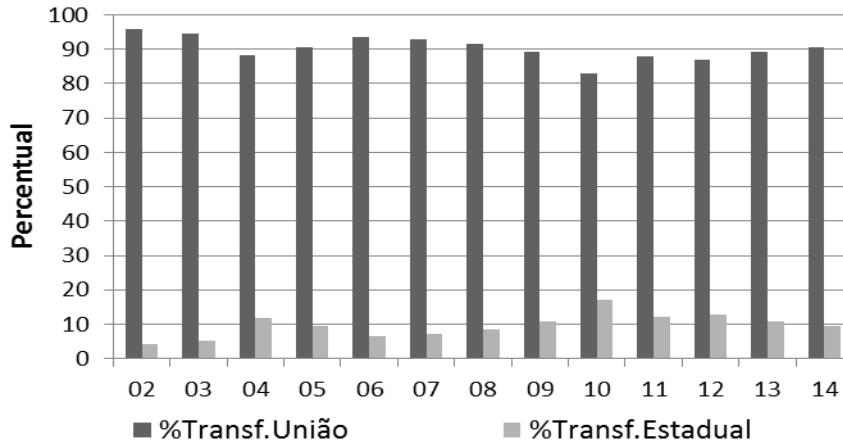
Fonte: Elaboração própria, a partir de dados obtidos do Siops.

Em que pese uma menor participação do gasto com recursos de transferências do SUS na despesa total dos municípios, durante o período estudado, a soma do gasto *per capita* com transferências para o conjunto dos municípios do Rio de Janeiro totalizou R\$1.606,24 *per capita* e, o percentual do gasto com recursos de transferências do SUS na composição da despesa total teve um crescimento acumulado de 1.506%. Além disso, 80% dos municípios apresentaram uma dependência de recursos de transferências do SUS acima de 20% na execução de sua despesa total em saúde.

Em relação ao percentual das transferências SUS por ente federativo no total das transferências, a União foi responsável durante todo o período pela maior parte das transferências ficando o estado com uma participação mínima neste percentual (gráfico 4). Entre os municípios a despesa *per capita* com recursos de transferências apresentou uma

média de R\$123,56, sendo R\$111,48 de transferências da União e R\$12,77 de transferências do estado.

Gráfico 4 - Percentual de transferências SUS por ente federativo para os municípios fluminenses nos anos de 2002 a 2014.

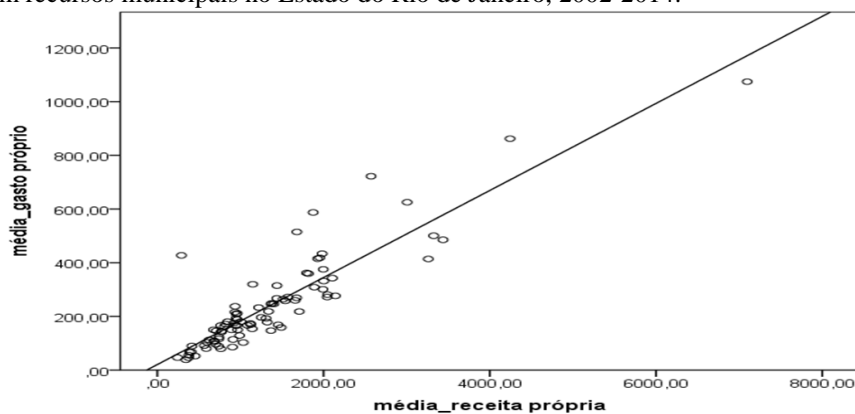


Fonte: Elaboração própria com dados do SIOPS. Legenda: %Transf.União=transferências da União. %Transf.Estadual =transferências do Estado.

7.3 Relação entre as fontes de receita e o gasto municipal com o SUS

O gráfico a seguir traz a correlação entre receita própria *per capita* e gasto em saúde *per capita* com recursos municipais no Estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2002 a 2014.

Gráfico 5 – Correlação entre receita própria *per capita* e gasto em saúde *per capita* com recursos municipais no Estado do Rio de Janeiro, 2002-2014.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Siops.

Observa-se uma grande concentração de municípios na base da reta de regressão onde estão localizados os menores valores de receita *per capita* própria e despesas em ações e serviços de saúde com recursos municipais. Há uma forte correlação positiva entre a receita *per capita* própria e os gastos com recursos municipais em saúde onde $r^2 = 0,89$ ($p < 0,05$),

indicando que a maioria dos municípios com menores receitas *per capita* próprias são os que menos gastam com saúde (Gráfico 5).

