

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA**

**A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS AÇÕES
DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS COM ATUAÇÃO
DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA**

José Rivaldo Melo de França

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – área de concentração em Políticas Públicas e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa
Rio de Janeiro
2013

Folha de Aprovação

AGRADECIMENTOS

Ao imprescindível apoio institucional do Ministério da Saúde nas pessoas de Valcler Rangel e Arinaldo Bonfim Rosendo, Subsecretários de Planejamento e Orçamento em diferentes momentos; Ayrton Galiciani Martinello, Júlia Rodrigues Marinho e Marcos Moreira, Coordenadores Gerais de Planejamento em períodos diversos; Fabíola Supino e Glória Walker do Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento pela mobilização para a disponibilização da base de dados do Siops; Luiz Cláudio Ribeiro Neves pela pesquisa dos dados da Sage; e Dra. Márcia Amaral, Secretária Executiva do Ministério da Saúde, pela disponibilização do seu escasso tempo para prestação de informações da instância decisória sobre a participação do Ministério da Saúde no Plano Brasil sem Miséria.

Ao Professor Nilson do Rosário Costa, orientador desta tese, pela sugestão do tema, ideias para desenvolvê-lo e preciosas indicações bibliográficas.

Aos colegas da Coordenação Geral de Planejamento (CGPL), Eduardo Magalhães Lordello pelas sugestões e referenciais teóricos para a fundamentação das opções de estudos econométricos e estatísticos; Marcelo Farago pela disponibilidade para discutir as interpretações econômicas e de alternativas informatizadas de cálculos; Suely Oliveira Campos pela suave tolerância em formatar seguidas vezes as várias etapas do documento final e aos demais colegas da CGPL que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a efetivação do meu empreendimento.

À ex colega da CGPL Aristel Bordini Fagundes que, com a autoridade de seus 37 anos de atuação próxima aos centros de decisão do Ministério da Saúde, sempre usou da generosidade para passar, sem reservas, seus conhecimentos empíricos sobre os processos de normatização e de negociações no âmbito do SUS, além das preciosas dicas de redação.

A Valcler Rangel e Patrícia Tavares Ribeiro pela oportunidade da participação em projeto de pesquisa de cooperação técnica entre a Fiocruz e o Conasems, que analisou tema convergente com o desta tese e me proporcionou o privilégio de dividir esse trabalho com Sérgio Francisco Piola tornando possível importante aprofundamento no conhecimento da Economia da Saúde.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública que ministram as disciplinas do programa de doutorado pelo profissionalismo, dedicação e generosidade na transmissão do conhecimento.

À Mônica Reis pelo apoio administrativo sempre oportuno e cordial.

Aos servidores da Secretaria Acadêmica da ENSP pela presteza no atendimento às demandas que surgiram durante o curso.

A minha família pela vigilância constante dos limites físicos no esforço empreendido para a conclusão deste documento, com especial atenção das irmãs Launôra Melo de França e Bertha Melo de França Santos.

À Maria Alice Simioni, amiga sempre presente, pelas orientações e consultas médicas em situação de emergência e outras atenções que só os autênticos amigos são capazes de proporcionar.

Aos amigos pela compreensão do distanciamento e das repetidas declinações a convites para atividades sociais e de lazer.

Por fim, a minha fé, perseverança e tolerância para percorrer tão complexo trajeto.

RESUMO

Esta tese de doutoramento analisa a sustentabilidade econômico-financeira requerida para a cobertura das metas de atenção básica (AB) nos municípios de MG, selecionados pelo Governo Federal para atuação em saúde no âmbito do Plano Brasil sem Miséria (BSM). Para desenvolver o estudo, foram considerados fatores estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) que influenciam o seu objeto: a) as restrições orçamentárias do Governo Federal, responsável por quase metade do financiamento da política de saúde; b) a derivação da política universal de saúde, de acordo com os princípios do SUS, para a focalização em segmentos populacionais específicos; c) a fragilidade da coordenação federativa pelo MS e da sua própria estrutura regimental, com fragmentação e insulamento burocrático; e d) a evolução do papel local da AB em sua principal linha de atuação, a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios selecionados. As bases de dados pesquisadas foram: Siops/MS, Sage/MS e IBGE. Na caracterização do problema, foram adotados portes populacionais. Os indicadores utilizados foram desenvolvidos por Pereira et al. (2006), testados em trabalhos anteriores. Foram usados também indicadores testados por Mendes (2010), além de outros pertinentes introduzidos pelo autor. A pesquisa foi estruturada em três dimensões: recursos originários das Receitas Disponíveis (RD) e das transferências do SUS; despesas municipais com saúde e seu direcionamento; e transferências federais do SUS, além da cobertura das linhas de atuação estruturantes da AB.

Os resultados obtidos permitem concluir que, para ampliarem suas metas ou linhas de atuação, os municípios com até 50 mil habitantes, 95,2% do total com atuação em saúde no BSM necessitarão aprimorar sua capacidade tributária ou recorrer a recursos suplementares oriundos das demais esferas de gestão. A necessidade de tal recorrência tem em conta a exígua margem de receitas disponíveis em que operam esses municípios no custeio dos elevados níveis de cobertura em AB que já atingiram, utilizando, principalmente, as transferências federais.

Palavras chaves: políticas públicas, saúde pública, gestão governamental, economia da saúde, Brasil sem Miséria.

ABSTRACT

This thesis analyzes the required economic and financial sustainability to cover the goals of basic care in the towns of Minas Gerais selected by the Federal Government for action in health under the Plan Brazil without Misery (BSM). To develop the study we considered factors structuring the Unified Health System (SUS) that influence their object: a) budget constraints of the federal government account for nearly half of the funding of health policy; b) the derivation of the universal policy health, according to the principles of the SUS, to focus on specific population segments; c) the weakness of the federal coordination by the Health Ministry (MS) and the MS own normative structure in which there is fragmentation and bureaucratic isolation; and d) the development of the local role of basic care in its main line of action, the Family Health Strategy (ESF) in selected towns. The data bases searched were: Siops / MS, Sarge / MS and IBGE. To characterize the problem we adopted population sizes. The indicators were developed by Pereira et al. (2006) and tested in previous work. We also used indicators tested by Mendes (2010), and other adequate indicators that we introduced. The research was structured in three dimensions: Resources originating from Available Revenues (RD) and Transfers by SUS; town spending on health and how it is oriented; Federal transfers cover the SUS and the lines of action structuring of basic care. The results show that for towns with up to 50,000 inhabitants, 95.2% of total health with expertise in the BSM plan, to widen their targets or lines of action proposed in the BSM plan, they will need to enhance their capacity to tax or raise additional resources from the other levels of government due to the low revenue available to fund the high levels of coverage in basic care they have reached using mostly federal transfers.

Keywords: public policies, public health, government management, health economics, Brazil without Poverty.

SUMÁRIO

<i>INTRODUÇÃO</i>	19
<i>CAPÍTULO 1 – Metodologia</i>	26
<i>CAPÍTULO 2 - O Estado e a situação social da população</i>	37
2.1. Políticas públicas de caráter social e a cidadania a partir do Século XX	38
2.2. Gênese e progressão do envolvimento do Estado com a questão social ...	44
2.3. A atual concepção da questão social relacionada à precarização da renda do trabalho	55
2.4. Contribuições recentes para a racionalização da participação do Estado no equacionamento da pobreza e do acesso aos bens públicos	59
<i>CAPÍTULO 3 - As políticas sociais no Brasil</i>	67
3.1. Gênese e evolução	67
3.2. Décadas de 1980 e 1990: Cenário do ordenamento interno para a implantação das reformas sociais	75
3.3. O superávit primário: redução de recursos para as políticas sociais	80
3.4. Políticas sociais nos anos 2000: características e prioridades	83
<i>CAPÍTULO 4 - Atuação descentralizada e a coordenação federativa da política de saúde</i>	98
4.1. Os fundamentos da descentralização de recursos e de responsabilidades	98
4.2. A descentralização na reforma do Estado brasileiro	100
4.3. O Setor Saúde e a descentralização de responsabilidades e recursos	103
4.4. A descentralização e o papel institucional do Ministério da Saúde na condução da política setorial	116
4.5. A Relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal, com gestores estaduais e municipais e com o Conselho Nacional de Saúde..	122
<i>CAPÍTULO 5 - Federalismo fiscal e relações intergovernamentais</i>	127
5.1. Descentralização fiscal no Brasil	127
5.2. Federalismo fiscal: Repartição das receitas públicas no Brasil	139
<i>CAPÍTULO 6 – Os condicionantes da sustentabilidade econômico-financeira das ações de saúde no Brasil</i>	159
6.1. A participação federal no financiamento das ações de saúde	159
6.2. Outros fatores determinantes da sustentabilidade das políticas sociais ...	165
6.3. O exame da sustentabilidade econômico-financeira das políticas sociais	169

<i>CAPÍTULO 7 - O Plano Brasil sem Miséria</i>	173
7.1. Caracterização do Plano Brasil sem Miséria	173
7.2. As ações de saúde no Plano Brasil sem Miséria	178
7.3. Caracterização dos municípios de Minas Gerais priorizados para atuação em saúde no âmbito do BSM	189
7.4. Programa Travessia: iniciativa estadual de combate à pobreza e de promoção da saúde	195
<i>CAPÍTULO 8 - Resultados e discussão</i>	199
8.1. Dimensão das Receitas Disponíveis (RD)	199
8.2. Dimensão das despesas municipais com saúde.....	206
8.3. Dimensão da alocação municipal e das transferências federais para e evolução da cobertura das linhas de atuação estruturantes da atenção básica.....	208
8.4. Análise descritiva das correlações entre as origens de recursos e as despesas totais e com atenção básica em saúde	212
<i>Conclusões</i>	215
<i>Referências Bibliográficas</i>	224
<i>Anexos</i>	237
ANEXO 1 - Lista dos Municípios selecionados pelo MDS para atuação em saúde no BSM.	238
ANEXO 2 - Lista de Municípios de MG, selecionados pela SES / MG, para atuação em saúde no Projeto Travessia.	243
<i>Apêndice</i>	245
Apêndice I.....	246

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - PIB e Taxa de desemprego, Brasil - 1995 a 2004.....	76
Tabela 2 - Taxas de crescimento do gasto social público da União.....	78
Tabela 3 - Evolução percentual do gasto social da União* por áreas de atuação	78
Tabela 4 - Taxas de crescimento do gasto social da União	79
Tabela 5 - Trajetória do Gasto Social Federal, 1995 a 2010, por área de atuação.	91
Tabela 6 - Participação do Gasto Social Federal, 1995 a 2010, por setor (Em%).	92
Tabela 7	139
Tabela 8 - Gasto público das três esferas de gestão com ações e serviços públicos de saúde - 2000 a 2011	161
Tabela 9 - PIB médio e Renda Per capita média segundo o porte municipal - 2010	191
Tabela 10 - Cobertura do Bolsa Família por porte municipal	192
Tabela 11 - Acompanhamento semestral das condicionalidades em saúde	193
Tabela 12 - Evolução da arrecadação per capita de impostos de competência municipal.....	200
Tabela 13 - Per capita de impostos de competência municipal.....	200
Tabela 14 - Valores per capita das transferências constitucionais e legais aos municípios	201
Tabela 15 – Coeficiente de variação (CV) do percentual médio de aplicação de Receitas Disponíveis no gasto com ações e serviços públicos de saúde em 2004 e 2011, por porte municipal.	201
Tabela 16 - Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC).....	203
Tabela 17 – Coeficiente de variação (CV) da Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC) em 2004 e 2011, por porte municipal.....	203
Tabela 18 - Margem de expansão do gasto per capita (MEGPC).....	204
Tabela 19 – Coeficiente de variação (CV) da Margem de expansão do gasto per capita (MEGPC) em 2005 e 2011, por porte municipal.	205
Tabela 20 - Participação das despesas per capita com pessoal e encargos sociais nas despesas totais liquidadas com ASPS	207

Tabela 21 - Participação das despesas per capita com investimentos em infraestrutura física nas despesas totais liquidadas com ASPS	207
Tabela 22 - Execução financeira dos recursos orçamentários destinados ao setor saúde	208
Tabela 23 - Valor per capita das transferências do Bloco da Atenção Básica seccionada em Equipes de Saúde da Família	209
Tabela 24 - Cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família	210
Tabela 25 - Valor per capita das transferências do Bloco da Atenção Básica seccionada em Agentes Comunitários de Saúde	211
Tabela 26 - Cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde.....	211
Tabela 27 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis correlacionadas	212
Tabela 28 - Coeficiente de correlação de Spearman dos Impostos com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB)	213
Tabela 29 - Coeficiente de correlação de Spearman das Receitas das Transferências Constitucionais e Legais com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB)	214
Tabela 30 - Coeficiente de correlação de Spearman das Transferências do SUS com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB).....	214
Tabela 31 - Situação dos municípios de Minas Gerais com relação à MEGPC .	221

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratificação dos municípios segundo o porte populacional	30
Quadro 2 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa	31
Quadro 3 - Distribuição da competência tributária estabelecida pela Constituição Federal 1988 e subsequentes emendas constitucionais	140
Quadro 4 - Repartição das Receitas Tributárias	141

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Trajetória do Gasto Social Federal per capita, 1995 a 2010.....	89
Gráfico 2 - Gasto Social Federal em relação ao PIB (em %)	90
Gráfico 3 - Relação entre transferências constitucionais e legais a Estados e Municípios e as Receitas Brutas do Tesouro Nacional (RB) e entre as Despesas Brutas e RB do Tesouro Nacional	149
Gráfico 4 - Composição da receita tributária por nível de governo - Brasil	150
Gráfico 5 - Evolução das receitas tributárias em relação ao PIB por nível de governo - Brasil	151
Gráfico 6 - Distribuição percentual, por ente federado, da arrecadação direta de tributos. Brasil, 2010.....	153
Gráfico 7 - Distribuição percentual, por ente federado, da receita disponível. Brasil, 2010	153
Gráfico 8 - Comparação entre os per capita das receitas disponíveis com os de impostos de competência dos estados – Brasil (2002 a 2010)	154
Gráfico 9 - Comparação entre os per capita das receitas disponíveis com os de impostos dos municípios - Brasil (2002 a 2010).....	155
Gráfico 10 - Receitas per capita de impostos dos estados e receitas per capita disponível dos estados, por região geográfica	156
Gráfico 11 - Receitas per capita de impostos do conjunto de municípios das regiões geográficas e receitas per capita disponível do conjunto de municípios das regiões geográficas (média regional de 2002 a 2010)	157
Gráfico 12 - Evolução da participação do gasto em ASPS de cada esfera em relação a sua receita própria.....	163
Gráfico 13 - Execução orçamentária (valores empenhados por subfunção)	164
Gráfico 14 – Participação dos impostos de competência municipal na formação da receita própria	199
Gráfico 15 – Participação das transferências do SUS nas despesas totais com saúde	206
Gráfico 16 – Relação % entre atenção básica e gasto com saúde total	209

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Objetivos e políticas setoriais e transversais da política social brasileira - 2010	88
Figura 2 - Distribuição territorial dos municípios de MG com atuação no BSM..	190

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ADI - Ações Diretas de Inconstitucionalidade

AIS - Ações Integradas de Saúde

ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde

BIRD - Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento

BSM - Plano Brasil sem Miséria

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF 1988 - Constituição Federal de 1988

CGU - Controladoria Geral da União

CIBs - Comissões Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNM - Confederação Nacional dos Municípios

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DPSPC - Despesa Potencial em Saúde *Per capita*

EC 29 - Emenda Constitucional 29, de 2000

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

FA - Fator de Alocação

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FCO - Fundos Constitucionais de Financiamento do Centro-Oeste

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

Fideps - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde

FMI - Fundo Monetário Nacional

FNE - Fundos Constitucionais de Financiamento do Nordeste

FNO - Fundos Constitucionais de Financiamento do Norte

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPE - Fundo de Participação do Estado

FPEX - Fundo de Compensação das Exportações

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FSE - Fundo Social de Emergência

Funasa - Fundação Nacional de Saúde

FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo

Fundeb - Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação

GSF - Gasto Social Federal

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

ICMS - Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação

IDH/ONU – Índice de Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IE - Imposto sobre exportação

II - Imposto sobre importação

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPC - Índice Nacional de Preços ao Consumidor

IOF - Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários

IPE - Índice de Porte Econômico

Ipea - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

IPI - Imposto sobre produtos industrializados

IPTU - Imposto sobre propriedade predial e territorial urbana

IPVA - Imposto sobre propriedade de veículos automotores

IR - Imposto sobre rendas e proventos de qualquer natureza

ISC – Imposto Comunicação

ISS - Imposto Sobre Serviços

IT – Imposto sobre Transportes
ITBI - Imposto sobre transmissão *inter vivos*
ITD - Imposto sobre transmissão *causa mortis* e doação
ITR - Imposto sobre propriedade territorial rural
IUEE - Impostos Federais sobre Energia Elétrica
IULC - Impostos Federais sobre Combustíveis
IUM – Impostos Federais sobre Minerais
IVC - Imposto sobre as Vendas e Consignações
IVVC - Imposto sobre vendas e varejo de combustíveis líquidos e gasosos
LBA - Lei Brasileira de Assistência
LC 141/2012 - Lei Complementar 141 de 2012
LDO - Lei das Diretrizes Orçamentárias
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOA - Lei Orçamentária Anual
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
LRF - Lei de Responsabilidade Fiscal
MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEGPC - Margem de Expansão do Gasto *Per capita*
MG - Minas Gerais
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Saúde de Família
NOAS – 2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada em 2001
NOB - Normas Operacionais Básicas
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OGU - Orçamento Geral da União
OS - Organizações Sociais
OSS - Orçamento da Seguridade Social
PAC - Plano de Aceleração do Crescimento
PAS - Programação Anual de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PIS - Programa de Integração Social

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMDI - Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada

Proesf - Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

Pronatec - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

RB - Receitas Brutas do Tesouro Nacional

RCB - Receita Corrente Bruta

RD - Receitas Disponíveis

REFORSUS - Projeto Reforço à Reorganização do SUS

Rename - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

Renases - Relação Nacional de Medicamentos

Sage - Sala de Apoio à Gestão Estratégica do MS

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SE - Secretaria Executiva

SEDESE - Secretaria de Desenvolvimento Social

SES MG - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Siops - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UBS - Unidades Básicas de Saúde

Unicamp - Universidade de Estadual de Campinas

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Vigisus - Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutoramento propõe-se a explorar análises a respeito da sustentabilidade econômico-financeira dos municípios brasileiros para se responsabilizarem por aportes adicionais de recursos próprios para o financiamento de políticas públicas de iniciativa da União. Para aprofundar essa investigação, a amostra investigada corresponde aos 188 municípios de Minas Gerais eleitos em 2012 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para o desenvolvimento de ações de saúde no âmbito do Plano Brasil sem Miséria (BSM).

A constatação de que 16,2 milhões de brasileiros foram identificados pelo Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como uma população vivendo em extrema pobreza, com renda *per capita* mensal inferior a R\$ 70,00, orientou o poder público federal na identificação da principal justificativa para uma atuação inter setorial visando a eliminação dessa situação, contando com o apoio do setor privado e do terceiro setor no desenvolvimento de ações de garantia de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços públicos¹.

O conceito de sustentabilidade econômico-financeira adotado corresponde à capacidade do município em arcar, em curto e médio prazo, com os aportes financeiros da sua competência tributária, das transferências constitucionais e legais e do Sistema Único de Saúde (SUS) para cobrir o desenvolvimento da política setorial proposta pelo Ministério da Saúde (MS), ao estabelecer compromissos públicos para o aperfeiçoamento e a ampliação do acesso a bens e serviços de saúde na esfera do BSM no Estado de Minas Gerais.

A partir da amostra selecionada, particularizou-se o âmbito da questão de pesquisa no financiamento das ações de saúde propostas pelo BSM. Por meio da opção metodológica por esse conjunto de municípios, que embora destituído de representatividade estatística para extrapolações nacionais, propõe-se a retratar uma realidade, que, vista empiricamente, pode ser considerada comum à grande maioria dos municípios brasileiros, por associar as características desse conjunto àquelas de vários outros que compõem a

¹ Ver em <http://www.brasilsemiseria.gov.br/Acesso> em 16/06/2013.

federação. Em princípio, espera-se que as variáveis selecionadas com um olhar investigativo tenham traços comuns a muitos deles. Entre outras, destacam-se a heterogeneidade de portes populacionais; a capacidade de gerar receitas de sua competência tributária e a relação dessas receitas com as transferências constitucionais e legais e com as transferências do SUS para o financiamento das ações de saúde em geral, e de Atenção Básica (AB) em particular.

Mesmo em casos de políticas nacionais, com determinações constitucionais de execução descentralizada, a diversidade de capacidades fiscais municipais pode influenciar negativamente a execução das ações que dão factibilidade a tais políticas. Como capacidade fiscal entende-se tanto o esforço municipal para incrementar sua arrecadação tributária, como a forma de alocação e a eficiência do gasto público.

A motivação para explorar esse tema foi aguçada pela necessidade de compreensão dos processos que são corriqueiros na atividade profissional do autor, no MS, dos quais participa nas etapas extremas do ciclo das políticas públicas de saúde. Antes e após as intenções se tornarem fatos.

A fase anterior corresponde à elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) de cada quadriênio, quando participa da análise da situação nacional de saúde, objetivos, diretrizes, metas e indicadores. São as proposições em saúde para os três anos seguintes da gestão federal em exercício e para o primeiro da posterior. Em seguida, por ocasião das discussões setoriais do Plano Plurianual (PPA), o mesmo lida com a fase qualitativa da formalização das propostas das áreas técnicas em relação às orientações do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, envolvendo os conteúdos do Programa Temático, iniciativas e indicadores. Desses marcos legal derivam-se outros instrumentos de planejamento como a Programação Anual de Saúde (PAS) que detalha, a cada exercício, as metas quadrienais do PNS, com a finalidade de torná-las operacionais para a agenda de gestão. Há também a participação nas análises qualitativas da elaboração setorial, em cada exercício, da Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), quando se pode perceber as características dos fluxos de recursos e o direcionamento de seu emprego.

A fase posterior compreende as avaliações de desempenho para prestação de contas ao controle social e aos órgãos de controle da União. Nessas etapas avalia-se o que chamamos de “SUS Real”. Trata-se da análise do gasto federal em saúde e dos resultados obtidos pelas linhas de atuação estruturantes do SUS, assim como as perspectivas de continuidade da atuação nos anos seguintes. São instrumentos legais de responsabilidade presidencial: A Mensagem Presidencial ao Poder Legislativo, que informa o desempenho físico, por linha de atuação, a cada exercício e as expectativas para o próximo e a Prestação de Contas da Presidente da República que esclarece ao Tribunal de Contas da União (TCU) e à Controladoria Geral da União (CGU) sobre o desempenho físico e financeiro do MS relativo ao exercício anterior. Para o controle social o emprego dos recursos e os resultados alcançados são detalhados na forma do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas e do Relatório Anual de Gestão. Esses últimos instrumentos, prazos e exigências e foram determinados pela Lei Complementar 141/2012.

Toda essa descrição de atividades não é mera demonstração curricular, mas uma tentativa de refletir a respeito das possibilidades de questionamento dos processos de gestão do SUS. Note-se que partimos de uma importante massa de informações, com suas intercorrências, causas e efeitos, que são variáveis determinantes sobre a questão de pesquisa e auxiliarão a entender o desempenho do objeto de estudo.

Um desses conjuntos de informações chamou-nos a atenção e, em um primeiro momento, provocou-nos admiração cívica. Ocorreu no início de 2011, primeiro ano do mandato da Presidente Dilma Rousseff. Tratava-se de uma proposta de participação do MS em um plano multisetorial de combate à pobreza, cuja principal referência de atuação em saúde seria a mobilização dos Agentes Comunitários de Saúde e das próprias Equipes de Saúde da Família, em uma busca ativa para induzir o acesso a ações de saúde de pessoas em estado de vulnerabilidade social extrema. Supunha-se que por falta de informação, essa camada da população, estimada em 16 milhões de brasileiros, não usufrui de seus direitos sociais conquistados por meio da Constituição Federal de 1988 (CF 1988). Intrigava a situação de mendicância daquele contingente de cidadãos diante da intensidade das políticas empreendidas na área da assistência social a

partir dos anos 1990. Fazia pensar se determinada pessoa, seja por uma debilidade física ou por idade avançada, que mendiga nas ruas, tem conhecimento de que é detentor dos direitos e benefícios de ação continuada facultados pela Lei Orgânica da Assistência Social. A proposta desse plano governamental, produzida em 2011, promovia o contato desse público-alvo com seus direitos de cidadania, isso sem levar em consideração as proposições de introdução no mercado, de vasta camada da população, seja pela via da renda do trabalho, da atividade produtiva de pequena escala ou mesmo das transferências. Era o embrião do BSM.

Por meio das análises propostas teria a oportunidade de gerar indícios para averiguar até que ponto aquele plano, dada a magnitude da pobreza no país, teria efetividade e mudaria, de fato, as condições de vida da população precarizada.

Tentáramos, na academia, obter respostas cientificamente objetivas para perguntas que a objetividade da empiria impingia na rotina de trabalho. Na busca do conhecimento científico entendemos que a complexidade da questão iria bem além do que, de início, fora possível imaginar.

Dessa forma, para dar um direcionamento metodológico, o estudo foi orientado a partir das questões de pesquisa:

O papel institucional do MS, como coordenador nacional da política de saúde, é coerente com a sua participação na estrutura tripartite de financiamento do SUS e com as práticas de relação federativa desenvolvidas no Brasil? Na impossibilidade de disponibilização de recursos federais adicionais, os municípios selecionados em Minas Gerais (MG) teriam sustentabilidade econômico-financeira para o financiamento, em curto e médio prazo, para os prováveis aportes suplementares de recursos para a cobertura de despesas adicionais?

Dessas questões derivaram-se as hipóteses abaixo, que estruturaram a pesquisa e a nortearam:

1 – A estrutura tributária dos municípios selecionados em MG, bem como o volume das transferências constitucionais e legais poderiam apresentar fragilidades para a cobertura de despesas adicionais, elevando os

percentuais de recursos já aplicados em saúde, levando em consideração as determinações da Emenda Constitucional 29, de 2000 (EC 29)²;

2 – os municípios de porte reduzido, com suposta dependência das transferências do SUS, teriam essa dificuldade acentuada pelas limitações na forma como sua capacidade de oferta influencia no cálculo dessas transferências;

3 - a capacidade de gestão dos municípios de porte reduzido dificultaria a execução das propostas de ampliação da atuação em saúde no âmbito do BSM; e

4 – outros fatores com influência sobre o desempenho municipal nas proposições do BSM poderiam dificultar o desenvolvimento das propostas federais, a exemplo: a) das restrições orçamentárias do governo federal, responsável por quase metade do financiamento da política de saúde; b) da derivação da política universal de saúde, de acordo com os princípios do SUS, para a focalização em segmentos populacionais específicos; c) da fragilidade da coordenação federativa pelo MS e da própria estrutura regimental do MS com sua fragmentação e insulamento burocrático; e d) da evolução do papel local da atenção básica em sua principal linha de atuação, a Estratégia Saúde da Família (ESF), nos municípios selecionados.

A partir dessas hipóteses foram delineados os objetivos da pesquisa, a saber:

Geral

Analisar a capacidade dos municípios de MG, com atuação no âmbito do BSM, sustentarem, em curto e médio prazo, a cobertura das possíveis despesas adicionais em consequência da ampliação das metas ou diversificação de ações em atenção AB, a partir das propostas do MS.

Específicos

✓ Analisar a capacidade de geração de receitas *per capita* municipais originadas da sua competência tributária, das transferências constitucionais e legais – Receitas disponíveis (RD)³ -, segundo o porte municipal dos 188 municípios de MG com participação no BSM;

² A EC 29 determinou a aplicação mínima de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais dos municípios, 12% das dos estados e indexação à variação nominal do PIB para a União.

³ Referem-se às receitas de impostos de competência própria do município, adicionados às transferências constitucionais e legais.

- ✓ Analisar os níveis de participação das RD no financiamento das ações de saúde, de acordo com o determinado pela EC 29;
- ✓ Avaliar a Despesa Potencial em Saúde Per capita e a Margem de Expansão do Gasto Per capita em Saúde dos municípios de MG com atuação no BSM, segundo o porte populacional;
- ✓ Avaliar o desempenho municipal em relação à atuação em AB por meio das linhas de ação estruturantes da participação municipal no BSM: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- ✓ Analisar outros fatores com influência na coordenação nacional da política de saúde que podem interferir no desempenho municipal no BSM.

Na tentativa de identificar elementos analíticos que possam contribuir para o entendimento do tema explorado, contextualizar a atuação governamental em suas propostas, opções e prioridades de escolhas, esta tese pretende intensificar o debate e gerar reflexões que estimulem o aprofundamento da investigação temática. O percurso estruturante da pesquisa é a seguir discriminado:

Além desta introdução, o primeiro capítulo detalha o percurso metodológico utilizado na contextualização das questões de pesquisa e na análise dos dados dos municípios que compõem a amostra. Esses procedimentos geraram as discussões que forneceram os conteúdos para os resultados analisados no sétimo capítulo e levaram às conclusões.

O segundo capítulo faz uma recapitulação histórica e debate algumas reflexões de autores, que desenvolveram estudos de reconhecida competência científica e intelectual, sobre o envolvimento do Estado, nas questões sociais relativas à precarização dos meios de subsistência e do acesso aos bens públicos que disponibiliza.

No terceiro capítulo a ênfase é na gênese e na evolução do papel do Estado brasileiro nas políticas sociais, reformas sociais e nos direitos de cidadania introduzidos pela CF 1988. Ao mesmo tempo, introduzem-se reflexões de autores sobre as limitações de recursos para financiar as pretensões do modelo constitucional, bem como se provoca o debate sobre a atualidade da

priorização na focalização das políticas sociais diante das determinações de universalização da CF 1988.

O quarto e o quinto capítulos tratam da contextualização da gestão das políticas públicas de cunho social e das adequações do cenário fiscal, refletindo a adoção da descentralização de responsabilidades e de meios, como principais elementos das políticas sociais de caráter nacional e as transferências intersetoriais como ferramentas de adequação do seu financiamento no contexto da diversidade socioeconômica nacional.

O sexto capítulo traz uma síntese dos condicionantes da sustentabilidade econômico-financeira da política de saúde, por meio da análise da participação federal no financiamento das ações e serviços de saúde e das principais variáveis intervenientes detectadas na literatura especializada.

O sétimo capítulo contém uma caracterização do Plano Brasil sem Miséria, das propostas de atuação em saúde que embute e situa a ação setorial no contexto estadual, ao identificar iniciativa local com intenções semelhantes.

No oitavo capítulo discutem-se os dados levantados nas bases citadas na metodologia, que possibilitaram o delineamento do perfil municipal com relação ao objeto da questão de pesquisa e possibilitaram a formulação de algumas inferências originadas dos debates apresentados nos capítulos de contextualização e nas discussões baseadas nas análises estatísticas que modularam os argumentos conclusivos da pesquisa.

CAPÍTULO 1 – Metodologia

A multiplicidade de influências presentes nas arenas decisórias de uma política com execução descentralizada forma um amálgama de variáveis que influenciam decisivamente o desempenho institucional dos entes federativos, na formatação e assimilação das práticas entre os níveis de gestão, no desenvolvimento das ações e, principalmente, sobre os resultados alcançados. Para uma compreensão mais abrangente dessa trajetória é essencial o debate entre os vários olhares e perspectivas de análises dos diversos campos de produção do conhecimento sobre as variáveis intervenientes.

Com a intenção de ampliar a análise do tema da gestão da saúde pública, este estudo se baseou em diversos campos do saber que pesquisam as políticas sociais que visam à melhoria da qualidade de vida da população, ao tempo em que debate temas pertinentes a eles e destaca variáveis importantes para a potencialização de seus achados.

Para a contextualização da gênese e do desenvolvimento do papel do Estado na formulação e implementação das políticas sociais com prerrogativas de cidadania, bem como dos fatores intervenientes da execução dessas políticas, com destaque para a engenharia da coordenação nacional em países de estrutura federativa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos acervos disponibilizados, referentes a teses, dissertações e trabalhos científicos indexados em bases de dados consolidadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Biblioteca do Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual do SUS, além das indicações bibliográficas do orientador, Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa.

As buscas bibliográficas foram realizadas usando as palavras chave: Políticas públicas, federalismo, federalismo fiscal, descentralização, gestão pública, financiamento da saúde, SUS, Bolsa Família e Brasil sem Miséria.

Para sistematizar os conteúdos abordados pela literatura especializada utilizou-se uma disponibilização em perspectiva histórica. Procurou-se focar a evolução histórica do envolvimento do Estado da amplitude mundial para a abrangência nacional, relacionada à questão social focada na inadequação entre as determinações do mercado e a capacidade dos indivíduos gerarem renda

pessoal suficiente para a cobertura de suas necessidades essenciais e do seu acesso às políticas sociais.

Para o tratamento quantitativo foi realizado um estudo de caso, na forma de dados de painel, sobre o comportamento dos municípios indicados em 2012 pelo Governo Federal para atuação em saúde no âmbito BSM em Minas Gerais com relação à sustentabilidade econômico-financeira para a cobertura de ações de atenção básica. Foi analisado o período de 2004 a 2011, anos que os entes federados, por determinação legal da EC 29, declararam sua movimentação orçamentário-financeira que redundou no gasto em saúde.

Foram consideradas algumas premissas que dão conformidade ao estudo. Com relação às possibilidades de disponibilização de recursos próprios, considerou-se o conceito de Receita Disponível (RD) que corresponde à arrecadação tributária de competência municipal, adicionada das transferências constitucionais e legais para os municípios realizadas pelos demais entes federativos (Mendes, 2005), considerada como base vinculável para fins do estabelecido pela EC 29.

Ainda, observando Mendes (2005), as despesas consideradas corresponderam àquelas liquidadas originárias do orçamento municipal, não levando-se em consideração despesas com saúde realizadas no município, porém de execução direta dos outros entes federativos.

As bases de dados pesquisadas foram: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), cuja função é acompanhar a apuração das receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a EC 29. A captação dos dados foi realizada diretamente da base do Siops e ocorreu em 24/10/2012; Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) do MS, acesso ao banco de dados realizado em 06/12/2012. Os percentuais de cobertura foram captados diretamente da Sage, assim como as transferências federais por linhas de atuação.

As lacunas de acesso a informações para política de saúde, entre as quais aquelas relacionadas às receitas e despesas, foram amenizadas com a criação do Siops. Esse sistema, de responsabilidade do MS, foi criado por determinação legal para informar aos canais de controle e tornar público as

informações sobre perfil do financiamento e dos gastos em saúde das três esferas administrativas. Nele estão registradas e armazenadas as informações de ordem orçamentária dos órgãos públicos de saúde nas diferentes esferas de gestão (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003).

Com essa finalidade, Lima et al. (2006) avaliam o SIOPS como importante fonte informações para o acompanhamento das transferências dos entes federados e suas relações com os gastos públicos do SUS, sendo, pois, um poderoso instrumento para análise do processo de descentralização. Desde 1999, é utilizado por estados e municípios para informar suas disponibilidades, aplicações e alocações.

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

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

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

A Sage disponibiliza informações sobre a execução orçamentária do MS, por unidade orçamentária, programas e ações. Informa os limites financeiros por empenho e por fontes de recursos, demonstra a situação de convênios e apresenta os repasses financeiros das transferências fundo a fundo com recorte estadual e municipal. Constam ainda informações de cobertura, recursos físicos de estabelecimentos e profissionais de saúde em atuação no SUS, além de exibir referências ao processo de gestão, à descentralização e ao controle social (Ministério da Saúde, 2013).

Por cobertura entende-se, como o fez Lima et al (2009) ao referir-la ao grau em que detectam-se os registros oficiais de determinado evento com relação ao universo ou escopo para o qual foi desenvolvido.

A população que serve de referência para os *per capita* financeiros foi consultada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2010.

Os dados financeiros foram atualizados para 2011 pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) calculado pelo IBGE.

As observações atípicas (*outliers*), valores que se distanciam excessivamente da média, percebidas ao longo da série de algumas variáveis, foram excluídas por representarem um dado desconhecido e figurarem na base de dados com registro de valor “0” ou, por motivos conjunturais, no caso da estrutura tributária municipal, apresentar picos de recolhimento, em determinados municípios, em níveis bem além de outros de porte semelhante. Os *outliers* foram controlados utilizando-se a função gráfica *boxplot*, considerando-se faixas de valores correspondentes a 1,5 de distâncias interquartílicas. (Soares, 1999).

A amostra pesquisada correspondeu aos 188 municípios de Minas Gerais definidos pelo MDS para atuação em saúde pelo BSM em outubro de 2012. Esses municípios são caracterizados pelo alto grau de presença de famílias onde ocorrem rendimentos mensais *per capita* de até R\$ 70,00. Nessa situação, considerada pelo MDS como de extrema pobreza, foram mapeadas no Brasil cerca 16 milhões de pessoas residentes em 2.360 municípios em 2011.

Devido à concentração espacial dos municípios sugerirem certa homogeneidade regional em termos socioeconômicos, optou-se pela estratificação por porte populacional. Essa classificação permitiu maior amplitude de análise com relação à capacidade fiscal e de gestão municipal, de acordo com o seu porte.

Para caracterizar o problema foram adotados os portes demográficos apresentados no Quadro 1 com base na população dimensionada pelo IBGE. Com esse propósito, foram delimitadas faixas municipais com ênfase nos municípios menos populosos, onde se observa maior incidência de selecionados. Foram levados também em consideração os pressupostos de interação entre o porte populacional e a capacidade fiscal municipal e com o nível de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas observações justificaram a opção de análise do comportamento dos diferentes estratos demográficos usando-se a média das variáveis de cada um deles.

Quadro 1 - Estratificação dos municípios segundo o porte populacional

Porte Municipal	Faixas Populacionais	Nº Municípios
1	Até 10 mil habitantes	115
2	Mais de 10 mil até 50 mil habitantes	64
3	Mais de 50 mil até 100 mil habitantes	3
4	Mais de 100 mil	6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE.

Com finalidade de definir o desenho operacional de uma pesquisa, Yin (2005) considera que a delimitação das questões a serem investigadas é o passo mais importante e primordial a ser considerado no estudo.

Uma das perguntas desta pesquisa de tese, já enunciada e com possibilidade de quantificação, também poderia ser assim formulada: Como os municípios selecionados em MG fariam para custear, em curto e médio prazo, os prováveis aportes suplementares de recursos para a cobertura de despesas adicionais da atuação em saúde no BSM?

Na concepção do autor as condições determinantes da estratégia a ser adotada para uma pesquisa dependem do tipo de questão proposta, da capacidade de controle de eventos contemporâneos e do grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição aos fatos históricos.

Conforme a tipologia de Yin (2005), exposta no Quadro 2 abaixo, a análise da questão central da pesquisa, em relação ao tipo de pergunta, sugere uma forma do tipo “como” e “por que” devido ao caráter explanatório exigido para argumentar e fundamentar a sua resposta.

Quadro 2 - Situações relevantes para diferentes estratégias de pesquisa

Estratégia	Forma de questão de pesquisa	Exige controle sobre eventos comportamentais	Focaliza acontecimentos contemporâneos
Experimento	como, por que	sim	sim
Levantamento	quem, o que, onde, quantos, quanto	não	sim
Análise de arquivos	quem, o que, onde, quantos, quanto	não	sim/não
Pesquisa Histórica	como, por que	não	não
Estudo de caso	como, por que	não	sim

Fonte: Yin (2005) . p.24

O exame do quadro indicaria como estratégia de pesquisa o estudo de caso ou a pesquisa histórica. A definição pelo estudo de caso se estabelece devido à contemporaneidade do tema, pela frágil delimitação entre o fenômeno e o contexto, pela possibilidade de atores relevantes envolvidos no processo testemunharem sobre os acontecimentos pesquisados e pela existência de fontes primárias e secundárias confiáveis. Essas características definem a relevância para a representação do estudo de caso.

As características específicas do estudo de caso também atendem à perspectiva longitudinal da delimitação temporal proposta para a pesquisa, com corte histórico de 2003 até 2011, que corresponde ao período de disponibilidade dos dados utilizados nas análises estatísticas.

A estratégia programada para a geração das evidências utilizou-se das seguintes fontes:

- Análise da estrutura normativa do SUS com ênfase nos aspectos modeladores da descentralização, financiamento e papel institucional do MS;
- revisão bibliográfica sobre o contexto e desenvolvimento do objeto de investigação;
- exame de documentação, registros em arquivos físicos e eletrônicos; e
- informações obtidas de atores com papel significativo no processo investigado.

Numa segunda abordagem, avaliou-se a sustentabilidade econômico-financeira dos municípios de Minas Gerais selecionados para o BSM e a evolução das coberturas populacionais pelas Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, utilizando-se de técnicas estatísticas.

Os indicadores utilizados foram desenvolvidos por Pereira et al. (2006) e testados com significância por Portela e Ribeiro (2011). Utilizou-se também outros já testados por Mendes (2010), além dos de cobertura e financiamento das ações estruturantes da atenção básica introduzidos pelo autor.

Observações preliminares nas bases de dados definiram o período de 2004 a 2011 por apresentar mais elevado grau de consistência das informações disponíveis.

A pesquisa foi estruturada em três dimensões de análise: a) Recursos originários das Receitas Disponíveis e das Transferências do SUS; b) Despesas municipais com saúde; e c) Alocação municipal e transferências federais para atenção básica e evolução da cobertura das linhas de atuação estruturantes.

a) Dimensão das Receitas Disponíveis (RD)

Foram analisadas as disponibilidades de recursos municipais geradas da estrutura tributária de competência própria e sua participação na formação da RD. Essa relação indica o grau de independência que o ente federado municipal tem para o gasto em saúde. Supõe-se que quanto mais elevada for a relação, maior será a autonomia do gestor municipal para dispor de recursos para a sustentação do gasto público em saúde executado pela esfera administrativa (Mendes, 2010). Para o autor esse indicador também revela o esforço de arrecadação de impostos de responsabilidade municipal para a cobertura das políticas públicas em geral.

A análise da evolução da arrecadação de impostos informa, principalmente, a relação existente entre o volume coletado e as variações cíclicas da economia.

Na variável impostos foram excluídos os *outliers* detectados.

Com relação à situação do cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC 29), Pereira et al. (2006) classifica como positiva para o conjunto de municípios em que todos empregaram recursos de tributos da base

vinculável ⁽²⁾ acima de 15% do gasto com ações e serviços de saúde, e negativa a situação inversa. Foram analisados os portes municipais por Médias, Desvio Padrão (DP) e Coeficiente de Variação (CV) para que se determine o peso dos municípios em situação positiva nos anos extremos da série, obtendo-se, dessa forma, um perfil do cumprimento da EC 29 no conjunto de municípios.

O CV representa a relação percentual entre o DP e a média simples dos valores *per capita*.

Os indicadores de sustentabilidade econômico-financeira propostos por Pereira et al. (2006) foram aplicados a partir da média das variáveis envolvidas, segundo o porte municipal.

Para o cálculo dos indicadores na série histórica foram observadas as seguintes características:

1) Despesa potencial em saúde *per capita* (DPSPC) = (0,15 X RPPC) + (0,15 X TCPC) + TSUSPC.

Onde:

RPPC: Receita própria *per capita*.

TCPC: Transferências constitucionais *per capita*.

TSUSPC: Transferências do SUS *per capita*.

2) Margem de expansão do gasto *per capita* (MEGPC) = DPSPC – DAPC

Onde:

DPSPC: Despesa potencial em saúde *per capita*

DAPC: Despesa atual em saúde *per capita*.

Observe-se que o multiplicador 0,15 atende às aplicações mínimas de recursos municipais determinadas pela EC 29, com o índice pleno a partir de 2004. As variáveis consideradas tiveram os *per capita*s calculados a partir da informação do Siops e foram extraídas médias por portes, levando em consideração a existência e eliminação de *out liers* dentro de cada porte populacional e exclusão dos municípios sem informação.

b) Dimensão das despesas municipais com saúde

Nessa dimensão são analisadas as relações entre as transferências do SUS e o gasto total, com finalidade de entender o grau de dependência municipal das transferências federais e estaduais específicas da

saúde. Essas transferências destinam-se ao financiamento dos programas do SUS e proporcionam recursos para a cobertura de despesas de Atenção Básica (Pisos de Atenção Básica fixo e variável), para os procedimentos de Média e Alta Complexidade e outros complementares.

Para examinar o direcionamento dessas despesas, optou-se pelo exame da proporção de dois itens de despesa com saúde nas despesas totais liquidadas a cada ano, segundo os grupos de natureza de despesas informados pelo Siops. Do grupo das Despesas Correntes, optou-se pela seleção do item “pessoal e encargos sociais” e do das Despesas de Capital destacou-se o item “Investimentos”. Essa opção deve-se ao peso do custeio dos profissionais e dos agentes comunitários de saúde na atenção básica e pela importância do item “Investimentos” na formação da estrutura de oferta dos serviços básicos de saúde.

Foram também examinadas a capacidade de execução orçamentária municipal, utilizando-se a relação entre as dotações orçamentárias e os montantes executados. Por não contar com o registro dos valores inscritos em restos a pagar de todos os anos da série, a análise reveste-se de certa parcialidade, uma vez que esses valores somados aos valores liquidados retratariam com mais precisão o desempenho orçamentário quando comparado às dotações orçamentárias.

c) Dimensão da alocação municipal e das transferências federais para e evolução da cobertura das linhas de atuação estruturantes da atenção básica.

Nessa dimensão foi avaliada a tendência de alocação de recursos em atenção básica por meio da aplicação na Subfunção Atenção Básica, com finalidade de obter um perfil do emprego de recursos nessa linha de atuação. Para esse fim, foi investigado o peso do gasto da Subfunção Atenção Básica no gasto total com saúde e a evolução das transferências federais para o custeio das linhas de atuação Equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essas linhas de atuação dão sustentação à atuação em saúde no BSM.

