

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Priscilla Caran Contarato

**Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual:**  
implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil

Rio de Janeiro

2019

Priscilla Caran Contarato

**Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual:**  
implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Mendes Leal

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

C759r Contarato, Priscilla Caran.  
Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual:  
implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no  
Brasil. / Priscilla Caran Contarato. -- 2019.  
200 f. : il. color. ; graf. ; mapa. ; tab.

Orientadores: Luciana Dias de Lima e Rodrigo Mendes Leal.  
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de  
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Federalismo. 2. Financiamento Governamental. 3. Governo  
Estadual. 4. Financiamento da Assistência à Saúde. 5. Sistema Único  
de Saúde. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 23.ed. – 321.02098152

Priscilla Caran Contarato

**Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual:**  
implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 08 de novembro de 2019

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cecília de Sá Campello Faveret  
Agência Nacional de Saúde

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sol Garson Braule Pinto  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiani Vieira Machado  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Assis Mafort Ouverney  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Rodrigo Mendes Leal (Coorientador)  
Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Dias de Lima (Orientadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

A meus pais, pelos valores e ensinamentos transmitidos.

À Rosana, pela paciência, amor e apoio incondicional.

## AGRADECIMENTOS

“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou, mas sim pelas dificuldades que superou pelo caminho”

(Abraham Lincoln).

Esta mensagem significa muito, pois o doutorado foi para mim um período de muitos desafios tanto no sentido acadêmico como pessoal. No acadêmico, por ter me aventurado em um tema de extrema complexidade, tendo que adentrar outras áreas que me demandaram muitos esforços de entendimento e estudo, como a economia e a ciência política. E, no pessoal, pelas dificuldades em lidar com meus limites, minhas dificuldades, meus anseios e escolhas e também pelo contexto, ao qual estive submetida no decorrer desses quatro anos, de muitos problemas sérios envolvendo a saúde de entes muito queridos e próximos a mim, principalmente a minha mãe.

Mas consegui! Terminei com a certeza de que as dificuldades e os desafios encontrados serviram de aprendizado e crescimento e que não teria sido possível se não fosse pelo apoio de pessoas muito queridas às quais quero deixar meu profundo agradecimento.

Agradeço a Deus pela dádiva da vida e por me fortalecer nos momentos em que mais precisava. As muitas caminhadas no início da manhã foram com longas conversas, orações e pedidos de auxílio que me aliviaram e deram ânimo.

À minha orientadora Luciana Dias de Lima, pelo privilégio de ter sido sua orientanda. Sua dedicação, competência, disponibilidade, conhecimento, exigências e respeito às minhas escolhas conduziram o desenvolvimento deste trabalho, no qual a eximo de equívocos que eu possa ter cometido. Sua generosidade tornou minha trajetória menos difícil e me fez crescer e ousar caminhos que jamais poderia imaginar. A cada orientação me sentia acolhida e mais estimulada a continuar. Serei eternamente grata pelo seu estímulo e carinho na condução deste trabalho. Deixo toda minha estima e admiração.

Ao meu coorientador Rodrigo Mendes Leal, pela atenção, respeito, carinho e contribuições ao longo desta pesquisa.

À Sol Garson, pelos conhecimentos adquiridos na sua disciplina de Orçamento Público e Gestão Fiscal Subnacional, a qual foi de grande valia para o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço imensamente pelo carinho e presteza com que me recebeu na sua casa para me ajudar a montar o banco de dados desta tese. Seus conhecimentos e experiência foram essenciais para a estruturação do banco, assim como sua gentileza na conferência e na

comparação de alguns dados com seu próprio banco. Agradeço a sua generosidade, atenção e disponibilidade, as contribuições na banca de qualificação e também por fazer parte da banca de defesa desta tese.

À Cristiani Vieira Machado, pelos muitos ensinamentos ao longo da minha trajetória desde que cheguei para o mestrado na ENSP. Suas contribuições ao longo das disciplinas na ENSP, do seminário de doutorado e do estágio docente foram essenciais para o meu desenvolvimento. Obrigada por participar da banca de defesa. Devo a você grande parte do conhecimento que adquiri nesta minha trajetória na saúde pública.

À Ana Cecília Faveret e Assis Mafort Ouverney, pela atenção e disponibilidade em fazer parte da banca de defesa da tese.

À Mariana Vercesi Albuquerque e Patrícia Tavares Ribeiro, pela gentileza de participarem como suplentes na banca de defesa.

A Nilson do Rosário, que aceitou fazer parte da banca de qualificação, obrigada pela atenção e pelas contribuições.

Aos professores das disciplinas de doutorado, meu muito obrigada pelos ensinamentos ao longo desta trajetória. As aulas ministradas me possibilitaram novos conhecimentos e desenvolvimento profissional.

Aos colegas de turma de doutorado, obrigada pelo convívio e amizade. Em especial à Lorena, grande amiga com quem pude conviver e conhecer um pouco mais. Foi muito bom tê-la conhecido. As nossas conversas, as várias horas no aeroporto tornaram a nossa caminhada mais divertida.

Aos funcionários da biblioteca, sempre muito solícitos em nos receber e acolher, agradeço o carinho. Em especial à Gisele, pela ajuda nas várias buscas bibliográficas, pela disponibilidade, carinho, receptividade e profissionalismo.

A todos os funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública, pela dedicação dispensada.

Aos funcionários da Casa Amarela, que sempre dispensaram muita atenção e carinho em nos receber, procurando fazer sempre o melhor para que nos sentíssemos acolhidos mesmo estando longe dos nossos lares.

Agradeço ao CNPq o apoio financeiro pela bolsa de doutorado a mim concedida.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública da ENSP, e à Secretaria Acadêmica, em especial ao Eduardo, pela preocupação e disponibilidade em solucionar as questões referentes à documentação, prazos, agendamentos, entre outros.

A todos os entrevistados, pela disponibilidade e presteza em conceder informações valiosas para a realização deste trabalho.

Aos integrantes do curso de gestão em saúde, na figura de suas coordenadoras Clayre e Vanessa, por todo o apoio, conhecimentos compartilhados e confiança quando da participação neste curso.

A todos os funcionários da EAD/ENSP, pelo carinho e atenção.

À Márcia Fausto, Rosana Kuschnir e a todos os integrantes do curso de gestão de redes de atenção à saúde, pelos momentos de estudo e compartilhamento de informações.

À Vanessa, pela amizade e carinho e por me receber em sua casa.

À minha prima Márcia, que, além de ser uma grande amiga, é minha médica e companheira fiel nos vários momentos de minha vida. Nesse doutorado, seus florais, homeopatia e demais terapias, além das conversas, me fizeram aguentar a ansiedade e me ajudaram a ficar mais tranquila. Muito obrigada.

À Sumaya, minha prima, por abrir as portas de sua casa e me receber no primeiro ano do doutorado. Obrigada pelo carinho.

A todos os meus familiares, que de certa forma se privaram da minha companhia, mas sempre me incentivaram e se mantiveram ao meu lado, deixo o meu profundo agradecimento.

A todos os amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, obrigada pelo apoio e incentivo.

À minha ajudante fiel em casa, Bete, pelo seu carinho, alegria e presteza. O seu cuidado e com a casa, com a comida e os muitos chás, sucos verdes e cafés que fazia para que eu pudesse me sentir melhor e continuar a trabalhar me fizeram muito bem. Meu muito obrigada!

Às minhas irmãs, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em tudo. Agradeço muito pelo amor de vocês e pelo apoio, preocupação e cuidado.

A meus pais, todo o meu agradecimento e amor. Obrigada por sempre me incentivarem, falarem palavras de carinho e alento quando as coisas não iam bem. Por me ensinarem que o mais importante na vida é estarmos juntos em família. Saber que posso sempre contar com vocês me deu muita força. As palavras de meu pai: “Eu quero, eu posso, eu consigo”, proferidas e repetidas quando eu parecia estar sem forças para continuar, me confortaram e incentivaram.

À Rosana, companheira fiel que esteve sempre ao meu lado em todos os momentos, me sustentando quando eu pensava esmorecer e me dando forças em todo o tempo. Todo o seu cuidado, carinho, paciência, alegria, incentivo, dedicação e amor foram essenciais para a realização deste trabalho. O meu muito obrigada por tudo!

*“O poder nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e existe somente enquanto o grupo se conserva unido.”*

Hannah Arendt

## RESUMO

As relações fiscais estabelecidas entre os governos no financiamento das políticas públicas ofereceram subsídios para a análise dos condicionantes da atuação dos estados brasileiros. O objetivo principal desta tese foi analisar a capacidade de financiamento e de gestão político-orçamentária da saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016. A metodologia envolveu duas etapas. A primeira, de âmbito nacional, abarcou a análise das condições de financiamento e gasto em saúde dos estados brasileiros por meio da sistematização de dados orçamentários. A segunda buscou identificar os fatores que influenciam o planejamento e a execução do orçamento público na área da saúde, envolvendo a realização de um estudo de caso do estado do Espírito Santo. Verificou-se crescimento da receita corrente líquida *per capita* para o conjunto dos estados e regiões, com quedas em anos específicos associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. A despesa em saúde *per capita* apresentou tendência de crescimento, mesmo em momentos de crise econômica e queda da arrecadação. Observou-se diversidade de fontes e heterogeneidade de receitas e despesas em saúde, e impactos diferenciados da crise sobre os orçamentos estaduais das regiões. Os resultados sugerem o efeito protetor relacionado à vinculação constitucional da saúde, aos compromissos e prioridades de gastos, e aos mecanismos de compensação de fontes de receitas do federalismo fiscal nas despesas em saúde dos estados. O estudo de caso demonstrou os aspectos referentes à execução orçamentária e como o contexto mais geral interfere na saúde em particular. A partir de documentos de planos de governo, de planejamento de longo prazo e da execução orçamentária, constatou-se que a política de saúde teve prioridade no Espírito Santo. A gestão político-orçamentária foi discutida sob a ótica dos gestores e envolveu aspectos relacionados ao planejamento, financiamento, execução orçamentária e organização do sistema de saúde. Concluiu-se que a implantação de um sistema de transferências, que diminua as desigualdades e estabeleça maior cooperação entre os entes, ainda é um grande desafio para a federação, particularmente em um cenário de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde. No âmbito do planejamento e da gestão orçamentária, ressalta-se a importância do contexto mais geral político e econômico para a política de saúde em particular.

Palavras-chave: Federalismo, Financiamento Governamental, Governo Estadual, Financiamento da Assistência à Saúde, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The fiscal relations established between the governments in the financing of public policies offered subsidies for the analysis of the conditions of the performance of the Brazilian states. The main objective of this thesis was to analyze the financing and management capacity of the health policy of the Brazilian states from 2006 to 2016. The methodology involved two steps. The first from secondary national data and selected indicators for the Brazilian states and the state of Espírito Santo in particular. The second based on a case study in Espírito Santo. Per capita net current revenue increased for all states and regions, with declines in specific years associated with the 2008-2009 and 2015-2016 crises. Health expenditure per capita tended to grow, even in times of economic crisis and falling revenues. There was diversity of sources and heterogeneity of health revenues and expenses, and differentiated impacts of the crisis on the state budgets of the regions. The results suggest the protective effect related to the constitutional linkage of health, spending commitments and priorities, and the mechanisms of offsetting revenue sources of fiscal federalism on state health expenditures. The case study demonstrated aspects of budget execution and how the more general context interferes with particular health. From documents of government plans, long-term planning and budget execution in the state it was found that health policy had priority in the state budget in Espírito Santo. Political and budgetary management was discussed from the perspective of managers and involved aspects related to planning, financing, budget execution and organization of the health system. It is concluded that challenges remain for the implementation of a transfer system that reduces inequalities and establishes greater cooperation among entities, in a context of austerity and strong restrictions on public health financing in Brazil, and that the more general political context and economic impact on health policy in particular.

Keywords: Federalism; Financing Government; State Government; Healthcare Financing, Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Evolução das receitas e da despesa total em saúde dos estados. Brasil, 2006 a 2016.	79
Figura 2 –	Evolução das receitas e despesa total em saúde dos estados segundo região. Brasil, 2006 a 2016.	82
Figura 3 –	Evolução do percentual de receita própria aplicada em saúde dos estados segundo região, de acordo com a EC29/2000. Brasil, 2006 a 2016.	85
Figura 4 –	Evolução das receitas e da despesa total em saúde do estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.	86
Figura 5 –	Evolução da Receita Corrente Líquida (em R\$ <i>per capita</i> ) e da Despesa Total em Saúde (em R\$ <i>per capita</i> ) no conjunto dos estados, na região Sudeste e no estado do Espírito Santo, no período de 2006 a 2016.	87
Figura 6 –	Evolução do percentual de receita própria aplicada em saúde no estado do Espírito Santo, de acordo com a EC29/2000. Espírito Santo, 2006 a 2016.	89
Figura 7 –	Regionalização (PDR) do estado do Espírito Santo. 2011.	92
Figura 8 –	Evolução da cobertura populacional e do número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal implantadas no estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.	93
Figura 9 –	Evolução das despesas das Secretarias de Estado da Saúde, da Educação, da Segurança Pública e Defesa Social e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores no estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.	128
Figura 10 –	Evolução de transferências SUS no estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.	131
Figura 11 –	Evolução do percentual de transferências SUS sobre a despesa total em saúde no estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.	132
Figura 12 –	Repasse financeiros federais para o estado do Espírito Santo por bloco de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, gestão do SUS, vigilância em saúde, investimentos e diversos (em R\$). Espírito Santo, 2006 a 2016.	134

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação das principais transferências verticais no Brasil: tipos, definição, fonte de impostos e transferência por esfera de governo.	31
Quadro 2 –	Dimensões, componentes e fontes de informação do estudo.	67
Quadro 3 –	Receitas por categoria econômica, espécie e rubrica.	70
Quadro 4 –	Quadro demonstrativo de despesas.	71
Quadro 5 –	Indicadores utilizados do estudo: definição, interpretação, método e fórmula de cálculo, e fonte de dados.	72
Quadro 6 –	Diretrizes dos Planos Estaduais de Saúde do Estado do Espírito Santo nos quadriênios 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-	108
Quadro 7 –	2019. Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo dos programas apresentados no PPA 2004-2007 no estado do	113
Quadro 8 –	Espírito Santo. Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2008-2011 no estado do	120
Quadro 9 –	Espírito Santo. Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2012-2015 no estado do	122
Quadro 10 –	Espírito Santo. Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2016-2019 no estado do	126
	Espírito Santo.	

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução da taxa de crescimento real do produto interno bruto do Brasil e da receita corrente líquida dos estados (total e por região). Brasil, 2006 a 2016.	81
Tabela 2 – Coeficiente de variação da receita corrente líquida <i>per capita</i> e da despesa total em saúde <i>per capita</i> dos estados, segundo região e entre regiões (valores em %). Brasil, 2006 a 2016.	84
Tabela 3 – Percentuais das receitas próprias aplicadas em saúde dos estados segundo região, de acordo com a EC29/2000. Brasil, 2006 a 2016.	88
Tabela 4 – Taxa de crescimento da receita corrente líquida <i>per capita</i> e da despesa total em saúde <i>per capita</i> dos estados, segundo região Sudeste e estado do Espírito Santo (valores em %). Brasil, 2006 a 2016.	90
Tabela 5 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos nos anos de 2006 e 2007 do Plano Plurianual de 2004-2007 no estado do Espírito Santo.	112
Tabela 6 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no período de 2008 a 2011.	118
Tabela 7 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2015.	119
Tabela 8 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no ano de 2016. Espírito Santo 2016.	125

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AC	Acre
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AP	Amapá
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BA	Bahia
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CE	Ceará
CEF	Caixa Econômica Federal
CF	Constituição Federal
CGR	Comissão de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CO	Centro-Oeste
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
CT	Carga Tributária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCL	Dívida Consolidada Líquida
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DF	Distrito Federal
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DTSpc	Despesa Total em Saúde <i>per capita</i>
EC 29	Emenda Constitucional número 29

ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FES	Fundo Estadual de Saúde
FINBRA	Finanças do Brasil
FPE	Fundo de Participação de Estados
FPM	Fundo de Participação de Municípios
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNDEF	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério
GE	Governo Estadual
GF	Governo Federal
GM	Governo Municipal
GO	Goiás
GSN	Governo Subnacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IESP	Instituto Estadual de Saúde Pública
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	Imposto Sobre Serviços
ISSQN	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITBI	Imposto Sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
ITCMD	Imposto Sobre Transmissão de <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e
ITR	Direitos
IVVC	Imposto Territorial Rural
LC	Imposto Sobre Vendas de Combustíveis
LDO	Lei Complementar

LOA	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei Orgânica da Saúde
MA	Lei de Responsabilidade Fiscal
MG	Maranhão
MOG	Minas Gerais
MS	Ministério de Orçamento e Gestão
MT	Mato Grosso do Sul
N	Mato Grosso
NE	Norte
NOAS	Nordeste
NOB	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OSS	Norma Operacional Básica
PA	Orçamento da Seguridade Social
PASEP	Pará
PB	Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PDI	Paraíba
PDR	Plano Diretor de Investimento
PE	Plano Diretor Regional
PES	Pernambuco
PI	Plano Estadual de Saúde
PIB	Piauí
PIS	Produto Interno Bruto
PL	Programa de Integração Social
PLP	Projeto de Lei
PPA	Projeto de Lei de Iniciativa Popular
PPI	Plano Plurianual
PR	Programação Pactuada Integrada
RCB	Paraná
RCL	Receita Corrente Bruta
RCLpc	Receita Corrente Líquida
RDA	Receita Corrente Líquida <i>per capita</i>
RENAME	Receitas Diretamente Arrecadadas

RENASES	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RJ	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RIPSA	Rio de Janeiro
RO	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RR	Rondônia
RRF	Roraima
RS	Regime de Recuperação Fiscal
RVS	Rio Grande do Sul
S	Receitas Vinculadas à Saúde
SAMU	Sul
SC	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Santa Catarina
SE	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SE	Sergipe
SESA	Sudeste
SEP	Secretaria Estadual de Saúde
SIGEFES	Secretaria de Economia e Planejamento
SIgES	Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo
SISPPA	Sistema de Gerenciamento Estratégico de Projetos do Governo do
SIOPS	Estado
SP	Sistema Plano Plurianual
STN/MF	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	São Paulo
TC	Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda
TCG	Sistema Único de Saúde
TCLE	Transferências Compensatórias
TO	Termo de Compromisso de Gestão
TR	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	Tocantins
UNCTAD	Transferências Redistributivas
	Unidade Federativa
	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	19
2	<b>FEDERALISMO FISCAL: ASPECTOS CONCEITUAIS E ESPECIFICIDADE BRASILEIRA</b>	24
2.1	RELAÇÕES FISCAIS E CRISE ECONÔMICA NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA OS ESTADOS	34
3	<b>O PAPEL DOS ESTADOS NO FINANCIAMENTO E NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE</b>	47
3.1	AS ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS NA REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS	47
3.2	O FINANCIAMENTO DO SUS NA ESFERA ESTADUAL DE GOVERNO	54
3.3	ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE NO PLANO ESTADUAL	61
4	<b>METODOLOGIA</b>	66
5	<b>CONDIÇÕES DE FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE: O CENÁRIO NACIONAL E O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO</b>	79
5.1	PADRÕES REGIONAIS E TENDÊNCIAS DAS RECEITAS E DESPESAS ESTADUAIS EM SAÚDE	79
5.2	EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO	86
6.	<b>GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO</b>	90
6.1	O CONTEXTO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	90
6.2	PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE NO ESTADO	98
6.3	DESAFIOS DA GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE SOB A ÓTICA DOS GESTORES	129
7.0	<b>DISCUSSÃO</b>	142
	<b>REFERÊNCIAS</b>	150
	<b>APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE.</b>	165
	<b>APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DA</b>	

SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO	167
<b>APÊNDICE III</b> - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.	169
<b>APÊNDICE IV</b> - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO.	172
<b>APÊNDICE V</b> - CRISE E FEDERALISMO: TENDÊNCIAS E PADRÕES REGIONAIS DAS RECEITAS E DESPESAS EM SAÚDE DOS ESTADOS BRASILEIROS.	175

## 1. INTRODUÇÃO

*“Nós somos responsáveis pelo outro, estando atentos a isto ou não, desejando ou não, torcendo positivamente ou indo contra, pela simples razão de que, em nosso mundo globalizado, tudo o que fazemos (ou deixamos de fazer) tem impacto na vida de todo mundo e tudo o que as pessoas fazem (ou se privam de fazer) acaba afetando nossas vidas.”*

(Zygmunt Bauman, 2001)

Esta citação de Bauman, com a qual dou início a esta tese, tem uma conotação que remete à necessidade de estarmos atentos aos nossos atos, ou mesmo aos atos de outras pessoas, instituições e governos. Segundo o autor, a maioria dos resultados dessas ações ou negligências pode provocar consequências inesperadas, efeitos colaterais imprevisíveis ou estragos não calculados.

E isto reporta à motivação para desenvolver este trabalho, quando participei no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde, e passei a fazer questionamentos em relação às diferenças das mais diversas (de condução política, recursos disponíveis, escolhas institucionais, entre outras) que se expressavam na gestão da política estadual de saúde. Tais aspectos chamaram a atenção para este ente governamental – os estados – e os fatores que influenciam sua atuação, incluindo as relações estabelecidas com os outros níveis de governo no Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise dos condicionantes da atuação dos estados no Brasil tem sido objeto de estudos no campo da ciência política e da economia com ênfase no federalismo e nas relações fiscais intergovernamentais no financiamento das políticas públicas. Diversas pesquisas apontam as limitações do poder conferido às esferas estaduais na federação brasileira. Segundo Arretche e Schlegel (2014), a Constituição Federal de 1988 (CF 88) permitiu a recuperação da autoridade dos estados, perdida durante o período autoritário (1964 a 1985) que interrompeu o regime democrático de 1946. Entretanto, as emendas promulgadas desde os anos 1990 mudaram o desenho original das relações intergovernamentais e do federalismo fiscal da CF 88 e propiciaram a concentração de recursos e de poder decisório na esfera federal (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005; SOUZA, 2013). As reformas aprovadas instituíram perdas aos governos estaduais e ampliaram a capacidade de coordenação da União, limitando a autoridade decisória dos governos subnacionais, principalmente no que tange à sua capacidade para afetar decisões

nacionais que incidem sobre suas próprias políticas (ARRETCHE, 2013; ARRETCHE; SCHLEGEL, 2014).

Para Rezende (2013), esta progressiva fragilização da posição dos estados na federação no período pós-Constituinte se expressa em diferentes dimensões, tais como: a tributária, pela diminuição da fatia dos estados na repartição do bolo fiscal; a orçamentária, pela perda de liberdade no uso de recursos devido às vinculações constitucionais, ao peso das receitas vinculadas, à regulação de programas e ao controle de endividamento; a legislativa, pelo papel restrito desenvolvido pelos legislativos estaduais; a regulatória, pela propagação de normas provindas do governo central; a política, pela incapacidade dos dirigentes estaduais influenciarem o voto de seus representantes no Congresso Nacional, que concordam com a agenda do governo federal mesmo quando o comando dos estados está em oposição (REZENDE, 2013).

No Brasil, a política de saúde é de responsabilidade dos três entes governamentais, que devem exercê-la de forma compartilhada (DRAIBE, 1997). No decorrer do processo de descentralização, foram redefinidas responsabilidades entre os entes governamentais abrangendo a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros do governo federal para os estados e principalmente para os municípios (SOUZA, 2011). O SUS, com os princípios de universalidade, igualdade e integralidade, se constitui como rede regionalizada e hierarquizada, o que remonta à interdependência entre municípios e entre níveis de governo para garantia de padrões adequados de oferta de serviços de saúde.

Isso porque a maior parte dos municípios e muitos estados não possuem as condições para fornecer as ações e os serviços essenciais à atenção integral à saúde de forma autônoma, por possuírem recursos (financeiros, humanos e materiais) diversos entre si. As diferenças dos entes federativos relacionadas a tamanho, densidade demográfica e porte populacional, associadas às iniquidades socioeconômicas e geográficas, são muito expressivas no país e repercutem na organização e funcionamento do sistema de saúde, assim como nas dinâmicas relativas às áreas metropolitanas, regiões fronteiriças e a Amazônia Legal (LIMA *et al.*, 2015).

Esta tese se insere nesse debate e aborda as capacidades governativas dos estados brasileiros no financiamento e na gestão político-orçamentária da saúde. Neste estudo, as capacidades governativas são entendidas como um conjunto de variáveis que possibilitam que os governos orientem o desenvolvimento em seus territórios (MONTEIRO NETO, 2014).

Levando em consideração que os municípios foram priorizados e que os estados

tiveram suas funções redefinidas no processo de descentralização do SUS, procurou-se responder às seguintes questões: quais aspectos político-institucionais relativos à federação influenciam a capacidade governativa dos estados na saúde? Como esses aspectos se expressam na dimensão fiscal e repercutem nas condições de financiamento e gastos estaduais em saúde no contexto dos anos 2000? Que fatores interferem na gestão político-orçamentária do SUS em âmbito estadual?

Parte-se do pressuposto de que a esfera estadual tem um papel importante para a consolidação do SUS, e que diversos fatores influenciam as condições de financiamento, o planejamento e a execução das despesas na área da saúde. Entre estes fatores, destacam-se os constrangimentos mais gerais relativos ao federalismo fiscal e às relações intergovernamentais na política de saúde que se expressam nas tendências e nos padrões regionais de financiamento e gasto em saúde dos estados. Por sua vez, tais tendências e padrões não podem ser suficientemente compreendidos se descolados do contexto e das decisões governamentais que permeiam os processos de planejamento e execução do orçamento público em âmbito estadual.

Pesquisas sugerem diversos problemas decorrentes do distanciamento entre os processos de planejamento e execução orçamentária (GARSON, 2018). O princípio da anualidade impõe que os recursos devam ser executados no período de 12 meses. Tal fato requer uma capacidade de planejamento muito grande, pouco visível em estados e municípios, pois caso os recursos não sejam comprometidos no exercício fiscal, terão que ser submetidos à nova autorização, trazendo perdas de recursos aplicados em atividades ou projetos sem continuidade ou mesmo sem terem sido iniciados. O planejamento inadequado também pode retardar a liberação de recursos para os órgãos procederem seu processo de despesa. Essa demora na liberação pode coincidir com o término do exercício fiscal, o que pode gerar desperdícios de recursos em áreas nem sempre prioritárias, mas que permitam utilizar todo o orçamento. Em casos de áreas como a saúde e a educação, que possuem pisos constitucionais de gastos, tal aspecto se torna mais crítico, com necessidade de um planejamento acurado (GARSON, 2018).

Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo é analisar a capacidade de financiamento e de gestão político-orçamentária da saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016.

Os objetivos específicos são:

1. caracterizar as receitas e despesas dos estados com ênfase na saúde;
2. mapear o contexto econômico e político que interfere na atuação dos estados;

3. mapear as prioridades e os condicionantes do planejamento e da execução do orçamento público da saúde em um estado específico;
4. discutir limites e potencialidades da atuação dos estados na saúde.

O presente trabalho está organizado em seis capítulos. O primeiro capítulo se refere a esta introdução. Os capítulos 2 e 3 conformam a contextualização, trazendo os principais aspectos teóricos e conceituais utilizados no estudo.

O **segundo capítulo** conceitua o federalismo, traz uma discussão sobre a dimensão fiscal dos entes governamentais com um enfoque da economia e um aprofundamento desses aspectos fiscais para a atuação das esferas estaduais. São abordados os aspectos que envolvem a organização dos sistemas tributários em países federativos em relação aos arranjos fiscais: a distribuição de encargos formalmente regulamentados, a definição das competências tributárias e o sistema de partilha fiscal. Em seguida, são levantadas questões referentes à capacidade dos estados, considerando a dimensão fiscal da federação no Brasil.

Os aspectos referentes ao papel da esfera estadual na política de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 são examinados no **terceiro capítulo**. Primeiro, é analisado o papel dos estados brasileiros no marco legal do SUS. Em seguida, são discutidas as particularidades que envolvem o financiamento da saúde e, por último, os aspectos gerais da gestão político-orçamentária e suas interfaces com a saúde a partir dos instrumentos de planejamento.

O **quarto capítulo** apresenta os aspectos metodológicos realizados na pesquisa empírica. Apresenta, inicialmente, o referencial de análise e depois detalha as estratégias e técnicas de pesquisa utilizadas nas duas etapas do estudo. A primeira, de âmbito nacional, envolveu a análise das condições de financiamento e gasto em saúde dos estados brasileiros por meio da sistematização de dados orçamentários. Foram construídas duas bases de dados referentes às receitas e despesas dos estados brasileiros a partir da base de dados do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O período compreendido foi de 2006 a 2016. A segunda buscou identificar os fatores que influenciaram o planejamento e a execução do orçamento público na área da saúde, envolvendo a realização de um estudo de caso do estado do Espírito Santo.

Os resultados do estudo são descritos no **quinto capítulo**. São apresentados os dados a partir de indicadores selecionados que englobaram as receitas e despesas para o

conjunto dos estados e para as regiões. Em um segundo tópico, esses indicadores são descritos a partir do Espírito Santo em relação aos outros estados.

O **sexto capítulo** englobou os aspectos referentes ao estudo de caso, com a contextualização do estado na primeira seção. Logo após, foram discutidos os aspectos que envolveram o planejamento e a execução orçamentária da saúde no estado; primeiro, com um tópico dedicado a analisar a política de saúde estadual a partir do detalhamento dos PPA e sua relação com a LOA e com o plano estadual de saúde e, finalmente, a partir dos desafios da gestão político-orçamentária sob a ótica dos gestores.

O **último capítulo** diz respeito à discussão dos resultados encontrados. São discutidos as tendências e os padrões regionais frente à divisão de competências tributárias, ao sistema de partilha fiscal e aos mecanismos de financiamento do SUS. Além disso, procura refletir sobre os aspectos que envolveram a gestão político-orçamentária da saúde do estado do ES.

## 2. FEDERALISMO FISCAL: ASPECTOS CONCEITUAIS E ESPECIFICIDADE BRASILEIRA

Neste primeiro capítulo foram abordados o conceito de federalismo e as relações fiscais intergovernamentais e suas implicações para a capacidade de financiamento e gasto dos estados brasileiros.

O federalismo é um sistema que distribui a autoridade política do Estado em múltiplos centros definidos e ordenados territorialmente, e permite o exercício simultâneo do governo autônomo (*self-rule*) e compartilhado (*shared-rule*) (ELAZAR, 1987). Entretanto, a diversidade de “situações federativas” é significativa (BURGUESS, 2006) e se expressa nas instituições que caracterizam e influenciam as políticas públicas nesses países (BENZ; BROSCHEK, 2013).

Entre as dimensões que explicam as variações existentes, estudos comparados internacionais destacam a importância da divisão de competências tributárias e das relações de partilha fiscal estabelecidas nas federações, para fins de coordenação e cooperação entre os níveis de governo (WATTS, 1996). Componentes da dimensão fiscal do federalismo também têm sido valorizados para a compreensão da autoridade dos governos de nível intermediário ou regional (estados, províncias, *länder*, cantões, etc.) na definição de suas próprias políticas (critérios de autonomia tributária) e nas decisões tomadas em arenas nacionais (critérios de controle fiscal) (HOOGHE *et al.*, 2016).

As formas como os recursos são repartidos e transferidos entre os entes federativos caracterizam o federalismo fiscal, que é contornado por fatores econômicos, culturais, sociais e históricos, sendo também resultado de escolhas políticas. O federalismo fiscal expressa o modo como o princípio de autonomia e de interdependência entre os entes são “incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinadas tensões e conflitos são acomodados em um contexto específico” (LIMA, 2007, p. 61).

Segundo Lima (2007), nos países de organização federativa há uma propensão ao deslocamento dos encargos sobre as políticas públicas e do poder de gasto, do nível central para os níveis periféricos. O argumento utilizado é que os gastos públicos devem se concentrar na esfera de governo mais próxima do cidadão, de modo a provê-la com maior eficiência e para que os cidadãos tenham maior possibilidade de fiscalização quanto às suas preferências e necessidades (LIMA, 2015).

Um regime fiscal federativo, segundo definição de Prado (2003), vai depender da atribuição equilibrada de encargos entre níveis de governo, e da estruturação eficiente de

um sistema de competências tributárias e de transferências intergovernamentais. Essas variáveis, de extrema dependência entre elas, são importantes para o entendimento dos diversos arranjos de federalismo fiscal.

A **atribuição equilibrada de encargos entre níveis de governo** diz respeito à instituição de normas e padrões nacionais, procurando assegurar uniformidade nos serviços prestados. Da configuração de responsabilidades acerca do fornecimento de bens e serviços decorre o perfil de financiamento das políticas públicas a ser possibilitado por meio da estrutura de competências tributárias e do sistema de partilhas. A implantação de políticas e a prestação de serviços públicos pelos governos subnacionais, frente às demandas a eles colocadas, irão depender da relação instituída entre o somatório da arrecadação direta de tributos com as transferências de níveis superiores de governo (LIMA, 2007a).

A segunda variável, relatada por Prado (2006), diz respeito à **estruturação eficiente do sistema de competências tributárias**, que é determinada pelas funções de arrecadação e administração de recursos.

O Brasil se destaca no cenário internacional por apresentar um arranjo trino, com compartilhamento de competências e responsabilidades entre os três entes em várias áreas da política pública e marcantes desigualdades territoriais (ALMEIDA, 2007; SOUZA, 2013). A esfera federal concentra poder de arrecadação e decisão sobre a formulação de políticas e direcionamento dos gastos em âmbito estadual e municipal (ARRETCHE, 2009), o que favorece seu desempenho na indução, financiamento, regulação de prioridades nacionais e redistribuição de recursos (ABRUCIO, 2005; PAIVA *et al.*, 2017; SEGATTO; ABRUCIO, 2018; VIANA; MACHADO, 2009).

As responsabilidades e atribuições, no sistema federativo brasileiro, devem ser repartidas entre o governo central e os governos subnacionais e amparadas pela distribuição de fontes de receita (ASSUNÇÃO; ORTIZ; PEREIRA, 2012).

O poder tributário das unidades constituintes é conduzido por regras nacionais homogêneas. Aos entes subnacionais não é permitido coletar impostos livremente. Tanto estados quanto municípios possuem os impostos específicos sob sua jurisdição, e estão liberados para definir apenas as alíquotas de seus próprios impostos, contudo a Constituição os proíbe de criar novos impostos.

Tendo em vista as competências tributárias específicas de cada esfera governamental, as receitas podem ser diretamente arrecadadas ou transferidas de outros governos. A União é responsável pela arrecadação de impostos que exigem certo grau de centralização administrativa (imposto de renda, por exemplo) ou que afetam as políticas do

país (impostos sobre o comércio exterior). Os governos estaduais possuem a atribuição pelo recolhimento dos impostos sobre o consumo e a circulação de bens, e os governos locais pela tributação do patrimônio físico (Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU) e impostos sobre a renda de serviços (Imposto sobre serviços – ISS) (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Os estados também têm sob sua competência, além do ICMS, o imposto sobre transmissão *causa mortis* e doação (ITCMD), bem como o imposto sobre propriedades de veículos automotores (IPVA) (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Nesse contexto, é importante contextualizar as duas reformas tributárias (1967 e 1988) que influenciaram a estrutura do sistema tributário brasileiro. A reforma do sistema tributário brasileiro na década de 1960 teve como objetivo aumentar a capacidade de arrecadação do Estado para resolver o *déficit* fiscal e, conseqüentemente, estimular o crescimento econômico. Foi responsável por centralizar os recursos na esfera federal, levando em consideração que a coordenação do processo de crescimento passou a estar na esfera federal. A orientação era suprir os estados e municípios com recursos suficientes para desempenhar suas funções sem prejudicar o crescimento. Nesse período foram instituídas também duas formas de transferências federais para os governos subnacionais: os fundos de participação dos estados e dos municípios (FPE e FPM), com objetivo de compensar as perdas da capacidade tributária das unidades subnacionais resultantes da reforma e as partilhas de impostos únicos (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Segundo Rezende (2003), os idealizadores da reforma tributária de 1967 buscaram compatibilizar a repartição de competências para tributar e a disponibilidade de recursos orçamentários na Federação, além de instituir mecanismos para a cooperação intergovernamental para as políticas necessárias à arrancada do desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que a recuperação dos tributos federais e o aumento da competência tributária de estados e municípios possibilitavam uma melhor exploração das bases tributárias, a criação dos fundos de participação permitia que as unidades federadas que não tivessem uma base econômica suficiente para assegurar um orçamento capaz de arcar com as necessidades da população tivessem sua receita reforçada por recursos derivados dos repasses fornecidos pelos fundos constitucionais.

Vários autores (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016; PRADO, 2013; REZENDE, 1995) afirmam que as reformas fiscais de 1967 e 1988 produziram resultados semelhantes relativos ao federalismo fiscal. A reforma de 1967 promoveu concentração das competências tributárias na União e instituiu, ao mesmo tempo, um mecanismo de

transferências intergovernamentais de receitas, beneficiando os estados menos desenvolvidos e os municípios menos populosos. Na reforma de 1988, a competência tributária federal foi diminuída parcialmente e as transferências intergovernamentais foram mantidas conforme 1967.

No intuito de promover maior autonomia fiscal, financeira e técnica aos entes subnacionais, a CF/1988 apresentou como mudanças o aumento dos impostos de seu campo de competência, a ampliação do poder dessas esferas governamentais de administrar seus impostos e alíquotas, e a expansão das transferências efetuadas da União para essas esferas, principalmente as referentes à arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Estados e municípios foram beneficiados em relação à União no que diz respeito à ampliação do campo de competências de seus impostos (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018). Na esfera estadual, o ICM incorporou cinco impostos que eram de competência federal (impostos sobre combustíveis, lubrificantes, energia elétrica e mineração, comunicação e transportes), modificando sua nomenclatura, como já mencionado para ICMS. Além disso, o percentual a ser repassado aos municípios pelo estado arrecadador foi modificado de 20% para 25%. O IPVA foi mantido, sem alterações. Aos municípios coube o IPTU, o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), o Imposto sobre Vendas de Combustíveis (IVVC) e o Imposto de Transferência de Bens Imóveis (ITBI). A tributação do Imposto sobre Transmissão de Bens *Causa Mortis* (ITCMD) ficou a cargo dos estados (TORREZAN, 2017).

No que diz respeito ao poder de arrecadação e de gasto auferido às esferas subnacionais, e em relação à autonomia que esses entes têm para realizar seus orçamentos, o sistema tributário do Brasil tem sido considerado um dos mais descentralizados do mundo (LIMA, 2007a).

De acordo com alguns autores (ORAIR; LIMA; TEIXEIRA, 2013; PRADO, 2003, 2006), as competências tributárias concedidas aos estados, e principalmente aos municípios, são insuficientes para fazer frente às atribuições de governo dessas esferas. Assim, é necessário que se estabeleça um sistema de transferências do nível superior para os níveis intermediário e local de modo a diminuir essa insuficiência de recursos.

A última variável detalhada por Prado (2006) equivale à formatação de um **sistema adequado de partilha**, que envolve o conjunto de regras pelas quais a receita tributária é distribuída entre os diferentes níveis de governo.

Os tributos podem ser arrecadados por uma esfera de governo e transferidos para os demais, ou podem ser realizadas transferências entre as jurisdições, tais como de estados mais ricos para mais pobres (ARRETICHE, 2019).

Segundo Arretche (2019), não há relatos de países em que não estejam institucionalizadas políticas direcionadas para compensar as desigualdades de capacidade de arrecadação entre suas jurisdições. Essas podem ser voltadas para políticas específicas ou ter um caráter mais amplo. No entanto, a maioria dos sistemas de transferências no mundo efetua equalização parcial ou compensação.

O sistema de transferências intergovernamentais atua na correção de dois tipos de desequilíbrios: o vertical e o horizontal. O primeiro acontece entre governos de níveis diferentes e é causado pela alta concentração de poder tributário no governo central em contraposição às necessidades de gastos dos níveis subnacionais pelos maiores encargos assumidos. O segundo tem origem nas heterogeneidades existentes entre os governos de mesmo nível, os quais produzem, de um lado, capacidades distintas de fornecimento de serviços em sistemas de tributação análogos, e de outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de alterações nas condições socioeconômicas e nas demandas da população (LIMA, 2007a).

Orair *et al.* (2013) descrevem ainda que o sistema de transferências intergovernamentais apresenta como prerrogativa a estruturação de fluxos que minimizem as disparidades nas capacidades de provisão de serviços públicos pelos vários entes da federação.

As federações possuem diversos tipos de transferências verticais, mas, de acordo com Prado (2006), duas diferenciações são básicas: as transferências livres e as condicionadas. A partir delas, outras diferenciações se fazem presentes (PRADO, 2006).

Nas transferências livres<sup>1</sup>, os recursos são disponibilizados aos governos subnacionais e estes têm autonomia para dispor de acordo com seu processo orçamentário, ou seja, eles decidem como gastar os recursos. Os recursos que são transferidos de livre disposição pelos orçamentos dos governos subnacionais (GSN) são de três tipos: transferências devolutivas, redistributivas e compensatórias. Essas transferências, pela sua natureza e objetivos, são recursos livres para os orçamentos dos GSN (Quadro 1).

---

<sup>1</sup> As transferências, no que dizem respeito à origem dos recursos, podem ser livres, ou seja, não transportar nenhuma condicionalidade. No entanto, no Brasil, existem vinculações que incidem sobre a totalidade do orçamento subnacional. Como é o caso na saúde, através da Emenda Constitucional 29 (EC29), que torna condicionados recursos que poderiam ter sido transferidos de forma livre (PRADO, 2006).

Nas transferências devolutivas, o governo de nível superior desempenha o papel de arrecadador e devolve os recursos aos níveis inferiores, recursos que ele poderia ter arrecadado caso tivesse atribuição<sup>2</sup> (PRADO, 2006). Esse tipo de transferência se dá na relação entre estados e municípios, não havendo casos relevantes em que a União exerça esse papel. Como é um direito dos municípios, definido constitucionalmente, os recursos têm que ser livres de condicionalidades.

As transferências compensatórias fazem parte do processo de desoneração das exportações brasileiras, iniciado em 1988. Os governos subnacionais passaram a cobrar do governo federal algum tipo de compensação pela perda de receita decorrente da eliminação da incidência do ICMS sobre exportações<sup>3</sup>.

Já nas transferências redistributivas, os GSN recebem recursos sem estarem atrelados ao que poderia ter sido arrecadado em suas bases tributárias. Visam diminuir as desigualdades horizontais em capacidade de gasto. Parte das receitas federais são destinadas a esta parcela redistributiva com o intuito de estabelecer a equidade horizontal. Os Fundos de Participação (FPE e FPM)<sup>4</sup> compõem este grupo de transferências, com o papel importante de reduzir as disparidades inter-regionais em capacidade de gasto (PRADO, 2006).

Estes três tipos de transferências repassam para os GSN recursos desprovidos de condicionalidades de forma a fortalecer os orçamentos desses governos para alocarem os recursos de acordo com as suas necessidades. Essas transferências são recursos livres para os entes subnacionais e apresentam dispositivos legais que determinam suas bases e percentuais (essas transferências serão ainda discutidas mais à frente neste trabalho).

---

<sup>2</sup> No Brasil, os estados atuam como agentes arrecadadores, ao devolverem aos municípios percentuais de alguns impostos: a cota-parte de ICMS corresponde a 25% de sua receita, do IPVA 50% da receita vai para o município, e do IPI-Exportação 25%. Cabe ressaltar que a cota-parte do ICMS corresponde a uma importante fonte de financiamento dos municípios, respondendo por aproximadamente um terço dos recursos municipais (PRADO, 2006).

<sup>3</sup> Em 1988, 10% da receita do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) passaram a ser transferidos aos estados pela transferência então criada, conhecida como IPI-Exportação (IPI-ex), e 25% repassados aos municípios. Em 1996, foi criado outro mecanismo de compensação, a desoneração a bens primários e semielaborados, por meio da Lei Kandir. Este segundo artifício, diferente do primeiro, não possui uma base de financiamento bem definida de valores a serem transferidos, sendo negociados ano a ano entre governos, em penosas negociações. Tem sido fonte de permanente conflito entre o governo federal (GF) e os governos estaduais. Essas transferências não constituem um volume grande de recursos recebidos pelos governos estaduais (PRADO, 2006).

<sup>4</sup> As transferências redistributivas foram criadas na reforma de 1967, com o intuito de compensar os GSN pela forte centralização da arrecadação, especialmente pela ampliação do IR pelo GF. O financiamento dos fundos era realizado por percentuais fixos do IR e do IPI estabelecidos em 10% na sua criação. Atualmente, as receitas do FPE e do FPM são constituídas por 21,5% e 24,5% das receitas dos dois principais impostos: IR e IPI. (PRADO, 2006).

Nas transferências condicionadas, os recursos não são disponíveis para livre alocação. Eles devem ser empregados em setores, funções ou mesmo projetos específicos. Por meio dessas transferências, o governo federal consegue dominar e influir na atuação dos governos subnacionais, nas áreas que considere necessário. São transferências sujeitas a condicionalidades e se caracterizam pelo fato de o GSN não poder decidir livremente sua aplicação (PRADO, 2006).

As transferências condicionadas podem ser diferenciadas em dois tipos, com base na determinação legal que assumem: as transferências legais e as voluntárias (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação das principais transferências verticais no Brasil: tipos, definição, fonte de impostos e transferência por esfera de governo.

<b>Principais Transferências Verticais no Brasil</b>				
<b>Tipos de Transferências</b>		<b>Definição</b>	<b>Impostos</b>	<b>Transferência por Esfera de Governo</b>
<b>Livres:</b> os recursos são livremente disponibilizados aos governos subnacionais e estes têm autonomia para dispor de acordo com seu processo orçamentário.	Devolutivas	O governo superior atua apenas como arrecadador e devolve os recursos para os níveis inferiores, sem condicionalidades.	IPVA	GE p/ GM
			Cota-parte ICMS	GE p/ GM
	Compensatórias	Os governos subnacionais passaram a cobrar do governo federal algum tipo de compensação pela perda de receita decorrente das exportações.	IPI-Exportação	GF p/ GE GE p/ GM
			Lei Kandir	GF p/ GE GE p/ GM
	Redistributivas	Destinam-se a redistribuir os recursos reduzindo as desigualdades horizontais. Não guardam proporcionalidade com as suas bases tributárias.	FPE	GF p/ GE
			FPM	GF p/ GM
<b>Condicionadas:</b> os recursos têm que ser necessariamente empregados em setores, funções ou até mesmo em projetos específicos. Não estão disponíveis para livre alocação pelo orçamento local.	Programas Nacionais (legalmente definidas)	Possuem regras relativas aos montantes de recursos que o governo superior deve transferir para os governos inferiores, determinadas por lei ordinária ou pela Constituição do país.	SUS	GF p/ GE GF p/ GM
			Fundef	GF p/ GE GF p/ GM
			Salário-Educação	GF p/ GE GF p/ GM
	Voluntárias	São provenientes do processo orçamentário a cada ano e não decorrem de qualquer exigência legal. Resultam da negociação entre autoridades superiores e os governos subnacionais.		GF p/ GE GF p/ GM GE p/ GM

Fonte: Elaboração própria a partir da classificação de Prado (2006).

Legenda: GF: Governo Federal; GE: Governo Estadual; GM: Governo Municipal.

Nas transferências legais, os critérios a serem definidos quanto à origem de recursos e os montantes a serem distribuídos para cada governo estão especificados na Constituição ou em leis específicas. Por isso, equivalem a despesas obrigatórias dos níveis superiores de governo e receitas protegidas por determinada regra constitucional ou legal para as esferas subnacionais.

Esse tipo de transferência está condicionado ao financiamento de programas nacionais, em que os GSN são alimentados com recursos do governo central por meio de programas amplos, cujos critérios para alocação dos recursos são federais. O SUS e o Fundef/Fundeb são dois exemplos desse tipo de transferência. Deve-se ressaltar que essas transferências fazem parte das receitas de estados e municípios, sendo de extrema importância para a capacidade de prestação de serviços desses entes subnacionais (PRADO, 2006).

De acordo com Arretche (2019), os governos subnacionais, ao cumprirem os requisitos de alocação, estão intitulados a recebê-las. São transferências que se destinam a induzir a adoção de políticas por parte de estados e municípios. As mais importantes, em relação a valores, referem-se à coparticipação da União no financiamento das políticas de saúde e de educação. Desse modo, essas transferências estão vinculadas às ações de saúde, desde a atenção básica até o atendimento hospitalar; e demonstram o grau em que cada Federação confere responsabilidade e poder ao governo central para colocar sobre os orçamentos subnacionais normas e prioridades determinadas como de interesse nacional/federal.

Em 2016, as transferências vinculadas à saúde representaram pelo menos 10% do orçamento total de 22% dos municípios brasileiros. Já as transferências dos estados para seus municípios possuem um impacto marginal nos orçamentos municipais, sendo as transferências federais muito mais importantes. Desta forma, um componente importante da prestação de serviços básicos de saúde por parte dos municípios é a indução federal (ARRETCHE, 2019).

O SUS constitui-se no maior sistema de transferências vinculadas no federalismo brasileiro, em relação à distribuição de recursos. No entanto, não possui uma definição legal muito precisa sobre o montante de recursos que devem ser repassados aos governos subnacionais. O sistema estabeleceu uma parcela de transferências que adquiriram maior estabilidade, em que os recursos são transferidos em base *per capita*, altamente dependente da esfera federal, sendo esta uma de suas principais fragilidades. Os aspectos pertinentes ao SUS serão melhor discutidos no capítulo dedicado ao sistema de saúde.

As transferências condicionadas do segundo grupo, as voluntárias, também chamadas discricionárias, não decorrem de qualquer exigência legal; são originadas de negociações entre autoridades centrais e governos subnacionais, adotando um caráter não regular e podendo ser efetuadas por meio de convênios (LIMA, 2007a; PRADO, 2006).

No entanto, segundo Arretche (2019), essas transferências crescem muito em anos eleitorais pelas negociações políticas entre governo central, subnacionais e parlamentares. Mas embora tenham certa importância nas negociações de apoios políticos, seu impacto sobre as receitas correntes de estados e municípios é ínfimo. Assim, governadores e prefeitos contam com recursos da União independentemente de lealdades partidárias ou comportamento parlamentar.

As transferências descritas são de extrema importância para o equilíbrio entre as três esferas de governo. Vale também frisar que a existência de um sistema de transferências de recursos pode proporcionar a correção entre o volume de arrecadação e as despesas das jurisdições, bem como a redução das desigualdades entre os entes subnacionais. A distribuição das transferências afeta diretamente a sobrevivência fiscal dos estados brasileiros, e com isso a capacidade de gasto dos governos estaduais. Para fins deste trabalho, as transferências redistributivas, compensatórias e as vinculadas à saúde serão mais exploradas ao longo dos capítulos, já que influenciam diretamente o orçamento dos governos estaduais.

As transferências redistributivas têm um papel relevante na composição orçamentária estadual. Elas constituem uma parte importante do orçamento de muitos estados e atuam diretamente para o equilíbrio horizontal.

A definição dos parâmetros para operar as transferências redistributivas está relacionada primeiramente aos aspectos macroeconômicos, tais como renda *per capita*, indicadores de pobreza, grau de desenvolvimento humano, entre outros. A distribuição básica entre os governos leva em consideração a base *per capita* ponderada por algum desses indicadores, como é o caso do FPE, no qual os recursos levam em conta a população, mas são ponderados pelo inverso da renda *per capita*, de maneira a conferir mais recursos aos mais pobres.

O segundo aspecto utiliza um modelo composto pelos sistemas de equalização, que adotam como parâmetro a receita potencial *per capita* dos governos para medir a capacidade de gasto dos governos e, assim, evidenciar quais precisam receber mais recursos equalizadores (PRADO, 2006).

De acordo com estudo de Prado (2003), o FPE tende a ser mais redistributivo que o FPM no plano inter-regional, apresentando ganhos substantivos de receita aos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em detrimento das regiões Sudeste e Sul do país. Mesmo assim, essa redistribuição do FPE não é suficiente para nivelar as receitas orçamentárias entre os estados da federação e seus agregados regionais. Embora não seja o foco deste trabalho, em relação ao FPM, as maiores disparidades redistributivas estão nos municípios não capitais que acabam privilegiando os estados mais desenvolvidos (SP, RS e MG), que apresentam grande número de pequenos municípios.