Verificou-se que se todos os municípios com maiores receitas gastassem mais em saúde com suas receitas próprias, essa correlação seria perfeita positiva (1), o que não ocorreu. Este dado suscita investigação das causas que levam aos municípios com maiores receitas próprias gastarem menos que outros de menores receitas.

Do total de municípios, 30% apresentaram um crescimento do gasto com recursos municipais superior ao crescimento da receita própria. Um deles, por exemplo, apresentou crescimento dos gastos (20.020,57%) 4,8 vezes superior ao crescimento de sua receita própria disponível (4.212,077%). Observou-se uma correlação positiva pequena onde $r^2 = 21\%$ ($p < 0,05$) entre o crescimento da receita e o crescimento do gasto em saúde. Este dado demonstra que o crescimento dos gastos com recursos municipais em saúde não acompanhou, na mesma proporção, o crescimento da receita própria municipal. Identificamos, assim, um maior comprometimento da receita própria nesses municípios.

A receita própria e a receita de transferências SUS apresentaram associação positiva significativa em relação à despesa total em saúde, evidenciando a importância das duas fontes de receita (própria e de transferências SUS) na composição da despesa total. A receita própria se encontra mais fortemente associada à despesa total assumindo maior relevância no gasto em saúde com recursos do SUS. Quanto às transferências SUS, enquanto o conjunto das transferências (Estado e União) apresentou associação significativa, quando segregadas por ente federativo não se evidenciou uma relação significativa com a despesa total (Tabela 3).

Tabela 3-Correlação entre as fontes de receita e a despesa total municipal em saúde com o SUS, Rio de Janeiro, 2002-2014.

		Despesa total	Significância
Pearson	Receita própria	0,85	0,00
	tranf.SUS	0,22	0,02
	Transf.Estado	0,03	0,39
	Transf.União	-0,07	0,26

Fonte: Elaboração própria com dados do Siops.

8 DISCUSSÃO

Neste estudo, a evidência do aumento da capacidade de autofinanciamento dos municípios do Estado do Rio de Janeiro entre 2002 e 2013 reitera o argumento que os mecanismos de compensação para os municípios iniciados a partir da abertura política dos anos 80 continuam sendo mantidos na Constituição Federal (1988). Essa abertura possibilitou aos municípios ganharem gradativamente espaço para atendimento de suas demandas, mediante revisão do sistema tributário brasileiro (BRASIL, 1988; FRANCEZE, 2010; LIMA 2007). Outro fator relevante para o reforço das receitas municipais no Rio de Janeiro trata-se da rentabilidade gerada a partir da economia petrolífera a qual ocasiona aumento da arrecadação de tributos devido às compensações financeiras do petróleo com os royalties e a participação especial (BARROS; LIMA, 2015).

Perante a necessidade de integrar serviços entre os entes federativos, é imprescindível garantir recursos não só nos municípios, mas também na União e nos Estados visando à promoção da equidade regional. Apesar da importância da receita final de tributos, a União e os Estados arrecadam mais do que ao fim do processo lhes resta como receita fiscal, e transferem aos municípios uma grande parte da receita. A descentralização de 1988 transformou o Brasil em uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais. Esta mudança impôs constrangimentos à esfera federal, privilegiou fortemente a esfera municipal em detrimento da esfera estadual e se caracteriza por forte dependência dos municípios aos recursos transferidos da União (ANDRADE; LIMA, 2009; SANTOS, 2012).

Existe a possibilidade de que as responsabilidades federativas municipais demandadas a partir da descentralização de 88 repercutam negativamente no financiamento da saúde. O estudo que investigou os municípios do Mato Grosso identificou que, enquanto, em 1996, os orçamentos-base citados na EC-29 (regulamentada pela Lei Complementar n^o 141/2012) (BRASIL, 2012) representavam 80% do total de receitas correntes na média e na maioria dos municípios, em 2006 eles passaram a representar 60% destas receitas, evidenciando uma redução proporcional em relação às receitas correntes gerais as quais haviam tido aumento no período. Segundo os autores do estudo, importa analisar o que fomentou aquela situação e identificar as eventuais repercussões no financiamento da saúde, em nível municipal (SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009).