Com finalidade de investigar as influências das origens dos recursos sobre o gasto municipal em saúde empreendeu-se uma análise

descritiva por meio de estudo de correlação. Supôs-se que no conjunto de municípios analisados, os valores *per capita* das receitas tributárias, das transferências constitucionais e legais e das transferências do SUS sejam variáveis independentes e que elas definam as disponibilidades financeiras para as despesas *per capita* com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e com a AB, que foram considerados, para estruturação desta análise, variáveis dependentes.

A partir do instrumental de análises estatística, pretende-se obter indicativos de relações de comportamento entre as variáveis, consideradas dependentes e as independentes, analisadas no período.

De acordo com Wooldridge (2006) a econometria utiliza-se de métodos estatísticos para tratar de problemas inerentes à coleta e análise de dados quantitativos não experimentais, isto é, aqueles não obtidos por meio de experimentos controlados. Esse tipo de dado é muitas vezes denominado de observacional para enfatizar a passividade do pesquisador na sua obtenção. São dados que, até certo ponto, caracterizam os experimentos das ciências sociais.

A validade desses dados pressupõe o teste de uma teoria ou de uma relação que seja importante para uma decisão ou para a análise de uma política pública. Classifica esse procedimento como uma análise empírica a partir de uma “questão de interesse” (WOOLDRIDGE, 2006. p. 2).

O autor considera que na escolha do método econométrico deve-se observar as características dos dados. Segundo as referências dispostas, os dados aqui analisados são classificados como dados de painel que representam uma série de tempo com frequência anual de nove períodos. O que significa a permanência das variáveis analisadas no período em que são comparadas.

A quantidade de dados disponíveis é bastante limitada para análises econométricas com capacidade de informar correlações lineares ou paramétricas a partir de comportamentos temporais. Optou-se por uma análise estatística descritiva por meio do coeficiente de correlação não paramétrico.

O coeficiente de correlação mede o grau de intensidade da relação do conjunto de dados de duas ou mais variáveis. A aplicação desse coeficiente com validade implica em dois pressupostos (BOLFARINE & SANDOVAL, 2001):

1 - A existência de duas variáveis aleatórias, isto é, dois valores que representem, em termos formais, uma função que associa o evento pertencente ao espaço amostral.

2 – Essas variáveis devem prover de uma população normal bivariada.

Existem testes usualmente aplicados para averiguar em que medida essas observações são normais e bivariadas. Isto é, mostram-se com distribuição muito simétrica ou com valores não discrepantes. Para esse estudo optou-se pelo teste de Kolmogorov-Smirnov obtido do software SPSS (Acesso em 5/7/2013).

Caso esse teste indique distribuição relativamente simétrica dos dados, pode-se aplicar a verificação da correlação paramétrica por métodos que atestem sua linearidade. Em caso contrário, esse tipo de correlação pode ficar comprometida. De forma alternativa, poderá ser feita uma correlação pela abordagem não-paramétrica. Nessa linha, a técnica muito indicada na literatura é o Coeficiente de Correlação de Spearman, que se utiliza apenas da ordenação dos valores, sem levar em consideração a condição de normalidade de distribuição (BARBETTA, 2005). O cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman foi processado no software SPSS (Acesso em 5/7/2013).

Nos resultados e discussão, os índices e percentuais obtidos foram inter-relacionados por associação de tendências e pela correlação, de forma a traçar um perfil, por porte municipal, que possa orientar aproximações de respostas à questão de pesquisa.

No presente estudo pesquisaram-se bases de dados secundárias e fontes documentais de domínio público, razão pela qual se excluiu a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública.

CAPÍTULO 2 - O Estado e a situação social da população

Neste capítulo serão discutidas as formas de operacionalização da ação do Estado com propósitos de proteção social, isto é, de minimizar os efeitos de situações que se afastem de condições mínimas de sobrevivência da população, causados por fatores limitantes de capacidades de obtenção de meios para o custeio das despesas pessoais básicas. Essa abordagem leva em consideração as políticas sócias com caráter de cidadania, praticadas a partir do início do Século XX, em suas múltiplas modalidades.

Leva-se também em consideração a forma como a atuação estatal é estruturada e as escolhas políticas que influenciam essa estruturação. A agenda central dessa discussão diz respeito à abrangência de atuação que delinea e operacionaliza as políticas sociais. Mais objetivamente, discute-se a dicotomia entre coberturas universais ou focalizadas como estratégia de implementação de políticas sociais voltadas para as vulnerabilidades de meios de sobrevivência.

Esse tema insere-se no escopo do estudo devido às condições de elegibilidade dos municípios com atuação em saúde, no BSM, tendo como parâmetro oficial explicitado as condições de pobreza da população. Ao eleger um grupo de municípios a partir de um parâmetro de renda *per capita*, o programa focaliza a atuação governamental, confrontando-se com um contexto constitucional de política pública de caráter universal, a exemplo da de saúde.

A literatura especializada trata o tema por vários ângulos e com abordagens diversificadas, sendo bastante percorrida nos campos da economia e da ciência política. Alguns autores adotam a perspectiva da análise histórica, onde põe em foco o desenvolvimento do papel de determinado Estado em diferentes períodos na história. Outros elaboram análises comparadas, ao examinarem, paralelamente, o desempenho estatal na proteção social sob o ponto de vista das condições socioeconômicas, políticas e de estágio da atuação no campo das políticas sociais.

Entretanto, é importante explicitar conceitualmente qual a forma de atuação estatal da qual se fala quando se debate as intervenções no sentido de formular e operacionalizar políticas sociais. No Brasil, a referência

contemporânea de políticas sociais são aquelas estabelecidas no artigo 194 da Constituição Federal de 1988 com finalidade de assegurar à população o exercício de direito de cidadania: educação, saúde, trabalho, assistência social, previdência social, justiça, agricultura, saneamento, habitação popular e meio ambiente, sendo, portanto, um conceito bastante amplo e heterogêneo. Por determinação constitucional, as ações que dão factibilidade a essas políticas deveriam ser executadas de forma integrada, com vetor descentralizante, desenvolvidas pelos governos e pela sociedade por meio de programas que proporcionam a garantia de direitos e condições dignas de vida ao cidadão de forma justa e equânime.

A trajetória deste capítulo será orientada por uma perspectiva de análise integrativa da economia e da ciência política, para empreender o percurso histórico do papel do Estado na proteção às vulnerabilidades sociais por meio de políticas específicas. A principal intenção é verificar em que medida a ação estatal se organiza no Brasil para a proteção social e quais os antecedentes internacionais que a referenciaram. A sistematização da literatura permitirá identificar em que campo da política social o BSM se constitui e constrói sua efetividade.

2.1. Políticas públicas de caráter social e a cidadania a partir do Século XX

Para iniciar o debate sobre política social é imperioso delimitar conceitualmente o que se considera política pública. Titmuss (1974) considerou que política pública corresponde aos princípios que orientam a ação do governo com determinada finalidade. Esse conceito denota ação tanto sobre os meios quanto sobre os fins. Isso implica mudanças de circunstâncias, sistemas, práticas e comportamentos. A significância desse conceito revela se o coletivo - sociedade, um grupo, ou uma organização – acredita que pode efetuar mudanças de alguma situação para outra.

Observa-se, a partir desse conceito, que se há crença na mudança de uma situação para outra é porque existe um ou mais problemas que afastam aquela condição de um pressuposto ideal.

Um conceito mais operacional de política pública foi formulado por Easton (1965). Esse autor concebe política pública como um sistema, isto é,

como uma interação entre formulação, resultados e contextos. Essa percepção requer o envolvimento de um fluxo de insumos dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse. Essas relações influenciam os resultados e efeitos das políticas públicas.

Para o entendimento da formulação e da análise das políticas públicas Lindblom (1959; 1979) propõe a incorporação de algumas variáveis, sendo as principais: Relações de poder, integração entre as principais fases do processo decisório, papel da burocracia, tendências das eleições, equilíbrio de forças dos partidos e dos grupos de interesse.

Ao particularizar o escopo das políticas públicas para o campo social, Titmuss (1974) concebeu o seu papel como preventivo da tensão social. Se essas tensões se corrigissem por si mesmo automaticamente, por analogia, poderia-se afirmar que a economia de mercado também se auto regularia.

Essa dedução conduz à concepção de política social como um sistema de proteção orientado pela busca do bem estar da população. Isto é, um sistema de bem estar social como componente de um mecanismo auto regulatório construído dentro de um sistema social mais amplo, uma nação, uma comunidade, etc.

No entanto, Titmuss (1974) alerta que uma política social com essa concepção representa um ou outro caminho necessariamente orientado ou pela beneficência ou pelo bem-estar, voltados exclusivamente para os pobres, para a classe trabalhadora, pensionistas idosos, mulheres, crianças carentes e outras categorias de pobreza social. Para ser considerada redistributiva a política social teria que abranger toda a sociedade.

Para ser redistributiva não deve ser conectada apenas a valores materiais. Pode redistribuir valores tanto materiais quanto não materiais. Nessa concepção, pode ser redistributiva tanto do rico para o pobre como no sentido inverso, de um grupo étnico para outro, de uma vida produtiva para um período de inatividade, dentro de grupos de renda ou de classes sociais.

Ainda no entender do autor, a ação governamental orientada por um política social não implica fidelidade a algum partido político ou ideologia. Os valores embutidos nesse tipo de intervenção devem ser claramente explicitados e

discutidos democraticamente, no sentido de que os objetivos das políticas sociais tenham um significado neutro em termos de valores.

Ao examinar conceitos de políticas públicas disseminados mundialmente Titmuss (1974) identificou três objetivos mais comuns para as políticas sociais:

1 – Visam serem beneficentes ao estarem direcionadas para prover o bem estar dos cidadãos;

2 – Incluem objetivos tanto econômicos como não econômicos; e

3 – Envolvem alguma medida de redistribuição progressiva de recursos dos ricos para os pobres.

Apesar da abrangência da caracterização de Titmuss, Draibe (1993) adverte que não há consenso entre os estudiosos e *policy makers* acerca da definição das áreas de atuação que compõem as políticas sociais. Desse debate, a unidade de opiniões obtida diz respeito aos setores de previdência, assistência social, saúde e educação. No entanto, a ampliação da proteção social com a inclusão de habitação, saneamento ou transportes coletivo suscita questionamentos que se tornam acalorados quando, aos setores primeiramente arrolados, incorpora-se as ações típicas do mundo do trabalho - salários e emprego -, caracterizadas como componentes de políticas econômicas.

A autora limita a contemporaneidade do conceito de políticas sociais ao escopo daquelas referentes à afirmação da seguridade social, de modo positivo e amplo, por meio de mecanismos de reintegração da renda e da atenção à saúde. A reintegração da renda embute tanto característica beneficente, quanto aquela de reinserção no mercado via alternativas de geração de rendas não salariais.

A precisão conceitual de Draibe (1993) supera a concepção estreita de seguro social e aplica-se à realidade brasileira ao integrar as questões relacionadas à inclusão no mercado e à questão social relativa à pobreza. Refere-se a ações positivas de transferência e de geração de renda. Com relação ao acesso aos serviços de saúde, ao mencionar a superação da condicionalidade imposta pelo seguro social, releva o papel da cobertura universal.

Ao examinar essa questão, Boschetti (2003) afirma haver certa confusão de conceitos que caracterizam a atuação social, o que muitas vezes

reduz a importância sistêmica das políticas segmentadas do gênero relacionadas à atenção social estatal. Várias terminologias são empregadas para designar essa atuação sem uma especificação suficientemente clara dos elementos que distinguem cada denominação.

A indagação da autora com relação à abrangência desses conceitos tem como referência ao que no Brasil denomina-se seguridade social. Nessa concepção, corresponderia a uma forma mais ampla da atuação governamental na área social. A questão central colocada pela autora concentra-se na possibilidade de se confundir seguridade social com seguro social, ou com outras designações de política social como *welfare state*, Estado de Bem estar Social ou Estado Providência.

Na literatura brasileira a autora constata haver certa indistinção entre essas denominações. A problematização entre os sentidos específicos não entra no debate nacional. Embora se distingam elementos próprios de cada um deles, além de particularidades das nações que adotam um desses formatos para caracterizar a sua atuação na proteção social, no sentido que explicita a abrangência dos papéis dos diversos setores afins.

Com finalidade de pontuar as distinções identificadas na revisão da literatura realizada por Boschetti (2003), importante para o entendimento da evolução do envolvimento do Estado com as questões de vulnerabilidade social, foi esboçado um pequeno glossário com as principais terminologias empregadas na literatura para delimitar o campo da atuação das políticas sociais. A constatação mais geral da autora é que esses são termos apropriados por cada nação, de acordo com a sua historicidade, para identificar a forma de intervenção pública na área social e econômica. Devido à expansão mundial dessa forma de atuação, esses termos foram difundidos ou traduzidos sem a devida explicitação do seu escopo. Em síntese, na literatura internacional, as principais formas de atuação estatais são assim organizadas:

1 - *Welfare State* ou Estado do Bem Estar Social: termo surgido no Reino Unido, na era vitoriana, para designar um conjunto de políticas, de orientação keynesiana e beveridgiana que se tornou mais difundido e consolidado a partir da década de 1940. Representa uma configuração específica de políticas sociais destinadas a modificar as condições do mercado e para proteger as

populações dos efeitos econômicos e sociais provocados por ele sobre populações mais vulneráveis. Com essa finalidade, a atuação estatal na área social foi bastante ampliada e generalizada após a Segunda Guerra Mundial. A sua constituição básica repousa em políticas universais de saúde, educação e de assistência social.

2 - *Etat Providence* ou Estado Providência: formato utilizado na França, a partir de referências históricas próprias que remetem ao Século XIX, com influências do pensamento liberal. Assemelha-se ao conceito inglês ao assumir que o Estado tem responsabilidade na regulação do mercado com finalidade de proteger a população de situações de riscos pessoais e sociais. Surgiu como um sistema estatal de proteção aos trabalhadores contra acidentes de trabalho e outras vulnerabilidades profissionais. Após a Segunda Guerra Mundial incorporou a dimensão seguridade social, articulando uma composição de seguros com assistência social. Evoluiu na década de 1970 para um sistema em que essa articulação dá lugar a um amálgama dessas dimensões. Atualmente abrange três áreas: saúde, previdência e assistência social. Tem forma de financiamento em um misto de seguros contributivos, gerando benefícios proporcionais na primeira e segunda área de atuação, com caráter misto na terceira. Esses segmentos são operacionalizados da seguinte forma: Saúde, por meio de seguro saúde com forte participação dos beneficiários e ações sanitárias e sociais gerais; previdência abrangendo aposentadorias, pensões e salários maternidade; e assistência à família por meio de prestações financeiras de apoio familiar.

3 - Seguridade Social: Atuação social do Estado que corresponde à consolidação de segmentos dos dois conceitos anteriores. Define uma abrangência de atuação mais restrita que esses, o que o categoriza como definidor da natureza da atuação social do Estado. Também não se confunde com um sistema restrito de seguros sociais por ter uma abrangência maior em termos de elementos constituintes, quais sejam os seguros, assistência médica e auxílios assistenciais. Esses segmentos elementares definem sua configuração e extensão. No entanto, um ponto essencial para a sua caracterização precisa é a ausência de fragmentação, o que determina a unidade de ação da seguridade social. Seus elementos definidores abrangem suas propriedades internas, caráter

dos direitos, forma de organização e de financiamento (Broschetti, 2003). Apesar das distorções verificadas após a promulgação da CF 1988, esse conceito é o que melhor enquadra-se na determinação constitucional para a estruturação das políticas sociais no Brasil.

Observa-se, ao concordar com Draibe (1993), que esses conceitos mostram-se “fortemente impregnados de conteúdos socialmente positivos”. A diversidade de realidades sociais, no entanto, os potencializam ou os fragilizam na condição de dar conta de realidades marcadas por diferentes graus de miséria, pobreza e exclusão social, em contraposição com as gradações de disposições estatais para a geração de fundos para a sustentação financeira da efetividade das ações que operacionalizam as políticas sociais propostas.

Definida a diversidade de conceitos que distingue a ação estatal na área social, Draibe (2008) aponta controvérsias nas contribuições dos autores com relação ao tema na América Latina. Na literatura científica, a autora identifica mapeamentos e definições bastante erráticos para a gênese e os rumos tomados pelos sistemas de políticas sociais nesses continentes. Essa constatação dificulta o delineamento de um perfil para as características e estágio atual desses sistemas.

No Brasil a atuação do Estado na área social é representada pela reorganização de um conjunto de políticas já existentes, a partir das determinações constitucionais de 1988.

Nessa ótica, Draibe (2008) elege o pensamento keynesiano como o mais preciso para definir as interações entre as políticas econômicas e as sociais como objeto de regulação do Estado. No capitalismo pós-guerra, delinear a inserção da proteção social na atuação do Estado como mediador entre a expansão do mercado e as condições de vida da população foi um pensamento que vinha sendo gestado por Keynes desde a década de 1930 e que, na década de 1940, foi tomado como destacada referência para as políticas de Estado. Parte de um consenso político de classes sociais e de partidos, em torno da recuperação econômica da situação provocada pela crise mundial de 1928, agravada pela Segunda Guerra Mundial. Na concepção keynesiana, a intervenção estatal teria como finalidade alcançar o pleno emprego, o que

significaria a maximização da atividade econômica e do nível de emprego dos fatores de produção, principalmente do trabalho.

Ao longo dos ciclos econômicos, em períodos com tendências recessivas, a intervenção do governo, por meio da elevação do gasto público, se deu, mais especificamente, com o incremento de investimentos em obras públicas. Os efeitos foram observados na dinamização da economia, o que amenizou, até o final dos anos 1970, o impacto cíclico das crises sobre o mundo do trabalho, além de elevar os níveis de consumo. Nesse sentido, a ação seria potencializada pela complementariedade de uma política de juros com taxas reduzidas (Fiori, 1992).

A partir da década de 1980, Fiori (1992) identifica causas como inovações tecnológicas e financeiras abrangentes, a desaceleração do crescimento econômico e a crise fiscal do Estado do Bem-estar Social como responsáveis pela ineficácia das políticas com corte keynesiano, como instrumento de retomada do crescimento. Foi o encerramento da era de destaque da inspiração dos princípios keynesianos, com finalidades de recuperação social.

2.2. Gênese e progressão do envolvimento do Estado com a questão social

Apesar da referência de Draibe (2008) ao pensamento keynesiano como a formulação mais qualificada para explicar a aproximação entre as políticas econômicas e sociais, observa-se, nesse autor, uma certa relação de causa e efeito entre um e outro objeto dessas políticas: o mercado e a questão social. A questão social aqui é tratada, conforme Fleury (2007), como o reconhecimento de novos problemas que adentram na agenda política a partir de demandas geradas de necessidades da população. É politizada por novos atores, com representatividade populacional, e se constrói por meio de formulação de projetos e estratégias. Ao ser politizada, questiona e ameaça à organização social vigente, à autoridade política e ao projeto econômico.

Ao interiorizar essa relação no seio da formação da economia de mercado, Polanyi (2000) formulou em 1944 uma potente aproximação histórica e sociológica que embute a inerência das causas sociais na formação da política econômica, isto é, identifica a responsabilidade do Estado com o tecido social fragilizado tomado como elemento implicado com o comportamento do mercado.

O autor desenvolveu um admirável conjunto de teses originadas de um criterioso exame da gênese e da expansão do que chamou “economia de mercado” surgida com o advento do capitalismo. Nas observações sobre o desenvolvimento das economias e sociedades de mercado e sobre seus momentos de ruptura, identificou a existência de um "duplo movimento" na história do capitalismo, resultado da ação permanente e contraditória de dois princípios organizadores das economias e sociedades de mercado, cada um deles apontando para métodos e objetivos específicos. O primeiro deles seria o "princípio do liberalismo" econômico, que propõe, desde as origens do sistema, a universalização dos mercados autorregulados, através da defesa permanente do livre comércio. Já o segundo seria o princípio da "auto proteção social", uma reação defensiva que se articula historicamente "não em torno de interesses de classes particulares, mas em torno da defesa das substancias sociais ameaçadas pelos mercados" (Polanyi, 2000. P. 72).

A abrangência temporal dessa análise cobre desde a segunda metade do século XIX, até o momento de sua ruptura, com a dissolução do padrão ouro, na década de 1930, e a conseqüente derrocada deste sistema econômico com base no mercado auto regulável. Para o autor, as investidas no sentido da hegemonia do que chamou “sociedade de mercado” ocasionaram, também, a geração de mecanismos de defesa das sociedades, frente às ameaças de ruptibilidade da estrutura social, advindas da formação do mercado. Elementos institucionais caros às sociedades até então existentes, como o trabalho, a terra - incluindo o ambiente natural - e o dinheiro passaram a ser categorizados como mercadorias transacionáveis.

O avanço desse sistema econômico acarretou ameaças de rupturas violentas ao corpo social, o que, por seu lado, provocou a mobilização de grupos e classes sociais, num movimento de defesa das sociedades por meio de mecanismos protecionistas, frente a tais ameaças. Tais mecanismos manifestaram-se através da geração de leis, como a Speenhamland, criada para a defesa do trabalho, ou ainda pela criação de determinadas instituições específicas, como foi o caso do Banco Central, instituído para defender a moeda.

Nos primórdios da Revolução Industrial, a interação entre o estabelecimento da indústria têxtil e o cercamento dos campos ingleses,

intensificando as migrações do campo para a cidade, provocou a necessidade de iniciativas da coroa britânica no sentido de conter o ritmo da mudança em curso, tornando-o socialmente suportável e impedindo que estas preservassem determinadas condições “humanas, econômicas e morais” (Polanyi, 2000. P. 56). O poder do governo central britânico foi utilizado com finalidade socorrer as vítimas das transformações econômicas em curso de forma a amenizar os efeitos sobre as populações mais vulneráveis.

Da análise do autor, contextualizada em fatos historicamente situados, pode-se concluir que a transformação do ser humano em fator de produção, conseqüente da introdução da economia de mercado, provocou danos sociais em dimensões que induziram o Estado a atuar na amenização de efeitos que, conseqüentemente suscitariam uma situação de tensão social.

Nessa abordagem é evidente que a gênese da participação estatal na emergência da pobreza, como questão social, não se revela no sentido do reconhecimento das garantias de cidadania. A fragilidade dessa atuação, calcada na emergência da sustentação econômica do mercado, não ultrapassa a barreira da expansão da pobreza nem proporciona a redução entre as diferenças de classes sociais.

O sentido da participação do Estado nas questões relativas às vulnerabilidades sociais como uma prerrogativa de cidadania, foi investigado por Marshall (1950), ao partir da premissa de que a evolução dos direitos humanos, de acordo com elementos encadeados, estabelecida com o reconhecimento dos direitos civis. Esses direitos manifestam-se nas liberdades de expressão, pensamento, mobilidade, propriedade, fé, como também no direito à justiça, com a possibilidade de defesa e, inclusive, na garantia de reivindicação de todos os outros direitos.

O elemento sequencial configura o direito político. Esse se refere ao exercício da participação política, tanto em posição de membro do poder constituído, como na de eleitor desses membros. No Século XIX, o florescimento dos direitos políticos fortaleceu o direito civil por meio do estabelecimento de dispositivos legais como instrumentos para garanti-los.

O Estado passa a operar no sentido de proporcionar o mínimo de bem-estar e segurança para compartilhar, ao máximo, a herança social que

permite ao cidadão uma vida civilizada, de acordo com padrões prevalentes na sociedade. Na concepção do autor, as instituições mais conectadas com esse elemento são as educacionais e de serviços sociais.

Por um breve período da história a *Poor Law*, editada na Inglaterra em 1601, apresentou uma grande concentração de direitos sociais com referências de cidadania. Posteriormente foi se distanciando de suas intenções iniciais. O ato de 1834 que modificou a *Poor Law* levou-a a se desvirtuar de suas funções iniciais com finalidade de interferir no sistema de salários, chegando a ir de encontro às forças do mercado (POLANYI, 2000; MARSHALL, 1950;).

A partir de então ofereceu alívio apenas àqueles que, com a idade avançada ou por motivo de doença, eram incapazes de obter seu sustento, como também para aqueles sem aptidões para a inserção no sistema de salários, atendidos a título de misericórdia. Dessa forma, a intenção inicial de implantar um conceito de seguridade social foi revertida. Mais que isso, o mínimo de direitos sociais que permaneceram foram completamente afastados da condição de cidadania.

Marshall (1950) chama a atenção que, na história, a *Poor Law* não foi um exemplo isolado do distanciamento entre os direitos sociais e as prerrogativas de cidadania. Os Atos das Fábricas, anteriormente aplicados também na Inglaterra, mostram a mesma tendência. A proteção desse mecanismo foi dirigido ao ser humano como fator de produção, no auge da Revolução Industrial, representando um tipo de ação focalizada na população adulta do sexo masculino. Mulheres e crianças, como não eram consideradas cidadãs, não constituíram clientela alvo dessa legislação.

O conceito de cidadania, na visão do autor, opera como condição para a cobertura das políticas sociais como um status daqueles que são membros de uma comunidade. Isto é, são prerrogativas universais. Todos os que possuem o status são iguais como beneficiários potenciais dos direitos que compõem esse status e são responsabilizados pelos respectivos deveres.

No entanto, não existem parâmetros globais para direitos e deveres. As sociedades que compõem as comunidades em que cidadania é uma instituição desenvolvida têm parâmetros próprios.

Esse conceito de cidadania tem complexa inserção na estrutura capitalista. A gênese do capitalismo já embute um padrão de iniquidade. São bem evidentes, durante a sua evolução, no decorrer do Século XX, as bases antagônicas entre capitalismo e cidadania. A pobreza como elemento integrante do capitalismo, passa a ser um ingrediente indispensável da sociedade sem o qual nações e comunidades não se constituiriam em um estado de civilização.

O capitalismo, em seus princípios de manutenção e expansão, na concepção de Marshall (1950), considera a riqueza como prova de mérito e a pobreza como evidência de fraqueza. A iniquidade inerente ao sistema faz com que a penalidade para a fraqueza seja desproporcional ao que possa aparentar os crimes praticados pelo indivíduo com debilidades de reprodução do capital. As circunstâncias decorrentes, em forma de graves questões de equidade, seria “o problema” a ser considerado pelas políticas sociais e a busca da sua redução, o objetivo maior dessas políticas.

O despertar da consciência social, a partir do florescimento dos direitos civil e político, evidenciou um objetivo a ser perseguido no sentido da redução das diferenças entre as classes até um ponto compatível com a eficiência continuada da máquina social. Na visão desse autor, esse movimento não representa um ataque ao sistema de classes. Ao contrário, a redução da iniquidade faz o sistema de classes menos vulnerável aos atritos entre elas.

Apenas no final do Século XIX a equidade evoluiu como um princípio de justiça social, a partir do reconhecimento formal de que a igualdade de direitos proporcionada pelos direitos civil e político não foi suficiente. Essa constatação foi o caminho que levou diretamente às reivindicações por políticas igualitárias que se expandiram no Século XX. Esse movimento, estimulado pelo fortalecimento social da população, obtido a partir dos poderes políticos que se constituíram no fim do Século XIX, levou ao reconhecimento de seus direitos por meio de barganhas coletivas, isso significou que o progresso social foi obtido pelo reforço dos direitos civis e não da criação de direitos sociais propriamente ditos.

No entanto, Marshall (1950) pondera que o direito civil é essencialmente individualista o que o harmoniza com as características individualísticas do capitalismo e com as sociedades de classes. De fato, o fator

mais importante na redução do distanciamento entre as classes foi a valorização do fator trabalho com pouca qualificação, praticado pela indústria. A aproximação dos níveis de rendas entre as classes mais próximas, formadas pelos trabalhadores não qualificados, juntamente com aqueles qualificados, reduziu a distância econômica entre as classes. O que se percebe é a diminuição da desigualdade como consequência de fatores econômicos. Mesmo assim, tornaram-se aspirações que, em parte, foram cumpridas pela incorporação dos direitos sociais, como condição de cidadania, com a limitação de que o benefício foi dado apenas para os mais necessitados, e, assim, as desigualdades foram eliminadas apenas na parte inferior da escala de classes.

Nesse ponto da análise, Marshall (1950) trata do conceito de equalização como uma forma de adequação dos direitos adquiridos aos limites de sua expansão suportados pela estrutura econômica. O grau de equalização adquirido pelos modernos sistemas de proteção social depende das seguintes condições:

1 – Universalidade ou focalização? Os benefícios são oferecidos para todos ou para determinadas classes;

2 – Da forma de concessão do benefício: Pagamento em dinheiro ou no formato de serviços prestados;

3 – Dos valores que limitam o benefício. A condição determinante do mínimo pode ser considerada alta ou baixa; e

4 – Da origem dos recursos. A questão aqui é se existe confiabilidade nas fontes de financiamento.

Com relação ao primeiro condicionante, considera que a extensão dos serviços sociais não é, em princípio, um meio de equalização de renda, isso pode tanto ocorrer como não. O que resulta de fato é um enriquecimento geral da substância concreta da vida civilizada, uma redução geral do risco e da insegurança, uma equiparação entre os mais e os menos afortunados em todos os níveis: Entre o saudável e o doente, os empregados e os desempregados, o ativo e o inativo produtivamente e o solteiro e o pai de uma grande família. A equalização é muito mais pronunciada entre os indivíduos de determinada classe do que entre as classes. Compreende-se que a equalização nivela a população dentro de uma classe e proporciona uma discreta aproximação de classes, uma

vez que a equalização de *status* gerada é socialmente mais importante que a equalização de renda.

O que se percebe desse pensamento é que os direitos sociais, em sua acepção moderna, implicam: Subversão das estruturas cristalizadas devido à invasão do *status*; fragilização das determinações do mercado pela ação da justiça social; e substituição das barganhas individuais e coletivas pela declaração de direitos globais. Para o autor esse movimento só se concretiza por meio do reconhecimento da cidadania.

Nesse percurso histórico que fundamenta a participação do Estado na provisão das necessidades sociais dos seus cidadãos, percebe-se que a intervenção estatal pode se concretizar na forma como Esping-Andersen (1991) identifica os níveis de envolvimento público na estruturação das políticas sociais. A presença estatal se materializa na convergência para um papel de intermediação com o mercado.

A base de argumentação que fundamenta o protagonismo estatal tem como centro as necessidades dos trabalhadores em termos de recursos sociais, de saúde e de educação que possibilitem uma participação efetiva como cidadãos e que as políticas sociais além de emancipadoras, também sejam consideradas pré-condição da eficiência econômica.

A forma como o Estado se organizou para estruturar o conjunto de políticas sociais que tomou corpo no pós guerra, na segunda metade dos anos 1940, convencionou-se denominar a estratégia do *welfare state*. No modelo social-democrata, Esping-Andersen identifica o *welfare state* também como resultado na mobilização de poder. Ao erradicar a pobreza, o desemprego e a dependência exclusiva e completa do salário, o *welfare state* aumenta a capacidade política e reduz as divisões sociais que são as barreiras para a unidade política dos trabalhadores.

Na concepção de Esping-Andersen (1991), nos países de capitalismo avançado, o *welfare state* evoluiu a partir de duas abordagens:

A primeira enfatiza as estruturas globais. Constitui-se em uma abordagem economicista que busca apreender a lógica do desenvolvimento. Procura a identificação da tipificação das formas de *welfare state* com a similaridade entre as formas de produção das nações. O seu objeto de atenção é

o desenvolvimento industrial em um sistema capitalista, sobrepondo essas características às variações culturais ou diferenças nas relações de poder. A industrialização torna a política social tão necessária quanto possível. O *welfare state* emerge a medida que a economia industrial moderna destrói as instituições sociais tradicionais. Nesse aspecto é nítida a convergência de ideias com Polanyi (2000).

No entanto, Esping-Andersen (1991) retruca que essa tese é de difícil explicação quando se observa que a política social governamental só emergiu de 50 a 100 anos depois que as comunidades tradicionais foram efetivamente destruídas. O autor recorre à explicação de Marshall (1950) para classificar como as afirmativas mais próximas para o surgimento do *welfare state*. Segundo eles, o florescer da estruturação da atuação social do Estado, com essa forma de participação estratégica, depende do nível em que a acumulação da estrutura capitalista gera excedentes que permitam o desvio de recursos do investimento em fator de produção, em favor das políticas sociais.

O estruturalismo marxista chega a uma conclusão similar, segundo observa o autor. O *welfare state* é produto inevitável da lógica capitalista, cuja acumulação cria contradições que forçam a reforma social, prescindindo de agentes políticos, sejam sindicatos, partidos socialistas, humanistas ou reformadores esclarecidos.

A segunda abordagem concebida por Esping-Andersen enfatiza o papel das instituições e dos atores – uma visão institucional -, trata dos efeitos das instituições democráticas sobre o desenvolvimento do *welfare state*. Aponta o temor que o avanço das democracias plenas causaria sobre os mercados, dada sua proximidade com o socialismo.

Enfatiza a tese de Polanyi (2000) que destaca o distanciamento entre a economia e a política. Sustenta que o esforço de isolar a economia das instituições sociais destrói a formação do tecido social. Polanyi vê a política social como força reintegradora da economia social.

Com base em argumentações de Katzenstein (1985) e Cameron (1978), que mais recentemente afirmaram que o *welfare state* surge mais prontamente em economias pequenas e abertas, vulneráveis aos mercados internacionais, tendo como premissa que existe maior viabilidade de acordos de

interesses sociais entre classes quando as economias (governos e trabalhadores) estão mais vulneráveis ao descontrolo externo das forças económicas.

Com relação à institucionalidade do *welfare state*, colocada por Marshall (1950), como sendo própria da democracia, identifica os estágios da evolução do seu processo com a extensão da cidadania plena, o que inclui os direitos sociais. Para Esping-Andersen (1991) esse debate, que se exime de classe ou agente social, é institucional à medida que identifica a sua representatividade na maioria favorável à distribuição social para compensar a fraqueza ou os riscos do mercado. A hipótese do autor é que a democracia é uma instituição que não pode resistir às demandas da maioria.

Ao identificar outra corrente mais recente sobre o surgimento do *welfare state*, o autor afirma que quanto mais consolidada a democracia mais acirrada é a disputa partidária por eleitores. Esse movimento leva à elevação e a progressividade das despesas sociais. Hipótese comprovada ao examinar as despesas com políticas sociais em vários países, observou ocorrer maior concentração de intervenções públicas em períodos de eleições, como meio de mobilização do eleitorado.

Ao refutar a afirmativa de que quanto mais se ampliam os direitos democráticos, maior a probabilidade de avanço do *welfare state*, problematiza que antes da democracia já se registravam iniciativas de *welfare state* e que foram poderosamente motivadas pelo desejo de impedimento dessa forma de governo. Na França, sob o absolutismo de Napoleão III, na Alemanha sob Bismarck e na Áustria sob Von Taaffe o *welfare state* foi implantado com mais agilidade que em países onde a democracia consolidou-se com rapidez como Estados Unidos, Austrália e Suíça.

A partir de uma revisão da literatura, Esping-Andersen (1991) traçou um panorama evolutivo bastante consistente a respeito do *welfare state* e contrapôs o conceito já firmado ao ampliar seu escopo. Tradicionalmente, como instituição, o *welfare state* envolveria responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos, segundo defende a definição corrente.

Na concepção do autor esse conceito é limitado e genérico, conforme pondera ao fazer as seguintes indagações: O que seria básico? As necessidades humanas não estariam além das básicas ou mínimas?

O conceito mais abrangente proposto surge dos estudos comparativos das diversas características do *Welfare state*. A partir da consolidação das características identificadas traçou um perfil conceitual do moderno *Welfare state*.

Para sistematizar essas comparações, levou em consideração dois referenciais. O primeiro supunha que o nível de despesas sociais seria o parâmetro de adequação da estrutura do *Welfare state*. No segundo foram privilegiadas as características comparativistas, com finalidade de obter um perfil a partir do pareamento das propriedades de cada um. O parâmetro considerado para o potencial de implementação das nações adotou como referencial a força dos partidos de esquerda, como também o poder de mobilização da classe trabalhadora.

Outra fonte para conceituação do *welfare state* considerada por Esping-Andersen (1991) pontua que esse tipo de abordagem deve começar pela estrutura do Estado, para analisar os critérios que identificam o *welfare state*, levando em consideração as transformações históricas das atividades do Estado. Pondera que para se considerar um *welfare state* genuíno, o Estado tem suas atividades predominantemente voltadas para as necessidades de bem-estar das famílias. Até a década de 1970, nenhum Estado poderia ser classificado como *welfare state* genuíno por estarem voltados para rotinas referentes à defesa, à lei, à ordem e à administração pública.

Outra abordagem conceitual identificada pelo autor é considerada meramente qualitativa e se refere à clássica classificação de Titmuss (1974). Esse autor ultrapassa a esfera do financiamento para analisar os conteúdos do *welfare state*, importantes para efeitos de classificação. Discute a extensão dos programas - universalizados ou focalizados -, as condições de elegibilidade, os tipos de benefícios e serviços e em que medida o nível de emprego e a vida profissional fazem parte da ampliação do direito dos cidadãos.

A classificação de Titmuss (1974) gerou três modelos que são contrastantes entre si em termos das funções a que se destinam:

O primeiro é o modelo de *welfare state* residual. Baseia-se na premissa de que existem dois canais naturais através dos quais uma necessidade individual é devidamente atendida: o mercado e a família. Quando um desses se

desarticula, podem as instituições de bem-estar entrar logo em seguida em ação, a título de socorro, apenas em caráter focalizado e temporário. Essa sistemática teve funcionamento na primeira fase da *Poor Law*. Tomou como referências as bases teóricas da sociologia e da economia.

O segundo modelo tem como base o desempenho da indústria. É o denominado modelo meritocrático. Nessa visão de política social, o papel das instituições seria complementar ao da economia de mercado. Compreende que as necessidades sociais poderiam ser reconhecidas com base no mérito, no resultado do trabalho e na produtividade. Referenciado a teorias de incentivos, esforços e recompensas. Tem como principais referências teóricas a economia e a psicologia.

Já o terceiro modelo é identificado como institucional de política social redistributiva. Divisa o bem-estar social como uma instituição maior, integrada à sociedade, provendo serviços universais independentes do mercado, em princípio por necessidade. É em parte baseado nas teorias de múltiplos efeitos da mudança social e do sistema econômico, e, em parte, nos princípios da equidade social. Ele é basicamente um modelo que incorpora sistemas de redistribuição de excedentes de recursos através do tempo.

O próprio autor considera suas aproximações muito amplas, originadas de ideias comportamentais e de teorias de economistas, filósofos, cientistas políticos e sociólogos. Identifica variâncias entre esses segmentos das quais poderiam ser desenvolvidos tipos mais sofisticados. No entanto, pondera que essa convergência conceitual sirva para indicar a principal diferença entre as extremidades do espectro de valores no conjunto de visões concebidas sobre os meios e os fins da política social.

A concretização das intenções embutidas nos três modelos conceituais de Titmuss (1974) é expressa na ação do Estado, na forma de regulação, efetivada por intervenções que transformem as relações entre o Estado e a economia e o Estado e a sociedade, em cada estágio do desenvolvimento econômico. A manifestação estatal se dá de forma sistêmica, na organização e produção de bens públicos e serviços coletivos, transferências sociais, geração de oportunidades e acessos, e na regulação de bens e serviços sociais privados. As transformações resultantes tomam corpo na emergência de

políticas públicas voltadas para as áreas de educação, saúde, previdência social, integração e substituição de renda. (Draibe,1993).

A principal representatividade dos três modelos com interesse para o objeto de estudo, refere-se a explicitação dos diferentes critérios das escolhas que o Estado faz para interagir com a questão da vulnerabilidade e da exclusão social. Levanta questionamentos sobre a abrangência, disponibilidade de recursos e momento oportuno de intervenção que referenciam a adoção de políticas sociais com fins análogos.

2.3. A atual concepção da questão social relacionada à precarização da renda do trabalho

Nesse percurso conceitual, Castel (2000) sinaliza com necessidades geradas de conjunturas atuais que destacam a fragilidade das condições sociais a partir da vulnerabilidade da inserção no mercado de trabalho e a precarização do rendimento do fator trabalho no cenário econômico contemporâneo. Diante da fragilização dos sistemas de proteção social, evidenciada nas décadas de 1980 e 1990, cada vez mais inaptos para enfrentarem a nova condição de pauperização da população, devido ao desemprego em massa e a instabilidade das relações de trabalho, o Estado debate formas de substituir os até então usuais sistemas de proteção social por novas modalidades capazes de dar cobertura à extensão das consequências do esgarçamento do modelo salarial de remuneração do fator trabalho.

Essa nova perspectiva de exclusão social eclode no momento da ruptura do pacto social baseado na solidariedade e no recuo dos direitos sociais diante do avanço da hegemonia do ideário liberal.

O ciclo se fecha com a fragilização dos sistemas de financiamento de políticas sociais, com a fragilidade das estruturas de coleta de fundos causada pelo desemprego estrutural e pela informalização das relações de trabalho.

Ao analisar a fragilização ou recuo do Estado no papel de organizador e ente financeiramente partícipe das formas de atenção à população em situação de vulnerabilidade social, Esping-Andersen (1997) detecta falhas estruturais nas posições assumidas pelo Estado ao exercer esse papel. Nos *Welfare states* bem fundamentados, em países com elevados índices de

desenvolvimento, falhas de mercado afetaram, de modo negativo, as relações comerciais do fator trabalho. Essas falhas foram percebidas após o desaquecimento da produção industrial. O *gap* entre demanda e oferta de mão de obra, na nova dimensão do mundo do trabalho, ocasionou, para o autor, uma sobrecarga para os sistemas de bem-estar social.

A afirmação de Esping-Andersen (1997) de que os sistemas de bem-estar social foram formatados para suprir falhas do mercado de produção industrial de massa, com relação à utilização do fator trabalho, tem respaldo na metamorfose das relações de produção geradas pelo esgotamento do modelo econômico fundamentado na atuação do setor secundário e pela expansão e volatilidade do mercado em escala global.

A realidade econômica introduzida pelo processo de globalização, extinção de fronteiras da economia, avanço do lastramento do lucro baseado no mercado financeiro e radicalização do uso da tecnologia em processos de produção, são características marcantes das sociedades pós-industriais que marcam uma nova realidade para o mundo do trabalho. Esses fatores delineiam a perspectiva contemporânea de exclusão social formulada por Castel (2000) e construída a partir da análise da participação do Estado francês, em uma conjuntura localizada.

Draibe (2003) amplia o cenário francês mapeado por Castel (2000) para uma perspectiva mundial, ao evocar as transformações do capitalismo nas duas últimas décadas como fator de contenção da atuação estatal na proteção social. Para a autora, o desemprego estrutural perene, o agravamento da distribuição de renda e a diversificação da pobreza, em contraposição à redução das capacidades fiscais, constituem-se em fortes elementos da desproporcionalidade da ação do governo no campo social, analisada em um percurso histórico.

Porém, é importante destacar que Pierson (1995, 2000), ao investigar o fenômeno, localizou fatores que fundamentam a sua argumentação de que não se identifica desmonte do Estado de Bem-estar Social como mecanismo do Estado para a proteção social. Houve sim acomodações a situações de ajustes macroeconômicos específicos, determinados pela necessidade de adequação de economias nacionais a uma superestrutura

globalizada que se intensificou na década de 1990. Para o autor a consolidação desses sistemas em países com capitalismo avançado e o peso político que marca esses sistemas em termos de ganhos eleitorais, serviram como sólidos fatores de defesa da sua permanência e respaldaram as evoluções verificadas em processos de proteção social em economias menos desenvolvidas, a exemplo do Brasil.

Em um horizonte que divisa a questão social como fragilidade de meios de subsistência, relacionada à precarização salarial gerada dos fatores acima citados, Castel (2000) questiona as formas tradicionais de intervenção estatal por meio da assistência reparadora e argumenta em favor da ação governamental preventiva no estabelecimento de novas formas de relações entre o Estado e a economia e o estado e a sociedade.

Como alternativa para esse cenário traçado para a exclusão social, Castel (2000) já havia proposto a consolidação de um novo pacto visando o resgate da solidariedade, reinterpretação do mundo do trabalho e dos direitos decorrentes da valoração do fator trabalho na nova conjuntura de precarização dos vínculos de emprego e a reafirmação dos direitos decorrentes da cidadania. Com essa finalidade, aponta que o Estado deve assumir papel central ao assegurar os termos de renovação do contrato social historicamente vigente e se responsabilizar, diante de seus cidadãos, pela manutenção da inclusão dos indivíduos em um padrão social medianamente satisfatório.

No debate atual sobre a questão social, referida à exclusão por inaptidão de aquisição de meios de subsistência, insuflado por Castel, ganha ênfase a abordagem da pobreza e da desigualdade como efeito da privação de capacidades. Essa tese foi desenvolvida por Sen (2001) a partir de referenciais de equidade, justiça social com ênfase na conotação legal, implicações políticas e pertinência social. Considera esses requisitos como próprios da sustentabilidade das políticas públicas de cunho social. O autor se apropria desses elementos para fundamentar suas ideias com a abrangência requerida pelas propostas que formulou.

Nesses termos, para argumentar a origem da desigualdade e da exclusão social, problematiza que a questão do acesso a alimentos, por alguns grupos populacionais, é função de uma série de fatores econômicos e legais.

Entende que a disponibilidade de um bem, em determinado espaço ou território, não garante que certos grupos de indivíduos tenham capacidades de adquiri-lo por meio de mecanismos como: Recursos gerados da produção própria ou da renda do trabalho, dos sistemas de preços, da geração de empregos e da formação de reservas públicas. Nesse contexto, Sen defende que não é a escassez de bens que gera a miséria e a fome, mas a incapacidade de determinados grupos populacionais em acessá-los. Essa perspectiva coloca em debate o entendimento da pobreza a partir de causas e natureza primárias que determinam as desigualdades. A relevância da análise a partir das capacidades revela-se, ao situar a privação em um nível mais fundamental, muito próximo das demandas por justiça social.

A agenda sugerida por Sen (2001) introduz a atuação governamental em um leque bastante amplo e complexo. A abrangência desses elementos fundamentais vai desde a promoção dos funcionamentos que se constituem no fornecimento de condições nutricionais, prevenção de doenças evitáveis e de mortes prematuras, até em mais sofisticados como noção de respeito próprio e de espírito de vida em comunidade. A seleção dos funcionamentos e a valoração das escolhas influenciam a avaliação da capacidade de acesso aos bens públicos.