Em 2016, metade dos estados brasileiros, segundo Arretche (2019), obteve somente 50% do total de suas receitas a partir da arrecadação própria, e a outra metade derivada de transferências federais. A autora relatou ainda que 30% dos estados brasileiros conseguiram no máximo 40% de seus respectivos orçamentos de receitas próprias, e que 80% deles arrecadaram diretamente cerca de 60% de suas receitas.

Considerando que a arrecadação própria reflete, em grande parte, a dinâmica econômica de cada unidade federativa, essa diferença de receita pode afetar a capacidade de prestação de serviços, principalmente os serviços básicos, como, por exemplo, saúde, educação fundamental, infraestrutura urbana. Logo, as transferências fiscais compõem parte fundamental e estão diretamente relacionadas à capacidade de gasto dos governos subnacionais a fim de compensar desigualdades provenientes da arrecadação própria. Na realidade, as transferências fiscais têm a finalidade de complementar as receitas próprias de estados e municípios.

Os aspectos levantados até aqui em torno da descrição e discussão sobre o sistema tributário e a dinâmica das transferências intergovernamentais são importantes e dão subsídios para que se possa entender os caminhos percorridos, as decisões tomadas e os padrões de comportamento dos estados brasileiros na federação brasileira.

## 2.1 RELAÇÕES FISCAIS E CRISE ECONÔMICA NO BRASIL: IMPLICAÇÕES PARA OS ESTADOS

Com a promulgação da Constituição de 1988, o Brasil adotou um novo desenho federalista em que os municípios se transformaram em entes federativos com o mesmo *status* jurídico que os estados e a União (BRASIL, 1988). Diferentemente de outras federações, passou a ter um sistema de três níveis de governo, refletindo uma longa tradição do poder local. Assim, instalou-se no país um processo de grande descentralização

de recursos fiscais e encargos sociais, como também a criação de novos municípios (SOUZA, 2005).

A heterogeneidade de situações financeiras e de capacidade administrativa dos municípios brasileiros, assim como sua vontade política para investir seus recursos na promoção de políticas públicas, ou mesmo para continuar obtendo auxílio dos governos estaduais ou federais, diferiram muito em todo o território nacional (ABRUCIO; FRANZESE, 2016).

Diversos estudos apontam as limitações do poder conferido às esferas estaduais na federação brasileira. Segundo Arretche e Schlegel (2014), a Constituição Federal de 1988 (CF 88) permitiu a recuperação da autoridade dos estados, perdida durante o período autoritário (1964 a 1985), que interrompeu o regime democrático de 1946. Entretanto, as emendas promulgadas desde os anos 1990 mudaram o desenho original das relações intergovernamentais e do federalismo fiscal da CF 88 e propiciaram a concentração de recursos e poder decisório na esfera federal (ABRUCIO, 2005; ALMEIDA, 2005; SOUZA, 2013).

As reformas aprovadas instituíram perdas aos governos estaduais e ampliaram a capacidade de coordenação da União, limitando a autoridade decisória dos governos subnacionais, principalmente no que tange à sua capacidade para afetar decisões nacionais que incidem sobre suas próprias políticas (ARRETCHÉ, 2013; ARRETCHÉ; SCHLEGEL, 2014).

O fortalecimento do governo federal, segundo Arretche (2012, p. 69-70), deveu-se a:

“os formuladores da Constituição de 1988 combinaram ampla autoridade jurisdicional à União com limitadas oportunidades institucionais de veto aos governos subnacionais [...]. Em suma, a CF 88 não produziu instituições políticas que tornariam o governo central fraco em face dos governos subnacionais”.

Para Rezende (2013), esta progressiva fragilização da posição dos estados na federação no período pós-Constituinte se expressou em diferentes vertentes, tais como: a tributária, pela diminuição da fatia dos estados na repartição do bolo fiscal; a orçamentária, pela perda de liberdade no uso de recursos devido às vinculações constitucionais, ao peso das receitas vinculadas, à regulação de programas e ao controle de endividamento; a

legislativa, pelo papel restrito desenvolvido pelos legislativos estaduais; a regulatória, pela propagação de normas provindas do governo central; a política, pela incapacidade dos dirigentes estaduais influenciarem o voto de seus representantes no Congresso Nacional, que concordam com a agenda do governo federal mesmo quando o comando dos estados está em oposição (REZENDE, 2013).

Além disso, os estados apresentaram uma situação de endividamento agravada pela “guerra fiscal” entre eles, pelo comprometimento de seus bancos estaduais e uma dívida mobiliária ascendente (PRADO, 2013). A partir dos anos 1990, o governo federal impôs um forte ajuste fiscal aos governos estaduais com o intuito de retomar a estabilidade macroeconômica, o que provocou fragilização da capacidade dos estados em promover investimentos, afetando seu desenvolvimento. As reformas institucionais (privatizações, reforma administrativa, encargos crescentes da dívida negociada, entre outras) inibiram investimentos produtivos dos governos estaduais e a pressão dos estados por transferências de recursos federais foi ampliada (REZENDE, 1995).

Os estados, com o intuito de atrair novos investimentos e promover o desenvolvimento industrial, já que as políticas de desenvolvimento regional se encontravam em abandono, passaram a utilizar seu poder de gestão sobre as alíquotas do ICMS como instrumento de política econômica diante do prejuízo na arrecadação (MONTEIRO NETO, 2014). Este é um dos principais instrumentos utilizados na guerra fiscal. Dado que essa fonte de recursos é de extrema importância no financiamento dos estados, são diretas as induções sobre as consequências perversas da guerra fiscal para seu equilíbrio fiscal (PRADO; CAVALCANTI, 2000).

Prado (2013) corrobora as ideias de Arretche (2012) ao citar que a Constituição de 1988, embora fosse imediatamente descentralizadora, a médio e longo prazo possuía características centralizadoras, por: (1) possuir dispositivos que asseguravam somente ao governo federal a iniciativa no campo tributário por meio da criação de contribuições sociais; (2) uma subordinação dos governos estaduais, dada sua característica histórica de divisão e conflitos aliada à conjuntura de fragilidade fiscal e a um poder regulador do poder central; e (3) deixar em aberto aspectos de institucionalidade federativa que necessitariam de atuação do governo federal para consolidação dessas instituições em décadas posteriores.

Já em relação à defesa dos direitos sociais, as medidas adotadas foram a universalização do acesso à saúde e a ampliação da Previdência Social. Essas medidas seriam viabilizadas pela criação do Orçamento da Seguridade Social (OSS),

complementado pela atribuição dada ao governo federal de instituir as contribuições sociais, em caráter exclusivo (PRADO, 2013).

A Constituinte, ao reservar o poder tributário residual à União das contribuições sociais, oportunizou, a longo prazo, o movimento de recentralização fiscal (PRADO, 2013). Em primeiro lugar, porque no capítulo do Sistema Tributário Nacional não são especificadas as normas que instituem os recursos a serem designados à Seguridade Social, nem em relação aos montantes a serem distribuídos entre as áreas (previdência, saúde e assistência social), nem relacionados às parcelas que devem ser dedicadas ao financiamento descentralizado da política social, oriundas das receitas orçamentárias da União e esferas subnacionais. Em segundo, devido à janela aberta no artigo 195, o qual dispõe sobre a criação de novos tributos com a finalidade de dar cobertura financeira a essas novas obrigações sociais. Além disso, os recursos advindos da arrecadação das contribuições sociais não tinham que ser repartidos com os demais entes governamentais (DORNELLES, 2007; OLIVEIRA; CHIEZA, 2018; REZENDE, 2006; REZENDE; AFONSO, 2001).

A União passou a utilizar as contribuições sociais para recuperar sua participação no bolo tributário, já que estas eram de fácil cobrança e sem as limitações previstas para os impostos previstos no capítulo tributário (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018). O governo federal adotou medidas contínuas com o intuito de compensar suas perdas, que agravaram a qualidade da tributação e os serviços prestados. A base de tributação para distribuição do FPE, do FPM e dos fundos de desenvolvimento regional e de compensação das exportações de produtos industrializados é composta unicamente pelas arrecadações do IR e do IPI. Desta forma, a União se viu “forçada” a lançar mão de outros tributos, que, do ponto de vista da eficiência do sistema econômico, são tecnicamente piores que o IR e IPI, mas que possuem como vantagem não ter a sua receita compartilhada (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016).

Assim, foram aumentadas as alíquotas de impostos cumulativos e superpostos, tais como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) e o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), e criados novos impostos, como é o caso da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), posteriormente extinta (GIAMBIAGI; ALÉM, 2016; LIMAb, 2007).

Segundo dados de Oliveira e Chieza (2018), mesmo sem ter resolvido seus desequilíbrios fiscais, o governo federal, já em 1993, conseguira praticamente recuperar

sua participação no bolo tributário. Já os estados, por apresentarem como principal imposto o ICMS, prejudicado pela recessão, terem ainda o IR-estadual extinto e as transferências do FPE reduzidas devido à perda de importância do IR e IPI, tiveram sua participação no bolo tributário praticamente no mesmo patamar de 1988, tanto no conceito de receitas diretamente arrecadadas como no de receitas efetivamente disponíveis. Os municípios, os mais beneficiados com o sistema de transferências, sustentaram a mesma participação no conceito de receitas disponíveis de 1991.

O FSE tinha como função desvincular recursos que seriam designados a determinadas funções orçamentárias e aplicá-los a outras funções consideradas de caráter emergencial e prioritário para manter a estabilidade econômica. Este fundo vigorou por dois anos e foi recriado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) (TORREZAN, 2017). A União retirava 20% de suas receitas sujeitas a transferências previstas constitucionalmente, ou por norma legal, que poderiam ser usadas livremente por ela, inclusive as referentes ao IR e IPI, antes de sua distribuição para seus beneficiários, reduzindo os recursos para as áreas sociais, para o FPE e FPM. A partir de 2000, o FEF é reformulado e é criada a Desvinculação de Receitas da União (DRU)<sup>5</sup>, e os estados e municípios, assim como os fundos constitucionais do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, passaram a ter os recursos que recebem da União retirados da base de cálculo deste instrumento, impedindo as perdas que esses entes vinham sofrendo desde 1994 (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018). Assim, a desvinculação de receitas centralizou os recursos na esfera central em detrimento de estados e municípios.

Segundo Prado (2013), todo o processo essencialmente tributário originava o que ele chama de uma “pressão invisível” sobre a capacidade dos estados para gerir o ICMS. Quando o governo federal, por meio de impostos cumulativos, tributa fortemente transações econômicas como bens e serviços, não só a qualidade do sistema tributário se degrada, como também o espaço dos governos estaduais diminui, devido à resistência dos agentes econômicos a altos níveis de tributação indireta.

Por outro lado, tem-se a atrofia da base dos fundos de participação. Desde 1991, a base que financia as transferências redistributivas desses fundos é composta por 21,5% do IR e do IPI e vem perdendo participação tanto em relação à receita total federal como em relação à carga tributária total. Esses aspectos ocorrem devido a diversos aspectos, alguns já comentados neste capítulo:

---

<sup>5</sup> A DRU foi criada pela EC n. 27 de 21/03/2000.

“...abandono do IPI como instrumento de arrecadação e sua redução ao papel de instrumento de política industrial e de ativação macroeconômica; fortalecimento de impostos sobre a renda não partilhados: contribuição sobre o lucro líquido – CSLL; e a ampliação das contribuições sociais, que não são compartilhadas com os governos subnacionais (PRADO, 2013, p. 169)”.

Mesmo com o aumento das receitas provenientes das contribuições sociais, o governo federal apresentou dificuldades para financiar os gastos em educação e saúde, principalmente porque em 1993 as receitas originárias das contribuições salariais de empregados e empregadores passaram a financiar somente a previdência social. Com isso, a previdência deixou de financiar os gastos do sistema de saúde (PRADO, 2013).

Assim, em 1997 foi implantada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) como uma fonte específica de financiamento para a saúde. No entanto, não produziu o aumento de recursos como esperado devido à (1) substituição relativa de fontes, pois, com a entrada do CPMF, diminuiu-se a importância do CSLL e do COFINS no orçamento do MS (PIOLA; BIAZOTO JR., 2001); e (2) porque, em 1999, a CPMF deixou de ser específica para a saúde e começou a financiar a previdência e, em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (RIBEIRO *et al.*, 2001).

Nesse sentido, forças políticas defensoras de maior estabilidade financeira para a saúde iniciaram um movimento de buscar a vinculação de receitas nos orçamentos das três esferas de governo, em especial os estados (LIMA, 2007b). Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29<sup>6</sup> (EC29/2000), que estabelece um percentual mínimo de gastos em saúde para os três níveis de governo, semelhante àquele que já havia desde os anos 1980, com vinculação de 25% do orçamento a gastos com educação (Emenda Calmon)<sup>7</sup> (OLIVEIRA, 2003).

A nova regra da EC 29 definiu um patamar de 7% para estados e municípios no ano de 2000, e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pela União em 1999. A partir dos anos seguintes, até chegar 2004, os percentuais deveriam ser de 12% das receitas

---

<sup>6</sup> A EC 29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000.

<sup>7</sup> O governo federal, em 1998, criou o Fundo de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), que vigorou de 1998 até 2007 e passou a se chamar Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais de Educação (Fundeb) (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

estaduais e 15% das receitas municipais. Já a participação da União seria pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) (FAVERET, 2003).

Tanto com a EC29, como com o Fundef, os governos subnacionais, assim como a União, tinham vinculações de recursos orçamentários a cumprir. No caso do Fundef, os estados e municípios deveriam garantir que 60% dos 25% da arrecadação de impostos e transferências, constitucionalmente reservados à educação, fossem destinados ao ensino fundamental. No caso da EC 29, os estados deveriam destinar 12% de suas receitas para o financiamento da saúde e os municípios 15%. Esses dois instrumentos causariam um maior enrijecimento dos orçamentos dos entes subnacionais, diminuindo os espaços para demandas de outras áreas sociais ou para ajustes em suas contas, no caso de maiores desequilíbrios orçamentários (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018; REZENDE, 2013).

Todos esses aspectos demonstraram que o executivo federal não deixou de ser protagonista das decisões políticas e tributárias no país, embora os estados e municípios tenham conquistado um maior poder e autonomia com a Constituição de 1988.

Os governos estaduais, sem poder de veto no Congresso Nacional, sem um fórum nacional relevante, disputando entre si por novos empreendimentos privados e submetidos a restrições de gastos impostas pelo governo federal, perderam peso político no ambiente federativo nos anos de 1990 (ISMAEL, 2014).

Ismael (2014) relata ainda que foi observado um esvaziamento das instituições federais de planejamento regional e uma diminuição dos investimentos públicos em obras de grande porte e pouco foi feito para redução das desigualdades entre as unidades subnacionais.

Após a implementação do Plano Real, em 1995, ocorreu o fortalecimento da União na estrutura federativa brasileira por meio da expansão da carga tributária (CT). Segundo Monteiro Neto (2014), é importante ressaltar que o avanço relativo da esfera federal, que ampliou o bolo tributário nacional entre 1990 e 2010, deveu-se, em maior grau, ao recuo da esfera estadual e da esfera municipal em alguns períodos. Assim, estados e municípios, além da diminuição de recursos no bolo tributário nacional, enfrentaram um novo cenário de maior vinculação orçamentária, nas áreas de educação e saúde. Assim, a regulamentação de porcentagens mínimas para despesas na área social no orçamento estadual e municipal restringiram as possibilidades de gasto em outras áreas.

Desse modo, os estados tiveram perda de controle sobre o uso de seus orçamentos refletida pela centralização das decisões referentes à formulação e gestão das políticas sociais, após a ampliação das transferências federais de recursos vinculados a gastos nessas

áreas e às novas regras constitucionais que ampliaram a vinculação de receitas de estados e municípios a gastos em educação e saúde. A rigidez na execução do orçamento foi potencializada pelas obrigações financeiras decorrentes da renegociação dos contratos das dívidas com o governo federal e do peso dos compromissos previdenciários. Além disso, associa-se ainda à fixação de pisos salariais para determinadas categorias de funcionalismo (REZENDE, 2013).

Para entender a condição dos governos estaduais na federação brasileira, um aspecto importante é a sua situação orçamentária. Os orçamentos estaduais perderam importância no gasto público total do país. Segundo Prado (2013), os orçamentos estaduais foram afetados pelo encurtamento do espaço tributário de bens e serviços e pela redução das bases dos fundos de participação, causada pela diminuição do IPI.

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), em 2000, tornou-se o coroamento deste processo de ajustamento imposto pelo governo federal para limitar a autonomia de gasto de estados e municípios, por definir regras rígidas para a realização de gastos e endividamento dos entes subnacionais (ALMEIDA, 2007; ISMAEL, 2014).

A Lei de Responsabilidade Fiscal impunha condições duras para a gestão das contas públicas das três esferas de governo e nos três Poderes no intuito de amparar a disciplina fiscal (BRASIL, 2000). Essa lei ressalta a necessidade de transparência como condição para ampliar o controle dos contribuintes sobre as ações governamentais e institui que os gastos com pessoal não podem ultrapassar 60% das receitas líquidas correntes (BRASIL, 2000b; LIMA, 2013).

Ao analisar as receitas e despesas orçamentárias dos estados e municípios, Garson (2003) sugere possíveis resultados positivos da implantação da LRF para os governos subnacionais. No entanto, relata que, para uma boa gestão orçamentária, outros fatores são necessários, tais como a disseminação de planejamento entre os administradores. Acrescenta ainda que, dependendo da composição orçamentária, com maior ou menor dependência de recursos setoriais, a demanda sobre os gastos de pessoal pode ser exacerbada. Nesse caso, limites extremamente rigorosos impostos aos gastos implicam menor disponibilidade de receitas para áreas altamente dependentes desses recursos, como é o caso do SUS.

Segundo Torrezan (2017), essa lei sintetizava todo o processo de mudança que vinha em curso desde o Plano Real e influenciava os entes federativos subnacionais, pois trazia metas rígidas a serem realizadas, no intuito de disciplinar o orçamento.

O esforço político do novo governo, iniciado em 2003, esteve centrado em originar alterações a fim de recompor parte das capacidades governamentais para determinar nova orientação e coordenação das políticas para retomada do desenvolvimento nacional. No entanto, somente a partir de 2007, os resultados começaram a aparecer por meio de uma política fiscal mais pró-ativa fundamentada em aumento do gasto social federal; fortalecimento do investimento público das estatais; distanciamento da agenda de privatizações anterior; e retomada do crédito bancário público ao investimento, por meio de alguns bancos (MONTEIRO NETO, 2014).

Os níveis de investimento federal também tiveram uma trajetória de aumento contínuo, saindo de 1,59% para 3,31% do PIB no período de 2003 a 2009. O gasto social total do governo federal também obteve crescimento ao longo do período de 1995 a 2010, passando de R\$230,9 bilhões em 1995, para R\$624,8 bilhões em 2010 (MONTEIRO NETO, 2014).

Segundo Monteiro Neto (2014), os governos estaduais não apresentaram a mesma facilidade para reativar o nível de investimento local. Os estados conseguiram, na média do período de 2000-2004, o valor de 0,83% do PIB e, entre 2005 e 2010, a média anual atingiu 0,93% do PIB. A partir de 2008, houve uma leve aceleração do nível de investimentos estaduais.

A partir de alguns estudos, Ismael (2014) relatou que a distribuição da receita disponível dos impostos após as transferências constitucionais, entre os entes federados, apresentou 53,41% de participação da União, enquanto os estados tinham ficado com 26,94% e os municípios com 19,58%, adotando como referência o ano de 2007. O autor constatou que, historicamente, os anos 2000 foram os anos em que os estados perderam participação, ficando mais dependentes das transferências voluntárias da União (ISMAEL, 2014).

O governo de Luiz Inácio da Silva não logrou revogar os controles das finanças públicas estaduais e nem abortar as matérias legislativas aprovadas no Congresso Nacional contrárias aos entes subnacionais, determinadas no governo anterior. A marca principal do novo governo estava na produção de políticas públicas, como as voltadas para a redução da pobreza, aumento do salário-mínimo, diminuição do desemprego, elevação do consumo popular e obras de infraestrutura.

O crescimento econômico no período de 2003 a 2010 proporcionou ganhos consideráveis para a arrecadação de impostos aos entes subnacionais, principalmente os

governos estaduais, o que permitiu uma situação financeira mais confortável a esses entes (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) demonstraram uma diminuição na relação média da dívida dos estados, como proporção da receita corrente líquida (RCL), de 1,54% para 1,11%, respectivamente em 2002 e 2010. Enquanto no ano de 2002 oito estados (Alagoas, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) estavam acima do limite de endividamento de 200% da razão entre a Dívida Consolidada Líquida (DCL) e a RCL, em 2010 somente o Rio Grande do Sul permanecia nessa condição, com uma relação DCL/RCL de 214% (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Segundo Oliveira e Chieza (2018), por mais que houvesse a LRF e os limites definidos para os gastos com pessoal dos governos subnacionais e para o seu nível de endividamento<sup>8</sup>, vários dispositivos passaram a ser utilizados para driblá-los, dificultando a avaliação da situação de suas finanças, tais como: contratação de funcionários como terceirizados, classificação de gastos com pessoal na rubrica de investimentos, exclusão de benefícios previdenciários dos gastos com a folha, postergação do pagamento com a folha salarial para o exercício seguinte, destinação inferior de recursos para a área da saúde exigidos pela EC 29, e também para a educação.

No entanto, alguns autores (MONTEIRO NETO, 2014; OLIVEIRA; CHIEZA, 2018) salientaram a perda dos estados em torno de nove pontos percentuais de sua participação no bolo tributário no período de 1960 e 2010, diferente dos municípios que tiveram uma elevação de 6,4% para 18,4%.

Com a economia a partir de 2011 apresentando uma trajetória de desaceleração e posteriormente, em 2015, uma forte recessão, as receitas públicas caíram e a situação dos estados, que até 2010 havia apresentado melhora, voltou a piorar, com níveis de endividamento elevados (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Cabe ressaltar que em 2008 a crise financeira mundial, originada pela elevada exposição de alto risco (*subprime*) do mercado hipotecário norte-americano, aliada ao aumento da inadimplência, propiciou a descapitalização de grandes bancos, incluindo o fechamento do *Lehman Brothers* em setembro de 2008. O processo desencadeou uma crise global, com efeitos expressivos na economia real, levando à queda da atividade econômica, ao desemprego, à desvalorização de ações e à diminuição dos preços de produtos

---

<sup>8</sup> Cabe ressaltar que o nível de endividamento não é definido pela LRF e sim pelas resoluções do Senado Federal.

industrializados e *commodities*. No Brasil, os impactos da crise internacional neste período foram minimizados pela adoção de uma grande variedade de políticas para estimular a produção e a demanda interna, incluindo medidas de reforço ao crédito e à liquidez do setor bancário, embora o país não tenha ficado totalmente imune aos seus efeitos sobre a arrecadação fiscal (CUNHA *et al.*, 2015; PAULA; PIRES, 2017; SILVA NETO; RUCINSKI; MATTEI, 2014).

Já a crise de 2015-2016 esteve mais diretamente relacionada a fatores nacionais e a uma série de medidas governamentais (ajuste fiscal, crise hídrica, desvalorização da moeda, aumento da taxa de juros SELIC – Sistema Especial de Liquidação e Custódia, entre outros), que colaboraram para reduzir a capacidade de crescimento econômico e geraram um custo fiscal elevado. Outros fatores intensificaram a recessão, tais como a queda da renda, a elevação do desemprego, o encolhimento do mercado de crédito e a redução dos investimentos públicos (BARBOSA FILHO; PAULA; OLIVEIRA; CHIEZA, 2018; PIRES, 2017).

Para reverter a situação de crise e recuperar a confiança do mercado, algumas medidas foram tomadas, por exemplo, a criação dos programas de austeridade fiscal, como o que diz respeito à aprovação do congelamento, em termos reais, dos gastos primários do governo (EC95/2016) e que impactam diretamente na saúde; a proposta de reforma da previdência; os cortes de investimentos públicos; a suspensão dos reajustes dos salários dos servidores públicos, entre outros. No entanto, essas medidas têm se mostrado ineficazes para combater as reduzidas receitas.

Este quadro de crise é ainda mais difícil para os governos subnacionais, principalmente os estados, por conta da diminuição das receitas do ICMS, dos *royalties* de petróleo e das transferências recebidas da União. Assim, muitos estados apresentaram fortes desequilíbrios em relação ao endividamento, a gastos com pessoal acima de 60% conforme previsto pela LRF, dificuldades para efetuar pagamentos dos salários do funcionalismo e 13º salário. No final de 2016, os estados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Minas Gerais apresentaram dívida superior ao limite de 200%, ficando em 232%, 213% e 203%, respectivamente. No que concerne aos gastos com pessoal superiores ao limite de 60% em relação à RCL, 13 dos 27 estados estiveram nessa situação (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Diante desta situação de agravamento das contas públicas estaduais, o governo federal criou, em 2017, o Regime de Recuperação Fiscal (RRF)<sup>9</sup>, cujo objetivo era oferecer aos estados com sérios desequilíbrios financeiros mecanismos e condições para o ajuste de suas contas, já que a LRF não apresentava medidas com intuito de corrigir essa questão. No entanto, para o estado estar habilitado e aderir ao programa, deveria apresentar três condições que caracterizariam seu desequilíbrio fiscal: (1) receita corrente líquida anual menor que a dívida consolidada no final do último exercício; (2) a soma das despesas liquidadas com pessoal, juros e amortizações igual ou menor que 70% da RCL; e (3) valor das obrigações superior às disponibilidades de caixa (BRASIL, 2017; OLIVEIRA; CHIEZA, 2018).

Para os estados aderirem ao RRF, era exigida a apresentação de um Plano de Recuperação Fiscal com uma série de exigências, envolvendo, resumidamente, diagnóstico comprovando o desequilíbrio financeiro; apresentação e detalhamento de medidas de ajuste fiscal; e aprovação de um conjunto de leis com uma série de medidas consideradas necessárias para o ajuste de suas contas (BRASIL, 2017).

Além disso, os estados que aderissem teriam um conjunto de proibições, entre elas: criação de novos cargos, emprego ou função que aumentassem as despesas com pessoal; realização de concursos públicos; concessão de reajustes de salários de servidores públicos; celebração de convênio, acordo ou outros tipos de instrumento que incluíssem a transferência de recursos para outros entes federativos ou organizações da sociedade civil, entre outras (BRASIL, 2017).

O ajuste no RRF teria um prazo de 36 meses e poderia ser prorrogado por igual período, e os estados teriam os seguintes benefícios no decorrer de sua vigência:

“i) suspensão integral do pagamento dos encargos da dívida com a União, embora com percentuais decrescentes no caso de sua renovação; ii) suspensão temporária dos requisitos legais para a contratação de operações de crédito e da obrigação de cumprimento dos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para os gastos com pessoal e a dívida consolidada; iii) suspensão da necessidade de comprovação, para continuar recebendo as transferências voluntárias da União, de comprovante de estar quite com o pagamento de tributos e com a prestação de contas dos recursos recebidos, além da observância e cumprimento das demais normas da LRF referentes a operações de crédito, restos a pagar etc.; e iv) possibilidade de contratação de operações de crédito para diversas finalidade, dentre as quais, o financiamento de programas voluntários de desligamento do funcionalismo (PDV), dos leilões de pagamento, da reestruturação de

---

<sup>9</sup> O RRF foi criado pela Lei Complementar 159, de 19/05/2017, e regulamentada pelo Decreto 9.109/2017.

dívidas com o sistema financeiro e modernização da administração fazendária, observando-se as condições estabelecidas nas Resoluções do Senado Federal” (OLIVEIRA; CHIEZA, 2018, p. 41).

Tal regime, segundo Oliveira e Chieza (2018), iria funcionar somente como um instrumento emergencial, pois não iria proporcionar aos estados a capacidade de ajustar estruturalmente suas finanças, por não conseguir utilizar medidas que revisassem as fontes de financiamento e de solução para o estoque da dívida.

Cabe ressaltar que, ao aderir ao programa, o ente iria se comprometer com o congelamento (dado pela austeridade fiscal) das despesas obrigatórias com as políticas sociais, saúde aí incluída, o que levaria a uma perda crescente de sua participação no orçamento quando a economia recuperasse sua trajetória de crescimento, além de impedir a implementação de novas políticas e aumento do quadro de pessoal para essas políticas.

Até 2017, somente os estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, respectivamente, haviam aderido ou protocolado pedido de adesão ao RRF.

Com isso, os estados, mais uma vez, em comparação com a década de 1990, viram-se restringidos em sua capacidade de tomar decisões sobre seus gastos. Desse modo, os estados ainda permanecem com questões não resolvidas das décadas anteriores que restringem a cooperação federativa: os encargos financeiros crescentes sobre a dívida dos governos estaduais junto ao governo federal, as desigualdades regionais e a guerra fiscal entre estados pela atração de investimentos privados.

### **3. O PAPEL DOS ESTADOS NO FINANCIAMENTO E NA GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE**

Os aspectos mais gerais relacionados às relações fiscais são importantes para entender a política de saúde, especialmente por tratar-se de uma política que possui diversas funções realizadas por mais de uma esfera de governo e que, portanto, prevê relações intergovernamentais compartilhadas.

#### **3.1 AS ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS NA REGULAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS**

A Constituição Federal e a Lei 8080 instituíram o Sistema Único de Saúde, de caráter público, nacional e universal, tendo a descentralização e a regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial. O SUS integra um conjunto amplo de ações que devem estar organizadas de forma regionalizada e hierarquizada de serviços, pressupondo a integração entre União, estados e municípios (BRASIL, 1988, 1990; NORONHA *et al.*, 2008).

A descentralização da política de saúde redefiniu as responsabilidades entre os entes governamentais, abrangendo a transferência de poder decisório, responsabilidades e recursos financeiros do governo federal para os estados e, principalmente, para os municípios. No entanto, a maior parte dos municípios e muitos estados não possuem as condições para fornecer as ações e os serviços essenciais à atenção integral à saúde de forma autônoma, por possuírem recursos financeiros, humanos e materiais diversos entre si. As diferenças dos entes federativos relacionadas a tamanho, densidade demográfica e porte populacional, associadas às iniquidades socioeconômicas e geográficas, são muito expressivas no país e repercutem na organização e funcionamento do sistema de saúde, bem como nas dinâmicas relativas às áreas metropolitanas, regiões fronteiriças e a Amazônia Legal (LIMA *et al.*, 2015).

Tais aspectos dificultam a separação dos espaços territoriais de influência de atuação de cada esfera de governo de forma clara. Assim, a definição quanto à divisão de um território político-administrativo ou sua agregação em uma mesma região, para fins de planejamento e organização dos serviços, está relacionada aos objetivos das políticas de saúde e às características dos municípios e estados envolvidos. A necessidade de interdependência entre os governos no SUS é essencial no intuito de extrapolar as

fronteiras sem desconsiderá-las para compatibilizar uma rede de atenção integral à saúde (LIMA *et al.*, 2015).

Desse modo, é evidente a complexidade deste sistema, dado seu amplo espectro de atuação por envolver os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com suas respectivas atribuições para o desenvolvimento de suas ações; por abranger ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de atenção; por ter que atuar junto a políticas intersetoriais no processo saúde-doença; e ainda dispor de serviços da iniciativa privada para a cobertura assistencial à população.

Em relação aos estados, a Lei Orgânica da Saúde (LOS)<sup>10</sup> instituiu como atribuições dos governos estaduais: promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde; identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Nos anos 1990, houve um movimento muito grande voltado para a municipalização. As Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas pelo Ministério da Saúde, no decorrer da década, elaboradas no intuito de regulamentar o processo de descentralização, impulsionaram a adesão dos municípios ao SUS, produzindo o modelo de atendimento à saúde implantado no país até hoje (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Nas duas primeiras NOB (1991 e 1992), não foram observadas definições claras para os estados (BRASIL, 1991, 1992; LIMA *et al.*, 2010). O repasse de recursos federais era realizado diretamente para os municípios, afetando, assim, a relação entre estados e municípios. Segundo Levcovitz *et al.* (2001), esse aspecto proporcionou perda, por parte dos estados, da capacidade de articulação e negociação desenvolvidas no SUDS, bem como o aumento do poder de influência da União sobre a esfera municipal. O autor ainda afirma que os estados não tiveram a capacidade de organizar-se política e tecnicamente para sugerirem outro padrão de relacionamento e financiamento.

---

<sup>10</sup> A Lei Orgânica da Saúde n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A NOB SUS 01/93 continuou enfatizando a municipalização, com o papel dos estados voltados para o apoio à descentralização e aos municípios. Sua função se baseou na formulação e coordenação de algumas políticas específicas e na previsão de transferências federais de custeio para os estados (LIMA *et al.*, 2010). Essa NOB propôs mecanismos de transferência “fundo a fundo” para estados e municípios, definindo condições de gestão para esses entes<sup>11</sup>. No entanto, só poderiam ser contemplados os estados e municípios habilitados na gestão semiplena<sup>12</sup>. Tal fato favoreceu mais os municípios do que os estados, pela conjuntura financeira (BRASIL, 1993; LEVCOVITZ *et al.*, 2001). Na NOB/93, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) foi oficializada e criou-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instância de negociação intergovernamental<sup>13</sup>. As CIB se tornaram os fóruns de maior relevância na condução operacional de descentralização nos estados, pois as decisões eram tomadas no seu interior e, em casos de divergências, estas eram resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde ou pela CIT. Os aspectos de natureza operacional relativos ao processo de descentralização no âmbito estadual eram regulamentados pela CIB de cada estado. O papel exercido pelos estados e o seu grau de autonomia para desempenhar a coordenação estadual da política de saúde baseava-se na condição de gestão em que estivesse habilitado (OUVERNEY, 2014).

Com a NOB SUS 01/96, o papel do estado na gestão do SUS sofreu sua primeira inflexão, principalmente nas funções de formulação de políticas, planejamento e regulação. Esta NOB ampliou o escopo de ação dos estados ao explicitar os riscos de “atomização” do sistema na ausência da coordenação estadual. A descentralização para os municípios como forma de organização do sistema continuou tendo mais importância, no entanto reafirmou a importância do papel dos estados na integração e modernização dos sistemas municipais e na coordenação supramunicipal para a organização das redes de atenção (LIMA *et al.*, 2010; PEREIRA, 2014). Também estabeleceu duas condições de gestão para os estados:

---

<sup>11</sup> A NOB 93 definiu três condições de gestão para os municípios (incipiente, parcial e semiplena) e duas para os estados (parcial e semiplena). Nos estados, as condições de gestão parcial e semiplena determinaram funções e responsabilidades gradativas em relação à programação, controle e avaliação dos serviços, formulação, controle e execução de ações na área de vigilância, coordenação de ações e redes específicas (BRASIL, 1993; PEREIRA, 2014).

<sup>12</sup> Os estados na condição de gestão semiplena apresentavam, entre as funções, a programação integrada com seus municípios, envolvendo a manutenção de serviços e investimentos, coordenação da rede de referência estadual e gerência dos sistemas de alta complexidade, completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços sob sua responsabilidade, entre outros, além de ter alguns requisitos a serem cumpridos, como possuir Fundo Estadual de Saúde (FES), Conselho Estadual de Saúde (CES), apresentar a CIT, termo de compromisso aprovado pelo CES, contemplando as metas que o gestor se propôs a cumprir, entre outros (BRASIL, 1993; PEREIRA, 2014).

<sup>13</sup> Tem como propiciar o compartilhamento de decisões em relação aos acordos operacionais do SUS. Segundo Machado *et al.* (2007), permitiu a adaptação das diretrizes nacionais do processo de descentralização em nível estadual, favorecendo a criação dos acordos entre estados e municípios.

avançada e plena do sistema estadual. A habilitação dos estados, diferente dos municípios, teve um processo mais lento e gradual, pois adotou a programação pactuada integrada (PPI) como instrumento de garantia nas relações intermunicipais (BRASIL, 2001, 2002; LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Segundo Viana e Machado (2009), a partir de 1998, com a instituição da NOB 96, foram sugeridas novas modalidades de transferências de recursos (*per capita* e por programas específicos), um novo modelo assistencial (Programa de Saúde da Família) e um novo arranjo intergovernamental com os estados, com prioridade para determinadas regiões (Norte e Nordeste) e níveis de atenção (atenção básica). A partir deste período, houve a troca de uma relação federalista vertical entre União e municípios para uma horizontal, interestados, inter-regiões e intermunicipais.

A análise dessas NOB neste período demonstra que os estados tiveram uma certa indefinição de seu papel na formulação, no planejamento de políticas públicas, no financiamento, na regulação e na prestação de serviços (LIMA *et al.*, 2010). Tal fato pode estar relacionado à descentralização que privilegiou mais os municípios e a crise fiscal vivida pelos estados neste período, já discutida no capítulo anterior.

A descentralização na década de 1990 aumentou a autonomia dos governos municipais e tal aspecto, de acordo com alguns autores (ARRETCHE, 2004; MACHADO, 2007), promoveu elevação generalizada de gasto, superposição e dispersão de ações que não privilegiaram a cooperação. A integralidade da atenção também não foi favorecida nesse período, visto que a municipalização propiciou a baixa capacidade de associação e solidariedade entre os entes (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Assim, nos anos 2000, a aprovação das Normas de Assistência à Saúde (NOAS – 2001 e 2002), trouxe em destaque a regionalização da saúde, o que gerou modificações importantes nas relações entre os gestores do SUS, estaduais e municipais, com maior atribuição aos gestores estaduais (LIMA *et al.*, 2010). Este foi o período em que mais se avançou na habilitação dos estados (SOUZA, 2001). Foram instituídas duas condições de habilitação para os estados (avançada e plena do sistema estadual), considerando responsabilidades e prerrogativas (que abrangeram a transferência de recursos financeiros). As funções estaduais de formulação de políticas, planejamento e regulação tiveram maior valorização nesse momento (PEREIRA, 2009). O papel dos estados na coordenação do sistema de saúde foi fortalecido por meio da concepção de determinados instrumentos, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a própria Programação Pactuada Integrada (PPI) (LIMA *et al.*, 2010).

O Pacto pela Saúde<sup>14</sup>, instituído em 2006, estabeleceu as “responsabilidades coletivas dos três entes gestores e o compromisso com resultados sanitários a serem atingidos em âmbito setorial” (LIMA; QUEIROZ, 2012, p. 235).

As atribuições dos estados foram explicitadas no Pacto pela Saúde, que destacou a valorização dos relacionamentos entre gestores das esferas governamentais para a construção do SUS, em relação à regionalização do sistema de referência intermunicipal e interestadual. Portanto, sua lógica está pautada na maior repartição das decisões e responsabilidades por meio dos Termos de Compromisso de Gestão entre as esferas de governo, que respeitem a diversidade locoregional. A regionalização aqui destacada propôs a configuração de Colegiados de Gestão Regional no intuito de fortalecer e planejar de forma integrada as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006; LIMA *et al.*, 2010).

Deve-se ressaltar que o Pacto pela Saúde significa uma inflexão nas relações federativas do SUS e na forma de atuação federal, exacerbando a necessidade de cooperação intergovernamental na política de saúde e um maior protagonismo dos estados e municípios na condução da regionalização, por meio da flexibilização dos critérios a serem utilizados no planejamento regional (VIANA; LIMA, 2011).

A formalização de acordos intergovernamentais nas diversas áreas da gestão e da atenção à saúde marcaram a diferença entre o Pacto pela Saúde e os instrumentos anteriormente utilizados no SUS. Para aderir ao pacto, os gestores deveriam preencher e assinar termos de compromisso de gestão (TCG), aprovados e homologados pelas Comissões Intergestores nas esferas estadual e nacional (LIMA; QUEIROZ, 2012).

Os termos abrangiam as responsabilidades e atribuições sanitárias, as metas de melhoria e os objetivos combinados a um conjunto de indicadores para monitorar e avaliar os Pactos de Gestão e pela Vida. Assim, o mecanismo de adesão ao Pacto reconfigurou as relações entre os três entes governamentais (Ministério da Saúde, estados e municípios), estabelecidas por meio de condições formais atreladas a incentivos financeiros. Os mecanismos de financiamento sofreram alteração ao unificar as centenas de repasses efetuados anteriormente, pela criação de cinco grandes blocos para transferência de recursos federais vinculados ao SUS: 1– atenção básica; 2 – atenção de média e alta

---

<sup>14</sup> As três dimensões do Pacto englobam o Pacto pela Vida – que define prioridades representadas por objetivos e metas acordadas entre as três esferas de governo para melhoria das condições de saúde da população; o Pacto em Defesa do SUS, no intuito de viabilizar os princípios da Reforma Sanitária e ampliar o apoio à política de saúde nos governos e sociedade; e o Pacto de Gestão, pela instituição de diretrizes para aperfeiçoar a gestão do SUS nos seguintes aspectos: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação em saúde.

complexidade ambulatorial e hospitalar; 3 – vigilância em saúde; 4 – assistência farmacêutica; 5 – gestão do SUS (LIMA; QUEIROZ, 2012).

Os repasses financeiros passaram a ser realizados mediante a adesão ao programa e a implementação a que eles se destinavam, preservando o modo indutor das transferências federais do SUS e o poder regulatório do ministério no Pacto da Saúde.

É importante ressaltar que, por meio do Pacto pela Saúde, as relações de cooperação intergovernamental e de articulação de ações sofreram inflexão nas relações federativas, destacando a importância da esfera estadual para implementação da política de saúde.

Lima *et al.* (2012), ao analisar a regionalização em saúde nos estados brasileiros no contexto do Pacto pela Saúde, demonstram importantes mudanças no exercício de poder no interior da política de saúde pela:

“...introdução de novos atores (governamentais e não governamentais), objetos, regras e processos, orientados por diferentes concepções e ideologias; relevância das Secretarias de Estado de Saúde (SES) na condução da regionalização com fortalecimento das suas instâncias de representação regional; criação de novas instâncias de coordenação federativa (Colegiados de Gestão Regional); revisão das formas de organização e representatividade dos Conselhos de Representação das Secretarias Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites; revisão dos acordos intergovernamentais estabelecidos na descentralização (LIMA *et al.*, 2012, p. 2888)”.

De acordo com os autores, a regionalização está ligada, em cada estado, às dinâmicas territoriais, aos aspectos do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde antecedentes, ao grau de articulação existente entre os representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Representação das Secretarias Municipais de Saúde, a fim de produzir consensos a respeito da divisão de responsabilidades gestoras e os desenhos regionais assumidos em cada estado (LIMA *et al.*, 2012).

Em 2011, o Decreto 7.508<sup>15</sup> regulamentou a Lei 8080/90, propondo a organização do sistema, com destaque para as funções de planejamento, assistência à saúde e relações interfederativas no SUS. Enfatizou a organização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada, considerando a região de saúde, com a finalidade de agregar o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Deu novo destaque às redes, constituindo instrumentos para sua efetivação, sendo um deles o mapa sanitário (que abrange a oferta

---

<sup>15</sup> O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

pública e privada nas regiões). Adotou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como acordo de colaboração firmado entre os entes federativos a fim de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma dada região, a partir das responsabilidades de cada ente federativo, característica que se distingue dos Termos de Compromisso de Gestão, sugeridos no Pacto pela Saúde. O COAP deve ser assinado pelos representantes da União, estados, e municípios que conformam a região, utilizando um único pacto entre os gestores dessa base territorial (BRASIL, 2011; PEREIRA, 2014).

O ente estadual teve seu papel fortalecido no Decreto 7.508, principalmente no planejamento, que deve ser realizado de forma ascendente, a partir das regiões do estado. Na realidade, o decreto, ao instituir a regionalização e, conseqüentemente, a organização de redes de atenção, necessita que os três entes governamentais atuem de forma coordenada e integrada; e os estados, nesse processo, têm um importante papel na condução e coordenação dos processos de regionalização da saúde, em parceria com os municípios.

Para maior fortalecimento da articulação interfederativa, foram criadas as Comissões Intergestores Regionais (CIR), antigas Comissões de Gestão Regional (CGR), e reafirmado o papel das CIT e CIB. Como referência para a definição de responsabilidades entre os níveis de governo em relação à provisão de serviços e medicamentos, estabeleceram-se a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2011).

Na saúde, há a necessidade de que os serviços se interconectem ou interajam uns com os outros de forma a assegurar à população uma melhor assistência à saúde. Nesse sentido, Santos e Andrade (2011, p. 1676) afirmam:

“ Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia”.

Os autores relatam ainda que a forma de relacionamento entre os entes políticos, a partir da discussão acerca dos seus territórios, levando em consideração as diversidades culturais, sociais e econômicas, bem como seus interesses e realidades locais sem hierarquia, são modificados a partir da instituição de uma rede federativa (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Ouverney *et al.* (2017) reafirmam esse aspecto ao analisarem o processo de implementação do COAP e seus impactos sobre as agendas estaduais de regionalização do SUS mediante o Decreto 7.508. Os autores relatam que, apesar de somente dois estados terem assinado o COAP, o próprio processo de discussão e implementação parcial iniciado pelo decreto proporcionou, em um primeiro momento, um movimento de renovação das agendas estaduais de regionalização, ocasionando a reconfiguração das regiões de saúde, o aperfeiçoamento das rotinas de planejamento regional integrado e a implementação de novos espaços de governança nas regiões de saúde.

Nesse aspecto, percebe-se a importância de fortalecer os mecanismos de coordenação federativa, principalmente na política de saúde, em que a interdependência entre governos é bastante significativa, especialmente no Brasil, em que a maior parte dos municípios e muitos estados não têm condições para fornecer aos seus habitantes uma atenção integral à saúde de forma autônoma, pela diversidade de aspectos relacionados a recursos de todas as ordens (econômicos, sociais, entre outros), pelas variações no tamanho, porte populacional e densidade demográfica entre os entes governamentais, além dos fatores socioeconômicos.

### 3.2 O FINANCIAMENTO DO SUS NA ESFERA ESTADUAL DE GOVERNO

O financiamento da saúde no Brasil é muito influenciado pelo sistema tributário nacional, discutido no capítulo anterior, e se refere aos critérios de distribuição de competências tributárias e às relações de partilha fiscal.

A Constituição Federal de 88 estabeleceu que o financiamento da saúde caberia aos três entes governamentais (União, estados e municípios) por meio de recursos do Orçamento da Seguridade Social – Saúde, Assistência e Previdência Social – acrescidos dos recursos dos tesouros federal, estadual e municipal. Uma parcela de 30% dos recursos<sup>16</sup> do Orçamento da Seguridade Social (OSS) deveriam ser destinados à saúde (BRASIL, 1988; UGÁ; PORTO, 2008).

No entanto, esse percentual não foi de fato cumprido. A CF, ao conferir à LDO o papel de definir a cada ano o montante a ser gasto em saúde, inviabilizou que na Lei 8080, que regulamenta as políticas de saúde definidas na CF, estivesse estabelecido um

---

<sup>16</sup> De acordo com o artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o montante de 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seriam destinados à saúde, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) (CARVALHO; MOURA, 2006).

percentual mínimo a ser gasto em ações e serviços em saúde. Esta não definição, em lei, da porcentagem mínima necessária deixa o financiamento da saúde refém da disponibilidade política ou não de caixa e da vontade política (CARVALHO; MOURA, 2006).

Porto (2006, p. 576) acrescenta que o OSS nunca foi efetivamente implantado, entre outros motivos, porque:

“houve uma fragmentação e especialização de fontes de financiamento (e.g., a contribuição sobre folha salarial passou a financiar exclusivamente a Previdência Social); as contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas (definidas no texto constitucional como recursos próprios do OSS) foram apropriadas como recursos do Tesouro Nacional; e, foram incorporadas, ao OSS, despesas antes financiadas por recursos fiscais”.

A partir dos anos 1990, novos tributos foram criados para suprir a escassez de recursos do OSS na área da saúde, tais como a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que vigorou de 1997 a 2007 (LEVI; SCATENA, 2011; UGÁ; PORTO, 2008).

Após a implantação da CPMF em 1997, observou-se um aumento no gasto federal em saúde, mas não como se previa. Na realidade, o problema central do financiamento da saúde no final dos anos 1990 não foi determinado somente pelo volume de recursos, e sim pela irregularidade com que estes foram repassados ao Ministério da Saúde, o que passou a afetar a saúde desde então (UGÁ; PORTO, 2008).

Em relação ao financiamento do SUS nas esferas estadual e municipal, a CF 88 não definiu fontes específicas, nem vinculações sobre os montantes das receitas decorrentes dos tesouros estaduais e municipais que deveriam corresponder à saúde (UGÁ *et al.*, 2011).

Somente em 2000, por meio da aprovação da EC 29/00, o financiamento da saúde passou a ter uma base minimante estável de recursos por meio da aplicação mínima da União, estados e municípios. A nova regra definiu que estados e municípios deveriam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio em saúde, respectivamente 12% e 15% de suas receitas. Já a participação da União deveria ocorrer pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (FAVERET, 2003).

A EC 29 proporcionou mais estabilidade para a saúde e gerou uma maior participação de estados, DF e municípios no financiamento do SUS. Em 2000, quando a EC começou a vigorar, a União tinha uma participação de 60% do recurso público total aplicado. Esse percentual foi decaindo e sua participação ficou em torno de 44% em 2011. A participação de estados e municípios neste mesmo período passou de 18,5% para 25,7% e de 21,7% para 29,6%, respectivamente (BARROS; PIOLA, 2016). Os estados aportaram

recursos adicionais em torno de R\$24,3 bilhões no período de 2000 a 2010 (PIOLA *et al.*, 2016).

Ao longo do tempo, alguns entraves foram surgindo com a EC 29/2000. Primeiro, em relação ao ano base para cálculo do montante a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde. No momento de decidir o orçamento, teve-se um entendimento de que o ano para incidir os 5% preconizados para a União e depois a serem corrigidos pelo PIB seria 1999 em lugar do ano 2000. Tal aspecto, pelos cálculos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, acarretaria uma perda de R\$ 4,2 bilhões de reais no período entre 2001 e 2002. Segundo, devido à falta de entendimento quanto à definição do que seriam “ações e serviços públicos de saúde” (ASPS). Ocorreram incompreensões em relação ao escopo do termo, tais como incluir ou não ações de saneamento, pagamento de dívidas relativas ao financiamento da saúde, entre outros (FAVERET, 2003).

Além dessas questões, outras fizeram com que o SUS deixasse de receber recursos que lhe eram devidos, como, por exemplo, o déficit de aplicação dos estados – quando os valores empenhados em ações e serviços de saúde (SUS) não alcançam os 12% da receita desses entes da federação. Esses déficits corresponderam a R\$6 bilhões entre 2004 e 2008, de acordo com base de dados declarados ao SIOPS (PIOLA *et al.*, 2016).

Ainda em relação à “perda” de recursos para o SUS, outra questão levantada por Piola e colaboradores (2016) refere-se aos restos a pagar, que correspondem à parte de valores empenhados a serem pagos nos anos seguintes. Os valores considerados como gasto realizado para fins de cumprimento da EC 29 podem ser cancelados eventualmente. Entre 2000 e 2008, o MS cancelou R\$2,6 bilhões de restos a pagar do SUS, segundo dados do SIOPS. Tal procedimento de incluir as despesas como restos a pagar e, posteriormente, proceder-se ao cancelamento, corresponde a uma conduta “normal/legal” da administração pública. No entanto, merece ser discutida a proporção desses cancelamentos para cumprir as regras de vinculação. Cabe ressaltar que tal procedimento também ocorre em estados e municípios. Não foram encontrados dados disponíveis sobre os entes subnacionais.

Segundo Prado (2006), a EC 29/2000 configura-se por restringir a liberdade orçamentária dos estados e municípios, entretanto esta vinculação constitui-se em um mecanismo de defesa dos recursos públicos para a saúde.

A EC 29/ 2000, após várias tentativas, foi finalmente regulamentada em 2012 por meio da Lei n° 141<sup>17</sup>, sancionada pela Presidência da República (BRASIL, 2012).

---

<sup>17</sup> A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o parágrafo 3° do artigo 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União,

Segundo Santos (2012), a lei tem grande importância institucional

“por dotar a saúde pública de normas que lhe garantem percentuais de receitas tributárias; impor a obrigatoriedade de os entes federativos partilharem recursos reconhecendo ser o SUS um sistema de interdependência e por exigir cooperação entre os entes federativos” (SANTOS, 2012, p. 26).