Em municípios de São Paulo a análise da receita própria de 2002 assinalou que, mesmo sabendo-se do perfil de receitas superiores daquele Estado, houve uma grande heterogeneidade da capacidade de arrecadação dos municípios, inclusive entre municípios

com populações relativamente homogêneas. No Brasil, o conjunto dos municípios possuem desigualdades extremamente elevadas de receita própria. Essa condição gera desigualdades no financiamento e provisão de bens públicos em geral e bens e serviços de saúde em particular, sendo desejável a implantação de políticas equitativas para alocação dos recursos que serão repassados pelo governo central (NUNES, 2004).

As incorporações na arrecadação de receitas municipais, como consequência do processo de redemocratização e da descentralização fiscal, não foram compatíveis com as despesas assumidas a partir das responsabilidades federativas demandadas. Os dispositivos legais e normativos para a provisão de determinados bens e serviços deveriam estar associados ao perfil de financiamento das políticas públicas pelo sistema de partilhas e da estrutura de competências tributárias. Sendo assim, observou-se uma piora da situação dos governos subnacionais, resultando no endividamento dos municípios, os quais, por sua vez, esperavam o amparo da União (ABRUCIO; LOUREIRO, 2004; SILVA; SILVA, 2007; LIMA, 2009; ABRUCIO; FRANZESE, 2013).

Durante o período deste estudo foi evidenciada um aumento dos gastos em saúde a partir da receita própria. Os gastos em saúde com recursos municipais têm aumentado progressivamente em diferentes localidades no Brasil (SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009; MENDES, 2010; ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). No Estado de Pernambuco, por exemplo, os municípios disponibilizam, em média, valores de receita própria superiores ao mínimo exigido pela Lei Complementar nº 141/2012 (GONÇALVES *et al.*, 2009).

Quando os municípios ampliam percentuais cada vez maiores de suas receitas próprias para ações e serviços de saúde, podem comprometer a capacidade de fortalecimento de outros setores da política pública, o que favorece conflitos internos entre os vários atores da administração municipal. Prevê-se um cenário pouco favorável para o setor saúde, caso não ocorra um rearranjo das fontes de financiamento federal ou a criação de contribuição destinada a este setor (SCATENA, VIANA, TANAKA, 2009).

A despeito do crescimento do gasto com recursos municipais no Estado de Rio de Janeiro, o valor médio do gasto público dos municípios permanece baixo, assim como em outros estados do Brasil.

Na análise da despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, durante o período de 2000 a 2007, os valores de gasto *per capita* se mostravam bastante reduzidos, quando comparados às médias nacional e macrorregional, embora tenha sido evidenciado um crescimento percentual dos gastos com recursos municipais em saúde, em média, de 190,76%,

superior ao do atual estudo (96,39%) (ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Nos municípios do Estado de São Paulo, o gasto médio *per capita* do SUS no período de 2002 a 2008, foi de R\$ 297,41 habitante/ano, superior ao gasto médio municipal do Estado de Rio de Janeiro verificado neste estudo (MENDES, 2010).

Existem diferenças significativas na composição orçamentária das municipalidades brasileiras. Enquanto as transferências fiscais do estado e a receita tributária própria são mais relevantes no orçamento dos municípios do Rio de Janeiro, situado na Região Sudeste, as transferências vinculadas ao SUS e os recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) provenientes da União são mais significativos na composição da receita dos municípios da região Nordeste. Os graus de dependência fiscal e setorial possivelmente geram implicações para o desempenho das relações intergovernamentais, da gestão local e da prestação de serviços (MENDES, 2010).

A relação da receita própria com o gasto com recursos municipais nos dados analisados demonstra uma forte correlação positiva (0,89) entre essas variáveis, indicando que os municípios com menores receitas *per capita* próprias são os que menos gastam com saúde. A reta de regressão também pôde evidenciar valores reduzidos de receita *per capita* própria e de gasto com recursos municipais em ações e serviços de saúde.

Entre 2000 e 2007 a receita municipal *per capita* também se correlacionou fortemente com a despesa pública média das municipalidades pernambucanas, passando esta correlação de moderada (0,61), em 2000, a forte (0,89), em 2007. A partir da distribuição por quartis verificou-se que, em 2000, em sua quase totalidade os municípios do Estado se encontravam igualmente distribuídos nos dois primeiros quartis, onde estavam os estratos de despesa mais baixos (ESPÍRITO SANTO, FERNANDO, BEZERRA, 2012).