Ao criar o conceito de capacidade, o autor delinea um parâmetro diferenciado do usualmente utilizado para apreciação do bem-estar. Essa concepção desloca a valoração do bem-estar relacionada à opulência econômica, dimensionada por parâmetros de renda e consumo. Muda o foco de bens e recursos para o acesso aos funcionamentos como meio de promover o bem-estar humano e torna possível a geração de alternativas de escolhas pessoais em meio a um conjunto de possibilidades que conceituou como um “conjunto capacitário” (Sen, 2001. P. 226), que corresponde à liberdade concedida aos indivíduos para gerar condições de buscar seu bem-estar.

Considera que a mudança de orientação de uma concepção de bem-estar centrada na renda, para outra, ajustada à capacidade, possibilita um entendimento mais claro da forma de enfrentamento da pobreza e, por extensão, possibilita maior objetividade para as escolhas e prioridades governamentais para combatê-la.

2.4. Contribuições recentes para a racionalização da participação do Estado no equacionamento da pobreza e do acesso aos bens públicos⁴

Importante contribuição para a expansão do entendimento da questão social referida à pobreza e da atuação estatal em políticas sociais em países com tradição de proteção já estabelecida foi desenvolvida por Barr (1987). A reflexão do autor diz respeito à atualidade mundial da prestação social focalizada na escassez de meios de subsistência. Ao destacar dois aspectos particulares que monopolizam a agenda contemporânea da questão social, desloca o olhar da esfera analítica qualitativa e introduz variáveis conjunturais, passíveis de formatação de modelagens econométricas, que permitam quantificá-las e projetá-las no tempo e em espaços diversificados.

O autor distingue duas categorias que fornecem detalhes qualitativos e quantitativos internos à agenda:

1 - A ideológica, caracterizada pela forma e extensão da ação estatal, orientada por referenciais antagônicos, liberais ou marxistas; e

2 - A da eficiência econômica no emprego de recursos públicos em políticas sociais.

O cerne atual da discussão, segundo o autor, deveria estar dirigido para o *trade-off* entre eficiência econômica e justiça social. Sendo que essa justiça seria obtida do equilíbrio dos diferentes pesos, relativos entre os aspectos ideológicos, nomeados na primeira categoria. Ressalta, porém, que um ganho de eficiência que não fragiliza a justiça social, é um inequívoco ganho social, sob o ponto de vista de qualquer referencial ideológico.

Na sua visão, a escolha dos objetivos é crucial para a obtenção da eficiência econômica. No entanto, considera fundamental a distinção entre objetivos e métodos e a identificação da sua ordem de disposição. Definidos os objetivos, recomenda a seleção dos métodos para atingi-los, incluindo intervenções não estatais, intervenções na forma de transferências de valores, ou

⁴ Bens públicos, segundo Rondinelle (1989), são aqueles consumidos em conjunto e de forma simultânea por muitas pessoas e dos quais é impossível distinguir os que não pagam pelo seu valor, uma vez que o pagamento é originado do poder de tributar do Estado. O seu consumo por uma pessoa não reduz a quantidade disponível para outras (não rivais) e os seus benefícios não podem estar restritos apenas àquelas pessoas dispostas a pagar por eles (não-exclusivos).

intervenções no mercado por mecanismos de regulação, envolvimento de financiamentos e até intervenções através de produção pública. Percebe-se que a escolha dos objetivos envolve os matizes das ideologias, definindo o perfil do citado *trade-off*. Já a escolha dos métodos seria tratada como uma questão técnica.

Barr (1987) argumenta que o debate mantido na Inglaterra desde o século XIX, de que os benefícios sociais ofertados, naquele país, à assistência à pobreza seriam tão generosos que fomentou uma “cultura da pobreza”, não se sustenta quando se leva em consideração contingências como o comportamento do mercado de trabalho, a exarcebação da criminalidade e delinquência urbana e a monoparentalidade surgida do enfraquecimento dos laços familiares. Esses são fatores muito complexos para serem explicados apenas como consequências dos incentivos oferecidos pelos benefícios sociais.

Para enfretar uma realidade econômica globalizada, identifica, na Inglaterra, exemplos de adaptações nas formas de atuação governamental relativas à assistência à pobreza:

- 1 - Aperfeiçoamento da estrutura dos sistemas de benefícios;
- 2 - Redução do valor dos benefícios por razões políticas e econômicas; e
- 3 - Elevação da idade de aposentadoria.

Prevê outras formas de adaptações como possibilidade de contribuição para o equilíbrio do *trade-off* entre eficiência econômica e justiça social, destacando os ajustes nas pensões e nas despesas com cuidados com a saúde.

As previsões pouco otimistas de Barr (1987) destacam que as tendências do mercado de trabalho continuarão agravando a desigualdade social. Em consequência, no âmbito das políticas sociais, se intensificarão as pressões para distinguir as funções dos recursos destinados a seguros, daqueles empregados em bens e serviços públicos que aliviam o peso sobre a renda familiar que o consumo com recursos próprios desses bens e produtos causaria.

Sugere que o peso da taxaço pública para o financiamento dessas políticas foi densificada com a crise econômica mundial e seus desdobramentos. A sustentação desses níveis de financiamento público requer

suporte político e depende não apenas da viabilidade econômica expressa no já citado *trade off*, mas, muito mais, de como as pessoas se manifestarem através da sua participação política em processos eleitorais.

Em uma perspectiva de futuro, a intensificação de riscos e incertezas sociais justifica a importância da manutenção dessas políticas. O autor cita argumentação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que se concentra em uma lista de cinco fatores insurgentes ao equilíbrio social, porém portadores de alta vulnerabilidade potencial: desastres naturais, acidentes tecnológicos, doenças infecciosas, segurança alimentar e terrorismo. Dificilmente o setor privado considerará lucrativo cobrir as consequências desses tipos de eventos.

Barr (1987) identifica evidências de que as raízes da exclusão social repousam no início da infância detectando a necessidade de políticas para suporte familiar. Tais políticas - uma confluência da interação de políticas econômicas com as sociais - envolvem atenção familiar em forma de benefícios em dinheiro, cuidados com a saúde e a educação, assim como de políticas mais amplas para melhorar a informação e a coordenação de tipos diferentes de atividades envolvidas. É evidente que a concessão e a gestão dessas atividades exigem ação do Estado para fomentar a sustentabilidade de uma sociedade caracterizada, simultaneamente, por eficiência econômica e justiça social.

Ao colocar no centro da discussão o papel das Ciências Econômicas como instrumento de compreensão do comportamento das variáveis intervenientes na questão social, centrada na escassez de meios de subsistência, Atkinson (1999) desenvolveu importante contribuição ao debate ao investigar como as análises econômicas, tanto as teóricas como as empíricas, contribuem para a clarificação da relação entre política social e desempenho econômico, com especial atenção para o impacto sobre o nível de emprego e renda da população. Tendo como referência as transferências sociais realizadas, principalmente em países da OCDE, o autor analisou a contribuição das políticas sociais para aliviar os efeitos da pobreza, realocar o rendimento pessoal ao longo dos ciclos da vida, assegurar-se contra eventos que causem perda de renda e proporcionar uma sensação de segurança para todos os cidadãos.

Destaca que a Ciência Econômica conta com potentes ferramentas para a modelagem das decisões sobre os aportes de recursos necessários à cobertura das vulnerabilidades sociais decorrentes dos ciclos de vida e para definição de parâmetros conceituais de pobreza absoluta e relativa.

Ao investigar as relações entre as transferências sociais e a economia, em uma perspectiva histórica, concluiu que na segunda metade do Século XX, essas relações foram vistas de uma forma muito positiva. Do ponto de vista da demanda, as transferências sociais, em particular o seguro desemprego, eram vistos como fatores que concorreram para o grau de estabilização automática da economia, tendo contribuído para a recuperação do desemprego em massa, originado na crise dos anos 1930 e ajudado a sustentar os anos de ouro do crescimento.

Na atualidade, o campo da economia vê essa relação como competitiva e contrapõe a proteção social aos objetivos de desenvolvimento econômico. Na Europa é considerada como fator responsável pela persistência do desemprego, para a exacerbação da competitividade do mercado e para o arrefecimento do crescimento econômico.

Ao analisar estudos sobre o peso da dimensão financeira de *Welfare State* em estado avançado de desenvolvimento sobre o desempenho econômico de países onde foi adotado, Atkinson (1999) não confirmou evidência definitiva sobre essa afirmação. O relacionamento entre gasto com transferência social e baixa taxa de crescimento da economia é variável, ou seja, não apresenta correlação linear. Em alguns países altos gastos com transferência social conduz a crescimento mais brando, enquanto em outros ocorre o inverso.

Para o autor a relação entre desempenho econômico e o tamanho do *Welfare State* tem que ser explicitamente definida e não entendida com uma caixa preta. Dessa forma é possível mapear como as várias formas das transferências sociais e possíveis reformas podem afetar o comportamento da economia. Essa verificação deve ter como metodologia a observação de programas individuais porque cada programa social tem diferentes níveis de implicação sobre a *performance* da economia. Evidenciou impacto mais controverso em programas de seguro desemprego e nas aposentadorias.

Levando em conta a realidade dos países da OCDE, o autor concluiu que a forma como o seguro desemprego é administrado determina efeitos mais sutis sobre o equilíbrio econômico do que se supõe. O seguro desemprego pode induzir a mais pessoas a permanecerem em situação de desemprego nos setores com altos salários, uma vez que o acesso a esse nível de emprego é mais restrito, mas eles podem também baixar as gratificações por desempenho nesses setores devido ao contingente de reserva de mão de obra com que conta.

Com relação às aposentadorias e pensões, o autor as classifica como mecanismos de potencialização da poupança privada. Os efeitos esperados são positivos para o nível de emprego. De acordo com a teoria neoclássica, reduzidos níveis de poupança levam a baixa taxa de crescimento da economia e as mais baixas taxas de crescimento do PIB.

Ressalta que as diferenças entre países com relação às taxas de emprego podem ser devidas às diferenças no equilíbrio do nível de emprego, variáveis no tempo; às diferenças na sua resposta à recessão ou às diferenças nos tipos de recessão que têm experimentado. É provável que a política social tenha efeitos mais potentes sobre o primeiro e o segundo fatores.

Em uma conjuntura recessiva, reformas que resultassem em uma queda no nível de emprego, simultaneamente reduziriam as receitas fiscais e aumentariam a necessidade de transferência de renda, ambos com efeitos sobre a demanda.

Por outro lado, as reformas que reduzissem a progressão da tributação sobre o rendimento da economia e o risco de desemprego, aumentariam a resistência do emprego às crises, com efeitos sobre o arrefecimento do crescimento do déficit orçamentário. Ao comparar as duas situações o autor identifica o conflito, não propriamente nos citados efeitos das transferências sociais sobre o equilíbrio do emprego, mas com o seu impacto sobre o orçamento do governo. A questão fundamental para esse tipo de crítica às transferências sociais é a gestão do déficit público.

Enquanto a abordagem política procurou identificar as especificidades dos tipos de atuação pública na área social (Esping-Andersen, 1991), a econômica trata a questão de forma diferente. Ao basear-se em relações

macro, que refletem a agregação exata de decisões individuais, assume que a economia é formada por elementos idênticos, indivíduos independentes, de modo que o macro comportamento pode ser modelado como que de um único agente em busca da maximização da satisfação, ao fazer uma provocação referindo-se ao ótimo de Pareto⁵. Para Atkinson (1999), esse tratamento gera problemas de dimensionamento a partir da heterogeneidade dos agentes e da negligência às interações entre os comportamentos individuais. A heterogeneidade dos elementos pode significar que o agregado de variáveis não herda as propriedades das funções de cada comportamento.

Um segundo problema identificado pelo autor a respeito do tratamento oferecido pela abordagem macrossocial, trata da existência de vazios conceituais nas conclusões para a concepção da política. Indaga se há exatidão sobre os efeitos econômicos provocados por um simples corte de transferências sociais. Será que realmente não importa que tipo de despesa social é reduzido? Uma resposta consistente trata de procurar adotar um modelo de interações subjacentes ao tratamento macrossocial dada à questão.

O diferencial trazido pela contribuição de Atkinson (1999) é a crítica à generalização que os modelos adotados na formulação das políticas sociais faz com relação às características individuais dos beneficiados e dos territórios de atuação. O alerta para a atenção às situações individuais como variáveis a serem levadas em consideração nas políticas sociais e a análise de causa e efeito das variáveis sociais em relação às econômicas são de grande valia para o conhecimento dos resultados alcançados pelas políticas sociais.

Ao convergir com Barr (1987), destaca que o futuro do *Welfare state* é eminentemente uma questão política. Para o completo entendimento dos determinantes do gasto social é necessário considerar os mecanismos políticos em operação. Pressões para redução de gastos sociais podem resultar em mudanças nas preferências dos eleitores.

Por meio da abordagem deste capítulo percebe-se que a origem das intervenções do Estado para sanar os danos das desigualdades sociais foram

⁵ O “ótimo de Pareto” ocorrerá, quando existe uma determinada situação onde ao se sair dela, para que “um ganhe”, pelo menos “um perde”, necessariamente. Desta forma, uma situação econômica é ótima no sentido de Pareto se não for possível melhorar a situação de um agente, sem degradar a situação de qualquer outro agente econômico (Gélédan & Brémond (1981).

originadas pela ascensão e expansão da economia de mercado no início do Século XX. As questões relacionadas às intervenções estatais visando à inclusão da população na estrutura de mercado desenha um percurso com forte paralelismo com a evolução do mundo do trabalho. A questão social que daí se origina é relativa à pobreza por dificuldade de inclusão no mercado e à falta de acesso ao equipamento social disponibilizado pelo Estado, caracterizados como bens públicos.

Países onde a ascensão da economia de mercado já apontava essa situação, buscaram formas diferenciadas de intervenção, em momentos diferenciados, de acordo com o estágio do problema. Porém, a intenção de reparação esteve subjacente à atuação estatal. Na visão moderna da questão já é nítido um posicionamento preventivo centrado em análises e estudos que antecipem estágios mais críticos.

As contribuições recentes de pesquisadores desse campo utilizam-se de instrumentais da sociologia e da economia para identificar situações e propor possíveis alternativas de solução. Essas contribuições consideram a fragilização dos sistemas de proteção social até então desenvolvidos nas estruturas estatais. As restrições do mercado de trabalho, a partir de novas formas de produção características da sociedade pós-industrial, além da precarização do rendimento do trabalho como fator de produção, tornaram-se fardos demasiadamente pesados para os sistemas de proteção social adotados.

No Brasil, no contexto da CF 1988, o Estado adere ao conceito de Seguridade Social como um conjunto de políticas públicas integradas, já utilizadas em países com estruturas econômicas mais evoluídas, para fazer a face à questão social estabelecida nesses termos. Essa atuação representou uma reorganização de políticas já existentes na fase pré-constitucional e a expansão da ação do Estado por meio de princípios em que a cidadania substitui a meritocracia.

No contexto demonstrado neste capítulo, que demonstrou a gênese, evolução e cenário atual da proteção social fomentada pelo Estado, o BSM se insere como um recorte do desenvolvimento conceitual de proteção social, como parte da estrutura da Seguridade Social traçada pela CF 1988. No entanto, ao adotar um critério de elegibilidade para adscrever o seu público alvo e submeter

a população selecionada a condicionalidades pré-determinadas, se afasta da condição de cidadania introduzida pelo marco constitucional, tal qual fixou o conceito de Seguridade Social.

O debate sobre essa dicotomia será abordado no Capítulo 3, bem como o percurso nacional da formatação das políticas sociais até a atualidade.

CAPÍTULO 3 - As políticas sociais no Brasil

No Brasil, as políticas sociais tiveram como origem fatores semelhantes aos ocorridos em outros países em estágio de capitalismo mais avançado. Porém, o envolvimento do Estado com essas questões se dá em um momento bem posterior. Neste capítulo será abordado como se concretizou a participação do Estado brasileiro na política social e a transformação do seu caráter meritocrático para um direito de cidadania implantado com a CF 1988.

Examina-se também o ordenamento interno para a implantação dessas políticas e as transformações observadas no principal indicador das condições de geração de renda familiar, isto é, o nível de emprego da população.

Há ainda o exame da disponibilidade de recursos para os diversos setores das políticas sociais e os efeitos da política econômica sobre o financiamento dessas políticas, o que define as transformações e as prioridades identificadas pelos montantes de recursos alocados a cada setor.

Por fim, é debatida a mais abrangente iniciativa de transferência de renda adotada no Brasil, o Programa Bolsa Família, e discute-se a forma de atuação focalizada por parâmetros de elegibilidade em contradição com o caráter universal implantado pela CF 1988, que teve seu efeito mais pronunciado sobre a política de saúde.

3.1. Gênese e evolução

A evolução histórica das políticas sociais no Brasil teve como principal referencial a questão social relacionada à precariedade das relações de trabalho. A participação do Estado para amenizar vulnerabilidades sociais decorrentes do mundo do trabalho não teve grande diferenciação do padrão verificado em outros países, levando em consideração as variáveis: Início da ação estatal, ordenamento e ritmo da regulamentação, escopo da legislação, formato burocrático de administração dos programas sociais, financiamento e articulação dos programas sociais com as demais políticas do governo (SANTOS, 1979).

De acordo com Cardoso Jr & Jaccoud (2005) a pobreza como questão social relacionada ao trabalho foi reconhecida na Europa já no século XIX, no Brasil apenas ao final do primeiro quarto do século XX ganha alguma expressão em termos de intervenção pública estatal. No entanto, frisa que outras

espécies de pobrezas, com expressividade populacional, tiveram trajetórias bem distintas até serem legitimadas como objeto de políticas públicas nacionais.

Santos (1979) converge com essa marcação temporal ao localizar as primeiras iniciativas nesse sentido que contemplaram a implantação dos programas: acidentes de trabalho (1919); cobertura da velhice, invalidez e pensões a dependentes, assim como assistência em situação de doenças e maternidade (1923); salário-família e salário-educação (1941) e seguro desemprego (1965).

No entanto, a introdução da atuação estatal com suporte financeiro definido e organização na forma de política nacional, segundo Draibe (1993), tem seu marco inicial na década de 1930, quando se deu o princípio da transformação do papel do Estado em termos de:

“Organização da produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas de transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção de bens e serviços sociais”. (DRAIBE, 1993, p.19).

Essa organização que caracterizou o início da atuação do Estado brasileiro na área social localiza-se, historicamente, à época em que, segundo Furtado (1959), aconteceu a intensificação da atividade industrial no Brasil voltada para a produção tanto de bens para o consumo de massa e, principalmente, de bens de capital. Essa coincidência temporal vem a corroborar com o que Esping-Andersen (1991) denominou a “lógica do industrialismo”, que, assumida mundialmente, associou as políticas sociais aos efeitos não esperados das relações de trabalho na emergência do setor de produção secundária.

A literatura brasileira consolida esse marco histórico como a origem da atuação social do Estado em resposta aos conflitos que marcaram a intensificação do uso do fator trabalho nas atividades industriais urbanas. Caracteriza, dessa forma, a questão social a partir dos problemas colocados no debate social e político pela classe operária (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005).

Nesse período, o poder público nacional passou a assumir sua função de regulação social propriamente dita, com ordenamento legal e destinação de recursos específicos. Porém, a disposição histórico-constitucional e

legal, não apresentou, já desde os antecedentes, a mesma linearidade verificada em países com políticas sociais já consolidadas, conforme pode-se verificar a seguir.

A primeira lei de cunho social, com finalidade de amparo ao trabalho, identificada por Santos (1979), surge em 1888, específica para os ferroviários sob a forma de Caixa de Socorro, com objetivo não bem definido de ajudar a doentes e de prestar auxílio funeral. Em 1889 foi criado o fundo de pensões do pessoal das oficinas da imprensa nacional. No mesmo ano foi concedido direito de férias anuais de 15 dias aos trabalhadores do abastecimento de água, posteriormente estendido aos ferroviários. Em 1890 foi editada a regulamentação do uso da força de trabalho infantil.

Essa legislação pontualmente destinada a regulamentar ganhos trabalhista foi eminentemente corporativista. O ordenamento jurídico-constitucional também não caracterizou uma evolução linear em termos do estabelecimento de uma política social setorialmente abrangente e de caráter nacional.

A Constituição de 1824, sob um Regime Imperialista, não considerou os problemas sociais, em uma sociedade fundamentalmente escravista. Fundada em princípios liberais, tinha orientação ideológica na crença da igualdade como possibilidade dos cidadãos terem acessos aos recursos do mercado, com liberdade de oferta e procura suficiente para premiar os mais capacitados.

Primeira carta magna da era republicana, a Constituição de 1921, repete, praticamente, os princípios de liberdade de mercado instaurados desde o Século XVIII. Essa constituição não contemplou regulamentações de proteção social que pudesse originar legislações ordinárias para questões sociais específicas. Com a intensificação das atividades produtivas no Brasil, essa omissão provocou o aparecimento das associações privadas, restritas a determinados ofícios.

Na visão de Santos foram Leis Ordinárias posteriores que preencheram o vácuo constitucional e fundamentaram o marco institucional das políticas sociais de caráter nacional. A Lei Eloy Machado, de 1923, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com cobertura financeira de um

fundo de contribuições tripartite, com participação de empregados, empregadores e do Estado. A finalidade foi de garantia parcial do fluxo de renda auferido pelo empregado em atividade diante de privações causadas por velhice, invalidez, tempo de serviço, como também aos seus dependentes em caso de morte. Em 1931 foi acrescentado á estrutura previdenciária o serviço médico curativo limitado a 8% das disponibilidades financeiras da área, participação aumentada para 10% em 1932. O serviço médico não era uma finalidade considerada relevante das instituições previdenciárias, mas uma forma de atuação eventual e complementar.

O esquema clássico de renúncia parcial da renda, praticado até o presente, para Santos (1979), foi uma forma de agir adquirida no processo de acumulação do capital, com finalidade de obter parte dela no futuro. Não se tratava de direito de cidadania inerente a todos os habitantes com alcance nacional, constituía-se apenas em um contrato de direito privado entre a empresa e os empregados.

Em 1933, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a participação do Estado na regulação das políticas sociais foi ampliada, apesar do esquema de financiamento continuar a ser tripartido. Formou-se um colegiado de gestão dos recursos com participação de empregados e empregadores.

A intensificação da participação do Estado, nesse termo da questão social, significou o reconhecimento do limite da resposta redistributiva dada pelo mercado. A essa afirmação Cardoso Jr & Jaccoud (2005) acrescentam que o projeto modernizante gestado nos anos 1930, retomado pelos projetos desenvolvimentistas das décadas de 1950 e 1970, já acenava como proposta, a inclusão de segmentos da população além dos assalariados.

Na consideração de Santos (1979), as políticas sociais de caráter nacional foram introduzidas no Brasil pela Constituição de 1934. Esse marco legal reconheceu os direitos sociais da população e responsabilizou o Estado como guardião e preservador desses direitos. Estabeleceu a regulação do exercício das profissões e deu início a organização dos sindicatos das categorias com independência da tutela do Estado. Nesse período foi introduzida a figura do salário mínimo na legislação trabalhista e a criação de indenização em casos de demissões.

A esse respeito, Cardoso Jr & Jaccoud (2005) ponderam que entre as décadas de 1930 e 1980, o projeto social baseado no desenvolvimento da produção econômica nacional e na ampliação do assalariamento, incluiu os demais segmentos populacionais de forma predominantemente filantrópica, realizada por instituições privadas com apoio financeiro do Estado.

Já no governo Vargas foram organizadas formas filantrópicas de gestão da pobreza tendo como suporte a nascente atividade da assistência social. Essa atuação governamental pode ser caracterizada como um tanto ambígua, ao se consolidar com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) em 1942 e do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) em 1938, entidades com características fortemente marcadas pela participação das elites políticas, com respaldo de recursos financeiros do Estado para obras assistenciais de formatação altamente manipuláveis por minorias politicamente dominantes e pela igreja católica. Essa forma de atuação estatal, que Draibe (2003) classificou, como clientelista e assistencialista por excelência, perdurou até meados dos anos 1990, quando a LBA, que funcionava como órgão de intermediação, foi extinta no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Dessa forma, a assistência aos excedentes do mercado de trabalho se caracterizou pela caridade e pelo dever moral da filantropia. O Estado, embora participasse financeiramente, tinha pouco poder de regulação, descaracterizando um formato instituído de atuação do poder público.

Entre os problemas mais expressivos identificados por Santos com relação aos IAPs, destaca-se a extensão dos benefícios concedidos, condicionados às contribuições recolhidas, criando uma dependência de arrecadação que fragilizava as categorias com rendimentos menos elevados. Outros problemas de gestão foram criados pela irracionalidade de funcionamento de uma administração para cada categoria.

A estruturação desse movimento fundou uma organização previdenciária baseada no sistema de seguro social que Cardoso Jr e Jaccoud (2005) classificam como produto da solidariedade inter geracional, com gerações em atividade provendo os benefícios de gerações que entram em inatividade.

Em 1943 a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), segundo Santos, criou e institucionalizou regras gerais para a padronização das relações

de trabalho no setor privado no Brasil. Essa iniciativa, de regulação do mundo do trabalho, assegurou aos assalariados garantias na área da proteção social que, segundo Cardoso Jr & Jaccoud (2005), intensificaram a prestação social a cargo dos IAPs cobrindo situações imprevisíveis de incapacitação, de velhice ou de morte. A gama de serviços disponíveis aos associados cobriam intervenções médico-hospitalares, habitação e alimentação. Ressaltam, no entanto, que fora da cobertura dos IAPs não se registra, até a década de 1960, outras ações de peso nas áreas da saúde, alimentação ou habitação.

Em 1960 é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social. Essa Lei estabeleceu a uniformização dos benefícios e serviços prestados pelos IAPs e criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que reunificou os institutos corporativos. Foram criados nesse ano o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e o seguro para cobertura dos acidentes de trabalho. Em 1970 registra-se uma tentativa de vincular ganhos de produtividade das empresas ao rendimento do trabalhador por meio do Programa de Integração Social (PIS).

Ao examinarem o panorama da atuação social do Estado no período de 1930 a 1980, esses autores identificam um princípio de justiça com fundamentos em uma lógica da proteção social aos assistidos com vínculo formal no mercado de trabalho, denotando, de fato, a expansão do enfrentamento de problemas sociais da classe trabalhadora urbana.

Permaneceram desassistidos os trabalhadores rurais, assim como os domésticos, autônomos e outros prestadores indiretos de serviços. Os trabalhadores rurais foram contemplados com legislação específica em 1963 e a dos domésticos, iniciada em 1973, ainda encontra-se em processo de regulamentação plena.

Para Draibe (1993) entre 1930 e 1943 a tônica da atuação social governamental remete basicamente à legislação trabalhista e previdenciária. Enquanto no período subsequente, até a CF 88, tem como referência uma atuação social mais ampla do Estado em ações de educação, saúde, habitação e outras da área.

A autora destaca que nesses períodos identificam-se subfases que caracterizam a descontinuidade da atuação governamental por meio de

políticas sociais, em termos de modo de crescimento e avanço da cobertura, de forma a caracterizar a instituição de um sistema de seguridade social. Entre 1943 e 1964 nem todas as áreas da intervenção social do Estado operaram plenamente e as que tiveram mais expressividade tinham um caráter meritocrático ou focalizado em determinados grupos sociais. Entre 1964 e o início da década de 1980, considera como de expansão massiva, caracterizada por um crescimento de políticas públicas mais amplas, em termos de variedade e cobertura. No entanto, chama a atenção que não se observou características evolutivas consistentes. De fato, houve uma interpenetração entre fragmentação, seletividade, universalismo e atenção massiva. A partir de 1981, conforme observa a autora, essas características se estendem até após a CF 88 uma vez que a reestruturação plena, proposta pela carta magna, não se efetivou conforme o mandato constitucional. As legislações complementares não concretizaram as aspirações constituintes ao esbarrarem em novas realidades da economia mundial e em agendas de governos com outras orientações ideológicas.

Sob essa expansão, desprovida de qualquer uniformidade, a CF 1988 determinou a reestruturação progressiva do papel do Estado brasileiro nas políticas sociais, com os encaminhamentos da definição de direitos universais dos cidadãos e criação da estrutura assistencial nos moldes de Seguridade Social, superando as relações de proteção social na lógica do seguro social, e também determinou a institucionalidade do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Nessa concepção, a CF 1988 fornece respaldo jurídico para um conjunto de direitos sociais obtidos de um conflituoso processo de mobilizações social e política que marcaram os anos 1970 e 1980 (SILVA, JACCOUD E BEGHIN, 2005). Nessa trajetória foi ampliada a participação de atores sociais nos processos de decisão e de implementação de políticas públicas, respondendo a demandas em torno da democratização e descentralização da gestão nacional.

A visão sistêmica de políticas sociais implantada pela CF 1988 modulou a proteção social como um conjunto integrado de ações, que configurou um sistema de seguridade social como prerrogativa de cidadania. Na concepção de Vianna (2002) a noção de seguridade social implanta a ideia de solidariedade da sociedade como um todo para com os indivíduos postos em dificuldade de sobrevivência pela dinâmica do mercado. O risco a que qualquer um está sujeito,

com relação à provisão da subsistência, passa a ser compartilhado com a estrutura social, sendo, portanto, de responsabilidade pública.

As disposições constitucionais determinaram a integração das áreas de Previdência, Saúde e Assistência Social para a formação da seguridade social. Segundo Vianna (2002) a intenção seria expandir o alcance das ações por meio da agregação setorial, consolidar mecanismos mais sólidos e equânimes de financiamento e criar um modelo de gestão capaz de atuar intersetorialmente de forma universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora. No entanto, conforme ponderam Cardoso Jr. & Jaccoud (2005), a universalidade só se efetivou, no que se refere à seguridade social, na atenção à saúde.

Nesse quesito, Vianna (1998) assegura que a CF 1988 introduziu uma reforma à inglesa, eliminando os traços bismarckianos do sistema de proteção social montado na década de 1930, com características do seguro social alemão e assegurando prerrogativas Beveridgianas ao modelo de proteção social sancionado constitucionalmente. A autora assinala que esse modelo vem, na prática, se tornando cada vez mais americanizado ao transformar a universalização constitucional, com características de direito de cidadania, em comédidos benefícios focalizados na pobreza, enquanto o mercado se responsabiliza pela oferta privada, àqueles com poder aquisitivo para adquirir bens e serviços típicos dos sistemas públicos de proteção social.

A esse fenômeno Vianna (1998) apelidou de “americanização da proteção social no Brasil” ao qual propôs o adjetivo “perverso” por entender que a dimensão da pobreza local é muito mais grave que a americana

As intenções constitucionais não se concretizaram por fatores conjunturais de ordem econômica, a exemplo das repercussões da crise internacional, e devido às opções de governo por determinadas políticas econômicas restritivas, como mecanismos de ajuste, com reflexos negativos sobre a seguridade social. A autora nomeia como fatores externos:

1 – Restrições a recursos para provimento de políticas sociais no contexto dos países desenvolvidos que refletiram nas disponibilidades dos países em desenvolvimento;

2 – A crise do petróleo nos anos 1970 e sua repercussão sobre o crescimento econômico dos países em desenvolvimento;

3 - Queda do regime socialista em alguns países da Europa, deixando o capitalismo sem a referência concreta de sociedades com Estado mais solidário.

Soma-se a isso, internamente, a deformação do conceito de seguridade social tendo em vista que o viés da previdência social, destacado como representante mais poderoso dos setores componentes. Esses fatores tornaram as determinações constitucionais “letra morta” no dizer de Vianna, que, por outro lado, evoca o poder do *lobby* das prestadoras privadas de serviços de proteção social como outro fator de influência na desarticulação da seguridade social logo no seu nascimento.

3.2. Décadas de 1980 e 1990: Cenário do ordenamento interno para a implantação das reformas sociais

Com relação às disposições internas, Costa (2009) detectou duas agendas que se contrapunham na efetivação das determinações constitucionais na década de 1990: De um lado, o panorama institucional conferido ao Estado na função de proteção social, do outro as restrições impostas pelo ajuste macroeconômico. O autor defende ter havido vantagem para o papel do Estado como agente responsável pelas políticas sociais. Apesar do recuo nas disponibilidades de recursos em consequência do ajuste macroeconômico, houve um redirecionamento de agenda que resultou em inovações que enfatizaram a transferência direta de renda.

Em consequência do controle fiscal imposto pelo ajuste macroeconômico apontado por esse autor, as políticas sociais ficariam subordinadas ao processo de ajuste conduzido pela equipe econômica do governo. Essa condução se deu em consonância com as expectativas de agentes de crédito externos que esperavam uma reforma orientada pela austeridade fiscal sobre os gastos não financeiros, visando à formação de superávit primário do setor público. O horizonte do conjunto de medidas econômicas adotadas pelo Brasil potencializaria a estabilização dos gastos públicos com efeitos estimuladores para a inserção econômica no mercado global.

No entanto, a medida do êxito desse direcionamento político explica-se, com mais nitidez, pelo cumprimento das metas de superávit primário pactuadas com as agências internacionais que pelo avanço das políticas sociais.

Essa situação resultou na transformação do cenário detectada por Costa (2009). A reestruturação operada por meio da descentralização, elevação do controle público, racionalização dos gastos, aumento da eficiência alocativa, ampliação da cobertura universal e aumento do impacto redistributivo, em consequência as propostas de estabilidade interna, teve seu escopo bastante limitado. As condições impostas pelo modelo adotado resultaram em: restrição às políticas sociais de caráter universal, descentralização fiscal de responsabilidade federal, focalização de programas sociais e gastos sobre a pobreza, ênfase nas parcerias público-privadas, privatização de segmentos rentáveis da política social e outras.

O modelo macroeconômico adotado gerou um persistente cenário econômico composto por restrições à demanda, crescimento medíocre do PIB, contração de empregos e salários, sendo que essas últimas variáveis, conforme a Tabela 1, a época, eram os principais fatos geradores das fontes de recursos para as políticas sociais, dentro das receitas correntes, a exemplo da queda de fontes de financiamento obtidas por meio de desconto nas folhas de pagamento provocou a elevação do número de pessoas descobertas pelo sistema de proteção social.

Tabela 1 - PIB e Taxa de desemprego, Brasil - 1995 a 2004

Anos	PIB - Taxa de crescimento	Taxa de desemprego
1995	4,20	4,64
1996	2,70	5,42
1997	3,30	5,66
1998	0,10	7,60
1999	0,80	7,64
2000	4,40	7,14
2001	1,30	6,25
2002	2,70	6,10
2003	1,10	11,60

Anos	PIB - Taxa de crescimento	Taxa de desemprego
2004	5,70	10,80
2005	3,20	9,60
2006	4,00	8,30
2007	6,10	8,20
2008	5,20	7,40
2009	-0,30	6,80
2010	7,50	6,50
2011	2,70	5,10

Fonte: IBGE

Notas:

1 - Metodologia de cálculo do PIB revisada a partir de 2003.

2 - Taxa de desemprego corresponde a % população economicamente ativa.

A esse quadro conjuntural, pouco favorável para as políticas sociais, Gercshman e Viana (2005), acrescentam outro fator negativo que despontou simultaneamente aos efeitos do ajuste macroeconômico. Trata-se do reflexo da situação do alto nível de emprego na década de 1970, com elevação do emprego formal, em fase de grande expansão econômica, o que gerou posterior número de assegurados aptos a benefícios e estimulados pelo efeito indutor que a reforma previdenciária causou na antecipação dos pedidos de aposentadorias, diante da expectativa de cortes dos benefícios do sistema previdenciário.

As consequências desse modelo sobre as políticas sociais surgiram no início da década de 1980 com a crise da previdência, intensificada com o descompasso apontado por Gercshman e Viana (2005). O impasse gerado resultou em negação de direitos e na busca tecnocrática de sustentabilidade e operacionalidade do sistema de políticas sociais, via diversificação de fontes de recursos (MELO E SILVA, 1999).

A contração da participação da União na provisão dos gastos públicos sociais foi -12,7% entre 1980 e 1985, a despeito da carga tributária ter sofrido contração inferior a um ponto percentual do PIB, enquanto esse teve elevação de três pontos percentuais. A participação da União nos gastos públicos sociais dessa conjuntura é apresentada na Tabela 2, que contém dados

levantados pelo Ipea em cooperação técnica com o Instituto de Economia da Universidade de Estadual de Campinas (Unicamp) em 1996.

**Tabela 2 - Taxas de crescimento do gasto social público da União
Ótica da origem dos recursos
Brasil, 1980-1984.**

Em R\$ milhões de dez/96

Ano	Valor	Crescimento
1980	55.996	-
1981	57.140	2
1982	60.117	5,2
1983	53.087	-11,7
1984	46.325	-12,7

Fonte: Ipea/CPS.

A mesma publicação apresenta a evolução do Gasto Social Federal por áreas de atuação, cuja participação no Gasto Social Público era de mais de 60% (OLIVEIRA, 1998). É evidente que houve contração da disponibilização de meios para os setores responsáveis pelas políticas sócias. Os dados apresentados pelo IPEA mostram que os setores mais atingidos foram Saneamento (-53,9%) e Habitação (-52,2%).

Tabela 3 - Evolução percentual do gasto social da União* por áreas de atuação

Em % - Índice: 1980=100

Área	1982	1984
Assist. Social	93,3	54,7
Educação/Cultura	123,7	100,3
Habitação	81,4	38,9
Previdência	114,0	90,9
Saúde	96,1	84,2
Saneamento	116,2	53,6
Trabalho	109,6	86,8

Área	1982	1984
Alimentação	130,0	164,2

Fonte: Ipea/CPS

* Incluindo recursos descentralizados a estados, Distrito Federal e municípios.

A Tabela 3 mostra a evolução da disponibilização de valores para a implementação das políticas sociais em 1982 e 1984, tendo como base o ano de 1980. O autor chama a atenção de que:

“A liberdade e a autonomia de que dispunha o governo federal à época, em termos de definição da matéria orçamentária, combinada com os efeitos nocivos da política salarial de 1983 sobre os benefícios e rendimentos do funcionalismo público, ajudam a entender o sucesso obtido pelo governo federal em sua política de contenção de gastos públicos naquele período” (OLIVEIRA, 1998).

Ainda assim, converge com Costa (2009) ao afirmar que os efeitos dessa forma de estruturação econômica não atingiram as políticas sociais como parte integrante dos programas de ajuste, já o movimento oposto é observado a partir da segunda metade da década de 1980, período em que o modelo com influência neoliberal coloca no centro das reformas a questão do déficit público e, a partir dele, o controle da inflação. Essa visão resultou em ajustes estruturais, com finalidade de reduzir o déficit público, como condição de acesso ao crédito externo. Como consequência, verificou-se o achatamento dos valores disponibilizados pela União para o gasto social em 1986, ano da Reforma do Estado realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso.

A partir de 1987 se percebe uma situação de crescimento na disponibilização financeira da União para os gastos sociais, conforme demonstram os dados levantados pelo Ipea e Fundap/lesp, constantes da Tabela 4.

**Tabela 4 - Taxas de crescimento do gasto social da União
Ótica da origem dos recursos - Brasil, 1984-1989.**

Ano	Valor	Em R\$ nominais
		Crescimento (%)
1984	46.325	-

1985	60.111	29,8
1986	55.896	-7,0
1987	63.597	13,8
1988	73.142	15,0
1989	86.160	17,8

Fonte: Ipea/CPS.

Dessa forma, conclui-se que, da década de 1980 até início da de 1990, apesar de ter havido restrições de meios para o financiamento das políticas sociais, essas atingiram, de forma específica, a setores localizados. Enquanto saneamento e habitação tiveram reduções de recursos em intensidades que causaram efeitos estagnadores, outros, como saúde e educação, foram atingidos apenas de forma residual. Ainda assim, a evolução do gasto nesses setores privilegiados foi inexpressiva e ocorreu de forma oscilante, porém sempre com respaldo institucional de recursos assegurados por vinculação de fontes.

3.3. O superávit primário: redução de recursos para as políticas sociais

Na década de 1990 a política econômica esteve voltada para a promoção e manutenção da estabilidade monetária, com ênfase na estabilização dos preços e na elevação da dívida pública. A estabilização dos preços gerou consequências que explicam a maior parte dos constrangimentos financeiros impostos às políticas sociais, já a questão da dívida pública, interna e externa, teve tentativa de solução por meio de acordo com o Fundo Monetário Nacional (FMI), firmado com bases fortemente inspiradas em princípios neoliberais. Esse acordo exigiu como contrapartida as privatizações de empresas públicas, a realização da reforma previdenciária, a abertura comercial e da conta de capital no balanço de pagamentos, além da obtenção de superávits primários nas contas públicas. Esse receituário resultou em sucessivos medíocres índices de crescimento econômico além de achatamento das despesas públicas na tentativa de ampliação do superávit fiscal para o pagamento do serviço da dívida contraída (CASTRO E CARDOSO JR. 2005).

As origens das restrições macroeconômicas do período têm fortes referências no endividamento externo e na estagnação do Produto Interno Bruto

(PIB), fenômenos que se seguiram ao esgotamento do modelo de desenvolvimento baseado na atividade industrial. A manifestação mais evidente dos seus efeitos foi o recrudescimento da inflação crônica e a falência fiscal do Estado, verificada a partir da década de 1980 até meados da de 1990.

A solução foi buscada via contenção dos gastos de setores não financeiros, o que veio a garantir a formação do superávit primário do conjunto do setor público. Esse arranjo estabeleceu a limitação das despesas sociais e seguiu afetando seriamente a dinâmica dos setores com menos inserção política e com menor poder de vocalização das demandas (COSTA, 2002). É o caso da área de habitação, cujo gasto foi contraído em quase 75%, enquanto o de políticas ligadas ao trabalho foi elevado em mais de 500%.

Com o balanço de pagamentos em crise e após o rompimento do fluxo de capitais externos, o país teve que realizar um ajuste radical em suas finanças, centrado em esforços voltados para a geração de saldos positivos na balança comercial. Internamente, foi realizada uma severa contenção da demanda via elevação das taxas de juros. Contudo, os saldos gerados pela balança comercial, em grande parte, eram originados de transações privadas, não gerando saldos satisfatórios para o pagamento da dívida externa. A solução encontrada foi à intensa dilatação da dívida pública interna – pela emissão de moeda e de títulos da dívida pública -, movimento esse que tomou o vulto da perda de controle da situação inflacionária, persistente desde a década de 1980.

Essa sequência de fatos inter-relacionados resultou em restrições ao financiamento dos gastos sociais, pela imposição de metas de geração de sucessivos superávits primários superiores a 3% do PIB, com finalidade de recuperar a credibilidade dos credores externos.

Com relação às políticas sociais, na prática, o que ocorreu foi o relatado por Dain (2001):

O desmonte do projeto de Seguridade Social data do início dos anos 1990, quando o repasse de recursos de contribuições sociais arrecadadas pela União, em nome da Seguridade começou a ser objeto da prática tradicional de gestão orçamentária em tempos de alta inflação, que consistia em cortar gastos, em termos reais, pela corrosão de seu valor, provocada por atrasos deliberados dos repasses.

Quando o controle do processo inflacionário elimina o potencial de corte implícito no atraso da liberação de recursos

repassados do Orçamento Geral da União (OGU) ao OSS, porque o valor real dos recursos se mantém, o governo central adota nova estratégia de corte de gastos. Sob a justificativa de financiar gastos sociais, instituiu o Fundo Social de Emergência (FSE) como mecanismo de contingenciamento da despesa, que se apropria de 20% das contribuições sociais (exceto a folha de salários) e dos Fundos de Participação. O segmento mais afetado por este procedimento foi sem dúvida a Seguridade Social, para a qual se destinava a maior parte das contribuições sociais como a Cofins, o PIS/Pasep e a CSLL, arrecadados diretamente pela União para repasse para a Seguridade. (DAIN, 2001, p. 132).

O que se percebe do cenário econômico da década de 1990 e de suas influências sobre o projeto da seguridade social, concretizado pela Constituição Federal de 1988, é que as restrições da década de 1980, na década posterior, além dos instrumentos anteriormente adotados, passam a atingir a disponibilização de meios de forma estrutural e global. Ao tempo em que inicia a prática de especificação de fontes no interior OSS, como foi o caso do recolhimento sobre folhas salariais para a previdência social, além de reduzir as disponibilidades destas por intermédio de mecanismos de monopolização de parte da arrecadação e do uso indiscriminado dos recursos desapropriados.

Nesse contexto, setores sob a governança do Estado foram atingidos estruturalmente com sérias limitações nas suas disponibilidades financeiras com conseqüentes deformações estruturais na concretização das políticas propostas.

Para as políticas sociais, a década de 1990 caracterizou-se, segundo afirma Costa (2009, p. 695), pela "negação da agenda universalista em determinadas áreas sociais, a focalização de programas e o constrangimento ao financiamento social". Visualiza-se, nessa situação, uma contradição entre as conquistas dos direitos universais de seguridade social com um cenário de restrições ao financiamento dessa área.

Ainda assim, admite que o sistema de proteção social teve avanços institucionais e de ampliação de clientelas. Alega que as políticas de estabilização fiscal e ajuste macroeconômico produziram impactos apenas residuais sobre o sistema de proteção social ao longo das duas décadas. Os indicadores de desempenho setoriais mostram efeitos heterogêneos com ganhos

para setores como saúde e assistência social e perdas para as áreas de saneamento e habitação. E, por outro lado, houve expansão do gasto público com outras destinações financeiras e resultantes de realocação setorial.

Ao transferir a orientação da política social para a ótica do financiamento, Theodoro & Delgado (2003) argumentam que as justificativas restritivas tendem sempre a um caráter assistencialista que enfatiza a focalização como uma condição de escolha pública eficiente. Dessa forma, trata a questão por um viés eminentemente técnico, associada à eficiência alocativa. Essa configuração é destituída do componente político e da concertação social, opção que gera políticas sociais com atuação à margem da condição de cidadania, pondo em risco as conquistas sociais proporcionadas pela CF 1988.

3.4. Políticas sociais nos anos 2000: características e prioridades

Com o esvaziamento da determinação constitucional de Seguridade Social, a proteção social surge como o conceito assimilado pela literatura para nomear a atuação estatal no que concerne a questão social relativa à privação de meios de subsistência. Para Vaitsman et al (2009) Proteção Social é definida como “toda intervenção pública para ajudar indivíduos, domicílios e comunidades a administrar riscos ou apoiar os cronicamente pobres”(P. 733).