Apesar de não ter modificado os percentuais da União para aplicação dos recursos, a regulamentação da lei trouxe, entre os pontos positivos, a definição do que se entende por ASPS, para fins de verificação do cumprimento da emenda. Além disso, também foi alterado o tratamento dado aos restos a pagar cancelados. Assim, os recursos cancelados que foram utilizados para alcançar o valor mínimo de aplicação deverão ser repostos; isso deve ser feito da seguinte forma: quando os entes federativos não cumprirem o valor mínimo previsto a ser gasto com ações e serviços de saúde de dado ano, deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que esta diferença entre na contabilidade do valor gasto desse ano (BRASIL, 2012; PIOLA *et al.*, 2016). Um terceiro ponto positivo que a lei trouxe foi definir as sanções pelo não cumprimento dos mínimos em saúde ou utilização em ações e serviços diferentes dos previstos em lei.

Segundo dados de Barros e Piola (2016), no período de 10 anos até ser regulamentada, a EC/29, pela ausência de regras mais claras, que só vieram em 2012 pela LC 141, fez com que o SUS deixasse de receber em torno de R\$18 bilhões por parte da União e estados.

Apesar da Lei nº 141 ter solucionado uma série de situações que geravam controvérsias, continuava pendente a proposta de aumento da participação federal no financiamento do sistema público. Esta situação gerou uma proposta de emenda popular<sup>18</sup>, a qual reivindicava o equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União para a saúde (BARROS; PIOLA, 2016; VIEIRA, 2016). Tal proposta tinha como intuito evitar contestações legais a uma vinculação à RCB, uma vez que vários componentes da RCB já têm destinação específica, como os repasses constitucionais para estados e municípios, as contribuições previdenciárias ou as contribuições para o PIS/PASEP (PIOLA, 2015).

A proposta foi desconsiderada no Congresso e outros projetos alternativos tramitaram em que a aplicação da União seria definida a partir de percentual escalonado da Receita Corrente Líquida (RCL), o que resultaria, na prática, em menor volume de recursos

---

estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências (BRASIL, 2012).

<sup>18</sup> Proposta de Lei de Iniciativa Popular (PLP) nº 321 de 2013 – Saúde +10. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

se comparados com a Proposta de Iniciativa Popular (PLP), caso fossem aprovados (VIEIRA, 2016).

Tal processo culminou na aprovação, em 2015, da EC 86, que vincula a aplicação mínima a um percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), de forma escalonada, como segue: 13,2% da RCL em 2016, 13,7% em 2017, 14,2% em 2018, 14,7% em 2019 e 15,0% em 2020 (VIEIRA, 2016).

O ano de 2016 deu início à vigência da EC 86, cujo piso da saúde seria o equivalente a 13,2% da RCL, estimado em R\$100,2 bilhões. O piso de financiamento federal do SUS, segundo algumas estimativas, pela regra anterior de aplicação da variação nominal do PIB sobre o empenhado em 2015, seria de aproximadamente R\$104 bilhões (OCKÉ-REIS; FUNCIA, 2016). A retração da atividade econômica a partir de 2015, que reduziu a RCL da União, pode explicar a diminuição do piso federal para 2016 pela nova regra (BARROS; PIOLA, 2016).

Em resposta à crise econômica agravada a partir de 2014 com queda de arrecadação em todas as esferas de governo e aumento do desemprego, o governo federal acentuou as medidas de ajuste fiscal pela despesa, tendo como resultados a diminuição de gastos em diversas áreas. Com isso, entre 2014 e 2016, segundo dados de Santos e Vieira (2018), os gastos de investimentos do Poder Executivo Federal reduziram 42% em valores empenhados, assim como as despesas primárias e por função em áreas estratégicas também tiveram diminuição neste período.

Na esteira deste cenário, em 2016 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, estabelecendo um Novo Regime Fiscal (BRASIL, 2016). Determinou-se um teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras.

O ajuste fiscal implementado no Brasil, na prática, segundo Santos e Vieira (2018), não apresentou como principal finalidade o controle do equilíbrio momentâneo nas contas públicas, mas impôs uma diminuição da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, pela redução do gasto com políticas públicas, o que irá diminuir a participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20% em 2016 para 16% a 12% do PIB até 2026, a depender do tamanho da economia.

De acordo com as autoras (SANTOS; VIEIRA, 2018, p. 2310):

No caso do SUS, a regra do teto promoveu a desvinculação da aplicação em relação às receitas e mesmo que não impeça alocação adicional ao mínimo a cada ano, na prática, o arrocho imposto a diversas políticas públicas tornará isso muito difícil. A vinculação de recursos para a saúde, aprovada por meio da EC 29, de 2000, representou uma conquista que

criou mecanismo de proteção para as despesas com saúde pública, interrompendo uma trajetória de instabilidade do financiamento do sistema desde sua criação, ainda que os recursos continuassem sendo considerados insuficientes para a garantia de acesso universal e integral às ações e serviços de saúde.

A EC 95, em relação ao arranjo federativo, trouxe implicações importantes na forma como as políticas sociais brasileiras têm sido organizadas. Ela age diretamente no gasto federal e isso, por 19 anos, impactará na estabilidade do SUS e na sua progressiva expansão, gerando descompasso entre o gasto federal, em trajetória de redução, e o crescimento econômico e as mudanças demográficas e seus efeitos nas condições sanitárias e nas demandas de saúde da população (JACCOUD; VIEIRA, 2018).

Outra questão a ser discutida diz respeito às transferências intergovernamentais no SUS realizadas principalmente na modalidade fundo a fundo, com os repasses de valores efetuados de forma regular e automática, diretamente do FNS para os estados, Distrito Federal e municípios, independentemente de convênio ou instrumento correlato. Os repasses do SUS são realizados geralmente levando em conta a distribuição *per capita*, a implantação das políticas nacionais e a produção e prestação de serviços de saúde.

As transferências SUS instituídas pelo Pacto de Gestão em 2006 apresentavam seis blocos de financiamento: atenção básica, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, média e alta complexidade, gestão e investimentos. Os recursos vinculados a cada bloco de financiamento deveriam ser utilizados exclusivamente em ações pertencentes ao próprio bloco e aplicados de acordo com a programação elaborada com base nos instrumentos legais orçamentários (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA).

Em 2017, o repasse de recursos federais para estados e municípios relativos aos seis blocos foi alterado e substituído por dois blocos: custeio e capital. Tal proposta foi chamada de SUS Legal e apresentada pelo Ministério da Saúde sob alegação da necessidade de aumentar a autonomia municipal e agilizar a gestão financeira da política. A mudança do mecanismo de transferências federais para as unidades subnacionais obteve o apoio da CIT sob o argumento de que os recursos eram transferidos de uma forma engessada e que isso dificultava a gestão local, fazendo com que em determinadas áreas sobrassem recursos e em outras faltassem. O excesso de regulamentação, segundo as autoras (JACCOUD; VIEIRA, 2018), poderia criar dificuldades para a execução das políticas locais e caracterizar uma “banalização” do poder de indução das políticas por parte do Ministério da Saúde.

As autoras relataram que esta proposta de desvinculação total da aplicação de recursos repassados pela União para estados, Distrito Federal e municípios deveria ser analisada com cuidado e apontaram oito questões.

Um primeiro aspecto está relacionado com o papel exercido pelo governo federal para sustentar a política nacional de saúde. O Ministério da Saúde induz a descentralização de ações e serviços de saúde, bem como a implantação de programas por meio da alocação de recursos. Com o SUS Legal, o MS perderia seu principal instrumento de coordenação, já que os estados e municípios teriam integralmente a decisão quanto à alocação.

O papel do planejamento como instrumento de coordenação das iniciativas nacionais, substituindo a indução federal via financiamento, é a segunda questão. Ao repassar os recursos livremente primeiro, para depois implementar a modalidade de planejamento, altera a ordem natural dos processos de planejamento e menospreza a finalidade de sua realização.

A terceira questão envolve os critérios de rateio de recursos, que são utilizados no SUS, mas que desconsideram o que está na Lei nº 8142/90<sup>19</sup>. Não se tem uma visão ampla da aplicação do conjunto de critérios e métodos empregados na partilha de recursos. A Lei nº 141/12 apresentou um conjunto de critérios, de difícil implementação e que não vêm sendo cumpridos.

A quarta questão está relacionada com a participação federal no financiamento do SUS em razão da aprovação da EC 95, a qual estabelece o congelamento da aplicação mínima em ASPS pelo MS, em termos reais. Essa medida apresenta como impacto o aumento da resistência à alteração dos critérios de rateio vigentes e a diminuição da probabilidade de os planos elaborados influenciarem sobre o total de recursos distribuídos a cada ente da Federação.

Os compromissos e responsabilidades federativos com a saúde dizem respeito à quinta questão. Os governos federais, por não terem mais a vinculação de repasses para as políticas, programas ou serviços sob a vigência do teto do gasto, podem se sentir “desobrigados” e ampliar progressivamente a desresponsabilização no financiamento da saúde.

A sexta questão se refere à pressão em torno dos serviços de média e alta complexidade sobre o orçamento estadual e municipal em uma conjuntura de não

---

<sup>19</sup> A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

vinculação da aplicação. O risco de crescimento de gastos nessas áreas poderia redirecionar a utilização de recursos a outras ações e serviços de saúde, tais como atenção básica e vigilância.

A governança local destaca-se com sétima questão. Aspectos relacionados à descontinuidade política, fragilidade estrutural e técnica da Secretaria Estadual de Saúde, bem como à fragilidade técnica e à alta rotatividade de secretários nos municípios, são alguns dos problemas.

A regionalização se configura como a oitava questão. Assegurar o acesso a serviços especializados e garantir a integralidade da atenção são ações que demandam relações cooperativas entre municípios e entre municípios e estados. Assim, a desvinculação da aplicação de recursos federais poderia agravar ainda mais as dificuldades pré-existentes para a configuração das regiões.

Em vista do que foi discutido neste capítulo, observou-se que, na década de 1990 até início da década de 2000, os estados não tiveram uma participação muito efetiva para a implementação do SUS. O processo de descentralização privilegiou mais os municípios em uma relação direta e não aconteceu concomitantemente com a regionalização. A partir de 2006, com o Pacto da Saúde, em que foram privilegiados o território e a necessidade de fortalecer as redes regionalizadas e hierarquizadas, os estados passaram a ter uma posição de maior participação.

### 3.3 ASPECTOS GERAIS DA GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE NO PLANO ESTADUAL

O orçamento público é definido como um documento aprovado por lei, incluindo as receitas previstas e as despesas autorizadas em um período de tempo, denominado exercício fiscal (GARSON, 2018). Santos (2012) menciona que o orçamento não é somente um instrumento contábil, mas um instrumento político de alocação de recursos econômicos e sociais entre segmentos da sociedade, tendo em vista que se torna uma ferramenta que faça sentido para a comunidade e atenda ao interesse público (SANTOS, R, 2012).

Este documento faz parte de um processo mais amplo designado processo orçamentário, por meio do qual a forma de captar e usar os recursos públicos é decidida. O

processo orçamentário se desenvolve conforme as instituições orçamentárias<sup>20</sup>, que o estruturam em quatro estágios: “elaboração, pelo executivo, do projeto da LOA; tramitação do projeto de LOA no Legislativo, até sua aprovação; execução do orçamento aprovado; prestação de contas e submissão à auditoria dos Tribunais de Conta” (GARSON, 2018, p. 54).

Os diferentes atores do setor público no Legislativo e no Executivo e os grupos de interesse da sociedade se defrontam com os incentivos e as restrições criadas pelas instituições orçamentárias na conformação do processo decisório em cada um desses estágios (GARSON, 2018).

O planejamento de longo prazo, em que as grandes prioridades estariam especificadas, podem anteceder a preparação do projeto da LOA de cada exercício fiscal. Nesse caso, o orçamento seria o instrumento de execução dos planos. A base da preparação do projeto da LOA dos anos compreendidos pelo plano é o PPA (GARSON, 2018).

A fase legislativa envolve a discussão do projeto de lei, a apresentação de emendas por parlamentares e seu debate até a votação do texto final para posterior retorno ao Executivo, responsável pela execução do orçamento aprovado.

A fase de execução orçamentária tem uma grande importância na determinação de que as parcelas das despesas autorizadas serão de fato utilizadas. No caso de regras mais flexíveis para a execução, que permitem aumentar ou diminuir dotações específicas, muitas vezes desejáveis face a eventos imprevistos, podem estimular o excesso de gastos em algumas áreas, em detrimento de outras. Essa flexibilidade da execução pode produzir nos gestores (ministros, secretários estaduais e municipais) uma sensação de que não necessitam investir muito esforço nas fases anteriores de elaboração e aprovação do projeto, já que tudo se redefine na execução. O acompanhamento da execução orçamentária fornece informações sobre a alocação de recursos às diversas políticas públicas, e sua forma de financiamento. A prestação de contas e a submissão à auditoria encerra o processo (GARSON, 2018).

Alguns aspectos podem influenciar o processo orçamentário. O exercício financeiro do orçamento coincide com o ano civil. Caso a dotação autorizada não seja comprometida nesse período de 12 meses, é necessária uma nova autorização no orçamento para o ano seguinte para sua continuidade. Isso requer uma capacidade de planejamento que dificilmente é encontrada em estados e municípios, o que pode gerar perdas consideráveis

---

<sup>20</sup> Correspondem às regras formais e informais que regem o processo orçamentário no âmbito do Executivo e Legislativo.

de recursos em atividades e projetos sem continuidade, ou nem sequer iniciados (GARSON, 2018).

O planejamento inadequado pode também retardar a liberação de recursos para o início do processo de despesa. Caso essa liberação ocorra muito próximo do final do exercício fiscal, podem ocorrer desperdícios de recursos, utilizados em áreas nem sempre prioritárias devido à urgência em empregar todo o orçamento disponível. No caso da saúde, é ainda mais complicado, devido à vinculação de gastos, por isso a necessidade de um planejamento bem realizado.

O sistema orçamentário estruturado na Constituição Federal de 1988 compreende três instrumentos, instituídos por leis de iniciativa do Poder Executivo:

– Plano Plurianual (PPA): estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e metas da administração pública federal (estadual, municipal) para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de natureza continuada.

– Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): estabelece as metas e prioridades do governo a cada exercício e as regras a serem utilizadas na elaboração do projeto da LOA. A LRF apresentou novas atribuições a LDO; além da elaboração do projeto de LOA, ficou também responsável por sua execução.

– Lei Orçamentária Anual: estima as receitas (tributos, transferências intergovernamentais e outras) que o governo espera dispor no ano seguinte para as despesas que serão realizadas. A LOA é uma autorização de gasto e não uma obrigação de gasto.

O PPA, a LDO e a LOA devem estar correlacionados. Segundo Garson (2018):

“O Projeto de Lei (PL) que dará origem ao PPA (lei aprovada) de cada administração é submetido ao respectivo Legislativo e deve ser votado até o final do primeiro exercício fiscal, cobrindo o segundo, terceiro e quarto ano desta administração e o primeiro ano da seguinte. A este PPA (e suas possíveis revisões) se vinculam as LDOs e as LOAs de cada um dos quatro anos” (GARSON, 2018, p.78).

O PPA deve estabelecer diretrizes, objetivos e metas para as ações públicas. As diretrizes estão relacionadas à dimensão estratégica do plano; os objetivos são determinados por cada programa e sua concretização deve ser avaliada por indicadores; as metas dizem respeito a quantidades, tanto físicas como financeiras. O PPA ainda exige que

haja regionalização do planejamento (GARSON, 2016).

O PPA deve se relacionar com os demais instrumentos de planejamento. Nos governos subnacionais, os planos plurianuais deveriam ser construídos a partir das orientações emitidas dos planos setoriais. No entanto, nem sempre as políticas públicas estão especificadas em planos bem elaborados. Por exemplo, no caso dos estados, a política de saúde deve estar expressa no Plano Estadual de Saúde (PES), aprovado por lei estadual, e fazer parte do processo de planejamento estadual, devendo o PPA, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual incorporar as diretrizes e prioridades nele contidas.

Os três instrumentos (PPA, LDO e LOA) devem estar compatíveis entre si. Investimentos que ultrapassem um exercício financeiro só podem constar na LOA se incluídos no PPA (BRASIL, 1988; GARSON, 2016).

Não há um modelo determinado para a forma de elaboração e apresentação do PPA. As normas de elaboração do PPA pela União, o qual se tornou a matriz utilizada por estados e municípios, com alguma variação, passaram por um longo processo de maturação desde o PPA 1991-1995. Os estados e municípios adotam metodologias que se aproximam da utilizada, a partir de 2000 até 2011<sup>21</sup>, pela União. Nesta norma está a determinação de que as ações finalísticas, responsáveis por proporcionar um bem ou serviço para atendimento direto às demandas da sociedade, fossem estruturadas em programas<sup>22</sup>, a fim de atingir os objetivos estratégicos definidos para o plano (GARSON, 2018).

Os programas devem explicitar as respostas do governo a um problema da sociedade, atendendo demandas, por meio dos projetos e atividades relativos às políticas públicas. Os programas são a unidade básica do PPA e devem conter como atributos mínimos: objetivo, público-alvo, valor a aplicar, ações, com respectivas metas, e indicadores, com valor no início de sua implementação e ao final do PPA. Os programas do PPA desdobram-se em ações. A essas ações, são alocados recursos na LOA. Os valores das despesas autorizadas na LOA devem estar coerentes com as metas e objetivos do PPA para o exercício fiscal<sup>23</sup> (GARSON, 2018).

---

<sup>21</sup> O Decreto nº 2829, de 29 de outubro de 1998, definiu normas de elaboração e execução do PPA 2000-2003 e dos orçamentos da União, a serem aplicadas a partir do exercício financeiro de 2000. A partir de 2012-2015 o governo federal empregou nova estrutura para o PPA. Essa nova estrutura conferiu um caráter mais estratégico ao PPA, com a criação de programas temáticos, que refletem a agenda de governo organizada pelos temas de políticas públicas (GARSON, 2018).

<sup>22</sup> Os programas foram conceituados na Portaria MOG 42/1999, como “o instrumento de organização da ação governamental, visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual”.

<sup>23</sup> A discussão e votação do PPA e da LOA ocorre separadamente. Portanto, a autorização de uma despesa para uma ação da LOA pode não ser consistente com o PPA aprovado. Em alguns casos, isso pode ocorrer, pois a própria lei do PPA autoriza o Poder Executivo a fazer essa adequação, embora isso nem sempre

Segundo Garson (2018), devem ser considerados como elementos essenciais à elaboração do PPA a base estratégica e os programas. Utilizam-se diferentes métodos para construir a base estratégica (quando isso ocorre) por estados e municípios. Entre os extremos, há os que concentram seus esforços iniciais em planejamento estratégico, levando em conta os desafios e as oportunidades do estado ou município em períodos até mais longos que os do PPA e há os que iniciam diretamente a construção e/ou revisão dos programas do PPA anterior. Nem sempre há uma preocupação em esboçar cenários sobre as possibilidades de financiamento do plano que se deseja desenhar, embora seja evidente a restrição orçamentária para os entes.

Quando o debate em nível estratégico existe e é acessível ao público, pode proporcionar esclarecimentos sobre as políticas de estado/município, podendo-se inserir: orientações estratégicas do governo, demonstrando as diretrizes gerais para o período coberto pelo PPA; avaliação da situação econômica e social do estado/município no momento de elaboração do PPA; avaliação do passado recente; e prospecção da situação fiscal do ente, entre outros (GARSON, 2018).

O PPA, no caso de estados e de alguns municípios de maior porte, é acompanhado por um diagnóstico de problemas que se almeja abordar e a forma proposta, por meio dos programas que compõem o plano.

Esta sessão discorreu sobre o orçamento público e abordou os instrumentos de planejamento como uma ferramenta importante para analisar uma política pública, no caso particular, a política de saúde. Neste estudo os instrumentos de planejamento estaduais foram analisados e comparados com outros documentos de governo, tais como planos estaduais de saúde, diretrizes estratégicas estaduais, planos de governo para avaliar a execução orçamentária da política de saúde no estado do ES.

## 4. METODOLOGIA

### **Abordagem e referencial de análise**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo orientado para análise da capacidade governativa dos estados no que tange aos aspectos econômico-fiscal e da gestão político-orçamentária da política de saúde.

Segundo Monteiro Neto (2014), as capacidades governativas são compreendidas como um conjunto de variáveis que possibilitam aos governos orientarem o desenvolvimento em seus territórios. Para o autor, duas dimensões estão relacionadas à capacidade governativa dos estados. A dimensão econômica fiscal diz respeito à sua competência de taxaço sobre bens e serviços, arrecadação de transferências oriundas do sistema de partilha fiscal e sua aptidão para gastos. A dimensão político-institucional refere-se aos aspectos políticos, institucionais e de recursos humanos para o planejamento, a execução e a coordenação de políticas públicas, envolvendo a execução do programa de governo e do Plano Plurianual, a atração do investimento privado, entre outros (MONTEIRO NETO, 2014).

Considera-se que estas duas dimensões influenciam o desempenho dos governos estaduais nas políticas de saúde, condicionando a implantação de programas, ações e serviços na quantidade e qualidade adequadas. Além disso, a análise do conjunto de receitas e despesas que compõem o orçamento público permite compreender como fatores externos atrelados à crise econômica e às políticas de ajuste macroeconômico repercutem nas condições de financiamento do setor.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira, de âmbito nacional, envolveu a análise das condições de financiamento e gasto em saúde dos estados brasileiros por meio da sistematização de dados orçamentários. A segunda buscou identificar os fatores que influenciam o planejamento e a execução do orçamento público na área da saúde, envolvendo a realização de um estudo de caso do estado do Espírito Santo.

O Quadro 2 sistematiza o referencial de análise e as fontes de informação utilizadas no desenvolvimento das duas etapas do estudo.

Quadro 2 – Dimensões, componentes e fontes de informação do estudo.

<b>Dimensão</b>	<b>Componentes</b>	<b>Fontes de Informação</b>
Receitas e despesas em saúde	Volume e composição de receitas de impostos e transferências intergovernamentais; Despesas em saúde.	Banco de dados secundários do Finbra e SIOPS.
Planejamento e gestão político-orçamentária	Políticas e programas prioritários; Instrumentos de planejamento; Execução orçamentária.	Banco de dados secundários do Finbra e SIOPS; Documentos referentes ao PPA, LDO, LOA, relatórios de gestão, relatórios de execução orçamentária e financeira, relatórios de avaliação e monitoramento, planos estaduais e outros documentos oficiais obtidos nas secretarias estaduais; Entrevistas semiestruturadas.

Fonte: Elaboração própria.

Para fins de desenvolvimento da primeira etapa do estudo, foram construídas duas bases de dados referentes às receitas e despesas dos 26 estados brasileiros, exceto o Distrito Federal. O Distrito Federal não foi incluído neste estudo por tratar-se de uma cidade-estado e possuir competências tributárias, critérios de vinculação e detalhamento orçamentário distintos dos estados brasileiros. As bases possuem como variáveis os valores monetários (em moeda corrente nacional) das receitas e despesas públicas realizadas pelos estados brasileiros no período de 2006 a 2016. Este período foi escolhido por permitir a análise de uma série histórica da execução orçamentária dos estados brasileiros em um período de ascensão e de restrição orçamentária frente às crises econômicas de 2008-2009 e de 2015-2016.

A base de dados de receitas foi construída a partir dos dados obtidos dos relatórios de execução orçamentária do Sistema de Informação Finanças do Brasil (Finbra). Em alguns casos, ao verificar dados de algumas rubricas muito discrepantes, compararam-se estes com os relatórios informados no *site* da transparência dos próprios estados e relatórios da Secretaria do Tesouro Nacional (STN). No estado do Mato Grosso, no ano de 2013, foi necessário fazer um ajuste na dedução de ICMS relativa ao Fundeb. No relatório do Finbra, a dedução estava em torno de 66% e foi ajustado para 20%, que é o percentual estabelecido, e confirmado no *site* da transparência deste estado. Já a base de despesas em

saúde foi construída a partir de dados obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com o objetivo de apurar os gastos com a saúde. Para efeito de comparabilidade, os valores monetários das rubricas específicas utilizadas no cálculo dos indicadores foram deflacionados para dezembro de 2016 por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que foi também a fonte de dados de população total residente.

O Finbra é um sistema de informação, criado em 1989 sob a competência da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF), com o objetivo de apresentar informações financeiras detalhadas de estados e municípios. Estão disponibilizados em sua base os dados contábeis referentes à execução orçamentária (receita e despesa) e ao balanço patrimonial (ativo e passivo), individualizados por municípios e consolidados por estados, para todo o Brasil. Possui caráter declaratório por meio do preenchimento de formulários com os dados extraídos dos balanços consolidados apresentados pelos entes subnacionais que são encaminhados por meio eletrônico ou na forma de papel para a Caixa Econômica Federal (CEF), sendo, em seguida, consolidados e encaminhados à STN/MF. Esta base admite o cálculo de vários indicadores, pelo número e diversidade de variáveis (KATIA *et al.*, 2014). Contudo, o Finbra apresenta um aspecto limitante em relação às despesas com trabalhadores de cada função, pois não traz essas despesas discriminadas. No caso da saúde, em que os gastos com pessoal são muito importantes, isso acaba sendo um limitador. Além disso, o Finbra apresenta as despesas por função, exceto a intraorçamentária, o que compromete a análise da saúde<sup>24</sup>.

O SIOPS é um sistema de informação institucionalizado em 2000 pela Portaria nº 1163, do Ministério da Saúde, e é utilizado para acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. A União, estados, Distrito Federal e municípios alimentam o banco de dados do SIOPS por meio de preenchimento de formulário em *software*

---

<sup>24</sup> “As despesas intraorçamentárias ocorrem quando órgãos, fundos, autarquias, fundações, empresas estatais dependentes e outras entidades integrantes do orçamento fiscal e da seguridade social efetuam aquisições de materiais, bens e serviços, realizam pagamento de impostos, taxas e contribuições, além de outras operações, quando o recebedor dos recursos também for órgão, fundo, autarquia, fundação, empresa estatal dependente ou outra entidade constante desse orçamento, no âmbito da mesma esfera de governo” (BRASIL, 2010, p. 4). Essas despesas devem ser retiradas da análise fiscal para evitar a dupla contagem. Na saúde há muita despesa intraorçamentária, tendo em vista dos diversos órgãos envolvidos e das diversas formas de contratação, aquisição de bens e serviços e suas relações.

desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O sistema permite apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde.

Os dados informados no SIOPS procuram manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pela contabilidade dos estados e municípios. Podem ser obtidos no SIOPS o demonstrativo de despesas em saúde, relatórios, indicadores e diversas outras consultas. As informações sobre os recursos alocados em saúde fornecem subsídios para o planejamento orçamentário do SUS, sendo o sistema importante ferramenta para a gestão pública da saúde (BRASIL, 2013).

Essas bases foram escolhidas por agregarem a totalidade das receitas e despesas de todos os entes subnacionais brasileiros. Por ser o SIOPS uma base mais detalhada e específica para a saúde, optou-se por utilizá-la para análise dos gastos em saúde.

Para esta etapa do estudo foram utilizados os seguintes indicadores: receita corrente líquida *per capita* (RCLpc); despesa total em saúde *per capita* (DTSpc); percentuais das receitas diretamente arrecadadas (RDA), das transferências redistributivas (TR), das transferências compensatórias (TC), e das receitas vinculadas à saúde (RVS) na receita corrente líquida; percentual de recursos próprios aplicados em saúde de acordo com a EC 29/2000. A classificação das transferências foi baseada na tipologia proposta por Prado (2006).

Para fins de cálculo dos indicadores foram usadas rubricas específicas das receitas realizadas e despesas empenhadas<sup>25</sup>, no período de 2006 a 2016 (Quadros 3 e 4). A apuração do percentual de receitas próprias aplicadas em saúde foi calculada automaticamente pelo SIOPS. O Quadro 5 discrimina os indicadores contabilizados para cada um dos estados e seus agregados – total Brasil, e regiões Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sudeste (SE) e Sul (S) – nos diversos anos da série.

Realizou-se a análise descritiva simples das séries temporais dos indicadores de receitas e despesas. Os indicadores agregados foram calculados como a síntese nacional e de cada região, ou seja, a razão dos agregados (somatório dos valores financeiros dos estados no numerador dividido pelo somatório dos respectivos números de habitantes no denominador). Assim, distinguiu-se do que seria uma medida de tendência central dos valores observados nas unidades (por exemplo, a média simples).

A variação da receita corrente líquida foi comparada com a do produto interno

---

<sup>25</sup> Neste trabalho foi realizada, como fase de despesa, a empenhada, por ser o mesmo critério que o SIOPS utiliza para cálculo do percentual mínimo aplicado em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). A despesa empenhada engloba a despesa liquidada e os restos a pagar não processados.

bruto (PIB) no período, dado obtido no IBGE. Além disso, calculou-se a dispersão relativa, que possibilitou a análise de desigualdades, por meio do coeficiente de variação, que foi calculado como a razão entre o desvio padrão e a média (a partir das regiões, considerando a dispersão entre os estados de cada uma delas e como um todo; e, por sua vez, no quadro nacional foi considerada a dispersão entre as cinco regiões).

Quadro 3 – Receitas por categoria econômica, espécie e rubrica.

<b>Receitas por Categoria Econômica, Espécie e Rubrica</b>	
<b>1.0.00.00.00</b>	Receitas Correntes
<b>1.1.12.04.00</b>	Imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza
<b>1.1.12.05.00</b>	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA
<b>1.1.12.07.00</b>	Imposto sobre Transmissão de <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e Direitos (ITCMD)
<b>1.1.13.02.00</b>	Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Bens de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e Comunicações (ICMS)
<b>1.1.20.00.00</b>	Taxas
<b>1.1.30.00.00</b>	Contribuição de Melhoria
<b>1.2.10.00.00</b>	Contribuições Sociais
<b>1.2.2.0.00.00</b>	Contribuições de Intervenção no Domínio Econômico
<b>1.3.28.00.00</b>	Remuneração dos Investimentos do Regime Próprio de Previdência do Servidor
<b>1.6.00.00.00</b>	Receitas de Serviços
<b>1.6.00.05.00</b>	Serviços de Saúde
<b>1.6.00.16.00</b>	Serviços Educacionais
<b>1.7.21.01.01</b>	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal (FPE)
<b>1.7.21.01.12</b>	Cota-Parte do Imposto Sobre Produtos Industrializados – Estados Exportadores de Produtos Industrializados
<b>1.7.2.1.01.30.00</b>	Cota-Parte da Contribuição do Salário-Educação
<b>1.7.21.01.32</b>	Cota-Parte do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro ou Relativas a Títulos ou Valores Mobiliários e Comercialização do Ouro
<b>1.7.21.33.00</b>	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) – Repasses Fundo a Fundo
<b>1.7.21.34.00</b>	Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)
<b>1.7.21.35.00</b>	Transferências de Recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação – FNDE
<b>1.7.21.36.00</b>	Transferências Financeira do ICMS – Desoneração – LC nº 87/96
<b>1.7.21.37.00</b>	Transferências a Consórcios Públicos
<b>1.7.22.33.00</b>	Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde – Repasse Fundo a Fundo
<b>1.7.22.37.00</b>	Transferências a Consórcios Públicos
<b>1.7.23.01.00</b>	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde (SUS)
<b>1.7.23.37.00</b>	Transferências a Consórcios Públicos
<b>1.7.24.00.00</b>	Transferências Multigovernamentais
<b>1.7.60.00.00</b>	Transferências de Convênios
<b>1.7.61.01.00</b>	Transferências de Convênios da União para o Sistema Único de Saúde (SUS)

<b>1.7.61.02.00</b>	Transferências de Convênios da União Destinadas a Programas de Educação
<b>1.7.62.01.00</b>	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde (SUS)
<b>1.7.62.02.00</b>	Transferências de Convênios dos Estados Destinadas a Programas de Educação
<b>1.7.63.01.00</b>	Transferências de Convênios dos Municípios para o Sistema Único de Saúde (SUS)
<b>1.7.63.02.00</b>	Transferências de Convênios dos Municípios Destinadas a Programas de Educação
<b>1.7.70.00.00</b>	Transferências para o Combate à Fome
<b>1.9.11.00.00</b>	Multas e Juros de Mora dos Tributos
<b>1.9.13.00.00</b>	Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos
<b>1.9.31.00.00</b>	Receita da Dívida Ativa Tributária
<b>9.1.1.12.05.00</b>	Dedução da Receita de IPVA para a Formação do Fundeb
<b>9.1.1.12.07.00</b>	Dedução de Receita de ITCD para a Formação do Fundeb
<b>9.1.1.13.02.00</b>	Dedução de receita de ICMS para a Formação do Fundeb
<b>9.1.7.21.01.01</b>	Dedução de Receita para a Formação do Fundeb- FPE
<b>9.1.7.21.01.12</b>	Dedução de Receita para a Formação do Fundeb- IPI Exportação
<b>9.1.7.21.09.01</b>	Dedução de Receita para a Formação do Fundeb – ICMS Desoneração – Lei Complementar 87/96

Fonte: FINBRA. Elaboração Própria.

Quadro 4 – Quadro demonstrativo de despesas da saúde.

<b>Despesas</b>	
<b>3.0.00.00.00.00</b>	Despesas Correntes
<b>3.1.00.00.00.00</b>	Pessoal e Encargos Sociais
<b>3.2.00.00.00.00</b>	Juros e Encargos da Dívida
<b>3.3.00.00.00.00</b>	Outras Despesas Correntes
<b>4.0.00.00.00.00</b>	Despesas de Capital
<b>4.4.00.00.00.00</b>	Investimentos
<b>4.5.00.00.00.00</b>	Inversões Financeiras
<b>4.6.00.00.00.00</b>	Amortização da Dívida

Fonte: SIOPS. Elaboração Própria.

Quadro 5 – Indicadores utilizados do estudo: definição, interpretação, método e fórmula de cálculo, e fonte de dados.

<b>Indicador</b>	<b>Definição</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fórmula de cálculo</b>	<b>Fonte dos Dados</b>
1. Receita Corrente Líquida (RCL) <i>Per Capita</i>	Receita corrente deduzidas as transferências constitucionais e as contribuições sociais por habitante (em R\$).	Indica os recursos orçamentários que o estado dispõe para a execução das despesas das atividades dos órgãos da administração pública.	Numerador: receita corrente realizada menos o somatório das transferências constitucionais e das contribuições sociais. Denominador: população total residente.	$\{1.0.00.00.00 - [(0,5 * 1.1.12.05.00) + (0,25 * 1.1.13.02.00) + (0,25 * 1.7.21.01.12) + 9.1.1.12.05.00 + 9.1.1.12.07.00 + 9.1.1.13.02.00 + 9.1.7.21.01.01 + 9.1.7.21.01.12 + 9.1.7.21.09.01] - 1.2.10.00.00\} / \text{população do estado.}$	Numerador: FINBRA Denominador: IBGE
2. Percentual de Receitas Diretamente Arrecadadas	Percentual da receita diretamente arrecadada em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância de recursos diretamente arrecadados (impostos, taxas, contribuições, multas e juros de mora) como fonte de receita orçamentária.	Numerador: somatório das receitas realizadas oriundas de impostos, taxas, contribuições e multas X 100. Denominador: RCL.	$[1.1.12.04.00 + (0,5 * 1.1.12.05.00) + 1.1.12.07.00 + (0,75 * 1.1.13.02.00) + 1.1.20.00.00 + 1.1.30.00.00 + 1.2.2.0.00.00 + 1.6.00.00.00 + 1.9.11.00.00 + 1.9.13.00.00 + 1.9.31.00.00] / \text{RCL} * 100.$	Finbra
3. Percentual de Transferências Redistributivas	Percentual de receitas de transferências federais redistributivas em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância das transferências federais redistributivas recebidas como fonte de receita orçamentária; as transferências federais redistributivas são aquelas voltadas para reduzir as desigualdades da capacidade de gasto entre os estados.	Numerador: transferências financeiras recebidas oriundas da Cota-Parte do FPE X 100. Denominador: RCL.	$1.7.21.01.01 / \text{RCL} * 100.$	Finbra
4. Percentual de Transferências Compensatórias	Percentual de transferências federais compensatórias recebidas em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância das transferências federais compensatórias como fonte de receita orçamentária; as transferências federais compensatórias são aquelas voltadas para compensação da perda de receita decorrente da isenção do ICMS sobre exportações.	Numerador: somatório das transferências financeiras realizadas oriundas do ICMS + desoneração Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir) + 75% do IPI-Exportação X 100. Denominador: RCL.	$[1.7.21.36.00 + (0,75 * 1.7.21.01.12)] / \text{RCL} * 100.$	Finbra
5. Percentual de Receitas Vinculadas à Saúde	Percentual de receitas vinculadas à saúde em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância dos recursos vinculados à saúde como fonte de receita orçamentária; as receitas vinculadas à saúde são aquelas voltadas para financiamento exclusivo do setor.	Numerador: somatório das receitas realizadas vinculadas à saúde (transferências do SUS; convênios; prestação de serviços, entre outros) X 100. Denominador: RCL.	$[(1.7.21.33.00) + (1.7.22.33.00) + (1.7.23.01.00) + (1.7.61.01.00) + (1.7.62.01.00) + (1.7.63.01.00) + (1.6.00.05.00)] / \text{RCL} * 100.$	Finbra

6. Despesa em Saúde <i>Per Capita</i>	Gasto público total em saúde por habitante (em R\$).	Equivale ao gasto público total em saúde, sob responsabilidade do estado, advindo de todas as fontes.	Numerador: despesa empenhada em saúde advinda de todas as fontes (impostos, transferências do SUS, operações de créditos, entre outras). Denominador: população total residente.	3.3.0.00.00.00.00 + 3.4.0.00.00.00.00 – 3.3.1.90.01.00.00 – 3.3.1.90.03.00.00 / população do estado.	Numerador: SIOPS Denominador: IBGE
7. Percentual da Receita Própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	Percentual das Despesas com ASPS/ Receitas Próprias	Indica o percentual de recursos próprios gastos pelo estado em ações e serviços de saúde; os recursos próprios englobam os impostos arrecadados diretamente pelo estado e os impostos transferidos pelas outras esferas de governo.	Numerador: despesas totais empenhadas em saúde subtraídas das receitas de transferências do SUS, operações de crédito e de outras fontes. Denominador: soma dos impostos arrecadados pelo estado e impostos transferidos pela União subtraídos dos impostos transferidos para os municípios.	3.3.1.00.00.00.00 +3.3.2.00.00.00.00 + 3.3.3.00.00.00.00 +3.4.4.00.00.00.00 + 3.4.5.00.00.00.00 3.4.6.00.00.00.00 (-) 3.3.1.90.01.00.00 - 3.3.1.90.03.00.00 - 4.1.6.00.05.01.00 - 4.1.6.00.05.02.00 - 4.1.6.00.05.03.00 - 4.1.6.00.05.04.00 - 4.7.6.00.05.00.00 - 4.1.7.21.33.00.00 - 4.1.7.61.01.00.00 - 4.2.4.21.01.00.00 - 4.2.4.71.01.00.00 - 4.1.7.21.33.99.00 - 4.1.6.00.05.09.02 - 4.1.7.62.01.00.00 - 4.2.4.72.01.00.00 - 4.1.7.22.33.00.00 - 4.2.4.22.01.00.00 - 4.1.7.22.99.10.00 - 4.1.6.00.05.09.03 - 4.1.7.23.02.00.00 - 4.1.7.63.01.00.00 - 4.2.4.73.01.00.00 - 4.1.7.23.01.00.00 - 4.2.4.23.01.00.00 - 4.1.6.00.05.09.04 - 4.1.7.23.03.00.00 - 4.1.3.25.01.03.00 - 4.1.6.00.05.09.05 - 4.1.6.00.05.99.00 - 4.2.1.14.02.00.00 - 4.2.1.23.02.00.00 / 4.1.1.12.05.00.00 + 4.1.1.12.04.00.00+4.1.1.12.07.00.00 + 4.1.1.13.02.00.00 + 4.7.1.13.02.00.00 + 4.1.9.11.20.00.00 + 4.1.9.11.41.00.00 + 4.1.9.11.42.00.00 + 4.1.9.11.99.00.00 + 4.1.9.13.14.00.00 + 4.1.9.13.15.00.00 + 4.1.9.13.20.00.00 + 4.1.9.13.99.00.00 + 4.1.9.31.14.00.00 + 4.1.9.31.15.00.00 + 4.1.9.31.20.00.00 + 4.1.7.21.01.01.00 + 4.1.7.21.01.12.00 + 4.1.7.21.36.00.00 - 3.3.3.40.81.00.01 - 3.3.3.40.81.00.02 - 3.3.3.40.81.00.03.	SIOPS

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Todos os recursos foram ajustados para valores de dezembro de 2016 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na construção do banco de dados, a partir do Finbra, foram observadas as seguintes particularidades:

- Em 2006 não foram encontrados os seguintes códigos: (1) 1.3.28.00.00 (Remuneração dos Investimentos do Regime Próprio de Previdência do Servidor), porque nesse ano não havia regime próprio; (2) 1.7.21.36.00 (Transferência Financeira do ICMS – Desoneração – LC nº 87/96) – não aparece nesse ano porque não era aberta, esta rubrica aparecia como “Outras Transferências da União; (3) 1.7.21.37.00, 1.7.22.37.00, 1.7.23.37.00 (todos os três são Transferências a Consórcios Públicos) – neste ano também não apareciam e o valor dessas rubricas é muito irrisório; (4) 9.1.1.12.05.00 (Dedução da Receita de IPVA para a Formação do Fundeb); 9.1.1.12.07.00 (Dedução de Receita de ITCD para a Formação do Fundeb) – não existiam em 2006 as deduções de IPVA e ITCD para Fundeb, que até 2006 era Fundef. A partir de 2007, com a passagem de Fundef para Fundeb, começou a deduzir para ITCD, IPVA, etc.;
- Os códigos 1.6.00.05.00 (Serviços de Saúde); 1.6.00.16.00 (Serviços Educacionais) não aparecem em 2006, 2007, 2008 e 2009. Essas rubricas durante esses anos apareciam todas no item “Receitas de Serviços” (1.6.00.00.00). O relatório orçamentário e fiscal durante esses anos não era muito desagregado e essas contas apareciam todas juntas;
- Nos anos de 2006 a 2012 não foi identificado o código 1.7.2.1.01.30.00 (Cota-Parte da Contribuição do Salário-Educação). Este código só aparece a partir de 2013. Essas receitas geralmente ficavam dentro do FNDE (17213500) ou em outras transferências da União (17219900), já que não havia muito detalhamento das receitas. Foi observado pelas receitas dos anos mais recentes que essas rubricas impactam muito pouco no orçamento;
- Nos anos de 2006 a 2009 os códigos 1.9.11.00.00 (Multas e Juros de Mora dos Tributos) e 1.9.13.00.00 (Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa dos Tributos) não aparecem. Como já explicado anteriormente, o relatório da execução orçamentária não era muito aberto, e provavelmente essas receitas podem estar em receitas diversas (1.9.90.00.00);
- No ano de 2013 não foram encontrados no banco de dados do Finbra os códigos 9.1.1.12.05.00, 9.1.1.12.07.00, 9.1.1.13.02.00, 9.1.7.21.01.01 e 9.1.7.21.01.12.

Essas rubricas estavam com a numeração de 11.12.05.00.00, 11.12.07.00.00, 11.13.02.00.00, 1.7.2.1.01.01.00, 1.7.2.1.01.12.00, respectivamente. A rubrica 9.17.21.09.01 não consta em 2013.

- Nos anos de 2014, 2015 e 2016 o código 1.1.30.00.00 (Contribuição de Melhoria) não aparece na maioria dos estados e, quando aparece, geralmente é zero ou valores irrisórios.
- O código 1.7.2.1.01.30.00 (Cota-Parte da Contribuição do Salário-Educação) só aparece em dois estados no ano de 2015 e não aparece nos anos de 2014 e 2016. Nos outros anos em que está presente, os valores são iguais a zero, assim como os códigos: 1.7.21.37.00 (Transferências a Consórcios Públicos), 1.7.22.33.00 (Transferências de Recursos do Estado para Programas de Saúde – Repasse Fundo a Fundo), 1.7.22.37.00, 1.7.23.37.00 (Transferências a Consórcios Públicos), 1.7.62.01.00 (Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde – SUS), 1.7.70.00.00 (Transferências para o Combate à Fome). Observou-se que os valores são muito irrisórios ou nulos, não sendo de grande relevância no orçamento.

A segunda etapa do estudo consistiu na realização de estudo de caso do estado do Espírito Santo a fim de identificar os fatores que influenciam o planejamento e a execução do orçamento público na área da saúde.

O estudo de caso é definido por Creswell (1994, p. 12 apud GIL, 2009, p. 6) como o processo em que “o pesquisador explora uma simples entidade ou fenômeno limitado pelo tempo e atividade (um programa, evento, processo, instituição ou grupo social) e coleta detalhada informação utilizando uma variedade de procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo definido”. O estudo de caso busca compreender fenômenos sociais complexos, preservando as características gerais e significativas dos eventos da vida real (YIN, 2001). Este delineamento de pesquisa permite estudar uma instituição ou grupo em profundidade e considerar as suas múltiplas dimensões. Utilizam-se, para isso, diversos métodos ou técnicas de coleta de dados, tais como análise de documentos, observação e entrevistas (GIL, 2009).

O estado do Espírito Santo foi escolhido por ter se mostrado como um dos estados mais equilibrados em termos fiscais e por ter apresentado uma continuidade de governo no período do estudo. O estado passou por uma crise política no final dos anos 1990, em que multinacionais anunciaram o fechamento de suas fábricas por alegarem cobrança de

propinas para liberação de financiamentos retidos. O estado não possuía dinheiro em caixa no início de 2003, apresentava uma dívida com o funcionalismo devido a atraso de dois meses de salário e acumulava um déficit de cerca de R\$1,2 bilhão. Essa crise foi sendo superada nos primeiros meses de 2003 por meio da reorganização das finanças da administração estadual. Com equilíbrio financeiro, o estado, a partir de 2005, começou a expandir sua capacidade de investimento nas áreas de saúde, educação, segurança e infraestrutura. Entre 2003 e 2006, os investimentos com receitas próprias aumentaram de 1% para 12% (ESPÍRITO SANTO, 2006).

O Espírito Santo, segundo dados da Secretaria do Tesouro Nacional (2018), foi considerado o único estado a conseguir nota máxima (A) quanto à Capacidade de Pagamento (Capag) do Estado<sup>26</sup>. Este resultado leva em consideração três principais indicadores: endividamento, poupança corrente e liquidez. Tal aspecto demonstra o aspecto fiscal controlado do estado nos últimos anos.

A estabilidade e continuidade governamental esteve relacionada aos ciclos de governo em que foram eleitos candidatos que possuíam uma ampla coligação e que mantiveram uma rede de apoio entre eles. Com isso, observou-se certa continuidade nos programas de governo, assim como nos instrumentos de planejamento.

Realizou-se uma análise mais aprofundada da evolução das receitas e despesas no estado com base nos indicadores selecionados previamente, procurando-se verificar como o Espírito Santo se comportava em relação aos demais.

Para embasar o estudo de caso, foram analisados documentos referentes aos planos estaduais de saúde, aos Planos Plurianuais (PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), à Lei Orçamentária Anual (LOA), aos relatórios de gestão, relatórios de avaliação e monitoramento, relatórios de execução orçamentária e outros documentos oficiais obtidos nas secretarias estaduais, além de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado de Economia e Planejamento e Secretaria de Estado da Fazenda.

Foram incluídos, para a análise da política de saúde, os Planos Estaduais e os PPA referentes aos anos de 2004 -2007, 2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019. Como o estudo se desenvolve no período de 2006 a 2016, as análises da execução orçamentária, das LOA,

---

<sup>26</sup> A nota da Capacidade de Pagamento (Capag) de estados e municípios acima de 100 mil habitantes faz parte de uma seção do Boletim de Finanças dos Entes Subnacionais, documento publicado anualmente pela Secretaria do Tesouro Nacional, desde 2016. Tem como objetivo colaborar para o processo de sustentabilidade fiscal dos entes federativos e ampliar a transparência das relações federativas. O boletim contém as informações fiscais de estados e Distrito Federal de forma agregada e a nota da Capag em seção específica.

das LDO e demais documentos se restringiram ao período do estudo, embora no decorrer do estudo façam referência aos quatro anos dos PPA.

No intuito de ter um maior aprofundamento das entrevistas e a visão dos gestores acerca do processo de gestão político-orçamentária, fez-se a opção de dedicar um capítulo específico aos desafios que acometem a gestão, o planejamento, o financiamento e a execução no estado sob a visão dos gestores.

No total, foram realizadas 11 entrevistas semiestruturadas, distribuídas da seguinte forma: secretário de saúde (1), secretário de economia e planejamento (1), subsecretário da saúde (1), subsecretário de economia e planejamento (1), secretária executiva da CIB (1), subsecretário da fazenda (1), gerentes da saúde (4) e técnico da área de financiamento da saúde<sup>27</sup> (1). Todos os informantes-chave foram selecionados por seu cargo/função ocupada e sua relação com o tema em questão. Na saúde, alguns foram selecionados também pelo seu tempo de atuação na atenção à saúde no estado. O subsecretário de economia e planejamento e a gerente do Fundo Estadual de Saúde solicitaram em suas entrevistas a participação, respectivamente, da gerente de programação e gestão e da técnica da área de orçamento. Essas pessoas complementaram algumas informações a respeito das perguntas realizadas.

As entrevistas tanto com os profissionais da Secretaria de Estado da Saúde como das Secretarias de Estado de Economia e Planejamento e da Fazenda procuraram englobar as questões que envolviam o orçamento do estado, bem como as áreas prioritárias para implementação da política de saúde. Na Secretaria de Estado da Saúde, as questões foram mais direcionadas para as áreas priorizadas na política de saúde e seu financiamento, definição do orçamento da saúde, recursos do Fundo Estadual de Saúde (FES), avanços e dificuldades da implantação dessas áreas (Apêndice I). Já nas outras duas secretarias, as questões estiveram voltadas ao orçamento estadual de uma forma mais geral, às áreas prioritárias no orçamento, nos investimentos, avanços e dificuldades do orçamento, com o fim de analisar a prioridade da saúde no estado (Apêndice II).

Os entrevistados não são identificados por nome na apresentação dos resultados da pesquisa, e sim pela denominação Gestor<sup>28</sup> SESA, que equivale à Secretaria de Estado da

---

<sup>27</sup> Esse profissional foi indicado por um subsecretário. A entrevista estava agendada com o subsecretário, que, ao verificar o roteiro de entrevistas, achou melhor que o técnico respondesse.

<sup>28</sup> A designação de gestor foi escolhida para que os profissionais não fossem identificados. Como são restritos os informantes-chave por cargo e como todos ocupam cargos relacionados à gestão, optou-se por utilizar esta denominação.

Saúde, e Gestor SEP<sup>29</sup> correspondendo à Secretaria de Economia e Planejamento. Todos os entrevistados procederam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices III e IV).

Neste aspecto, foi tomado todo o cuidado pelo pesquisador, ao longo da descrição e análise das entrevistas, a fim de garantir a não identificação dos sujeitos da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e também pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Procedeu-se, então, à análise por agregação temática.

---

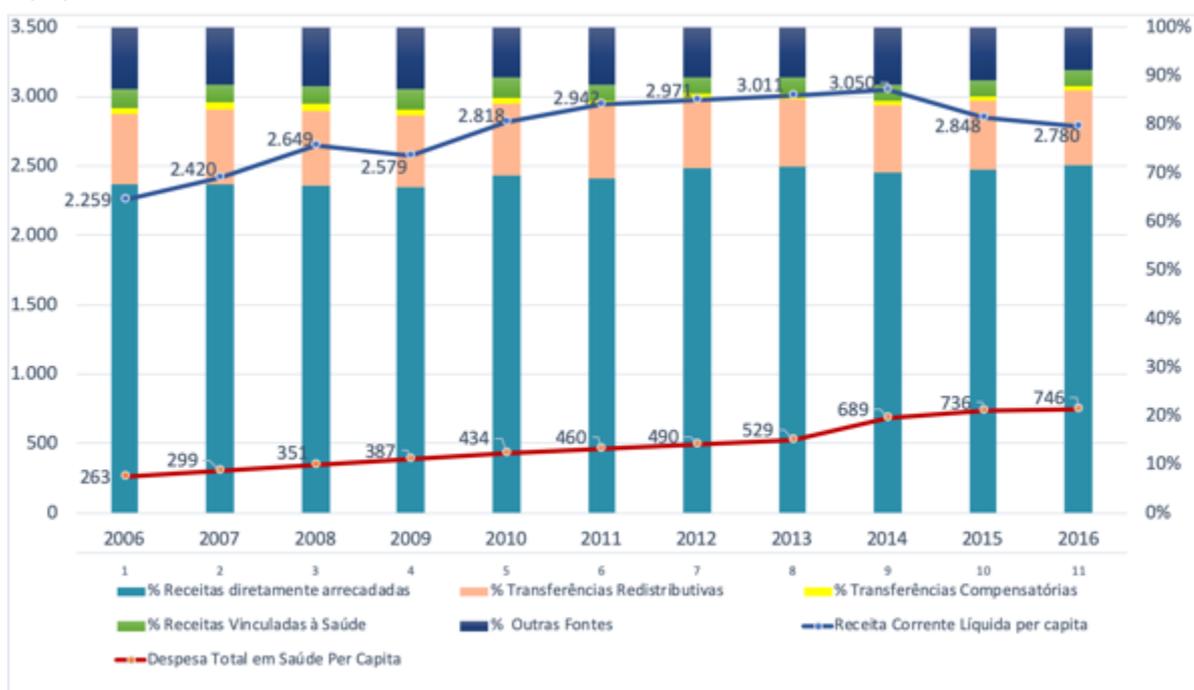
<sup>29</sup> O termo Gestor economia foi considerado por envolver os gestores da Secretaria de Economia e Planejamento e da Secretaria da Fazenda.