Nos estados de São Paulo, Espírito Santo, e Ceará, observou-se uma grande concentração de municípios na base da reta de regressão com valores reduzidos de receita própria e despesa com recursos municipais. Todos os estados apresentaram correlação positiva na associação da receita própria com a despesa municipal, embora com diferentes graus de associação. Em São Paulo, quanto menor o porte populacional maior a correlação entre os municípios em relação ao conjunto dos municípios do Estado (67,3%). Os municípios do estado do Espírito Santo apresentaram correlação positiva menor que os municípios de São Paulo. Para os municípios do Estado do Ceará verificou-se uma correlação positiva de 46,6% (NUNES, 2004).

Alguns comportamentos diferenciados merecem destaque na correlação feita no presente estudo: é o caso dos 30% da amostra de municípios que, mesm 5o com uma média

de receita *per capita* própria menor, apresentaram gasto em saúde com recursos municipais mais elevados que o de municípios com maiores receitas. No estado de São Paulo, estudo realizado em 2004 constatou municípios com receitas *per capita* semelhantes, porém, com gastos totais em saúde muito distintos. Como exemplo, os municípios de Suzano e Ribeirão Preto. A receita *per capita* de ambos era de aproximadamente R\$ 550 reais, sendo as despesas R\$ 90 e R\$ 225 reais *per capita*, respectivamente (NUNES, 2004).

Neste estudo foi evidenciada relação positiva entre a receita de transferências SUS e a despesa total. A União foi responsável durante todo o período pela maior parte das transferências, ficando o estado com uma participação mínima neste percentual. Lima (2009) encontrou que da receita total dos municípios no Brasil, no ano de 2002, 80% dos recursos eram provenientes de transferências, sendo 50% de origem da União. Para a autora, o fato de a União ser a maior responsável pelas transferências corrobora com o perfil partilha fiscal do país, em que a União tem maior potencial para realocar recursos que o estado, o que dificulta a formação de redes de serviços e a integração de políticas de saúde.

As transferências de estado e União para a saúde têm representado, no Brasil, aproximadamente metade dos recursos despendidos no setor saúde, em nível municipal. Vale ressaltar que essas transferências vinculadas não entram na base de cálculo do orçamento para a Lei Complementar nº 141 (SCATENA; TANAKA; VIANA, 2009).

9 CONCLUSÃO

A composição fiscal e a estrutura de arrecadação tributária do orçamento municipal influenciam os gastos com recursos municipais em saúde. Desta forma, diferentes valores de gasto serão alocados para a saúde a partir da receita própria destes municípios, as quais correspondem à base de cálculo da Lei Complementar n° 141/2012.

Pode-se inferir que a receita própria municipal no estado do Rio de Janeiro seria insuficiente para custear o gasto com recursos municipais, tendo em vista as evidências encontradas neste estudo, quais sejam: comprometimento crescente do orçamento de impostos, somando-se o fato de 30% dos municípios apresentarem crescimento do gasto com recursos municipais superior ao crescimento da receita própria. Além disso, houve redução no crescimento para os municípios que vinham apresentando os maiores gastos.

Tendo em vista que os recursos para a saúde também são partilhados entre os entes federativos, a contextualização do modelo tributário da República Federativa Brasileira deve ser considerada como componente da pesquisa sobre financiamento da saúde no Brasil. A descentralização fiscal no Brasil, perante a grande quantidade de municípios existentes pode dificultar a organização e a oferta de ações e serviços de saúde. Desta forma, a garantia de recursos fiscais em nível estadual e federal provavelmente permite uma melhor eficiência da administração pública no tocante ao setor saúde.

Os achados apresentados indicam a necessidade de novos estudos relativos a dependência fiscal municipal dos entes federativos para executar o gasto municipal com o SUS. Estes estudos devem aprofundar as características do Federalismo fiscal no Brasil que influenciam na execução do gasto em saúde. De outra forma, enfatiza-se a possibilidade da utilização do conhecimento da capacidade de autofinanciamento municipal como auxiliar às estratégias de alocação para gastos em saúde nas instâncias colegiadas do SUS e nos próprios órgãos de administração pública.

Ao divulgar dados do orçamento municipal o estudo contribui para identificar o cumprimento de compromissos pactuados entre a gestão e a sociedade, visando à melhoria das condições de saúde da população. Além disso, serve como subsídio ao empoderamento do controle social nos seus momentos de diálogo e negociação com os órgãos públicos responsáveis pelo financiamento do SUS, no Brasil.

REFERENCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: _____. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 361-386.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele; SANO Hironobu. Trajetória recente da cooperação e coordenação no Federalismo brasileiro: Avanços e Desafios. In: CARDOSO Jr., José C.; BERCOVICI, Gilberto (Org.). **República, Democracia e Desenvolvimento: contribuições ao Estado brasileiro contemporâneo**. 1.ed. Brasília: IPEA, v. 10, p. 18-32. 2013.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. Política e reformas fiscais no Brasil recente. **Revista de economia política**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 50-72, 2004.
- ANDRADE, Carla Lourenco Tavares; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.
- ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 69-85, 2005.
- BARROS, Delba Machado; DE LIMA, Luciana Dias. Orçamento público, região e financiamento em saúde: rendas do petróleo e desigualdades entre municípios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, 2015.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes; GUERREIRO, Jória Viana. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde From political pacts to health policy pacts. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº. 4.320, de 17 de março de 1964**. Brasília, DF, 4 maio 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 20 jan.2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional nº 86, de 18 de março de 2015**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141, de 13 janeiro de 2012.** . Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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%20a%20partir%20do%201%C2%BA%20semestre%20de%202007.pdf>> . Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **O Financiamento da Saúde.** Brasília, DF, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v. 2).

DAIN, Sulamis. 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.

DAIN, Sulamis. 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.

ELAZAR, Daniel. J. Exploring Federalism. **Alabama:** The University of Alabama Alabama Press, 1987.

ESPÍRITO SANTO, Antônio Carlos Gomes do; FERNANDO, Virgínia Conceição Nascimento; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 861-871, 2012.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS . In: FIGUEIREDO, NMA; Tonini, T.(Org.). **SUS e PSF para enfermagem:** práticas para o cuidado em saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Yendis, 2011.

FUNCIA, Francisco. Nota de esclarecimento a respeito do cálculo das perdas decorrentes do início da vigência da nova regra da Emenda Constitucional nº 86/2015 para calcular a aplicação mínima da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde. **Domingueira**, Campinas, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Domingueira%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20004%202015-%20-%2012%2004%202015.pdf>> . Acesso em: 20 jan. 2016.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas.** 2010. Tese (Doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

GONÇALVES, Rogério Fabiano *et al.* Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos

Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2612-2620, 2009.

LEITE, Marcel Guedes; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.

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

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2237-2248, 2009a.

LIMA, Luciana Dias de. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, p.573–597, 2009b.

LOUVISON, Marília; MENDES, Áquilas. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 393-402, 2015 .

MEDEIROS, Kátia Rejane de. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

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

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, Áquilas. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995 - 2001)**. 2005. Tese (doutorado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

MENDES, Áquilas. **Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de São Paulo 2002 – 2008**. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo, 2010.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa. O Direito Universal à Saúde em Risco: A Fragilidade Histórica do Financiamento e as Incertezas dos Governos Lula. **Análise Econômica**, Porto Alegre, v. 30, p.35-58, 2012.

NUNES, André. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Brasília: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde, 2004.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. SUS: o desafio de ser único. In: _____. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

- OLIVEIRA, José Carlos de; SILVA, Paulo Fontenele. **Reformas das instituições fiscais: reflexões sobre o caso do Brasil**. Brasília: CEPAL, División de Desarrollo Económico, 2000. (Série política fiscal, n. 110).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics 2014**. Genebra, 2014.
- PRADO, Sérgio. **A questão fiscal na Federação Brasileira: diagnósticos e alternativas**. Brasília, DF: CEPAL, 2007.
- PRADO, Sergio. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. (Org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 41-125.
- ROSAS, Marina Araújo; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; DUARTE-NETO, Paulo José. Uso das redes neurais artificiais na aplicação de metodologia para alocação de recursos da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 128-136, 2013.
- SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.
- SANTOS, Angela Moulin S. Penalva; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Reformas do Estado, descentralização e política de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p.525-548, 2007.
- SANTOS, Lenir. SUS e a Lei Complementar 141 comentada. In: _____. **SUS e a lei complementar 141 comentada**. Rio de Janeiro: Saberes, 2012.
- SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Alda; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. 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, p. 2433-2445, 2009.
- SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; SILVA, Silvio Fernandes da. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 7-13, 2007.
- TAVARES, Martus. Vinte anos de política fiscal no Brasil: dos fundamentos do novo regime à Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista de Economia e Relações Internacionais**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 79-101, 2005.
- UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sergio Francisco. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 395-425.