Segundo Draibe (2003), a década de 2000 trouxe como fato novo para as políticas sociais os benefícios criados pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que em 2002 já cobria cerca de 1,5 milhões de beneficiários, entre idosos carentes e pessoas portadoras de deficiência física. Acrescentem-se os progressos na área de atenção à saúde com a expansão da descentralização e concretização da estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), que resultou em importante capilaridade de ações, fato que significou expansão de disponibilidades federais menos intensas que o avanço das participações financeiras dos estados e municípios.

No mesmo ano, ao destacar a atenção a situações de vulnerabilidade social, a autora afirma que ao final do segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, havia sido institucionalizado um robusto sistema nacional de assistência social, apoiado em fundos, órgãos e conselhos estaduais

e municipais, com forte mobilização, por meio de fóruns locais, regionais e nacional e forte participação não governamental.

Destaca, também, a institucionalização de iniciativas nacionais voltadas ao combate da fome e à pobreza. A primeira ação registrada teve início logo no primeiro mandato presidencial na forma do Programa Comunidade Solidária, voltado para o combate à pobreza com linhas de ações prioritárias incidentes sobre: Redução da mortalidade infantil; desenvolvimento da educação infantil e do ensino fundamental; geração de ocupação e renda; qualificação profissional; melhoria das condições de alimentação dos escolares e das famílias pobres; melhoria das condições de moradia e de saneamento básico além do fortalecimento da agricultura familiar.

No segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, esse programa amadureceu e evoluiu com a implantação de novas iniciativas correlatas: Comunidade Ativa, Projeto Alvorada e a Rede de Proteção Social. A estrutura da proteção social foi redesenhada e procurou estimular a capacidade empreendedora da população e a participação não governamental com vistas a organizar intervenções em municípios selecionados de acordo com a precariedade do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH/ONU). Houve também a potencialização das relações intersetoriais envolvendo programas federais nas áreas de educação, saúde e geração de renda.

Nos dois anos finais do mandato de Fernando Henrique Cardoso foram agrupados os programas familiares de transferência de renda, cuja consolidação foi intitulada Rede Social. A concepção geral dessa nova fase da proteção seria mesclar serviços sociais com transferências monetárias, como o Programa Bolsa Escola.

Com o respaldo do Fundo de Combate à Pobreza, em 2000, várias iniciativas de transferências de renda foram implementadas e formaram a Rede Social Brasileira de Proteção Social que reunia um conjunto de transferências a pessoas ou famílias de baixa renda. Foi a partir dessa iniciativa que deu-se o início da implantação do Cadastro Único de Beneficiários dos Programas Sociais, com finalidade de identificação dos beneficiários, unificação de benefícios e de tornar-se instrumento de gestão. Ao final do segundo mandato desse governo esse cadastro não havia sido integralmente implantado.

No entanto, Draibe (2003) defende que a rede implantada com essa orientação governamental constituiu-se no adensamento da política social brasileira, voltada para o enfrentamento da pobreza, que gerou inflexões e rupturas na situação assistencial até então vigente.

Em 2003, com o início do governo Lula, uma nova engenharia resultou na intensificação do combate à questão social relacionada à fragilidade de meios de subsistência.

A combinação dos elementos que já vinham sendo operacionalizados no governo anterior agregou-se às novas diretrizes de governo no campo social e compôs um quadro de inovações das políticas sociais. De acordo com Vaitsman et al (2009), nesse cenário, o conceito de proteção social ampliou seu espectro e passou a nomear tanto serviços e benefícios concedidos como direitos assegurados, quanto a abranger programas e ações voltados para o enfrentamento de diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade. Essa nova concepção extrapola a esfera pública e passa a contar também com prestação de serviços por diversas formas jurídicas de instituições privadas.

As mudanças mais abrangentes identificadas por Vaitsman et al (2009) na década de 2000 foram:

1 - Criação do Programa Bolsa Família em 2003 e expansão para 11 milhões de famílias beneficiadas em 2006;

2 – Gestão da operacionalização da política, dos processos de descentralização e participação social constituiu-se em inovações importantes; na flexibilização organizacional e na introdução de formas de governança que marcaram novos rumos para a responsabilização e para a verificação de resultados; e

3 – Na área da assistência social, pela concretização, em nível nacional, de um sistema de proteção de caráter público e universal.

Nesse contexto, consideram-se relevantes outras dimensões da pobreza, além da renda, enfatizando a discussão articulada com outros setores como os da saúde e educação, cujo acesso são importantes para potencializar as ações de combate a pobreza. Em referência às ideias de Sen (1999), temas como o desenvolvimento econômico, equidade e democracia são considerados como

promotores do desenvolvimento das capacidades individuais e sociais na modulação dos sistemas de proteção social.

A ampliação da inter setorialidade como determinante da formação dos sistemas revela “uma dualidade que expressa as diferentes trajetórias, coalizões de apoio e conflitos de valores traduzidos na oposição focalização **versus** universalismo que define a lógica e os princípios do Programa Bolsa Família e da política de assistência social pós-1988” (VAITSMAN ET AL (2009), p. 773).

Nessa ótica, os programas de transferência com condicionalidades e focalizados nos pobres passam a ser assimilados tanto pelo governo, como pelas agências internacionais, como instrumentos de seguridade social e com funções redistributivas com finalidade de mitigação da pobreza. Essa dualidade veio a produzir críticas orientadas por várias linhagens teóricas.

A partir da concepção de que liberdade e igualdade se compatibilizam dentro de uma noção ampliada de cidadania, a qual o Estado garante por meio de políticas sociais universais, Vianna (2011) argumenta que essa convicção nunca foi absoluta, nem ao menos hegemônica. Tem como mais nítida concorrente a apreciação que defende a ação do Estado na forma de compensação dos prejuízos que a desigualdade causa a alguns. Ao particularizar a ação política, portanto, ao focalizá-la estritamente nesses “alguns”, limita o escopo do direito cidadão. Defende que determinados programas, ao incorporarem essa segunda alternativa de atuação, cumpram finalidades imediatas. Pondera que, embora como alternativa ao enfrentamento da pobreza considerada questão social, seus efeitos são menos abrangentes em termos de efetividade.

Na perspectiva dos direitos, Vaitsman et al (2009) detectaram na literatura argumentos que fortalecem os de Vianna. Sintetizam que a ideia de uma "renda mínima", com seleção de beneficiários, com base em teste de meios e condicionalidades se oporia a direitos mais abrangentes, expressos na ideia de universalização de uma "renda básica incondicional".

Outra linha de criticidade detectada pelos autores aponta para a discussão acerca da consistência do Cadastro Único de Beneficiários. Problemas de governança e implementação que produziram erros de inclusão e exclusão,

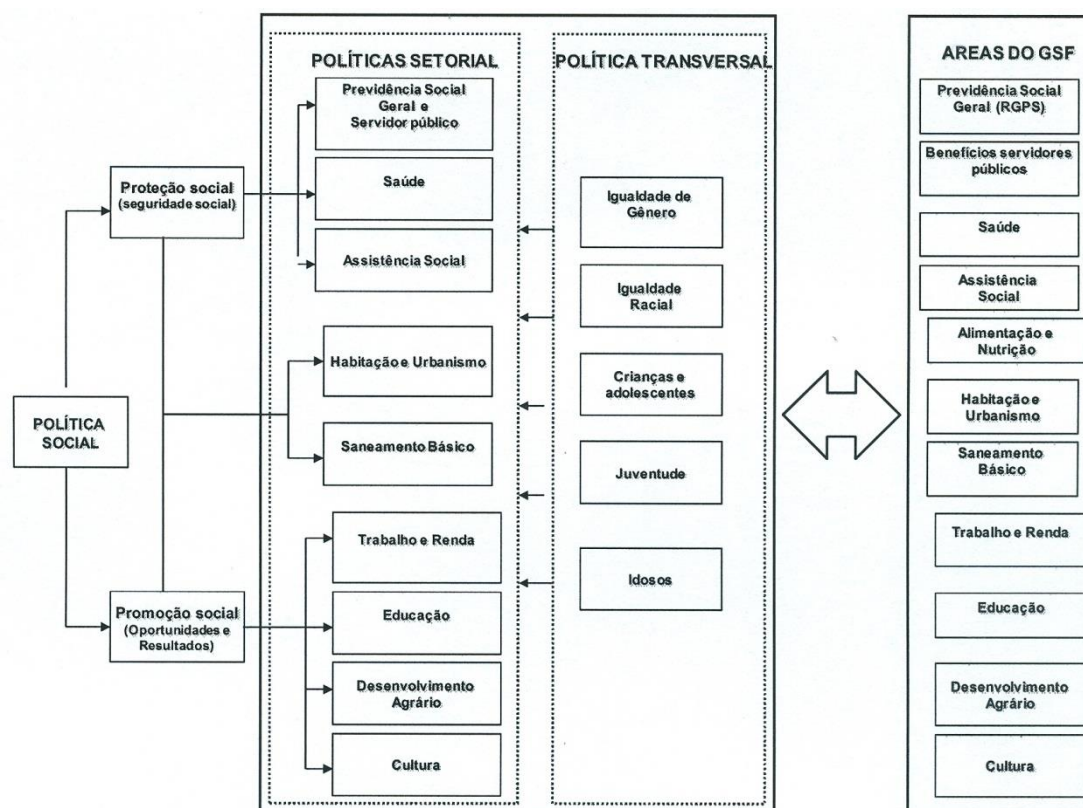
limitam sua qualidade como instrumento de redução da pobreza. Para os críticos, a falha cadastral significa uma focalização imprecisa. Países com estruturas de gestão e de informação mais bem estabelecidas, isto é, um Estado com um nível de informação que fundamente diagnósticos precisos sobre a situação de pobreza da população, permitem melhores índices de alcance dos programas.

Na ótica de Vaitsman et al (2009), os sistemas de proteção social, ao promoverem a inclusão de situações específicas a um sistema de direitos de cidadania, desenvolvem um papel crucial para a formação de sentimentos de pertencimento e de interdependência social que caracterizam a inclusão social, política e simbólica, requisitos para a efetiva institucionalização dos sistemas públicos universais.

A oposição entre focalização e universalismo, conforme dados recentes, demonstram tem sido superada pelas evidências da inclusão dos mais pobres, com alívio imediato da pobreza por meio de transferência direta de renda e ruptura da pobreza entre gerações ao utilizar-se das condicionalidades em saúde e educação. Essa vertente já tem certa aceitação em um largo espectro ideológico e profissional do campo social.

Dadas as características nacionais em termos de diversidades regionais em educação, saúde, distribuição de renda e de densidade populacional, um sistema de proteção social, para cobrir as vulnerabilidades populacionais, reveste-se de alta complexidade. Com o intuito de mapear as atuações setoriais, no sentido da proteção social, para conhecer sua dinâmica e dimensionar o volume do Gasto Social Federal (GSF), o IPEA (2012b) elaborou e divulgou a distribuição esquemática apresentada na Figura 1.

Figura 1 - Objetivos e políticas setoriais e transversais da política social brasileira - 2010

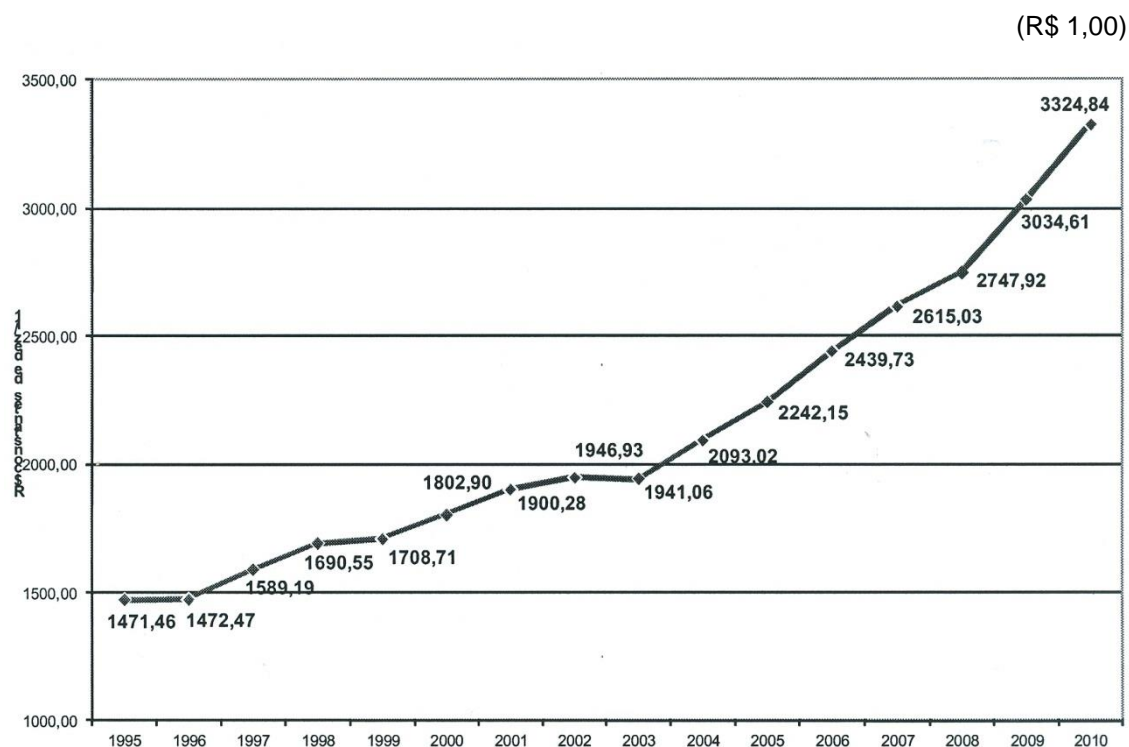


Fonte: Ipea (2012b).

Além dessas políticas típicas da área social, desenvolvem-se outras de cunho transversal, que têm caráter não muito bem delimitado entre proteção e promoção social, a exemplo da igualdade de gênero ou racial e outras voltadas para os ciclos de vida, específicas para adultos, crianças, juventude e idosos.

O Ipea fez um balanço do desempenho financeiro do GSF *per capita* no período de 1995 a 2010. A trajetória do GSF demonstra crescimento no período conforme pode ser verificado no Gráfico 1.

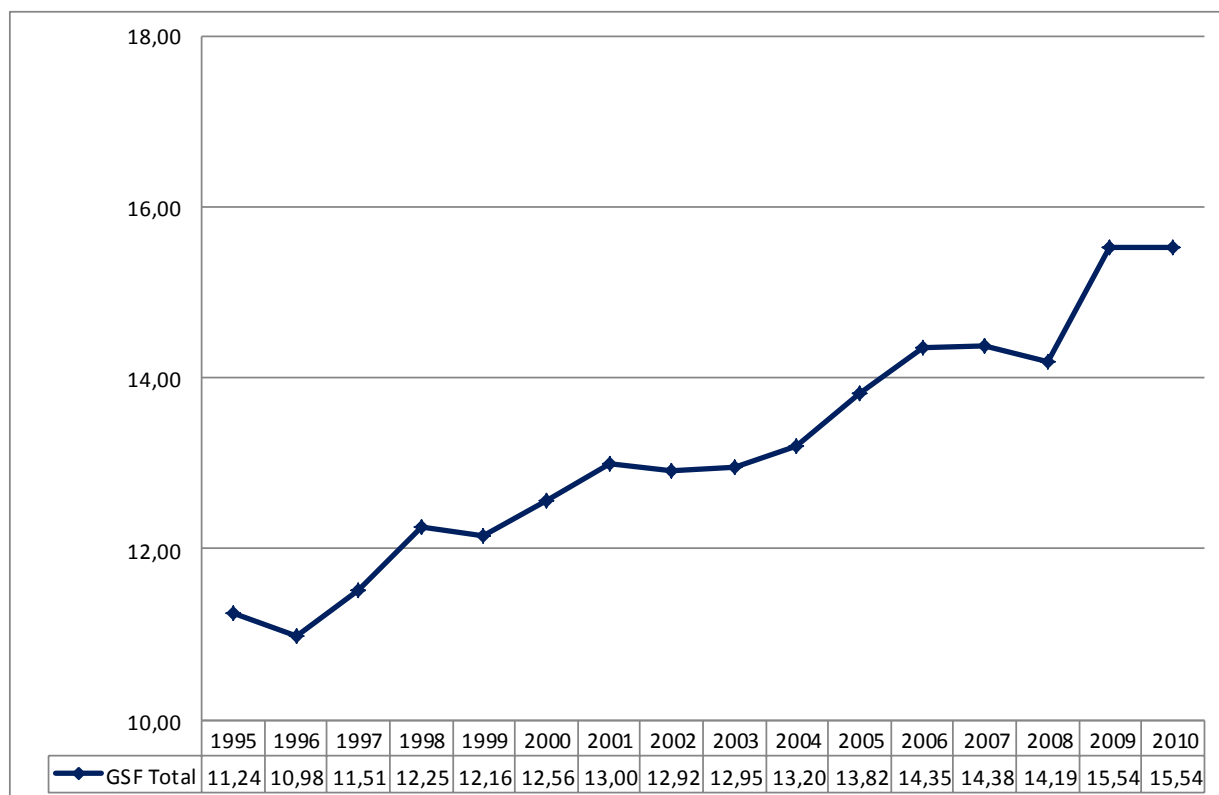
Gráfico 1 - Trajetória do Gasto Social Federal *per capita*, 1995 a 2010



Fonte: SIAFI/SIDOR e Ipeadata. Elaboração: Disoc/Ipea (Ipea,2012b).

É destacada a inflexão dos valores *per capita* do GSF após o ano de 2003, início do governo Lula. No entanto, essa notável intensificação, ocorreu após um período de importante crescimento econômico, entre 1995 e 2002. O Ipea analisou essa intensificação secciona de acordo com as orientações políticas de governos diferentes. No segmento de 1995 a 2002, período governado por Fernando Henrique Cardoso, o crescimento do *per capita* do GSF correspondeu a 32%, enquanto no período de 2003 a 2010, sob o governo de Lula, cresceu 70%.

O Gráfico 2 mostra a análise da evolução do GSF em relação ao Produto Interno Bruto (PIB).

Gráfico 2 - Gasto Social Federal em relação ao PIB (em %)

Fonte: IPEA 2012b

A análise da evolução do GSF em relação ao PIB demonstra um crescimento linear, com algumas inflexões que correspondem a períodos de crises econômicas e evidencia a influência das situações econômicas favoráveis sobre as decisões políticas de intensificação do GSF.

É importante conhecer a composição de tão expressivo crescimento do GSF. As Tabelas 5 e 6 mostram o GSF, segundo a área de atuação, com a respectiva participação percentual.

Tabela 5 - Trajetória do Gasto Social Federal, 1995 a 2010, por área de atuação.

Em R\$ Bilhões Constantes Dez/2011 (corrigidos pelo IPCA mensal)

Áreas de Atuação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alimentação e Nutrição	2,3	1,3	2,0	2,5	2,6	2,6	2,5	2,3	2,3	2,0	2,3	2,7	2,7	2,6	3,2	4,5
Assistência Social	1,7	2,0	3,8	5,5	6,8	9,8	12,4	15,8	17,4	21,4	24,4	28,3	31,5	35,4	39,4	44,2
Benefícios Servid. Púb. Federais	51,5	49,5	52,9	56,2	58,4	60,5	65,3	67,9	63,4	65,8	67,4	70,3	75,4	79,5	86,5	93,1
Cultura	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,7	0,8	0,9	1,1	1,2	1,4	1,7
Desenvolvi-mento Agrário	3,2	2,9	4,8	4,6	3,7	3,6	3,8	3,1	2,8	3,8	5,0	6,1	6,7	6,0	6,2	4,9
Educação	19,7	17,3	16,7	18,1	18,3	21,2	20,7	19,9	18,8	20,7	22,7	25,3	29,4	31,9	37,6	45,5
Emprego e Def do Trabalhador	11,1	12,1	12,0	13,4	12,4	12,8	14,2	14,9	14,7	15,5	17,4	21,6	24,9	27,0	33,1	33,8
Habitação e Urbanismo	2,3	3,7	10,2	7,5	6,1	10,5	8,0	9,0	7,8	8,5	11,3	12,5	13,8	20,4	28,1	33,1
Previdência Social	103,7	113,7	116,5	131,8	136,0	141,2	151,5	160,2	172,9	188,9	206,1	224,8	238,2	247,2	266,1	303,5
Saneamento	0,7	1,7	2,7	4,0	2,3	2,7	5,6	2,2	0,9	1,5	2,3	2,9	6,0	5,9	7,4	5,4
Saúde	37,3	32,7	37,8	36,0	39,8	41,4	43,0	44,2	41,9	46,1	46,8	52,4	55,9	59,3	67,6	68,8
GSF Total	234,0	237,4	259,8	280,1	286,9	306,8	327,6	340,0	343,3	374,9	406,6	447,8	485,7	516,3	576,5	638,5

Fonte: Ipea (2012b)

Tabela 6 - Participação do Gasto Social Federal, 1995 a 2010, por setor (Em%).

Participação percentual de cada área de atuação no total do GSF

Áreas de Atuação	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Alimentação e Nutrição	1,0	0,5	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7
Assistência Social	0,7	0,8	1,5	2,0	2,4	3,2	3,8	4,6	5,1	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9	6,8	6,9
Benefícios Servid. Púb. Federais	21,9	20,8	20,4	20,1	20,4	19,7	19,9	19,9	18,4	17,5	16,6	15,7	15,5	15,4	15,0	14,6
Cultura	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Desenvolvi-mento Agrário	1,4	1,2	1,8	1,7	1,3	1,2	1,2	0,9	0,8	1,0	1,3	1,4	1,4	1,2	1,1	0,8
Educação	8,5	7,3	6,4	6,5	6,4	6,9	6,4	5,9	5,5	5,6	5,6	5,7	6,1	6,2	6,5	7,2
Emprego e Def do Trabalhador	4,7	5,1	4,6	4,8	4,3	4,1	4,3	4,4	4,3	4,1	4,3	4,8	5,1	5,2	5,7	5,3
Habitação e Urbanismo	1,0	1,6	3,9	2,7	2,1	3,5	2,4	2,7	2,3	2,3	2,8	2,8	2,9	4,0	4,9	5,2
Previdência Social	44,3	47,8	44,8	47,0	47,3	45,9	46,2	47,1	50,4	50,3	50,7	50,2	49,0	47,8	46,1	47,5
Saneamento	0,3	0,7	1,0	1,4	0,8	0,9	1,7	0,7	0,3	0,4	0,6	0,7	1,2	1,2	1,3	0,9
Saúde	15,9	13,9	14,5	12,9	13,9	13,5	13,1	13,0	12,2	12,3	11,5	11,7	11,5	11,5	11,7	10,8
GSF Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IPEA (2012b)

Da comparação entre as tabelas em que constam os segmentos da proteção social conclui-se que, entre as áreas componentes da Seguridade Social, é nítida a primazia de gastos da Previdência Social, entre 44,3% e 47,5% do GSF. Observa-se ter havido migração de prioridades no emprego de recursos federais da saúde para a assistência social em termos de participação do total do GSF. No entanto, pondera-se que, em termos de recursos globais para a saúde intensificou-se a participação dos demais entes federativos na execução descentralizada da política setorial. Com relação à previdência social, observa-se certa estabilidade ocasionada pela constância nas modalidades de concessão dos benefícios no período.

Com relação ao novo quadro de disponibilidades federais Costa (2009) concluiu que a criação do Programa Bolsa Família, com a dimensão que tomou, afetou as dotações orçamentárias federais para as áreas sociais básicas como saúde, educação e saneamento. O autor detectou que diante da progressão de recursos destinados à transferência de renda, houve expressiva estagnação de meios de custeio para essas áreas nos últimos sete anos. Na saúde não verificou expressivos adensamento de aportes mesmo com a ampliação do papel dos estados e municípios no financiamento setorial.

É importante se discutir o efeito da priorização das ações de assistência social sobre a distribuição de renda da população e sobre outros setores básicos da proteção social como saúde, educação e saneamento. Nesse sentido, Costa (2009) fez consistente análise, respaldada na literatura atual, e concluiu que, se de um lado as transferências de renda causaram impacto positivo de natureza redistributiva ao reduzir as desigualdades de rendimentos líquidos, por outro, as opções de governo em termos de priorização de aplicações financeiras provocou o frágil desempenho verificado pelos indicadores de educação e saneamento. Pondera que os déficits sociais nessas áreas, fundamentais para a sustentação do progresso social, são frutos do frágil papel indutor do governo central, também verificado na área da saúde e necessário à implementação de políticas nacionais. Essa deficiência da gestão central resulta em ampliação de coberturas medíocres, como no caso do saneamento, e em fragilidade na orientação para a eficiência e qualidade no desempenho verificado na educação e na saúde.

Vaitsman et al (2009) prenunciam que a expansão da cobertura nacional do Programa Bolsa Família, junto com a consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são “os elementos que definirão as feições da assistência social no país no final dos anos 2000”. De acordo com dados do IPEA até 2010 foram registradas 12,8 milhões de famílias o que representa uma progressão de 408,2 mil famílias em relação ao ano anterior. O IPEA registra como importante o reajuste do benefício médio pago pelo PBF de R\$ 96,00 para R\$ 115,00. Desde sua instituição o programa obteve aumento real de 10%, descontada a inflação do período (IPEA, 2012b).

A complexidade e amplitude da questão social relativa à privação de meios materiais estimulam a provocação de Theodoro & Delgado (2003) sobre a necessidade da composição com políticas mais estruturais e do esforço mais geral e socialmente participativo para a construção de uma sociedade onde maior contingente populacional tenha acesso ao consumo de massa, nos termos propostos pela concepção atual das iniciativas de transferência de renda.

Com relação à dificuldade de dimensionar, com segurança, o impacto do conjunto de programas de Proteção Social sobre a pobreza e as várias formas de desigualdades, Vaitsman et al. (2009) detectaram vários estudos que apontam correlações positivas em favor do abrandamento das desigualdades de renda: Entre 2001 e 2006, estudos quantitativos apontam uma queda de 3,45 pontos no coeficiente de Gini brasileiro, terminando o período em 0,56. Avaliam que para essa redução ser considerada consistente, deverá prosseguir mantida ao longo dos próximos anos.

Segundo informações do IPEA (2012c), como resultado do conjunto de políticas sociais, no período 2004-2009, a pobreza extrema caiu de 8% para 5% da população, considerando a linha da pobreza utilizada para o Programa Bolsa Família. No entanto, pondera que essa progressão também é consequência de outros fatores como: O crescimento econômico verificado no período, com conseqüente ampliação do mercado de trabalho; aumentos reais do salário mínimo e seus efeitos redistributivos; e, por fim a expansão da cobertura e elevação dos valores dos programas de transferência de renda.

Segundo o MDS a caracterização das famílias beneficiárias e os benefícios concedidos têm critérios modificados pela dinâmica dos efeitos que vão sendo observados sobre o público beneficiário. Os critérios de eletividade detectados em junho de 2013 eram os seguintes:

1 - O valor concedido às famílias em situação de extrema pobreza (per capita abaixo de R\$ 70,00), como Benefício Básico, é de R\$ 70,00 por pessoa. Para aquelas que possuem renda familiar de até R\$140,00 por pessoa e têm crianças de zero a 15 anos, é concedido também o Benefício Variável no valor de R\$ 32,00 no limite de cinco benefícios por família.

2 - O valor pago pelo Benefício Variável Jovem é de R\$38,00 por jovem de 16 ou 17 anos pertencentes às famílias beneficiárias, no limite de dois benefícios por família.

3 - O Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância - BSP, é concedido às famílias com crianças de zero a seis anos, que mesmo recebendo os benefícios financeiros do PBF continuam em situação de pobreza extrema (renda *per capita* mensal de até R\$ 70,00). O valor do benefício correspondente ao necessário para que a família supere os R\$ 70,00 mensais por pessoa.

Em um contexto de políticas sociais, ainda no enfoque de Proteção Social, a inserção do SUS no BSM expõe a derivação de uma atuação universalizada para o atendimento de população especificada por critérios eletivos. No entender de Draibe (2003), nesse contexto de Proteção Social, esse tipo de oposição torna-se inadequada, as duas formas combinam-se duplamente tanto no interior do programa de enfrentamento de pobreza como também no dos programas universais para cumprirem o duplo papel de estruturador do desenvolvimento social e de combate à pobreza.

A focalização no interior de programas universais foi a orientação encontrada para potencializar o impacto redistributivo e, conseqüentemente, a desigualdade na distribuição da renda (CAMARGO, 2003; DRAIBE, 2003). Draibe (2003) chama a atenção que o conjunto de mecanismos e medidas introduzidas pela focalização, não só no setorial saúde, como também no da educação, constituem-se em priorizações de linhas de atuação básicas, de maior impacto social, desde que se constituam em ações de atenção básica e de ensino

fundamental, desenvolvidas em municípios com maior incidência de pobreza, segundo critérios previamente definidos, elegíveis pelos programas de transferência de renda.

No entanto, a focalização da política social tendo como parâmetro apenas o nível de renda, pode distorcer a função do critério de escolha pela dificuldade de identificar o real nível de renda das famílias. Segundo Camargo (2003) elas teriam todo incentivo para declararem sua renda abaixo da real. O autor sugere uma composição entre a renda e localização da moradia para uma identificação mais realista das condições aquisitivas das famílias.

Neste capítulo depreende-se que no Brasil, como em outros países, as políticas sociais tiveram origem nas falhas observadas na ampliação da abrangência do mundo do trabalho, sendo o período do início da industrialização seu marco fundamental, a partir de reivindicações da classe operária.

Nesse âmbito, a atuação estatal foi ampliando seu espectro, a partir da década de 1930 até a CF 1988, promovendo o Estado da função de um agente da regulação trabalhista e previdenciária, para fomentador de atuação mais ampla em ações de educação, saúde, habitação e outras áreas sociais. O marco legal estabelecido pela CF 1988 assinala o início de uma visão sistêmica de política social como direito de todos os cidadãos e dever do Estado.

No entanto, as restrições econômicas impostas à adoção do modelo pós-constitucional dificultou a implantação dessa estrutura, tendo comprometido a sobrevivência do modelo de Seguridade Social implantado pela Carta Magna de 1988. Setores da área social foram sacrificados e outros priorizados para atuação mais intensiva, de acordo com as opções de governo.

Criou-se uma cultura de priorização de linhas de atuação no âmbito da proteção social com forte referência na transferência condicionada de renda a segmentos populacionais focalizados. Com os ganhos políticos advindos dessa opção de governo a mesma se consolidou como modelo de atuação governamental na área social, em detrimento do modelo de Seguridade Social desenhado pela CF 1988.

A partir desse direcionamento o debate sobre o caráter universalista das políticas sociais, prerrogativa embutida na Seguridade Social

introduzida pela CF 1988 e a focalização induzida pelas restrição de recursos imposta pela política econômica, acalorou-se e, posteriormente, acomodou-se na assimilação da dicotomia gerada, como uma condição de potencialização de resultados em áreas sócias escolhidas como parâmetros para a condicionalidade da atuação governamental orientada por prioridades de governos, de acordo com o bônus político.

Apesar de ter havido notável progresso na disponibilização de recursos, as análises apresentadas neste capítulo apontam o peso dos gastos previdenciários e o crescimento vertiginoso do gasto com Assistência Social como maiores destaques. Na composição da participação setorial comprova-se essa afirmação, enquanto, por outro lado, observa-se a estagnação da evolução da participação de outros setores, a exemplo da saúde e educação.

Nesse contexto, o BSM constitui-se em um programa privilegiado na estrutura de prioridades sociais assumida pelos governos pós CF 1988 e configura-se como uma linha de atuação com condições de continuidade, haja vista a persistência do cenário macro econômico e o direcionamento político dos últimos governos.

CAPITULO 4 - Atuação descentralizada e a coordenação federativa da política de saúde

Neste capítulo será examinada a relação entre o MS, órgão responsável pela gestão central do SUS, e os demais entes federados, responsáveis pela aplicação das determinações federais para a execução descentralizada das linhas de atuação que dão concretude à política nacional de saúde. Na análise efetuada será levada em consideração a relação entre a centralidade das decisões no MS e as prerrogativas da autonomia federativa, além de suas características próprias. As formulações obtidas a partir de estudos desenvolvidos no Brasil, cujos resultados estão disponibilizados na literatura, podem ser úteis ao debate sobre a abordagem dada pelo MS na formatação da participação municipal no BSM.

A relação entre Estado e sociedade, na concepção da política social introduzida pela CF de 1988, ampliou significativamente a responsabilidade estatal na racionalização do fornecimento à população dos bens e serviços de caráter universal. Essa nova ordem exigiu estratégias de gestão de grande abrangência e adaptabilidade tendo como principal instrumento para a sua sustentabilidade a descentralização da atuação setorial.

4.1. Os fundamentos da descentralização de recursos e de responsabilidades

A descentralização diz respeito, segundo Rondinelli (1989), à transferência de responsabilidades para planejar, gerir e alocar recursos de maneira adequada. Essas características são emanadas do poder central e suas agências para o campo de ação das unidades subordinadas ou níveis de governo periféricos. Este capítulo se propõe a clarificar a relatividade do processo brasileiro com relação a essas prerrogativas, levando em consideração o papel institucional do Ministério da Saúde (MS) como gestor central da atuação descentralizada.

O papel institucional de uma entidade refere-se à capacidade e à habilidade de antecipar e influir em mudanças de situação, tomar decisões fundamentadas em estudos de caso e análises situacionais, captar e absorver

recursos na esfera federal e fazer uma gestão voltada para o alcance de objetivos (RONDINELLI, 1989).

Neste estudo, o papel institucional do MS, é identificado pela sua competência na formulação dos objetivos, diretrizes, estratégias e metas de atuação, pelos arranjos para a cobertura de recursos para o seu desenvolvimento, bem como pela coordenação da descentralização e articulação com os demais níveis de gestão para a implantação e continuidade das ações inerentes às linhas de atuação.

Foram identificadas por Rondinelli (1989) duas abordagens atualmente adotadas para estudar a descentralização da atuação pública:

1 – Teoria Econômica Neoclássica da escolha pública em que é tratada a natureza dos bens e serviços; e

2 – As teorias da Administração Pública e das Finanças Públicas. Essas teorias analisam as características das estruturas organizacionais e dos instrumentos de financiamento.

O autor comprovou a complementariedade dessas abordagens como contribuição para o entendimento de como a descentralização pode ser conduzida e das linhas mestras para a implementação de políticas descentralizadas.

A opção teórica adotada nesta tese enfoca a segunda abordagem identificada por Rondinelli e, de acordo com o objeto pesquisado, aproxima sua visão da definição da responsabilidade de financiamento, que segundo o autor é central na fixação do conceito de descentralização.

Nessa concepção são destacados como fatores determinantes do êxito da descentralização aqueles que afetam fortemente a implementação de programas com esse corte. Em síntese, têm origem de:

a) Ordem política, na forma de comprometimento do nível central para transferir planejamento, tomada de decisão e autonomia de gestão; e

b) Ordem organizacional, caracterizados por leis, regulamentos e diretrizes para definir a relação entre os diferentes níveis de governo e a administração das responsabilidades. Porém, esse processo deve ser apoiado por arranjos legais flexíveis, baseadas em critérios de desempenho para a realocação de funções, entre outras. Levam em consideração também os

recursos e as capacidades transferidas para que se operem as mudanças e ajustes que se fizerem necessários.

A operacionalização desse conjunto de fatores requer procedimentos de planejamento e gestão claramente definidos e compartilhados entre gestores e cidadãos. Merece atenção a importância do desempenho do papel institucional da instância descentralizadora no processo de gestão.

Outro ponto importante ressaltado pelo autor é a necessidade de cooperação dos beneficiários na formulação, organização, implementação, monitoramento e avaliação dos programas de provisão de serviços, destacando aspectos de uma gestão democrática e com controle social.

4.2. A descentralização na reforma do Estado brasileiro

A descentralização teve grande evidência na condução da reforma do Estado em todo o mundo, sendo considerada como eixo central para a minimização da estrutura da administração pública. De acordo com Loureiro e Abrúcio (2004), essa concepção de reforma, surgiu como elemento principal da agenda internacional de governo dos anos 1990. Nesse cenário, segundo destaca Arretche (1996), a descentralização foi considerada ponto focal do modelo de reforma adotado no Brasil.

Arretche, (1996, 2002) e Ugá & Santos (2007) justificam, de forma convergente, a ênfase dada a descentralização no bojo da reforma do Estado brasileiro ao elegerem, ao menos, dois fatores que a potencializaram como estratégia estruturante e a fortaleceram como um consenso criado em torno da sua utilização na organização do SUS.

O primeiro, também corroborado por Levcovitz (2001), diz respeito ao cenário internacional dominante e emergente na América Latina relacionado à gestão dos sistemas públicos de saúde, identificado, na década de 1990, pela passagem de uma situação extremamente centralizada, tanto político e administrativamente como financeiramente, para a gestão democrática, compartilhada entre os entes federativos e com participação social.

O segundo diz respeito à questão da eficiência que permeia a agenda dos organismos internacionais de cooperação desde o início daquela década. O ideário seria que a execução descentralizada, com a participação

social, potencializaria sentimentos cívicos da população e colaboraria na qualificação do emprego dos recursos. Nesse aspecto, Arretche (1996) acede a posição de Ugá & Santos (2007), ao considerar que a definição de formas descentralizadas de execução seriam mais democráticas e eficientes. A essas premissas, Costa et al. (1999) acrescentam a possibilidade da prestação direta e exclusiva pela gestão municipal propiciar maior controle de qualidade por parte dos usuários dos serviços ofertados. De fato, no Brasil originou-se uma proximidade mais pronunciada do cidadão com as instâncias decisórias, principalmente nos municípios de menor porte.

Ainda na visão de Costa et al. (1999), com relação à atenção à saúde, a estratégia de descentralização da execução dos serviços foi potencializada pela busca de solução para a baixa efetividade e pela ausência da clara atribuição de papéis aos entes federados, relativos à definição da suas responsabilidades na atuação setorial.

Já Levcovitz et al. (2001) ressaltam que a descentralização seria a única diretriz organizativa do SUS que não se chocaria com os princípios liberalizantes em voga à época da reforma do sistema de saúde brasileiro, em que o contexto político dominante embutia ideias neoliberais. Para esses autores, a fundamentação em base político-ideológica diferenciada – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado – colaborou para o consenso obtido em torno da descentralização e favoreceu o avanço da implantação do SUS no início da década de 1990.

Outros aspectos conjunturais importantes para o avanço da execução descentralizada foram apontados por Ribeiro (2009) e Abrúcio & Couto (1996), ao analisarem as condições do cenário organizativo do SUS, marcado pela restrita disponibilidade de recursos para a cobertura de necessidades crescentes. Esses autores destacam que essa situação foi potencializada pela abrangência do modelo, pela responsabilidade de aplicação compartilhada e de distribuição das atribuições entre Unidades Federadas de grande heterogeneidade social e cultural, além de capacidades fiscais e administrativas bastante diferenciadas e dotadas de dinâmicas políticas variadas. No entanto, ponderam que apesar dessas condições adversas, observou-se uma dinâmica

satisfatória na implantação e desenvolvimento da atuação descentralizada na década de 1990.

Para operacionalizar as iniciativas descentralizadas, os municípios, além de aumentarem seus gastos próprios com saúde, precisaram modificar sua estrutura administrativa, alterar suas linhas de atuação prioritárias e incorporar infraestrutura prestadora de serviços, antes sob gestão de instâncias superiores de governo. Contando, a partir de então, com a intensificação da participação social na gestão descentralizada (ABRUSCIO; COUTO, 1996; RIBEIRO, 2009; VIANA; MACHADO, 2009).

O Estado federativo brasileiro, como observa Arretche (1999), é marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, políticas e de capacidades administrativas dos governos locais. Tais desigualdades podem ser equilibradas pela ação política que dá conformidade às transferências de responsabilidades e se operacionaliza nas estratégias de indução que, se desenhadas de forma eficiente, poderão compensar as dificuldades impostas pelas diferenças estruturais ou institucionais.

A autora pesquisou a descentralização de cinco políticas sociais em seis Unidades Federadas com diferentes características populacionais, econômicas, fiscais e de associação participativa. Concluiu que as elevadas faixas de adesão aos programas foram fortemente influenciadas pela eficiência da estratégia de indução, levando em conta a avaliação local dos custos e benefícios em que implicariam a decisão de adesão.

Em síntese, a pesquisa de Arretche indicou que as influências mais marcantes na decisão de acesso, na área da saúde, foram a flexibilidade do desenho da forma de descentralização – com distintas modalidades de adesão –, a estrutura de incentivos e o custo político do reflexo local da opção por não ratificação à universalização da saúde.

A partir de extensa revisão da literatura, Ribeiro (2007) identificou a existência de influências e pressões, de processos políticos externos, exercidos sobre a orientação da formulação e implementação das políticas públicas nacionais na década de 1990. A autora caracterizou esse movimento, principalmente, no que diz respeito a duas agendas com destaque político na ocasião: As posições adotadas pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de

Desenvolvimento e Fundo Monetário Internacional no que diz respeito à disseminação de propostas de reforma de estados em países em desenvolvimento, que evidenciava a descentralização da ação governamental como principal estratégia, e a tendência global de democratização marcada pela participação da sociedade na gestão estatal, como gênese de uma nova forma de organização da atuação do Estado, que resultou na intensificação da participação política da população e democratização das decisões do governo⁶.

Ao examinar a literatura nacional, a autora conclui que esse duplo movimento em torno da descentralização da ação estatal, se traduziu no Brasil em uma permanente interação entre “convergências e tensões” de tendências do projeto de caráter liberalizante, internacionalmente difundido, em contraponto ao projeto nacional de democratização dos direitos sociais, caracterizados pela prerrogativa de afirmação da cidadania com a garantia de direitos universais.

Além desses fatores, Ribeiro (2010) observa, com muita pertinência, uma permanente tensão entre as áreas econômicas dos governos das três esferas administrativas e as áreas responsáveis pelas políticas sociais. Essa tensão está relacionada com as definições de recursos orçamentários para as coberturas financeiras setoriais e interpõe-se como agravante do avanço supranacional das intenções do projeto de descentralização. É importante destacar que essa zona de tensão continua nitidamente perceptível nos procedimentos de orçamentação e execução de recursos do MS, conforme o exposto na Introdução desta tese. É essa zona de tensão que delimita a dependência da disponibilidade e a suficiência de recursos para a política de saúde.

4.3. O Setor Saúde e a descentralização de responsabilidades e recursos

Para dar suporte aos propósitos reformistas, com a complexidade do compartilhamento de responsabilidades das três esferas de gestão, ao longo das mais de duas décadas de existência do SUS, o MS, responsável pela

⁶ A autora citada tomou como base as contribuições de Grindle & Thomas (1989); Batista (1994); Kliksberg (1993); Hecht & Musgrave (1993); Costa (1998); Burki, Perry & Delliger (1999); BID (1997;2000). As referências da autora, também revisados para a elaboração desta tese, mapearam variáveis políticas, sociais, econômicas, de capacidade de gestão e riscos decorrentes de processos de descentralização para formular condições com influência sobre processos de descentralização de recursos e responsabilidades para o desenvolvimento de políticas nacionais.

condução central do sistema, teve sua potencialidade na coordenação federativa sustentada por extensa normatização editada nas décadas de 1990 e 2000. Estruturalmente esse conjunto de normas teve como ponto focal a organização da descentralização dos recursos e atribuições dos entes federados, com ênfase nos mecanismos de financiamento.

A relação entre a descentralização e a distribuição de recursos que caracteriza a abordagem tipificada por Bossert (1999) como “escolha fiscal local” sofre forte influência da competência tributária própria de cada esfera de governo. Mecanismos de transferências de fundos entre os entes federados complementam o suporte à capacidade empreendedora de cada ente de uma federação. No Brasil, a descentralização fiscal permitiu a estados e municípios maior controle sobre a geração de receita tributária, além da intensificação de transferências federais. Nesse sentido, o poder de barganha dos níveis subnacionais com o nível federal foi fortalecido pela necessidade do governo central em obter apoio no Congresso Nacional para a acomodação de interesses gerada pela fragilização dos mecanismos políticos não democráticos (ABRUCIO, 1996).

Esse movimento resultou em beneficiamento aos municípios na redistribuição das receitas nacionais, fortalecendo o seu poder fiscal e a sua autonomia de gestão (RIBEIRO, 2009; LIMA, 2007; SOUZA, 2003; UGÁ, 2003).

A evolução do processo de descentralização foi conduzida pelo MS, a partir do início da década de 1990, com resultados bastante tímidos no primeiro ano daquela década. Porém, a partir da edição de portarias do MS, com orientações na forma de normas operacionais, foi construída a modelagem da atuação descentralizada em saúde, a partir da estruturação dos repasses financeiros. As Normas Operacionais Básicas (NOB) delimitaram o cenário institucional onde o SUS operou até a primeira metade da década de 2000.

A partir das NOBs de 1991 e 1992, foram introduzidos os procedimentos de condicionamento das transferências de recursos destinados à estruturação institucional das secretarias de saúde locais, com exigências relativas à existência de planos, fundos e conselhos locais de saúde (IPEA, 2007), observando-se, a partir de então, a dinamização da estratégia.

A partir desses condicionantes foram estabelecidos tetos financeiros para a assistência hospitalar e ambulatorial, o que não implicou, necessariamente, em efetiva descentralização da gestão de recursos, pois as esferas subnacionais continuaram sendo tratadas como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais (UGÁ ET AL., 2003). A remuneração dos serviços dos prestadores públicos passou então a ser feita com base na produção aprovada a partir de dados apresentados aos sistemas de informações e faturamento da assistência ambulatorial e hospitalar. Os investimentos em infraestrutura foram direcionados apenas para a ampliação ou modernização de unidades já implantadas.

Com relação aos incentivos, que nos anos seguintes foram utilizados como importante instrumento de indução à descentralização, a NOB de 1991 criou o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (Fideps), voltado para hospitais universitários e dirigido à capacitação do pessoal atuante na atenção à saúde.