## 5. CONDIÇÕES DE FINANCIAMENTO E GASTO EM SAÚDE: O CENÁRIO NACIONAL E O ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

### 5.1 PADRÕES REGIONAIS E TENDÊNCIAS DAS RECEITAS E DESPESAS ESTADUAIS EM SAÚDE<sup>30</sup>

No período de 2006 a 2016, observou-se tendência de crescimento da Receita Corrente Líquida *per capita* (RCLpc) dos estados brasileiros, com quedas em anos específicos (2009, 2015 e 2016) (Figura 1). Entretanto, de forma geral, os patamares da RCLpc em 2016 foram superiores aos de 2006. A Despesa Total em Saúde *per capita* (DTSpc) apresentou comportamento distinto da receita, com tendência de crescimento constante ao longo dos anos e incremento acentuado a partir de 2014.

Figura 1– Evolução das receitas e da despesa total em saúde dos estados. Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria. Eixo da esquerda se refere aos valores *per capita* e o eixo da direita aos valores percentuais.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<sup>30</sup> O produto desta seção foi um artigo já aceito e disponível on-line na Revista Ciência e Saúde Coletiva. O título do artigo é “Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros”. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/crise-e-federalismo-tendencias-e-padrees-regionais-das-receitas-e-despesas-em-saude-dos-estados-brasileiros/17345?id=17345>.

A Tabela 1 mostra a taxa de crescimento real do PIB do Brasil e da RCL total para o conjunto dos estados e seus agregados regionais. No período analisado, a RCL teve taxa de crescimento superior à do PIB nacional para os estados e as regiões, exceto o SE. Entretanto, o agregado dos estados apresentou taxas de crescimento negativas nos anos de 2009 (-1,7), 2015 (-5,9) e 2016 (-1,6) e, com exceção de 2016, inferiores à taxa de crescimento do PIB Brasil que nesses anos também se apresentou negativa (-0,1; -3,5 e -3,3, respectivamente). Em 2009, N, CO e SE tiveram resultados seguindo essa tendência nacional. Em 2015, todas as regiões apresentaram valores negativos da taxa de crescimento da RCL e inferiores ao PIB Brasil, excetuando-se a região S. A região CO foi a que apresentou as maiores oscilações de valores (Tabela 1).

Os recursos diretamente arrecadados foram as principais fontes de receita orçamentária dos estados (em média, cerca de 69% da RCL), seguidos das transferências redistributivas (em média, cerca de 15%) (Figura 1). Não houve variação significativa da participação proporcional das diferentes fontes de RCL, com exceção de ligeira queda dos recursos diretamente arrecadados em 2008, 2011 e 2014, e das oscilações ao longo dos anos no caso das outras fontes de receitas (variação de 9% a 13%). As receitas vinculadas à saúde representaram, em média, cerca de 4% da RCL.

Tabela 1 – Evolução da taxa de crescimento real do produto interno bruto do Brasil e da receita corrente líquida dos estados (total e por região). Brasil, 2006 a 2016 .

Ano	Taxa de crescimento real do PIB do Brasil (%)	Taxa de crescimento real da RCL total dos Estados (%)	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
<b>2006</b>	<b>4,0</b>						
<b>2007</b>	6,1	5,5	8,3	3,2	9,0	6,0	3,8
<b>2008</b>	5,1	12,8	16,1	12,4	15,1	12,2	12,7
<b>2009</b>	-0,1	-1,7	-2,7	0,2	-0,9	-3,0	0,4
<b>2010</b>	7,5	8,9	6,9	9,4	4,8	9,6	8,8
<b>2011</b>	4,0	5,3	12,6	5,7	10,2	3,7	4,0
<b>2012</b>	1,9	1,8	3,9	1,7	6,0	0,9	1,9
<b>2013</b>	3,0	4,3	1,6	9,7	-2,9	3,2	6,0
<b>2014</b>	0,5	2,8	4,0	-0,2	28,4	-1,5	10,2
<b>2015</b>	-3,5	-5,9	-6,7	-4,8	-18,7	-5,0	-2,8
<b>2016</b>	-3,3	-1,6	4,9	3,7	10,5	-7,2	-0,9
<b>Média 2006 a 2016</b>	<b>2,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>1,7</b>	<b>4,3</b>

Fonte: Finbra (receitas) e IBGE (PIB). Elaboração própria.

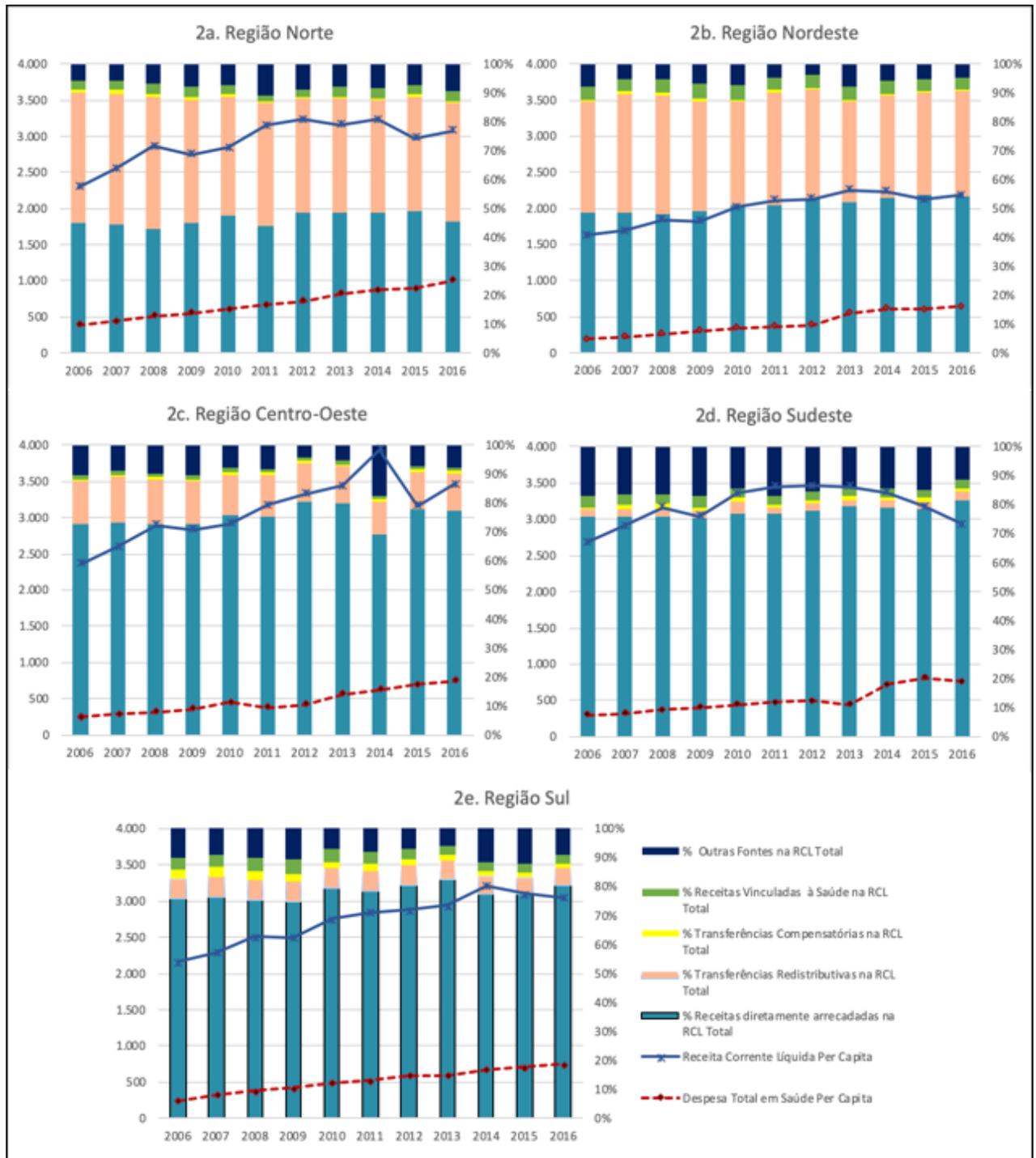
Nota: Receitas realizadas ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Figura 2 evidencia distintos padrões regionais dos indicadores de receita e da despesa total em saúde dos estados. As regiões SE e CO apresentaram os maiores valores de RCLpc. Este indicador apresentou tendência de crescimento em praticamente todas as regiões com queda em anos específicos (2009, 2013 e 2015), exceto na região SE, cuja diminuição da receita pode ser observada a partir de 2013. A DTSp acompanhou a tendência de crescimento, porém, sem oscilações, exceto em 2011 (região CO) e 2013 (regiões SE e S). A região N apresentou a maior despesa em saúde e a região NE a menor (Figura 2).

Em relação à participação proporcional das fontes de receita, os estados do N e NE apresentaram os maiores percentuais de transferências redistributivas (em média, cerca de 42% e 38%, respectivamente), se comparados a outras regiões (14% no CO, 3% no SE e 7% no S), que apresentaram maiores percentuais de recursos diretamente arrecadados (em média, 75%, 78% e 78%, respectivamente). As receitas vinculadas à saúde foram baixas

em todas as regiões, variando de 1% (CO) a 5% (NE). As outras fontes de receita foram as que apresentaram as maiores oscilações entre as regiões (Figura 2).

Figura 2 – Evolução das receitas e despesa total em saúde dos estados segundo região. Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria. Eixo da esquerda se refere aos valores *per capita* e o eixo da direita aos valores percentuais.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em 2009, todas as regiões apresentaram diminuição da participação proporcional das transferências redistributivas, exceto o Sul. Os estados do CO foram os que apresentaram maiores oscilações da proporção de transferências redistributivas e de receitas de outras fontes no período estudado (Figura 2).

A Tabela 2 mostra o coeficiente de variação da RCLpc e da DTSpC para o conjunto dos estados e seus agregados regionais, bem como entre as regiões. Em ambos indicadores, as diferenças foram marcantes e com oscilações em todo o período, sendo mais acentuadas no caso da DTSpC. Entretanto, observou-se redução da desigualdade principalmente em relação à DTSpC em 2016, se comparado a 2006.

Ressalta-se que as desigualdades da RCLpc foram mais significativas nos estados da região N e CO, e da DTSpC nos estados do SE. Houve oscilações nos coeficientes ao longo do período, com tendência à redução da desigualdade, principalmente no NE e SE. Em ambos os indicadores analisados, é marcante a menor desigualdade entre os estados da região S (Tabela 2).

Tabela 2 – Coeficiente de variação da receita corrente líquida *per capita* e da despesa total em saúde *per capita* dos estados, segundo região e entre regiões (valores em %). Brasil, 2006 a 2016.

Coeficiente de Variação da RCL <i>per capita</i>							
Anos	Coeficiente de Variação da RCL <i>Per Capita</i> dos Estados, por região e total						Desigualdade entre as regiões
	N	NE	CO	SE	S	Total	
2006	42%	23%	19%	21%	6%	42%	17%
2007	40%	21%	18%	19%	6%	44%	19%
2008	43%	21%	20%	18%	9%	46%	19%
2009	43%	20%	22%	17%	9%	45%	18%
2010	37%	20%	17%	16%	9%	38%	17%
2011	39%	19%	14%	17%	8%	42%	17%
2012	35%	16%	14%	17%	5%	39%	18%
2013	36%	15%	19%	15%	3%	38%	15%
2014	39%	17%	43%	14%	9%	43%	19%
2015	35%	17%	18%	11%	6%	36%	15%
2016	37%	13%	26%	9%	1%	39%	16%
Coeficiente de Variação da Despesa em Saúde <i>Per Capita</i>							
Anos	Coeficiente de Variação da Despesa em Saúde <i>per capita</i> dos Estados, por região e total						Desigualdade entre as regiões
	N	NE	CO	SE	S	Total	
2006	36%	45%	47%	64%	24%	61%	28%
2007	39%	50%	51%	68%	7%	62%	25%
2008	40%	42%	58%	68%	11%	62%	25%
2009	41%	41%	57%	67%	15%	60%	23%
2010	38%	38%	53%	69%	15%	56%	21%
2011	40%	42%	57%	69%	15%	61%	26%
2012	43%	46%	44%	69%	20%	64%	26%
2013	41%	24%	20%	70%	4%	59%	26%
2014	43%	23%	17%	36%	4%	51%	21%
2015	40%	21%	29%	35%	5%	49%	19%
2016	37%	17%	28%	34%	5%	48%	17%

Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria.

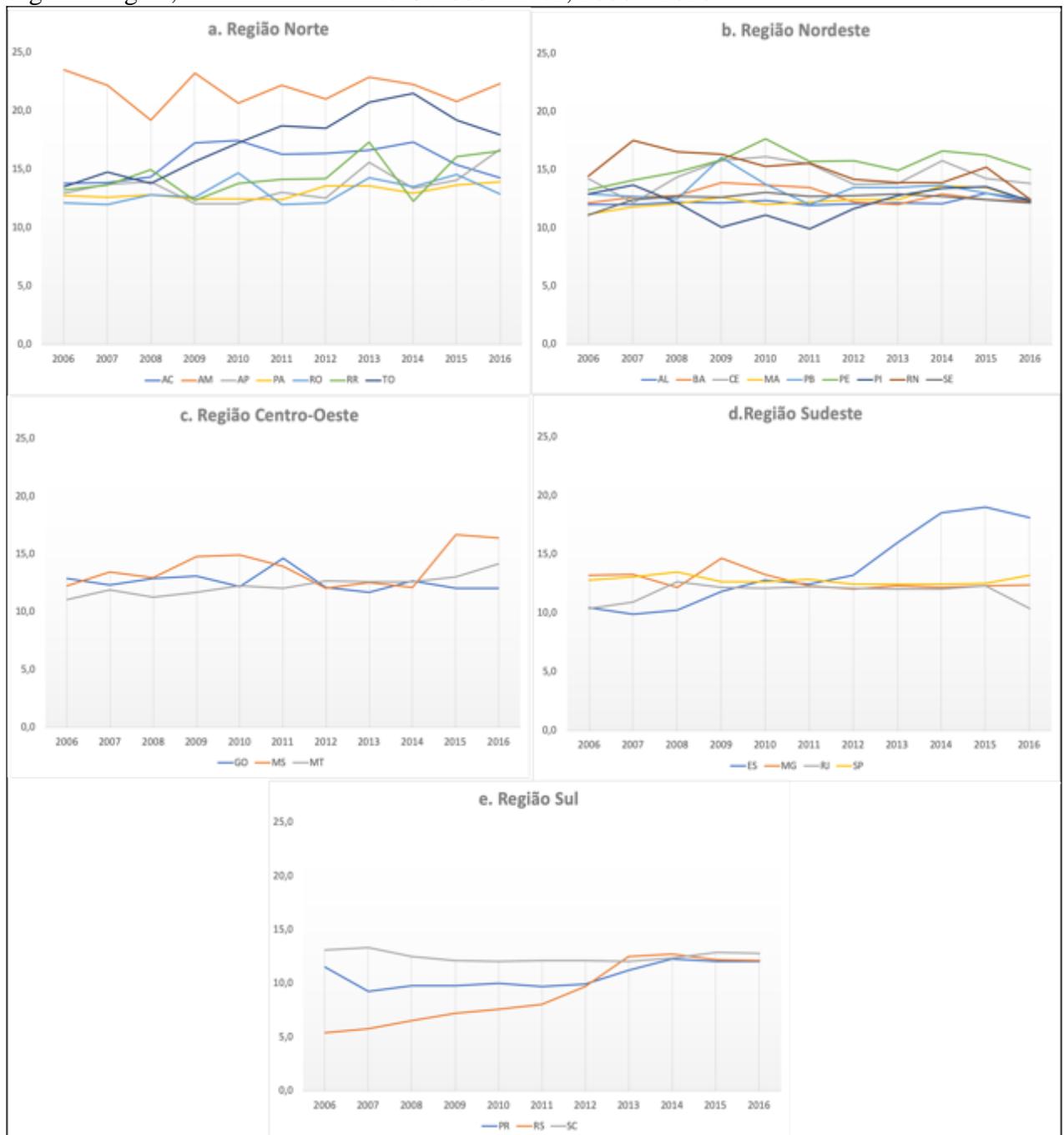
Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Figura 3 mostra o percentual de receita própria aplicada em saúde dos estados segundo região, de acordo com a EC29/2000. Em todas as regiões foram observadas oscilações. A região N apresentou os maiores percentuais e a região Sul os menores. A região N apresentou percentuais iguais ou acima de 12% em todo o período,

diferentemente das outras regiões. O estado do Amazonas exibiu os maiores percentuais com uma média de 21,8% no período.

Na região Sul chamam a atenção os baixos percentuais do estado do RS, que até 2012 apresentou valores inferiores a 9,8%, bem abaixo do obrigatório constitucionalmente (12%). Somente a partir de 2013 este estado passou a aplicar os 12%. O estado do PR, embora tenha apresentado comportamento similar, obteve um percentual de aplicação entre 9 e 11% entre os anos de 2006 e 2013.

Figura 3 – Evolução do percentual de receita própria aplicada em saúde dos estados segundo região, de acordo com a EC29/2000. Brasil, 2006 a 2016.



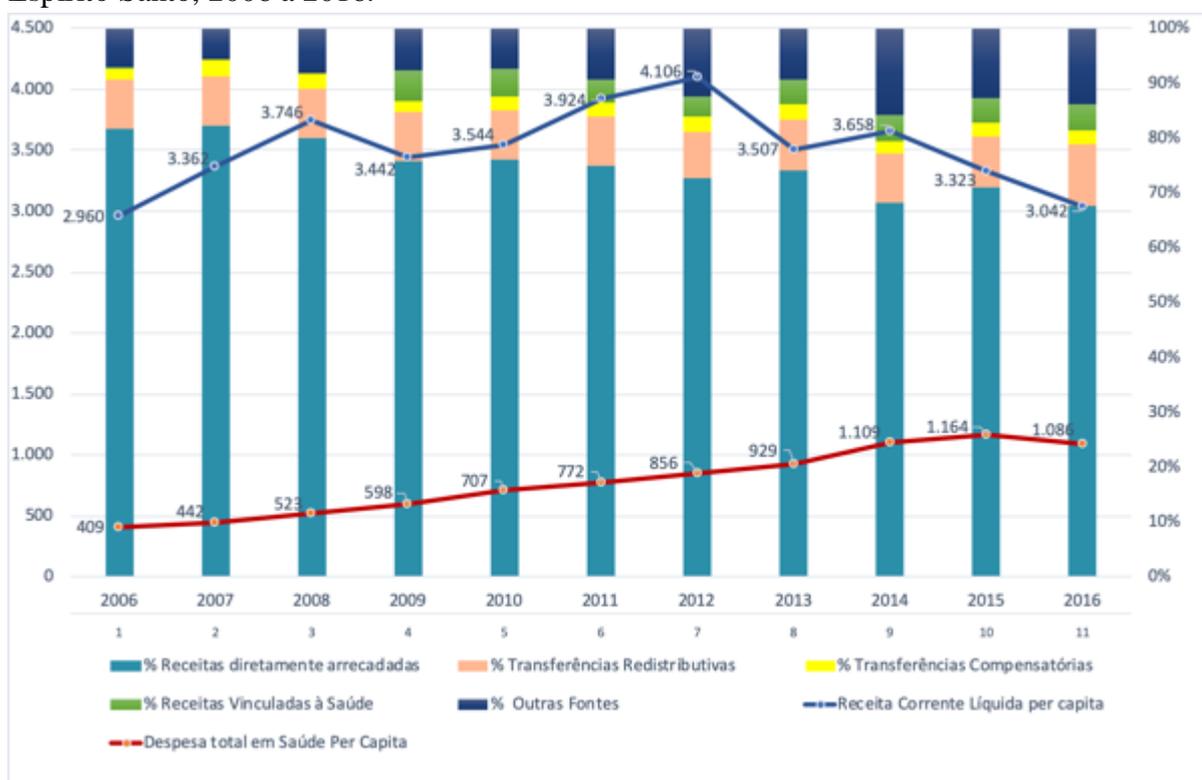
Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

## 5.2 EVOLUÇÃO DAS RECEITAS E DESPESAS EM SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

No período de 2006 a 2016, o estado do Espírito Santo apresentou oscilações da RCLpc, com crescimento e quedas significativas em anos específicos. A diminuição da RCLpc ocorreu nos anos de 2009 e 2013 e de 2015 a 2016, com um declínio acentuado no ano de 2013 (Figura 4). Mesmo assim, os patamares da RCLpc em 2016 foram ligeiramente superiores aos de 2006, como no agregado dos estados.

A DTSp do ES apresentou comportamento distinto da receita, com tendência de crescimento ao longo dos anos, exceto 2016, que exibiu queda (Figura 4).

Figura 4 – Evolução das receitas e da despesa total em saúde do estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria. O eixo da esquerda se refere aos valores *per capita* e o eixo da direita aos valores percentuais.

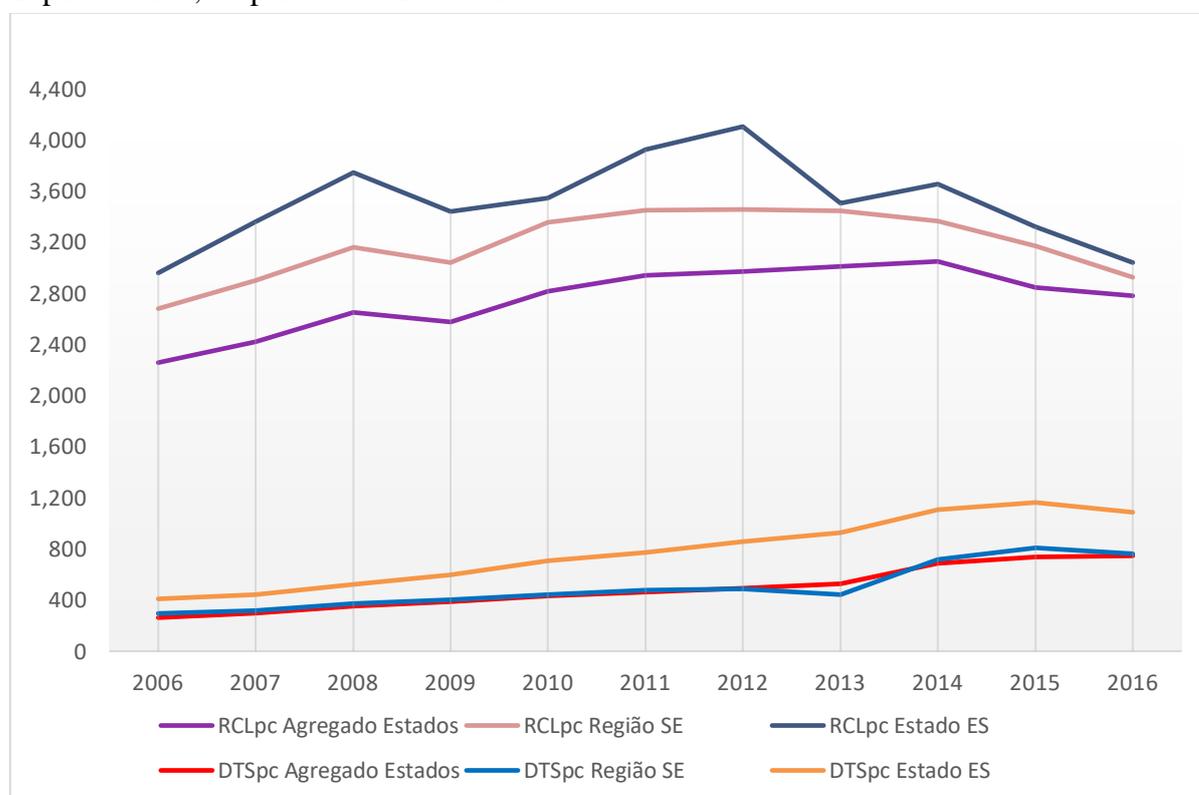
Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Na Figura 5 são comparados os valores das RCLpc e das DTSp do estado do ES com a região SE e o agregado dos estados. Os percentuais dos dois indicadores se mostraram superiores no estado do ES em relação à região SE e ao agregado dos estados em todo o período. A RCLpc no ES apresentou um comportamento mais heterogêneo com

crescimento e quedas mais acentuadas, enquanto a região SE e o agregado dos estados se mantiveram sem grandes oscilações, mesmo nos anos em que houve o decréscimo da receita. O ES e a região SE apresentaram um comportamento similar a partir de 2014 com queda na RCLpc até 2016.

A DTSp apresentou uma tendência de crescimento muito similar no ES, na região SE e no agregado dos estados, exceto no ano de 2013 em que a queda da DTSp na região SE foi mais acentuada (Figura 5).

Figura 5 – Evolução da Receita Corrente Líquida (em R\$ *per capita*) e da Despesa Total em Saúde (em R\$ *per capita*) no conjunto dos estados, na região Sudeste e no estado do Espírito Santo, no período de 2006 a 2016.



Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Tabela 3 mostra as taxas de crescimento da RCLpc e da DTSp do agregado dos estados, da região SE e do ES. No período analisado, a RCLpc apresentou taxa de crescimento que oscilou entre valores positivos e negativos, com o estado do ES apresentando as maiores oscilações e os maiores valores. O agregado dos estados, a região SE e o ES demonstraram taxa de crescimento da RCLpc negativa para nos anos de 2009,

2015 e 2016. O ES ainda apresentou taxa negativa em 2013 (-15%), a maior no período, e a região SE em 2014 (-2%).

A taxa de crescimento da DTSp não evidenciou valores negativos para o agregado dos estados, diferentemente da região Sudeste, que apresentou valores negativos em 2013 (-9%) e 2016 (-6%), e do ES em 2016 (-7%). Chamam a atenção em 2014 os valores elevados da DTSp de estados, região SE e ES que cresceram em patamares de 30%, 63% e 19% respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 – Taxa de Crescimento da receita corrente líquida *per capita* e da despesa total em saúde *per capita* dos estados, segundo região Sudeste e estado do Espírito Santo (valores em %). Brasil, 2006 a 2016.

Anos	Taxa Crescimento RCLpc			Taxa Crescimento DTSp		
	Agregado Estados	Região SE	Estado ES	Agregado Estados	Região SE	Estado ES
2006						
2007	7%	8%	14%	14%	8%	8%
2008	9%	9%	11%	17%	18%	18%
2009	-3%	-4%	-8%	10%	7%	14%
2010	9%	10%	3%	12%	10%	18%
2011	4%	3%	11%	6%	8%	9%
2012	1%	0%	5%	6%	2%	11%
2013	1%	0%	-15%	8%	-9%	9%
2014	1%	-2%	4%	30%	63%	19%
2015	-7%	-6%	-9%	7%	13%	5%
2016	-2%	-8%	-8%	1%	-6%	-7%

Fonte: Finbra (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração própria.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

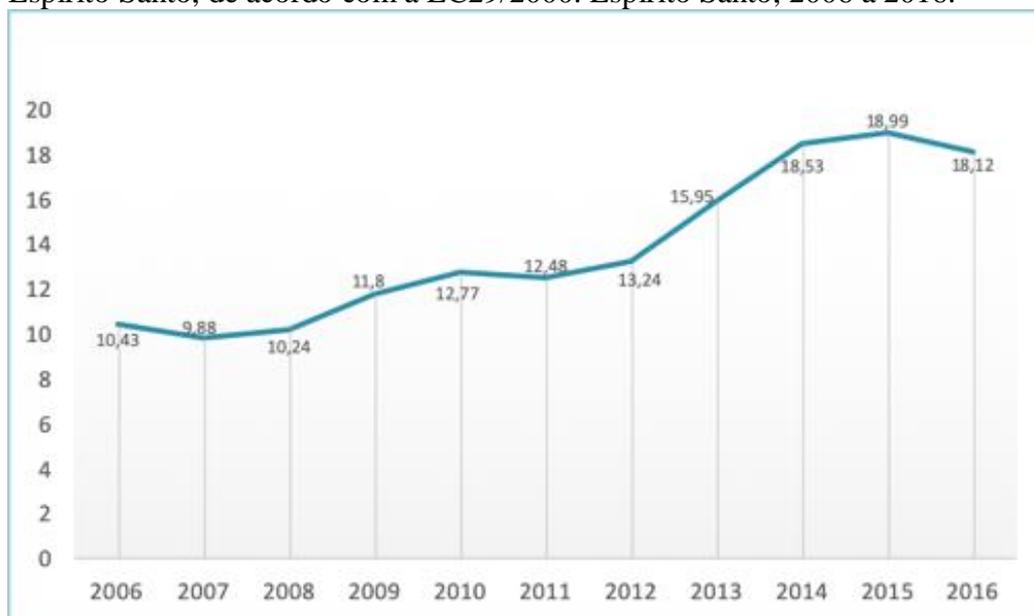
Em relação à participação das fontes de receita, o estado do ES apresentou os recursos diretamente arrecadados como sua principal fonte de receita orçamentária (em média, cerca de 75% da RCL), seguidos das transferências redistributivas (em média, cerca de 9%) (Figura 4). Os índices médios do ES apresentaram diferenças quando comparados com o agregado dos estados e a região SE. Os recursos diretamente arrecadados e as transferências redistributivas demonstraram, respectivamente, média de 69% e 15% para o agregado dos estados e 78% e 3% para a região SE. Esses índices mostram que o ES, em relação às receitas diretamente arrecadadas, apresentou um percentual maior que o agregado dos estados, diferente da região SE, em que este percentual foi menor. Já em

relação às receitas redistributivas, o ES exibiu percentual menor que o agregado dos estados e, em relação à região SE, maior percentual.

As receitas diretamente arrecadadas no estado do ES apresentaram oscilações ao longo do período, com quedas de 2009 a 2012, 2014 e 2016. Assim, o percentual em 2016 de 68% foi bem inferior ao de 2006 de 82%, diferente do agregado dos estados e da região SE, em que os percentuais foram maiores. As transferências redistributivas apresentaram um comportamento diferente, terminando 2016 com um percentual maior (em torno de 11%) em relação a 2006 (9%). As receitas vinculadas à saúde e as transferências compensatórias representaram, em média, cerca de 3% da RCL. As outras fontes de receita exibiram percentuais que oscilaram entre 6 e 14% no período (Figura 4).

Em relação ao percentual de recursos próprios aplicados em saúde pela EC/29, o estado do ES, até 2009, apresentou valores inferiores a 12%. A partir de 2010, os percentuais foram aumentando gradativamente, chegando, em 2016, em 18,1%, ficando atrás somente do estado de Amazonas (Figura 6). Na comparação com a região SE, o ES demonstrou um percentual acima dos demais estados, cujo patamar se manteve em torno de 12,8%, conforme já demonstrado na Figura 3. Nos três últimos anos do período estudado (2014, 2015 e 2016), o ES esteve entre os três estados que aplicaram mais recursos próprios em saúde. Na média do período, ocupou a oitava posição, com 13,9% (Tabela 4).

Figura 6 – Evolução do percentual de receita própria aplicada em saúde no estado do Espírito Santo, de acordo com a EC29/2000. Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

A média das regiões demonstra percentuais entre 10 e 15% no período, assim discriminados: região N 15,6%, região NE 13,4%, região CO 12,9%, região SE 12,8% e região S 10,8% (Tabela 4).

Tabela 4 – Percentuais das receitas próprias aplicadas em saúde dos estados segundo região, de acordo com a EC29/2000. Brasil, 2006 a 2016.

Região N	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média dos Estados
AC	13,8	13,8	14,3	17,2	17,4	16,2	16,3	16,6	17,3	15,4	14,3	15,7
AM	23,5	22,2	19,2	23,2	20,7	22,2	21,0	22,9	22,2	20,8	22,3	21,8
AP	12,9	13,7	13,9	12,0	12,0	13,0	12,5	15,6	13,4	14,1	16,7	13,6
PA	12,7	12,6	12,8	12,4	12,5	12,4	13,5	13,5	13,0	13,7	13,9	13,0
RO	12,1	12,0	12,8	12,6	14,7	12,0	12,1	14,3	13,5	14,5	12,9	13,0
RR	13,2	13,6	15,0	12,3	13,8	14,1	14,2	17,3	12,2	16,0	16,6	14,4
TO	13,5	14,7	13,8	15,7	17,2	18,7	18,5	20,7	21,5	19,2	18,0	17,4
<b>Média da Região N</b>												15,6
Região NE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média dos Estados
AL	12,0	12,0	12,2	12,1	12,3	11,9	12,1	12,1	12,1	13,0	12,2	12,2
BA	12,2	12,6	12,8	13,9	13,7	13,4	12,2	12,0	12,9	12,5	12,3	12,8
CE	14,2	12,1	14,4	15,8	16,1	15,5	13,8	13,8	15,8	14,3	13,8	14,5
MA	11,2	11,8	12,1	12,6	12,0	12,2	12,5	12,4	13,6	13,5	12,3	12,4
PB	12,9	12,7	12,5	16,0	13,7	12,0	13,5	13,4	13,7	13,0	12,5	13,3
PE	13,2	14,1	14,8	15,8	17,6	15,7	15,7	15,0	16,6	16,2	15,0	15,4
PI	12,9	13,7	12,2	10,1	11,1	9,9	11,6	12,7	13,4	13,5	12,3	12,1
RN	14,4	17,5	16,5	16,3	15,3	15,6	14,2	13,9	13,9	15,2	12,4	15,0
SE	11,1	12,4	12,7	12,7	13,0	12,7	12,8	12,9	12,7	12,4	12,2	12,5
<b>Média da Região NE</b>												13,4
Região CO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média dos Estados
GO	12,9	12,3	12,9	13,1	12,2	14,6	12,1	11,7	12,7	12,1	12,0	12,6
MS	12,3	13,5	13,0	14,8	14,9	13,9	12,1	12,5	12,1	16,7	16,4	13,8
MT	11,1	11,9	11,2	11,7	12,3	12,1	12,7	12,6	12,6	13,0	14,1	12,3
<b>Média da Região CO</b>												12,9
Região SE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média dos Estados
ES	10,4	9,9	10,2	11,8	12,8	12,5	13,2	16,0	18,5	19,0	18,1	13,9
MG	13,2	13,3	12,2	14,7	13,3	12,3	12,0	12,3	12,2	12,3	12,4	12,7
RJ	10,4	10,9	12,6	12,2	12,1	12,2	12,1	12,0	12,1	12,3	10,4	11,8
SP	12,8	13,1	13,5	12,7	12,6	12,8	12,4	12,4	12,5	12,5	13,2	12,8
<b>Média da Região SE</b>												12,8
Região S	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Média dos Estados
PR	11,6	9,2	9,8	9,8	10,0	9,7	9,9	11,2	12,3	12,0	12,1	10,7
RS	5,4	5,8	6,5	7,2	7,6	8,0	9,7	12,5	12,7	12,2	12,1	9,1
SC	13,1	13,4	12,5	12,1	12,0	12,1	12,1	12,0	12,4	12,9	12,8	12,5
<b>Média da Região S</b>												10,8

Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Nota: Marcação em rosa demonstrando percentual inferior ao determinado constitucionalmente (12%).

## 6. GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

### 6.1 O CONTEXTO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

O estado do Espírito Santo possuía 3.972.388 habitantes em 2018 (IBGE, estimativa 2018), situando-se na sétima posição entre as 27 UF com maior densidade demográfica (85,3 habitantes por km<sup>2</sup>) do país e apresentando extensão territorial de 46.089,39 km<sup>2</sup>. Dos 78 municípios do estado, 39 (50%) possuíam até 20 mil habitantes, 34,6% entre 20 e 50 mil habitantes, 2,6% de 50 a 100 mil habitantes e 12,8% acima de 100 mil, segundo estimativas populacionais de 2018 (IBGE, 2018).

A capital Vitória é a quarta cidade com maior número de habitantes (9% dos residentes do estado), e está localizada na região metropolitana, que engloba a maior parte da população do estado (55,49%). Em 2015, o estado apresentava um contingente de 50,1% de habitantes do sexo feminino e 49,9% do sexo masculino. A taxa de crescimento da população do estado diminuiu em relação a 2015 e foi maior (1,1%) em relação à brasileira (0,8%). O grau de urbanização no estado é de 85%, e o Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,74, ocupando a sétima posição no *ranking* nacional (IJSN, 2018).

Entre 2004 e 2014, observa-se mudança na estrutura etária populacional no estado, afastando-a da forma piramidal tradicional devido ao envelhecimento gradual da população. Os dados populacionais demonstram uma diminuição da proporção da população até 9 anos (de 17,4% para 15%) e um aumento da população de 60 anos ou mais de idade (de 9,5% para 13,6%) nesse período (IJSN, 2015). Ressalta-se que o estado acompanhou a tendência nacional de transição demográfica, com diminuição da população de até 4 anos e aumento do número de idosos, especialmente do sexo feminino (BRASIL, 2018).

Em 2015, o Espírito Santo apresentava a segunda maior expectativa de vida do Brasil (77,9 anos), sendo que as mulheres exibiam uma diferença de 7,9 anos em relação aos homens (BRASIL, 2018), dado este bem diferente de 20 anos atrás, em que a expectativa de vida ao nascer era de 69,23% (RIPSA, 2012).

Em relação à taxa bruta de natalidade, ocorreu uma redução de 18,97 para 14,95 nascidos vivos para cada mil habitantes entre 2000 e 2010 (RIPSA, 2012). Com o envelhecimento da população, as doenças crônicas não transmissíveis, como as neoplasias, têm se tornado um enorme desafio para o sistema de saúde. A principal causa da mortalidade no estado são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas. Em 2015, as neoplasias apareceram ocupando a segunda causa de mortalidade atrás das causas externas, que sofreram uma redução devido a medidas de segurança implementadas pelo estado. As causas de óbitos associadas às doenças do aparelho respiratório, quarta causa de mortalidade no estado, perfizeram mais de 70% dos óbitos ocorridos no estado (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

As principais doenças transmissíveis sob vigilância no Espírito Santo são as arboviroses, com destaque para a dengue, chikunguya, infecção pelo Zika vírus, febre amarela e malária. Dos 1.649.008 casos suspeitos de dengue notificados no Brasil, 46.798 foram notificados no estado em 2015, uma incidência de 1.191 casos/100 mil habitantes,

índice considerado alto pelo Programa Nacional de Controle de Dengue (PNCD) (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

O processo de regionalização no estado se baseou no fortalecimento das regiões de saúde como espaços de gestão regional da política de saúde. O Plano Diretor de Regionalização (PDR)<sup>31</sup> foi reformulado em 2011 e dividiu o estado em quatro regiões de saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul (ESPÍRITO SANTO, 2016a) (Figura 7).

Essa divisão teve como objetivos principais: pautar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais, garantir o acesso, a resolutividade, a integralidade em todos os níveis e a qualidade das ações e serviços de saúde, diminuir as desigualdades regionais, racionalizar os gastos e otimizar a aplicação de recursos na região (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Figura 7 – Regionalização (PDR) do estado do Espírito Santo. 2011.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

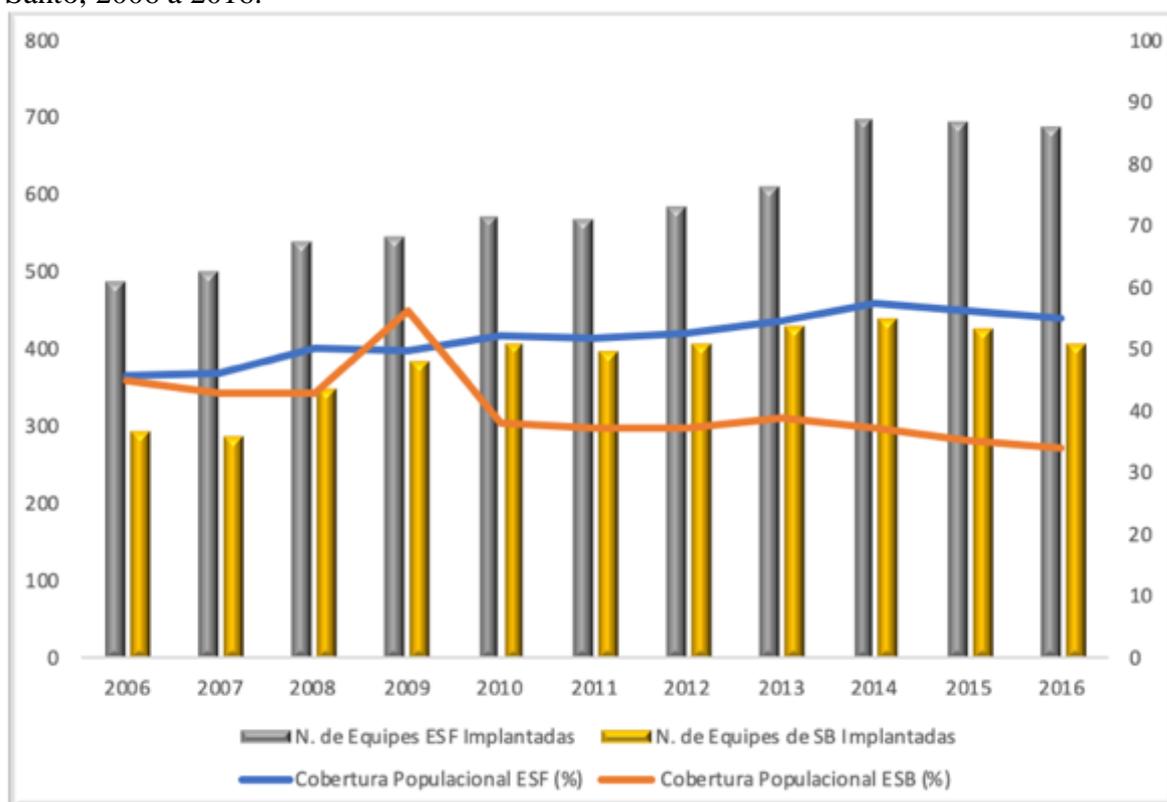
Em relação à rede de serviços, o Espírito Santo priorizou a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado. Em 2016, o número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal alcançou, respectivamente, 687 e 406, com uma cobertura populacional em torno de 55% e 34% (DAB, 2019). Observou-se um padrão de crescimento do número de equipes, tanto de Saúde da Família como da Saúde Bucal,

<sup>31</sup> Foi necessário revisar o PDR 2003 pela inadequação das distâncias e o tempo para garantia de acesso aos serviços em grandes regiões, além da escala nos pequenos municípios que impossibilitavam a estruturação de serviços de média complexidade em microrregiões de saúde.

entretanto a cobertura populacional demonstrou oscilações, principalmente na Saúde Bucal, a qual exibiu uma queda na cobertura populacional em 2010 bastante acentuada. Tal fato pode ter acontecido por mudanças de parâmetro no cálculo da cobertura populacional<sup>32</sup> (Figura 8).

O estado possui 13 Centros de Especialidades Odontológicas distribuídas nas quatro regiões, sendo que a região Sul apresenta o maior número (6); e a região Norte, o menor (1).

Figura 8 – Evolução da cobertura populacional e do número de Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal implantadas no estado do Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde.

Nota: O eixo da esquerda se refere aos números de ESF e de ESB e o eixo da direita aos percentuais das coberturas populacionais.

A rede hospitalar no ES apresenta um quantitativo de 95 unidades hospitalares, assim distribuídas quanto à natureza do estabelecimento de saúde: 1 hospital federal de ensino, 18 hospitais estaduais (4 especializados e 14 hospitais gerais), 12 públicos municipais (11 gerais e 1 especializado), 38 privados sem fins lucrativos (filantrópicos –

<sup>32</sup> O parâmetro utilizado pelo Ministério da Saúde para cálculo da cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal levava em consideração o número de 6.900 pessoas, bem diferente do parâmetro adotado a partir de 2010 de 3.450 pessoas. Levava em consideração a utilização de duas ESB para cada ESF.

35 hospitais gerais e 3 especializados) e 26 privados com fins lucrativos contratados (24 hospitais gerais e 2 especializados) (CNES, 2016).

Essa rede hospitalar totaliza 8.087 leitos ofertados à população capixaba; destes, 6.344 (78%) são disponibilizados ao SUS. Ao analisar a distribuição de leitos por região, observou-se uma maior concentração de leitos na região metropolitana, tanto do total (4.743 leitos) quanto daqueles disponibilizados ao SUS (3.400 leitos). A região Norte apresenta o menor número de leitos (CNES, 2016; ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Ao realizar a estratificação de porte, verificou-se que dos 74 hospitais que disponibilizavam leitos ao SUS, 29 possuíam até 50 leitos, considerados hospitais de pequeno porte, 25 apresentavam mais de 50 leitos até 100, e 20 eram hospitais com mais de 100 leitos (CNES, 2016; ESPÍRITO SANTO, 2016a).

O estado passou de uma economia primária exportadora, instituída na monocultura cafeeira nos anos 1960, para uma economia industrial, já nos anos 1980. O Espírito Santo apresentou nos últimos anos forte crescimento, estimulado pelas exportações que foram responsáveis por 5,1% do valor total das exportações brasileiras. Além disso, teve um crescimento da taxa de emprego formal de 6,4% entre 2002 e 2007, contra 5,6% da média nacional (IGLESIAS, 2010).

A economia estadual está ancorada nas atividades portuárias, de exportação e importação de celulose, na indústria de rochas ornamentais, na exploração de petróleo e gás natural, além da agricultura diversificada, com destaque para o plantio de café (ESPÍRITO SANTO, 2006).

Em 2014, o PIB apresentou crescimento de +3,3% comparado ao ano anterior, cujo desempenho foi superior à média brasileira de +0,5%. O estado alcançou o montante de R\$128,8 bilhões em termos nominais, com uma participação em torno de 2,2% do total produzido no território nacional. Em 2016, o PIB foi de R\$ 109,2 bilhões, em termos nominais, demonstrando uma redução em relação ao valor de 2015 (120,4 bilhões), reduzindo de 2,0% para 1,7% sua participação no total produzido em território nacional (IJSN, 2018).

O PIB *per capita* em 2016 foi de R\$27.487,40, valor inferior ao registrado em 2015 (R\$ 30.627,50), colocando o estado na nona posição no *ranking* do PIB *per capita* do Brasil. Entre os anos de 2010 e 2016, foi a primeira vez em que o indicador estadual esteve abaixo do nacional. Nesse período de 2010 a 2016, a economia capixaba cresceu a uma taxa média de +0,3%; índice inferior ao do Brasil, de +0,4% (IJSN, 2018).

Em 2016 ocorreu recuo das principais atividades produtivas no estado em relação a 2015. O setor primário teve queda nas atividades de agricultura e pecuária, impactadas pela crise hídrica no estado. No setor secundário, a diminuição foi no setor extrativo, em virtude da paralisação das atividades da Samarco S.A. no estado, pelo desastre ocorrido em Mariana/MG, somado à redução nos preços do petróleo. A economia capixaba se destacou pelo setor terciário nesse período com uma participação no Valor Adicionado (VA) estadual de 70,9% em comparação a 65,2% no ano anterior (2015) (IJSN, 2018).

No âmbito político, o Espírito Santo, nos anos 1980 e 1990, enfrentou uma situação de crise política e institucional, cujo ápice se deu no final da década de 1990, com perda de confiança nas instituições e organizações públicas. Foi um período marcado por casos de violência, escândalos de lavagem de dinheiro e crime organizado (ESPÍRITO SANTO, 2006). O governo apresentava dificuldades na condução de suas ações e os poderes constituídos com baixa legitimidade demonstravam carência de mecanismos de controle social e político, transparência e publicização dos negócios públicos e responsabilização dos dirigentes (*accountability*) (ZORZAL, 2010).

Segundo Zorzal (2010), a gestão de Paulo Hartung<sup>33</sup>, a partir de 2003, retomou o clima de credibilidade político-institucional e estabilidade<sup>34</sup>, que foi decisivo para atrair investidores e ampliar as oportunidades econômicas nas cadeias produtivas da exploração de petróleo. Os acordos e a coalização estabelecida antes de sua posse proporcionaram poder de agenda e de controle sobre o processo legislativo na Assembleia. Além disso, o governador procurou fortalecer as relações com aliados e seguidores, e incorporar os melhores quadros técnicos disponíveis para integrar seu aparato de governo (ZORZAL, 2010).

---

<sup>33</sup> Paulo Hartung (economista e líder político) iniciou sua trajetória política, em meados de 1970, no movimento estudantil, sendo eleito o primeiro presidente do Diretório Central dos Estudantes (DCE). Em 1982 filiou-se ao PMDB, e deu início à trajetória parlamentar. Elegeu-se deputado estadual (1983 a 1987) e foi reeleito em 1988. Foi prefeito da capital Vitória de 1993 a 1996. Junto com outras lideranças fundou o PSDB no ES, e foi eleito senador em 1998 pelo mesmo partido. Suas discordâncias com o grupo liderado por José Ignácio Ferreira (então governador do estado – 1999 a 2002) fizeram com que, em 2001, migrasse para o PSB. Paulo Hartung (PSB) desenvolveu uma ampla coalização de forças políticas, denominada de “Competência para Mudar”, para disputar o Executivo estadual. Esta aliança era constituída pelos seguintes partidos: PSB, PSD, PSC, Prona, PT do B, PV, PAN, PSL e PHS, além de frações do PMDB, PTB, PPS, PMN e PC do B que expressaram apoio à sua candidatura. A reconstrução do ES e o combate ao crime organizado foram os eixos centrais do programa de governo da campanha eleitoral e a base para firmar os compromissos estabelecidos com os aliados. A coligação liderada por Paulo Hartung (PSB) venceu no primeiro turno, com 54% dos votos, contra o segundo candidato Max Mauro com 41,5%. (MONTEIRO, 2008; VIEIRA, 1993; ZORZAL, 2010 apud MATIN, 2008).

<sup>34</sup> Um dos principais desafios do governo era equilibrar as contas públicas. Assim, para poder traçar as diretrizes estratégicas de seu governo, Paulo Hartung realizou um seminário de planejamento estratégico que originou o documento: “Um novo Espírito Santo: orientações estratégicas de governo”.

No aspecto mais geral das relações com o mercado, foi instituído um plano de saneamento das finanças públicas. Este plano foi favorecido pela negociação com o governo federal pelo adiantamento dos *royalties* do petróleo, e pela capacidade do governo de reunir uma ampla rede de apoio com os mais diversos segmentos, a fim de reorientar a economia em quatro pilares de atuação: (1) investimentos para reconquistar a confiabilidade nas instituições públicas pela melhoria da qualidade gestora e administrativo-financeira, regularização de serviços públicos e garantia de transparência por meio da publicização dos atos no Portal do Governo; (2) ampliação dos investimentos com recursos próprios em obras e com maior qualidade; (3) dinamização da economia pela atração de novos investimentos e definição de linhas de crédito para atender setores com dificuldades de desenvolvimento, interferindo na mudança do modelo de desenvolvimento que estava em curso no ES; (4) restauração da prática do planejamento como ferramenta instrumental decisiva no processo de gestão nas organizações públicas e privadas (ZORZAL, 2010).

Em seu primeiro mandato, o governador Paulo Hartung contratou consultorias especializadas e, com o forte apoio da ONG empresarial Espírito Santo em Ação, da Petrobrás, da Federação das Indústrias do Espírito Santo (Findes) e outras organizações da sociedade civil, elaborou o plano estratégico para o desenvolvimento do estado designado “Espírito Santo 2025: plano de desenvolvimento” (ESPÍRITO SANTO, 2006; ZORZAL, 2010). Esse plano definiu 11 grandes estratégias, associadas a um conjunto de projetos e alianças, que deveriam indicar e conduzir os rumos dos investimentos públicos entre 2006 e 2025.