Com finalidade de concretizar a distribuição de responsabilidades de forma estruturada, a NOB de 91 conferiu atribuições mediante estágios de habilitação de estados e municípios, gerando comprometimentos dos entes federados com a gestão e execução próprias dos serviços (COSTA ET AL. 1999).

A partir de 1993, a edição da NOB SUS 01/1993, dinamizou o processo de municipalização com a implantação do caráter automático das transferências intergovernamentais (fundo a fundo). Nessa NOB criaram-se os níveis da gestão municipal e estadual – incipiente, parcial e simplena – que atribuíam competências e responsabilidades distintas, a depender do comprometimento do gestor na organização da assistência à saúde, mensurada por meio do cumprimento de determinados parâmetros preestabelecidos. Essa norma também criou o teto financeiro global para estados e municípios habilitados nos níveis de gestão.

No entanto, estudo analítico do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) aponta que

“muitas das disposições dessa NOB não chegaram a ser implementadas e as transferências regulares e automáticas que ela propiciou restringiam-se ao custeio de serviços de assistência (serviços ambulatoriais e hospitalares). A norma

levou, no entanto, à exacerbação do movimento no sentido da municipalização da saúde, radicalizando a relação direta entre o nível federal e o municipal, e tornou mais complexa a estruturação sistêmica do SUS, na medida em que não se avançou na implementação das atribuições para os estados, que passaram a disputar recursos e responsabilidades com os municípios, promovendo o aumento da tensão entre essas instâncias gestoras.” (IPEA, 2007a, p.128).

Com relação ao destaque dado pela NOB 93 a responsabilização dos entes estaduais e municipais na prestação dos serviços de saúde, Costa et al (1999) credita a esse novo papel, principalmente no âmbito municipal, o motivo do elevado grau de adesão dos entes federados às novas funções introduzidas pela descentralização.

A NOB 01/1996, editada nesse ano, buscou resgatar e definir atribuições mais amplas para os estados e municípios ao indicar responsabilidades assistenciais, principalmente na atenção básica e dar ênfase nas funções estaduais de coordenação e regulação do sistema na sua circunscrição territorial. Buscou o fortalecimento da CIT e das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)⁷, bem como o estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI) que racionalizou o traçado intermunicipal da oferta de serviços.

Essa norma criou também a modalidade de “gestão plena do sistema” por meio da qual as Unidades Federadas poderiam obter total autonomia na gestão do conjunto do seu sistema de saúde. Os municípios também poderiam optar por serem gestores plenos da atenção básica. Foi por meio dessa NOB que se estabeleceu PAB fixo e a política de incentivos, por meio do PAB variável⁸, para programas como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF), o que representou o fortalecimento da atenção básica e das ações de saúde coletiva.

No entanto, essa norma não determinou cotas de recursos para investimentos. Porém, essa modalidade de aplicação esteve vinculada à condição

⁷ Trata-se do fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do SUS.

⁸ O PAB Variável é constituído por recursos destinados a incentivar financeiramente estratégias, prioritárias para o MS, no âmbito da atenção básica com ênfase no PSF.

de habilitação do ente federado, cujos recursos foram transferidos por meio do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS).

Como visto, a NOB 01/96 deu destaque à transferência de recursos para a Atenção Básica que, posteriormente, teve sua estabilidade assegurada pelas garantias de recursos geradas pela EC/29. Essas duas iniciativas constituíram-se nos grandes impulsionadores da descentralização financeira regular e automática para estados e municípios na segunda metade da década de 1990.

O processo de descentralização de recursos teve prosseguimento com as transferências para ações de vigilância em saúde, de combate às carências nutricionais, de farmácia básica e dos recursos destinados às unidades assistenciais da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a partir de 1999.

Com relação à vigilância em saúde, antes de descentralizar os recursos,

um processo de estruturação das áreas de vigilância epidemiológica nas secretarias estaduais e municipais de saúde foi ativamente implementado pelo governo federal antes mesmo da publicação da portaria, por meio do Projeto de Estruturação do Sistema de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS (Vigisus). Ao fim do ano 2000 todas as secretarias estaduais de saúde e muitas de municípios de médio e grande porte estavam certificadas para assumirem as responsabilidades propostas (IPEA, 2007a, p. 128)

A descentralização dos recursos federais para o custeio das ações ambulatoriais e de média e alta complexidade foi objeto da Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada em 2001 (NOAS – 2001). Para os serviços ambulatoriais de média complexidade foi definida a criação de um valor per capita nacional, que multiplicado pela população estadual, determinava o montante a ser transferido aos estados, sendo observado o limite do Teto Financeiro Estadual. As internações foram custeadas com base na Programação Pactuada Integrada (PPI), conduzida pelo gestor estadual, obedecendo ao teto financeiro da assistência de cada Unidade Federada e com possibilidade de complementação pelo MS.

Pela lógica dessa Norma o pagamento dos procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar obedeceu a uma estratégia de

identificação e ordenamento de prioridades, a partir da conformação de um Plano Diretor de Regionalização, que determinou o início de tentativas de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, a conformação de redes hierarquizadas de serviços e o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais (CONASS, 2007).

Parte das ações de alta complexidade tiveram como fonte de financiamento os recursos do Teto Financeiro de Assistência da Unidade Federada e parte os recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), criado com execução centralizada.

A descentralização dos recursos foi sendo normatizada em forma concomitantemente com a transferência de recursos fundo a fundo e outras diversas modalidades de repasses, com grande especificação do uso de cada parcela do recurso federal transferido, de acordo com a especialidade a que se destinava. De certa forma esse retalhamento implicava em restrição ao poder de decisão das esferas subnacionais na definição de políticas e programas próprios. Em outubro de 2001, a transferência de recursos federais para estados, DF e municípios estava sendo processada por meio de 65 mecanismos institucionalizados de repasses pré-definidos (BARROS, 2002), chegando a mais de uma centena em 2006 (CONASS, 2007).

Essa característica da forma de descentralizar os recursos federais do SUS provocou discussões entre os gestores dos três níveis de governo. Desde 2004 havia consenso de que essa opção da gestão federal apresentava sinais de esgotamento. Assim, após um processo de discussão, que se estendeu por dois anos, foi concebido um novo processo de pactuação entre as três esferas de governo, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006). O Pacto de Gestão, parte integrante do Pacto pela Saúde, introduziu importantes mudanças na forma de operacionalização das transferências de recursos, dentre as quais podem ser citados: os estados e os municípios não mais teriam de se habilitar a alguma das condições de gestão e as transferências de recursos federais passaram a serem necessariamente automáticas condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado, e

ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão do sistema.

As transferências feitas por meio de regulamentações específicas para determinadas ações e programas, que até então apresentavam grande pulverização foram agrupadas nos supracitados blocos de financiamento, sendo, posteriormente, criado mais um específico para investimento.

Com relação a mais essa adaptação da gestão descentralizada da atuação governamental por meio do SUS, Viana et Lima (2011) observam que novas diretrizes de gestão, explicitadas por meio da formalização de acordos entre as esferas de governo, determinaram responsabilidades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento constantes de um termo de compromisso de gestão firmado pelos entes federados com a União. No entanto, como estímulo a adesão ao pacto, o MS observou a necessidade de criar mais um incentivo financeiro com finalidade de obter institucionalização para as bases negociadas e de fomentar a cooperação intergovernamental, de corte regional, organizada na forma de Colegiados de Gestão Regional.

As transferências de recursos por meio de blocos determinou que para a Atenção Básica fosse executada, basicamente, por meio dos segmentos PAB Fixo e Variável. O primeiro é um recurso disponível com certa flexibilidade de gasto em ações básicas de saúde, independente da forma como está organizado o modelo de atenção. O PAB-variável, criado pela NOB 01/96, foi instituído, inicialmente, como mecanismo de incentivo aos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. Posteriormente, complementarmente, passou a englobar outros incentivos para a formação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e, em seguida, para a conformação dos Núcleos de Saúde de Família (NASF).

Esse tipo de pactuação deveria estabelecer os papéis de cada ente federativo, esclarecendo sua atuação na execução descentralizada das ações e serviços de saúde e o papel do MS na coordenação federativa da gestão nacional. De acordo com Fleury, 2009 as relações estabelecidas por essa forma de pacto embutem problemas como o deslocamento do poder, com vetor subnacional, sem conseguir estabelecer a devida transparência e a

responsabilização que caracterizassem claramente os papéis de cada ente envolvido e respaldassem a eficiência desses governos.

As iniciativas mais recentes para o fortalecimento da função de coordenação federativa da atuação descentralizada do SUS foram introduzidas pela Lei Complementar 141/2012 e pelo Decreto 7508/2011.

A regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), por meio da Lei Complementar N^o. 141, de 13 de janeiro de 2012, ratificou as determinações daquela emenda com relação à participação da União, estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS e, principalmente, delimitou o escopo das ações e serviços públicos de saúde para efeito da apuração das aplicações mínimas de cada ente federado.

Mais especificamente, essa lei tentou definir com mais clareza a finalidade dos gastos com saúde no sentido de determinar quais as ações e serviços podem ou não ser objeto de financiamento com os recursos destinados a atender às determinações da EC 29. Os recursos originados de depósitos nos fundos de saúde passam, por meio dessa lei, a ter uma destinação mais bem definida e, mais objetivamente, poderão ser dimensionados para comprovação do cumprimento das determinações da EC 29. Essas disposições são importantes para encerrar polêmicas existentes quanto à destinação dos recursos a serem aplicados nas ações e serviços setoriais (SANTOS, 2012).

As determinações da LC 141/2012 reafirmam os níveis de vinculação de recursos das receitas tributárias municipais e estaduais a serem aplicados com exclusividade em ações e serviços que o mesmo dispositivo legal fixou: Para os municípios 15% e estados 12% de suas receitas tributárias. Para a União foi indexado o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação nominal do PIB. Caso ocorra variação negativa do PIB em relação ao ano anterior, a aplicação federal não poderá ser reduzida, permanecendo no patamar do ano anterior. Outro ponto de destaque do dispositivo legal é a vedação ao contingenciamento dos recursos da saúde.

Para a operacionalização das transferências da União a estados e municípios e dos estados aos municípios, a LC 141 endossa o já determinado com relação ao papel dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde: Destaca que todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de contas

específicas de responsabilidade desses fundos e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente deverão contar, além do respectivo fundo, com plano de saúde devidamente aprovado pelos conselhos de saúde.

Com relação às transferências da União para os estados, DF e municípios a LC 141 determina a observação de seus critérios e do art. 35 da Lei 8080/1990, cabendo à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As determinações relacionadas ao método de cálculo das transferências da União a estados e municípios e as dos estados aos municípios é motivo de discussão desde a promulgação da Lei 8080/90. O art. 35 foi motivo de polêmica pela complexidade envolvida no cálculo do valor a ser transferido a cada ente federado. O tema voltou a ser tratado na Lei 8.142/90, determinando que Decreto específico devesse ser editado para regulamentar o cálculo do repasse, de acordo com os parâmetros da Lei 8080/90. O critério deveria ser o do valor per capita, conforme o parágrafo 1º. do Art. 35 dessa Lei. No entanto, o que ocorreu, de fato, foi uma sucessão de portarias regulamentando formas alternativas de repasses diversas da determinação legal. Segundo Carvalho & Santos (2012) desde o início da década de 1990 vêm-se multiplicando formas de transferir recursos por programas, projetos e procedimentos. Como já visto neste trabalho, o grande número de portarias editadas pelo MS representa, de certa maneira, uma forma de centralização das decisões que serão operadas de forma descentralizada.

Enquanto um consenso tripartite a respeito do método de cálculo dos montantes a serem transferidos não é gerado, a portaria que trata dos blocos de financiamento (Portaria MS 204/2007) vem sendo considerada uma forma transitória de regulamentação das transferências. Essa portaria deveria ser revogada em até seis meses após a promulgação da Lei Complementar 141/2012, fato não consumado mais de um ano após a vigência dessa lei.

De acordo com Santos (2012) os critérios de necessidade de saúde definidos no art. 35 da Lei 8080/90, são endossados pela Lei Complementar 141/2012. Para a autora o que deve orientar o critério de

transferência, de acordo com a LC 141, é a necessidade de saúde da população. A definição dessa necessidade leva em consideração as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, geográfica, de organização de serviços (quantidade, qualidade) que, nos termos do Decreto 7.508/2011, deverá ser dimensionado por região de saúde. A metodologia deverá considerar essas dimensões, devendo o desempenho econômico, financeiro e técnico do período anterior ser apurado anualmente e orientar o cálculo de um adicional por desempenho.

Ainda ao comentar os efeitos jurídicos da LC 141/2012, Santos (2012) enfatiza a questão da utilização indevida dos recursos das transferências inter federativas. Verificada essa situação, o ente federativo deverá repor os recursos aplicados indevidamente e reaplicá-los nas ações e serviços de saúde prejudicados. Em caso de comprovação de malversação das transferências, o ente responderá, administrativa e penalmente, conforme a infração cometida, nos termos da legislação específica.

De edição ainda recente, a operacionalização dessa lei tem debate ainda limitado na literatura especializada. No entanto, a avaliação dos seus efeitos sobre a regularidade e ampliação do fluxo federal de recursos para estados e municípios não é das mais positivas. Para Carvalho & Santos (2012) as expectativas com relação às determinações de elevação dos níveis de financiamento das três esferas de gestão não foram atendidas, comprometendo a garantia de um sistema constitucionalmente determinado com acesso universal.

Com relação ao Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, ao “dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências.” Esse decreto explicitou conceitos, princípios e diretrizes do SUS, modificando a sua dinâmica da organização, ao tratar com organicidade das relações inter federativas e ao instituir novos instrumentos, documentos e formas de organização da gestão compartilhada.

A análise do Decreto 7.508/2011 revela a criação de novos elementos organizacionais, com destaque para a Relação Nacional de Medicamentos (Renases), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(Rename), o Mapa da Saúde com a sistematização da estrutura de oferta, o planejamento integrado das ações e serviços de saúde, a Região de Saúde, a articulação inter federativa e o principal instrumento de gestão criado a partir da dessa iniciativa: O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, de modo que, a partir de uma região de saúde, espaço territorial dotado de unicidade conceitual, diretrizes, metas e indicadores, explicitados e com prazos de cumprimento devidamente estabelecidos. Esse instrumento, firmado na forma de um pacto claro entre o Ministro da Saúde, governadores ou prefeitos e secretários estaduais ou municipais de saúde, constitui-se em um termo de compromisso entre as autoridades citadas, para, conjuntamente, organizarem, de maneira compartilhada, as ações e serviços de saúde da Região de Saúde, bem como a prestar contas das suas realizações, respeitando-se as autonomias federativas.

Até o final de 2012 foram firmados compromissos de gestão em 24 das 435 regiões de saúde constituídas, segundo consta na Prestação de Contas da Presidente da República de 2012⁹.

Viana e Machado (2009) observam que na descentralização das ações de saúde no Brasil detectam-se traços de uma lógica centralizadora manifestada em normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução. A autora credita o sucesso do movimento descentralizante ao estímulo dos atores sociais e políticos regionais e locais, agentes das responsabilidades transferidas, que facilitou o movimento de conformação das estratégias federais, com influências positivas na coordenação intergovernamental.

Pelo visto, a responsabilidade de condução nacional da política setorial, com descentralização político administrativa, sofre forte influência da capacidade de coordenação federativa do MS para alcançar níveis de eficiência satisfatórios já que a execução das propostas federais será operacionalizada pelas esferas administrativas estaduais e municipais. Por seu turno, o órgão responsável pela condução federal, o MS, tem relativas limitações institucionais impostas pelo modelo de desenvolvimento adotado pelo governo federal (MACHADO ET AL, 2010).

⁹ Ver em <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/index.asp>

Em contraponto aos consensos em torno dos benefícios da descentralização a estados e municípios da atuação federal em saúde, Costa et al. (1999) ponderam que uma reforma descentralizadora embute riscos inerentes à adaptação de um modelo centralizado à uma nova concepção de gestão. Entre outros, destacam a fragilidade da capacidade municipal da gestão em saúde; a utilização dos valores transferidos como reforço orçamentário para o orçamento da saúde ou mesmo para fins diversos das ações e serviços de saúde, dada a pouca solidez dos controles internos e externos municipais, além da falta de cultura de gestão com orientação de economia de escala ou de práticas de referenciamento apropriadas (LUCHESE, 1996).

No entanto, é importante considerar a ponderação feita por Lima (2007), ao argumentar que a descentralização não necessariamente racionaliza o gasto de forma a reduzi-lo. A autora afirma que pode ocorrer um movimento inverso devido ao efeito do alargamento das responsabilidades das esferas subnacionais sobre a geração de demandas e necessidades ulteriores.

Instituído o SUS, como visto, a principal estratégia administrativa estruturante foi a da municipalização por meio da descentralização. Dadas as peculiaridades federativas em um país com forma de governo dividida verticalmente em diferentes níveis de gestão, com autoridade própria sobre a população e o território, além de independentes entre si e com soberania na sua jurisdição, essa estratégia termina por corresponder à distribuição de atribuições de caráter nacional mediante a transferência de parte dos recursos necessários, de modo que cada nível de governo seja o gestor de determinada linha de atuação, independentemente de sua autonomia política e fiscal para o custeio (ARRETCHE, 2002).

A legitimação dessa autonomia gerou relações entre as esferas de governo, na estrutura federalista criada, que guardam certa tensão entre si, favorecendo as unidades de comando subnacionais (SOUZA, 2002). Na questão da territorialidade e das diferenças endógenas nacionais, a autora destaca os diversos níveis de forças entre as instâncias de poder, com capacidades bastante desniveladas para a captação de recursos das esferas administrativas mais centrais. Chegam a existir diversos governos municipais que tiram poucas vantagens da descentralização uma vez que têm frágeis condições sociais,

administrativas e financeiras para organizar o atendimento às demandas e promover o *empowerment* da sociedade local.

Essa concepção de autonomia estadual ou municipal gerada pelo preceito constitucional descentralizante e seus desdobramentos em competências para o desenvolvimento de determinada política em nível local (*policy-making*) é contestada por pesquisa de Arretche (2012) que examinou a autonomia plena dos entes federados para tomar decisões sobre o modo de implementação (*policy decision-making*). A questão de pesquisa revisa o argumento clássico, amplamente assimilado pela literatura internacional, de que o federalismo torna os entes administrativos componentes da federação dotados de poder de veto de iniciativas do poder central que vão de encontro aos interesses territoriais.

O exame do problema no Brasil, efetuado pela autora, levou em consideração a análise de propostas legislativas e a extensão em que foram rejeitadas ou alteradas durante sua tramitação na Câmara dos Deputados, permitindo, assim, verificar o poder de veto das representações locais na formulação de uma lei. Com relação a matérias tributárias, o exame das votações de legislações sobre impostos de competência estadual ou municipal, a partir de iniciativas da União, discutidas e aprovadas em uma concepção regimental que favorece as decisões federais, favoreceu muito mais as intenções da União. Dessa forma, presume-se que estados e municípios têm responsabilidades sobre o *policy-making*, mas a União decide as regras do *policy decision-making*.

Essa dicotomia tem origem no próprio texto constitucional. De acordo com a autora, ela revela as intenções dos constituintes em conferir homogeneidade, em todo território nacional, às políticas descentralizadas pelo governo federal. Esse movimento gerou uma contrapartida centralizadora para as decisões em um cenário de execução descentralizada, sendo bem evidentes nas questões de arrecadação tributária, limitações de gastos na execução da atuação pública e outras. O efeito observado é de limitação da autonomia decisória em questões específicas de interesse da União e limitação de oportunidade de veto pelos demais entes federativos.

4.4. A descentralização e o papel institucional do Ministério da Saúde na condução da política setorial

O cenário gerado pelas mudanças determinadas pela CF 88, regulamentadas pela legislação infraconstitucional e respectivas normatizações implicaram em profundas modificações na estrutura de gestão da saúde pública no Brasil. Além da descentralização, Cordeiro (1991) considera como uma das mais expressivas transformações a fusão da estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) com a do MS, concentrando poderes e responsabilidades federais. Na visão do autor essa determinação criou uma superestrutura que contradizia o sentido de uma reforma descentralizadora.

No cerne da reforma proposta, Cordeiro (1991) identifica a articulação da burocracia do Inamps com o segmento privado, produtor de serviços de saúde, como um fator potencializador da complexidade da composição do modelo.

A estratégia de indução dos demais entes federados, utilizada pelo MS, teve seu principal ponto de apoio na possibilidade financeira que lhes propicia (ARRETCHE, 2012; MENDES, 2005). Essa tese encontra respaldo em uma estrutura federativa com capacidades fiscais diversificadas, cuja participação estadual no Produto Interno Bruto (PIB) de 2007 variou entre 35,29% em São Paulo a 0,23% em Roraima, as transferências federais para o setor têm efeitos determinantes na incorporação das responsabilidades em locais com capacidade fiscal fragilizada.

A estratégia de indução pela via financeira fez com que, no início dos anos 1990, a União, então responsável por algo em torno de 70% do gasto público em saúde, obtivesse alto grau de adesão municipal às determinações das Normas Operacionais Básicas (NOB) e demais portarias norteadoras da atuação setorial, fortalecendo o MS na posição central desse processo. Até maio de 2002, 99,6% dos municípios brasileiros já tinham assumido uma forma descentralizada de gestão (ARRETCHE, 2004; LEVCOVITZ, 2001) fato que configurou uma adesão em massa.

Dada a complexidade das mudanças ocorridas no modelo brasileiro de atenção à saúde e a necessidade de flexibilidade e adaptabilidade da gestão central de um sistema de saúde com características e dimensão do SUS,

a coordenação nacional desse sistema teria que demonstrar grande capacidade de organizar, articular, administrar e monitorar suas responsabilidades de forma a desempenhar um papel institucional indutor da adesão às decisões federais e avaliar as outras instâncias de gestão.

Nas mais de duas décadas de existência do SUS observa-se que, apesar da robusta legislação e regulamentação da sua organização e administração, o debate em torno da capacidade institucional do gestor federal ainda tem destaque a agenda da reforma setorial.

O desempenho do papel institucional do MS é tema controverso na literatura. Autores brasileiros divergem substancialmente em suas posições com relação ao papel institucional do MS em conduzir a política pública setorial.

Uma corrente de pensamento identifica pontos de sustentação desse papel que apresentaram maior ou menor evidência, de acordo com as fases de formulação, implantação ou desenvolvimento do SUS. Quanto às modificações basais introduzidas pela CF 88, Arretche (2004) aponta, como fator potencializador do papel institucional do MS, a gestão central do financiamento de um sistema de acesso universal, com responsabilidades compartilhadas pelos três entes federativos. Contudo, pondera que a interferência do MS na participação privada nos serviços de saúde não passou por modificações importantes, no que converge com a reflexão de Cordeiro (1991).

Para a autora, nas fases de formulação a principal arena de discussão foi o Poder Legislativo deslocando a importância institucional para o âmbito desse poder. Porém, nas fases implantação e desenvolvimento o centro das decisões deslocou-se para o Poder Executivo. No âmbito desse poder, sendo o MS o coordenador nacional do SUS, concentrou autoridade na função de coordenação e controle da política nacional de saúde. Essa função foi expandida nas fases de desenvolvimento e consolidação graças à ascendência gerada pela gestão financeira do sistema. Sua atuação pautou-se na edição de normas que delinearam a trajetória da atuação setorial sistêmica, tendo como principal objeto o financiamento, o que tornou fragilizada a sua função de intermediação e negociação para os avanços previstos na progressividade do SUS, em termos de adesão a modelagem da política arquitetada pelo MS.

Com relação ao fortalecimento do papel institucional do MS no desenvolvimento do SUS, para alguns autores a sua base de sustentação na opção estratégica pelo estabelecimento de condições para a transferência de recursos federais e nos incentivos financeiros para adesão à política nacional.

Arretche (2004) e Mendes (2005) ratificam essa premissa ao defender que o papel institucional do MS fortaleceu-se na condição de provedor de recursos para a cobertura dos compromissos, legalmente determinados, em conjunto com os demais entes federativos; na compatibilização de interesses para a garantia da oferta de serviços, por meio da provisão pública direta, conjuntamente com os provedores privados; e, também, na operacionalização de medidas de caráter preventivo e coletivo para proteção da saúde da população.

Contrariando essa posição, análise sobre o modelo de intervenção do MS nos anos 1990, produzida por Machado (2007), direciona o poder de indução do MS como uma prerrogativa da sua atribuição de coordenador nacional do SUS, identificando, portanto, a seu papel institucional. O estudo levou em consideração as variáveis: formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação e execução das linhas de atuação.

Os achados da pesquisa de Machado (2007) evidenciam que, no período estudado, mudanças expressivas no modelo de intervenção fortaleceram o papel institucional do MS. As influências mais marcantes que balizaram essas mudanças foram: A agenda da reforma sanitária, cujas teses foram incorporadas à orientação de gestão do SUS, e a inserção de ideias da agenda liberal da reforma do Estado, que concorreram para a proposta de atuação descentralizada e colocou o MS no papel de gestor central.

O estudo da autora evidencia, também, a ênfase da intervenção do MS na modulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde, enquanto concorda com Arretche (2004) em relação à redução da participação federal na regulação direta sobre os prestadores privados de serviços ao SUS, em consequência da descentralização dessa atribuição.

Nesse âmbito, constatou o fortalecimento da atuação federal com repercussão sobre os prestadores de serviços devido à persistência de quatro estratégias: (a) a emissão de portarias que regulamentam o funcionamento dos serviços, sendo mantido o credenciamento federal de prestadores de alta

complexidade até o final dos anos 90; (b) a administração da tabela de remuneração de serviços ambulatoriais e hospitalares, que influencia os preços praticados por Estados e municípios, e o interesse dos prestadores em oferecer serviços ao SUS; (c) a manutenção dos sistemas nacionais de informações de produção e faturamento, que subsidiam o monitoramento dos prestadores pelos gestores das três esferas; e (d) o desenvolvimento de ações de auditoria federal.

Em uma avaliação sobre o desempenho das políticas sociais nos 20 anos após a CF 1988, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) (2009) converge com Machado ao sugerir que o MS encontra sustentação do seu papel institucional na atribuição legal de condução central do SUS. Ao comparar os períodos antes e após a CF 1988, leva em conta a universalização do atendimento como o principal diferencial de atuação setorial. Ao fazer um contraponto entre o desempenho setorial e as limitações impostas pelo modelo econômico, com características restritivas e de regramento de recursos, enumera mudanças significantes que ocorreram no modelo de atenção, apesar das limitações de fontes de recursos. Destaca a descentralização como o principal ponto de inflexão para a administração do sistema de saúde proposto pela CF 88 que, ao conferir ao MS a prerrogativa da coordenação federativa, colocou-o no centro da arena de decisões.

No entanto, pondera que:

A hegemonia do papel do MS dificultou a ampliação da participação dos demais entes federados na formulação da política setorial e provocou restrições no envolvimento da sociedade civil e demais atores interessados no processo de gestão (IPEA, 2009).

Fatores de fragilidade no papel institucional do MS são apontados na literatura de forma divergente. Arretche (2004) destaca a presença de legados políticos da organização assistencial praticada em período anterior à CF 88, decorrentes do modelo centralizado, em que se observa a permanência dos provedores privados e das unidades próprias do MS como importantes supridores de serviços especializados de saúde.

Diferentemente de Arretche (2004), as conclusões do estudo de Machado (2007) desloca a fragilização do papel institucional do MS na coordenação federativa para os processos internos do MS, que provocam

deficiências na formulação da política setorial integrada. As causas dessas deficiências são atribuídas, principalmente, à fragmentação na condução das linhas de atuação e à centralização de decisões na cúpula dirigente, além de debilidades e insuficiências nos mecanismos de coordenação no interior da estrutura da gestão federal; sobreposição de atribuições entre as linhas de atuação; relativização do compartilhamento da formulação da política com as instâncias gestoras, por meio da participação da CIT e do controle social, representado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda no âmbito da gestão federal, detectou a ausência de estratégias abrangentes de coordenação e planejamento, além de baixos investimentos fixos em infraestrutura.

Quanto ao financiamento setorial nos anos 1990, a autora constatou tensões entre o modelo econômico adotado, com prioridade para a estabilização fiscal e a manutenção dos gastos públicos. Com frágil governabilidade sobre a questão, o MS demonstrou execuções orçamentárias com tendência oscilante, porém discretamente ascendente. As opções de alocação do MS apontaram para o maior peso dos gastos com assistência de média e alta complexidade, sempre superiores a 60% do gasto em ações de saúde do SUS. A atenção básica, apesar de destacado aumento no volume de gastos, ainda permanece com pouca expressão quando referida aos objetivos da reforma.

Nesse contexto, levando em conta a posição de Arretche, o papel institucional do MS e mais fortemente fundamentado nos fluxos regulares de recursos e nos incentivos financeiros do que na sua capacidade de empreender as mudanças na direção proposta pelo novo modelo. Essa forma de institucionalização de atuação configura uma situação contraditória com relação ao apurado por Machado e pelo Ipea com relação às restrições ao financiamento federal provocada pelo contexto da política econômica adotada. Essa contradição gera questionamentos de sucessivos governantes locais quanto à conveniência de adesão às determinações ministeriais, tornando ainda mais aguda a fragilidade da sua capacidade institucional.

Um desafio ao papel institucional do MS considerado no estudo do Ipea (2009), diz respeito à forma e ao grau de intensidade com que o Estado e o setor privado interagem para constituir a oferta dos bens e serviços

disponibilizados à população. Os diversos modos de financiamento dessa relação exigem que o Estado atue de maneira intensa na regulação desses setores para garantir a estabilidade e a manutenção dos serviços e regular a coexistência entre os segmentos público e privado. No entender da análise do IPEA, esse quadro não tem obtido avanços significativos por parte do MS, premissa convergente com a de Machado (2007).

Essa situação foi se construindo sobre uma estrutura institucional tradicionalmente frágil. De acordo com Arretche (2004), no período anterior à CF 1988 a influência política do MS era bastante limitada dentro da estrutura de governo, sua autoridade nacional caracterizava-se por notável fragilidade perante os outros entes federativos devido às dificuldades orçamentárias que caracterizaram a sua trajetória. Por outro lado, Guerchman et Viana (2005) apontam deslocamento de função no mesmo período. A atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio do Inamps, atribuía-lhe um papel institucional com poderes e recursos para repasses ao setor privado destinados à construção de infraestrutura de oferta e de cobertura de serviços aos beneficiários do sistema previdenciário.

Nesse contexto, a partir da segunda metade dos anos 1970, a função do MS correspondeu à coordenação das práticas de saúde pública e de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais pontuais em algumas localidades específicas. As autoras localizam essa atuação como parte de uma estrutura de serviços públicos estratificada em uma assistência para os trabalhadores formais e outra, bastante reduzida, voltava-se para a pobreza e para os vínculos precários de trabalho.

Com a reforma introduzida pela CF 1988, o cenário onde se instalou o SUS, segundo o apontado por Arretche (2004), originou a coexistência de três segmentos de gestão:

1. O SUS, sistema com financiamento público, acesso universal com gestão compartilhada pelos três níveis federativos, sob coordenação e controle e do MS;
2. Um sistema de saúde suplementar em que os indivíduos ou empresas pagam voluntariamente pelos serviços demandados do mercado; e

3. Um mercado de saúde privada em que as pessoas pagam diretamente ao prestador ou ao produtor de serviços e bens de saúde.

Na observação da autora, a partir da CF 1988 mudanças reestruturantes foram operadas no primeiro segmento, sem, no entanto, ocorrerem modificações importantes nos demais.

Essas mudanças caracterizaram-se, principalmente, pela democratização do sistema com a participação popular, a universalização dos serviços e a descentralização (ESCOREL ET AL., 2005).

Nesse quadro, Arretche (2005), observa a permanência de características inerentes à política anterior, após a implantação da nova configuração, fenômeno já observado por Cordeiro (1991). A forte representatividade do setor hospitalar privado na definição do novo modelo sedimentou a participação privada na oferta dos serviços, apesar da condução da formulação da reforma ter sido liderada pelo Movimento da Reforma Sanitária, com nítida orientação preventivista na estruturação do SUS.

4.5. A Relação do Ministério da Saúde com outras áreas do Governo Federal, com gestores estaduais e municipais e com o Conselho Nacional de Saúde.

A descentralização em saúde no Brasil privilegiou as relações político-administrativas ao transferir não apenas recursos e responsabilidades de execução, como também poder político com vetor em direção municipal. Para essa estratégia, eminentemente democrática por incorporar novos atores, não apenas políticos, como também sociais, implica em relações inéditas no ciclo das políticas públicas. Correspondem a vínculos no plano administrativo, não apenas entre os níveis de governo, mas também envolvendo indivíduos e instituições (TEIXEIRA, 1990; VIANA, 1995).

No entender de Machado, Lima e Baptista (2010), no arcabouço do SUS, o MS, como gestor central, necessita manejar com habilidade articulações envolvendo triangulações entre: (1) O poder público, nas três esferas de gestão; (2) as instâncias representativas da gestão do SUS (a CIT e as CIB estaduais); (3) as representatividades do controle social no âmbito nacional e estadual, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As duas primeiras são relações internas ao governo federal e deste com os governos estaduais e municipais. Pesquisa de Machado (2007) que investigou o desempenho institucional do MS na condução da política nacional de saúde no período de 1990 e 2002, por meio da consolidação das opiniões expressas em entrevistas com dirigentes do primeiro escalão do MS e outros atores envolvidos no processo de gestão, apurou, em síntese, que na estrutura da Pasta nem todos os dirigentes de áreas de atuação têm o mesmo peso no processo decisório. Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi apontada como um *locus* privilegiado, com uma exceção pontual para a Secretaria Executiva (SE) entre 1998 e 2002.

As relações entre os responsáveis pela condução das linhas de atuação no interior do MS, apontaram, no período estudado, “dificuldade de integração, com expressiva fragmentação na formulação e implementação das políticas” (MACHADO, 2007. P. 151). Esse achado se expressa, na etapa de operacionalização da política, em uma relação direta de secretarias e até de departamentos do MS com as áreas correspondentes das secretarias estaduais e municipais de saúde, gerando baixa coordenação ministerial sobre as atividades.

A atenuação da tônica da fragmentação no período estudado foi identificada pela estratégia de coordenação interna por meio de colegiados de dirigentes, com resultados limitados.

A relação do MS com outras áreas do Governo Federal foi percebida, no alinhamento de opiniões coletadas, como revestida de alta complexidade por envolver interesses e decisões governamentais que extrapolam o âmbito da Pasta. Outras particularidades de caráter mais amplo envolvem o próprio papel setorial na atuação do Estado que abrange tanto a área econômica como a social, além das opções de prioridades de cada projeto de governo.

Nesses termos, o destaque apontado pela pesquisa foi a unanimidade de opiniões sobre as tensões entre o MS e a área econômica do governo.

As dificuldades concretas para a ampliação do fluxo de recursos parece ser o foco da relação entre do MS com a área econômica do governo federal e continua a ser atual conforme demonstra Piola (2013) sobre o desempenho da sua participação financeira na política de saúde.

Os embates entre o MS e a equipe econômica envolveram, na opinião dos entrevistados, a definição de fontes de financiamento, montantes orçados, e regularização dos repasses da conta do Tesouro Nacional para a conta única do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Um segundo espaço de tensão com as outras áreas do governo federal diz respeito à Reforma do Estado conduzida, no período investigado, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), relacionou-se à redução de pessoal; à mudança do papel do Estado de prestador para regulador; à descentralização e à adoção de novos formatos administrativos e suas influências no âmbito subnacional, que na saúde se expressava na adoção de adaptação ao modelo de terceirização para Organizações Sociais (OS) e na expansão da terceirização de gestão hospitalares.

Para a autora essas questões revelam uma limitada articulação do gestor federal do setor com os de outras áreas do Governo Federal, com forte influência no desempenho da atuação pública em saúde. No entanto, a revelação mais importante dessa relação é o distanciamento entre a concepção do SUS e a visão da política econômica e social adotada no período.

A relação com outros entes federados, em termos gerais, oscila entre cooperação e conflito. A estratégia de coordenação federativa adotada pelo MS em seu contato com a CIT primou pela legitimação de decisões previamente tomadas ou pelo debate de questões operacionais para a factibilidade de propostas do MS, principalmente a partir de 1998. Mesmo assim, os entrevistados destacaram o papel da CIT para a vocalização de demandas, negociações intergovernamentais e para a coordenação federativa no âmbito do SUS.

Por fim, a relação do MS com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi marcada, no período examinado, por uma atuação proativa na construção da política pública setorial, mas também de controle sobre as decisões federais, sendo eventualmente discordante da posição do MS e chegando até a articular-se diretamente com o Poder Legislativo, com o Ministério Público e com outros atores políticos para obter apoio para suas opiniões e reivindicações. A pesquisa concluiu que houve avanços na participação do CNS na condução da política pública de saúde. Porém, ainda divisa-se a necessidade de ampliar essa

participação e também a transparência do MS no debate sobre todas as questões pertinentes ao setor.

Neste capítulo, ao observar os aspectos conclusivos das análises empreendidas nos estudos citados, infere-se que há questões estruturantes que perpassam todas as formulações da literatura e representam fatores importantes para a afirmação do papel institucional do MS. Os efeitos dessas intercorrências têm forte influência sobre a garantia de sustentabilidade do desenvolvimento da política de saúde com formulação centralizada no MS. Pontos em comum na literatura, caracterizam o papel institucional do MS na coordenação federativa do SUS. A saber:

1. Fragmentação na atuação em relação às linhas de ação que adota;
2. excesso de normatizações orientadas para mecanismos financeiros, com destaque para os incentivos a linhas de ação que prioriza;
3. permanência de traços característicos do modelo anterior ao SUS no modelo de atuação atual com frágil regulação da relação comercial entre o setor público e privado para a prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares;
4. centralização no MS das decisões da política de saúde, respaldada, principalmente, pela hegemonia na condução do financiamento e da alocação dos recursos;
5. frágil capacidade de manutenção e ampliação do fluxo federal de recursos, importante para a garantia da regularidade das transferências intergovernamentais; e
6. frágil capacidade de articulação com outros órgãos da estrutura federal de governo e com os demais entes federados.

Entre os pontos detectados na literatura consultada, com influência na sustentabilidade das propostas do MS para a participação setorial no BSM, destacam-se algumas contradições que levam a reflexões sobre a capacidade de indução do MS aos municípios selecionados para integrarem o programa e sobre a sustentabilidade do mesmo em médio e longo prazo:

1. Equalização de uma participação setorial homogênea a partir da fragmentação técnica com que se organizam as linhas de atuação setorial;

2. ausência de perspectivas de aportes suplementares de recursos e constatação de que a potência institucional do MS é fundamentada nos incentivos financeiros;

3. homogeneidade na formatação da participação setorial no BSM, sem considerar as diferenças regionais, produto da centralização das decisões no MS e

4. frágil poder de articulação com os entes estadual e municipais para a facilitar a indução à participação em saúde no BSM.

Descrita a forma de gestão determinada para o SUS, com descentralização de responsabilidades e de recursos, inclusive os financeiros, o Capítulo 5 discorrerá a respeito dos mecanismos de transferências entre os entes federados para fazer em face da execução dos serviços descentralizados.

CAPÍTULO 5 - Federalismo fiscal e relações intergovernamentais

O presente capítulo trata das relações que delinearão os arranjos inerentes ao contexto atual do federalismo brasileiro, com essa finalidade enfoca a formação, desenvolvimento e estado atual das relações intergovernamentais que caracterizam a estrutura fiscal brasileira e seus efeitos sobre as possibilidades municipais para geração de receitas públicas.

Após a Constituição de 1988 observa-se que, em contrapartida à transferência das responsabilidades inerentes à atuação governamental descentralizada, foi estabelecida uma nova ordem nas atribuições de arrecadação tributária por cada ente federado e de repasses de recursos da competência tributária da União para os estados, Distrito Federal e municípios, como também dos estados aos municípios. O propósito desse movimento seria lastrear financeiramente a cobertura da expansão das obrigações assumidas por cada ente federado diante do desnivelamento de capacidades fiscais locais e de condições socioeconômicas extremamente diversificadas entre estados e municípios.

5.1. Descentralização fiscal no Brasil

A reflexão sobre a descentralização das responsabilidades e a competência da União em atribuí-las a estados, Distrito Federal e municípios, não deve prescindir da compreensão das relações de distribuição de poderes e de compartilhamento de responsabilidades entre os governos federativos, envolvendo as dimensões fiscal e orçamentária. Abrúcio (1998) identifica essa relação como marcada por movimentos cíclicos de centralização e descentralização, em consonância com o ordenamento dos interesses da lógica oligárquica presente na política brasileira.

Esse movimento, no entender de Lima (2007), dá forma ao federalismo brasileiro. Essa posição tende a abrigar a visão de Oates (1972) que concebe o federalismo fiscal como a decisão governamental referente à repartição de tributos e gastos entre os entes federados em seus diversos níveis de governo.

No geral, a decisão governamental que dá sentido a esses gastos é orientada pela satisfação da demanda populacional por bens públicos. Na definição de Rondinelli (1989) os bens públicos correspondem àqueles de acesso aberto e de utilização conjunta e simultânea por grande número de pessoas, disponibilizados pelo poder público aos residentes ou aos passantes em determinado território. O autor ressalta que teorias da escolha apontam que a eficiência econômica na provisão de bens públicos é mais elevada se o fornecimento for pulverizado por meio da distribuição local e, ainda, por vários provedores em lugar de realizada por uma única instituição centralizadora. Avalia que a ação individual por meio da escolha racional é favorecida quando há um grande número de provedores que oferecem aos cidadãos maior número de opções e escolhas.

A regulação da arrecadação e da efetivação dos gastos públicos, orientados por esses princípios, envolve poderes concedidos por determinação legal. A dinâmica da distribuição desses poderes foi verificada por Faveret (2002) na literatura especializada. A autora identificou essas atribuições no poder de tributar e no poder de gasto, aspectos que julga determinantes para a alocação de recursos destinados ao desenvolvimento das políticas de Estado. Faveret concluiu que o primeiro poder, em geral, nas nações de estrutura federativa, é conferido ao nível central, enquanto o segundo viabiliza a execução das atividades assumidas pelas demais esferas de governo e se operacionaliza por meio de transferências intergovernamentais que constituem um modelo flexível de federalismo fiscal.

A autora conceitua as transferências intergovernamentais como relações fiscais entre as esferas de governo com finalidade de corrigir desequilíbrios fiscais verticais e horizontais³, originados da própria concentração da competência tributária na esfera administrativa central. Em contraparte, é importante também ser considerado que essas transferências levam em consideração a necessidade de equilibrar as condições desiguais das unidades federadas em termos sociais, econômicos, demográficos, ambientais, etc.

Lima (2007) identifica uma tendência contemporânea de deslocamento de responsabilidades na execução das políticas públicas, principalmente as sociais, e, conseqüentemente, de transferência do poder de

gasto para as esferas subnacionais. Portanto, em uma estrutura federativa com atuação descentralizada, as transferências intergovernamentais se encarregam dos ajustes entre as receitas e as despesas expandidas com as novas atribuições. Nessa dinâmica, deve ser levada em consideração a capacidade local de arrecadação e de gestão.

A justificativa mencionada por Lima para esse fenômeno, muito difundida na literatura, evoca a necessidade de ampliar os níveis de eficiência e eficácia da aplicação dos recursos públicos envolvidos na operacionalização de uma política, principalmente de caráter social. É argumento comum na literatura que a proximidade das necessidades e das especificidades da demanda potencializa a qualidade e a capacidade de controle do gasto.

O exame da questão do ponto de vista da política fiscal sugere que o desafio que o núcleo central de decisão enfrenta é a busca de mecanismos que permitam maior eficiência na arrecadação de tributos e a maximização dos benefícios na sua partilha. O equacionamento desse dilema dá lugar a uma redistribuição mais justa e equitativa das receitas fiscais em todo o território.

No Brasil, conforme afirma Fleury (2003), a execução em nível local, permite que municípios criem possibilidades inovadoras na gestão pública de forma que aprofundem e fortaleçam as práticas democráticas no país. Em contraposição e essa premissa autores como Ribeiro (2009), Abrúscio (1996) e Arretche (1999) ponderam a identificação de pontos de fragilidade da descentralização brasileira na desigualdade de poder da gestão local em organizar, absorver e dinamizar os processos decisórios e de participação social, fatores esses derivados dos variáveis estágios dos requisitos institucionais.

Nas observações de Faveret (2002) sobre o tema, o principal papel das transferências está relacionado com os desequilíbrios horizontal e vertical¹⁰. Esse mecanismo os torna menos onerosos e tem função redistributiva com relação à verticalidade fiscal do governo federal.

¹⁰ A autora utiliza a classificação de Watts (1996) para definir desequilíbrio fiscal horizontal como a variedade de capacidades de gerar renda entre as unidades que constituem uma federação. Esse desnivelamento provoca deficiências na provisão de serviços aos cidadãos, em um mesmo nível, por todas as unidades constituintes. Em acréscimo a essa condição, existem também as variações de características socioeconômicas e ambientais que determinam os patamares de necessidades de gastos que podem não se adequarem a capacidade local de gerar receitas.

Com relação aos desequilíbrios verticais a autora utiliza o referencial de Courchene (1994) para identificar o excedente de receitas em relação às responsabilidades do governo federal.

De fato, as atividades econômicas não apresentam uniformidade em todo o território o que ocasiona o desnivelamento de riquezas e a heterogeneidade na composição da renda nacional e, conseqüentemente, das capacidades tributárias. Essa situação provoca fortes desequilíbrios fiscais entre os governos locais.

O cenário gerado é bastante assimétrico em uma concepção regional. Os sistemas geradores de recursos resultam desequilibrados sendo responsabilidade da esfera central corrigir as distorções por meio da repartição de receitas. A principal ferramenta utilizada com essa finalidade são as transferências intergovernamentais.

Faveret (2002) endossa uma classificação¹¹ das transferências intergovernamentais que visualiza tanto a ótica da esfera que as concede, que pode fazê-lo de forma legal ou discricionária, quanto do ponto de vista de quem as recebe que pode ter destinação vinculada (condicionadas) ou não vinculadas (livres). Essa classificação é identificada nas formas de transferências adotadas no Brasil.