Na abertura do plano, o governador expressa sua perspectiva em face de um futuro próspero para a construção de um novo Espírito Santo a partir de quatro pilares de sustentação:

“Até 2025 o Espírito Santo alcançará padrões de desenvolvimento próximos aos dos países com as melhores condições de vida na atualidade. E isto não é um sonho. É um projeto viável, como bem demonstra este Plano Estratégico de Desenvolvimento [...]”

“Os quatro grandes pilares de sustentação desse novo ciclo histórico são a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades para ampla inclusão social<sup>35</sup>; o desenvolvimento do capital humano capixaba segundo padrões internacionais de excelência; a diversificação econômica, agregação de valor à produção e adensamento das cadeias produtivas; e o desenvolvimento do capital

---

<sup>35</sup> As ações de saúde estão incluídas nesta estratégia e incluem Universalização dos Serviços à Saúde da Família, prevenção à gravidez precoce e planejamento familiar.

social e a devoção absoluta à ética republicana por parte das instituições públicas” (ESPÍRITO SANTO, 2006, p. 6).

Foi observado que o Espírito Santo mantém um projeto de governo baseado no Plano Estratégico de longo prazo, o ES 2025, cuja característica foi traçar as linhas mestras das grandes áreas de desenvolvimento do estado<sup>36</sup>. Esse plano, realizado em sua primeira versão em 2005, teve uma revisão entre 2013/2014 com um horizonte em 2030<sup>37</sup>. Nesses planos são traçadas metas de curto, médio e longo prazo.

Entre os anos de 2006 a 2016, somente dois governadores estiveram à frente do executivo, Paulo Hartung (2003-2010 e 2015-2018) e Renato Casagrande (2011-2014)<sup>38</sup>. Durante este período foi possível observar que ocorreu uma continuidade das propostas de governo baseadas no Plano Estratégico ES 2025 e ES 2030. Esses planos estratégicos definiram metas para várias áreas, incluindo a saúde, e mesmo com a mudança no executivo, não foi observada a descontinuidade das propostas de governo para a área da saúde, segundo um dos entrevistados:

“Mas o outro deu continuidade também, não teve descontinuidade. Foi dada continuidade ao que havia sido planejado. No governo Paulo Hartung houve algumas mudanças, mas não foram grandes (Gestor SESA 8)”.

Já no início de seu segundo mandato em 2015, o governador Paulo Hartung publicou um decreto para redução de gastos do Poder Executivo Estadual. Esses ajustes fiscais consecutivos, que perduraram por todo seu segundo governo, provocaram críticas e várias matérias nos jornais de grande circulação censuraram sua gestão autoritária e pouco transparente. No início de 2017, ocorreu a maior crise de segurança pública da história do

---

<sup>36</sup> Foram traçadas 11 linhas mestras para servirem como estratégias para o desenvolvimento do ES. Além das quatro estratégias já citadas como os pilares de sustentação, outras sete complementam o núcleo da Estratégia de Desenvolvimento. São elas: Redução drástica e definitiva da violência e da criminalidade no estado; Recuperação e conservação de recursos naturais; Promoção de um desenvolvimento mais equilibrado entre a região metropolitana, o litoral e o interior; Alcance de níveis crescentes de eficiência, integração e acessibilidade do sistema logístico, reforçando seu papel de fator de competitividade da economia capixaba; Estabelecimento de alianças estratégicas regionais para desenvolver oportunidades de desenvolvimento integrado de interesse do estado; Desenvolvimento de uma rede equilibrada de cidades que favoreça o dinamismo econômico e a qualidade e sustentabilidade do espaço urbano; e Fortalecimento da identidade capixaba e imagem do estado.

<sup>37</sup> No Plano ES 2030, as estratégias de desenvolvimento se congregaram em quatro: bases sociais; oportunidades de negócios, trabalho e renda; objetivos do desenvolvimento; e propulsores de progresso. As bases sociais incluem quatro focos estratégicos: saúde; educação; segurança cidadã; e capital social e qualidade das instituições. Na saúde, as áreas estratégicas abrangeram a universalização do acesso à atenção primária e preventiva; a garantia do atendimento dos serviços especializados de saúde de forma regionalizada; e o incentivo e fomento ao desenvolvimento de centros científicos e tecnológicos na área de saúde.

<sup>38</sup> Renato Casagrande, do Partido Socialista Brasileiro, venceu as eleições de 2010 com mais de 80% dos votos no primeiro turno contra seu adversário, Luiz Paulo Velozo Lucas, do PSDB, o qual contabilizou 15,5% dos votos. Casagrande contou com o apoio político do ex-governador Paulo Hartung (PMDB) e do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (PT) e com uma ampla coligação formada pelo PRB, PP, PDT, PT, PMDB, PTN, PSC, PR, PSDC, PHS, PTC, PSB, PV, PRP e PC do B.

Espírito Santo, com a paralisação da Polícia Militar do Estado por 21 dias, com um saldo de pelo menos 200 mortes. O protesto tinha como objetivo adquirir reajuste salarial, pagamento de auxílio-alimentação, periculosidade, insalubridade, adicional noturno e a valorização dos policiais militares do estado. Convém lembrar que, além da crise na segurança, no final de 2014 o estado também vivenciou uma grave crise hídrica e, em 2015, o desastre de Mariana.

## 6.2 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE NO ESTADO

O estado do Espírito Santo, como destacado na seção anterior, sofreu inflexão a partir de 2003, com a eleição de Paulo Hartung, o qual procurou retomar a credibilidade institucional, reequilibrar as finanças públicas e restaurar a prática de planejamento. Sabendo que o sistema de saúde sofre influências dos aspectos mais gerais do estado, esta seção procurou analisar o processo de planejamento em suas interfaces com a política de saúde. Procurou-se identificar se os instrumentos de planejamento governamentais mantiveram coerência com as políticas prioritárias, se influenciaram o modelo de atenção e a organização do sistema de saúde, bem como sua execução orçamentária.

Os Planos Estaduais de Saúde enfatizaram a descentralização e a necessidade de fortalecimento das regiões. O PES 2004-2007 foi construído em um momento em que o estado ainda não havia se habilitado em nenhuma modalidade de gestão do SUS, estando sua autonomia restrita à execução dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para custeio das unidades de saúde próprias do estado. O ES só se habilitou em novembro de 2004<sup>39</sup>.

Nesse período, o modelo de atenção à saúde encontrava-se desorganizado devido às várias mudanças de gestão da Secretaria de Estado da Saúde<sup>40</sup>. A Secretaria estava em processo de desenvolvimento institucional com perspectiva de construção de um novo modelo assistencial<sup>41</sup> para o estado pela implantação de redes integradas de serviços de

---

<sup>39</sup> O estado foi habilitado na gestão plena do sistema estadual pela Portaria GM/MS n° 2514, de 23 de novembro de 2004.

<sup>40</sup> O modelo de atenção apresentava-se totalmente desestruturado. Acompanhando a situação da grave crise política do estado na década de 1990, durante o período de 1997 a 2002, em média, o ES teve um secretário de saúde a cada oito meses, e sem preocupação em dar continuidade às ações de saúde em curso. No PES, é descrito que esta situação dificultou o aprimoramento do sistema de gestão de saúde e “contribuiu para aprofundar a desorganização” (ESPÍRITO SANTO, 2004, p. 17).

<sup>41</sup> A Secretaria de Estado colocou entre as propostas do novo sistema de saúde a (1) organização da atenção à saúde, aí constituídas a atenção básica, a atenção de média e alta complexidade, programas de saúde relacionados à saúde de adolescentes e jovens, materno-infantil, assistência ao pré-natal, saúde bucal, vigilância em saúde, entre outros; (2) organização do sistema estadual de referência e contrarreferência; (3)

saúde, baseadas na microrregionalização, e tendo a atenção básica à saúde como porta de entrada e organizadora dos demais níveis (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Entre as dificuldades no sistema de saúde do estado nesse período estavam a precariedade da oferta de serviços de saúde em algumas especialidades, impondo longas filas de espera aos usuários; escassez de recursos humanos para atuar na atenção secundária e terciária; baixa resolutividade de serviços ambulatoriais e hospitalares; destinação desordenada de recursos; insuficiência da oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; funcionamento restrito dos serviços de agendamento de procedimento e regulação de vagas devido à limitação tecnológica; fragilidades no sistema de referência e contrarreferência, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Na elaboração do PES ainda foi apresentada uma série de estratégias no intuito de minimizar os problemas listados. Essas estratégias englobaram a ampliação da atenção básica, a ampliação e implementação de serviços odontológicos, a detecção de casos de hanseníase e tuberculose, implantação de central de regulação para exames, consultas e vagas de leitos, cadastramento dos usuários do SUS, entre outras.

Perante os graves problemas de saúde enfrentados pelo Espírito Santo, foram definidas no Plano Estratégico de Governo (período de 2003-2006) as seguintes metas, chamadas de mobilizadoras, para a área de saúde: expandir a ESF, reduzir a mortalidade infantil e garantir o atendimento em terapia intensiva. A fim de alcançar o que foi instituído nas três metas, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) estruturou, dentro do projeto Gestão de Valores do Governo de Estado, os programas: (1) Saúde da Família, (2) Pró-Vida, e de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS. Além dessas questões, o PES ainda explicitou os seis eixos de intervenção para o período, com as metas, objetivos e ações (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Essa necessidade de reestruturação do sistema de saúde por meio da descentralização dos serviços de saúde continuou sendo abordada no documento referente ao **PES 2008-2011**; até mesmo porque o sistema estadual de saúde do estado havia sido organizado pela Lei Complementar nº 317/2005, a qual estabeleceu que o modelo de atenção fosse regido pelas orientações estratégicas de: descentralização com microrregionalização; estruturação a partir da APS; e organização de sistemas integrados de serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

A Secretaria de Saúde estava reformulando toda a sua estrutura organizacional que funcionava sob gestão da SESA e do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), cujas competências eram divididas<sup>42</sup>. A SESA ficava com a regulação e o financiamento e o IESP com a prestação de serviços em unidades próprias do estado. A partir de 2007, a estrutura administrativa do IESP se incorporou à SESA<sup>43</sup>, e ele foi extinto. As atividades de administração de recursos humanos, de materiais e financeira, assim como os serviços administrativos, foram transferidos para a SESA. Da mesma forma, elaboraram-se mecanismos para aperfeiçoamento da gestão hospitalar e a estrutura organizacional foi modificada com criação de novos cargos e extinção de outros (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

Com isso, o Fundo Estadual de Saúde (FES), que havia sido criado em 1994<sup>44</sup>, só passou a assumir efetivamente o desempenho de suas atividades a partir de 2005, com a extinção do IESP (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

O modelo de gestão do sistema de saúde, nesse período, se baseou no PDR de 2003<sup>45</sup>, cuja política de saúde estava direcionada para o fortalecimento dos municípios organizados em microrregiões e voltados para a organização de sistemas integrados de serviços de saúde, estruturados a partir da atenção primária. Nesse PDR, o Sistema Estadual de Saúde estava dividido em oito microrregiões e três macrorregiões. A elaboração do PDR levou em consideração o acesso, a economia de escala e de escopo e o perfil epidemiológico, além da identificação de polos microrregionais e macrorregionais segundo o estudo de porte e prestação de serviços, capacidade instalada e fluxos de interações (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

Os objetivos da regionalização desenhada no PDR foram listados no PES como: organização dos serviços de saúde para acesso da população à APS e aos outros níveis de atenção, conciliando o sistema de referência com a produção de serviços em escala, caso houvesse necessidade de maior incorporação tecnológica; melhoria da capacidade de gestão do SUS pelo fortalecimento das instâncias macrorregionais (Superintendências Regionais), com redefinição de seus papéis e a cooperação técnica com os municípios;

---

<sup>42</sup> As Leis Complementares 317 e 318, de dezembro de 2004 e 2005, respectivamente, definiram as competências da SESA e do IESP.

<sup>43</sup> Por meio da Lei Complementar n° 407, de 27 de julho de 2007, a estrutura do IESP é incorporada à SESA.

<sup>44</sup> O FES foi criado pela Lei Estadual n° 4.873, de 10 de janeiro de 1994, e regulamentado pelo Decreto n° 3.868-N, em 14 de julho de 1995. Até 2005, muitas de suas funções orçamentário-financeiras eram desempenhadas na Secretaria Central Administrativo Financeira (SCAF), órgão ligado ao IESP, que se tornou o executor do FES.

<sup>45</sup> Apesar do PDR ser datado de 2003, o PES 2004-2007 não fazia nenhuma referência a ele. No PES 2008-2011 foram apresentados a divisão territorial, objetivos e fluxos.

implantação de redes assistenciais, a partir da rede da mulher e da criança e da urgência e emergência; implantação do Sistema de Regulação Estadual, conectada às centrais de regulação microrregionais e macrorregionais para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde; e disseminação, no território, da APS em virtude de seu benefício, da garantia de financiamento e da necessidade de baixa tecnologia de produto (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

O modelo de gestão escolhido pela SESA se baseou na descentralização com transferência de poder decisório para municípios, que assumiram autonomia política e administrativa. A SESA passou a ter um papel de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios. Nas decisões locais, o poder da SESA se concretizava mais nas Superintendências Regionais de Saúde.

De acordo com o descrito no PES, a SESA, em cooperação com os municípios, desenvolveu ações de diagnóstico situacional sobre a qualidade dos serviços e condições de trabalho dos profissionais, as quais permitiram estabelecer prioridades de repasses de recursos para construção de unidades básicas de saúde e implantação de protocolos e linhas guias, acompanhadas de um processo de educação permanente. Em relação à atenção secundária e terciária, a SESA vinha investindo no credenciamento de novos serviços para facilitar o processo de descentralização. O programa de perfilização da atenção prestada pelos hospitais públicos estaduais<sup>46</sup> estava sendo implementado pela SESA com o objetivo de melhorar a eficiência e eficácia das unidades hospitalares. Entre os objetivos do programa estavam: reorganizar os recursos próprios hospitalares, ampliar a oferta de serviços hospitalares especializados, aumentar a produtividade e cobertura dos hospitais, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

Convém destacar que, em 2011, o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192)<sup>47</sup>, um dos componentes assistenciais da rede de atenção às urgências, foi implantado, mas somente na região metropolitana de Vitória.

O funcionamento das CIB microrregionais proporcionou avanços na relação da SESA com os municípios por meio da melhoria da capacidade de articulação; maior informação da realidade dos municípios; ampliação do conhecimento acerca da situação de saúde regional, e da participação mais efetiva do estado; e pelo acompanhamento das atividades e serviços desenvolvidos pelos municípios. Entre as dificuldades desta relação

---

<sup>46</sup> O Programa de Perfilização se baseia na caracterização de cada hospital, especialmente na sua capacidade de oferta de internação e procedimentos, baseado na referência de que para ter qualidade é necessário referencial quantitativo (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

<sup>47</sup> O SAMU foi implantado pela Portaria 2026, de 24 de agosto de 2011.

estavam a falta de capacitação dos membros titulares e da Câmara Técnica, a desestruturação física e de capacidade técnica das Superintendências regionais, a concentração do conhecimento técnico na SESA, o que dificultava o planejamento, a organização e as tomadas de decisão a nível microrregional, e o não fortalecimento e reestruturação das regionais (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

As diretrizes e os eixos de intervenção que compunham o plano 2008-2011 apresentaram certa concordância e continuidade com as ações dos eixos de intervenção apresentados no PES 2004-2007. Percebeu-se que as ações descritas no PES 2004-2007 estavam mais direcionadas para uma atuação mais micro, direcionada à redução das mais diversas doenças, treinamento de profissionais em tecnologias específicas, tais como mamografia, educação permanente, e implantação de serviços dos mais variados, desde o sistema de informação até unidades de hemoterapia.

As ações descritas no PES 2008-2011 tiveram uma especificidade um pouco maior, talvez até pelo processo de maior organização que estava em curso. As diretrizes, consideradas de impacto no PES foram: redução da mortalidade infantil/neonatal; redução da mortalidade materna e redução das complicações das doenças crônicas. Essas diretrizes, exceto pela última, foram as mesmas descritas no PES 2004-2007. No entanto, nesse plano de 2008 também foram apresentados os indicadores que seriam monitorados (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

Concluiu-se que os dois primeiros planos de saúde apresentados se voltaram mais para a organização do sistema de saúde, em uma tentativa de estruturar as ações e serviços de saúde que se encontravam desorganizadas. Essa reestruturação é apontada por alguns gestores:

“o que o nosso perfil apontou foi uma necessidade de ampliação desde 2006, ampliação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família no estado. [...] com essa linha de prioridade vieram projetos de financiamento junto aos municípios de estruturação de unidades, construção de novas unidades com equipamentos até todo o aparato necessário para a ampliação das equipes. O processo de qualificação das Equipes da Saúde da Família [...] estruturação de novas unidades hospitalares, ampliação, reestruturação [...]. A implantação das redes de atenção num movimento um pouco mais à frente, da rede psicossocial, da materno-infantil” (Gestor SESA 3).

“...a partir de 2006, de fato a gente começou com uma construção com relação à organização de leitos no estado. [...] discutindo a organização de redes e priorizando a rede materno-infantil. [...] grandes projetos de educação permanente voltados para a atenção primária da saúde, um grande projeto de estruturação, [...] organização da urgência-emergência, a criação de hospitais, da definição de traumas e perfis nos hospitais, protocolos da urgência-emergência, a implantação do Samu regional [...] E também a estrutura física, com a construção de algumas unidades, também assim como a saúde mental. Então, foi um projeto muito voltado para a questão da estrutura” (Gestor SESA 4).

O período de 2012-2015 correspondeu a um novo ciclo político com a ascensão de um novo governador ao poder executivo. O novo plano de saúde (**PES 2012-2015**) foi escrito nesse contexto e teve como referência o plano estratégico de governo (2011-2014)<sup>48</sup>. A atenção integral à saúde estava colocada como um eixo estratégico deste plano de governo.

Assim, foi exposta uma série de desafios com metas a curto e longo prazo para a concretização da política de saúde, eram elas: fortalecer a atenção primária como ordenadora da rede de saúde; ampliar o acesso à atenção secundária; integrar sistemas de serviços de saúde; melhorar a qualidade e a resolutividade da assistência hospitalar; e aprimorar a qualidade e a organização da rede de saúde mental e outras drogas (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

Nesse sentido, o foco de atuação da Secretaria Estadual de Saúde, basicamente restrito à prestação de serviços entre 2003 e 2010, teve que ser expandido para incorporar a regulação e o financiamento.

O modelo de atenção à saúde enfatizou a organização em redes de atenção à saúde. Assim, o desenho do sistema de saúde capixaba teve como conformação: a APS, que necessitaria estar presente nos 78 municípios com disponibilidade de cuidados para o maior número de problemas de saúde; e as consultas e exames especializados – com os serviços de média e alta complexidade em termos de tecnologia, cirurgias mais complexas e demais recursos envolvidos ofertados nas quatro regiões de saúde do estado (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

O processo de regionalização no estado se baseou no fortalecimento das regiões de saúde como espaços de gestão regional da política de saúde. Em 2015, foi desenvolvido pela Secretaria, em parceria com o COSEMS-ES e o Ministério da Saúde, um processo de “Formação em Ação” nas quatro regiões, para elaboração de Planos de Intervenção

---

<sup>48</sup> O plano estratégico de governo 2011-2014, denominado “Novos Caminhos”, traz a definição de visão de futuro para 2014 como “um estado que priorize o desenvolvimento sustentável, com oportunidades para todos, mais próspero e seguro”. Como estratégia para alcançar a visão de futuro estabelecida, a equipe de coordenação do governo traçou 10 eixos de atuação governamental, a saber: i) distribuição dos frutos do progresso; ii) atenção integral à saúde; iii) integração logística; iv) produção do conhecimento, inovação e desenvolvimento; v) melhoria da gestão pública e valorização do servidor; vi) inserção nacional; vii) prevenção e redução da criminalidade; viii) empregabilidade, participação e proteção social; ix) desenvolvimento da infraestrutura urbana; e x) desenvolvimento da educação, cultura, esporte e lazer (ESPÍRITO SANTO, 2012a).

Regional (PIR), com o objetivo de qualificar equipes técnicas e gestores de cada região para atuarem no desenvolvimento dos sistemas regionais (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

O fortalecimento das regiões de saúde e os avanços obtidos com a elaboração dos Planos de Intervenção Regional (PIR) propiciaram a identificação por região, a partir das necessidades sociais, das seguintes áreas temáticas para intervenção: materno-infantil; saúde mental; envelhecimento; câncer de mama; violência e acidentes; sífilis e doenças cardiovasculares. Essas áreas foram discriminadas por região. Também foram destacadas as questões transversais relacionadas à gestão/operacionalização das redes regionais de atenção, tais como: transporte sanitário, regulação, reabilitação, contratualização e movimentos migratórios (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

No período de 2012-2015, as redes prioritárias elencadas pela SESA foram: Rede de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Rede de Atenção de Urgência e Emergência; e a Rede de Atenção Materno-infantil (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

O processo de regulação no estado teve o início de sua implantação em 2013, em consonância com o desenho da regionalização estadual e as redes de atenção, e abrangeu desde a atenção básica até o nível mais complexo da atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Entre os objetivos deste assim chamado complexo regulador estadual, estavam: organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades e demandas da população; organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde mais adequados com base nos protocolos clínicos; aperfeiçoar a utilização dos recursos disponíveis; auxiliar o processo de controle e avaliação, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

O planejamento foi outra questão abordada no PES 2012-2015. Nesse quesito, o estado se propôs a adoção do planejamento integrado, de base regional, que levasse previamente em consideração o diagnóstico para alocação dos recursos disponíveis (principalmente os financeiros) às reais necessidades dos cidadãos, no intuito de diminuir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade. Tal processo de planejamento integrado teve como objetivo prestar a assistência de forma integral à população, nos espaços regionais (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

Em relação ao financiamento, discutiu-se a necessidade de um maior debate em relação às modalidades de financiamento e sua alocação, pouco discutida a nível de estado. Foram apresentadas ainda informações acerca dos recursos aplicados em saúde (EC 29), os

quais demonstraram um percentual acima de 12% a partir de 2002<sup>49</sup>, que vinha crescendo ano a ano. Foi informado ainda que o estado tinha uma previsão de aplicar 4,1 bilhões de reais em saúde nos quatro anos subsequentes (no caso, de 2012 a 2015). Esse valor, ao serem consideradas todas as fontes de recursos (arrecadação própria do estado, transferências federais e outras), teria um aumento equivalente a 6,4 bilhões de reais (ESPÍRITO SANTO, 2012b).

As diretrizes do período, bem como seus objetivos e metas, foram apresentadas ao final do PES, que trouxe também anexo o PPA 2012-2015, discutido mais adiante.

O fortalecimento da regionalização da saúde continuou a ser o aspecto central para a construção do novo **PES 2016-2019**. O documento foi elaborado com a participação de todos os setores da SESA, tanto no nível central quanto nas regiões de saúde compatibilizadas com as diretrizes nacionais e com os desafios estabelecidos no planejamento estratégico de governo e da SESA, que serviu de base para a construção do PPA (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Cada desafio exposto teve um programa correlato no PPA. Os desafios e os respectivos programas são apresentados abaixo:

- ampliar a resolutividade e cobertura da rede primária de saúde – Programa Atenção Integral à Saúde;
- ampliar e facilitar o acesso do cidadão aos serviços de saúde especializada e mais humanizados – Programa Atenção Integral à Saúde;
- aumentar o protagonismo do cidadão nos cuidados com a própria saúde – Programa Implementação do Sistema de Vigilância;
- melhorar a gestão do sistema de saúde – Programa Gestão da Política de Saúde no Estado – choque de gestão.

A regionalização da saúde do estado do ES foi abordada como foco central do processo de gestão estadual e apresentou os seguintes objetivos-alvo: processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; acesso assegurado a todos; resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; e integralidade da atenção à saúde em todos os níveis (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Assim, o processo de regionalização que estava em curso apresentou como avanços: os aspectos do compromisso político do gestor estadual com o processo de

---

<sup>49</sup> Cabe ressaltar que esse percentual em torno de 12% a partir de 2002 foi encontrado no PES e confirmado ao analisar os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária do ES. No entanto, este percentual está diferente do encontrado no SIOPS e apresentado na seção anterior. Os dados do SIOPS demonstraram percentuais diferentes para os anos de 2006 a 2009. Os outros anos estavam em concordância.

descentralização/regionalização; qualificação de técnicos e gestores municipais e estaduais voltada para o planejamento com base nas necessidades locais; mudança de planejamento normativo para estratégico; pactuação de agenda bipartite regional, entre outros.

No intuito de fortalecer as práticas de gestão e a governança nas regiões de saúde, foram estabelecidos grupos de planejamento regional, compostos por técnicos das superintendências, gestores, e técnicos municipais para assegurar a condução do planejamento estratégico regional. Da mesma forma, o nível central da SESA reorientou seus processos de trabalho para a lógica da regionalização (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

Entre as questões a serem enfrentadas nos quatro anos de governo, destacaram-se: (1) o estímulo para alavancar a gestão compartilhada com os municípios, por qualquer meio de gerenciamento (seja administração direta, consórcios, ou outra), principalmente para os 26 municípios em que os recursos financeiros federais próprios e contratualizados ainda se encontravam sob gestão estadual; (2) necessidade de implantação de sistemas de apuração de custos e a adoção de indicadores de desempenho da atividade estatal. Assim, foi criada a Subsecretaria de Gestão Estratégica e Inovação<sup>50</sup> com duas gerências: uma de economia da saúde e inovação e outra de projetos (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

A gestão do SUS no ES estava sob ajustes institucionais, tanto internamente na SESA como na sua relação com os municípios. Nesse contexto, adotou duas diretrizes de atuação: qualificação da gestão do SUS e organização da atenção à saúde.

A indefinição de fontes precisas de financiamento foi relatada como um dos maiores constrangimentos para a assistência aos cidadãos. Com isso, assinalou-se a necessidade de organização da oferta de diversas tecnologias assistenciais para fazer frente aos importantes pontos de estrangulamento. No intuito de aliviar o efeito dessas dificuldades financeiras, foi desenvolvido um projeto de planejamento e programação regional, que envolveu a planificação da atenção à saúde, compreendendo a integração da APS e a atenção ambulatorial especializada (AAE); e o plano diretor da rede de hospitais; que, junto aos demais níveis de atenção e com os municípios, realizaram nova programação assistencial com os recursos federais, estaduais e municipais disponíveis à época para obter maior eficiência alocativa e nos gastos (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

A ESF foi a adotada para organização da atenção básica. Uma das dificuldades das gestões municipais frente aos requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde era em relação à composição e recomposição das equipes.

---

<sup>50</sup> Foi criada por meio do Decreto Estadual nº 3789- R, de 10 de março de 2015.

Foram explicitadas as dificuldades em relação aos níveis secundário e terciário, sendo que o secundário apresentava maior estrangulamento em termos de consultas, exames especializados e atenção em saúde bucal, assim como leitos intensivos. Esses recursos assistenciais estavam mais disponíveis na região metropolitana da Grande Vitória, o que promovia um grande deslocamento de pessoas do interior do estado para a capital.

O processo de judicialização foi abordado como um grande problema que tem causado importantes impactos nos orçamentos e nas políticas públicas, pois pode colocar em risco o orçamento público destinado à execução adequada das políticas de saúde. No ES foi registrado um quantitativo de 2.453 demandas judiciais em 2011 com um gasto de R\$12,3 milhões. Este número em 2015 aumentou para 7.960 demandas com um gasto de R\$64 milhões. Entre 2011 e 2015, aumentou em 225% o número de processos judicializados (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

O financiamento da saúde foi abordado como uma crescente demanda de recursos próprios estaduais, assim como dos municípios, e uma gradual redução da participação do governo federal, o que impõe uma busca pela eficiência e efetividade na alocação de recursos, aspectos descritos no documento.

Os dados apresentados no PES evidenciavam o total de R\$ 2.330.872.404 aplicados em saúde em 2016. Deste total, 75,58% eram provenientes de recursos próprios e os 24,42% de recursos oriundos da esfera federal e outras fontes (ESPÍRITO SANTO, 2016a).

As diretrizes dos quatro PES estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Diretrizes dos Planos Estaduais de Saúde do Estado do Espírito Santo nos quadriênios 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015, 2016-2019.

<b>Diretrizes dos Planos Estaduais de Saúde</b>			
<b>2004-2007*</b>	<b>2008-2011</b>	<b>2012-2015</b>	<b>2016-2019</b>
<p>I. Redução da morbimortalidade e de crianças e materna;</p> <p>II. Controle de doenças e agravos prioritários;</p> <p>III. Melhoria da gestão, do acesso, e da qualidade das ações e serviços de saúde;</p> <p>IV. Reorientação do modelo assistencial e descentralização;</p> <p>V. Desenvolvimento de pessoas e aprimoramento</p>	<p>I. Fortalecimento da Atenção Primária;</p> <p>II. Redução da mortalidade infantil/neonatal;</p> <p>III. Redução da mortalidade materna;</p> <p>IV. Redução das complicações das doenças crônicas;</p> <p>V. Implantação das redes regionais resolutivas de serviços de saúde;</p> <p>VI. Descentralização administrativa e de serviços/municipalização ;</p> <p>VII. Fortalecimento regional;</p> <p>VIII. Novas alternativas</p>	<p>I. Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade ao atendimento das necessidades de saúde, com aprimoramento da política de atenção primária;</p> <p>II. Organização da assistência especializada de urgência e emergência, com implantação dos pontos de atenção;</p> <p>III. Implementação da atenção integral à saúde da mulher e da criança com ênfase na implantação da rede de atenção ao pré-natal, parto e puerpério;</p> <p>IV. Organização da rede de saúde mental e atenção aos dependentes de álcool e outras drogas;</p> <p>V. Implementação da atenção à saúde às populações tradicionais, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, e garantia do respeito às especificidades culturais;</p> <p>VI. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de prevenção e vigilância em saúde;</p> <p>VII. Implementação das ações de promoção considerando os determinantes e condicionantes à saúde;</p>	<p>I. Organização do sistema de serviços em uma rede de atenção estadual de saúde composta por redes temáticas para garantir o atendimento oportuno do usuário e fortalecer a integralidade na atenção e a equidade no acesso, com foco nas necessidades de saúde dos espaços regionais;</p> <p>II. Implementação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;</p> <p>III. Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio de promoção e prevenção, buscando a articulação intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde com base nas necessidades sociais identificadas e a intervenção no risco sanitário;</p> <p>IV. Desenvolvimento de mecanismos de regulação que fortaleçam a governança da gestão estadual sobre a prestação de serviço no SUS do ES;</p>

<p>do processo de gestão de pessoas na saúde;</p> <p>VI. Fortalecimento do controle social.</p>	<p>de gestão: hospitalar e outros serviços;</p> <p>IX. Melhoria do atendimento à população;</p> <p>X. Mobilização intersetorial para enfrentamento da violência;</p> <p>XI. Implementação da macro função Regulação.</p> <p>XI. Fortalecimento do controle social no sistema estadual de saúde.</p>	<p>VIII. Redução de riscos à saúde por meio do controle das epidemias e desastres;</p> <p>IX. Implementação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;</p> <p>X. Garantia de assistência integral especializada ambulatorial e hospitalar;</p> <p>XI. Fortalecimento das atividades de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde;</p> <p>XII. Gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS do estado do Espírito Santo, em consonância com os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS e as políticas nacionais de educação permanente e de humanização;</p> <p>XIII. Implementação da gestão de acordo com a regulamentação do SUS e o desenvolvimento de novos espaços institucionais de planejamento;</p> <p>XIV. Ampliação e fortalecimento da participação e controle social.</p>	<p>V. Implementação de uma política de gestão estratégica e inovadora com foco em resultados para o usuário e sustentada nos princípios da administração pública;</p> <p>VI. Gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores da SESA e do sistema estadual de saúde – SUS em consonância com os princípios e diretrizes das políticas nacionais de educação permanente e de humanização;</p> <p>VII. Ampliação da participação social com vistas ao aprimoramento do SUS e a consolidação das políticas de promoção e equidade em saúde.</p>
---	---	---	---

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo. <https://saude.es.gov.br>.

\*Nesse PES são apresentados eixos de intervenção no lugar de diretrizes.

Os planos estaduais discriminados acima serviram de base para a elaboração dos PPA. Ao analisar a execução orçamentária do estado no período de estudo, foi possível observar como os programas de saúde estabelecidos nos PPA no período de 2006 a 2016<sup>51</sup> se comportaram e se as áreas prioritárias estavam sendo contempladas no orçamento da saúde.

Os PPA analisados demonstraram estar em concordância com as diretrizes e metas estabelecidas nos planos estaduais de saúde. Cada PPA traz especificado os programas, seu tipo, ações, objetivo, público-alvo, valor global e ações regionalizadas por meta física e valor. Os indicadores não foram abordados nos PPA, exceto no de 2016-2019, que traz indicadores relacionados a um desafio. Este PPA tem uma configuração diferente, pois é apresentado por programa temático<sup>52</sup>. As codificações de programas e as ações estão estabelecidas nas LOA de cada ano.

O PPA de 2004-2007<sup>53</sup> foi construído em um momento em que o estado estava procurando reorganizar suas finanças. As diretrizes do plano foram traçadas a partir de um documento<sup>54</sup> elaborado após um seminário de planejamento estratégico realizado pelo governador Paulo Hartung. O estado estava se organizando em relação ao planejamento, de modo que o PPA deveria ser desenvolvido realmente como um instrumento de planejamento e não somente como uma obrigação constitucional.

Em relação à saúde, observou-se que o PPA apresentava certa concordância com as ações desenvolvidas no PES 2004-2007.

Na Tabela 5 é especificada a execução orçamentária dos programas da política de saúde nos anos 2006 e 2007. Os programas estão divididos de acordo com seu órgão de execução<sup>55</sup>. Apesar de serem apresentados os três órgãos, o Fundo Estadual de Saúde foi basicamente o órgão que realizou os gastos dos programas, exceto pelo desenvolvimento

---

<sup>51</sup> O período determinado no estudo engloba a realização de 4 PPA (2004-2007; 2008-2011; 2012-2015; 2016-2019). No entanto, os anos que se referem a 2004, 2005 e 2017 a 2019 não foram analisados, por mais que se refira ao PPA como um todo.

<sup>52</sup> A União redefiniu a estrutura do PPA a partir da administração 2012-2015 a fim de proporcionar um caráter mais estratégico ao plano e uma dimensão operacional ao orçamento. Com isso, passa a trabalhar com programas temáticos, retratando a agenda de governo organizada por temas de políticas públicas (GARSON, 2016).

<sup>53</sup> A Lei 7.700, de 23 de dezembro de 2003, instituiu o PPA 2004-2007.

<sup>54</sup> As diretrizes contidas no documento denominado “Um novo Espírito Santo: orientações estratégicas de governo” constituíram os macro-objetivos do PPA 2004-2007.

<sup>55</sup> A estrutura organizacional do Sistema Estadual de Saúde do Espírito Santo esteve até julho de 2007 sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), cujas competências eram, respectivamente, regulação e financiamento (SESA) e prestação de serviços em unidades próprias do estado (IESP). Somente a partir de julho de 2007, sob a Lei Complementar 407, o IESP foi extinto e a sua estrutura administrativa se incorporou à SESA. As atividades de administração de recursos humanos, administração de materiais e demais serviços administrativos foram todos transferidos para a SESA (ESPÍRITO SANTO, 2008c).

de recursos humanos, que ficou a cargo do IESP. Os programas que apresentaram os maiores orçamentos (acima de 100 milhões) foram a Assistência à Saúde, Assistência Médica – Hospitalar Complementar, Assistência Farmacêutica, Reestruturação Física da Rede de Serviços de Saúde do Estado e o Apoio Administrativo. Todos esses programas demonstraram, em 2006, um percentual de realização acima de 73%, exceto pelo programa Assistência Médica. Em 2007, todos os programas apresentaram um percentual acima de 87% (Tabela 5). Esses programas estão relacionados com a construção, ampliação, manutenção e equipamentos para os hospitais e outros serviços de saúde, compra de leitos, principalmente materno-infantis, reestruturação de serviços, compra de medicamentos, apoio administrativo aos programas, entre outras ações. O programa Saúde da Família aparece no PPA, mas com um valor bem mais baixo que os demais, mas apresenta um percentual de realização em torno de 84% em 2006 e com valores mais baixos tanto nominalmente quanto no percentual de realização (58,63%) em 2007.

O Quadro 7 apresenta a descrição de cada um dos programas, com seus objetivos, público-alvo e tipo de programa.

Tabela 5 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos nos anos de 2006 e 2007 do Plano Plurianual de 2004-2007\* no estado do Espírito Santo.

Órgão	Unidade Orçamentária	Código Programa	Descrição de Programas	2006						2007						
				Valor Total Programa PPA*	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)
Secretaria de Estado da Saúde -Adm. Direta	44101	6	Água em quantidade e com qualidade no ES	20.161						1	0	769	0			
		15	Assistência Médica - Hospitalar Complementar	20.088	2	10.044	0	0		2	9.615	0	0			
		434	Gestão da Política de Saúde no estado	1.556	3	778	0	0		3	745	0	0			
		800	Apoio Administrativo	99.864	2	47.581	0	0		2	50.052	0	0			
<b>Total</b>			<b>Secretaria de Estado da Saúde - Adm. Direta</b>	<b>141.670</b>	<b>7</b>	<b>58.403</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>8</b>	<b>60.412</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
Instituto Estadual de Saúde Pública	44201	13	Assistência à Saúde	406.235	21	203.122	0	0		21	194.442	0	0			
		15	Assistência Médica - Hospitalar Complementar	13.677	2	8.198	0	0		2	5.245	0	0			
		20	Assistência aos Portadores de Anemia Falsiforme	1.826	1	913	0	0		1	874	0	0			
		106	Desenvolvimento de Recursos Humanos	11.176	4	5.588	916	292	5,23	31,93	4	5.350	874	447	8,36	51,19
		115	Diagnose em Saúde Pública	9.168	2	4.584	0	0		2	4.388	0	0			
		14	Assistência Farmacêutica	224.032	4	102.666	0	0		4	116.184	0	0			
		301	Programa Estadual de Medicina Alternativa	548	1	0	0	0		1	524	0	0			
		337	Saúde no Estado	171.447	12	90.195	0	0		12	77.783	0	0			
		363	Saúde da Família	21.732	3	10.775	0	0		3	10.489	0	0			
		362	Sangue e Hemoderivados	27.795	6	13.897	0	0		6	13.304	0	0			
		383	Vigilância em Saúde do Sistema Único	48.352	8	24.450	0	0		8	22.882	0	0			
64	Especiais	5.259	1	2.629	0	0		1	2.517	0	0					
800	Apoio Administrativo	791.620	2	390.164	183	0		2	384.316	175	0					
<b>Total</b>			<b>Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP)</b>	<b>1.732.866</b>	<b>67</b>	<b>857.181</b>	<b>1.098</b>	<b>292</b>	<b>0,03</b>	<b>26,62</b>	<b>67</b>	<b>838.297</b>	<b>1.818</b>	<b>447</b>	<b>0,05</b>	<b>24,61</b>
Fundo Estadual de Saúde	44901	13	Assistência à Saúde	0	31	0	409.719	299.416		73,08	32	0	334.133	308.697		92,39
		15	Assistência Médica - Hospitalar Complementar	0	4	0	529.582	325.802		61,52	4	0	426.890	373.598		87,52
		21	Assistência aos Portadores de Anemia Falsiforme	0	1	0	0	0			1	0	350	11		3,23
		106	Desenvolvimento de Recursos Humanos	0	6	0	10.217	1.415		13,85	6	0	10.459	5.649		54,01
		115	Diagnose em Saúde Pública	0	2	0	6.933	3.800		54,80	2	0	5.291	2.938		55,53
		14	Assistência Farmacêutica	0	2	0	147.683	132.548		89,75	2	0	146.064	129.492		88,65
		337	Saúde no Estado	0	16	0	112.561	61.684		54,80	24	0	97.900	64.579		65,96
		362	Sangue e Hemoderivados	0	6	0	19.094	11.223		58,78	6	0	11.919	4.965		41,65
		363	Saúde da Família	0	2	0	22.223	18.684		84,07	2	0	9.410	5.517		58,63
		383	Vigilância em Saúde do Sistema Único	0	9	0	37.842	16.823		44,46	9	0	34.275	19.146		55,86
		3	Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos	0	6	0	0	0			6	0	0	0		
		64	Complementação de Aposentadorias e pensões Especiais	0	1	0	3.110	3.108			1	0	1.714	1.714		100
		594	Gestão da Política de Saúde no estado	0	3	0	180	87		48,48	5	0	149	149		100
		800	Apoio Administrativo	0	6	0	523.536	503.994		96,27	6	0	545.787	539.929		98,93
<b>Total</b>			<b>Fundo Estadual de Saúde</b>	<b>0</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>1.822.681</b>	<b>1.378.584</b>		<b>75,63</b>	<b>106</b>	<b>0</b>	<b>1.624.339</b>	<b>1.456.384</b>		<b>89,66</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios de Execução Orçamentária, PPA e LOA do estado do Espírito Santo nos anos de 2006 e 2007.

Nota: Despesas previstas na LOA ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Valores divididos a 10<sup>3</sup>.

\*Não foram considerados na análise os anos 2004 e 2005 que fazem parte do PPA 2004-2007 por não compreenderem o período de estudo a partir de 2006.

Quadro 7 – Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo dos programas apresentados no PPA 2004-2007 no estado do Espírito Santo.

<b>PPA 2004 -2007</b>				
<b>Código Programa</b>	<b>Descrição de Programas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Público-Alvo</b>	<b>Tipo de Programa</b>
<b>6</b>	<b>Água em quantidade e com qualidade no ES</b>	Promover a sustentabilidade hídrica, de modo a alcançar um equilíbrio socioeconômico e ambiental no estado do Espírito Santo.	Sociedade civil organizada e usuários dos recursos hídricos.	Finalístico
<b>13</b>	<b>Assistência à Saúde</b>	Ofertar serviços ambulatoriais, de especialidades, de urgência/emergência, com qualidade e em quantidade suficiente para atendimento da população, de acordo com as normas assistenciais vigentes.	Militares, dependentes e conveniados.	Finalístico
<b>15</b>	<b>Assistência Médica - Hospitalar Complementar</b>	Atuar complementarmente junto ao SUS, visando promover o acesso equitativo e universal da população aos serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares, de forma a reduzir a mortalidade infantil e a garantir o atendimento a 100% da demanda por leitos de terapia intensiva, pediátrica e adulta.	População em geral.	Finalístico
<b>20</b>	<b>Assistência aos Portadores de Anemia Falciforme</b>	Garantir a assistência e tratamento aos portadores de anemia falciforme.	População afrodescendente em geral.	Finalístico
<b>106</b>	<b>Desenvolvimento de Recursos Humanos</b>	Profissionalizar os recursos humanos da área de saúde, visando a melhoria dos serviços prestados e a maior qualidade da gestão pública em saúde.	Trabalhadores e profissionais de saúde.	Finalístico
<b>115</b>	<b>Diagnose em Saúde Pública</b>	Realizar e controlar com qualidade os serviços de diagnose em saúde pública prestados pelo laboratório central de saúde pública e instituto biológico.	População em geral.	Finalístico
<b>363</b>	<b>Saúde da Família</b>	Ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde.	População em geral.	Finalístico
<b>14</b>	<b>Assistência Farmacêutica</b>	Garantir o acesso da população aos fármacos, medicamentos básicos, excepcionais e de alto custo, de programas específicos e correlatos na rede pública, com segurança e qualidade.	População em geral.	Finalístico

<b>383</b>	<b>Vigilância em Saúde do Sistema Único</b>	Prevenir, controlar e alertar sobre os surtos, epidemias, agravos e inusitados, de maneira oportuna e a partir da permanente vigilância sanitária, epidemiológica ambiental em saúde, visando a redução da morbimortalidade no estado.	População em geral.	Finalístico
<b>3</b>	<b>Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos</b>	Valorizar o servidor público estadual e comprometê-lo com a ética, o profissionalismo e a qualidade dos serviços prestados à sociedade.	Servidores da administração direta e indireta.	Finalístico
<b>301</b>	<b>Programa Estadual de Medicina Alternativa</b>	Possibilitar o acesso da população em geral à realização de atendimento e tratamento através de medicina alternativa.	População em geral.	Finalístico
<b>337</b>	<b>Reestruturação Física da Rede de Serviços de Saúde no Estado</b>	Construir, ampliar, reformar e equipar a rede pública de saúde e adequá-la às normas legais e tecnológicas vigentes.	População em geral.	Finalístico
<b>362</b>	<b>Sangue e Hemoderivados</b>	Garantir o fornecimento de sangue e hemoderivados, em quantidade e com qualidade a quem necessitar.	População em geral.	Finalístico
<b>542</b>	<b>Complementação de Aposentadorias e Pensões Especiais</b>	Pagar a complementação de aposentadorias e pensões dos servidores não vinculados ao regime próprio de previdência social e pensões especiais.	Servidores inativos / pensionistas.	Finalístico
<b>434</b>	<b>Gestão da Política de Saúde no Estado</b>	Apoiar o planejamento, coordenação, supervisão e avaliação das políticas públicas na área de saúde do estado e municípios.	Estado e municípios.	Gestão de Políticas Públicas
<b>800</b>	<b>Apoio Administrativo</b>	Promover ações de apoio governamental.	Órgãos do governo estadual.	Programa de Apoio Administrativo

Fonte: Elaboração própria a partir de PPA 2004-2007 do estado do Espírito Santo.

O PPA para o período de 2008-2011<sup>56</sup> teve como base o plano de governo vigente e o ES 2025<sup>57</sup>. Os programas do PPA foram divididos em finalísticos e de apoio às políticas públicas e áreas especiais. O PPA 2008-2011 apresentou os mesmos 12 eixos estratégicos de ação do plano de governo<sup>58</sup>, estando a saúde aí incluída (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

Na mensagem enviada à Assembleia Legislativa para aprovação do projeto de lei do PPA, a saúde foi abordada como uma das áreas prioritárias. Na mensagem, foi relatado que a estratégia de governo seria englobar o atendimento emergencial da população. Dentre as ações necessárias, estariam a melhoria da qualidade e da eficiência alocativa do sistema estadual de saúde, com ênfase na universalização do acesso à atenção primária e na ampliação das redes de serviços hospitalares e de urgência, e o controle da violência e da criminalidade, reforçando a importância da integração e modernização do sistema de defesa social e da ampliação do sistema prisional do estado (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

Para cada eixo estratégico foram identificados os desafios e explicitadas as prioridades de ação e as principais entregas<sup>59</sup> que iriam nortear a elaboração e gestão do PPA. Na saúde, (1) Ampliar o acesso à atenção primária por meio da expansão do número de unidades básicas de saúde e da cobertura do Programa Saúde da Família; (2) Expandir o acesso à atenção secundária por meio da ampliação das redes hospitalar e de urgência; (3) Expandir o acesso à atenção de média e alta complexidade; (4) Reduzir a mortalidade infantil; (5) Reduzir o grau de complicações de doenças crônicas; (6) Melhorar continuamente a qualidade e a satisfação no atendimento em saúde; (7) Desenvolver a função de regulação e planejamento da Secretaria Estadual de Saúde e estímulo à autonomia das instâncias estaduais macrorregionais; e (8) Desenvolver novos modelos de gestão hospitalar, visando a melhoria dos serviços e sua economicidade (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

---

<sup>56</sup> A Lei 8821, de janeiro de 2008, dispõe sobre o PPA para o período de 2008-2011. O art. 3º. traz que a inclusão, exclusão ou alteração de programas constantes da lei do PPA serão encaminhadas ao Legislativo por projeto de lei específico. Essa lei faz referência ao artigo 2º da Lei 8604, de outubro de 2007 (LDO para 2008) para mostrar as diretrizes da administração pública para o respectivo período (ESPÍRITO SANTO, 2008b).

<sup>57</sup> O Plano Estratégico de Desenvolvimento para o Estado do Espírito Santo foi construído no ano de 2005 e lançado em 2006, e traçou uma visão de futuro, com metas de curto, médio e longo prazo (ESPÍRITO SANTO, 2008a).

<sup>58</sup> Eixos estratégicos: 1) saúde; 2) educação e cultura; 3) defesa social, justiça e segurança pública; 4) redução da pobreza; 5) desenvolvimento econômico e turismo; 6) interiorização do desenvolvimento, agricultura, aquicultura e pesca; 7) rede de cidades e serviços; 8) logística e transportes; 9) meio ambiente; 10) identidade e imagem capixaba e comunicação do governo; 11) inserção estratégica regional; e 12) gestão pública e qualidade das instituições.

<sup>59</sup> Nesse PPA as prioridades de ação e as principais entregas foram denominadas metas mobilizadoras.

O PPA do Espírito Santo, no período de 2012-2015<sup>60</sup>, foi elaborado com base no documento “Novos Caminhos”, em consonância com o Plano de Desenvolvimento de Longo Prazo do Estado ES 2025 e com o Programa de Governo, além de reuniões e debates prévios<sup>61</sup> (mesma metodologia do PPA anterior). A partir daí foram estabelecidos os 10 eixos estratégicos<sup>62</sup>, construídos com dois focos principais: Atendimento aos Segmentos Mais Vulneráveis da Sociedade Capixaba e Desenvolvimento Regionalmente Equilibrado<sup>63</sup> (ESPÍRITO SANTO, 2012a; 2012c).

O eixo estratégico no PPA 2012-2015, que traz a saúde (atenção integral à saúde), coloca a esfera estadual com uma função de articuladora dos três entes da federação para alcançar a meta de cobertura universal e produzir altos índices de resolutividade. O Estado apresenta como funções a regulação do sistema de saúde, o cofinanciamento e a prestação direta dos serviços de maior complexidade. Além disso, atua no planejamento das ações para o funcionamento adequado do SUS.

Os PPA e seus programas seriam anualmente avaliados por meio de relatórios de avaliação em que deveriam constar demonstrativo, por programa e por ação, da execução física e financeira do exercício anterior e a acumulada; e a avaliação<sup>64</sup>, por programa e por ação, do percentual já efetivado até o término do exercício antecedente. O Poder Executivo ficaria responsável por instituir o sistema de avaliação, sob coordenação da Secretaria de Estado de Economia e Planejamento.

---

<sup>60</sup> A Lei 9781, de 04 de janeiro de 2012, dispõe sobre o PPA para o período 2012-2015, do estado do ES.

<sup>61</sup> Participaram na elaboração do PPA técnicos de todos os Poderes por meio de treinamento “Capacitação para o Plano Plurianual – 2012” e realização de 10 audiências públicas nas microrregiões Metropolitana, Metrópole Expandida Sul, Polo Colatina, Noroeste I/Noroeste II, Litoral Norte/Extremo Norte, Polo Linhares, Central Serrana, Sudoeste Serrana, Polo Cachoeiro e Caparaó, a fim de alinhar as demandas das audiências públicas com o Planejamento Estratégico do Governo, agregando a participação da sociedade e a dimensão regional das prioridades. O PPA especifica cada uma dessas microrregionais e relata que, para acompanhamento dos programas e ações previstas, utiliza sistemas informatizados que permitem aos gestores públicos monitorarem as ações de governo e avaliarem os resultados decorrentes delas (ESPÍRITO SANTO, 2012c).

<sup>62</sup> Os 10 eixos estratégicos para a Administração Pública Estadual são: (i) melhoria da gestão pública e valorização do servidor; (ii) desenvolvimento da educação, cultura, esportes e lazer; (iii) produção do conhecimento, inovação e desenvolvimento; (iv) integração logística; (v) desenvolvimento da infraestrutura urbana; (vi) empregabilidade, participação e proteção social; (vii) atenção integral à saúde; (viii) prevenção e redução da criminalidade; (ix) distribuição dos frutos do progresso; e (x) inserção nacional (ESPÍRITO SANTO, 2012c).

<sup>63</sup> Esses focos eram mantidos por quatro premissas básicas: Responsabilidade Ambiental, Governança Democrática, Gestão Transparente e Responsabilidade Fiscal.

<sup>64</sup> Os relatórios de avaliação incorporam a execução física e financeira dos programas, ações e metas de todos os Órgãos Públicos do Estado dos Poderes Executivo, Legislativo, Judiciário e do Ministério Público. Estão divididos em duas partes: uma que apresenta a síntese dos resultados financeiros e programas de maior desempenho, por comitê estratégico de atuação governamental, e a outra se refere ao anexo que traz o detalhamento da execução financeira e física, por programa e por ação e de forma regionalizada.

Para acompanhamento dos projetos e ações previstas no PPA 2012-2015, o governo do estado utilizou dois sistemas informatizados: O Sistema Plano Plurianual (SISPPA) e o Sistema de Gerenciamento Estratégico de Projetos do Governo do Estado (SigES). Outro sistema passou a ser utilizado pelo estado a partir de 2014: o Sistema Integrado de Gestão das Finanças Públicas do Espírito Santo (SIGEFES) (ESPÍRITO SANTO, 2012a).

Os PPA 2008-2011 e 2012-2015 apresentaram praticamente os mesmos programas, com pequenas alterações de nomes e códigos em relação ao programa de APS e ao de reestruturação da rede de serviços. Três programas não apareceram no PPA 2012-2015, o de assistência especializada em saúde, o de administração e desenvolvimento de recursos humanos e o de administração geral. Esses dois últimos foram provavelmente substituídos pelo programa Melhoria da Gestão Pública e Valorização do Servidor, já que algumas ações semelhantes podem ser vistas nesse PPA (Tabelas 6 e 7). Os objetivos, público-alvo e tipos de programa dos dois PPA estão apresentados nos Quadros 8 e 9.

Os programas relacionados à assistência especializada, manutenção de serviços, implementação da assistência farmacêutica, reestruturação da rede de serviços e ao apoio administrativo foram os que apresentaram os maiores orçamentos nos dois PPA 2008-2011 e 2012-2015, com percentuais de realizado/autorizado acima de 79% e 73%, respectivamente (Tabelas 6 e 7).

No período de 2008 a 2015 observou-se correlação estreita entre os dois instrumentos de planejamento: PES e PPA.

Tabela 6 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no período de 2008 a 2011.

Código Programa	Descrição de Programas	Valor Total Programa PPA	2008						2009						2010						2011					
			N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)
13	Assistência especializada em Saúde	1.713.908	4	427.847	494.656	451.013	105,41	91,18	4	410.571	585.514	578.512	140,90	98,80	4	388.041	742.745	696.650	179,53	93,79	4	364.714	798.506	664.019	182,07	83,16
158	Expansão e Fortalecimento da APS no ES	110.839	5	24.606	7.517	6.000	24,38	79,83	5	32.542	17.312	14.155	43,50	81,76	5	25.811	30.306	29.919	115,91	98,72	5	20.206	17.439	14.683	72,67	84,19
230	Implementação da Assistência Farmacêutica	452.635	2	102.187	172.401	165.856	162,31	96,20	2	99.356	194.699	186.412	187,62	95,74	2	107.461	168.998	135.126	125,74	79,96	2	108.871	144.460	119.610	109,86	82,80
231	Implementação do Sist. de Vigilância em Saúde	61.427	6	15.334	28.166	17.647	115,08	62,65	6	14.715	20.072	10.922	74,22	54,41	6	13.908	25.265	9.470	68,09	37,48	6	13.072	23.838	8.911	68,17	37,38
290	Manutenção da Rede de Serviços de Saúde	1.422.974	24	346.006	341.017	321.456	92,90	94,26	24	335.181	345.718	327.287	97,65	94,67	24	317.347	451.986	426.454	134,38	94,35	24	320.216	501.989	461.098	144,00	91,85
385	Reestruturação da Rede de Serviços de Saúde no Estado	547.119	10	139.187	167.056	84.245	60,53	50,43	10	134.872	158.823	126.700	93,94	79,77	10	127.284	252.008	186.428	146,47	73,98	14	107.628	245.288	217.092	201,71	88,51
501	Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos	133.836	3	31.334	979	846	2,70	86,36	3	31.357	439	426	1,36	97,10	3	30.908	346	314	1,02	90,76	3	30.298	192	83	0,27	43,16
502	Administração Geral	47.615	1	11.886	8.715	8.715	73,32	100,00	1	11.406	2.991	2.991	26,22	100,00	1	10.781	747	747	6,93	100,00	1	10.133	0	0		
542	Complementação de Aposentadorias e pensões Especiais	13.227	1	3.302	0	0			1	3.168	2.816	2.490	78,60	88,45	1	2.995	0	0			1	2.815	0	0		
594	Gestão da Política de Saúde no estado	91.844	13	22.976	106.234	104.110	453,12	98,00	10	19.898	96.552	92.450	464,62	95,75	13	18.956	58.390	49.873	263,10	85,41	13	23.093	30.935	23.064	99,87	74,56
800	Apoio Administrativo	2.258.293	4	530.381	544.811	543.311	102,44	99,72	6	529.165	539.813	537.230	101,52	99,52	8	521.552	591.344	581.353	111,47	98,31	8	509.756	617.783	605.818	118,84	98,06
<b>Total</b>		<b>6.853.717</b>	<b>73</b>	<b>1.655.046</b>	<b>1.871.551</b>	<b>1.703.198</b>	<b>102,91</b>	<b>91,00</b>	<b>72</b>	<b>1.622.231</b>	<b>1.964.749</b>	<b>1.879.575</b>	<b>115,86</b>	<b>95,66</b>	<b>77</b>	<b>1.565.044</b>	<b>2.322.135</b>	<b>2.116.336</b>	<b>135,23</b>	<b>91,14</b>	<b>81</b>	<b>1.510.802</b>	<b>2.380.429</b>	<b>2.114.378</b>	<b>139,95</b>	<b>88,82</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios de Execução Orçamentária, PPA e LOA do estado do Espírito Santo nos anos de 2008 a 2011.

Nota: Despesas previstas na LOA ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Valores divididos a 10<sup>3</sup>.

Tabela 7 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2015.

Código Programa	Descrição de Programas	Valor Total Programa PPA	2012						2013						2014						2015					
			N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)
230	Implementação da Assistência Farmacêutica	518.579	3	115.136	162.376	119.702	103,97	73,72	3	117.394	105.057	104.445	88,97	99,42	3	119.104	142.732	119.819	100,60	83,95	3	116.163	119.905	114.041	98,17	95,11
231	Implementação do Sist. de Vigilância em Saúde	86.426	6	19.283	27.676	17.731	91,95	64,07	6	19.597	42.875	19.541	99,71	45,58	7	19.823	43.658	23.654	119,32	54,18	7	19.279	25.401	17.679	91,70	69,60
290	Manutenção da Rede de Serviços de Saúde	1.762.991	24	390.633	535.735	503.686	128,94	94,02	24	395.429	650.518	623.316	157,63	95,82	26	404.253	741.114	728.214	180,14	98,26	26	399.259	811.294	775.187	194,16	95,55
542	Complementação de Aposentadorias e pensões Especiais	353.884	1	2.572	13	0			1	2.614	13	0			1	2.644	0	0			1	2.571	0	0		
594	Gestão da Política de Saúde no estado	247.945	9	40.195	45.090	38.879	96,73	86,23	9	59.561	34.874	25.734	43,21	73,79	9	50.238	26.646	24.090	47,95	90,41	9	70.597	79.488	73.107	103,56	91,97
694	Melhoria da Gestão Pública e Valorização do Servidor	1.437.990	4	32.126	316	227	0,71	71,86	4	32.649	643	263	0,80	40,85	4	33.025	98	82	0,25	83,71	4	32.120	12	12	0,04	100,00
800	Apoio Administrativo	20.968.900	4	577.238	656.635	643.105	111,41	97,94	5	589.957	816.131	795.615	134,86	97,49	6	600.207	933.481	928.406	154,68	99,46	6	583.747	776.862	771.922	132,24	99,36
856	Fortalecimento da Atenção primária à Saúde	137.014	2	30.849	14.625	14.417	46,73	98,57	2	30.987	48.043	46.406	149,76	96,59	2	31.344	29.440	28.731	91,66	97,59	2	30.485	3.778	1.542	5,06	40,81
862	Reestruturação e Ampliação da Capacidade da Rede de Serviços de Saúde	3.061.947	11	733.230	1.001.025	887.381	121,02	88,65	12	692.047	859.706	787.389	113,78	91,59	12	699.086	916.712	857.645	122,68	93,56	12	647.757	905.670	811.229	125,24	89,57
<b>Total</b>		<b>28.575.675</b>	<b>64</b>	<b>1.941.262</b>	<b>2.443.491</b>	<b>2.225.127</b>	<b>114,62</b>	<b>91,06</b>	<b>66</b>	<b>1.940.236</b>	<b>2.557.859</b>	<b>2.402.709</b>	<b>123,84</b>	<b>93,93</b>	<b>70</b>	<b>1.959.725</b>	<b>2.833.881</b>	<b>2.710.642</b>	<b>138,32</b>	<b>95,65</b>	<b>70</b>	<b>1.901.978</b>	<b>2.722.411</b>	<b>2.564.720</b>	<b>134,84</b>	<b>94,21</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios de Execução Orçamentária, PPA e LOA do estado do Espírito Santo nos anos de 2012 a 2015.

Nota: Despesas previstas na LOA ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Valores divididos a 10<sup>3</sup>.

Quadro 8 – Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2008-2011 no estado do Espírito Santo.

<b>PPA 2008 -2011</b>				
<b>Código Programa</b>	<b>Descrição de Programas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Público-Alvo</b>	<b>Tipo de Programa</b>
<b>13</b>	<b>Assistência Especializada em Saúde</b>	Garantir o acesso equitativo e universal da população aos cuidados em saúde de forma hierárquica e regionalizada com a contratação de serviços complementares ambulatoriais e hospitalares, conforme normas operacionais do SUS e aprimoramento da rede de urgência, emergência e regulação assistencial, promovendo a suficiência em serviços de média e alta complexidade.	População em geral.	Finalístico
<b>158</b>	<b>Expansão e Fortalecimento da APS no ES</b>	Ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde.	População em geral.	Finalístico
<b>230</b>	<b>Implementação da Assistência Farmacêutica</b>	Garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, excepcionais, programas específicos e correlatos na rede pública, com segurança e qualidade.	População em geral.	Finalístico
<b>231</b>	<b>Implementação do Sistema de Vigilância em Saúde</b>	Prevenir, controlar e alertar sobre os surtos, epidemias, agravos e inusitados de maneira oportuna e a partir da permanente vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde, visando a redução da morbimortalidade no estado.	População em geral.	Finalístico
<b>290</b>	<b>Manutenção da Rede de Serviços de Saúde</b>	Ofertar serviços hospitalares e ambulatoriais de especialidades, de urgência/emergência, com qualidade e em quantidade suficiente para atendimento da população, de acordo com as normas assistenciais vigentes.	População em geral.	Finalístico
<b>385</b>	<b>Reestruturação da Rede de Serviços de Saúde no Estado</b>	Construir, ampliar, reformar e equipar a rede pública de saúde e adequá-la às normas legais e tecnológicas vigentes, visando a ampliação da capacidade instalada da rede de serviços de saúde no estado.	População em geral.	Finalístico

<b>501</b>	<b>Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos</b>	Valorizar o servidor público estadual e comprometê-lo com a ética, o profissionalismo e a qualidade dos serviços prestados à sociedade.	Estado e servidores do poder executivo.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>502</b>	<b>Administração Geral</b>	Organizar, implantar e controlar serviços, fortalecer e dotar o órgão de condições necessárias ao seu funcionamento.	Órgãos públicos e servidores do governo.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>542</b>	<b>Complementação de Aposentadorias e Pensões Especiais</b>	Pagar a complementação de aposentadorias e pensões dos servidores não vinculados ao regime próprio de previdência social e pensões especiais.	Servidores públicos estaduais inativos e pensionistas.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>594</b>	<b>Gestão da Política de Saúde no Estado</b>	Apoiar o planejamento, coordenar, supervisionar e avaliar as políticas públicas na área da saúde.	Estado e municípios.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>800</b>	<b>Apoio Administrativo</b>	Promover ações de apoio governamental no âmbito do poder executivo.	Órgãos públicos estaduais das administrações direta e indireta do poder executivo.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais

Fonte: Elaboração própria a partir da PPA 2008-2011 do estado do Espírito Santo.

Quadro 9 – Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2012-2015 no estado do Espírito Santo.

<b>PPA 2012 -20015</b>				
<b>Código Programa</b>	<b>Descrição de Programas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Público-Alvo</b>	<b>Tipo de Programa</b>
<b>230</b>	<b>Implementação da Assistência Farmacêutica</b>	Garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, excepcionais, programas específicos e correlatos na rede pública, com segurança e qualidade.	População em geral.	Finalístico
<b>231</b>	<b>Implementação do Sistema de Vigilância em Saúde</b>	Prevenir, controlar e alertar sobre os surtos, epidemias, agravos e inusitados de maneira oportuna e a partir da permanente vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental em saúde, visando a redução da morbimortalidade no estado.	População em geral.	Finalístico
<b>290</b>	<b>Manutenção da Rede de Serviços de Saúde</b>	Ofertar serviços hospitalares e ambulatoriais de especialidades, de urgência/emergência, com qualidade e em quantidade suficiente para atendimento da população, de acordo com as normas assistenciais vigentes.	População em geral.	Finalístico
<b>542</b>	<b>Complementação de Aposentadorias e Pensões Especiais</b>	Pagar a complementação de aposentadorias e pensões dos servidores não vinculados ao regime próprio de previdência social e pensões especiais.	Servidores públicos estaduais inativos e pensionistas.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>594</b>	<b>Gestão da Política de Saúde no Estado</b>	Apoiar o planejamento, coordenar, supervisionar, avaliar e dar suporte à execução das políticas públicas na área da saúde.	Estado, municípios e entidades do terceiro setor.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>694</b>	<b>Melhoria da Gestão Pública e Valorização do Servidor</b>	Aperfeiçoar e consolidar a gestão pública, aprimorando, organizando, controlando serviços e tornando a administração pública mais ágil, eficiente e eficaz, com os servidores valorizados e comprometidos com a ética, o profissionalismo e a qualidade dos serviços públicos.	Estado e sociedade.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>800</b>	<b>Apoio Administrativo</b>	Promover ações de apoio governamental no âmbito do poder executivo.	Órgãos públicos estaduais das administrações direta e indireta do poder executivo (não se enquadra em nenhuma das diretrizes estratégicas cadastradas).	Apoio às políticas públicas e áreas especiais

856	<b>Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde</b>	Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, consolidando a atenção primária e o cuidado ao usuário de drogas em todos os municípios capixabas.	População em geral, priorizando as áreas em condições socioeconômicas e de saúde desfavoráveis ou de risco.	Finalístico
862	<b>Reestruturação e Ampliação da Capacidade da Rede de Serviços de Saúde</b>	Ampliar, organizar e qualificar o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária em saúde.	Usuários do Sistema Único de Saúde e população em geral.	Finalístico

Fonte: Elaboração própria a partir de PPA 2012-2015 do estado do Espírito Santo.

Assim como nos dois últimos PPA, para o período 2016-2019 o PPA baseou-se nas orientações estratégicas de governo<sup>65</sup> e nas contribuições da sociedade por meio da participação nas audiências públicas envolvendo as 10 microrregiões do estado e do *site* PPA.EM.REDE (ESPÍRITO SANTO, 2016c).

Na mensagem enviada ao legislativo, o governador abordou a situação econômica do país e em particular do estado com queda na arrecadação do ICMS e de *royalties* de petróleo e a consequente diminuição na arrecadação. Com isso, explanou um cenário de escassez de recursos e uma necessidade de cautela e cuidadoso planejamento orçamentário e financeiro (ESPÍRITO SANTO, 2015).

Foram definidos seis pilares estratégicos<sup>66</sup> pelo governo, que orientaram a elaboração da programação do PPA 2016-2019. A partir daí e para indicar o que deveria ser realizado, definiram-se 10 áreas de resultado<sup>67</sup>, incluindo a saúde.

A análise deste PPA se restringiu ao ano de 2016, por ser o último ano do período de estudo. O programa Atenção Integral à Saúde é apresentado de forma ampla, o qual envolve as ações referentes à implementação e fortalecimento da APS, ampliação e modernização da rede de serviços, manutenção, ampliação e construção de unidades hospitalares e serviços de saúde da rede, distribuição de medicamentos, entre outros. Tal aspecto dificultou a comparabilidade entre os vários programas, a não ser pelas ações especificadas.

Dos programas apresentados no ano de 2016, somente os de Previdência Social, Atenção Integral à Saúde e de Gestão da Política de Comunicação Social do Governo do Estado tiveram incrementos de valores autorizados pela LOA; todos os outros programas tiveram diminuição. No entanto, os percentuais de realização dos programas em relação ao que foi autorizado pela LOA foram de 100% a mais. O Programa Atenção Integral à Saúde demonstrou o maior valor em termos relativos (Tabela 8). Os objetivos, público-alvo e tipos de programa do ano de 2016 estão apresentados no Quadro 10.

---

<sup>65</sup> “Governo do Estado do Espírito Santo – Orientações Estratégicas 2015-2018”.

<sup>66</sup> Os seis pilares estratégicos são: ajustar as contas públicas; combater a corrupção; instituir um Governo em rede com a sociedade (transparência, participação e diálogo); promover a mudança na relação com os recursos naturais e o meio ambiente; construir avanços sociais (educação, saúde e segurança); e promover o desenvolvimento econômico diversificado, sustentável e inclusivo.

<sup>67</sup> As áreas de resultado eram: educação, saúde, segurança, justiça e defesa social, desenvolvimento social, desenvolvimento econômico, infraestrutura logística, desenvolvimento urbano e regional, meio ambiente (ESPÍRITO SANTO, 2016c).

Tabela 8 – Execução orçamentária dos programas de saúde estabelecidos no Plano Plurianual no estado do Espírito Santo no ano de 2016. Espírito Santo 2016.

Código	Descrição de Programas	2016						
		Valor Total PPA Saúde*	N. de Ações	Previsto PPA	Autorizado LOA	Realizado LOA	Realizado/Previsto Ano (%)	Realizado/Autorizado Ano (%)
2	Previdência Social	314.833	2	72.943	98.887	98.887	135,57	100,00
3	Desenvolvimento Pessoal e profissional do Servidor Público	74.919.651	4	6.100	7	562	9,21	8178,99
30	Atenção Integral à Saúde	6.327.776.848	14	1.519.752	1.544.028	1.813.434	119,32	117,45
204	Gestão da política de Comunicação Social do Governo do Estado	863.200	7	1.478	2.041	2.057	139,13	100,76
231	Implementação do Sist. de Vigilância em Saúde	81.272.730	5	18.615	16.629	27.386	147,12	164,69
31	Gestão da Política de Saúde no estado - Choque de Gestão	156.624.613	7	35.957	18.725	34.724	96,57	185,45
800	Apoio Administrativo	3.104.842.433	2	760.540	621.305	627.526	82,51	101,00
904	Operações Especiais: dívida interna		1	31.515	29.251	31.515	100,00	107,74
<b>Total</b>		<b>9.746.614.308</b>	<b>42</b>	<b>2.446.900</b>	<b>2.330.872</b>	<b>2.636.091</b>	<b>107,73</b>	<b>113,09</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos Relatórios de Execução Orçamentária, PPA e LOA do estado do Espírito Santo no ano de 2016.

Nota: Despesas previstas na LOA ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Valores divididos a 10<sup>3</sup>.

\*Foram considerados somente os valores totais do PPA expressos para a saúde, já que o período de estudo compreende até 2016. Não foram analisados os outros anos referentes ao período do PPA 2016-2019.

Quadro 10 – Quadro demonstrativo de código, descrição, objetivos, público-alvo e tipo de programa apresentados no PPA 2016-2019 no estado do Espírito Santo.

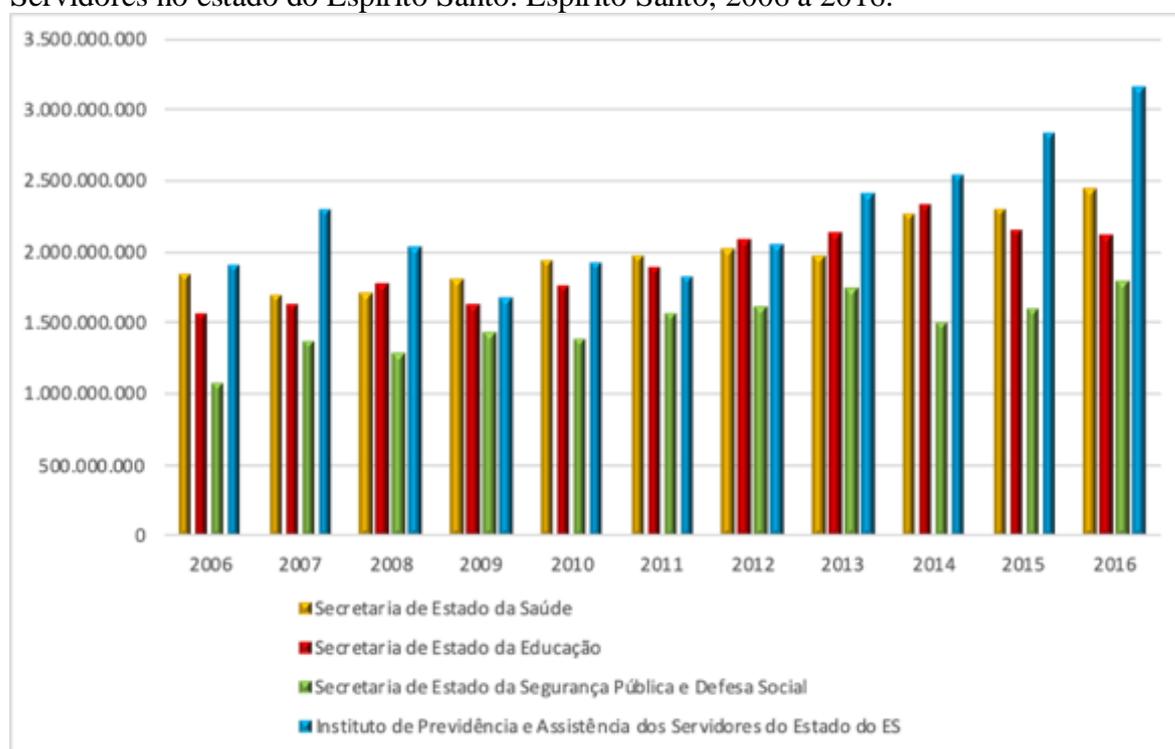
<b>PPA 2016 -20019</b>				
<b>Código Programa</b>	<b>Descrição de Programas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Público-Alvo</b>	<b>Tipo de Programa</b>
<b>2</b>	<b>Previdência Social</b>	Garantir o atendimento de preceitos legais e administrativos relativos à área de previdência social, assegurando a concessão de benefícios a servidores inativos e pensionistas, vinculados ou não ao regime próprio de previdência do estado.	Servidores públicos estaduais e pensionistas.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>3</b>	<b>Desenvolvimento Pessoal e Profissional do Servidor Público</b>	Propiciar o desenvolvimento pessoal e profissional do servidor público estadual, com qualidade de vida no trabalho, estimulando permanentemente o seu comprometimento com a qualidade, efetividade e inovação na prestação de serviços à sociedade.	Servidores públicos estaduais.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>30</b>	<b>Atenção Integral à Saúde</b>	Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a rede de urgência e emergência e fortalecendo a parceria com os municípios efetivando a política de atenção básica e a atenção especializada.	Sociedade em geral.	Finalístico
<b>204</b>	<b>Gestão da Política de Comunicação Social do Governo do Estado</b>	Divulgar as ações do governo e produzir notícias, publicidade e ações de <i>marketing</i> .	Órgãos públicos estaduais.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>231</b>	<b>Implementação do Sistema de Vigilância em Saúde</b>	Prevenir, controlar e alertar sobre surtos, epidemias, agravos e inusitados e aumentar o protagonismo do cidadão nos cuidados com a própria saúde, prevenção e autocuidado.	Sociedade em geral.	Finalístico

<b>31</b>	<b>Gestão da Política de Saúde no Estado</b>	Planejar, coordenar, implantar, avaliar e controlar políticas públicas para a área de saúde, com ênfase na eficiência e qualificação dos serviços prestados.	Sistema estadual de saúde.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>800</b>	<b>Apoio Administrativo</b>	Promover ações de apoio governamental, no âmbito do poder executivo.	Órgãos públicos estaduais das administrações direta e indireta do poder executivo.	Apoio às políticas públicas e áreas especiais
<b>904</b>	<b>Operações Especiais: dívida interna</b>	Cumprir compromissos da dívida interna.	Governo do estado.	

Fonte: Elaboração própria a partir de PPA 2016-2019 do estado do Espírito Santo.

No conjunto dos documentos analisados (PPA, LOA, planos de governo, documentos estratégicos de governo, documentos de planejamento de longo prazo – ES 2025, ES 2030) que se referiam às políticas públicas, a saúde estava inserida e, ao analisar a execução orçamentária estadual, foi uma das áreas que apresentou maiores orçamentos, junto com a educação e a segurança. Cabe ressaltar que a área correspondente à previdência dos servidores estaduais, junto com as três áreas citadas acima, também apresentou uma das maiores despesas estaduais, senão a maior em alguns anos específico (Figura 9).

Figura 9 – Evolução das despesas das Secretarias de Estado da Saúde, da Educação, da Segurança Pública e Defesa Social e do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores no estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: Leis Orçamentárias Anuais do estado do Espírito Santo. Elaboração própria.

Nota: Despesas previstas na LOA ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os aspectos apresentados sobre o PES e o PPA permitiram identificar que os instrumentos possuíam correlação entre eles e com os documentos de programas de governo.

### 6.3 DESAFIOS DA GESTÃO POLÍTICO-ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE SOB A ÓTICA DOS GESTORES

A descentralização do SUS trouxe alguns desafios para a gestão. No período de 2006 a 2016 houve transformações no sistema de saúde. A Secretaria de Estado da Saúde em 2006 se encontrava em um processo de desenvolvimento institucional para a construção de um novo modelo assistencial baseado na regionalização da saúde.

A saúde é uma área de muita complexidade, dada a diversidade de componentes relacionados à organização, tais como: os vários níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária), os setores (assistência farmacêutica, vigilância em saúde, entre outros), os tipos de serviços (próprios, contratualizados), as fontes e modalidades de financiamento (recursos próprios, transferências intergovernamentais). Cabe ressaltar ainda o envolvimento dos vários atores sociais nesse processo, tais como profissionais, movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, grupos de interesse, indústria farmacêutica, entre outros. Vários desafios relacionados a esses componentes foram observados no caso do ES.

Para a organização do sistema de saúde, a maioria dos gestores citou o fortalecimento da atenção primária à saúde (APS), por meio de construção e/ou estruturação de unidades, qualificação profissional, e a organização do sistema de saúde em redes, como áreas prioritárias do estado:

“O principal projeto nosso aqui é de reorganizar o modelo de atenção. E aí, eu estou falando de atenção primária, estou falando de ambulatorial especializada e hospitalar. [...] tem dois projetos estruturantes de planejamento nosso, o primeiro é esse, voltado para a atividade fim, que é a reorganização da rede. [...] E o outro é de qualificação da gestão, [...] que é um outro problema, talvez seja o nosso maior desafio aqui.” (Gestor SESA 1).

O gestor, ao falar sobre a reorganização da rede, referia-se a modificar o processo de trabalho em todos os níveis assistenciais, sejam UBS, unidades ambulatoriais especializadas e/ou hospitalares, de modo a propiciar maior integração entre esses níveis. Comentou haver uma grande fragmentação e uma necessidade de organizar o fluxo do paciente dentro do sistema.

A fragmentação tem sido um dos grandes desafios do SUS de maneira geral e se apresenta em várias dimensões. Esta dimensão fragmentada relatada pelo gestor se referia à falta de comunicação entre unidades de saúde e níveis assistenciais, capacidade instalada

ociosa em relação a outras com sobrecarga de serviços e distribuição não equitativa de serviços em relação à sua distribuição nas regiões.

Em relação à qualificação da gestão, estava se referindo à legislação da área pública que, segundo ele, da forma como era organizada, estabelecia restrições ao processo decisório, dificultando a agilidade e, conseqüentemente, prejudicando a prestação de serviços. Algumas decisões que poderiam ser resolvidas de um modo mais rápido demoravam, por vezes, meses.

A área meio<sup>68</sup> foi uma dificuldade relatada, pois os processos eram muito demorados para serem resolvidos, o que inviabilizava a execução de áreas de grande importância para a saúde conforme depoimento abaixo:

“A gente faz vigilância de desastres, então quando tem enchentes, a gente desloca equipes para os municípios, eu preciso de um veículo que possa nos levar a esses lugares. Esse processo dos veículos foi aberto em julho de 2011 e os veículos chegaram em setembro de 2014. Foram três anos e pouco para poder conseguir fazer uma compra de veículo, e o recurso era da vigilância e estava na conta. Eu tenho dinheiro pra comprar, eu sei o que eu quero comprar, eu sei aquilo vai atender o quê”. (Gestor SESA 6).

O financiamento foi outro desafio muito citado pelos gestores. Os recursos são provenientes do próprio estado, do governo federal e de algumas parcerias com os municípios. No entanto, a maior parcela fica a cargo de recursos próprios estaduais. O estado tem aumentado a aplicação de recursos próprios à saúde, gradativamente nos últimos anos, estando com um percentual de aplicação em torno de 18 %, já inclusive demonstrados neste trabalho. Convém destacar que, com a descentralização, o maior volume de transferências do governo federal foi direcionado para os municípios.

No entanto, o financiamento federal estava sendo insuficiente, segundo o relato dos gestores:

“Um desequilíbrio muito grande com relação às contrapartidas do Ministério da Saúde, o Ministério ele esqueceu que ele precisa financiar, até porque a maior receita é dele mesmo, é da União. Então, existe um desequilíbrio muito grande com relação ao financiamento do SUS aqui no estado” (Gestor SESA 4).

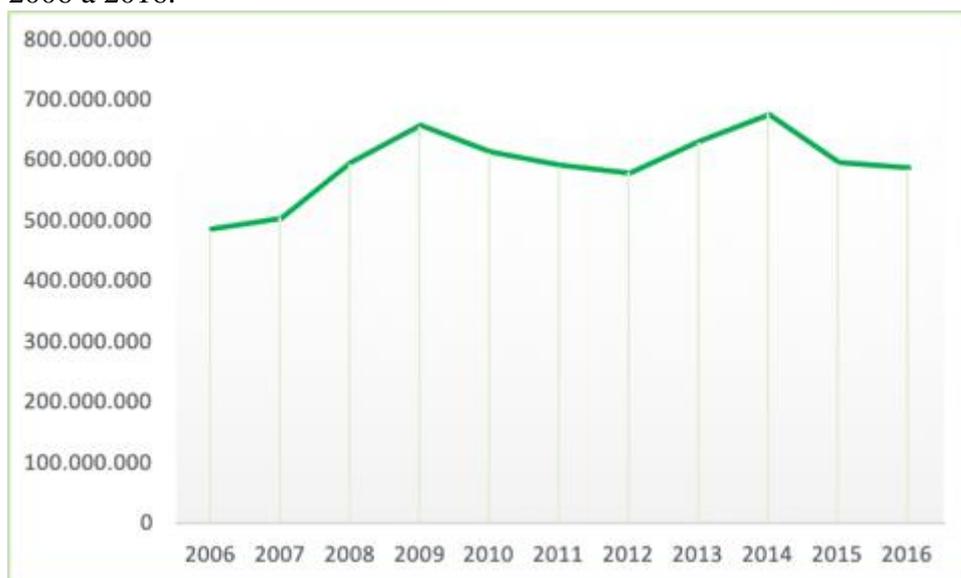
“O governo federal saiu do financiamento da saúde e jogou o problema para os estados e municípios. [...] Isso é um primeiro grave problema, o subfinanciamento federal. [...] Isso está inviabilizando, tem um limite, eu não posso pegar todos os recursos do caixa e colocar aqui (saúde), tem educação, tem segurança, tem transporte.[...] O orçamento estadual não suporta esse volume de gastos que nós estamos tendo na saúde, e tem que trazer esse recurso federal para cá que está faltando, essa omissão do financiamento federal, que é um consenso.” (Gestor SESA 1).

---

<sup>68</sup> A área meio é a responsável pelos processos de compra, de manutenção de equipamentos e serviços, de almoxarifado, etc.

Esta fragilidade no financiamento do governo federal pôde ser demonstrada ao analisar as transferências SUS para o estado do ES, o que mostrou oscilações entre aumento e diminuição de receitas no período de 2006 a 2016. Os períodos de queda nas transferências perduraram entre 2009 e 2012 e 2015 e 2016 (Figura 10).

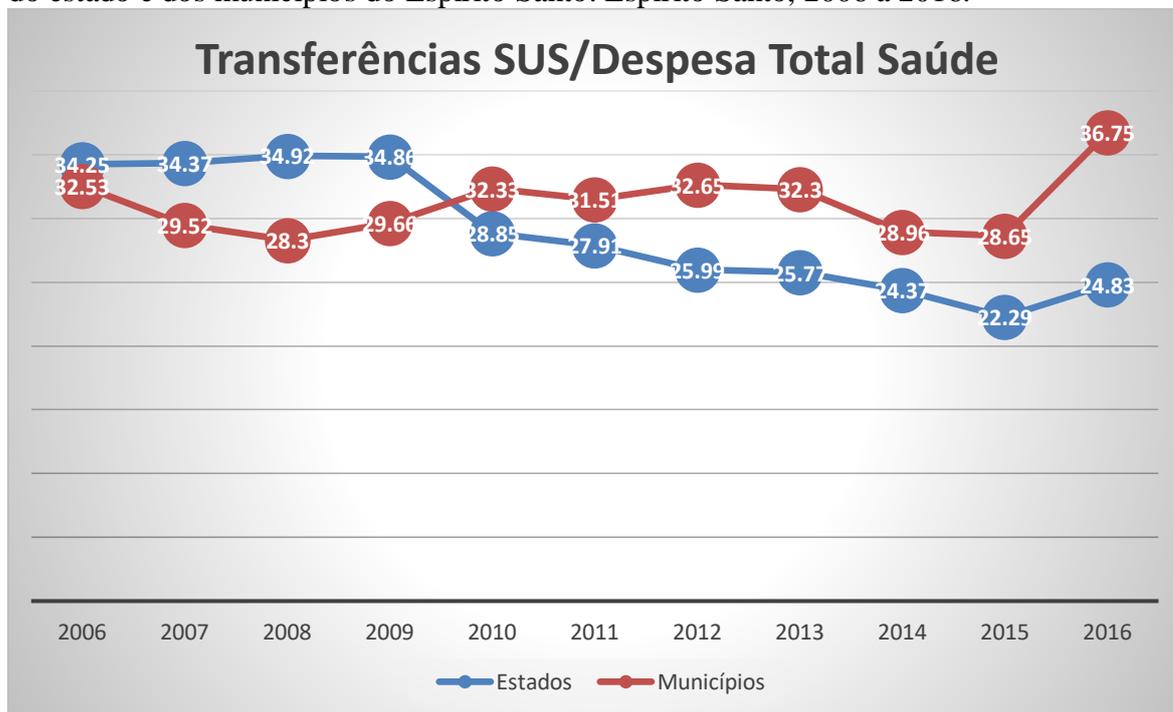
Figura 10 – Evolução de transferências SUS do estado do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Ao analisar o percentual de transferências SUS sobre a despesa total em saúde, observou-se um padrão diferente, com uma diminuição gradativa do percentual a partir de 2009, voltando a crescer um pouco somente em 2016. Embora tenha tido esse acréscimo em 2016, os percentuais de transferência nesse ano foram cerca de 10 pontos percentuais menores em relação a 2006. Esses dados, embora possam ser explicados pelo aumento da despesa ao longo do período como demonstrado anteriormente, também podem denotar a diminuição das transferências do governo federal. Cabe ressaltar que um dos principais fatores desta queda das transferências federais para o estado é devido ao aumento das transferências para os municípios do estado do ES. Na comparação das transferências sobre a despesa de estados e municípios, constatou-se aumento das transferências do governo federal para os municípios e consequente diminuição para os estados. Observou-se que até 2009 o percentual de transferência para o estado era maior. A partir de 2010 os municípios apresentaram um maior percentual de transferência, chegando em 2016 com um percentual bem acima do que foi inicializado (Figura 11).

Figura 11 – Evolução do percentual de transferências SUS sobre a despesa total em saúde do estado e dos municípios do Espírito Santo. Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: SIOPS. Elaboração própria.

Essa insuficiência de recursos do nível federal, segundo alguns gestores, pode ter afetado a expansão de alguns serviços, tais como o SAMU. O estado do ES implantou o SAMU e o financiava com baixa contrapartida do governo federal (em torno de 24%) e com reduzida participação dos municípios. Este serviço só foi implantado na região metropolitana, e sua expansão para o interior do estado não tinha logrado êxito devido às questões financeiras. O SAMU é um serviço que deveria contar com 50% de recursos federais, 25% de recursos estaduais e 25% municipais, mas no caso do ES, o estado acabou assumindo a maior parte do financiamento (76%), conforme depoimento abaixo:

“Você tem uma garantia da parte estadual, tem uma restrição muito grande do município, mesmo ele motivado a participar, ele não tem fôlego financeiro. Eles põem muito percentualmente, mas nominalmente o valor é muito pequeno, porque a receita do município é muito baixa. O ente hoje que tem de reformular tudo é o ente federal e um pacto federativo que reconstrua essa forma de financiamento de política pública. É muito mais complexo, está fora da nossa governabilidade de área de saúde” (Gestor SESA 2).

Outra questão levantada como sendo um grande desafio, mas que tem relação com o pacto federativo, referiu-se ao montante de recursos disponibilizados para a assistência hospitalar em vez de serem utilizados na APS. O maior investimento, segundo os gestores, deveria ser aplicado na APS de forma a deixá-la mais resolutiva. A rede hospitalar apresentava uma alta demanda devido a uma APS pouco resolutiva no estado e que

acabava sobrecarregando os hospitais, e isso gerava um maior custo, como descrito na narrativa abaixo:

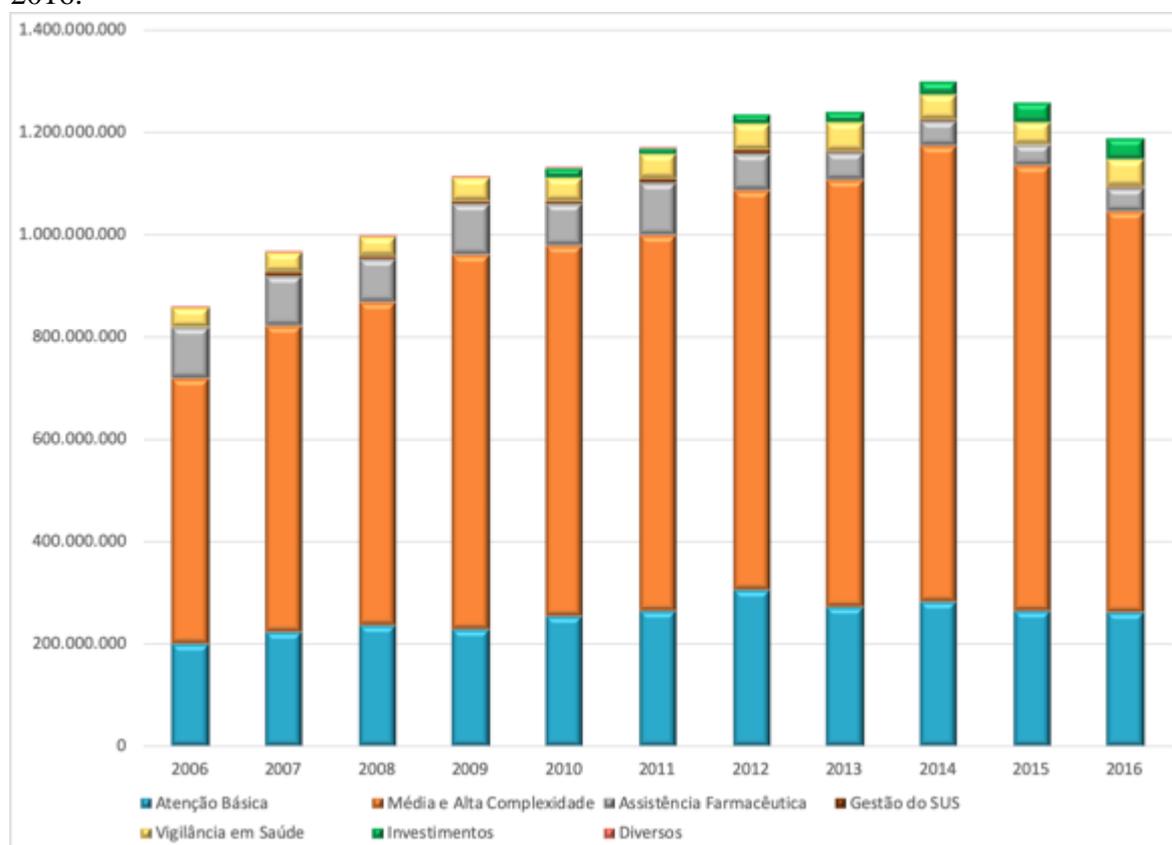
“[...] nós temos de colocar recursos na atenção primária, isso é o que nós temos de fazer e estamos gastando bilhões de hospital. Esse é outro problema grave também e estamos tentando fazer essa mudança porque nós estamos gerando atendimento hospitalar por falta de atendimento primário, 70% de quem está na porta do hospital não deveria estar lá. Quarenta por cento de quem está sendo internado e operado também não precisava, são condições de atenção primária que estão indo para lá.” (Gestor SESA 1).

Cabe ressaltar que o maior repasse para os estados foi para a média e alta complexidade mesmo, já que este ente governamental é o responsável por este nível de atenção. A atenção básica é de responsabilidade dos municípios e, portanto, o maior repasse vai para o nível local. O estado deve dar suporte aos municípios para desenvolvimento da APS, mas não é o responsável direto pela prestação de serviços. Esse suporte pode ser através de cofinanciamento, capacitação, entre outros. No entanto, foi englobada a questão de que os municípios sozinhos não têm recursos para manterem as equipes funcionando, e nem estrutura, e o que o Ministério da Saúde investia não era suficiente para os serviços, resultando em uma APS com pouca resolutividade, muitas vezes, inclusive, por não ter estrutura adequada. Fez uma crítica ao processo de municipalização dizendo: “Como eu vou pegar um município de 10, 15, 20 mil habitantes e dizer que a responsabilidade é deles. Nós temos de botar ou regionalmente ou no estado, do jeito que foi feito, foi um equívoco” (Gestor SESA 1).

Ao examinar os repasses financeiros federais por bloco de financiamento, observou-se um volume muito maior de recursos para a média e alta complexidade, e com a atenção básica vindo em segundo, mas já previsto pelas atribuições dos estados (Figura 12).

De qualquer forma, esses dados foram apresentados para analisar seu dispêndio durante o período de estudo. Identificou-se uma diminuição desses montantes de recursos em anos específicos e por subfunção. Os anos de 2010 e 2015 apresentaram as maiores quedas de transferências federais em praticamente todas as subfunções, exceto atenção básica e investimentos em 2010. Em 2015, somente os investimentos não apresentaram redução. Em todas as outras subfunções ocorreu diminuição de receitas. O bloco da assistência farmacêutica foi o que evidenciou as maiores oscilações de transferências com quedas em 2008, 2010 e de 2012 a 2015 (Figura 12).

Figura 12 – Repasses financeiros federais para o estado do Espírito Santo por bloco de financiamento: atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, gestão do SUS, vigilância em saúde, investimentos e diversos (em R\$). Espírito Santo, 2006 a 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde.

Nota: Transferências federais ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Outra questão envolvendo o financiamento disse respeito à situação de como otimizar os gastos em saúde aos resultados em saúde, pois nem sempre os indicadores demonstravam as mudanças, como refletido na seguinte fala: “E esse é um ponto ainda frágil que a gente não consegue dizer muito bem. Gastei tanto, comprei não sei quantos equipamentos, construí tantas unidades, mas como eu caso isso com os resultados da saúde?” (Gestor SESA 3).

Esse aspecto pode refletir a inadequação ou ainda a pouca utilização de indicadores mais apropriados às ações de saúde.

Foi abordada a ausência de governabilidade sobre os determinantes desse cenário atual de financiamento federal como um grande problema. Disse não enxergar um cenário de melhoria de aporte de recursos para o sistema de saúde, quando se tem um embate

ideológico na sociedade, nesse modelo em que estava discutindo o “Estado”. O mesmo disse não ter uma preocupação estatizante, de que tudo teria que ser prestado pelo Estado, poderia ser por qualquer via (estatal, privada, etc.), mas desde que o Estado conseguisse regular. A fala abaixo demonstra a preocupação do entrevistado em relação ao que vai acontecer:

“[...] a gente está vendo ser construída que a gente não sabe muito bem onde vai dar, de enxugar políticas públicas na área social e fazer... Isola o povo carente, ajuda aquele ali, deixa o resto se virar, o “deus mercado” organiza esse troço aí de algum jeito. Eu acho que esse é o pano de fundo que a gente vai ter que ver, para onde estamos indo do ponto de vista de futuro. Eu acho que isso é o que vai impactar muito mais do que as nossas soluções locais” (Gestor SESA 2).

Ao serem indagados sobre os fatores que favoreceram as mudanças nas áreas prioritárias da saúde no período, os gestores relataram que o planejamento regional, a continuidade da equipe técnica, as parcerias externas de outros tipos de gestão, de consultorias contratadas, de consultores do Ministério da Saúde, da OPAS ou de instituições de ensino foram importantes para alavancar o processo de qualificação da gestão. Um fator em que todos os entrevistados foram unânimes foi com relação ao apoio e prioridade da gestão estadual à área da saúde, demonstrado na fala a seguir:

“Eu acho que o Espírito Santo, do ponto de vista de gestão estadual, ele tem tido gestões públicas que têm uma preparação de alocar recursos para a área social. Os governos Paulo Hartung e Casagrande em seus governos, tentaram e bancaram [...] eu lembro de simbolicamente botarem a mão nas costas: “Faz que a gente banca”. Então, quando você não tem poder sobre orçamento, financiamento do sistema, para tomar certas decisões, você precisava ter um lastro do governo para executar. Todos os secretários que passaram por aqui e tomaram decisões ousadas de aporte de recursos de investimento de determinados que você fez aqui, tiveram uma sustentação política muito forte, isso é determinante para quem é da área de saúde. Aí você tem segurança para executar política pública sem ter solapada a garantia de financiamento, tanto é que vem nesse crescente o tempo todo” (Gestor SESA 2).

Essa fala denota bem a importância de ter o apoio político para implementação da política de saúde. Essa prioridade às áreas sociais foi constatada nos documentos relacionados às diretrizes estratégicas do estado, como nos Planos de Desenvolvimento ES 2025 e ES 2030 já comentados anteriormente, e demonstrados ao analisar o orçamento estadual.

Em relação à definição do orçamento no estado, os gestores de todas as secretarias foram unânimes em dizer que a saúde, junto com a educação e a segurança, além de ter os maiores orçamentos, tem prioridade no orçamento:

“Basicamente, a gente concentra o foco da atuação primeiro nos três grandes pilares de atuação de qualquer governo estadual: saúde, segurança e educação. [...], são as três áreas que a gente mais prioriza. [...] essas três áreas têm um

orçamento bilionário, num estado cujo orçamento total não chega a 16 bilhões” (Gestor SEP 2).

No que diz respeito ao processo de elaboração do orçamento estadual, os gestores relataram ter início a partir de audiências públicas elaboradas regionalmente para levantar as necessidades regionais e pelo histórico de execução de despesa de cada órgão. A Secretaria de Planejamento e Orçamento, em cima daquele estudo histórico, analisava como a execução vinha se comportando, elaborava uma proposta para o teto de despesas por órgão e, a partir da estimativa da receita liberada pela Secretaria de Fazenda, realizava a alocação dos recursos entre as unidades orçamentárias, priorizando as áreas definidas pelo governo<sup>69</sup>. A partir da projeção da receita era realizada a programação orçamentária<sup>70</sup>.

Na realidade, o processo orçamentário era definido na Lei de Diretrizes Orçamentárias, onde estabeleciam-se os parâmetros para a elaboração do orçamento, inclusive a expectativa de receita e despesa, e a partir desses parâmetros, com dados atualizados geralmente nos meses de julho e agosto, eram informados os tetos às diversas secretarias de governo, os seus limites de programação orçamentária, que eram realizados por um lado no limite geral, por outro lado, com a execução orçamentária de anos anteriores e com os novos projetos que estejam sendo implementados ou que se planeja implementar no ano subsequente. Essa é uma visão mais macro, segundo a fala de dois gestores.

Na saúde, as várias subsecretarias e suas gerências, segundo os gestores, construíam suas demandas conforme o que havia sido planejado, o histórico dos gastos, e do que obteve de demandas ou necessidades nas audiências públicas. A partir daí, a própria Secretaria de Saúde, por meio de uma gerência de orçamento e planejamento, prosseguia às adequações de recursos em cima da estimativa de receita disponibilizada, mas sem esquecer das despesas de natureza continuada, como as despesas de manutenção de hospitais e da própria rede.

O processo orçamentário, segundo um dos gestores, tinha sido realizado em cenário de escassez:

---

<sup>69</sup> Segundo um gestor, o processo de definição do orçamento é feito alinhado com o planejamento estratégico do governo, em que são estabelecidos as áreas, os programas e os projetos prioritários. No planejamento estratégico do governo, as áreas de educação, saúde e segurança são definidas como prioridades. Os Planos de Desenvolvimento do estado – ES 2025 e ES 2030 – com suas diretrizes e metas também são parâmetros para a elaboração do orçamento e já discutidos na seção anterior.

<sup>70</sup> Ao fazer a estimativa da receita, esta pode estar superestimada, resultando em um orçamento inflado, ou subestimada, dando um orçamento apertado, e que ao longo do ano pode ter excedente de arrecadação e suplementação.

“[...] quem tem feito os orçamentos anualmente e os planos plurianuais trabalham sempre em cenário de escassez, a tendência é começar a trabalhar os orçamentos em cenário de mínimo, não vai nem para média. Talvez pela trajetória histórica do país, com muita instabilidade econômica [...] Tradicionalmente quando a gente vai elaborar a produção anual, no meio do ano anterior, você recebe a disponibilidade da área econômica assim: ‘Você tem uma cota orçamentária X’, e invariavelmente ela é em torno de 30% abaixo do que você tinha executado no ano anterior. Você já sabe que não é a realidade, não tem como, mas você programa de forma estrangulada. [...] Você programa sabendo que está programando com déficit.” (Gestor SESA 2).

Apesar do orçamento ter sido realizado em cenário de escassez, não se eximia de programar nada. O processo orçamentário era realizado de acordo com a cota disponibilizada, mas já pontuava para a área orçamentária e financeira do governo o déficit nas áreas especificadas para que pudesse ser gerenciado durante o ano, porque o orçamento liberado já vinha com um déficit que não acompanhava a trajetória histórica de gastos na saúde. Desta forma, o planejamento da saúde gerenciava esse déficit cortando recursos aleatoriamente. No entanto, informou que invariavelmente eram feitas suplementações ao longo dos anos.

Um gestor da Secretaria de Economia e Planejamento informou que o valor a ser alocado nem sempre era o que estava sendo executado na trajetória histórica de gastos e isso desagradava os vários órgãos. Tal fato poderia ocorrer devido a uma projeção de arrecadação muito austera, sobretudo pelo ambiente de incerteza vivido pelo país, principalmente pela crise econômica vivenciada nos últimos anos.

Alguns gestores comentaram que, mesmo em cenário de crise econômica, principalmente a partir de 2013, os gastos nas áreas prioritárias foram mantidos porque o estado tinha conseguido assegurar estabilidade. Para conseguir este equilíbrio fiscal, segundo um gestor, o estado reduziu sua base orçamentária, e procurou algumas formas de economizar para não comprometer a prestação de serviços. Uma hipótese levantada foi que o estado percebeu a crise rapidamente e procurou formas de fazer ajustes, diferente das outras unidades federativas, que poderiam não ter percebido ou mesmo demorado a tomar medidas que pudessem diminuir os impactos da crise. Tal situação está descrita na seguinte fala:

“O estado entendeu isso, refez seu orçamento, definiu um planejamento orçamentário em bases menores, bases mais conservadoras, definiu que os gestores, os responsáveis pelas secretarias teriam que avançar na eficiência, na economicidade, procurar novas formas de executar seu serviço, cortar excessos, a redução do investimento foi natural. [...] o estado conseguiu atravessar esse período de aguda crise fiscal e financeira sem comprometer seu serviço, sem comprometer a estabilidade dos pagamentos [...]” (Gestor SEP 3).