Em outros países, as transferências podem tomar conformação diferenciada¹² como no caso norte americano que adota três canais de redistribuição federal de recursos: “*Formula grants*”, referindo-se a transferências baseadas nas dimensões da população ou da renda *per capita*, com destinação específica, a exemplo da merenda escolar. Esse bloco de transferências é caracterizado pela exigência de contrapartida do ente federado receptor; “*Project grants*” refere-se aos recursos destinados a determinado projeto e “*block grants*” diz respeito à vinculação de recursos para certas ações finalísticas, como saúde, educação, etc.

Alguns trabalhos, a exemplo de Arretche (2004) e Fundap (1998), reafirmam a gênese das transferências intergovernamentais no Brasil relacionadas à necessidade de nivelamento das desigualdades regionais. A essa

¹¹ A autora utiliza referencial da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) do Governo do Estado de São Paulo para conceituar cada categoria de transferência:

Legais – têm critério de distribuição e montantes definidos em lei.

Discricionárias – “definidas a cada processo orçamentário resultam de negociação entre autoridades centrais e governos subnacionais e seus representantes no parlamento” (FUNDAP, 1998,P.16).

Vinculadas ou condicionais – relacionada a execução de programa ou projeto específico, ou mesmo a uma função de Estado, como é o caso das transferências para a saúde (Transferências do SUS).

Livres – visa “equalizar o poder de gasto entre jurisdições, sem afetar a autonomia do seu processo orçamentário” (FUNDAP, 1998,P.16).

¹² Ver Westphal, 1995.

premissa a literatura também contrapõe característica bastante diversa ao atribuir-lhe a tradição intervencionista de alguns Estados Federados (FUNDAP, 1998). No caso brasileiro, as determinações constitucionais indicam a finalidade de efeitos redistributivos em razão das discrepâncias territoriais.

De fato, Mendes (2005) explica a tensão nacional existente entre as três esferas de gestão por meio das disputas entre entes federados originadas das diferenças abissais na oferta de serviços, capacidade técnica e administrativa e de capacidade fiscal. Destaca ainda como fator determinante das capacidades o grau de autonomia fiscal concedida pela CF 1988.

Com relação ao grau de autonomia fiscal, o autor converge com Souza (2003) ao afirmar que o Brasil é uma das federações mais intensamente descentralizadas nesse âmbito, sobressaindo-se até de países com tradição nessa prática, como Estados Unidos da América e Alemanha.

De acordo com o Portal da Transparência do Governo Federal, 86,9% de todas as transferências federais realizadas em 2012 são destinadas a estados, Distrito Federal e municípios, com as finalidades fiscais constitucionalmente determinadas ou outorgadas por leis complementares. O volume de montantes transferidos pela União para os demais entes governamentais em 2012 significou 41,8% a mais do que o realizado em 2007, em valores nominais, enquanto a arrecadação federal, registrada pela Receita Federal do Brasil, referente a impostos, contribuições específicas, taxas e contribuições de melhoria apresentou evolução de 5,7% no mesmo período, em valores nominais, configurando um movimento bem mais dinâmico de transferências federais para os demais entes federados que de arrecadação de tributos federais que originam essas transferências. Convém lembrar que no período pós CF 1988 observou-se avanços significantes na capacidade de captação fiscal da União, com intenções compensatórias das baixas fiscais de tributos de competência federal como efeito da descentralização, utilizando-se de estratégias diversificadas para manter, ou até elevar, os níveis das receitas (AFFONSO, 1994).

Esse cenário de distribuição e redistribuição do fluxo tributário entre os entes federados se monta a partir de um processo histórico, cujo exame, para Varsano (1996), é de grande importância para a orientação dos erros e

acertos que se percebe ao longo da construção do federalismo fiscal brasileiro. A partir dessa convicção, o autor realizou um reexame dos principais eventos que determinaram a formação do sistema tributário nacional, com orientação federativa.

Concluiu que esse sistema tem por fundamento um regime fiscal monárquico, de organização eminentemente unitária. Com a primeira constituição republicana de 1891, não foram realizadas grandes transformações em relação ao regime imperialista, permanecendo a composição tributária vigente ao fim do Império.

No entanto, com o regime republicano implantado, foi introduzida uma estrutura federativa com responsabilidade arrecadatória composta pelos três entes federados. Como o regime tributário do império era essencialmente unitarista, a solução adotada para suprir estados e municípios com receitas para o custeio da máquina administrativa, foi a separação das fontes tributárias, sendo então discriminados impostos de competência federal e estadual, cujos governos centrais tinham poder para criar outras receitas geradas de imposição institucional. Os municípios tiveram a tutela dos estados, por meio de outorga, para a fixação da sua competência tributária, de forma que fosse concedida a sua “autonomia” tributária.

Nessa fase, a base tributária mais robusta tinha como fato gerador o comércio exterior. Somente em 1924 a taxa sobre a renda em geral foi instituído como imposto oficial.

Com a promulgação da Constituição de 1934, os municípios passaram a ter competência privativa para criar determinados impostos. No entanto, entre 1937 e 1945, período do Estado Novo, observou-se a redução do poder fiscal dos estados e municípios, tanto em relação às normas de arrecadação quanto ao ordenamento dos seus gastos.

Varsano (1996) pontua que essa tendência foi revertida apenas pela Constituição de 1946. Essa carta magna criou um ordenamento jurídico com características democráticas em relação aos entes federados, trazendo maior autonomia às unidades subnacionais. Ao estabelecer normas gerais aplicadas às três esferas administrativas, a Constituição de 1946 criou mecanismos para evitar conflitos de competência.

Na análise de Arretche (2005), é por meio desse marco constitucional que o Brasil introduz em sua estrutura federativa um sistema de transferências fiscais bastante complexo.

No entanto, a regulamentação dos dispositivos constitucionais promulgados em 1946 não avançou no sentido de permitir a devida aplicação das suas determinações, haja vista as pressões políticas relacionadas à perda de autonomia estadual que a coordenação nacional provocava com essa normatização (VARSANO, 1996).

Arretche (2004) e Souza (1998) atribuem a essa constituição as iniciativas pioneiras no sentido de equilibrar o desnível horizontal e vertical de capacidades de arrecadação por meio da compensação das transferências fiscais.

A questão que perpassa toda essa movimentação diz respeito à adoção do sistema tributário como instrumento de política econômica. Essa distorção é consequência de uma coordenação nacional centralizadora, cujo governo, na década de 1960, impunha uma orientação política autoritária (VARSANO, 1996). O referencial de normatização criado nesse período foi o Código Tributário Nacional, adotado pela Lei N^o 5.172/1966, que dispunha sobre o Sistema Tributário Nacional. Esse instrumento legal instituiu normas aplicáveis à União, estados, Distrito Federal e municípios que até a atualidade têm validade de orientações de aplicação geral e confere à União o poder de coordenar o Sistema Tributário Nacional.

O efeito real da adoção do sistema tributário como instrumento de crescimento econômico do país foi a redução da autonomia das unidades federadas subnacionais a partir de 1968, numa situação de autoritarismo explícito, onde a legislação, até com força constitucional, era prerrogativa do Poder Executivo Federal e prescindia da participação do Congresso Nacional nos debates para sua formulação e na defesa dos interesses dos demais entes federativos.

Em síntese, durante os mais de 20 anos de regime autoritário, observou-se forte centralidade decisória nas questões da prestação pecuniária compulsória pela população e na destinação dos valores arrecadados pelas autoridades governamentais de estados, Distrito Federal e municípios.

Esse cenário político, marca da atuação centralizada dos governos militares, provocou grande impacto excessivamente desagregador na federação brasileira. Grande parte dos 3.924 municípios existentes em 1966 dependia das transferências federais para financiar o custeio da sua atuação. Com diretriz de maior centralização possível de poder, a estratégia militar era abolir o surgimento de oposições civis originadas nas elites regionais. É nesse quadro em que se configurou então, um modelo caracterizado pela elevação federal de recursos arrecadados e pelo controle do gasto municipal por meio de administrações locais postas no poder utilizando-se o artifício das eleições indiretas. Além dessas medidas, paralelamente, o Congresso Nacional foi sendo enfraquecido na sua capacidade de alterar o orçamento nacional (ABRÚCIO; FRANSEZE, 2007).

Em relação aos estados e municípios, na metade da década de 1970 tem início uma reação ao baixo nível de autonomia experimentado desde que se instalou o regime militar, culminando com a promulgação da Emenda Constitucional N^o. 5/75. Esse dispositivo legal demarca o início do resgate da autonomia federativa na persistente forma de governo autoritário. Esse movimento resulta na elevação dos repasses dos percentuais do Fundo de Participação do Estado (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o que ocorre a partir de 1976 (VARSANO, 1996) e inicia a abertura da política fiscal rumo à democracia, o que viria a atingir a sua plenitude mais de dez anos depois.

No entendimento de Affonso (1994), fatores de origem econômica e política, tencionaram o regime vigente a um movimento tanto de descentralização tributária como de flexibilização da competência local em matéria fiscal. O autor identifica uma conjunção fatores, pontuada, principalmente, pela conjugação da crise econômica mundial com as pressões internas pela abertura política que veio a se processar no final da década de 1970.

Ainda, segundo esse autor, a abertura política gerou uma contradição entre a ampliação do espaço de liberdade política, cuja expressão mais evidente se manifesta, por um lado, pela permissão concedida às eleições diretas, que seriam tomadas como canal de acesso ao poder estadual e municipal ou como uma forma de manutenção do mesmo e, por outro lado, pela capacidade

de restrição e/ou condicionamento desse espaço democrático, por meio da dependência financeira dos estados e municípios em relação ao Governo Central, que se mantinha em regime altamente centralizador. As negociações em torno dessa contradição colaboraram, sobremaneira, para o vigor do movimento municipalista iniciado a essa época, abrangendo todos os espectros partidários e reforçando a descentralização fiscal no período pré-Constituição, durante os anos 1980.

Com o processo de redemocratização do país, sacramentado pela CF 1988, a Assembleia Nacional Constituinte criou bases para o fortalecimento da autonomia fiscal dos estados, Distrito Federal e municípios, atribuído a um processo participativo, com debates por áreas de interesses, representadas por 24 subcomissões, subordinadas a oito comissões que defendiam suas expectativas nas discussões de consolidação realizadas na Comissão de Sistematização, configurando um processo decisório eminentemente político (VARSAÑO,1996).

O perfil fiscal resultante da autonomia dos entes federados foi evidenciado com relação às receitas, caracterizadas mais pela elevação dos montantes das transferências intergovernamentais do que pelo acréscimo de capacidade de arrecadar. Esse movimento, Souza (1998) caracterizou como uma intensificação da ação iniciada pela Constituição Federal de 1946, sendo bastante expandido pela CF 1988, após interrupção pelo regime totalitário.

Enfim, gerou-se um sistema de compensações fiscais inter-regionais. Porém, por outro lado, dada essa interdependência, formou-se um sistema federativo altamente suscetível às variações econômicas regionais. Dessa forma, quando um estado mais desenvolvido apresenta situação de vulnerabilidade econômica, essa refletirá nas disponibilidades financeiras dos estados mais pobres, graças aos vínculos federativos compensatórios. No entanto, a literatura especializada retruca essa afirmação ao argumentar que a partir da nova constituição também foi fortalecida e consolidada a capacidade tributária de estados e municípios (AFFONSO (1994); AFONSO ET AL. (2002)). Afonso et al citam como evidência, em relação aos estados, o alargamento das transações de incidência do ICM, cuja base de cálculo passou a ser a circulação de todas as mercadorias e os serviços de comunicação e transportes. Gerou-se

então o ICMS como resultado da absorção de cinco antigos impostos de competência federal¹³. Além dessas prerrogativas, com relação a esse imposto, foram concedidas, ao poder estadual, a liberação de alíquotas e a administração da sua coleta. Dessa negociação resultou ainda a elevação para 25% das transferências desse imposto aos municípios.

Estudo do Ipea (2006) sobre a intensificação das transferências no Brasil elenca efeitos nocivos desse mecanismo sobre a gestão governamental estadual e municipal. Entre as provocações geradas pelo estudo, atribui a presença das transferências um incentivo à ineficiência dos gastos públicos, ao romper com a conexão entre os recursos gerados da competência tributária própria e a execução das ações em nível local, que favoreceria o processo de *accountability* – maior autonomia de arrecadação traria maior controle sobre os gastos próprios - . O excesso de transferências romperia essa conexão ou, ao menos, a fragilizaria. Nessa concepção, os recursos empregados sendo originários de outra instância de governo afastaria o interesse da população sobre o emprego dos valores gerados localmente e os governos seriam menos estimulados a decidirem em consonância com os interesses dos cidadãos.

Outro ponto discutido pelo Ipea diz respeito à possibilidade de acomodação que as transferências despertariam sobre a já citada ineficiência de arrecadação dos governos subnacionais. A compensação gerada das transferências teria como efeito o desestímulo pelas complexas relações de tributação desenvolvidas em nível local. Seria a imperiosidade da lógica de que arrecadar recursos próprios exige mais esforço e desgaste político do que o recebimento das transferências de recursos gerados sob responsabilidade de outras esferas de governo.

Esse estudo argumenta ainda que o impacto das transferências sobre as possibilidades de arrecadação local poderia incentivar a irresponsabilidade fiscal provocando o descontrole no balanço das contas públicas.

¹³ A criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) incorporou os antigos impostos federais sobre combustíveis (IULC), energia elétrica (IUEE), minerais (IUM), comunicação (ISC) e transportes (IT) e parcela da base de cálculo do ISS municipal.

Apesar do consenso em torno da capacidade de reduzir as diferenças fiscais entre as regiões, obtido a partir da CF 1988, a literatura aponta algumas consequências que merecem destaque pela necessidade de ajustes que provocam. Mesmo com toda a descentralização fiscal verificada após a CF 1988, Souza (2003) observa que estados e municípios continuam a pressionar a União por mais participação no financiamento da ação pública. Isto é, por mais acesso aos tributos federais, além das seguidas tentativas de federalização de suas dívidas públicas.

A autora observa ainda que a divisão dos recursos nacionais / federais como forma de manter o equilíbrio federativo não é considerada, pelo lado dos governos subnacionais, como suficiente para suprir a heterogeneidade das suas necessidades. A autora argumenta que essa situação torna-se mais evidente mediante a percepção da convivência de regras formais com informais para a canalização vertical dos recursos. Isso porque, a formação do federalismo brasileiro foi comprometida pela acomodação das desigualdades regionais, via negociação de recursos baseada em regras formais de caráter geral – constitucionais e legais.

Como efeito, Souza (2003) argumenta que dada a gravidade das desigualdades inter-regionais, sobrou um amplo espaço para as regras informais, negociadas caso a caso, apresentadas como formas da federação brasileira manter a unidade constitutiva. Com o aumento do poder de barganha das lideranças estaduais e municipais, os canais informais tornaram-se mais competitivos tornando o conflito federativo ainda mais intenso. Por outro lado, as restrições geradas pelo ajuste macroeconômico estreitam ainda mais as margens de barganha.

A disputa informal de recursos se desenrola nesse cenário. As decisões conjuntas dos poderes constituídos, legislativo e executivo, dão oportunidade de obtenção de recursos por vias alternativas, sendo a mais usual delas a aposição das emendas parlamentares ao Projeto de Lei Orçamentária Federal, encaminhado pelo Poder Executivo ao Legislativo. O peso político das bancadas estaduais no cenário republicano determina a capacidade de inserção das emendas que resultarão na obtenção de maiores acréscimos orçamentários

federais destinados a determinada localidade, de acordo com o interesse político da hegemonia parlamentar na formação das bancadas.

Outra janela de oportunidade para carreamento de recursos federais identificada por Souza (2003), pode ser aberta na estrutura de algumas políticas públicas, a exemplo do SUS. A autora aponta como instrumento informal de obtenção de valores adicionais, a própria metodologia utilizada para dimensionar as transferências do SUS para os diversos níveis de atenção e da sua frágil regulação, além das possibilidades criadas pelos recursos suplementares diretamente negociados entre os níveis de gestão com finalidades específicas, por meio de convênios.

Outra consequência da democratização da estrutura federativa observada por Varsano (1996) refere-se à prerrogativa constitucional dada aos estados para manusearem as alíquotas dos impostos de sua competência. O resultado gerado foi expresso em conflitos entre esses entes federados, ocasionando a denominada guerra fiscal, causada pelo acirramento da competitividade fiscal utilizando-se das alíquotas do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), gerando frentes de tensão na unidade federativa.

A manipulação de alíquotas do ICMS pode ser utilizada pelos estados, com intensidades diferentes, com finalidade de atrair investimentos industriais que fomentariam a atividade econômica, contribuindo, dessa forma, para a elevação do PIB do estado concedente.

A esse respeito Affonso (1994) destaca que enquanto no período anterior a CF 88, mais precisamente de 1977 a 1988, a centralização da arrecadação tributária no Governo Federal provocou a oposição entre entes federados subnacionais e a esfera federal na disputa por recursos adicionais aos legalmente instituídos, após a CF 88, dada a descentralização fiscal, o conflito federativo se acirra horizontalmente, opondo estados e municípios, sem, no entanto, enfraquecer o poder central como alvo das disputas, gerando canais de disputas simultâneos. A importância das disputas horizontais ganha expressão na sua face mais evidente, a já citada guerra fiscal.

O autor cita como consequência imediata dessa contenda a variação dos níveis de arrecadação de ICMS em um contexto nacional. Esse importante tributo, em termos de volume de recursos gerados, constitui-se em

base de sustentação fiscal estadual. A fluidez de arrecadação, teve efeito danoso, por exemplo, para o Estado de São Paulo, cuja perda de participação relativa desse imposto, significou a evolução positiva da coleta de outros estados. As perdas de posições relativas foram acentuadas na década de 1990 com a instalação de uma causa mais estrutural: A desconcentração da atividade industrial incentivada pela própria guerra fiscal (AFFONSO, 1994).

5.2. Federalismo fiscal: Repartição das receitas públicas no Brasil

As determinações constitucionais primaram pela consolidação e ampliação da participação de todos os entes federados nas questões fiscais. Embora tenha privilegiado as instâncias subnacionais em termos de densidade de receita disponível, não eximiu o poder central das suas responsabilidades arrecadatórias. Na visão de Affonso (1994), enquanto em 1987 a União detinha 60,7% dos recursos fiscais disponíveis¹⁴, correspondentes a impostos e contribuições, em 1991 essa participação reduziu-se a 53,8%, quando excluídas as transferências constitucionais e legais. Observa-se um movimento oposto ao se verificar a situação de estados e municípios. Esses tiveram elevações de receita disponível de 27,8% em 1987 para 30,4% em 1991 e de 11,5% para 15,9%, nos mesmos anos, respectivamente.

Tabela 7

Em %				
Evolução das receitas disponíveis por ente federado				
Ano	União	Estados	Municípios	Total
1987	60,7	27,8	11,5	100
1988	61,2	27,4	11,4	100
1989	57,3	29,8	12,9	100
1990	54,8	29,4	15,8	100
2000	58,3	26,2	15,5	100
2010	57,1	24,6	18,3	100

Fonte: Afonso et all (2002) e Afonso (2011).

¹⁴ Receita disponível corresponde a receita proveniente da arrecadação tributária federal abatidas as transferências para os entes subnacionais. Para a esfera estadual diz respeito a arrecadação tributária estadual, somada as transferências recebidas da União, subtraídas as transferências aos municípios. Para os municípios equivale a arrecadação tributária municipal somada às transferências recebidas da União e dos estados.

Na Tabela 7 observa-se a movimentação de Receitas Disponíveis (RD) após as determinações constitucionais de 1988. É nítido o adensamento das RD municipais, com a institucionalização do marco constitucional, em oposição ao arrefecimento das federais e estaduais. A retomada da intensidade da RD federal na década de 2000 e na subsequente deve-se a intensificação do esforço federal de arrecadação tributária, o que não ocorreu com a mesma intensidade para a estrutura de tributos estaduais. O comportamento da evolução municipal deixa nítida a intenção de municipalização das políticas públicas nacionais.

Para a compreensão da contemporaneidade da situação fiscal determinada pela CF 88, faz-se importante o conhecimento das bases legais estabelecidas para o federalismo fiscal. O Quadro 3 mostra uma síntese da estrutura tributária vigente. O Quadro 4 demonstra a composição fiscal em termos dos impostos arrecadados e disponibilizados para as transferências constitucionais e legais.

Quadro 3 - Distribuição da competência tributária estabelecida pela Constituição Federal 1988 e subsequentes emendas constitucionais

União*	Estados e DF	Municípios e DF
a) Imposto sobre importação (II)	a) Imposto sobre transmissão <i>causa mortis</i> e doação (ITD)	a) Imposto sobre propriedade predial e territorial urbana (IPTU)
b) Imposto sobre exportação (IE)	b) Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS)	b) Imposto sobre transmissão <i>inter vivos</i> (ITBI)
c) Imposto sobre rendas e proventos de qualquer natureza (IR)	c) Imposto sobre propriedade de veículos automotores (IPVA)	c) Imposto sobre vendas e varejo de combustíveis líquidos e gasosos (IVVC)**
d) Imposto sobre produtos industrializados (IPI)	d) Adicional sobre imposto	d) Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS)
e) Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários (IOF)		
f) Imposto sobre		

União*	Estados e DF	Municípios e DF
propriedade territorial rural (ITR) g) Imposto extra***	de renda	

Fonte: Faveret (2002) com atualizações do autor.

* Foi prevista também a instituição do Imposto sobre Grandes Fortunas (IGF) que, não tendo sido regulamentado até agora, como exigia o texto constitucional, deixa de ter qualquer efeito prático.

** O imposto municipal IVVC foi extinto pela EC nº 3 de 1993.

*** A Constituição Federal 88 abre a possibilidade de criação.

A composição considerada pela Receita Federal do Brasil para as transferências decorrentes da repartição das receitas constitucionais e legais abrange os Fundos de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), cotas parte do IPI, as transferências por compensações financeiras pela exploração de recursos naturais, salário educação, FUNDEB (complementação da União), ITR, IOF, CIDE, transferências determinadas pelas Leis Complementares nº. 87/1996 e nº. 115/2002, e demais transferências de recursos especificadas em lei (Receita Federal do Brasil, consulta em 15/04/2013).

Quadro 4 - Repartição das Receitas Tributárias

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere Para	Percentuais e Observações
União	IR – pessoa física	Estados, DF e Municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta ao pessoal contratado.
	ITR	Municípios	50% para os municípios nos quais se localizam os imóveis
	IR* e IPI	Estados, DF e Municípios	21,5% para o FPE 22,5% para o FPM 3% para o Programa de Financiamento do Setor Produtivo (N, NE e CO)
	IPI	Estados e DF	10% para o Fundo de Ressarcimento aos Estados

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere Para	Percentuais e Observações
			Exportadores (produtos industrializados), proporcionalmente ao valor das exportações de produtos industrializados.
	IOF**	Estados, DF e Municípios	30% para estados e DF 70% para municípios (na operação de origem)
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo), sobre o valor que receber da União
	IPVA	Municípios	50% aos municípios onde os veículos são registrados
	ICMS	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo)

Fonte: Favaret (2002) com base na Constituição Federal, artigos 153, 157, 158 e 159 e atualizações do autor.

*Sobre ouro como ativo financeiro ou instrumento cambial.

**Da parcela da IR devem ser descontados os valores recebidos por estados, DF e municípios, incidentes na fonte sobre os valores pagos aos funcionários públicos.

Para melhor entender a mecânica da descentralização fiscal é importante demonstrar a repartição das receitas tributárias para a composição das transferências entre os entes federativos por meio dos fundos compensatórios.

SISTEMATIZAÇÃO DAS DETERMINAÇÕES CONSTITUCIONAIS PARA OS REPASSES FISCAIS POR FUNDOS COMPENSATÓRIOS

1) FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS/DF (FPE):

Composto por 21,5% do IPI somado ao IR, já excluindo o IRRF¹⁵ que pertence integralmente aos estados e DF;

2) FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (FPM):

Composto por 22,5% da arrecadação do IPI somado ao IR, já excluindo a parcela do IRRF que pertence integralmente aos municípios. Acrescenta-se ainda 1% da arrecadação do IPI, repassado nos primeiros 10 dias de dezembro de cada ano;

3) FUNDOS CONSTITUCIONAIS DE FINANCIAMENTO DO NORTE (FNO), NORDESTE (FNE) E CENTRO-OESTE (FCO):

Equivale a 3% do total da arrecadação do IPI e do IR destinados ao desenvolvimento econômico e social dessas regiões através de programas de financiamento aos setores produtivos; 50% do FNE destinados às atividades na região do semiárido. Do total recebido por cada estado 25% devem ser repassados aos municípios.

4) FUNDO DE COMPENSAÇÃO DAS EXPORTAÇÕES (FPEX ou IPI-Ex):

Criado tendo em vista a imunidade que afasta a incidência do ICMS sobre as exportações. Os valores transferidos têm viés compensatório.

A estrutura fiscal gerada pelo ordenamento tributário introduzido pela CF 88 implicou em modificações que Lima (2007) sistematizou para melhor caracterizar seus efeitos. No plano estadual, as modificações mais significativas estiveram relacionadas ao então ICM que teve o seu parâmetro de redistribuição aos municípios alterados para a fixação da cota-parte de 25%, de livre disposição por critérios fixados pelo estado, para serem transferidos aos municípios que sediou o fato gerador. Os 75% restantes permaneceram regidos pelos critérios anteriores.

Posteriormente, em 1988, esse imposto tem sua base de incidência ampliada ao incorporar os fatos geradores de outros impostos únicos federais – combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transportes – passando a ser denominado Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviço (ICMS), cuja fixação de alíquotas, como já mencionado, ficou sob a responsabilidade dos estados, assim como a prerrogativa de conceder isenções.

¹⁵ IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte

Com referência a esfera municipal, os atributos constitucionais significaram reforço na arrecadação. O mais significativo foi a elevação de 20% para 25% do percentual de partilha municipal do ICMS e o compartilhamento com os estados do Imposto Sobre a Transmissão de Bens Imóveis. Essa repartição foi configurada de forma a permitir aos estados arrecadarem o Imposto sobre Transmissão “Causa Mortis” e Impostos sobre as Doações de Bens e Direitos e os municípios gerarem competência para o Imposto sobre Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis. Os municípios também tiveram acesso a uma base mais ampla de fatos geradores para a cobrança do ISS.

A autora chama a atenção para o interesse do governo federal em desonerar as exportações com finalidade de aliviar a pressão tributária sobre a competitividade do parque produtivo nacional e compensar a falta de investimento. Essa iniciativa gerou o Fundo de Compensação das Exportações de Produtos Industrializados que ressarcia os estados com 10% do IPI dos produtos industriais exportados. Posteriormente, a Lei Complementar No. 87/1996 (Lei Kandir) expandiu essa desoneração aos produtos primários e aos semielaborados.

Lima (2007) observa ainda que essas medidas beneficiaram as disponibilidades financeiras tanto dos estados quanto as dos municípios. Os primeiros pela inclusão de dois novos impostos importantes para a sua base tributária, os segundos devido à determinação legal do repasse para eles de 25% do cômputo estadual do ICMS.

Com relação à Lei Kandir os recursos recolhidos pela União nas operações de exportações seriam repassados diretamente aos municípios. Esses seriam repasses característicos do que se denominaram transferências compensatórias¹⁶. Essa manobra legal tenta amenizar a tensão intergovernamental provocada pela luta para manter os níveis de arrecadação de cada ente federado “perdedor de receita”.

A nova ordem fiscal estabelecida pela CF 88 sacramentou a figura dos Fundos de Participação como mecanismo de transferência

¹⁶ Referem-se a transferências intergovernamentais voltadas para a compensação de perdas de receitas provocadas por mudanças realizadas no sistema tributário que beneficiam arrecadação de determinado tributo de um ente federado em detrimento da coleta de outro.

intergovernamental de equalização de situações fiscais inerentes a um regime federativo. Essa forma de partilha, vigente desde a Constituição Federal de 1946, que então destinou 10% da arrecadação do Imposto de Renda (IR), para distribuição, em partes iguais, aos municípios brasileiros, com exceção aos que fossem capitais. No mesmo ano, dispositivo legal determinou o repasse de 30% do excesso de arrecadação pelos estados do extinto Imposto sobre as Vendas e Consignações (IVC), destinando-os às receitas municipais.

Desde o princípio da sua institucionalização, esse tipo de transferência intergovernamental teve a intenção de equalizar a questão da adequação entre as capacidades loco regionais de arrecadação e as necessidades de gastos públicos. Pretendeu-se com essa medida um ajuste na relação entre as atribuições de cada nível de governo e as receitas provenientes de sua base tributária. Esse *gap* provocaria os desequilíbrios verticais cuja superação exigiria a intervenção federal por meio de mecanismos de transferências (Ipea, 2006).

Segundo Faveret (2002) esse tipo de transferência não impõe vinculação de gasto e tem semelhança com o arranjo canadense para a equalização da falta de adequação entre receitas e atribuições transferidas em estruturas federativas descentralizadas. A autora cita a definição da FUNDAP (1998, p.42), também revisada e assumida neste trabalho, como abrangente para esse tipo de partilha: “transferências livres, dirigidas para a entrada do orçamento dos governos subnacionais, isentas de qualquer vinculação ou condicionalidades, exceto a vinculação genérica de 25% das receitas totais do gasto em educação”.

As transferências nessa modalidade, de acordo com Ipea (2006), constituem-se em parte integrante dos regimes federativos, além de equacionarem as razões inerentes às adequações de funções descentralizadas, são também fundamentais para reparar as desigualdades socioeconômicas entre os estados e entre os municípios. A primeira situação diz respeito à natureza das responsabilidades descentralizadas e da adequação de suas especificidades às capacidades de execução em cada esfera administrativa. Como exemplo de adequação citam-se as funções de defesa nacional e do controle macroeconômico que se apresentam mais oportunas à capacidade de gestão atribuída ao nível central. Por outro lado, o provimento de bens públicos de

caráter social teria maior adaptabilidade de execução aos governos municipais. Essa situação explicita as desigualdades verticais, em que determinados municípios não conseguem harmonizar suas atribuições com sua capacidade fiscal. A segunda situação diz respeito às desigualdades horizontais e originam-se das diferenças socioeconômicas regionais no território nacional, cuja função governamental é equilibrá-las por meio da atuação pública. Esses são exemplos de desequilíbrios locais que as transferências equalizadoras objetivam minimizar.

Com referência às desigualdades horizontais Affonso (1994) chama a atenção para um agravante do cenário econômico atual. Trata-se das consequências da intensificação da integração nacional à economia mundial. O autor pontua que não houve uma estratégia de coordenação nacional para absorver os impactos dos atuais fluxos econômicos entre o Brasil e o exterior. O efeito observado foi a absorção de um padrão de desenvolvimento que implicou em uma margem de desemprego estrutural que aprofundou as desigualdades sociais.

Como parte dos mecanismos de compensação perpetuados pela CF 88 que caracterizam tipos específicos de transferências, o FPE e o FPM têm finalidade de compensar a fragilidade de arrecadação dos entes estaduais e municipais e de redirecionar regionalmente a distribuição de recursos públicos, de acordo com a escassez financeira local.

Os Fundos de Participação foram criados pela Emenda Constitucional N^o. 18 em 1965, com percentual de 20% da arrecadação desses mesmos impostos. O produto dessa percentagem era direcionado, em partes iguais, ao FPE e ao FPM. A regulamentação inicial e os parâmetros de distribuição nacional foram determinados pela Lei n^o. 5.172/1966. A partir desse marco legal diversas modificações legais foram operadas¹⁷ nesses fundos.

A atual regra de partilha financeira concede ao FPM montante destinado de forma escalonada: 10% reservados às capitais de estados e 90% encaminhados aos demais municípios. A parcela reservada aos municípios não capital (90%) sofre novo escalonamento ao fixar 4% para aqueles com mais de 156.216 habitantes. A distribuição regional entre os municípios não capital

¹⁷ Para detalhada visão da evolução legal do FPE e do FPM ver Ipea (2006).

corresponde aos seguintes percentuais: 35,3% para o Nordeste; 8,53% para o Norte; 31,8% para o Sudeste; 17,5% para o Sul; e 7,47% para o Centro-Oeste.

As regras para a redistribuição dos 21,5% da arrecadação do IR somada a do IPI, destinados ao FPE, permanecem, segundo Lima (2007), praticamente as mesmas desde a reforma tributária de 1967 e conservaram-se inalteradas no texto constitucional de 1988. São atribuídos critérios com base na dimensão populacional e do inverso da renda per capita estadual. Além dessa definição, a Lei Complementar No. 62, de 28 de dezembro de 1989, determinou que do total destinado ao FPE, 85% sejam destinados às Regiões Norte (23,37%), Nordeste (52,46%) e Centro-Oeste (7,17%) e 15% para as Regiões Sul (6,52%) e Sudeste (8,48%).

No entanto, em decisão de 2010, o Supremo Tribunal Federal (STF) declarou a inconstitucionalidade dessa forma de repartição e determinou que até dezembro de 2012 nova Lei Complementar estabelecesse novos critérios de repartição. A decisão foi baseada em quatro Ações Diretas de Inconstitucionalidade (ADI) ajuizadas pelo Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Goiás e Mato Grosso do Sul. Genericamente essas ADIs alegaram a existência de defasagem no critério populacional, arbitrariedade nas definições dos coeficientes estaduais dentro de cada região, além de anacronismo dos critérios de repartição adotados pela Lei Complementar 62/89, com finalidade de correção dos desequilíbrios socioeconômicos ao tomarem como base um cenário econômico que determinava uma renda per capita atualmente completamente defasada, causando distorção na função redistributiva do FPE. De acordo com estudo do Ipea (2013), que apresenta revisão da evolução das propostas de Projeto de Lei em tramitação no Congresso Nacional com essa finalidade, até o prazo fixado pelo STF ainda não havia definição de novos critérios de rateio do FPE com atribuições consideradas satisfatórias aos pedidos de verificação de ADI formulados ao STF.

A comparação entre os fluxos de transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios, no parecer de Souza (2001), apresenta ganhos proporcionais em favor dos municípios. No parecer dessa autora, as relações estabelecidas pela forma de descentralização das políticas sociais

tiveram como resultados a limitação do papel político e decisório dos governos dos estados, restringindo a sua capacidade fiscal na execução das mesmas.

É unânime na literatura que a principal consequência real dos repasses via fundos de participação foi a intensa criação e instalação de municípios a partir da segunda metade da década de 1980. De acordo com o Ipea (2000), entre 1984 e 1987 foram criados 1.405 municípios, sendo que desses em torno de 80% são de pequeno porte, com até 10 mil habitantes. A proliferação de municípios de pequeno porte torna injusta para os municípios maiores a redistribuição pelas regras do FPM uma vez que grande quantidade desses, contribuindo em menores proporções para a formação do PIB nacional e recebendo a transferência inversamente a sua baixa renda per capita, reduz a proporcionalidade de redistribuição para com os demais (Ipea, 2000).

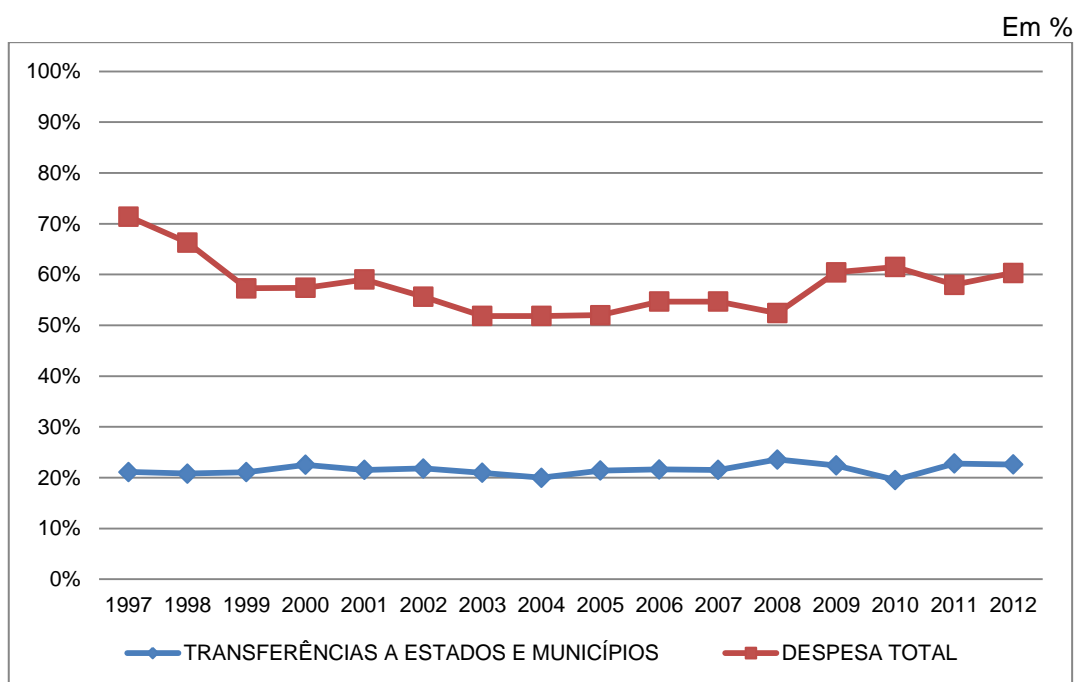
Esse estudo do Ipea aponta a desproporção da população beneficiada pelos montantes transferidos para grande número de municípios de pequeno porte, com relação aos de grande porte e, por fim, as consequências alocativas em razão dos recursos despendidos no custeio de maior número de pequenas administrações locais, reduzindo as disponibilidades para aplicações em programas sociais.

Já Faveret (2002) e Lima (2007) indicam a redução da capacidade redistributiva do FPM, em relação ao FPE, provocada pela desigualdade de redistribuição entre os municípios das capitais, os de médio porte e os de pequeno porte, conforme os percentuais já mencionados.

No desdobramento de municípios verificado nos anos 1980, Lima (2007) identifica a vantagem gerada para aqueles criados. Ao ser desmembrada a base populacional, gerando municípios de portes menores, os coeficientes de rateio atribuídos aos novos proporcionam melhores proporções de apropriação de recursos do FPM, quando se usa como referência o município gerador do desdobramento. Essa constatação possivelmente potencializou a criação de pequenos municípios induzida pela possibilidade latente de transferências, gerada pela elevação da arrecadação dos impostos que compõem a base financeira do FPM. A concentração de pequenos municípios termina por desfavorecer a destinação aos de médio e grande porte (IPEA, 2000).

O Gráfico 3, apresentado a seguir, permite a visualização da evolução da relação percentual entre as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios e as Receitas Brutas da União. Mostra, também, o peso do percentual das Despesas Brutas da União nas Receitas Brutas da União.

Gráfico 3 - Relação entre transferências constitucionais e legais a Estados e Municípios e as Receitas Brutas do Tesouro Nacional (RB) e entre as Despesas Brutas e RB do Tesouro Nacional



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Secretaria do Tesouro Nacional.

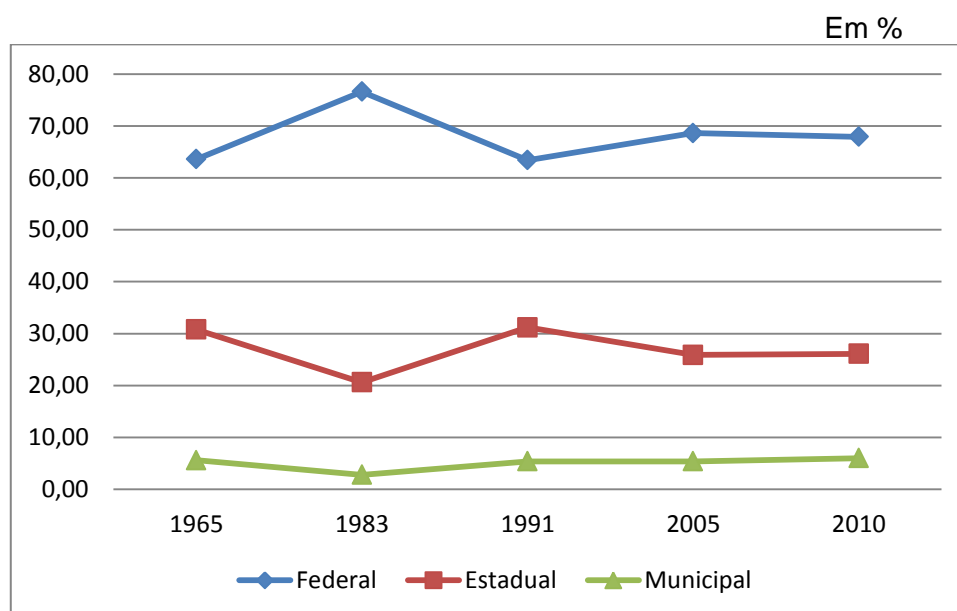
Ao analisar-se o Gráfico 3 constata-se que as transferências federais a estados, Distrito Federal e municípios têm um peso relativamente importante em relação às RB do Tesouro Nacional, isto é, todas as receitas de competência federal, exceto as previdenciárias. Configura, no período, uma proporção praticamente linear com percentuais entre 20% e 22%. Essa relação corresponde, em média, a 40 pontos percentuais a menos do que a participação que as despesas brutas têm nas RB federais e comprova a importância relativa entre os gastos centralizados da União e os descentralizados a estados e municípios.

Mesmo com toda a intenção descentralizadora ainda observa-se importante centralidade nos gastos federais, dada as distâncias proporcionais entre os seus níveis e os das transferências às demais instâncias de governo.

Para Arretche et al. (2012) essa centralidade se expressa na regulação federal das finanças dos entes federados, a partir da determinação constitucional de percentuais de gastos fixados para políticas como educação e saúde, na determinação de modalidades alocativas no seio de determinadas políticas, muito evidenciada na área da saúde por meio da prioridade a atuação em atenção básica e acesso gratuito a medicamentos, etc. A autora cita também a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) com a definição de tetos para gastos com pessoal ativo e inativo que limita as possibilidades locais de execução de suas responsabilidades .

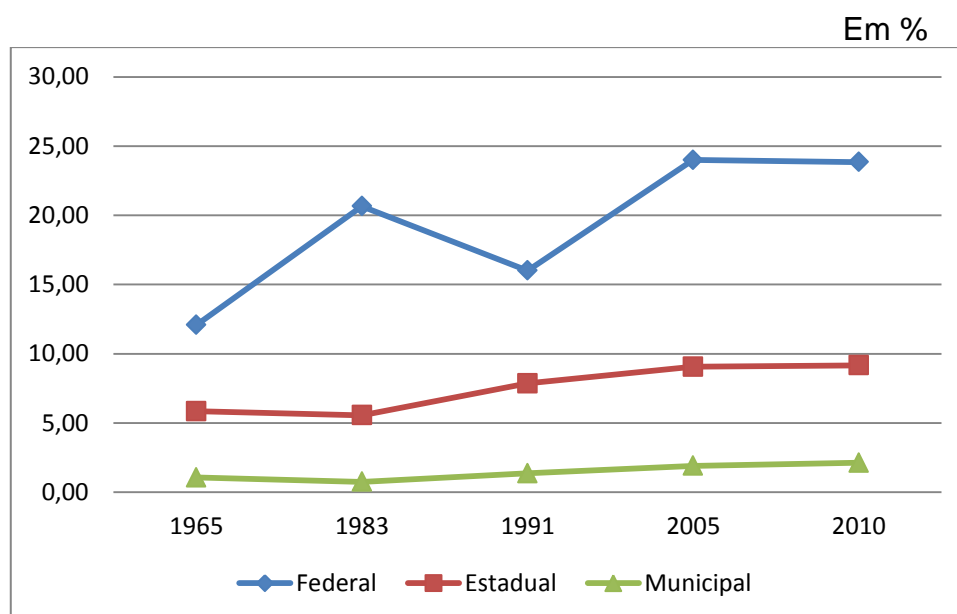
A política fiscal praticada a partir da CF 88 resultou no redesenho do panorama das disponibilidades de recursos originados da base tributária nacional. O Gráfico 4 mostra as participações percentuais das arrecadações dos três níveis de governo e o Gráfico 5 o peso dessa arrecadação em relação ao PIB nacional.

Gráfico 4 - Composição da receita tributária por nível de governo - Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Afonso (2.011), disponível em: www.joserobertoafonso.ecn.br, acesso em 16/04/2013.

Gráfico 5 - Evolução das receitas tributárias em relação ao PIB por nível de governo - Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de dados de Afonso (2012), disponível em: www.joserobertoafonso.ecn.br, acesso em 16/04/2013.

Ao analisar a evolução das participações dos entes federados nas receitas tributárias brutas¹⁸, observa-se a inflexão da arrecadação federal no período da redemocratização que culminou com a promulgação da CF 88. Conforme o já visto sobre o tema neste trabalho, nesse mesmo período ocorre a descentralização de competências tributárias aos estados, Distrito Federal e municípios, sinalizada pelas ascensões das curvas dos demais entes federados. Ainda com relação à participação federal, a já mencionada retomada do desempenho da arrecadação de tributos a partir da década de 2000 também é refletida na curva da participação tributária da União.

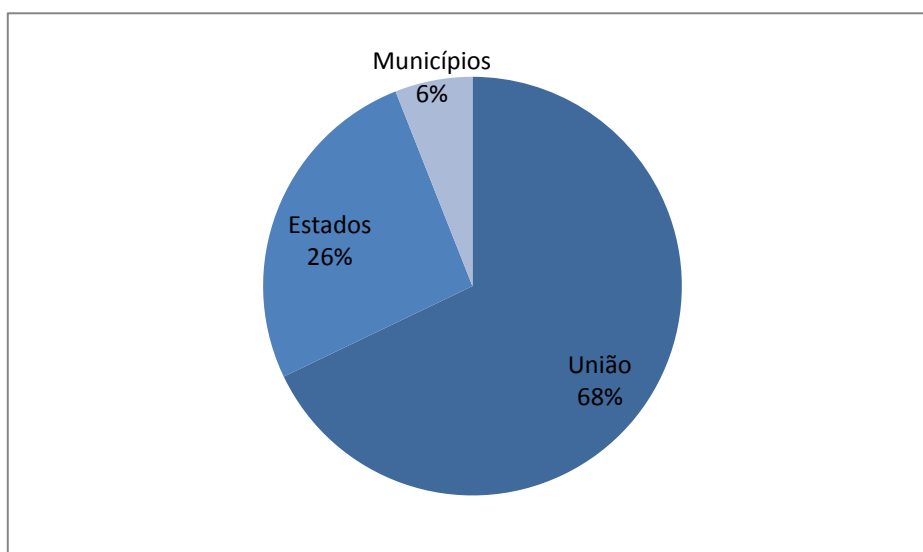
¹⁸ As receitas tributárias brutas referem-se apenas a arrecadação tributária, momento do processo fiscal anterior à efetivação das transferências inter federativas.