O estado conseguiu recuperar sua capacidade de investimento que estava bastante reduzida nos anos 2015 e 2016.

As três áreas já mencionadas (saúde, educação e segurança) foram as áreas em que o estado conseguiu fazer investimento. No caso da saúde, os investimentos contemplaram a ampliação do número de leitos em hospitais, a qualificação de serviços públicos, a implantação de organizações sociais para gestão de hospitais, o processo de licitação para construção de um hospital de grande porte em um município da região da Grande Vitória, assim como obras complementares em hospitais da rede. O projeto de maior destaque estava sendo a implantação da ‘Rede Cuidar’<sup>71</sup> a partir da planificação da saúde<sup>72</sup>.

Uma das preocupações abordadas foi em relação a determinados investimentos, que tendem a provocar ampliação da despesa corrente, principalmente na área da saúde, fato contemplado nas falas abaixo:

“[...] em Saúde, o investimento na obra é o valor menor. Praticamente o custeio de um ano de hospital, você constrói um hospital [...]” (Gestor SEP 1).

[...] construir um hospital é barato, é uma obra física, um prédio. Construir um hospital, construir uma escola, um prédio público, um prédio de apartamento é tudo a mesma coisa, as diferenças são pequenas, o caro é você fazer o hospital funcionar” (Gestor SEP 2).

Diante disso, informaram que, antes de realizarem determinados investimentos, avaliavam o impacto que eles poderiam provocar no orçamento, mas, caso estivesse de acordo com as prioridades de governo, eram realizados.

Ao serem questionados se as áreas prioritárias da saúde se expressavam no orçamento estadual, a maioria dos gestores relatou que sim, ou que pelo menos tinham

---

<sup>71</sup> A “Rede Cuidar” é um novo modelo de atenção à saúde que integra a atenção básica com as unidades de cuidado integral à saúde nas quatro regiões de saúde. A Rede Cuidar vai contar com equipes formadas por diversos profissionais de saúde, entre eles médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, e outros trabalhadores da saúde, tais como agentes comunitários de saúde, recepcionistas, técnicos de enfermagem, motoristas, etc. Serão cinco unidades de cuidado integral distribuídas nas quatro regiões (sendo duas na Região Metropolitana), oferecendo consultas especializadas e exames, elencados conforme a necessidade da região. Duas unidades já haviam sido implantadas, uma na região Norte e outra região Metropolitana, e outra estava em processo.

<sup>72</sup> A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é um instrumento de gestão e organização da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas redes de atenção à saúde. Equivale a integrar a APS à AAE nos territórios para fortalecer as redes de atenção. A AAE tem sido um grande gargalo do SUS, denominada por Mendes (2012) como “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial”. O PAS surgiu a partir da Planificação da Atenção Primária à Saúde, desenvolvido desde 2007 pelo CONASS no intuito de promover o desenvolvimento da APS nos territórios, a partir de mudanças nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão. Os gestores estaduais, segundo o CONASS, têm tido grande preocupação com a APS, pois o estados têm a responsabilidade de fortalecer esse nível de atenção, por meio de assessoria aos municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, no monitoramento e avaliação de sua execução e nos indicadores relacionados, além de definir fontes de financiamento adequadas.

tentado alinhar a agenda dos planos estaduais de saúde com o processo de programação orçamentária anual. No entanto, levantaram o problema da cultura frágil de planejamento da Secretaria de Saúde e de como as pessoas das áreas assistenciais possuíam dificuldades em mensurar as despesas que seriam gastas nas ações de saúde programadas:

“A cultura de planejamento nossa é muito frágil, [...] os técnicos de saúde, quem lida com a atenção à saúde, a apropriação da questão de lidar com o orçamento e com o financeiro é muito pequena, meu papel é executar os ‘laços’ assistenciais, ‘quem quiser que me arrume dinheiro, se não tiver, eu não faço’.[...] A grande dificuldade da área técnica é expressar o resultado que ele espera, as ações de saúde que ele quer desenvolver em termos de custos, ele não consegue enxergar as despesas” (Gestor SESA 2).

Essas dificuldades conseguiam ser sanadas pela existência de um grupo muito pequeno na Secretaria de Saúde e na área econômico-financeira que entendia de orçamento e prosseguia à correção das grandes unidades orçamentárias, no intuito de sustentar as despesas que não seriam diretamente vinculadas ao processo assistencial, tais como transporte, cartilhas educativas, etc. O gestor comentou que “falta criar uma cultura de planejamento por esse viés de olhar o orçamento como uma peça de planejamento” (Gestor SESA 2).

Havia uma apropriação insuficiente da importância do orçamento como uma parte do processo de planejamento e de gestão pelas pessoas que faziam a gestão dos processos de trabalho. Não existia uma cultura de planejamento enquanto processo mesmo, de planejamento estratégico fazendo rodar o ciclo PDCA<sup>73</sup>. De acordo com o gestor, a secretaria trabalhava o P enquanto área de planejamento e o processo de execução se dissociava devido à grande fragmentação, tudo muito setorizado, cada um fazendo seu “pedaço”, não existia integração. E, com isso, as outras áreas relacionadas a monitorar, acompanhar e reorientar o monitoramento permaneciam sem execução. Relataram ser extremamente difícil fazer o círculo de monitoramento de indicadores, pois a urgência sempre estava se sobrepondo. A rotina consumia muito mais as pessoas do que um processo estruturado e contínuo de gestão, e não se tinha governabilidade: “Esses mecanismos de articulação, de planejar, de usar ferramentas de gestão que se casam com o orçamento, resultado, ainda são muito incipientes” (Gestor SESA 2).

O papel do estado, em relação ao município, de dar apoio e desenvolver a capacidade de gestão, se tornava ainda mais complicado. Geralmente, nos municípios, não

---

<sup>73</sup> O ciclo PDCA, também chamado de Ciclo de Deming ou de Shewhart, é uma ferramenta de gestão cuja finalidade é a melhoria contínua dos processos por meio de um ciclo de quatro ações: planejar (*plan*), fazer (*do*), checar (*check*) e agir (*act*).

existia uma pessoa que se apropriasse do processo de orçamento e planejamento; apresentavam uma série de funções dissociadas. Além disso, normalmente o financeiro não se localizava na saúde, e sim na área central da prefeitura e o diálogo entre esses dois setores se tornava dificultado. Relatou ainda a dificuldade dos municípios, principalmente os menores, em gerir o processo orçamentário, pois, por muitas vezes, deparou-se com escritórios de contabilidade contratados para fazer a execução orçamentária do ano da área da saúde, sem nenhuma apropriação para a gestão pública, sem esquecer da grande rotatividade de profissionais nos municípios.

A judicialização foi outra dificuldade descrita para a execução do orçamento por praticamente todos os gestores, pois fugia do planejamento e impactava diretamente no orçamento, interferindo na ordem de prioridades e não tendo como controlar:

“[...] por mais que você queira, você não sabe o que vai ter na judicialização. [...] Isso, na minha concepção, é que nós não temos domínio, nós não temos governabilidade sobre isso aí, nós não temos governabilidade nenhuma. [...] Por mais que a gente trabalhe com uma série histórica, você nunca consegue contemplar” (Gestor SESA 7).

“[...] a judicialização desvia mais de 100 milhões por ano, no ano passado foram mais de 110 milhões, no São Lucas. Porque não tem planejamento nenhum, é uma decisão judicial, o orçamento é o mesmo, decisão de juiz, não tem dinheiro, mas vai direcionar o gasto. É um ordenador de despesa, só que não aparece como responsável por isso, só quem aparece é o gestor, mas tem um ordenador que é o juiz, são 100 milhões, 110 milhões. Imagine se pudesse pegar esses 110 milhões e botar na atenção primária? Dava um *revan up* na atenção primária nossa, ou implantar o SAMU, que nós não conseguimos implantar no estado inteiro” (Gestor SESA 1).

O processo de judicialização no estado tem aumentado nos últimos anos. No ano de 2011 ocorreram 2.453 demandas judiciais, somando um gasto de R\$ 12,3 milhões. Em 2015 este número subiu para 7.960 demandas, com um gasto superior a R\$64 milhões. O número de processos judicializados entre 2011 e 2015 teve um crescimento de 225% (ESPÍRITO SANTO, 2016).

Outra questão comentada foi em relação à necessidade de formar gestores do SUS como uma carreira, com profissionalismo na gestão do SUS, que tivesse continuidade e não restrita somente à qualificação de secretários estaduais e municipais. Existia a necessidade de profissionais efetivos, no intuito de criar uma cultura institucional que fosse se apropriando dos processos da saúde, principalmente do ponto de vista do planejamento e da qualidade de gestão.

O modelo ideal de regionalização, que não existe como ente federado, foi outra questão apresentada. A visão consorciada das regiões de saúde era um desafio político e de entendimento. Segundo os gestores, fazer o gestor municipal entender que ele precisava

entrar em acordo com outros gestores e não pensar mais como uma cidade de 30 mil habitantes, mas como um território de 400 mil pessoas, que juntos precisavam dar assistência a este território, se constituiu em um grande desafio.

O gestor citou como exemplo a Rede Cuidar que tinha sido priorizada pelo estado. Essa rede possuía um aporte de recursos com financiamento tripartite, mas havia uma grande dificuldade de entendimento pela Câmara para a alocação de recursos:

[...] o aporte de recursos com o modelo tripartite, mas cria essas confusões, porque eu tenho que ir lá convencer a Câmara de que eu tenho que pôr dinheiro lá em Santa Teresa, tem que pôr dinheiro lá no fundo de Nova Venécia. ‘Eu vou tirar dinheiro do meu município para pôr no outro para poder fazer? Por que não faz aqui?’. A Câmara não entende, Vereador tem uma dificuldade danada, eles acabam sendo mais engolidos pelo processo político, [...] entendimento real do que está acontecendo dentro do sistema, ficam dentro das Câmaras” (Gestor SESA 2).

De acordo com o gestor, a Rede Cuidar possuía um pacto político bem sustentado, pois todo o processo foi bem pactuado com os gestores em um modelo tripartite<sup>74</sup>. A oferta de serviços não estava vinculada à disponibilidade de receita, pois 100% da necessidade foi mapeada para a população, com 100% de financiamento em uma lógica na qual havia a captura do recurso federal possível, sendo o saldo restante financiado em 50% pelo estado e os outros 50% através de rateio *per capita* entre os municípios de abrangência. Um dos entrevistados comentou:

“Essa Rede Cuidar – as pessoas não acreditam – quanto ela custa lá no Norte? R\$5,79 *per capita* ano para cada município. Como pode isso? Porque nós estamos fazendo juntos, é escala, todo mundo fazia a mesma coisa, juntamos tudo, vamos fazer um projeto único, é consulta e exame, bota aqui consulta e exame, todo mundo chega, organiza. Porque tem escala. Se todo mundo fizer, vai gastar mais, o custo é esse, não tem dinheiro novo na Rede Cuidar, tem prioridade” (Gestor SESA 1).

Todos esses desafios apresentados pelos gestores retrataram a diversidade de variáveis que acometeram o processo de organização do sistema de saúde no estado do Espírito Santo e que interferiram diretamente na execução político-orçamentária.

---

<sup>74</sup> Foi realizado acordo coletivo em que a linha de crônicos seria a prioridade, no intuito de pensar uma linha de cuidado em que se tenha longitudinalidade. A APS sustenta esse cuidado para o paciente e o especialista dá suporte ao que não é realizado na APS, com definição do perfil assistencial, e a alocação de recursos suficientes para financiar o serviço.

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados permitiram identificar as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016, assim como analisar a execução político-orçamentária no estado do ES.

Verificou-se uma tendência de crescimento das receitas com quedas em anos específicos, associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. Diversos estudos sugerem que as dificuldades de arrecadação da União nesse período comprometeram as bases de cálculo do Fundo de Participação dos Estados (FPE) – o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (IR) – que representam parcela significativa das receitas dos estados (AFONSO; CASTRO, 2016; ASSUNÇÃO *et al.*, 2012).

Afonso e Castro (2016) destacam que, após 2008, a trajetória de arrecadação e gasto federal foi muito baixa, havendo uma quebra estrutural da tendência que predominou na primeira década de 2000. Particularmente, nestes anos, houve uma concomitante expansão de gastos públicos, sobretudo sociais, em um contexto de excepcional desempenho da evolução da receita tributária nacional, em que a carga tributária bruta alcançou patamar superior a 2/3 do PIB.

As medidas adotadas pelo governo federal para conter a crise de 2008 por meio de desonerações de tributos também comprometeram a composição do FPE (TORREZAN, 2017). Tais medidas, associadas à não atualização dos critérios de rateio do FPE (REZENDE, 2013), levaram à diminuição de repasses para as regiões brasileiras. Os estados do N, NE e CO foram os mais afetados pelas mudanças, com uma perda de R\$108,4 bilhões no período de 2008 a 2012, segundo estimativas do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2013).

Ainda assim, as transferências redistributivas, por meio dos fundos de participação, cumprem papel importante na redução das disparidades inter-regionais da receita orçamentária dos estados. O método de cálculo adotado para o repasse desses recursos

beneficia os governos com menor poder de arrecadação direta de tributos (PRADO,2006), o que permite explicar a alta dependência dos estados das regiões N e NE em relação ao FPE, evidenciada neste estudo. Entretanto, Arretche (2019), em estudo recente, demonstrou que as transferências do FPE têm efeitos limitados para reduzir as desigualdades, pois não privilegiam estados com maior concentração de populações vulneráveis.

A crise, entretanto, não repercutiu da mesma maneira nas despesas em saúde, que apresentaram tendência de crescimento constante para o conjunto dos estados e regiões, mesmo em momentos de queda da arrecadação. Este crescimento pode estar associado à vigência da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC29), que define percentuais mínimos de aplicação da União, estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde desde 2000.

Estudos demonstram o efeito protetor da emenda sobre o gasto público em saúde no Brasil, e sua repercussão para a elevação expressiva da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento do SUS (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016; SERVO *et al.*, 2011). No ano 2000, quando a EC 29 foi aprovada, os estados respondiam por 18,6% dos recursos públicos alocados ao SUS. Em 2010, essa participação aumentou para 26,4%, correspondendo a uma elevação no aporte de recursos de cerca 200% (de R\$12 bilhões em 2000 para R\$ 36,3 bilhões em 2010) (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016).

O aumento da despesa em saúde também expressa os compromissos e prioridades assumidos pelos governos no desenvolvimento de políticas próprias, na coordenação de estratégias nacionalmente induzidas e na regionalização da saúde no contexto dos anos 2000 (LIMA *et al.*, 2010). Esse processo resultou em maiores investimentos e reforçou parcerias e articulações público-privadas na organização de redes e na prestação de serviços especializados (ROMANO *et al.*, 2015; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Cabe salientar as diferenças encontradas para o conjunto dos estados e seus agregados regionais. Embora as tendências da RCLpc e da DTSpC no período tenham sido semelhantes, os patamares de receita e despesa foram distintos entre as regiões, o que é evidenciado pelos resultados dos coeficientes de variação. Tais resultados sugerem possíveis efeitos diferenciados da crise em função dos componentes de receita orçamentária, bem como as prioridades conferidas às despesas governamentais dos estados no Brasil.

Ressalta-se que o desafio do equilíbrio das finanças públicas se acentua particularmente para os estados, tendo em vista as políticas de austeridade fiscal adotadas pelo governo federal e seus efeitos sobre os mecanismos de financiamento do SUS. Segundo Vieira (2016), em períodos de crise os países tendem a diminuir os gastos públicos no intuito de tornar o ambiente fiscal mais restrito ou para aderir às condições atribuídas pelas instituições internacionais na concessão de empréstimos. Neste estudo, a contenção de despesas federais se expressa na baixa proporção de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos estaduais, o que tende a agravar-se com o congelamento das despesas primárias da União previsto na Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016).

Essa pequena proporção das receitas vinculadas à saúde nos orçamentos estaduais pode estar relacionada também com o processo de descentralização do financiamento da saúde, cuja configuração é municipalista. Os critérios e condicionantes na distribuição de recursos da União para o nível estadual são distintos dos municípios (LIMA, 2007b).

Funcia (2017) demonstrou que, em 2017, o financiamento da saúde da população já sofreu prejuízos. As despesas federais com ações e serviços de saúde foram afetadas negativamente: (a) em termos dos valores pagos pelo Ministério da Saúde que, embora tenha empenhado, liquidou despesas abaixo do piso Constitucional; (b) em relação às transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, que apresentaram queda real com variações nominais abaixo do IPCA/IBGE; (c) e no que

tange às variações referentes às transferências financeiras dos blocos de financiamento que apresentaram queda nominal e real em quatro dos seis blocos (FUNCIA, 2017).

Com a economia sofrendo uma ameaça de recessão prolongada, esse reforço de políticas de austeridade fiscal e monetária tenderá a diminuir o consumo das famílias e dos investimentos privados, levando a um círculo vicioso de desaceleração ou mesmo à queda na arrecadação tributária, a menor crescimento econômico e maior carga da dívida pública líquida na renda nacional (MANIFESTO DOS ECONOMISTAS, 2014). Além disso, a austeridade se materializa como um obstáculo para a redução das desigualdades (UNCTAD) e para os direitos humanos da população (ONU, 2018), com sérias implicações para o direito à saúde (DWECK; OLIVEIRA; ROSSI, 2018; SANTOS; VIEIRA, 2018).

O caso do ES, nesse sentido, foi apresentado como um indicativo dos condicionantes que acometem os estados brasileiros e de como as escolhas políticas e de execução orçamentária interferem nas políticas públicas, no caso, a saúde.

Em relação às receitas, apesar de terem os relatórios apresentado uma tendência de crescimento das receitas mais heterogênea, mantiveram certa similaridade com o restante dos estados. No entanto, a queda na receita do ES a partir de 2013 e sua permanência até 2016 pode ter como fator explicativo a queda nas receitas de ICMS, nos *royalties* de petróleo e em 2015 nas *commodities* exportadas pelo Espírito Santo, aliada à forte recessão econômica do período. Esses aspectos podem explicar a diminuição das receitas e sua permanência em decréscimo ao longo de 2014, 2015 e 2016 (ESPÍRITO SANTO, 2015; 2016c).

O baixo percentual de receitas diretamente arrecadadas do ES em 2016 ocorreu também pelo recuo em volume das principais atividades produtivas no estado. No setor primário ocorreu queda nas atividades de agricultura e pecuária, impactadas pela crise hídrica que vinha ocorrendo desde 2014. No setor secundário houve queda no setor extrativo pela paralisação das atividades da Samarco, devido ao acidente de Mariana/MG. Somado a isso, o

petróleo apresentou diminuição de preços. No setor terciário, o declínio ficou a cargo do setor de comércio, manutenção e reparação de veículos. O PIB do estado apresentou uma queda a partir de 2013, o que justifica essa diminuição de receitas diretamente arrecadadas (IJSN, 2018).

Por outro lado, a permanência de aumento nas despesas totais em saúde teve como condicionante o controle financeiro estabelecido pelo estado com medidas fiscais severas (corte de investimentos de 71%, congelamento de salários, renegociação de débitos tributários), principalmente em 2015, o qual proporcionaram a manutenção do equilíbrio fiscal e das políticas públicas. Um segundo argumento pode estar relacionado à prioridade que a saúde obteve no estado nesse período do estudo. Fato observado na análise dos documentos de programa de governo, nos documentos de planejamento de longo prazo, assim como nos PPA e nas LOA, que apresentaram diretrizes relacionadas à saúde, além da execução orçamentária propriamente dita, que apresentou suplementações aos vários programas ao longo de todo o período e pelas falas dos gestores.

Além desses desafios mais gerais, o caso do estado do ES permitiu identificar como aspectos relacionados ao governo e à gestão do estado de forma mais ampla repercutem na política de saúde. Primeiro, porque o estado vivenciou, a partir de 2003, certa continuidade política associada a uma coligação ampla de governo com apoio de vários partidos. Segundo, porque adotou uma estratégia de planejamento de longo prazo (ES 2025 e ES 2030) com definição de prioridades, diretrizes e metas que se mantiveram ao longo do período. Terceiro, porque manteve o equilíbrio fiscal mesmo nos períodos de crise econômica, garantindo aporte de recursos orçamentários para o financiamento de políticas públicas.

Todos esses aspectos refletiram diretamente na política de saúde, principalmente no que diz respeito ao planejamento de longo prazo. A política de saúde esteve como prioridade do estado ao longo de todo esse período segundo os documentos de programas de governo,

planos de desenvolvimento, pela execução orçamentária propriamente dita em que foram verificadas suplementações ao longo de todo o período, e também pelas falas dos gestores.

Tais suplementações podem estar relacionadas à manutenção de certa prioridade da saúde nos diferentes ciclos de governo. No entanto, demonstram também a flexibilidade para que, ao longo da execução do orçamento, possam ocorrer dotações orçamentárias, com a possibilidade de abrir créditos suplementares conforme os termos aprovados no Legislativo. Segundo Garson (2018), essa “margem de remanejamento”, objeto de acirrada barganha entre o Legislativo e o Executivo, termina muitas vezes por acolher demandas de grupos específicos, que não representam o conjunto da população. O Executivo, para evitar a barganha a cada nova necessidade, busca negociar uma margem de remanejamento quando da apreciação do projeto de lei ao Legislativo.

No que tange à relação entre os instrumentos de planejamento, observou-se estreita relação entre as diretrizes apresentadas nos planos estaduais de saúde com as dos PPA e dos documentos mais gerais de governo. Este aspecto demonstra um esforço de maior apropriação do planejamento como um elemento articulado com o orçamento e não meramente como uma obrigação de governo. Vieira (2009) relata a necessidade de maior articulação entre os instrumentos de planejamento e o orçamento público, principalmente no SUS, pois, se elaborados de forma independente, podem promover deficiências no financiamento das ações planejadas. Ressalta ainda a necessidade de incluir a participação das áreas técnicas para o sucesso da implementação do plano de saúde aliado ao orçamento.

O processo de reorganização do sistema de saúde estadual logrou avanços no período propiciado pelo apoio governamental, pela definição de ser uma política prioritária e por ter um aporte no orçamento que garantisse sua execução.

Entre os desafios citados, o aumento do número de decisões judiciais tem obrigado o poder público a fornecer bens e serviços de saúde. A alegação do judiciário é com relação ao

direito à saúde estabelecido na CF, que garante ao cidadão o direito de receber esses produtos (geralmente medicamentos, insumos e tratamentos de saúde) sempre que houver necessidade por indicação médica. Essas demandas judiciais têm aumentado consideravelmente. O judiciário brasileiro não leva em consideração o impacto orçamentário dessa decisão judicial para o sistema de saúde. Questões relativas ao orçamento público, como a escassez de recursos e a não previsão do gasto e a não inclusão de medicamentos (maior responsável pelas demandas judiciais) nas listas de medicamentos do SUS, não são levadas em consideração. Tais aspectos atuam diretamente no planejamento e execução orçamentária dos entes governamentais. O gasto do MS por determinação de ordem judicial cresceu de R\$ 2,5 milhões em 2005 para R\$ 266 milhões em 2011 (WANG *et al.*, 2014).

A manutenção do crescimento da despesa em saúde em momentos de crise econômica e dificuldades de arrecadação pode estar associada ao efeito protetor conferido pelos dispositivos de vinculação constitucional da saúde, pelos compromissos e prioridades de gastos, bem como pelos mecanismos de compensação de fontes de receitas decorrentes do federalismo fiscal. Contudo, desafios ainda persistem em relação à implantação de um sistema de transferências que permita diminuir as desigualdades e estabelecer maior cooperação entre os níveis de governo, em um contexto de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde no Brasil.

Este estudo reitera que os aspectos mais gerais do federalismo e das relações fiscais influenciam a política de saúde em particular. Abre questões que podem ser enfocadas em outras pesquisas, tais como a análise de outros estados que podem oferecer uma visão diferenciada da encontrada no estado do ES; a avaliação do gasto estadual e do gasto municipal que apresentam uma dinâmica conjunta dentro do pacto federativo e que merecem ser melhor exploradas; a questão das atribuições dos estados para auxílio aos municípios na qualificação da APS; o processo de judicialização da saúde e o impacto disso no orçamento;

entre outros. Além desses temas para novas agendas de pesquisa, é preciso salientar também que, apesar de ter sido constatada a prioridade da política de saúde no ES, estudos mais aprofundados para avaliar a relação da oferta e da qualidade dos serviços e o financiamento que está sendo disponibilizado são necessários, pois observa-se ainda uma grande demanda por serviços de saúde.

A pesquisa oferece subsídios de que os estados brasileiros apresentam um papel importante para implementação da política de saúde e, portanto, merecem uma maior atenção.

## REFERÊNCIAS

1. ABRUCIO, F.L. Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia Política**, Paraná, v. 24, p. 41-67, 2005.
2. ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. 2016. Disponível em: <http://igepp.com.br/uploads/arquivos/igepp - tc-05-federalismo-abrucio-cibele-fls02-16.pdf>. Acesso em out de 2018.
3. AFONSO, J. R.; CASTRO, K. P. A crise (do financiamento) da saúde. **Conjuntura Econômica**, 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rce/article/viewFile/64663/62544>. Acesso em: nov. 2018.
4. ALBUQUERQUE, C. *et al.* **Gestão de Finanças Públicas**. 2ª edição. Brasília: Paulo H. Feijó Editor, 2008. 580 p.
5. ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. São Paulo. v. 51, p.13-34, 2001.
6. \_\_\_\_\_. Recentralizando a federação? **Rev. Sociol. Polit.** v. 24, 2005.
7. \_\_\_\_\_. O Estado no Brasil Contemporâneo: um passeio pela história. In: MELO, C. R.; SÀEZ, M. A. (org.). **A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. p.17-38.
8. ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
9. \_\_\_\_\_. Continuidades e discontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. **Dados**, v. 52, p. 377 – 423. 2009.
10. \_\_\_\_\_. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, Editora Fiocruz, 2012. 227p.
11. \_\_\_\_\_. Quando instituições federativas fortalecem o governo central? **Novos estudos CEBRAP**, n. 95, p. 39-57, 2013.
12. ARRETCHE, M.; SCHLEGEL, R. **Os estados nas federações: Tendências gerais e o caso brasileiro**. Banco Interamericano de Desenvolvimento. 2014. Disponível em: [http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/historico/Os\\_estados\\_nas\\_federacoes\\_Tendencias\\_gerais\\_e\\_o\\_caso\\_brasileiro.pdf](http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/historico/Os_estados_nas_federacoes_Tendencias_gerais_e_o_caso_brasileiro.pdf). Acesso: abril de 2015.

13. ARRETCHE, M. Transferências fiscais no Brasil. In: MENEZES FILHO, N.; SOUZA, A. P. (org.). **A Carta: para entender a Constituição Brasileira** [e-book]. São Paulo: Todavia. 2019.
14. ASSUNÇÃO, J. J.; ORTIZ, F.A.T.; PEREIRA, L.F.V.N. **A crise financeira de 2008 e a arrecadação tributária: lições para o desenho de transferências e federalismo fiscal.** Textos para Discussão n. 08, Tesouro Nacional. 2012. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4272/1/2012%20TEXTOS\\_Texto%2008.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4272/1/2012%20TEXTOS_Texto%2008.pdf). Acesso em: fev. 2019.
15. BARBOSA FILHO, F. H. A crise econômica de 2014/2017. **Estudos Avaliativos**. v. 31, n. 89, p. 51-60, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142017000100051](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100051). Acesso em: fev. 2019.
16. BARROS, M.E.D.; PIOLA, S.F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. 2016. p. 101 – 138.
17. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
18. \_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso agosto 2010.
19. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Norma Operacional Básica 01/91. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.
20. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Norma Operacional

- Básica 01/92. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.
21. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
  22. \_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
  23. \_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial n. 529, de 30 de Abril de 1999**. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20529.pdf>. Acesso em dez 2016.
  24. \_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n.o 29, de 13 de setembro de 2000a**. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm). Acesso em: set 2016.
  25. \_\_\_\_\_. **Lei Complementar n.o 101 de 4 de maio de 2000b**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília Presidência da República. Casa Civil. 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm). Acesso em: set 2016.
  26. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º 95 de 26 de janeiro de 2001**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01. Brasília, 2001.
  27. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no último acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
  28. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 76p.). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso agosto 2010.

29. \_\_\_\_\_. **Decreto 7.508 de 29 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em mar 2016.
30. \_\_\_\_\_. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2012.
31. \_\_\_\_\_. **O que é SIOPS.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops>. Acesso em: dez 2016.
32. \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Complementar n. 14, de 13 de janeiro de 2012.** Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis). Acesso em: set 2017.
33. \_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público.** Brasília, 3.ed., 2010.
34. \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Acompanhamento, recomendações e ciência aos autos referentes às contas do governo exercício de 2013.** Brasília, 2013.
35. \_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n.95.** Brasília, DF: Casa Civil, 2016.
36. \_\_\_\_\_. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Regime de Recuperação. Fiscal (RRF).** Brasília, 2017.
37. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Mortalidade por neoplasias no Espírito Santo de 2000 a 2015** in Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 111-126.
38. \_\_\_\_\_. Tesouro Nacional. **Boletim de Finanças dos Entes Subnacionais.** Secretaria do Tesouro Nacional. 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/boletim-de-financas-dos-entes-subnacionais-2018>. Acesso: julho de 2019.
39. BURGUESS, M. **Comparative federalism.** Theory and Practice. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group, 2006.

40. BENZ, A.; BROSCHEK, J. (Ed.). **Federal Dynamics: Continuity, Change and Varieties of Federalism**. Oxford: Oxford University Press, 2013.
41. CARVALHO, C. M. S.; MOURA, T. A. S. B. O financiamento da saúde no Brasil. In: PRADO, S. **Transferências Intergovernamentais na Federação Brasileira- avaliação e alternativas de reforma. Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros**. Caderno Fórum Fiscal nº 6, 2006. pp.11-39. Disponível em [http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos\\_presenciais/Forum\\_Fiscal\\_dos\\_Estados\\_2.htm](http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/Forum_Fiscal_dos_Estados_2.htm). Acesso em out 2018.
42. CUNHA, J. S.; ANDRADE, M.; LOPES, C.; NASCIMENTO M.; VALVERDE, T. Crise Mundial e a trajetória do Brasil, entre 2008 e 2015. **Caderno CEAS**, p. 234: 4-46, 2015.
43. DUARTE, A. J. M; SILVA, A. M. A.; LUZ, E. M.; GERARDO, J. C. **Transferências Fiscais Intergovernamentais no Brasil: Avaliação das Transferências Federais, com ênfase no Sistema Único de Saúde**. IPEA: Texto para Discussão 1451, Rio de Janeiro. Dez 2009.
44. DRAIBE, S. M. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico da CEPAL. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/ Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997.
45. DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M.; ROSSI, P. **Austeridade e retrocesso: Impactos sociais das políticas fiscais no Brasil**. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert 2018. Disponível em: [http://campanha.org.br/wp-content/uploads/2018/08/DOC-AUSTERIDADE\\_doc3- L9.pdf](http://campanha.org.br/wp-content/uploads/2018/08/DOC-AUSTERIDADE_doc3- L9.pdf). Acesso em mar 2019.
46. ELAZAR, Daniel J. **Exploring Federalism**. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 335p., 1987.
47. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2004-2007**. Vitória, 2004.
48. ESPÍRITO SANTO. **Lei no 7.700, de 23 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2004-2007. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Vitória, dez. 2003.
49. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025**. Vitória, ES. 2006. Disponível em: [http://www.planejamento.es.gov.br/Arquivod/PDF/Plano\\_2025/Plano%20de%20desenvolvimento%20ES%202025.pdf](http://www.planejamento.es.gov.br/Arquivod/PDF/Plano_2025/Plano%20de%20desenvolvimento%20ES%202025.pdf). Acesso em: 2 jul. 2012.

50. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Mensagem enviada à Assembleia Legislativa sobre o projeto de lei do PPA 2008-2011** em 2008 [por] Ricardo de Rezende Ferraço, governador do Estado do Espírito Santo em exercício. Vitória, 2008a.
51. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei no 8.821, de 17 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2008-2011. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Vitória, 17 jan. 2008b.
52. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Vitória, 2008c.
53. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 8. 822**. Estima a receita e fixa a despesa do estado para o exercício financeiro de 2008. Vitória, 28 jan. 2008d.
54. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 9.111**. Estima a receita e fixa a despesa do estado para o exercício financeiro de 2009. Vitória, 15 jan. 2009.
55. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 9.400**. Estima a receita e fixa a despesa do estado para o exercício financeiro de 2010. Vitória, 21 jan. 2010.
56. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 9.624**. Estima a receita e fixa a despesa do estado para o exercício financeiro de 2011. Vitória, 20 jan. 2011a.
57. ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2011b. Disponível em [https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentralização/PDR\\_PlanodiretordeRegionalizacao\\_ES\\_2011.pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Descentralização/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf). Acesso set 2017.
58. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Mensagem enviada à Assembleia Legislativa sobre o projeto de lei do PPA 2012-2015** em 2011 [por] José Renato Casagrande, governador do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2011c.
59. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano Estratégico 2011-2014 Novos Caminhos**. Vitória, ES. 2011d. Disponível em: <[http://www.planejamento.es.gov.br/Arquivos/PDF/Plano\\_estrateg2011\\_2014.pdf](http://www.planejamento.es.gov.br/Arquivos/PDF/Plano_estrateg2011_2014.pdf)>. Acesso em: 2 jul. 2012a.
60. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Vitória. Nov. 2012b.
61. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei nº 9.781, de 03 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2012-2015 e dá outras providências. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Vitória, 4 jan. 2012c.

62. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 9.782**. Estima a receita e despesa do estado para o exercício financeiro de 2012. Vitória, 4 jan. 2012d.
63. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 9.979**. Estima a receita e despesa do estado para o exercício financeiro de 2013. Vitória, 16 jan. 2013.
64. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 10.164**. Estima a receita e despesa do estado para o exercício financeiro de 2014. Vitória, 6 jan. 2014.
65. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 10.347**. Estima a receita e despesa do estado para o exercício financeiro de 2015. Vitória, 9 fev. 2015.
66. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano de Desenvolvimento – Espírito Santo 2030**. Vitória, Dez. 2013. Disponível em: <https://planejamento.es.gov.br/Media/sep/Plano%20ES%202030/ES2030.pdf>. Acesso dez 2017.
67. ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Vitória, 2016a.
68. ESPÍRITO SANTO. Diário Oficial. **Lei n. 10.492**. Estima a receita e despesa do estado para o exercício financeiro de 2016. Vitória, Jan. 2016b.
69. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei nº 10. 489, de 14 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2016-2019 e dá outras providências. Diário Oficial dos Poderes do Estado, Vitória, jan, 2016c.
70. ESPÍRITO SANTO (Estado). **Mensagem enviada à Assembleia Legislativa sobre o projeto de lei do PPA 2016-2019** em 2015 [por] Paulo César Hartung Gomes, governador do Estado do Espírito Santo. Vitória, 2015.
71. FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.
72. FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 361-386, 2013.
73. FUNCIA, F. R. Transferências Financeiras do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios em 2017: efeitos da limitação de pagamentos imposta pelo teto de despesas primárias da emenda constitucional 95/2016 e evidência dos riscos da portaria MS 3992/2017. **Rev Eletron Domingueira Saude** 2018.

74. GARSON, S. Planejamento público e responsabilidade fiscal: um edifício em construção. In: **SEMINÁRIO REGIONAL DE POLÍTICA FISCAL**, Santiago de Chile. Santiago de Chile: Cepal, Organização das Nações Unidas, 2003. Mimeografado, 19 p. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle>. Acesso em: 20 set 2018.
75. GARSON, S. O Orçamento Público. In: GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C.; GARSON, Sol (colaboradora). **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 5a Edição, p. 483 – 510, 2016.
76. GARSON, S. **Planejamento, orçamento e gasto com políticas públicas: uma metodologia de apuração para estados e municípios** [recurso eletrônico]. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/383912788/Planejamento-Orcamento-e-Gasto-Com-Politicas-Publicas-Uma-Metodologia-de-Apuracao-Para-Estados-e-Municipios>. Acesso em: fev.2019.
77. GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 5a Edição, 2016.
78. GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009.
79. HOOGHE, L. *et al.* **Measuring Regional Authority: A Postfunctionalist Theory of Governance: Volume I**. Oxford University Press; 2016. 687p.
80. INSTITUTO JONES SANTOS NEVES. Secretaria de Planejamento, Governo ES. **Espírito Santo: Produto Interno Bruto (PIB) 2016**. Coordenação de Estudos Econômicos (CEE) e Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN). Vitória: nov, 2018.
81. IGLESIAS, R. Análise dos grandes projetos de investimento no Espírito Santo. In: **Espírito Santo: Instituições, Desenvolvimento e Inclusão Social**. Instituto Jones dos Santos Neves: Vitória, ES, 2010. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/>. Acesso em: 10 de set 2018.
82. ISMAEL, R. Governos estaduais no ambiente federativo inaugurado pela constituição federal de 1988: aspectos políticos e institucionais de uma atuação constrangida. In: MONTEIRO NETO, A. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: Ipea, 2014. p.183-212. Disponível em: [http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_governos\\_estaduais.pdf](http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_governos_estaduais.pdf). Acesso em: Jul 2015.

83. JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, Integralidade e Autonomia no SUS:** desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: 2018. Disponível em:  
[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33855](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33855). Acesso em: jan. 2019.
84. LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, v. 6, sup.2, p. 269-291, 2001.
85. LEVI, M. L.; SCATENA, J. H. G. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: VIANA, A. L., LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 81 – 11, 2011.
86. LIMA, L. D. Estados federativos e políticas públicas. In: LIMA, L. D. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. Rio de Janeiro: Museu da República, p.31-60, 2007a.
87. \_\_\_\_\_. **Federalismo, Relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde:** a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 352 p., 2007b.
88. \_\_\_\_\_. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 511 -522, 2007c.
89. LIMA, L. D.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 15, n. 10, p. 2237-2248, 2009.
90. LIMA, L. D. Federalismo Fiscal e Financiamento descentralizado do SUS: Balanço de uma década expandida. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 573-597, nov.2008/fev.2009.
91. LIMA, L. D. *et al.* O pacto Federativo e o papel do gestor estadual do SUS. In: UGÁ, M. A. D. *et al* (org.). **A Gestão do SUS no âmbito estadual:** o caso do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 28-58, 2010.
92. LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 229 – 252, 2012.

93. LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.
94. LIMA, L.D. A Coordenação federativa do Sistema Público de Saúde no Brasil. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (org.). **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p 71-140, 2013.
95. LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. O papel das três esferas de governo na gestão do SUS. In: KUSCHNIR, R; FAUSTO, MCR (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p 203 -220, 2015.
96. LIMA, E. C. P. **Curso de Finanças Públicas: uma abordagem contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2015.
97. LOPREATO, L. **Federalismo e finanças estaduais: algumas reflexões**. Texto para Discussão. IE/UNICAMP n. 98, set. 2000.
98. MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, 2007.
99. MACHADO, CV; LIMA, LD. Os Desafios da Atenção à Saúde em Regiões Metropolitanas. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.945 – 979, 2008.
100. MANIFESTO DOS ECONOMISTAS (2014). [Manifesto dos economistas pelo desenvolvimento e pela inclusão social]. 2014. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/Manifesto-dos-economistas-pelo-desenvolvimento-e-pela-inclusao-social/7/32180>. Acesso em: fev.2019.
101. MEDEIROS, K. R. *et al.* Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1113-1133, Out. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122014000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 Dez. 2016.
102. MONTEIRO NETO, A. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: MONTEIRO NETO, A. (Org). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: Ipea, p. 21-60, 2014. Disponível em:

- [http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_governos\\_estaduais.pdf](http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_governos_estaduais.pdf). Acesso em: Abril 2015.
103. NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.435 – 472, 2008.
104. OCKÉ REIS, C. O.; FUNCIA, F. R. **Desmonte do SUS: Mito ou verdade?** Centro Brasileiro de estudos de Saúde, 15jul, 2016.
105. OLIVEIRA, F. A. Fundef e SUS: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, p. 203-269, 2003.
106. OLIVEIRA, F. A.; CHIEZA, R. A. Auge e Declínio da Federação Brasileira: 1988-2017. **Plataforma de Política Social**. Textos para Discussão. Reforma Tributária 12. Jan. 2018. Disponível em: <https://plataformapoliticasocial.com.br/auge-e-declinio-da-federacao-brasileira-1988-2017/>. Acesso em: fev. 2019.
107. ORAIR, R. O. *et al.* **Carga tributária brasileira: estimação e análise dos determinantes da evolução recente-2002-2012**. Brasília: Ipea, 2013. Texto para Discussão, n. 1.875. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=20017](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20017). Acesso em: nov. 2017.
108. OUVENEY, A. L. M. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: FLEURY, S. (org.). **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v.1, p. 81-120, 2014.
109. OUVENEY, A. L. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, Apr. 2017 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=en&nrm=iso). Acesso em: Agost. 2018.
110. PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R. H. S.; LEANDRO, J. G. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. **Novos estudos CEBRAP** v. 36, n. 2, p. 55-81, 2017.
111. PAULA, L. F.; PIRES, M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. **Estud. Av.**, São Paulo, v.31, n. 89, p. 125-144, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142017000100125](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100125).

Acesso em: fev. 2019.

112. PEREIRA, A. M. M. **Dilemas Federativos e Regionalização na Saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. 2009.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. 133p.
113. PEREIRA, A. M. M. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 229p.
114. PIOLA, S. F.; BIASOTO JUNIOR, G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: Radiografia da Saúde.** Campinas: Unicamp/NEPP, 2001. p. 219- 32.
115. PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M. F.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva.** V. 21, n. 2, p. 411-421, 2016.
116. PIOLA *et al.* Estruturas de Financiamento e gasto do Sistema Público de Saúde. In: NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. (org.). **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, p 19-70. 2013.
117. PRADO, S. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F.A. (org.). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil.** Rio de Janeiro: Konrad Adenauer Stiftung, 2003. p.41-108.
118. \_\_\_\_\_. Transferências Intergovernamentais na Federação Brasileira- avaliação e alternativas de reforma. Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros. **Caderno Fórum Fiscal nº 6.** 2006. pp.11-39. Disponível em: [http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos\\_presenciais/Forum\\_Fiscal\\_dos\\_Estados\\_2.htm](http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/cursos_presenciais/Forum_Fiscal_dos_Estados_2.htm). Acesso em: out 2018.
119. \_\_\_\_\_. A “Federação Inconclusa”: o papel dos governos estaduais na federação brasileira. In: REZENDE, F (org.). **O federalismo brasileiro em seu labirinto: crise e necessidade de reformas.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013. p.120 – 197.
120. PRADO, S.; CAVALCANTI, C. E. G. A guerra fiscal no Brasil. São Paulo: FUNDAP/FAPESP; Brasília: IPEA, 2000. 146 p.
121. REZENDE, F. Federalismo Fiscal no Brasil. **Revista de Economia Política.** Rio de Janeiro, 15, n. 3 (59). jul-set 1995.

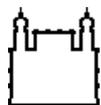
122. \_\_\_\_\_. Modernização Tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, F.; OLIVEIRA, F. A. (org). **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p.25-38.
123. \_\_\_\_\_. **Cadernos Fórum Fiscal n. 1: Equalização Fiscal**. Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros. Dezembro de 2006.
124. \_\_\_\_\_. **O federalismo brasileiro em seu labirinto: crise e necessidade de reformas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.
125. REZENDE, F.; AFONSO, J.R.R. **A federação brasileira: fatos, desafios e perspectivas**, dezembro de 2001. 71p.
126. ROMANO, C.M.C; SCATENA, J.H.G.; KEHRI, R.T. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Physis**, 25 (4):1095-1115, 2015.
127. RUCINSKI, R.; MATTEI, L. **A Crise econômica recente e seus impactos sobre a balança comercial catarinense**. APEC: Unesc, 2014. Disponível em: <https://necat.ufsc.br/files/2011/10/Lauroo-2014.pdf>. Acesso em: jan. 2019.
128. SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campinas, SP: Saberes Ed. 2ª ed, 2012.
129. SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf). Acesso em: mar. 2019.
130. SANTOS, R. C. L. F. **Orçamento público**. 2. ed. reimp. Florianópolis: UFSC, Departamento de Ciências da Administração; Brasília: CAPES: UAB, 2012. 150 p.
131. SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 7, p. 2303-2314, July 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702303&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702303&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: fev. 2019.
132. SCATENA JHG, VIANA ALD, TANAKA OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad Saude Publica** 2009; 25(11): 2433-2445.
133. SEGATTO, C. I.; ABRUCIO, F. L. Os múltiplos papéis dos governos estaduais na política educacional brasileira: os casos de Ceará, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Pará. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1179-1193, 2018.

134. SERVO *et al.* Financiamento e Gasto público de Saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. **Políticas Públicas e financiamento federal do Sistema único de Saúde**. Brasília: IPEA, p. 85 – 108, 2011.
135. SILVA, F. J. F.; NETO, F. A. F. Efeitos da crise financeira de 2008 sobre o desemprego nas regiões metropolitanas brasileiras. **Nova Economia**, v. 24, n. 2, p. 265-278, 2014.
136. SILVA AMA, NETO AM, GERARDO JC. **Dívidas Estaduais, Federalismo Fiscal e Desigualdades Regionais no Brasil: percalços no limiar do século XXI**. Texto para Discussão. IPEA. Rio de Janeiro. Out. 2013. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1889.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1889.pdf). Acesso em abril de 2015.
137. SOUZA, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **Dados-Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 44, n.3, p.513- 560, 2001.
138. \_\_\_\_\_. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, 24:105-12, Jun 2005.
139. \_\_\_\_\_. Os municípios foram os grandes vencedores da cadeia federativa a partir da Constituição de 1988. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 473-479, 2011.
140. \_\_\_\_\_. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G; FARIA, C. A. (org.). **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 361-386.
141. TORREZAN, R. G. A. **Federalismo Fiscal e a desconstrução dos estados: uma análise sob a perspectiva do endividamento público**. 2017. Dissertação - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2017.
142. VARGAS, N. C. **As finanças do Governo estadual no Espírito Santo**. Folha Diária. Disponível em: <http://www.folhadiaria.com.br/materia/61/2407/1/p/as-financas-do-governo-estadual-no-espírito-santo#.XakiMS3Oq1t>. Acesso em setembro de 2019.
143. VERGOLINO, J. R. O. Federalismo e Autonomia Fiscal dos Governos Estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010). In: MONTEIRO NETO, A. (org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. IPEA: Brasília. p. 63 -117, 2014. Disponível em [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1908.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1908.pdf). Acesso: abril de 2015.

144. VIANA, A. L.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L, LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, p. 11-24, 2011.
145. VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.
146. VIANA, A. L. D.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>. Acesso em: Jul 2015.
147. VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, Oct. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: maio 2019.
148. \_\_\_\_\_. **Crise Econômica, Austeridade Fiscal e Saúde: Que lições podem ser aprendidas?** IPEA: Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Ag. 34 p., 2016.
149. \_\_\_\_\_. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.40, n 109, p 187 -199. Abr-jun. 2016.
150. WANG, D. W. L *et al*. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1191-1206, 2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/33348/32161>. Acesso em: jun.2019.
151. WATTS, R. L. **Comparing federal systems in 1990s**. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126p.
152. UGÁ, A.; MOREIRA, R. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.16, p. 3795-3806, 2011.
153. UGÁ, A.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.473 – 505, 2008.
154. UGÁ, M. A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. *et al*. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

155. YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. São Paulo: Bookman; 2001.
156. ZORZAL, M. S. Trajetória político-institucional recente do Espírito Santo. In: **Espírito Santo: Instituições, Desenvolvimento e Inclusão Social**. Instituto Jones dos Santos Neves: Vitória, ES, 2010. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/>. Acesso em: 10 de set 2018.

## APÊNDICE I – Roteiro de entrevista: Profissionais da Secretaria de Saúde



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**

**Escola Nacional de Saúde Pública  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

Projeto de Doutorado: **Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil<sup>75</sup>.**

### **Roteiro semiestruturado de entrevista (Profissionais da Secretaria de Estado da Saúde)**

Data da entrevista:

Local de realização:

Início:

Término:

#### **Identificação do Entrevistado**

Nome:

Telefone:

E-mail:

#### **Questões**

1. Qual o cargo/função que ocupa/ocupou no governo do Espírito Santo? Por quanto tempo?
2. Fale sobre sua formação, experiência profissional anterior ao cargo [*UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES*].
3. Quais são as áreas que têm sido priorizadas na política de saúde pelo governo do Estado do Espírito Santo a partir de 2006?

---

<sup>75</sup> O título da pesquisa foi alterado no final do estudo. O título inicial e no momento do trabalho de campo era: “Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da Política de Saúde no Brasil”.

4. Quais são os recursos que têm sido direcionados para o financiamento dessas áreas?  
*[são recursos que vêm do estado? do governo federal? de transferências? de custeio, de investimento?]*
5. É possível observar mudanças nessas áreas a partir de 2006? Quais?
6. Na sua opinião, que fatores favoreceram essas mudanças?
7. Como foi/tem sido definido o orçamento da saúde no estado a partir de 2006? *[quem participa, define o orçamento, como se dá a relação da saúde com os setores de planejamento e orçamento do estado?]*.
8. Como são definidos os recursos do fundo estadual para a saúde? *[Transferências para os municípios, fundo, transferências do SUS, repasse dos fundos estaduais para os municípios]*.
9. As áreas prioritárias da saúde se expressam no orçamento estadual? De que forma?
10. Na sua opinião o que favorece e/ou dificulta a execução do orçamento da saúde no estado do ES?
11. Quais são os principais avanços e dificuldades da implantação dessas áreas na política de saúde no estado a partir de 2006?
12. Alguma informação adicional que o(a) senhor(a) gostaria de acrescentar?

**Considerações finais do entrevistado.**

## APÊNDICE II – Roteiro de entrevista: Profissionais da Secretaria de Planejamento e Orçamento



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

**Projeto de Doutorado: Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil<sup>76</sup>.**

**Roteiro semiestruturado de entrevista**  
**(Profissionais da Secretaria de Economia e Planejamento)**

Data da entrevista:

Local de realização:

Início:

Término:

### **Identificação do Entrevistado**

Nome:

Telefone:

E-mail:

### **Questões**

1. Qual o cargo/função que ocupa/ocupou no governo do Espírito Santo? Por quanto tempo?
2. Fale sobre sua formação, experiência profissional anterior ao cargo (UF de origem, formação e atuação profissional; se atuava em SMS ou SES).
3. Quais os setores/áreas têm sido priorizados no orçamento do governo estadual?
4. Como é definido o orçamento da saúde no estado? *[quem participa, define o orçamento, como se dá a relação da saúde com os setores de planejamento e orçamento do estado].*

---

<sup>76</sup> O título da pesquisa foi alterado no final do estudo. O título inicial e no momento do trabalho de campo era: “Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da Política de Saúde no Brasil”.

5. O estado tem conseguido fazer investimentos? Quais os principais setores/áreas do governo que têm sido priorizados?
6. A saúde tem sido contemplada com investimentos? Em quais áreas?
7. Quais têm sido as principais facilidades e/ou dificuldades para a execução do orçamento da saúde no estado?
8. Como são definidos os recursos para o Fundo Estadual de Saúde?
9. Como se dá a execução dos recursos do Fundo Estadual de Saúde?
10. Alguma informação adicional que o(a) senhor(a) gostaria de acrescentar?

**Considerações finais do entrevistado.**

## APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Profissionais da Secretaria de Estado da Saúde

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Profissional da Secretaria de Estado da Saúde)

Prezado Participante,

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil<sup>77</sup>**”, desenvolvida pela aluna Priscilla Caran Contarato, sob orientação da Professora Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

O(a) Sr.(a) foi selecionado por sua atuação como dirigente/profissional da área de saúde na Secretaria Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

O objetivo geral deste estudo é analisar a capacidade de financiamento e gestão da política de saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016, com a realização de um estudo de caso no estado do Espírito Santo.

---

<sup>77</sup> O título da pesquisa foi alterado no final do estudo. O título inicial e no momento do trabalho de campo era: “Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da Política de Saúde no Brasil”.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista, realizada pelo pesquisador, com o auxílio de um roteiro, falando sobre os processos envolvendo a política de saúde na área de sua abrangência e sobre sua experiência com esta política. Sua participação pode contribuir para a análise da política de saúde no que diz respeito ao financiamento e à gestão no estado do ES. A entrevista tem duração estimada entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos.

A entrevista, com sua autorização prévia, poderá ser gravada para posterior transcrição, no intuito de facilitar o processamento do material. O(a) Sr.(a) pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista, caso a tenha autorizado.

As informações obtidas através desta pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/função que ocupam na rede, contudo há possibilidade de identificação mediante função. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Após o término do estudo, todo o material da pesquisa ficará guardado com a pesquisadora, armazenado em arquivo de forma segura e protegida contra revelação não autorizada. A qualquer momento o Sr. (a) poderá solicitar informações sobre a pesquisa ou sobre a sua participação nela, por meio dos contatos do pesquisador, disponibilizados neste termo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante, além da publicação da tese, publicação de artigos científicos e divulgação dos resultados da pesquisa em congressos.

Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Este termo é redigido em 2 (duas) vias, ficando o(a) Sr.(a) com uma via, devendo ambas ter suas folhas rubricadas e assinaturas, do pesquisador e do participante, na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e, assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da autonomia, da não maleficência, da dignidade, da confidencialidade e da privacidade.

**Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP:**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP. 21041-210.

Tel. e Fax: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Sítio eletrônico: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

---

Priscilla Caran Contarato  
Doutoranda em Saúde Pública  
Ensp/ Fiocruz

---

Luciana Dias de Lima  
Orientadora e Pesquisadora do  
Daps/Ensp/Fiocruz

**Endereço e telefone do Pesquisador Principal:**

Priscilla Caran Contarato: Av. João Batista Parra, 775, apto 1002 - Praia do Suá - Vitória, ES - CEP: 29052-123. Tel.: (27) 3327 3743/ (27) 98821-9027.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da Política de Saúde no Brasil” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Vitória (ES), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Sujeito da pesquisa

## APÊNDICE IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Profissionais da Secretaria de Economia e Planejamento

**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Profissional da Secretaria de Economia e Planejamento)**

Prezado Participante,

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “**Relações fiscais e político-orçamentárias no nível estadual: implicações para o financiamento e a gestão da política de saúde no Brasil**”<sup>78</sup>, desenvolvida pela aluna Priscilla Caran Contarato, sob orientação da Professora Dra. Luciana Dias de Lima, que dará origem à tese a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

O(a) Sr.(a) foi selecionado por sua atuação como dirigente/profissional da área de planejamento e orçamento do estado do Espírito Santo. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Ensp/Fiocruz. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

O objetivo geral deste estudo é analisar a capacidade de financiamento e gestão da política de saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016, com a realização de um estudo de caso no estado do Espírito Santo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista, realizada pelo pesquisador, com o auxílio de um roteiro, falando sobre os processos envolvendo o planejamento e

---

<sup>78</sup> O título da pesquisa foi alterado no final do estudo. O título inicial e no momento do trabalho de campo era: “Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da Política de Saúde no Brasil”.

orçamento do estado e suas interfaces com a política de saúde. Sua participação pode contribuir para a análise da política de saúde no que diz respeito ao financiamento e à gestão no estado do ES. A entrevista tem duração estimada entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos.

A entrevista, com sua autorização prévia, poderá ser gravada para posterior transcrição, no intuito de facilitar o processamento do material. O(a) Sr.(a) pode solicitar a interrupção da gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista, caso a tenha autorizado.

As informações obtidas através desta pesquisa serão divulgadas sem identificação de seu nome. A referência às informações fornecidas pelos entrevistados eventualmente será feita somente com menção ao cargo/função que ocupam na rede, contudo há possibilidade de identificação mediante função. Apenas os pesquisadores do projeto terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Após o término do estudo, todo o material da pesquisa ficará guardado com a pesquisadora, armazenado em arquivo de forma segura e protegido contra revelação não autorizada. A qualquer momento o Sr.(a) poderá solicitar informações sobre a pesquisa ou sobre a sua participação nela, por meio dos contatos do pesquisador, disponibilizados neste termo.

Os resultados da pesquisa serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas ao público participante, além da publicação da tese, publicação de artigos científicos e divulgação dos resultados da pesquisa em congressos.

Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Este termo é redigido em 2 (duas) vias, ficando o(a) Sr.(a) com uma via, devendo ambas ter suas folhas rubricadas e assinaturas, do pesquisador e do participante, na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da autonomia, da não maleficência, da dignidade, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública  
- CEP / ENSP:

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 -  
Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP. 21041-210.

Tel. e Fax: (21) 2598-2863

E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

Sítio eletrônico: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

---

Priscilla Caran Contarato  
Doutoranda em Saúde Pública  
Ensp/ Fiocruz

---

Luciana Dias de Lima  
Orientadora e Pesquisadora do  
Daps/Ensp/Fiocruz

Endereço e telefone do Pesquisador Principal:

Priscilla Caran Contarato: Av. João Batista Parra, 775, apto 1002 - Praia do Suá - Vitória, ES  
- CEP: 29052-123. Tel.: (27) 3327 3743/ (27) 98821-9027

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa  
“Capacidades e Limitações Governativas da Esfera Estadual no Financiamento e na Gestão da  
Política de Saúde no Brasil” e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Vitória (ES), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Sujeito da pesquisa

**APÊNDICE V – Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros<sup>79</sup>.**

**Crisis and federalism: trends and regional patterns of health revenues and expenditures in the Brazilian states**

Priscilla Caran Contarato <sup>1</sup>, Luciana Dias de Lima <sup>2</sup>, Rodrigo Mendes Leal <sup>3</sup>

1. Doutoranda em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

E-mail: [priscillacontarato@gmail.com](mailto:priscillacontarato@gmail.com)

Orcid: 0000-0002-2518-012X

2. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

E-mail: [luciana@ensp.fiocruz.br](mailto:luciana@ensp.fiocruz.br)

Orcid: 0000-0002-0640-8387

3. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

E-mail: [Rmendesleal@gmail.com](mailto:Rmendesleal@gmail.com)

Orcid: 0000-0002-9908-3381

## **Resumo**

---

<sup>79</sup> Artigo aceito e disponível na revista Ciência e Saúde Coletiva: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/crise-e-federalismo-tendencias-e-padroes-regionais-das-receitas-e-despesas-em-saude-dos-estados-brasileiros/17345?id=17345>.

O estudo tem como objetivo analisar as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016. Trata-se de estudo exploratório e descritivo com base em dados secundários de abrangência nacional e indicadores selecionados. Verificou-se crescimento da receita corrente líquida *per capita* para o conjunto dos estados e regiões, com quedas em anos específicos associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. A despesa em saúde *per capita* apresentou tendência de crescimento, mesmo em momentos de crise econômica e queda da arrecadação. Observou-se diversidade de fontes e heterogeneidade de receitas e despesas em saúde, e impactos diferenciados da crise sobre os orçamentos estaduais das regiões. Os resultados sugerem o efeito protetor relacionado à vinculação constitucional da saúde, aos compromissos e prioridades de gastos, e aos mecanismos de compensação de fontes de receitas do federalismo fiscal nas despesas em saúde dos estados. Contudo, permanecem desafios para a implantação de um sistema de transferências que diminua as desigualdades e estabeleça maior cooperação entre os entes, em um contexto de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde no Brasil.

**Palavras-chave:** Federalismo; Financiamento Governamental; Governo Estadual; Financiamento da Assistência à Saúde; Sistema Único de Saúde.

**Abstract:**

The objective of this study is to analyze regional trends and patterns of health income and expenditure in the Brazilian states from 2006 to 2016. This is an exploratory and descriptive study based on secondary data of national coverage and selected indicators. There was an increase in per capita net current revenue for all states and regions, with decreases in specific years associated with the crises of 2008-2009 and 2015-2016. Health expenditure per capita

showed a growth trend, even in times of economic crisis and fall in collection. Diversity of sources and heterogeneity of health revenues and expenditures, as well as different impacts of the crisis on the regional budgets of the regions, were observed. The results suggest the protective effect of constitutional health bonding, spending commitments and priorities, and mechanisms of compensation of fiscal federalism revenue sources on state health expenditures. However, challenges remain for the implementation of a transfer system that reduces inequalities and establishes greater cooperation among entities, in a context of austerity and strong restrictions on public health financing in Brazil.

**Key Words:** Federalism; Financing, Government; State Government; Healthcare Financing, Unified Health System.

## **Introdução**

O federalismo é um sistema que distribui a autoridade política do Estado em múltiplos centros definidos e ordenados territorialmente, e permite o exercício simultâneo do governo autônomo (*'self-rule'*) e compartilhado (*'shared-rule'*)<sup>1</sup>. Entretanto, a diversidade de 'situações federativas' é significativa<sup>2</sup>, e se expressa nas instituições que caracterizam e influenciam as políticas públicas nesses países<sup>3</sup>.

Entre os fatores que explicam as variações existentes, estudos comparados internacionais destacam a importância da divisão de competências tributárias e das relações de partilha fiscal, para fins de coordenação e cooperação entre níveis de governo nas federações<sup>4</sup>. Componentes da dimensão fiscal do federalismo também têm sido valorizados para a compreensão da autoridade dos governos de nível intermediário ou regionais (estados, províncias, *länder*, cantões, etc.) na definição de suas próprias políticas (critérios de autonomia tributária) e nas decisões tomadas em arenas nacionais (critérios de controle fiscal)<sup>5</sup>.

O Brasil se destaca no cenário internacional por apresentar um arranjo trino, marcado por desigualdades territoriais e compartilhamento de responsabilidades entre os entes em várias áreas da política pública<sup>6,7</sup>. A esfera federal concentra poder de arrecadação e decisão sobre a formulação de políticas e direcionamento dos gastos em âmbito estadual e municipal<sup>8</sup>, o que favorece seu desempenho na indução e regulação de prioridades nacionais, financiamento e redistribuição de recursos<sup>9,10,11,12</sup>.

Diversos estudos apontam as limitações do poder conferido às esferas estaduais na federação brasileira. Segundo Arretche e Schlegel<sup>13</sup>, a Constituição Federal de 1988 (CF88)<sup>14</sup> permitiu a recuperação da autoridade dos estados, perdida durante o período autoritário (1964 a 1985), que interrompeu o regime democrático de 1946. Entretanto, as emendas promulgadas desde os anos 1990, mudaram o desenho original das relações intergovernamentais e do federalismo fiscal da CF 88 e propiciaram a concentração de recursos e de poder decisório na esfera federal<sup>7,9,15</sup>. As reformas aprovadas instituíram perdas aos governos estaduais e ampliaram a capacidade de coordenação da União, limitando a autoridade decisória dos governos subnacionais, principalmente no que tange à sua capacidade para afetar decisões nacionais que incidem sobre suas políticas próprias<sup>13,16</sup>.

Para Rezende<sup>17</sup>, esta progressiva fragilização da posição dos estados na federação no período pós-Constituinte se expressa em diferentes vertentes, tais como: a tributária, pela diminuição da fatia dos estados na repartição do bolo fiscal; a orçamentária, pela perda de liberdade no uso de recursos devido às vinculações constitucionais, ao peso das receitas condicionadas, à regulação de programas e ao controle de endividamento; a legislativa, pelo papel restrito desenvolvido pelos legislativos estaduais; a regulatória, pela propagação de normas provindas do governo central; a política, pela incapacidade dos dirigentes estaduais influenciarem o voto de seus representantes no Congresso Nacional, que concordam com a agenda do governo federal mesmo quando o comando dos estados está em oposição<sup>17</sup>.

Além disso, os estados apresentaram uma situação de endividamento agravada pela ‘guerra fiscal’ entre eles, pelo comprometimento de seus bancos estaduais e por uma dívida mobiliária ascendente<sup>18</sup>. A partir dos anos 1990, o governo federal impôs um forte ajuste fiscal aos governos estaduais com o intuito de retomar a estabilidade macroeconômica, o qual provocou fragilização da capacidade dos estados em promover investimentos, afetando seu desenvolvimento. As reformas institucionais (privatizações, reforma administrativa, encargos crescentes da dívida negociada, entre outras) inibiram investimentos produtivos dos governos estaduais e a pressão dos estados por transferências de recursos federais foi ampliada<sup>19</sup>. Tais aspectos são importantes para compreensão dos impactos das crises econômicas de 2008-2009 e 2015-2016 sobre as finanças públicas estaduais.

A crise financeira de 2008 originou-se na elevada exposição de alto risco (*subprime*) do mercado hipotecário norte-americano, que aliado ao aumento da inadimplência, propiciou a descapitalização de grandes bancos, incluindo o fechamento do *Lehman Brothers* em setembro de 2008. Se tornou uma crise global, com efeitos expressivos na economia real, levando à queda da atividade econômica, ao desemprego, à desvalorização de ações e à diminuição dos preços de produtos industrializados e *commodities*. No Brasil, os impactos da crise internacional neste período foram minimizados pela adoção de uma grande variedade de políticas para estimular a produção e a demanda interna, incluindo medidas de reforço ao crédito e à liquidez do setor bancário, embora o país não tenha ficado totalmente imune aos seus efeitos sobre a arrecadação fiscal<sup>20,21,22,23</sup>.

Já a crise de 2015-2016 esteve mais diretamente relacionada a fatores nacionais e a uma série de medidas governamentais (ajuste fiscal, crise hídrica, desvalorização da moeda, aumento da taxa de juros SELIC - Sistema Especial de Liquidação e Custódia, entre outros), que colaboraram para reduzir a capacidade de crescimento econômico e geraram um custo fiscal elevado. Outros fatores intensificaram a recessão, tais como a queda da renda, a

elevação do desemprego, o encolhimento do mercado de crédito e a redução dos investimentos públicos<sup>23,24</sup>.

Trabalhos sugerem que a recessão e as políticas de austeridade tenderam a afetar de modo mais significativo a arrecadação dos estados se comparado aos outros entes da federação<sup>25,26</sup>. Neste contexto, o artigo tem como objetivo analisar as tendências e os padrões regionais de receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016. Considera-se que as crises que atingiram o país na segunda década dos anos 2000 possuem uma dimensão federativa, que se expressa de modo diferenciado nos orçamentos dos estados, frente à divisão de competências tributárias, ao sistema de partilha fiscal, e aos mecanismos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A justificativa do estudo está ancorada na importância dos estados para a configuração do arranjo federativo e para a condução da política de saúde no Brasil<sup>27</sup>. Embora existam estudos sobre o financiamento do SUS que analisam a repartição das fontes de receitas e a composição do gasto em saúde<sup>28,29,30</sup>, poucos são aqueles que se debruçam sobre as repercussões diferenciadas do federalismo fiscal nas capacidades de financiamento e de gasto em saúde dos entes subnacionais<sup>31,32,33,34</sup>.

Particularmente, os possíveis impactos das crises econômicas no Brasil ainda não foram suficientemente explorados na produção do campo da Saúde Coletiva, restando lacunas para a compreensão de seus efeitos sobre o financiamento estadual do SUS.

## **Método**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo orientado para análise das condições de financiamento e gasto em saúde dos estados brasileiros.

Foram construídas duas bases de dados referentes as receitas e despesas dos 26 estados brasileiros. O Distrito Federal não foi incluído nesse estudo por se tratar de uma ‘cidade-

estado' e possuir competências tributárias, critérios de vinculação e detalhamento orçamentário distinto dos estados brasileiros. As bases possuem como variáveis os valores monetários (em moeda corrente nacional) das receitas e despesas públicas realizadas pelos estados brasileiros de 2006 a 2016. Este período foi escolhido por permitir a análise de uma série histórica da execução orçamentária em um momento de ascensão e de restrição orçamentária frente às crises econômicas de 2008-2009 e de 2015-2016.

A base de dados de receitas foi construída a partir dos dados obtidos dos relatórios de execução orçamentária do Sistema de Informação Finanças do Brasil (Finbra). Em alguns casos, ao verificar dados de algumas rubricas muito discrepantes, comparou-se com os relatórios informados no site da transparência dos próprios estados e relatórios da Secretaria do Tesouro Nacional (STN). No estado de Mato Grosso no ano de 2013, foi necessário fazer um ajuste na dedução de ICMS relativa ao Fundeb. No relatório do Finbra a dedução estava em torno de 66% e foi ajustado para 20%, que é o percentual estabelecido, e confirmado no site da transparência deste estado. Já a base de despesas da saúde foi construída a partir de dados obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Para efeito de comparabilidade, os valores monetários das rubricas específicas utilizadas no cálculo dos indicadores foram deflacionados para dezembro de 2016 por meio do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que foi também a fonte de dados de população total residente.

O Finbra é de competência da STN e o SIOPS do Ministério da Saúde. Essas bases foram escolhidas por ser de domínio público e acesso aberto e agregarem a totalidade das receitas realizadas e das despesas empenhadas de todos os estados brasileiros. Para esse artigo foram utilizados os seguintes indicadores: receita corrente líquida *per capita* (RCLpc); despesa em saúde *per capita* (DTSpc); percentuais das receitas diretamente arrecadadas (RDA), das transferências redistributivas (TR), das transferências compensatórias (TC), e das

receitas vinculadas à saúde (RVS) na receita corrente líquida. A classificação das transferências foi baseada na tipologia proposta por Prado<sup>35</sup>.

Para fins de cálculo dos indicadores foram usadas rubricas específicas das receitas realizadas e despesas empenhadas, no período de 2006 a 2016. O **quadro 1** discrimina os indicadores calculados para cada um dos estados e seus agregados – total Brasil, e regiões Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sudeste (SE) e Sul (S) - nos diversos anos da série.

Foi feita a análise descritiva simples das séries temporais dos indicadores de receitas e de despesas. Os indicadores agregados foram calculados como a síntese nacional e de cada região, ou seja, a razão dos agregados (somatório dos valores financeiros dos estados no numerador dividido pelo somatório dos respectivos números de habitantes no denominador). Assim, é distinto do que seria uma medida de tendência central dos valores observados nas unidades (por exemplo, a média simples).

A variação da receita corrente líquida foi comparada com a do produto interno bruto (PIB) no período, dado obtido no IBGE. Além disso, foi calculada a dispersão relativa, que possibilita a análise de desigualdades, por meio do coeficiente de variação, que foi calculado como a razão entre o desvio padrão e a média (a partir das regiões considerando a dispersão entre os estados de cada uma delas e como um todo e por sua vez no quadro nacional considerada a dispersão entre as cinco regiões).

Quadro 1 – Indicadores utilizados do estudo: definição, interpretação, método e fórmula de cálculo, e fonte de dados.

Indicador	Definição	Interpretação	Método de Cálculo	Fórmula de cálculo	Fonte dos Dados
1. Receita corrente líquida (RCL) <i>per Capita</i>	Receita corrente deduzidas as transferências constitucionais e as contribuições sociais por habitante (em R\$).	Indica os recursos orçamentários que o estado dispõe para a execução das despesas das atividades dos órgãos da administração pública.	Numerador: receita corrente realizada menos o somatório das transferências constitucionais e das contribuições sociais. Denominador: população total residente.	$\{1.0.00.00.00 - [(0,5*1.1.12.05.00) + (0,25*1.1.13.02.00) + (0,25*1.7.21.01.12) + 9.1.1.12.05.00 + 9.1.1.12.07.00 + 9.1.1.13.02.00 + 9.1.7.21.01.01 + 9.1.7.21.01.12 + 9.1.7.21.09.01]\} - 1.2.10.00.00\} / \text{população do estado}$	FINBRA e IBGE
2. Percentual de receitas diretamente arrecadadas	Percentual da receita diretamente arrecadada em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância de recursos diretamente arrecadados (impostos, taxas, contribuições, multas e juros de mora) como fonte de receita orçamentária.	Numerador: somatório das receitas realizadas oriundas de impostos, taxas, contribuições e multas X 100. Denominador: RCL.	$[1.1.12.04.00 + (0,5*1.1.12.05.00) + 1.1.12.07.00 + (0,75*1.1.13.02.00) + 1.1.20.00.00 + 1.1.30.00.00 + 1.2.2.0.00.00 + 1.6.00.00.00 + 1.9.11.00.00 + 1.9.13.00.00 + 1.9.31.00.00] / \text{RCL} * 100$	FINBRA
3. Percentual de transferências redistributivas	Percentual de transferências federais redistributivas em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância das transferências federais redistributivas como fonte de receita orçamentária; as transferências federais redistributivas são aquelas voltadas para reduzir as desigualdades da capacidade de gasto entre os estados.	Numerador: transferências financeiras realizadas oriundas da Cota-Parte do FPE X 100. Denominador: RCL.	$1.7.21.01.01 / \text{RCL} * 100$	FINBRA

4. Percentual de transferências compensatórias	Percentual de transferências federais compensatórias em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância das transferências federais compensatórias como fonte de receita orçamentária; as transferências federais compensatórias são aquelas voltadas para compensação da perda de receita decorrente da isenção do ICMS sobre exportações.	Numerador: somatório das transferências financeiras realizadas oriundas do ICMS + desoneração Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir) + 75% do IPI-Exportação X 100. Denominador: RCL.	[1.7.21.36.00 + (0,75* 1.7.21.01.12)] /RCL*100.	FINBRA
5. Percentual de receitas vinculadas à saúde	Percentual de receitas vinculadas à saúde em relação à receita corrente líquida (%).	Indica a importância dos recursos vinculados à saúde como fonte de receita orçamentária; as receitas vinculadas à saúde são aquelas voltadas para financiamento exclusivo do setor.	Numerador: somatório das receitas realizadas vinculadas à saúde (transferências do SUS; convênios; prestação de serviços, entre outros) X 100. Denominador: RCL.	[(1.7.21.33.00) + (1.7.22.33.00) + (1.7.23.01.00) + (1.7.61.01.00) + (1.7.62.01.00) + (1.7.63.01.00) + (1.6.00.05.00)] /RCL*100.	FINBRA
6. Despesa em saúde <i>per capita</i>	Gasto público total em saúde por habitante (em R\$)	Equivale ao gasto público total em saúde, sob responsabilidade do estado, advindo de todas as fontes.	Numerador: despesa empenhada em saúde advinda de todas as fontes (impostos, transferências do SUS, operações de créditos, entre outras). Denominador: população total residente.	3.3.0.00.00.00.00 + 3.4.0.00.00.00.00 – 3.3.1.90.01.00.00 – 3.3.1.90.03.00.00	SIOPS e IBGE

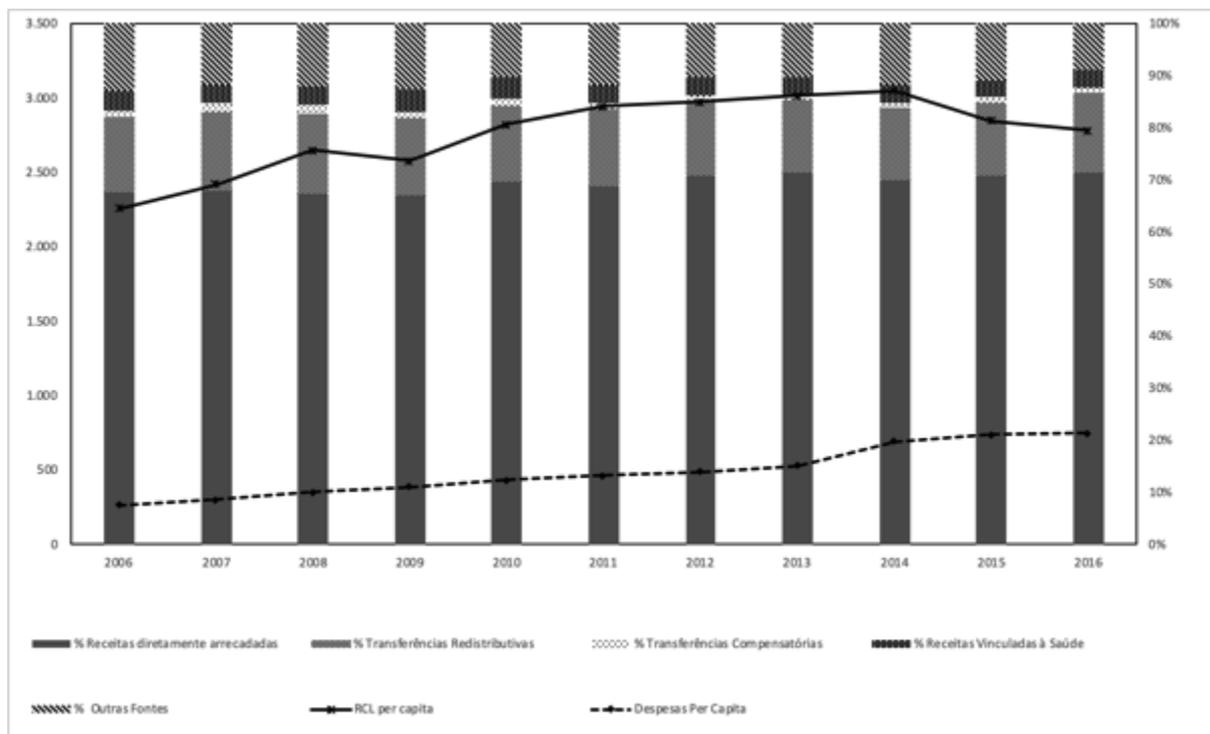
Fonte: Elaboração dos autores.

Nota: Todos os recursos foram ajustados para valores de dezembro de 2016 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## Resultados

Observou-se tendência de crescimento da RCLpc dos estados brasileiros, no período de 2006 a 2016, com quedas em anos específicos (2009, 2015 e 2016) (**Figura 1**). Entretanto, de forma geral, os patamares da RCLpc em 2016 foram superiores aos de 2006. A DTSp apresentou comportamento distinto da receita, com tendência de crescimento ao longo dos anos e incremento acentuado a partir de 2014.

Figura 1- Evolução das receitas e da despesa total em saúde dos estados: receita corrente líquida (em R\$ *per capita*), receitas diretamente arrecadadas (em %), transferências redistributivas (em %), receitas vinculadas à saúde (em %), transferências compensatórias (em %), outras fontes (em %), despesa total em saúde (em R\$ *per capita*). Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: FINBRA (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração dos autores. Eixo da esquerda se refere aos valores per capita e o eixo da direita aos valores percentuais.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores do ano de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A **Tabela 1** mostra a taxa de crescimento real do PIB do Brasil e da RCL total para o conjunto dos estados e seus agregados regionais. No período analisado, a RCL teve taxa de crescimento superior à do PIB nacional para os estados e as regiões, exceto o SE. Entretanto, o agregado dos estados apresentou taxas de crescimento negativas nos anos de

2009 (-1,7), 2015 (-5,9) e 2016 (-1,6) e, com exceção de 2016, inferiores à taxa de crescimento do PIB Brasil que nesses anos também se apresentou negativa (-0,1; -3,5 e -3,3; respectivamente). Em 2009, N, CO e SE tiveram resultados seguindo essa tendência nacional. Em 2015, todas as regiões apresentaram valores negativos da taxa de crescimento da RCL e inferiores ao PIB Brasil, excetuando-se a região S. A região CO foi a que apresentou as maiores oscilações de valores (**Tabela 1**).

Os recursos diretamente arrecadados foram as principais fontes de receita orçamentária dos estados (em média, cerca de 69% da RCL), seguidos das transferências redistributivas (em média, cerca de 15%) (**Figura 1**). Não houve variação significativa da participação proporcional das diferentes fontes de RCL, com exceção de ligeira queda dos recursos diretamente arrecadados em 2008, 2011 e 2014, e das oscilações ao longo dos anos no caso das outras fontes de receitas (variação de 9% a 13%). As receitas vinculadas à saúde representaram, em média, cerca de 4% da RCL.

Tabela 1. Evolução da taxa de crescimento real do produto interno bruto do Brasil e da receita corrente líquida dos estados (total e por região). Brasil, 2006 a 2016 .

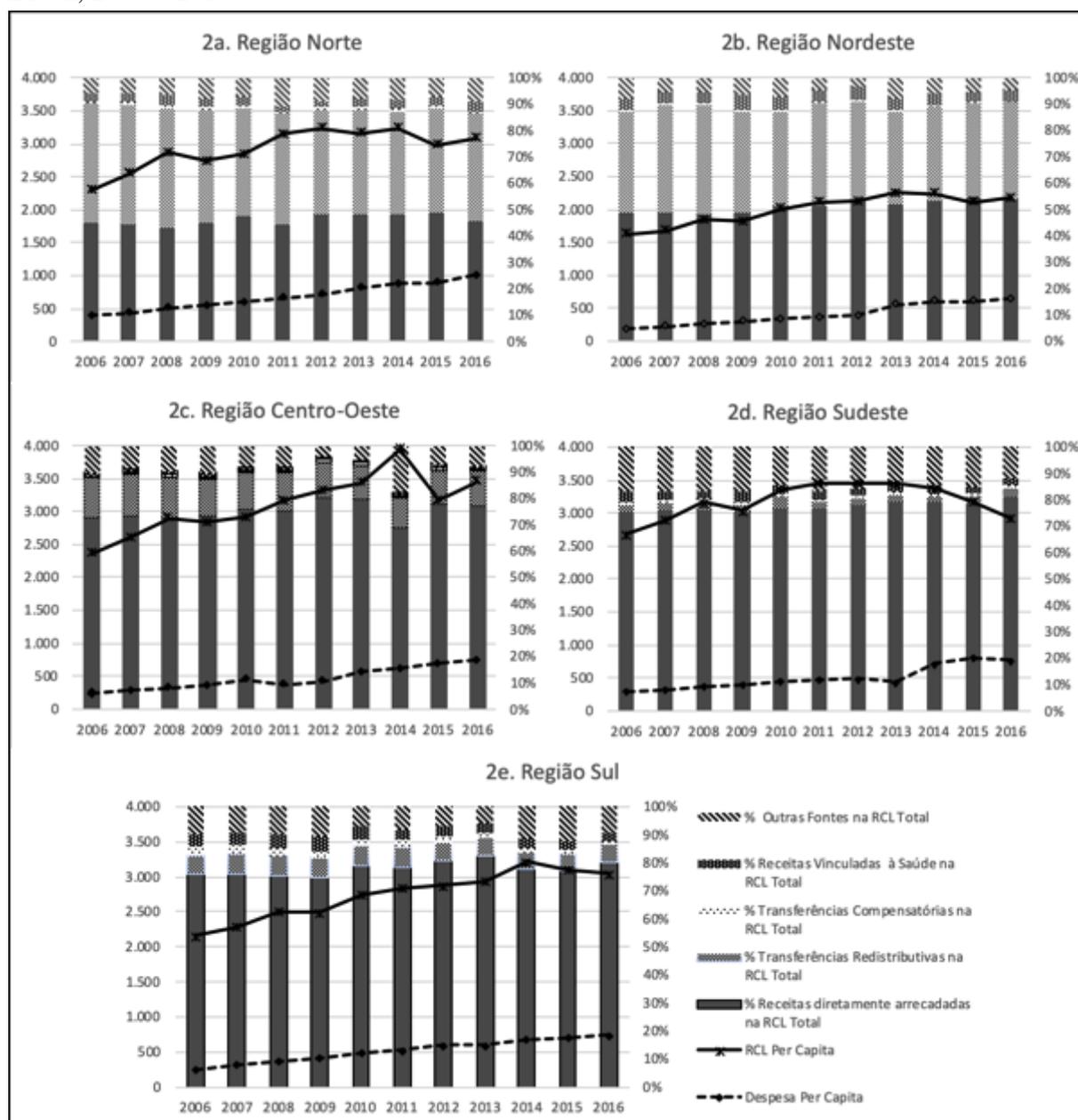
Ano	Taxa de crescimento real do PIB do Brasil (%)	Taxa de crescimento real da RCL total dos Estados (%)	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
2006	4,0						
2007	6,1	5,5	8,3	3,2	9,0	6,0	3,8
2008	5,1	12,8	16,1	12,4	15,1	12,2	12,7
2009	-0,1	-1,7	-2,7	0,2	-0,9	-3,0	0,4
2010	7,5	8,9	6,9	9,4	4,8	9,6	8,8
2011	4,0	5,3	12,6	5,7	10,2	3,7	4,0
2012	1,9	1,8	3,9	1,7	6,0	0,9	1,9
2013	3,0	4,3	1,6	9,7	-2,9	3,2	6,0
2014	0,5	2,8	4,0	-0,2	28,4	-1,5	10,2
2015	-3,5	-5,9	-6,7	-4,8	-18,7	-5,0	-2,8
2016	-3,3	-1,6	4,9	3,7	10,5	-7,2	-0,9
<b>Média (2006 a 2016)</b>	<b>2,0</b>	<b>3,1</b>	<b>4,7</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>1,7</b>	<b>4,3</b>

Fonte: FINBRA (receitas) e IBGE (PIB). Elaboração dos autores.

Nota: Receitas realizadas ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A **Figura 2** evidencia distintos padrões regionais dos indicadores de receita e da despesa total em saúde dos estados. As regiões SE e CO apresentaram os maiores valores de RCLpc. Este indicador apresentou tendência de crescimento em praticamente todas as regiões com queda em anos específicos (2009, 2013 e 2015), exceto na região SE cuja diminuição da receita pode ser observada a partir de 2013. A DTSp acompanhou a tendência de crescimento, porém, sem oscilações, exceto em 2011 (região CO) e 2013 (regiões SE e S). A região N apresentou a maior despesa em saúde e a região NE a menor (**Figura 2**).

Figura 2. Evolução das receitas e despesa total em saúde dos estados segundo região: receita corrente líquida (em R\$ per capita), receitas diretamente arrecadadas (em %), transferências redistributivas (em %), receitas vinculadas à saúde (em %), transferências compensatórias (em %), outras fontes (em %), despesa total em saúde (em R\$ per capita). Brasil, 2006 a 2016.



Fonte: FINBRA (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração dos autores. Eixo da esquerda se refere aos valores per capita e o eixo da direita aos valores percentuais.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em relação à participação proporcional das fontes de receita, os estados do N e NE apresentaram os maiores percentuais de transferências redistributivas (em média, cerca de 42% e 38%, respectivamente), se comparadas a outras regiões (14% no CO, 3% no SE e

7% no S), que apresentaram maiores percentuais de recursos diretamente arrecadados (em média, 75%, 78% e 78% respectivamente). As receitas vinculadas à saúde foram baixas em todas as regiões, variando de 1% (CO) a 5% (NE). As outras fontes de receita foram as que apresentaram as maiores oscilações entre as regiões (**Figura 2**).

Em 2009, todas as regiões apresentaram diminuição da participação proporcional das transferências redistributivas, exceto a Sul. Os estados do CO foram os que apresentaram maiores oscilações da proporção de transferências redistributivas e de receitas de outras fontes no período estudado (**Figura 2**).

A **Tabela 2** mostra o coeficiente de variação da RCLpc e da DTSpC para o conjunto dos estados e seus agregados regionais, bem como entre as regiões. Em ambos indicadores, as diferenças foram marcantes e com oscilações em todo o período, sendo mais acentuadas no caso da DTSpC. Entretanto, observou-se redução da desigualdade principalmente em relação à DTSpC, em 2016 se comparado a 2006.

Ressalta-se que as desigualdades da RCLpc foram mais significativas nos estados da região N e CO, e da DTSpC nos estados do SE. Houve oscilações nos coeficientes ao longo do período, com tendência à redução da desigualdade, principalmente no NE e SE. Em ambos os indicadores analisados, é marcante a menor desigualdade entre os estados da região S (**Tabela 2**).

Tabela 2. Coeficiente de variação da receita corrente líquida *per capita* e da despesa total em saúde *per capita* dos estados segundo região e entre regiões (valores em %). Brasil, 2006 a 2016

<b>Coeficiente de Variação da RCL <i>per capita</i></b>							
<b>Anos</b>	<b>Coeficiente de Variação da RCL <i>Per Capita</i> dos Estados, por região e total</b>						<b>Desigualdade entre as regiões</b>
	<b>N</b>	<b>NE</b>	<b>CO</b>	<b>SE</b>	<b>S</b>	<b>Total</b>	
<b>2006</b>	42%	23%	19%	21%	6%	42%	17%
<b>2007</b>	40%	21%	18%	19%	6%	44%	19%
<b>2008</b>	43%	21%	20%	18%	9%	46%	19%
<b>2009</b>	43%	20%	22%	17%	9%	45%	18%
<b>2010</b>	37%	20%	17%	16%	9%	38%	17%
<b>2011</b>	39%	19%	14%	17%	8%	42%	17%
<b>2012</b>	35%	16%	14%	17%	5%	39%	18%
<b>2013</b>	36%	15%	19%	15%	3%	38%	15%
<b>2014</b>	39%	17%	43%	14%	9%	43%	19%
<b>2015</b>	35%	17%	18%	11%	6%	36%	15%
<b>2016</b>	37%	13%	26%	9%	1%	39%	16%

<b>Coeficiente de Variação da Despesa em Saúde <i>Per Capita</i></b>							
<b>Anos</b>	<b>Coeficiente de Variação da Despesa em Saúde <i>per capita</i> dos Estados, por região e total</b>						<b>Desigualdade entre as regiões</b>
	<b>N</b>	<b>NE</b>	<b>CO</b>	<b>SE</b>	<b>S</b>	<b>Total</b>	
<b>2006</b>	36%	45%	47%	64%	24%	61%	28%
<b>2007</b>	39%	50%	51%	68%	7%	62%	25%
<b>2008</b>	40%	42%	58%	68%	11%	62%	25%
<b>2009</b>	41%	41%	57%	67%	15%	60%	23%
<b>2010</b>	38%	38%	53%	69%	15%	56%	21%
<b>2011</b>	40%	42%	57%	69%	15%	61%	26%
<b>2012</b>	43%	46%	44%	69%	20%	64%	26%
<b>2013</b>	41%	24%	20%	70%	4%	59%	26%
<b>2014</b>	43%	23%	17%	36%	4%	51%	21%
<b>2015</b>	40%	21%	29%	35%	5%	49%	19%
<b>2016</b>	37%	17%	28%	34%	5%	48%	17%

Fonte: FINBRA (receitas) e SIOPS (despesas). Elaboração dos autores.

Nota: Receitas realizadas e despesas empenhadas, ajustadas para valores de dezembro de 2016 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## Discussão

Nesse estudo, foram analisadas as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados no período de 2006 a 2016, procurando identificar possíveis repercussões das crises econômicas, frente à divisão de competências tributárias, ao sistema de partilha fiscal, e aos mecanismos de financiamento do SUS.

Verificou-se uma tendência de crescimento das receitas com quedas em anos específicos, associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. Diversos estudos sugerem que as dificuldades de arrecadação da União nesse período comprometeram as bases de cálculo do Fundo de Participação dos Estados (FPE) - o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e o Imposto de Renda (IR) - que representa parcela significativa das receitas dos estados<sup>25,26</sup>. Afonso e Castro<sup>26</sup> (2016) destacam que após 2008, a trajetória de arrecadação e gasto federal foi muito baixa, havendo uma quebra estrutural da tendência que predominou na primeira década de 2000. Particularmente, nestes anos, houve uma concomitante expansão de gastos públicos, sobretudo sociais, em um contexto de excepcional desempenho da evolução da receita tributária nacional, em que a carga tributária bruta alcançou patamar superior a 2/3 do PIB.

As medidas adotadas pelo governo federal para conter a crise de 2008 por meio de desonerações de tributos também comprometeram a composição do FPE<sup>36</sup>. Tais medidas, associadas a não atualização dos critérios de rateio do FPE<sup>17</sup>, levaram à diminuição de repasses para as regiões brasileiras. Os estados do N, NE e CO foram os mais afetados pelas mudanças, com uma perda de R\$108,4 bilhões no período de 2008 a 2012, segundo estimativas do Tribunal de Contas da União<sup>37</sup>.

Ainda assim, as transferências redistributivas, por meio dos fundos de participação, cumprem papel importante na redução das disparidades inter-regionais da receita orçamentária dos estados. O método de cálculo adotado para o repasse desses recursos

beneficia os governos com menor poder de arrecadação direta de tributos<sup>35</sup>, o que permite explicar a alta dependência dos estados das regiões N e NE em relação ao FPE, evidenciada nesse estudo. Entretanto, Arretche<sup>38</sup>, em estudo recente, demonstrou que as transferências do FPE têm efeitos limitados para reduzir as desigualdades, pois não privilegiam estados com maior concentração de populações vulneráveis.

A crise, entretanto, não repercutiu da mesma maneira nas despesas em saúde que apresentaram tendência de crescimento, para o conjunto dos estados e regiões, mesmo em momentos de queda da arrecadação. Este crescimento pode estar associado à vigência da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC29) que define percentuais mínimos de aplicação da União, estados e municípios, em ações e serviços públicos de saúde desde 2000.

Estudos demonstram o efeito protetor da Emenda sobre o gasto público em saúde no Brasil, e sua repercussão para a elevação expressiva da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento do SUS<sup>29,39</sup>. No ano 2000, quando a EC 29 foi aprovada, os estados respondiam por 18,6% dos recursos públicos alocados ao SUS. Em 2010, essa participação aumentou para 26,4%, correspondendo a uma elevação no aporte de recursos de cerca 200% (de R\$12 bilhões em 2000 para R\$ 36,3 bilhões em 2010)<sup>39</sup>.

O aumento da despesa em saúde também expressa os compromissos e prioridades assumidos pelos governos no desenvolvimento de políticas próprias, na coordenação de estratégias nacionalmente induzidas e na regionalização da saúde no contexto dos anos 2000<sup>27</sup>. Esse processo resultou em maiores investimentos e reforçou parcerias e articulações público-privadas na organização de redes e na prestação de serviços especializados<sup>40,41</sup>.

Cabe salientar as diferenças encontradas para o conjunto dos estados e seus agregados regionais. Embora as tendências da RCLpc e da DTSpc no período tenham sido

semelhantes, os patamares de receita e despesa foram distintos entre as regiões, o que é evidenciado pelos resultados dos coeficientes de variação. Tais resultados sugerem possíveis efeitos diferenciados da crise em função dos componentes de receita orçamentária bem como às prioridades conferidas às despesas governamentais dos estados no Brasil.

Ressalta-se que o desafio do equilíbrio das finanças públicas se acentua particularmente para os estados, tendo em vista as políticas de austeridade fiscal adotadas pelo governo federal e seus efeitos sobre os mecanismos de financiamento do SUS. Segundo Vieira<sup>42</sup>, em períodos de crise os países tendem a diminuir os gastos públicos no intuito de tornar o ambiente fiscal mais restrito ou para aderir às condições atribuídas pelas instituições internacionais na concessão de empréstimos. Nesse estudo, a baixa proporção de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos estaduais pode estar relacionada à priorização dos municípios no processo de descentralização, mas também à contenção dos gastos federais, o que tende a se agravar com o congelamento das despesas primárias da União previsto na Emenda Constitucional 95<sup>43</sup>.

Funcia<sup>44</sup> demonstrou que, em 2017, o financiamento da saúde da população já sofreu prejuízos. As despesas federais com ações e serviços de saúde foram afetadas negativamente: (a) em termos dos valores pagos pelo Ministério da Saúde que, embora tenha empenhado, liquidou despesas abaixo do piso Constitucional; (b) em relação às transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, que apresentaram queda real com variações nominais abaixo do IPCA/IBGE; (c) e no que tange às variações referentes às transferências financeiras dos blocos de financiamento que apresentaram queda nominal e real em quatro dos 6 blocos<sup>44</sup>.

Com a economia sofrendo uma ameaça de recessão prolongada, esse reforço de políticas de austeridade fiscal e monetária tenderá a diminuir o consumo das famílias e dos

investimentos privados, levando à um círculo vicioso de desaceleração ou mesmo queda na arrecadação tributária, menor crescimento econômico e maior carga da dívida pública líquida na renda nacional<sup>45</sup>. Além disso, a austeridade se materializa como um obstáculo para a redução das desigualdades (UNCTAD) e para os direitos humanos da população (ONU, 2018), com sérias implicações para o direito à saúde<sup>46,47</sup>.

Esse artigo evidenciou a diversidade de fontes e a heterogeneidade de receitas e despesas em saúde, bem como os impactos diferenciados da crise sobre os orçamentos dos estados nas regiões. A manutenção do crescimento da despesa em saúde em momentos de crise econômica e dificuldades de arrecadação, pode estar associada ao efeito protetor conferido pelos dispositivos de vinculação constitucional da saúde, pelos compromissos e prioridades de gastos, bem como pelos mecanismos de compensação de fontes receitas decorrentes do federalismo fiscal. Contudo, desafios ainda persistem em relação à implantação de um sistema de transferências que permita diminuir as desigualdades e estabelecer maior cooperação entre os níveis de governo, em um contexto de austeridade e fortes restrições ao financiamento público da saúde no Brasil.

### **Colaboradores**

PC Contarato foi responsável pela concepção, desenvolvimento, coleta e confecção do banco de dados, análise das informações, confecção dos quadros e figuras, redação e revisão final do artigo.

LD Lima, foi responsável pela concepção, desenvolvimento, análise das informações, redação e revisão final do artigo.

RM Leal foi responsável pela concepção, análise das informações, confecção de tabela e revisão final do artigo.

### **Agradecimentos**

PC Contarato é bolsista de doutorado e LD Lima é bolsista de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A pesquisa contou com recursos do Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROEX-CAPES). Este artigo é de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião das instituições a que estão vinculados. Agradecemos a prof. Dra. Sol Garson pelo apoio recebido na estruturação do banco de dados.

### **Referências Bibliográficas**

1. Elazar DJ. *Exploring Federalism*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama; 1987. 335 p
2. Burgess M. *Comparative federalism*. Theory and Practice. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2006.
3. Benz A, Broschek J (Ed.). *Federal Dynamics: Continuity, Change and Varieties of Federalism*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
4. Watts RL. *Comparing federal systems in the 1990s*. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations; 1996.
5. Hooghe L, Marks G, Schakel AH, Osterkatz SC, Niedzwiecki S, Rosenfield SS. *Measuring Regional Authority: A Postfunctionalist Theory of Governance: Volume I*. Oxford: Oxford University Press; 2016. 687p.
6. Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo. Um passeio pela história. In: Melo CR; Sáez MA, organizadores. *A democracia brasileira*. Balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: UFMG; 2007. p.17-37.
7. Souza C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: Hochman G, Faria CA, organizadores. *Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 361-386.

8. Arretche M. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. *Dados* 2009; 52(2): 377-423.
9. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev Sociol Polit* 2005; 24: 41-67.
10. Viana ALd`A; Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cien saude colet* 2009; 14(3):807-817.
11. Paiva AB; Gonzalez RHS; Leandro JG. Coordenação federativa e financiamento da política de saúde: mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. *Novos estud CEBRAP* 2017; 36(2): 55-81.
12. Segatto CI; Abrucio FL. Os múltiplos papéis dos governos estaduais na política educacional brasileira; os casos de Ceará, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Pará. *Rev Admin Publica*. Rio de Janeiro 2018; 52(6):1179-1193.
13. Arretche M, Schlegel R. Os estados nas federações: Tendências gerais e o caso brasileiro. *Banco Interamericano de Desenvolvimento* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2015 April 12]; [cerca de 35 p.]. Disponível em : [http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/historico/Os\\_estados\\_nas\\_federacoes\\_Tendencias\\_gerais\\_e\\_o\\_caso\\_brasileiro.pdf](http://www.resbr.net.br/wpcontent/uploads/historico/Os_estados_nas_federacoes_Tendencias_gerais_e_o_caso_brasileiro.pdf)
14. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília,DF: *Senado Federal*; 1988.
15. Almeida MHT. Recentralizando a federação?. *Rev. Sociol. Polit.* 2005; 24.
16. Arretche M. Quando instituições federativas fortalecem o governo central?. *Novos estud CEBRAP* 2013; (95):39-57.
17. Rezende F. *O federalismo brasileiro em seu labirinto: crise e necessidade de reformas*. Rio de Janeiro: FGV; 2013.

18. Prado S. A Federação Inconclusa: o papel dos governos estaduais na federação brasileira. In: Rezende F, organizadores. *O federalismo brasileiro em seu labirinto: crise e necessidade de reformas*. Rio de Janeiro: FGV; 2013. p.120 – 197.
19. Rezende F. Federalismo Fiscal no Brasil [Impresso]. *Rev Econ Polit* 1995; v. 15: 1:22.
20. Silva FJF, Neto FAF. Efeitos da crise financeira de 2008 sobre o desemprego nas regiões metropolitanas brasileiras. *Nova Econ* 2014; 24 (2): 265-278.
21. Rucinski R, Mattei L. A Crise econômica recente e seus impactos sobre a balança comercial catarinense. *APEC: Unesc*, 2014.
22. Cunha JS, Andrade M, Lopes C, Nascimento M, Valverde T. Crise Mundial e a trajetória do Brasil, entre 2008 e 2015. *Cad CEAS* 2015; 234: 4-46.
23. Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. *Estudos Avançados* 2017; 31 (89).
24. Barbosa Filho F H. A crise econômica de 2014/2017. *Estud. Av* 2017; 31(89): p. 51-60.
25. Assunção JJ, Ortiz FAT, Pereira LFDVN. *A crise financeira de 2008 e a arrecadação tributária: lições para o desenho de transferências e federalismo fiscal*. Textos para Discussão n. 08, Tesouro Nacional. 2012.
26. Afonso JR, Castro, KP. A crise (do financiamento) da saúde. *Conj Econ* 2016.
27. Lima LD, Machado CV, Baptista TW, Pereira AMM. O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual do SUS. In: Ugá M A et al, organizadores. *Política de saúde no estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz 2010. p. 27-58.
28. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cienc Saude Colet* 2007; 12(Supl): 1851-1864.

29. Servo L, Piola SF, Paiva AB, Ribeiro JA. Financiamento e Gasto Público de Saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. *Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA 2011. p. 85-108.
30. Mendes A, Funcia FR. O SUS e seu financiamento. In Marques RM, Piola SF, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABrES, Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento 2016. 260p.
31. Lima LD. *Federalismo, Relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República 2007.352p.
32. Scatena JHG, Viana ALD, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11): 2433-2445.
33. Lima LD, Andrade CLT. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 15 (10): 2237-2248 .
34. Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana AL e Lima LD, organizadoras. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011; p. 81-113.
35. Prado S. Transferências Intergovernamentais na Federação Brasileira: avaliação e alternativas de reforma. *Fórum Fiscal dos Estados Brasileiros*. Caderno Fórum Fiscal 2006; 6 (1): pp.11-39.

36. Torrezan RGA. *Federalismo Fiscal e a desconstrução dos estados: uma análise sob a perspectiva do endividamento público* [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2017.
37. Brasil. Tribunal de Contas da União. *Acompanhamento, recomendações e ciência aos autos referente às contas do governo exercício de 2013*. Brasília: 2013.
38. Arretche M. Transferências fiscais no Brasil. In: Menezes Filho N, Souza AP, organizadores. *A Carta: para entender a Constituição Brasileira* [e-book]. São Paulo: Todavia; 2019: 604-960.
39. Piola SF, França JRMF, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2): 411-421.
40. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saude Public* 2014; 48 (4): 622-631.
41. Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. *Physis* 2015; 25 (4):1095-1115.
42. Vieira FS. *Crise Econômica, Austeridade Fiscal e Saúde: Que lições podem ser aprendidas?* IPEA: Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão Ag. 2016; 34p.
43. Brasil. Emenda Constitucional n.95. Brasília, DF: *Casa Civil*; 2016.
44. Funcia FR. Transferências Financeiras do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios em 2017: efeitos da limitação de pagamentos imposta pelo teto de despesas primárias da emenda constitucional 95/2016 e evidência dos riscos da portaria MS 3992/2017. *Rev Eletron Domingueira Saude* 2018; 17.

45. Manifesto dos economistas (2014). [*Manifesto dos economistas pelo desenvolvimento e pela inclusão social*]. 2014. Disponível em: <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Economia/Manifesto-dos-economistas-pelo-desenvolvimento-e-pela-inclusao-social/7/32180>.
46. Dweck E, Oliveira ALM, Rossi, P. *Austeridade e retrocesso: Impactos sociais das políticas fiscais no Brasil*. São Paulo: Brasil Debate e Fundação Friedrich Ebert 2018. [acessado mar 2019]. Disponível em: [http://campanha.org.br/wp-content/uploads/2018/08/DOC-AUSTERIDADE\\_doc3- L9.pdf](http://campanha.org.br/wp-content/uploads/2018/08/DOC-AUSTERIDADE_doc3- L9.pdf).
47. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Cien Saude Colet* 2018; 23(7): 2303-2314.