Sobre esse cenário, Arretche et al. (2012) ponderam que a autoridade tributária concedida pela CF 88 aos demais entes federados com relação aos seus impostos próprios é afetada pela regulação federal ao limitar, por exemplo, as alíquotas mínimas para o recolhimento do Imposto Sobre Serviços (ISS) com finalidade de amenizar os efeitos da guerra fiscal. A autora, com essa provocação, sustenta que apesar da descentralização das receitas fiscais, permanecem traços de centralidade sobre a autonomia decisória dos governos locais, com intervenções por meio de regras nacionais voltadas para a regulação das finanças subnacionais.

A proporção dessas mesmas receitas com relação ao PIB, demonstra o crescimento da carga tributária estabelecido com relação à atividade produtiva nacional. O crescimento observado em todos os níveis de governo evidencia que o esforço fiscal empreendido é bem mais pronunciado no nível federal, indicando o aprimoramento federal na coleta de tributos de sua competência.

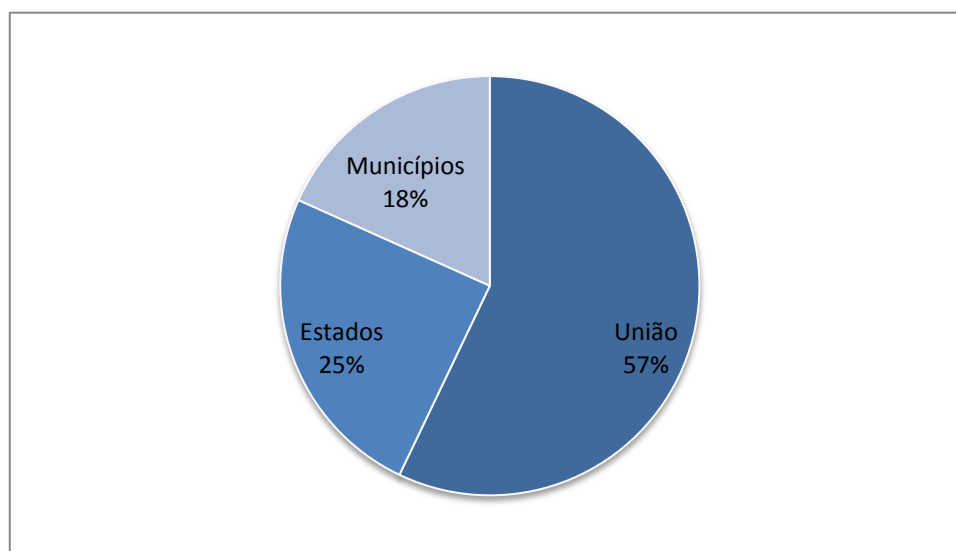
A partir da descentralização de atribuições tributárias e de recursos, via transferências, verificadas após a CF 88, a reconfiguração fiscal com intenções compensatórias, para amenizar as diferenças regionais, resultou em um quadro de disponibilidades financeiras que pode ser visualizado nos Gráficos 6 e 7.

Gráfico 6 - Distribuição percentual, por ente federado, da arrecadação direta de tributos. Brasil, 2010



Fonte: Afonso (2.011), disponível em: www.joserobertoafonso.ecn.br, acesso em 16/04/2013.

Gráfico 7 - Distribuição percentual, por ente federado, da receita disponível. Brasil, 2010



Fonte: Afonso (2.011), disponível em: www.joserobertoafonso.ecn.br, acesso em 16/04/2013.

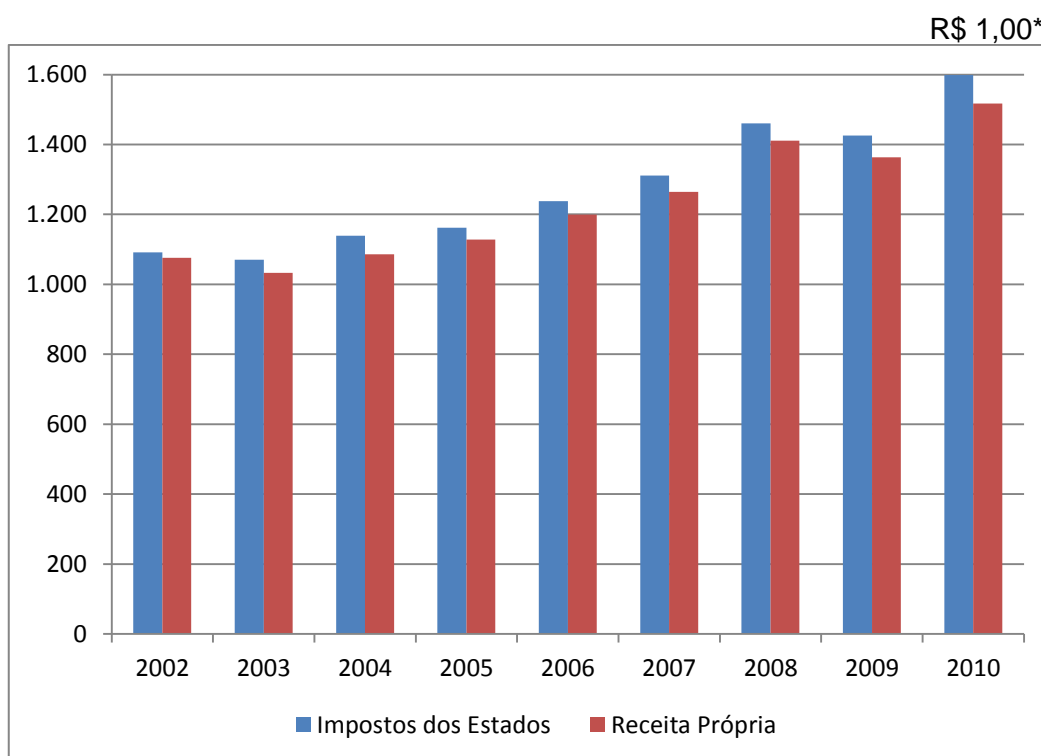
A comparação entre as duas situações permite concluir que, apesar do ordenamento do volume de arrecadação ser decrescente a partir da esfera federal, o cenário se modifica após as transferências serem acrescentadas

ao produto da arrecadação de estados e municípios, resultando em um montante de receitas disponíveis que favorece os municípios.

A situação apresentada nos dois Gráficos permite presumir que, em média, os entes municipais têm maior sustentação nas transferências constitucionais e legais do que na sua capacidade de arrecadação para a geração de recursos para a execução das políticas descentralizadas.

Ao examinar a questão da descentralização fiscal sob a ótica dos efeitos relacionados à situação dos estados e municípios, os Gráficos 8 e 9 demonstram as relações entre os valores *per capita* das receitas disponíveis (soma dos impostos com as transferências constitucionais e legais, dos estados e municípios) com os impostos de competência própria. Por motivo de o Distrito Federal configurar uma complexa discriminação de relações tributárias entre estado e município foi excluído do cômputo.

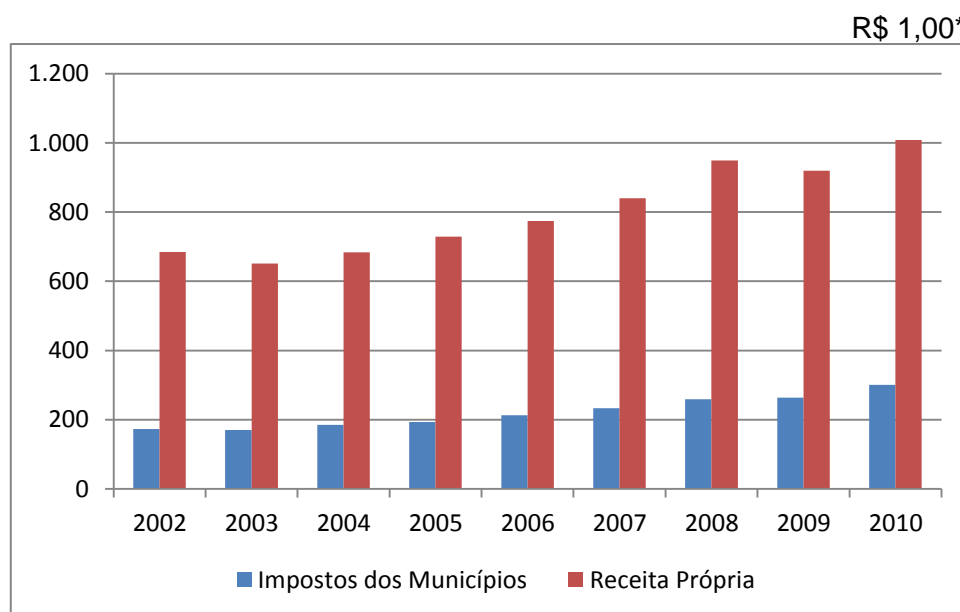
Gráfico 8 - Comparação entre os *per capita* das receitas disponíveis com os de impostos de competência dos estados – Brasil (2002 a 2010)



Fonte: Dados utilizados na Pesquisa da situação do financiamento da saúde, parte do Convênio de Cooperação Técnica entre a Fiocruz e o Conasems. Elaboração Piola e França (2012), a partir de dados informados ao Siops, consulta em abril de 2012.

* Valores deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e população (IBGE), Censo 2010.

Gráfico 9 - Comparação entre os *per capita* das receitas disponíveis com os de impostos dos municípios - Brasil (2002 a 2010)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados informados ao Siops, acesso em 15 de abril de 2012.

* Valores deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (**INPC**) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e população (IBGE), Censo 2010.

A visão conjunta dos dois Gráficos deixa nítido o movimento das transferências entre os entes federados. No caso dos estados, observa-se o crescimento progressivo da sua capacidade de arrecadação em relação ao crescimento populacional. No entanto, ao acrescentar os impostos às transferências federais e abater as transferências feitas aos municípios, resta a superioridade do *per capita* de impostos sobre o das receitas próprias.

Com relação aos municípios o movimento é inverso. É evidente a baixa capacidade de arrecadação *per capita*, mesmo com a discreta elevação no período. É também patente a superioridade das receitas disponíveis *per capita* frente aos volumes arrecadados de impostos e das taxas relativas de crescimento da população, produto da evolução do recebimento de transferências estaduais e federais. O indicativo, em relação aos municípios, é de que a velocidade de crescimento dos recursos transferidos é maior que a da arrecadação de impostos e do crescimento populacional, em todas as regiões brasileiras. Demonstra-se, dessa forma, a vantagem dos municípios, em relação aos estados, em termos de

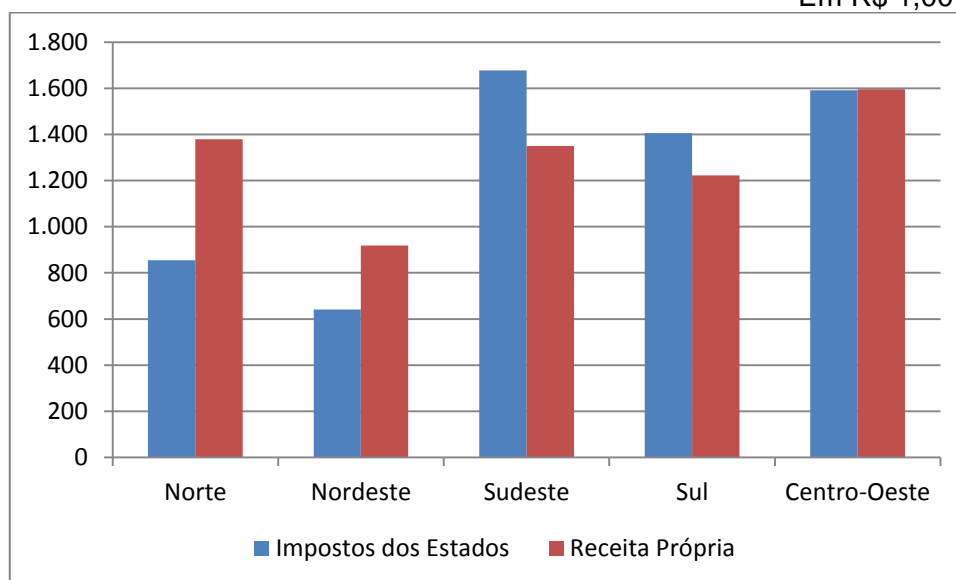
percepção de transferências federais e estaduais apontado, entre outros autores, por Souza (2001); Arretche et al. (2012) e Mendes (2010).

No entanto, a situação nacional não explicita a questão das diferenças fiscais em termos regionais. Os Gráficos 10 e 11 apresentam a média *per capita* do período 2002/2010, por região geográfica, dos impostos de competência estadual e municipal comparada à média *per capita* da receita disponível dos estados e municípios por região geográfica.

Gráfico 10 - Receitas *per capita* de impostos dos estados e receitas *per capita* disponível dos estados, por região geográfica

(média regional de 2002 a 2010)

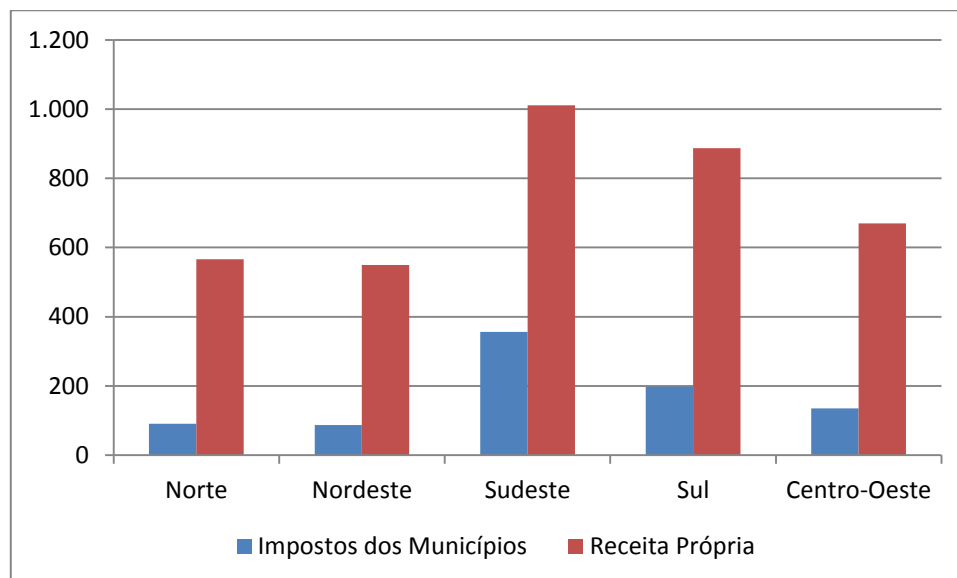
Em R\$ 1,00*



Fonte: Elaboração própria a partir de dados informados ao Siops, acesso em 15 de abril de 2012

* Valores deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e população (IBGE), Censo 2010.

Gráfico 11 - Receitas *per capita* de impostos do conjunto de municípios das regiões geográficas e receitas *per capita* disponível do conjunto de municípios das regiões geográficas (média regional de 2002 a 2010)



Fonte: Elaboração própria a partir de dados informados ao Siops, acesso em 15 de abril de 2012

* Valores deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC) calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e população (IBGE), Censo 2010.

O exame panorâmico dos dois Gráficos fornece elementos conclusivos sobre as diferenças regionais na formação das receitas disponíveis (RD). No âmbito estadual, constata-se a conhecida superioridade de arrecadação tributária nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul em contraposição à frágil capacidade de gerar receitas de prestação pecuniária pelas Regiões Norte e Nordeste. Esse cenário deveria ser amenizado pelas transferências interregionais com fins compensatórios. Ainda assim, a baixa capacidade redistributiva do FPE, apontada na literatura, pode ser constatada pela simples visualização do Gráfico 10: as dimensões das colunas referentes aos impostos *per capita*s estaduais das Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul são proporcionalmente bem superiores às das regiões Norte e Nordeste, enquanto a proporcionalidade das colunas das receitas disponíveis em relação às colunas dos impostos, apresentam-se em situação inversa.

O Gráfico 11 confirma a baixa capacidade municipal de gerar impostos, com exceção à robustez municipal da Região Sudeste que apesar da

alta concentração demográfica apresenta o mais expressivo *per capita* de impostos municipais do país. A situação evidenciada nesse gráfico é a de dependência municipal das transferências para a formação das RD em todo país. Em um cômputo nacional Arretche et al. (2012) demonstrou o efeito redistributivo dessas transferências, em relação á arrecadação própria. As transferências do FPE e FPM são mais pronunciadas que o de outras transferências federais (SUS, Fundef / Fundeb). Ainda assim, o exame por regiões mostra que os municípios localizados naquelas mais prósperas, apresentam vantagens em termos *per capita* na percepção dessas transferências e, mais uma vez, fornece elementos ao acirramento do debate sobre a capacidade redistributiva dessas transferências, presente na literatura consultada.

Este capítulo procurou resgatar, sinteticamente, a trajetória da formação da base fiscal nacional com finalidade de fornecer um cenário que permita contextualizar a situação do objeto da pesquisa no espaço situacional do federalismo brasileiro. O esforço de demonstrar a dependência municipal das transferências federais e estaduais merecia melhor aprimoramento em termos de corte por porte municipal, distribuição estadual e relações com a capacidade de produção e potencial de recursos naturais exploráveis economicamente. No entanto, foi fornecida uma ideia geral da geração regional de impostos e sua relação com a formação da receita própria para a determinação da capacidade de formação de RD.

Esses elementos são importantes para a contextualização do objeto de estudo em um cenário nacional e para o entendimento dos recortes adotados como bases estatísticas para o estudo dos municípios de Minas Gerais com atuação em saúde no Programa Brasil sem Miséria.

CAPÍTULO 6 – Os condicionantes da sustentabilidade econômico-financeira das ações de saúde no Brasil

Este Capítulo examina os principais condicionantes que interferem nas proposições da atuação em saúde proposta pelo BSM e que são importantes para a garantia da sustentabilidade do programa.

Como o BSM é uma iniciativa federal, para caracterizar a atuação em saúde no âmbito do programa, importante se faz o exame da contrapartida de recursos da União para a cobertura de possíveis incrementos orçamentários em consequência de ampliação de metas.

6.1. A participação federal no financiamento das ações de saúde

O exame das características da atuação governamental implicadas para a consecução dos objetivos do BSM até o ano de 2012, leva à dedução que o Plano embute proposições que adicionam novos elementos ao cenário até então estabelecido. Essa atuação suplementar acarreta a necessidade de recursos adicionais para a cobertura do custeio das intervenções e dos investimentos fixos em infraestrutura.

Ao considerar que a proposta do BSM parte da União, é prudente analisar a situação de disponibilização de recursos por esfera administrativa para o caso da necessidade de aportes adicionais. No ano de 2012 a Lei Orçamentária Anual (LOA) não incluía ações específicas ou destaque em ações pré-existentes com destinação ao BSM. A situação de execução orçamentária do MS apresentou limitações à realização financeira dos valores orçados, devido ao contingenciamento de R\$ 5 bilhões determinado pelo Decreto 7.680, de 17/02/2012, não disponibilizados até o final do exercício. A execução federal ao final do ano acusou déficit de empenho de R\$ 9,1 bilhões, em relação à dotação orçamentária atualizada, em função dos contingenciamentos ao longo do exercício, além daquele inicial. Em relação aos valores empenhados, R\$ 8,3 bilhões foram inscritos em restos a pagar. O que representou um déficit de execução de R\$ 17,4 bilhões em relação às disponibilidades legais para 2012.

A equalização da participação federal no financiamento das ações de saúde depositou grande expectativa na regulamentação da EC 29. No entanto,

a Lei Complementar 141 de 2012 (LC 141/2012), que a regulamentou, não modificou a condição de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) para o piso da União, resultando em que, em termos de volume do montante federal empregado, não se observasse modificação significativa, por repercutir elevações pouco expressivas em termos de crescimento da economia. O dispositivo mais importante contido na LC 141/2012, diz respeito à definição da natureza das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Esse dispositivo, é certo, trouxe mais clareza à destinação dos recursos por cada ente federado e permitiu um acompanhamento mais sistemático da destinação dos recursos, segundo as determinações constitucionais. Espera-se que esse dispositivo, ao menos, gere condições de aperfeiçoamento da eficiência e imprima maior regularidade ao fluxo setorial de recursos.

A partir de 2000, ano de aprovação da EC 29, houve maior estabilidade no financiamento da saúde e uma discreta elevação, a partir de 2004, em relação ao aporte da União destinado ao financiamento do SUS. No entanto, a tendência de crescimento do gasto público em saúde deve-se, de fato, à elevação da participação dos Estados e Municípios, como afirma Biasoto (2003).

Com efeito, observa-se que, a partir de 2000, houve discretos incrementos nos aportes federais. Porém, levando em consideração os acréscimos dos demais entes federados, esses aportes foram pouco significativos. Essa situação reflete o crescimento inexpressivo do PIB no período e a disposição da União em se manter em torno do nível do piso legal. Ainda assim, é nítida a criação de um padrão de estabilidade na orçamentação federal da saúde. A importância desse efeito ganha destaque em cenário de enorme disputa orçamentária, no âmbito da União, diante da fragilização do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e das restrições de recursos causadas pelo esforço primário e pelo crescimento do gasto público com outras despesas correntes, com destaque, no âmbito das Políticas Sociais, para os programas de transferências de renda (FRANÇA; COSTA, 2011).

A situação de distribuição da participação dos entes federados demonstra o recuo da União diante dos avanços estaduais e municipais. Na Tabela 8, os extremos da série tornam evidente que a esfera federal recuou de quase 60% para 45% sua participação no gasto público em saúde. Estados e

Municípios apresentaram elevações de suas contribuições bastante expressivas, correspondentes a 7,8 e 6,8 pontos percentuais, respectivamente. Enquanto, no período, o gasto das três esferas de governo com ASPS cresceu 134%, o mesmo gasto federal aumentou 75%.

Tabela 8 - Gasto público das três esferas de gestão com ações e serviços públicos de saúde - 2000 a 2011

Em R\$ bilhões de 2011, deflacionados pela média anual do IPCA

ANO	ESFERA						TOTAL
	Federal	% no total	Estadual	% no total	Municipal	% no total	
2000	41,31	59,8%	12,82	18,5%	14,96	21,7%	69,09
2001	42,70	56,1%	15,71	20,7%	17,65	23,2%	76,07
2002	43,34	52,8%	17,66	21,5%	21,08	25,7%	82,07
2003	41,51	51,1%	18,67	23,0%	21,02	25,9%	81,20
2004	46,85	50,2%	22,96	24,6%	23,51	25,2%	93,33
2005	49,80	49,7%	23,11	23,1%	27,19	27,2%	100,10
2006	52,44	48,4%	25,48	23,5%	30,37	28,0%	108,28
2007	55,01	47,5%	28,02	24,2%	32,81	28,3%	115,84
2008	57,18	44,2%	32,81	25,4%	39,24	30,4%	129,23
2009	65,27	45,8%	36,13	25,4%	40,98	28,8%	142,38
2010	66,08	44,1%	39,74	26,5%	44,08	29,4%	149,90
2011	72,33	44,7%	41,50	25,7%	47,94	29,6%	161,77

Fonte: SPO/MS (Esfera Federal) e SIOPS (Esferas Estadual e Municipal - extraídos em 27 de novembro 2012).

Elaboração: Piola et al. 2013.

Notas:

(1) O Gasto Federal ASPS está de acordo com a definição das LDO's, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com Inativos e Pensionistas, Juros e Amortizações de Dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

(2) Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do Gasto Federal ASPS, considera os valores executados na UO 74202 - Recursos sob supervisão da ANS até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cálculo de gasto em ASPS.

(3) O Gasto Estadual ASPS foi extraído de Notas Técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais (2000 a 2008). Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da resolução CNS 322/03 e EC 29/00. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizados as 26 UF's que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 baseado no crescimento anual médio observado nos últimos 2 anos. Aguardamos a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

(4) O Gasto Municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2010. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2010 este percentual, por enquanto, foi de 98%.

Partindo da constatação de que os gastos com ASPS são financiados pela estrutura tributária dos três entes federados, além das transferências constitucionais e legais e das transferências do SUS a estados, Distrito Federal e municípios, é relevante conhecer o quanto representam das receitas correntes dos entes federados, isto é, qual o seu peso nas Receitas Disponíveis (RD) de cada ente federado no gasto com ASPS. Esse cálculo parte da suposição que as RD de Estados e Municípios referem-se a suas receitas de impostos, somadas às transferências constitucionais e legais. Com relação à esfera federal, considerou-se a Receita Corrente Bruta da União.

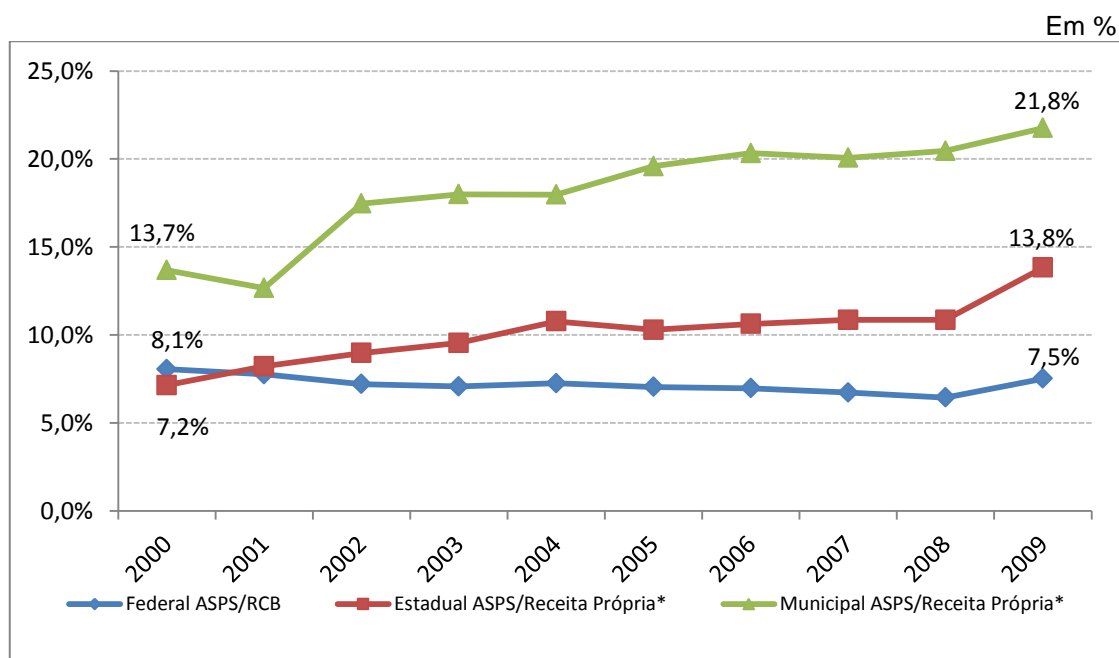
A origem dos recursos fundamenta-se em fontes provenientes dos impostos gerais dos três níveis de governo e de contribuições sociais arrecadadas pela União e repassadas aos ministérios que compõem a Seguridade Social (Viana e Machado, 2008).

No Gráfico 12 observa-se que a participação dos gastos com ASPS na RD apresenta trajetória ascendente nos Estados e nos Municípios, sendo mais acentuada nesses últimos, nos quais se constata elevação de 8,1 pontos percentuais. A mesma evolução dos Estados foi de 5,7 pontos percentuais. O movimento foi inverso para a União que apresentou decréscimo de 0,6 pontos percentuais. Deve ser feita uma ressalva com relação à consistência dos dados dos estados e municípios. Os municípios, por serem declarados ao Siops, não teriam sido cotejados com os balanços municipais anuais, podendo apresentar viés de declaração. Os Estados tiveram suas declarações analisadas e têm consistência comprovada. No entanto, para efeito do determinado pela EC 29, essas unidades, em uma média nacional, só passaram a cumprir a determinação do mínimo de aplicação de 12% no ano de 2009.

Outra restrição a ser feita à consistência os dados do montante investido em saúde refere-se ao denominador da proporção considerada para a União — a Receita Corrente Bruta (RCB) —, talvez o dado utilizado não seja o melhor agregado a ser considerado, por incluir nas receitas de impostos os montantes transferidos aos Estados e Municípios por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), respectivamente. No entanto, essa base de vinculação reflete as expectativas atuais sobre a elevação do aporte federal. Observa-se que, em 2009, a União aplicou 7,5% da RCB,

contudo, antiga reivindicação do Movimento da Reforma Sanitária, acatada pelos gestores de estaduais e municipais, o piso da participação da União no financiamento do SUS teria o alcance 10% da RCB.

Gráfico 12 - Evolução da participação do gasto em ASPS de cada esfera em relação a sua receita própria



Fonte: STN; SPO/MS; SIOPS. Elaboração: Piola & França (2012)

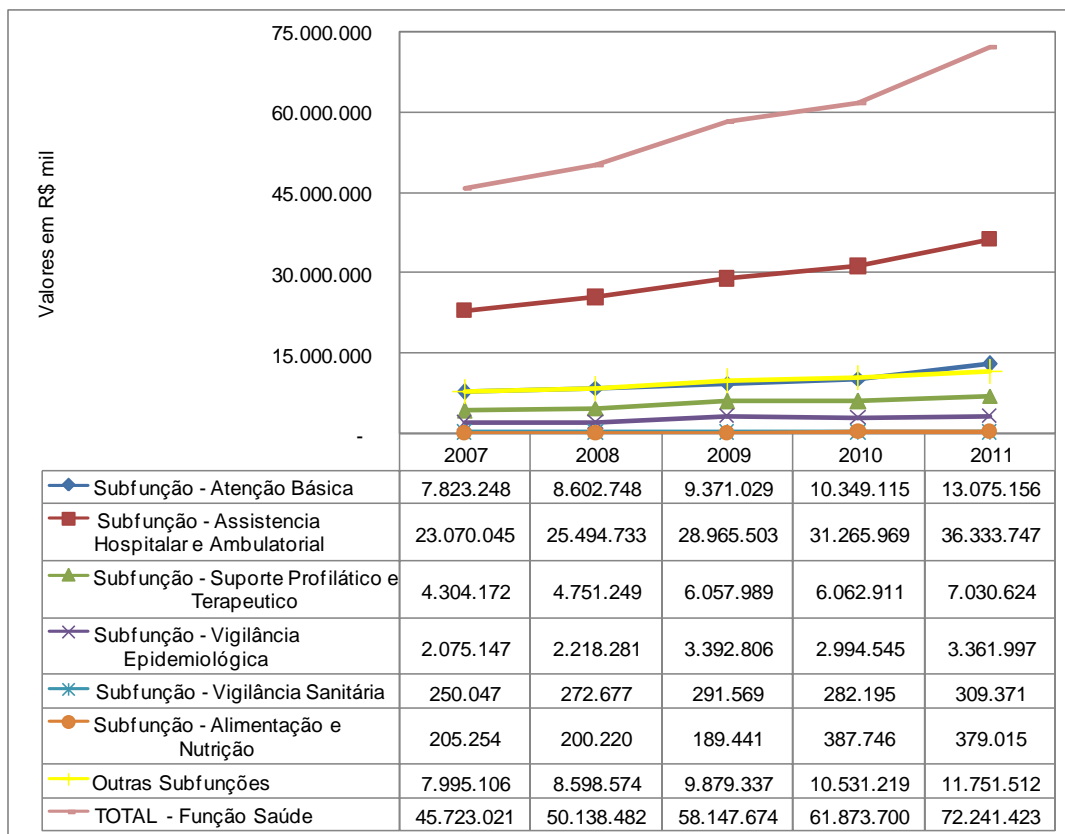
Nota: A receita própria corresponde às receitas provenientes da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais e legais

Outro ponto com destaque no debate relativo ao financiamento das intervenções de saúde pública refere-se à alocação dos recursos orçamentários setoriais. Segundo a Prestação de Contas da Presidente da República de 2012¹⁹, as aplicações por subfunções típicas da Função Saúde, apresentam a seguinte distribuição:

¹⁹ Ver em <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/index.asp>

**Gráfico 13 - Execução orçamentária (valores empenhados por subfunção)
Despesas executadas (2007-2011)**

R\$ mil



Fonte: SPO/SE/MS.

Conforme se observa no Gráfico 13 a participação da subfunção Atenção Básica, na execução financeira da Função Saúde, permaneceu praticamente estável no período, variando de 17% a 18%. Ao se observar as demais subfunções a conclusão a que se chega é que houve, em relação ao gasto total em saúde, estabilização no movimento alocativo de todas as subfunções típicas.

Apesar de o período demonstrado não ser muito extenso, as características inerciais da alocação de recursos em cada linha de atuação sugerem traços de *path dependence*, no cenário atual da política de saúde. A noção de dependência de trajetória, proposta pela abordagem institucionalista, identifica o impacto da existência de legados políticos sobre as decisões em política pública. O conceito, oriundo do campo da economia, significa que uma política pública ao iniciar uma trajetória tem os custos para a inovação

incrementados. As certezas ou acomodações de situações dos arranjos institucionais do passado podem impedir a reversão das escolhas originais (PIERSON, 2000).

6.2. Outros fatores determinantes da sustentabilidade das políticas sociais

No entanto, a questão do financiamento, apesar de importante, não é hegemônica na determinação da sustentabilidade das políticas públicas de saúde. No exame da literatura especializada explicitaram-se outros fatores intervenientes cuja exploração científica gerou posturas que alimentam o debate. Exemplo disso é o papel institucional do MS na coordenação nacional da política de saúde e da atuação descentralizada em uma estrutura federativa, mais detalhadamente discutida no desenvolvimento desta tese. Em síntese, para efeito deste estudo, o papel institucional do MS refere-se à competência da esfera federal de gestão do SUS para a formulação e implementação da política nacional de saúde, bem como a coordenação da descentralização e articulação dos processos políticos nela envolvidos. Papel em que a literatura examinada apontou falhas e disfunções.

Nesse âmbito, Arretche (2004) e Mendes (2005) destacaram esse papel mais fortemente fundamentado nos fluxos de recursos e nos incentivos financeiros do, que em sua capacidade de empreender as mudanças na direção proposta pelo novo modelo. Por sua vez, Machado (2007) e Ipea (2009) contrapôs essa posição ao argumentar que as restrições ao financiamento federal, impostas pelo contexto da política econômica adotada, geram questionamentos de sucessivos governantes locais quanto à conveniência de adesão às determinações ministeriais. Tais questionamentos tornam ainda mais aguda a fragilidade de sua capacidade institucional. Para essas últimas fontes, o papel institucional do MS se estabelece pela própria estrutura normativa do SUS, por seu poder de centralizar o comando utilizando-se de sucessivas normatizações e regulamentações.

Outro tema pouco frequente na literatura, porém relacionado ao papel institucional do MS, trata dos instrumentos de governança²⁰ postos em prática pela gestão central do SUS.

O estudo *O dilema da coordenação federativa do SUS: financiamento ou responsabilização?* realizado pelo autor em 2011, sob orientação do Professor Dr. Nilson do Rosário Costa (Apêndice 1), tem como referencial para a governança os modelos analíticos: administração pública, escolha fiscal local, capital social e agente/principal, sistematizados por Bossert (1999), com finalidade de avaliar processos de gestão em saúde semelhantes ao nacional. A análise da literatura nacional, à luz desse referencial, identificou fragilidades na relação funcional entre a esfera central e os demais níveis de gestão, principalmente, no que diz respeito à delimitação do espaço de decisão, ao monitoramento e à avaliação, além da debilidade de responsabilização dos entes federados envolvidos na gestão descentralizada e dos atores condutores do processo.

A gestão da atuação descentralizada do SUS, em uma condição federativa, instiga a produção de estudos voltados à compreensão dos fatores determinantes e das potenciais influências dessa orientação. Autores como Abrúcio (1996); Arretche (1999, 2002, 2004); Levcovitz (2001), Ugá et al. (2003), Loureiro e Abrúcio (2004) e Ribeiro (2007), estudados nesta tese, empreenderam importantes contribuições para a compreensão do cenário político nacional e internacional, que alavancou o processo setorial de descentralização no Brasil, no âmbito de uma conjuntura mundial favorável à descentralização de atribuições públicas a partir do núcleo central de governo para os periféricos.

O exame sob a ótica das disponibilidades financeiras dos entes federativos com capacidades fiscais e de gestão bastante heterogêneas estimulou Favaret (2002); Arretche (2003); Sousa (2003); e Lima (2007) a realizarem análises consistentes, aproximando o campo das finanças públicas ao da saúde coletiva.

²⁰ Entende-se o conceito de governança como a aptidão de um governo em formular e implantar iniciativas, monitorar e avaliar resultados, responsabilizar instituições, parcerias e dirigentes. Essa é uma habilidade inerente ao papel institucional que orienta a economia e a sociedade para o alcance de objetivos coletivos (PETERS; PIERRE, 2000).

Argumentos de Costa et al. (1999), sobre a capacidade institucional da gestão local e do controle social, apontam como fatores favoráveis a busca da efetividade e da definição de papéis entre os entes federados, assim como a adoção de mecanismos de responsabilização, como variáveis que potencializaram o processo de descentralização.

A federalização fiscal, além do debate sobre a evolução e intercorrências da descentralização de recursos desenvolvido no corpo desta tese, foi objeto de estudo como o de Castro & Afonso (2010) que demonstrou quantitativamente que o crescimento do gasto social no Brasil, após a CF 1988, se deu, principalmente, pela via do gasto federal direto, apesar das orientações constitucionais descentralizadoras. Explicam o fenômeno pela análise da composição do gasto social total, apontando para a crescente participação da previdência e da assistência social nas despesas sociais nacionais. Essas duas políticas possuem características altamente seletivas em um contexto de políticas sociais com tendências universalistas. Por outro ângulo de análise, os autores concluíram que as políticas sociais universais tiveram tendência oposta em seu financiamento, coerente com a orientação de federalização do gasto. Essa análise evidenciou que, excluídas as transferências previdenciárias e assistenciais, nas outras de caráter universal como: Educação, saúde, cultura, habitação, urbanismo e saneamento constata-se descentralização do gasto, principalmente em direção aos municípios. Nessa lógica, o que se percebe é uma tendência de centralização dos gastos sociais focalizados como consequência de prioridades dos governos recentes em políticas sociais de distribuição de renda.

Tema atual na agenda de gestão municipal refere-se aos efeitos causados pela desoneração fiscal do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e seu impacto sobre o cálculo do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). A questão da redução dos repasses do FPM já vinha sendo debatido desde a crise econômica de 2008 com a queda da produção e da arrecadação do tributo. Segundo editorial do Jornal Folha de São Paulo (03/04/2009), os municípios que se beneficiaram com o crescimento econômico ocorrido a partir de 2003 — que elevou a arrecadação do IPI, em 10% ao ano, em média, e se refletiu na expansão do FPM —, estimulou prefeituras entusiasmadas com a elevação da transferência federal, a realizarem compromissos orçamentários que

aumentaram sobremaneira as despesas fixas de custeio, como a ampliação de quadros de pessoal, aumentos salariais e outras. Com a queda abrupta da arrecadação do IPI provocada pela crise de 2008 e seu efeito redutor sobre o FPM, emergiram déficits fiscais locais de dimensões inesperadas.

A medida federal de desoneração do IPI para proteger determinados segmentos industriais tornou a situação municipal ainda mais grave a partir de 2009. Houve queda dos repasses financeiros pela União, segundo manifestação da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), divulgada no Jornal Folha de São Paulo de 15/11/2012. Segundo essa informação, em 2011 o governo federal divulgou uma previsão de repasses pelo FPM de R\$ 76,9 bilhões, em 2012, para os 5.564 municípios brasileiros. Posteriormente, essa projeção foi corrigida pela União para R\$ 69,0 bilhões o que correspondeu a um recuo de 10,2%, descontando a cota do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação (Fundeb). No entanto, ao final de 2011 a CNM, com base na evolução do cenário de efeitos da crise econômica e da desoneração tributária, estimou-se o repasse do FPM, de 2012, em 12,2% a menos que a última previsão governamental.

De acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional o montante efetivamente transferido a todas as unidades municipais, em 2012, foi de R\$ 60,20 bilhões, excluindo-se a parcela do Fundeb, cifra que aproxima a realidade concreta da previsão da entidade representativa dos municípios.

Lideranças municipais já se manifestam sobre os prejuízos causados à gestão, materializados na forma de demissões, contenção de despesas de custeio e investimento e na racionalização de gastos com políticas já em desenvolvimento. A Folha de São Paulo, de 15 de novembro de 2012, divulgou medidas de austeridade fiscal nos 91 municípios da Região de Ribeirão Preto, São Paulo. Essas medidas tomaram como base as estimativas de progressão do encolhimento das transferências do FPM realizadas pela CNM. No entanto, o jornal apurou junto ao Ministério da Fazenda que houve queda nas transferências a esses entes federados de apenas 3,1% de janeiro a outubro de 2012, em relação ao mesmo período de 2011.

Por outro lado, analistas econômicos discutiram os reais efeitos dessas medidas. Para Raul Velloso (Folha de São Paulo, de 18/04/2009)

disposições pontuais para reduzir os efeitos de crises são ineficazes. Falta ao governo um plano amplo, com estratégias claras que justifiquem as escolhas dos setores desonerados e demonstrem seu impacto sobre a economia. Já Francisco Barone, da Fundação Getúlio Vargas, credita a validade de medidas de proteção fiscal setoriais à combinação das mesmas com estratégias de longo prazo que seriam conduzidas por uma reforma tributária que beneficiasse a todos os setores com a diminuição de carga tributária permanente. As atuais iniciativas, além de terem efeito pré-datado sobre o consumo, correm o risco de desgaste de eficácia devido às sucessivas prorrogações.

6.3. O exame da sustentabilidade econômico-financeira das políticas sociais

No campo do financiamento, grande parte dos estudos avaliativos do SUS, nem todos abordados nesta tese, se volta para as fontes e a suficiência de recursos para o setor, entre outros: Piola e Biasoto (2001), Santos (2002), Ugá e Marques (2005), Dain (2007), Servo et al. (2011) além de Rocha et al. (2012). Este último, ampliou a análise da suficiência ao desenvolver um modelo econométrico para avaliar a qualidade do gasto setorial. Porém, importantes contribuições para o entendimento das limitações impostas pelo modelo econômico à questão da suficiência de recursos para a política de saúde foram elaboradas por Costa (1998, 2002, 2009) e por Mendes (2009) que introduz no debate a subordinação da política de saúde aos efeitos da crise mundial do capitalismo financeiro.

Exame do financiamento público à política de saúde, no âmbito da sustentabilidade econômico-financeira foi desenvolvido, sob o ponto de vista do potencial municipal, por Mendes (2010), segundo metodologia desenvolvida por Mendes (2005), com finalidade de determinar um perfil do padrão de financiamento e gasto do SUS nos 39 municípios que compõem a região metropolitana de São Paulo, no período de 2002 a 2008. Os principais achados dessa pesquisa indicaram que, no conjunto de municípios, o grau de dependência em relação aos impostos arrecadados é de 54,01%, o que significa que da receita total dos municípios pouco mais da metade tem origem na sua estrutura tributária. Indicou que esses municípios necessitam aprimorar sua capacidade de coleta para ampliar a participação de impostos na receita disponível, elevando, dessa

forma, sua autonomia financeira para custear as políticas públicas em geral e potencializar a capacidade de gasto em saúde, em particular.

O mesmo estudo verificou que, no período analisado, a participação das transferências do SUS foi crescente, o que indica elevação do grau de dependência dos recursos federais e encolhimento da propensão municipal em custear as ações de saúde.

A propósito dos achados de Mendes (2010), estudo empírico desenvolvido por Afonso e Araújo (2000) demonstra a evolução da capacidade de arrecadação por meio da análise do percurso da geração de receitas da competência tributária municipal e da receita disponível. Traça um painel das perspectivas de melhoria da capacidade de arrecadação levando em consideração o aperfeiçoamento do esforço próprio de coleta tributária.

Ainda nesse percurso investigativo, outra linha de estudo põe centralidade na sustentabilidade financeira dos municípios para o financiamento, em curto e médio prazo, de determinada forma de atuação setorial. Nesse sentido, Pereira et al. (2006) construiu indicadores de sustentabilidade financeira para analisar o Programa de Saúde da Família (PSF), em cidades com mais de 100 mil habitantes, nos Estados do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins, com adesão ao Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)²¹, cujo objetivo seria incentivar a ampliação do PSF nas grandes cidades brasileiras. A pesquisa de Pereira et al. (2006) teve como finalidade avaliar a capacidade desses municípios em arcar com os gastos, diretos e indiretamente incorridos, em médio e longo prazo, decorrentes da evolução esperada para o PSF.

O modelo adotado, observadas as suas limitações, sugeriu uma forma de classificação de desempenho econômico-financeiro passível de auxiliar a capacidade da União e dos estados de “ampliar a consistência e dar maior particularidade” aos incentivos financeiros concedidos para estimular o desenvolvimento das atividades do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

²¹ Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado, com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Tem finalidade de apoiar, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos 184 municípios com população superior a 100 mil habitantes dos Estados e o Distrito Federal.

Outro estudo que averiguou a sustentabilidade econômico-financeira dos municípios brasileiros, com mais de 100 mil habitantes, para fazer frente ao desenvolvimento do PSF, foi elaborado por Portela e Ribeiro (2011). Utilizando-se dos indicadores desenvolvidos por Pereira et al. (2006), avaliou a disposição municipal para o esforço de cobertura financeira desses municípios segundo as regiões geográficas, portes municipais e participação no Proesf. Concluiu que a análise por região geográfica foi a que melhor caracterizou os municípios por meio dos indicadores utilizados. Os achados da pesquisa apresentaram a Região Sudeste com maior capacidade fiscal, maior adequação ao cumprimento da EC 29 e a associação dessas variáveis a maiores médias de despesa *per capita* potencial em saúde. Essa associação destaca a maior despesa total em saúde nessa região.

Com relação ao porte populacional, essa pesquisa constatou que para nos municípios com mais de 100 mil habitantes também se confirma o pressuposto de que quanto menos populoso o município, mais altas as médias de cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF), apesar dessas médias terem pouca significância com relação ao cumprimento da meta proposta pelo Proesf.

Os estudos examinados produziram subsídios para projeções de médio e longo prazo para o desenvolvimento localizado e territorialmente abrangente do SUS e das ESF. A geração de indicativos importantes para a estruturação de intervenções sanitárias estimula iniciativas de aplicação de metodologias já testadas para outros tipos de investigações.

Este capítulo examinou os fatores intervenientes na sustentabilidade da atuação em saúde no âmbito do BSM. Partiu-se do pressuposto de que, em sendo uma proposição da União, se faria necessário o comprometimento de recursos federais em caso de ampliação de metas que implicasse em elevação de aportes financeiros para a sua cobertura.

O exame da situação da participação federal no financiamento da saúde indicou a presença de restrições de recursos, constatada pelo cenário apresentado para a execução orçamentária setorial em 2012 e pela evolução da participação da União no financiamento setorial nos últimos 10 anos tratada neste capítulo. O constatado é que houve maior estabilidade no financiamento federal,

porém, os acréscimos de aportes foram muito discretos em relação àqueles dos demais entes federados e às necessidades de evolução do SUS.

Em relação ao padrão de alocação por área de atuação, a atenção básica, foco da participação em saúde no BSM, permanece praticamente estável em torno dos 17% do total da Função Saúde em período recente. Por seu turno, o emprego em Assistência Hospitalar e Ambulatorial permaneceu em torno dos 50%. Esse comportamento sugere características inerciais no padrão histórico do financiamento federal, identificando-se traços de *path dependence* em relação ao comportamento da alocação de recursos federais em saúde.

Conforme visto nesta tese, identificou-se, na literatura especializada, as causas das restrições ao financiamento das políticas sociais são originárias da política econômica adotada pelo Governo Federal o que provoca o questionamento dos governantes estaduais e municipais quanto à conveniência da adesão as determinadas setoriais emanadas do governo federal, uma vez que, por outro lado, percebem os efeitos causados pela desoneração fiscal ao IPI, concedida pelo próprio Governo Federal. Esse é o imposto que dá maior sustentação às transferências via FPM. A medida federal, destinada à proteção de determinados segmentos da produção industrial, provocou um descompasso entre a evolução do comprometimento municipal e o fluxo de recursos transferido pelo FPM.

Entre outras variáveis intervenientes examinadas nesta tese, a questão do financiamento é a que mais diretamente rebate no objeto de estudo. Além da fragilidade do financiamento federal constatada neste capítulo, o perfil das características dos municípios que compõem a amostra estudada será demonstrado no Capítulo 8.

CAPÍTULO 7 - O Plano Brasil sem Miséria

7.1. Caracterização do Plano Brasil sem Miséria

O Plano Brasil sem Miséria (BSM) foi instituído pelo Governo Federal e regulamentado pelo Decreto nº. 7.492, de 2 de junho de 2011, com finalidade “de superar a situação de extrema pobreza da população em todo o território nacional, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações”.

O BSM estabelece como linha de extrema pobreza, situações familiares em que ocorre rendimento *per capita* de até R\$ 70, valor de referência já utilizado para o Programa Bolsa Família. Compreende a população com renda abaixo desse valor e cujo domicílio não possui água canalizada em nenhum cômodo, nem banheiro ou sanitário e nem luz elétrica, ou seja, encontra-se em estado de privação dos três equipamentos básicos.

Segundo o citado Decreto, o BSM tem como diretrizes a “garantia dos direitos sociais; do acesso aos serviços públicos e às oportunidades de ocupação e renda; garantia de renda com ações articuladas e voltadas à melhoria das condições de vida da população extremamente pobre, de forma a considerar a multidimensionalidade da situação de pobreza; e atuação transparente, democrática e integrada dos órgãos da administração pública federal com os governos estaduais, distrital e municipais e com a sociedade.”

O BSM assume existir no Brasil déficits de assistência a camadas da população que não encontram formas de acesso a políticas sociais já institucionalizadas, inclusive àquelas de caráter universal, como também que têm dificuldade de custear suas despesas básicas a partir da inserção no mercado de trabalho.

Os objetivos delimitados para o BSM correspondem à “elevação da renda familiar *per capita* da população em situação de extrema pobreza; ampliação do acesso desse segmento da população aos serviços públicos; e o acesso da população nesse estado de precariedade a oportunidades de ocupação e de geração de renda, por meio de ações de inclusão produtiva”.

O IPEA (2012a) chama a atenção que o propósito de melhorar o acesso aos serviços e à inclusão produtiva, passa a tratar a pobreza por outros

ângulos que vão além da transferência de renda. Dessa forma, a expressão assumida pela dimensão produtiva pode vir a potencializar as possibilidades de superação da extrema pobreza.

De acordo com o estudo do IPEA, a simples transferência de renda pelo Programa Bolsa Família tem impacto limitado, em termos de mobilidade social, pelo baixo valor do benefício diante da relevância das necessidades das famílias em situação de focalização. Os valores transferidos são considerados, no referido estudo, como insuficientes a ponto de tornar as famílias beneficiárias livres da extrema pobreza. Ao se agregar ao escopo das transferências as ações de inclusão no mercado do trabalho e da geração de renda, criam-se maiores probabilidades de superação das situações diagnosticadas. No entanto, chama a atenção para a importância do crescimento econômico para a expansão e sustentação do nível de emprego e geração de renda.

Ao associar situações de extrema pobreza com as de exclusão, como proposto pelo BSM, Fleury (2007) alerta para a necessidade de distinção entre ambas e sobre as causas que as envolve. Confundir uma situação com a outra, segundo a autora, pode levar a ineficiência das políticas públicas específicas. Ressalta ser importante tratar os problemas combatidos a partir da construção dos sujeitos envolvidos, com a participação dos atores que estejam identificados com a formulação dos projetos e estratégias e valorizando suas conexões com a realidade com que convivem. A exclusão se refere a não incorporação social e política de segmentos populacionais, tendo seus direitos como cidadãos negados ou negligenciados. Dessa forma, a exclusão tem alto potencial de ameaça à organização social, política e econômica. A reflexão da autora leva a indagar se o tratamento da exclusão, como consequência da extrema pobreza, seria o que afasta, de fato, segmentos populacionais da proteção social do Estado e até da sua condição de cidadania.

A gestão do BSM está a cargo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio de um comitê formado com a participação direta da Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Fazenda e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que coordenarão a atuação do grupo interministerial de acompanhamento do Plano. Além dos

participantes do Comitê Gestor, os setores envolvidos nas atividades do BSM são o de desenvolvimento agrário; educação; saúde; cidades; trabalho e emprego; e integração nacional.

O Comitê Gestor terá o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal como referência para identificação dos municípios priorizados, eleição do público alvo e para o planejamento das ações empreendidas. O Comitê Gestor contará com informações prestadas pelo Grupo Interministerial de Acompanhamento sobre as políticas setoriais, programas e ações, respectivas dotações orçamentárias de cada pasta e os resultados de execução.

De acordo com publicação do MDS (2012), o público prioritário do BSM corresponde a em torno de 16,2 milhões identificados pelo Censo 2010 (IBGE) com renda mensal per capita inferior a R\$ 70,00, conceito usado pelo Plano para definir situação de extrema pobreza.

A necessidade de um diagnóstico preciso sobre as condições socioeconômicas da população priorizada pelo programa é necessário para que se estabeleça uma relação bem fundamentada entre pobreza e mercado de trabalho. De acordo com IPEA 2012a, ações de qualificação profissional, intermediação de mão de obra, acesso ao microcrédito e a economia solidária ao serem formuladas precisam levar em conta as características fundamentais da população alvo. Ao referir-se ao estrato mais pobre da população, aqueles que nem a ascensão econômica verificada nos últimos anos conseguiu inserir no mercado de trabalho, reflete-se sobre as condições de escolaridade dessas pessoas. Trata-se de brasileiros com baixa escolaridade ou, até mesmo, em estado de analfabetismo o que restringe enormemente as possibilidades de qualificação profissional como mecanismo de acesso ao mercado de trabalho.

Com relação à origem dos recursos empregados no financiamento do BSM, o Decreto nº. 7.492/2011 cita as dotações orçamentárias da União consignadas no orçamento de cada ente participante. Abre ainda a possibilidade de custeio utilizando-se de recursos extras orçamentários e outras fontes de origem estadual, distrital e municipal e até de outras entidades públicas e privadas.

Com relação às ações de saúde, objeto do presente estudo, algumas considerações foram feitas no Capítulo 6 a respeito das limitações orçamentárias do MS em uma perspectiva temporal não muito restrita.

Ainda segundo o MDS a extrema pobreza se manifesta em várias dimensões, para detectá-las o caráter intersetorial e intergovernamental do Plano necessita de ferramentas e redes já institucionalizadas, a exemplo do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O MDS espera que esse cadastro venha a permitir o acesso a vários programas sociais desenvolvidos pelo governo federal aos quais pessoas em situação de extrema pobreza não recorrem por falta de conhecimento, de orientação e dificuldade de acesso.

A principal estratégia considerada para a eficiência dos esforços empregados é a busca ativa desenvolvida com finalidade de localizar todas as famílias em situação de extrema pobreza. A expectativa do MDS é de que essa busca seja impulsionada pela criação de equipes volantes de assistência social e pelas prefeituras locais, com auxílio financeiro do governo federal. Também serão utilizadas com essa finalidade parcerias como o Sistema Único de Saúde (SUS) para a mobilização dos Agentes Comunitários de Saúde e até com concessionárias de energia elétrica. Até 2012 essa via já havia localizado e incluído no Cadastro Único um total de 687 mil famílias que já estão recebendo benefícios do Programa Bolsa Família e outros benefícios sociais.

Essas famílias foram localizadas, principalmente, em municípios com mais de 100 mil habitantes (39%), áreas urbanas (75%), nas Regiões Norte e Nordeste (58%) e entre públicos específicos, como indígenas, quilombolas, assentados, extrativistas, ribeirinhos, em situação de rua, etc.

O BSM atua em três eixos: Garantia de renda, inclusão produtiva e acesso a serviços. Em 2012, no primeiro, a prioridade de atendimento pelo Programa Bolsa Família recai sobre famílias em situação de extrema pobreza, com crianças com até 14 anos de idade, com foco naquelas na primeira infância.

O segundo eixo tem duas vertentes: a urbana em que é promovida a qualificação profissional por meio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Outra iniciativa em operação no meio urbano é a oferta de microcrédito produtivo orientado com finalidade de

transformar trabalhadores autônomos em microempreendedores individuais. No meio rural, onde vive metade da população em extrema pobreza, o BSM tem como objetivo apoiar a estruturação da agricultura familiar por meio da assistência técnica ao agricultor extremamente pobre, fornecimento de sementes de qualidade e de recursos para a aquisição de equipamentos e outros insumos. Outra linha de ação voltada para a população rural é a facilitação ao acesso à água de qualidade e à energia elétrica.

Para o Ipea (2012a) a inclusão produtiva no BSM trata-se das oportunidades de ocupação nas localidades onde vive a população extremamente pobre. A adequação da capacidade de inserção do BSM para ajustar-se à dinâmica de economias locais, com estrutura de produção precarizada, dependerá muito mais a um projeto de desenvolvimento nacional que da capacidade de geração espontânea de poupança e investimentos privados nessas localidades. Logo se estabelece a condição de sucesso do plano em função da manutenção do crescimento econômico, nem sempre homogêneo no território nacional, combinada com a redução das desigualdades regionais, expõe a necessidade de um projeto de desenvolvimento levando em consideração as diferenças inter-regionais.

No eixo do acesso a serviços, terceira dimensão do BSM, foi identificada a deficiência de oferta de serviços básicos de saúde, o programa concentra suas prioridades na atenção básica ao identificar carência de unidades básicas de saúde, de agentes comunitários e equipes de saúde da família. Com relação à educação, privilegia a implantação de escolas com educação integral e nos serviços de atenção social a prioridade é para a implantação de unidades de atendimento de assistência social. Segundo o MDS, o suprimento dessas necessidades ampliará a oferta de serviços e aperfeiçoará a sua qualidade.

Com relação ao acesso aos serviços públicos, o grande desafio trata-se da capacidade de indução por meio da mobilização dos agentes públicos estaduais, distrital e municipais responsáveis pela prestação descentralizada dos serviços. Esse entrave deve ser bem trabalhado até em nível federal. A capacidade de articulação para compatibilizar as prioridades setoriais, em todos os níveis de gestão, e o envolvimento de profissionais em tarefas suplementares àquelas rotineiras e geralmente mal remuneradas ou com vínculos precários de

trabalho deverá ser encarada com realismo e objetividade pelos gestores do plano.

Outra indagação importante feita no trabalho do IPEA relaciona-se com a origem da dificuldade de acesso às políticas universais. Essa seria em função das dificuldades de identificar direitos, o que remete ao conceito de capacidades de Sen (2001), ou a situação tem origem na inadequação ou na insuficiência da oferta?

7.2. As ações de saúde no Plano Brasil sem Miséria

A indagação anterior remete diretamente à atuação do setor saúde no âmbito do BSM, em que o plano propõe a promoção do acesso dessa população específica por meio da ampliação da oferta de serviços públicos nas áreas prioritárias do Mapa da Pobreza²².

Segundo a Secretária Executiva do Ministério da Saúde⁽²³⁾, o setor saúde atua no Eixo Acesso a Serviços Públicos. Essa atuação está fundamentalmente relacionada ao nível básico de atenção (AB), por meio da priorização de áreas com maior concentração de populações em extrema pobreza.

A atuação do MS fundamenta-se na pactuação com os demais entes federados para o compartilhamento de responsabilidades em 6 linhas de ação:

1 – Atenção Básica em Saúde: Construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS); implantação de novos ACS; implantação de consultórios na rua; vinculação das ESF ao Programa Saúde na Escola (PSE) e participação dos municípios prioritários no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família; adesão ao programa de atenção ao acompanhamento qualificado ao período pré-natal;

²² O Mapa de Pobreza de um país representa um perfil geográfico da incidência da pobreza em pequenas áreas, como municípios, por exemplo. Através de sua construção pode-se analisar a distribuição espacial das condições de vida da população do país.

²³ Comunicação pessoal da Dra. Márcia Amaral, Secretária Executiva do Ministério da Saúde, por entrevista semiaberta, realizada em 30 de agosto de 2012.

2 – Saúde Bucal: Implantação de consultórios, centro de especialidades odontológicas e unidades odontológicas móveis; fornecimento de próteses dentárias;

3 – Saneamento Básico: Fornecimento de cisternas; implantação de sistemas de abastecimento de água em comunidades quilombolas, rurais e aldeias indígenas; construção de poços artesianos; plano de capacitações para promoção e controle da qualidade da água das cisternas na região do semiárido;

4 – Programa Olhar Brasil: Consultas oftalmológicas e fornecimento de óculos;

5 – Programa Aqui Tem Farmácia Popular: Fortalecimento do Programa Farmácia Popular do Brasil para a intensificação do fornecimento gratuito de medicamentos básicos para diabetes e hipertensão e com desconto para prescrições de casos de asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose, glaucoma, contraceptivos e fraldas geriátricas; e

6 – Controle das doenças negligenciadas: Concentração de esforços para intensificação do diagnóstico e tratamento de hanseníase, tracoma e geo-helmintíases; e busca do diagnóstico precoce e tratamento de portadores de *Schistosoma mansoni*.

O estímulo ao acesso da população nessa situação é feito utilizando-se a busca ativa por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF), ampliando-se a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mobilizados com essa finalidade.

Com relação às metas programadas pela Lei Orçamentária Anual de 2013, poderá haver alteração com relação à previsão municipal anual. Essa alteração poderá ser tanto no sentido de expansão quanto de redução, dependendo de negociação com os municípios e de sua capacidade de implementação.

Na hipótese de expansão de metas da AB, o PAB fixo²⁴ poderá sofrer alteração nos municípios da área do BSM por meio da manipulação das variáveis que compõem o índice per capita municipal.

²⁴ PAB Fixo refere-se ao financiamento das ações de atenção básica à saúde, com transferências mensais do MS aos municípios e DF (Conass, 2007).

O grau de pobreza é a variável considerada para a priorização dos municípios e a localização do público alvo, como já citado, será realizada por meio de busca ativa mobilizando-se os ACS e as ESF. O grau de pobreza refere-se à parcela da população com renda per capita igual ou inferior a R\$ 70,00. Essa variável poderá ter peso determinante nas dimensões diferenciadas na definição da transferência regular e automática via PAB fixo.

Os critérios que definiram os municípios prioritários para inserção no BSM são determinados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome - MDS e a indução dos municípios que se situaram nesses critérios é feita diretamente pelas áreas técnicas responsáveis pelas ações na estrutura funcional do MS e, posteriormente, apresentada como proposta na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁵.

O monitoramento das ações de saúde é de responsabilidade do MS, segundo a forma específica de atuação, com posterior prestação de contas ao MDS. Em caso de detecção de possibilidade de não atingimento das metas, por meio de balanços preliminares, o MS procurará concentrar esforços para evitar que essa previsão se concretize.

Os municípios com capacidade de oferta de serviços de atenção básica em saúde aquém dos parâmetros estabelecidos para o SUS, serão priorizados para implantações de novas UBS e ESF.

A proposta de adesão ao BSM não prejudica a programação local tendo em vista que na negociação dos critérios com a CIT essa programação deverá ser levada em consideração e as novas atividades passam a integrar a programação municipal.

Na pactuação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)²⁶ constam as metas relacionadas ao plano BSM integrando seu plano de ação global, no entanto, as mesmas não são monitoradas pelos

²⁵ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta paritariamente por representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), sendo formada por 21 membros: 7 (sete) indicados pelo MS, 7 (sete) pelo CONASS e outros 7 (sete) pelo Conasems (Portal MS).

²⁶ O COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, cujo objetivo é a organização e a integração das ações e dos serviços, em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (Portal MS).

municípios, mas sim pelo MS que presta contas ao MDS. Procurou-se adequar os propósitos do BSM ao perfil municipal a partir da própria priorização dos municípios para compatibilizá-las com a atuação no BSM.

Entre as seis linhas de ação propostas pelo MS e com a sua coordenação nacional, observa-se a potência da AB como catalizadora das demais ações, como objeto de expectativa de constituir-se em instrumento contributivo para a erradicação da pobreza.

A priorização de dotação de recursos federais específicos para ações do BSM, são provenientes das marcações orçamentárias do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), destinados a investimentos em construção e ampliação de UBS, à aquisição de unidades odontológicas móveis, aos equipamentos de consultórios odontológicos e parte dos recursos para saneamento básico. Em 2012 não ocorreu expansão de metas. O MS concentrou-se no monitoramento das metas previstas para o exercício, o que não invalida que venha a ocorrer nos anos seguintes. Na Lei Orçamentária anual de 2013 não se identificam recursos específicos com marcadores destinados a ações do BSM. Dessa forma, a modalidade de financiamento, com implicação na atuação em saúde no âmbito do BSM, com previsão de aporte específico seria apenas para investimento fixo, utilizando-se recursos do PAC para a construção, ampliação ou reforma de Unidades Básicas de saúde.

Ao analisar as atribuições e a estruturação da atuação do MS no BSM, é evidente a forte referência à AB como a linha de atuação estruturante para a concretização das propostas de acesso.

Para situar a questão, é importante discutir o conceito que se coloca para “atenção básica” na perspectiva do BSM. No contexto de modelo de atenção em saúde e organização do sistema em nível municipal paira certa confusão ou mesmo um sombreamento de ideias quando se trata da atuação setorial local em nível de complexidade menos elevado (GIL, 2006). A autora analisa a gênese, a incorporação normativa e a presença na literatura especializada dos conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família para situar o debate em torno do uso mais apropriado de cada um deles e esclarecer a sua caracterização. A origem do destaque desses conceitos surge na

mudança do modelo assistencial com o potencial eletivo de novos paradigmas de priorização de alocação, racionalização e utilização de recursos.

Os princípios discutidos na Conferência de Alma Ata, em 1978, representaram um esforço de disseminação internacional do modelo adotado em alguns países desenvolvidos, que utilizaram, com êxito, a estratégia da atenção primária como marco de reestruturação de seus sistemas de saúde. Esses preceitos foram assimilados pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e inspirou as primeiras experiências pontuais de sistemas municipais de saúde. Com a implantação do SUS, a nacionalização desse referencial foi sendo substituída por um projeto de estratificação de níveis de atenção, de acordo com a complexidade, e ganha força a denominação de atenção básica à saúde, com características da concepção assimilada e tendo como principal estratégia alocativa o PSF.

Gil (2005) procurou elucidar a discussão acerca de possível superposição de conceitos ou se há diferenciação de interpretação entre atenção primária e atenção básica na formação da estratégia de atuação, com referencial na unidade familiar, adotada no Brasil. Do exame da legislação normativa editada pelo MS detectou que o PSF tem sua primeira alusão como forma de atuação setorial na Norma Operacional Básica de 1996²⁷. O sentido percebido na norma foi de justificativa para a descentralização de recursos aos municípios que seriam os executores dessas ações. A intenção do financiamento seriam as ESF e os ACS. Estão ausentes desse instrumento regulatório os conceitos de atenção primária e de atenção básica ou mesmo de nível primário de atenção.

A partir desse marco normativo, a denominação de atenção básica passa a constar das normas e manuais técnicos do MS como forma de organização dos serviços de saúde descentralizados aos municípios, tendo sempre como referência as ESF e os ACS. O Manual da Atenção Básica do MS (Brasil, 1998) não faz referência ao conceito de atenção primária e define oficialmente atenção básica como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. Admite que “a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar em

²⁷ Ver capítulo 4.

direção a um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente” (BRASIL, 1998, p. 11). Apenas no manual de orientação dos Agentes Comunitários de Saúde o MS passou a assumir a adoção dos conceitos de atenção primária e atenção básica, como sinônimos, e a partir de então a utilizar a terminologia “atenção básica” em todos os documentos institucionais (BRASIL, 2000).

Porém, é bem provável que no caso brasileiro o que sustentaria a denominação de atenção básica, como primeiro nível da atenção à saúde, que sustentaria o princípio da integralidade do SUS, que corresponde à articulação de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (SOUSA & HAMANN, 2009).

No exame da literatura, Gil (2005) observou a criação de uma margem de interpretação do conceito de atenção primária como uma forma de adjetivação reducionista, ligada a uma interpretação de atendimento de necessidades mínimas, na forma de pacote básico de serviços ou cesta básica de saúde. Caracteriza essa posição como uma postura crítico-ideológica a um referencial gerado pelas agências de internacionais de fomento ao desenvolvimento como forma de racionalização do gasto.

No entanto, predomina na literatura a ideia de que a atenção primária, também sinonimizada em atenção básica, se constitui em forma de atuação focalizada nas camadas de renda menos expressivas, adscritas em áreas com alta vulnerabilidade social. Essa interpretação inquietante para um modelo universalizado, fez com que a Estratégia de Saúde da Família herdasse essa característica. Persiste, no entanto, o entendimento, entre autores, de que os conceitos de atenção primária e atenção básica foram assimilados no SUS como formas de organização dos serviços de saúde com base local e o Programa Saúde da Família constitui-se em sua principal estratégia de execução.

A sanitária Bárbara Starfield elaborou com maestria a caracterização do modelo de atenção referenciado ao nível de complexidade menos extensivo e iniciador do contato com os sistemas públicos de saúde. A autora conceitua atenção primária como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas” (STARFIELD, 2002. p.28). A sua abordagem atribui à atenção

primária a função de instrumento de organização dos sistemas de saúde, observando as disparidades entre os favorecimentos materiais e sociais das populações e a necessidade de se considerar princípios de equidade e efetividade nos mesmos, ressaltando a importância do seu papel para o aperfeiçoamento do sistema como um todo.

O debate proposto por Starfield (2002) leva em consideração o poder racionalizador da alocação de recursos na forma de organização da atenção primária. Justifica, ao estratificar os níveis de atenção em primário, secundário e especializado, que a atenção especializada exige aportes mais elevados de recursos que os demais. Concorre para isso o uso da tecnologia e o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde voltado para a diagnose e tratamento de alta complexidade. Destaca a fragilização da ênfase à prevenção, à promoção e a redução do desconforto causado pelas doenças comuns que não representam risco de morte. As evidências desse cenário apontam a improbabilidade da eficácia da atenção nas doenças individuais, baseada na potência tecnológica, na produção da efetividade identificada na atenção básica, mais extensiva em termos de cobertura coletiva.

É importante enfatizar, nesse ponto, a distinção feita por Starfield (2002) para os conceitos de atenção primária e atenção básica. A primeira é vista como uma forma de organização do sistema e a segunda como o primeiro estrato de complexidade da atenção dentro do sistema.

Para a autora a eficácia do sistema não se limita ao tratamento de doenças, vai, além disso, ao considerar o contexto do adoecimento e o espaço onde o paciente vive. Destaca, também, a questão do financiamento ao apontar que a especialização da atenção, ao exacerbar o nível do gasto em saúde, ameaça objetivos de equidade do sistema.

O referencial da autora para a organização da atenção básica, da forma como se deu no SUS, é claro ao afirmar que a complexidade da cadeia causal do adoecimento envolve fatores como contexto ambiental, condições sociais e fatores de risco genético. Essas influências levam a crer que a observação da infraestrutura doméstica (água tratada, noções de higiene, equipamentos do lar, etc.) contribui diretamente para a determinação das causas do adoecimento. Examina também os indicativos dos fatores comportamentais,

estresse social e condições de acesso ao sistema como efeitos indiretos sobre as condições coletivas de saúde. Ao associar as condições de saúde às vantagens sociais da população fornece um norte orientador da atenção básica, como um segmento do sistema, apropriado para atender às camadas menos favorecidas, o que, de certa forma, sugere um indicativo de focalização.

Nesses termos é evidente a utilização de insumos fornecidos pelas ideias da autora para a organização do nível básico de atenção do SUS, referenciado na saúde da família e na medicina comunitária. Ao associar a situações de privação social, relativa e absoluta, com precarização das condições de saúde, sinaliza com um referencial para a Estratégia de Saúde da Família como o ponto de sustentação da atuação em nível básico no SUS.

Com relação ao financiamento dos sistemas de saúde, o gasto global não está necessariamente relacionado a melhores condições de saúde. A associação entre qualificação da atuação em saúde e o estado sanitário populacional deve ser consequência das características específicas da organização dos serviços. A autora faz a suposição teórica de que a obtenção de efetividade e de equidade seja orientada pela organização sistêmica com ênfase na atenção primária, esta vista como um trabalho comunitário desenvolvido em consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Esse nível de atenção lida com problemas variados e sem especificação clara; com atendimento individual ou comunitário; e avalia os múltiplos e interativos determinantes da doença.

A aproximação do referencial de Starfield (2002) com a caracterização da atuação em saúde no BSM indica que o segmento da atenção básica no SUS, operacionalizado pela Estratégia de Saúde da Família e pelos Agentes Comunitários de Saúde, contando com o devido suporte das Unidades Básicas de Saúde, constituem-se em elementos estruturantes da atuação do MS no BSM.

Mesmo antes de ser internacionalmente evidenciada, na Conferência de Alma Ata, em 1978, como estratégia para promover a extensão da atenção primária, experiências pontuais em território nacional já vinham sendo desenvolvidas desde o início dos anos 1970, votadas para a estruturação de redes básicas, com estímulo à participação popular e ao trabalho dos agentes de saúde. Embora com denominações diferenciadas (medicina comunitária, medicina

simplificada, etc.), em essência, guardavam os mesmos princípios orientadores da atenção primária (CANESQUI E OLIVEIRA, 2002).

Esses autores pontuam que paralelamente a essas experiências locais, na segunda metade daquela década, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a capitanear uma série de discussões, junto a outros organismos internacionais, com finalidade de difundir experiências de medicina familiar, já estabelecida em outros países como Estados Unidos e Canadá, embutindo uma proposta de formação de médicos de família, com uma visão mais holística das questões de saúde, tendência oposta ao modelo de especialização e de tecnicização da medicina.

No Brasil, embora, de início, a repercussão nacional dessas propostas tivesse sido incipiente, germinaram em experiências mais expressivas como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que foram incorporando elementos de democratização e expansão da prática médica para além dos consultórios e ambulatórios. Observa-se, nesse movimento, o deslocamento da centralidade da prática clínica individual para o trabalho em equipes multiprofissionais.

Com a institucionalização do SUS observou-se a intensificação de experiências com agentes de saúde operando de forma comunitária, além de ações promovidas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), nos Estados de Pernambuco e Maranhão que, conservando os mesmos princípios, demonstraram melhorias na qualidade de vida de populações socialmente vulneráveis. Esse foi o embrião para a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991.

A atuação com esses princípios e elementos observou a família como unidade de atenção, em lugar do foco no indivíduo, e promoveu a inserção familiar na comunidade. Essas iniciativas expandiram-se, com êxito, a partir da Região Nordeste, tendo sido imediatamente incorporadas na organização setorial da Região Norte e, posteriormente, expandidas para as demais regiões, já obedecendo à normatização do SUS, com prioridade para a controle da mortalidade infantil e materna. A experiência acumulada foi de capital importância para a futura formulação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) (CANESQUI & OLIVEIRA, 2002).

Com relação à criação do PSF, Viana & Dal Poz (1998) sinalizam que após a reforma expressiva, significativa e instantânea, que classificam como do tipo *big bang*, introduzida pela CF 1988, novos paradigmas foram estabelecidos para a organização dos serviços de saúde brasileiros, com uma lógica de hierarquização e regionalização da atenção e definição de uma porta de entrada centrada na atenção básica, conforme delineado por Starfield (2002). Dessa forma, as iniciativas de expansão da atenção básica por meio do PSF caracterizam uma estratégia de reforma incremental na estrutura já estabelecida para o SUS, levando em consideração as transformações que propõem, na forma de remuneração do trabalho, superando o pagamento por procedimento ao introduzir o cálculo do valor *per capita* cujo montante global é de responsabilidade do gestor local, o que veio a consolidar o processo de descentralização (VIANA & DAL POZ, 1998).

Ao examinar os efeitos da forma de financiamento introduzida pelas inovações no modelo de atenção acima comentada, Costa & Melamede (2003), a partir de variáveis selecionadas (valores transferidos, porte municipal e região geográfica) concluíram que entre 1998 e 2000 houve forte incitação aos programas criados para dar sustentação ao novo modelo de atenção. A criação do PAB pela Portaria nº. 84/GM/1998 determinou valores mínimos e máximos para a parte fixa do piso estabelecido, com base na média da produção do período anterior, tendo sido um importante estímulo ao processo de descentralização. Observaram também que de 1996 até 2000, houve elevação do *per capita* transferido aos municípios, favorecendo o poder decisório dos gestores locais e a organização dos programas estratégicos para o novo modelo, o PACS e o PSF.

A base de atuação do PSF foi a Equipe de Saúde da Família (ESF), cuja composição original constava de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, variando de acordo com a média de um agente para acompanhar 575 pessoas. Havia a possibilidade de integração de outros profissionais, como foi o caso da posterior inclusão dos dentistas e, posteriormente, das equipes de saúde bucal.

Segundo o MS, a composição atual dessas equipes contempla um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde, dependendo da população cobertas. Essa composição é frequentemente ampliada por profissionais de saúde bucal: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. Cada equipe tem a responsabilidade de cobertura máxima de 4.000 mil habitantes, sendo a cobertura média recomendada de 3.000 mil habitantes por equipe. Essas equipes atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas residências, nas escolas e em mobilizações comunitárias, constituindo-se em porta de entrada prioritária para o SUS.

As ESF têm um território de atuação definido com uma população de cobertura dimensionada para intervenções sobre fatores de risco; assistência integral e permanente; além do desenvolvimento de atividades de educação e de promoção da saúde.

A expectativa do MS é de que essa forma de organização da atenção básica produza importantes efeitos sócio-políticos ao: a) estabelecer vínculos de corresponsabilidade com a comunidade; b) estimular a população a exercer o controle social; c) estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação por meio de sistemas públicos de informações; e d) criar parcerias intersetoriais e com entidades privadas. Esse conjunto de elementos favorece o surgimento de novos atores com peso na tomada de decisão setorial, na capacidade de defender os interesses comunitários nas questões de saúde pública e de estimular a qualidade de vida da população.

Na década passada diversos estudos avaliativos visaram à compreensão das etapas de implantação, desenvolvimento e expansão do PSF, mais recentemente denominado pelo MS como Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre as variadas abordagens avaliativas detectadas na literatura, optou-se por apresentar alguns resultados daquelas que estudaram a potencialidade do programa como orientador da organização do SUS, o que corresponde a sua potencialidade institucional.

Desse panorama avaliativo, tendo como referencial a importância da AB na organização do SUS, verifica-se que seu papel institucional encontra-se bastante fortalecido em nível nacional e que em termos de cobertura nacional

também houve avanços. Os problemas que emergem com mais frequência em todas as regiões do país referem-se a questões que pouco avançaram nesses quase 20 anos de efetivação de um modelo sistêmico referenciado à AB. Em síntese, os principais destaques detectados com maior ênfase, são os a seguir enumerados:

1 – Apesar da progressão da cobertura, observa-se sua heterogeneidade, tanto entre as regiões geográficas quanto entre os portes municipais. Os municípios de grande porte apresentam baixas taxas de cobertura, principalmente em capitais (SOUSA & HAMANN, 2009a);

2 – Deficiências quantitativa e qualitativa de pessoal da área médica e de apoio. Esse é um ponto de fragilidade comum nas pesquisas examinadas e tidos pelos gestores como de grande importância para o desempenho do programa (SOUSA & HAMANN, 2009a; SOUSA & HAMANN, 2009b);

3 – Baixa capacidade de articulação entre o nível básico da atenção e os de especialidades mais elevada. Essa fragilidade conduz a dificuldades de referenciamento e de entrosamento entre as redes de atenção e fragiliza a atribuição a atenção básica de porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA ET AL., 2009; SOUSA & HAMANN, 2009b);

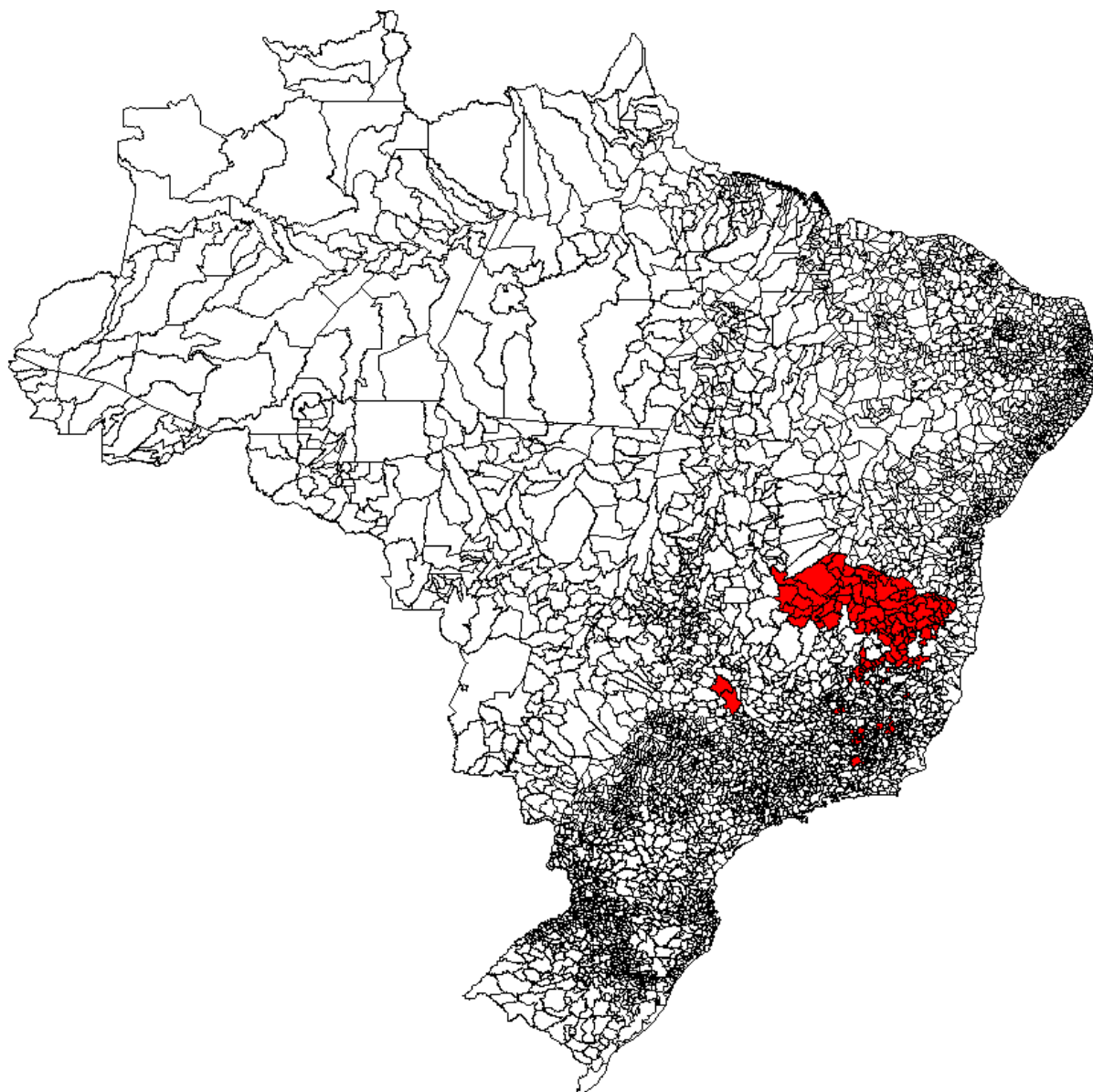
4 – Insuficiência de recursos para custeio das ESF e das UBS, tendo em vista que os recursos transferidos via PAB fixo e variável são quantitativamente aquém das necessidades financeiras dessas atividades e a capacidade fiscal de determinados municípios não apresentam a necessária robustez para fazer frente aos recursos complementares (SOUSA & HAMANN, 2009 a; SOUSA & HAMANN, 2009b).

7.3. Caracterização dos municípios de Minas Gerais priorizados para atuação em saúde no âmbito do BSM

Foram selecionados pelo MDS 188 municípios de Minas Gerais para o desenvolvimento de ações de saúde (Anexo 1), além de outras ações intersetoriais. O referencial para a escolha desses municípios foi a maior incidência de famílias com renda familiar per capita abaixo de R\$ 70,00, à época, também utilizado para o Bolsa Família para caracterizar a pobreza extrema. Esse

rol de municípios foi definido em outubro de 2012, sem a participação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Esses municípios estão concentrados, principalmente, em três das 13 Macrorregiões de Saúde delimitadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES MG): Nordeste (Teófilo Otoni) com 84,21% dos seus municípios; Jequitinhonha (Diamantina) com 62,07% dos seus municípios e Norte (Montes Claros) com 47,67% dos seus municípios. As demais tiveram variações de 0 a 17,44% dos seus municípios selecionados, conforme visualiza-se na Figura 2.

Figura 2 - Distribuição territorial dos municípios de MG com atuação no BSM



Os municípios situados nas Macrorregiões de Saúde Nordeste, Jequitinhonha e Norte apresentam quantidade predominante e alta concentração espacial, o que proporciona certa homogeneidade regional em termos socioeconômicos, ao se levar em consideração o porte populacional.

De acordo com a Tabela 9 a média do PIB desses municípios, segundo o porte populacional, evidencia as desigualdades econômicas entre eles. Fenômeno semelhante ocorre com a renda *per capita* média, repercutindo nas características sociais. Segundo o coeficiente de variação, a situação da renda *per capita* dos municípios com mais de 500 mil habitantes é bem mais desigual que os municípios menores. A leitura conjunta dos dois indicadores informa que quanto maior porte municipal verifica-se concentração de renda mais elevada e maior diversidade de situações sociais.

Tabela 9 - PIB médio e Renda Per capita média segundo o porte municipal - 2010

Porte	Média PIB (R\$ 1.000)	Coeficiente de variação	Renda Per capita R\$ 1	Coeficiente de variação
1	34.292	40,3%	5.858,78	23,3%
2	109.615	55,1%	5.855,54	31,6%
3	382.071	28,3%	6.070,20	21,2%
4	22.042.560	68,1%	33.022,31	58,8%

Fonte: IBGE, acesso em 01/07/2013.

Com relação ao benefício do Programa Bolsa Família, as coberturas das populações municipais registradas pelo MDS apresentam duas versões, conforme a Tabela 10: A primeira referenciada aos beneficiários constantes do Cadastro Único, com critério de seleção ampliado para renda per capita mensal de R\$ 140,00, atual parâmetro considerado pelo MDS para situação de pobreza (considerado em agosto de 2013). A segunda com a cobertura referenciada a estimativa do IBGE para a população, com a mesma faixa de renda, elaborada a partir do Censo de 2010.

Tabela 10 - Cobertura do Bolsa Família por porte municipal

Porte	Média Cadastro Único (A) ⁽¹⁾	Estimativa de famílias pobres (B) ⁽²⁾	Média de famílias cobertas Bolsa Família junho/2013 (C)	% Cobertura (C)/(A)	% Cobertura (C)/(B)	Coefficiente de variação (C)/(A)	Coefficiente de variação (C)/(B)
1	1083,57	805,62	853,83	79,66	105,90	9,5%	10,3%
2	3.082,67	2.311,41	2.392,94	78,99	102,69	12,4%	8,2%
3	10.708,33	6.916,33	7.778,33	72,88	112,55	3,8%	3,6%
4	38.402,00	28.559,17	24.342,50	63,18	81,92	10,6%	17,9%

Nota 1 - Média do total de famílias cadastradas com renda até R\$ 140,00

Nota 2 - Média de famílias estimada a partir do CENSO 2010 com renda per capita de até R\$ 140,00

Fonte: MDS, acesso em 04/07/2013

Na primeira situação as coberturas são bem mais realísticas, mesmo levando em consideração as críticas à consistência do Cadastro Único. Estas decrescem inversamente ao porte populacional, variando de uma média 79,66% nos municípios menores a 63,18% nos maiores. Os coeficientes de variação mostram que essa cobertura tem homogeneidade variável entre os portes municipais, porém, os municípios maiores levam desvantagem nesse quesito.

A Tabela 11 mostra que a cobertura do acompanhamento das condicionalidades em saúde, é mais intensa nos municípios menores. Porém, em termos de regularidade, estão mais mal distribuídas entre esses municípios do que nos de maior porte. São prioridades para o acompanhamento os cuidados com a saúde de crianças e adolescentes entre zero e 15 anos, gestantes e nutrizes.

É importante observar a possibilidade de viés estatístico causado pela quantidade de municípios em cada porte.

Tabela 11 - Acompanhamento semestral das condicionalidades em saúde

Porte	Média de famílias com perfil de acompanhamento (A)	Média de famílias acompanhadas (B)	% (A)/(B)	Coefficiente de variação (A)/(B)
1	738,27	601,41	81,60	23,1%
2	2.132,41	1.621,31	76,85	25,2%
3	6.900,67	4.275,00	62,09	36,3%
4	20.772,00	15.752,50	75,83	8,6%

Fonte: MDS, acesso em 04/07/2013

A atuação em atenção básica em nível local é a atividade na qual se estrutura a participação em saúde nos municípios de Minas Gerais no BSM. De acordo com Carvalho (2010), a investigação sobre a qualidade desse nível de atenção realizada pela SES MG em 2004, se pautou, principalmente, na análise da morbidade hospitalar. O inquérito concluiu que dentre as internações feitas naquele estado, uma em cada três seria evitável, já que as motivações são originariamente determinadas por condições sensíveis ao nível básico de atenção. Esse índice colocou o nível de atenção básica em situação precária em termos de efetividade.

Segundo a autora, foi esse contexto que motivou o Governo Estadual a criar, em 2005, o Programa Saúde em Casa. Esse programa teve como finalidade atenuar a questão da elevada morbidade hospitalar, proporcionando, além dos cuidados, as terapêuticas medicamentosas prescritas, a adequação da infra estrutura física e a despreciação do trabalho dos profissionais de saúde. Com essa finalidade contou com incrementos de aportes de recursos estaduais para alocação direta e para as transferências aos municípios.

No sentido de contornar as iniquidades causadas pela metodologia de cálculo dos valores transferidos pela União, fundamentada, principalmente, no histórico da produção de serviços hospitalares e ambulatoriais, o que beneficia os municípios com infraestrutura mais sedimentada, por tradição de prestação ou por seu papel de polo regional de referência, a SES MG criou, segundo Carvalho (2010), um Fator de Alocação (FA). Esse parâmetro tem como objetivo distribuir, de forma mais equânime, os recursos estaduais destinados às

ações básicas de saúde. Esse fator é composto por um conjunto de variáveis socioeconômicas e epidemiológicas, estabelecendo uma escala crescente de necessidades. Leva também em consideração, no seu dimensionamento, o Índice de Porte Econômico (IPE), indicador que mede a capacidade dos municípios gerarem receitas tributárias para o financiamento de suas políticas públicas de forma a determinar seu grau de independência financeira das transferências do Estado e da União.

O volume de recursos transferido é ascendente em função do avanço da implantação e desempenho das equipes de saúde em atuação. Quanto a modalidade de aplicação, esses recursos têm a abrangência de custeio e investimento, sempre com a finalidade de incentivar o desenvolvimento da atenção básica.

A transferência estadual com finalidade de fortalecer a atenção básica é realizada mensalmente, do fundo estadual para o municipal de saúde, tendo como base o número de equipes existentes, mediante o atestado de funcionamento, encaminhado pelas Gerências Regionais de Saúde de cada região, obedecendo ao FA do município.

Ainda de acordo com o levantado por Carvalho (2010), as pactuações de metas e outros compromissos deverão ser ajustados dependendo do nível de cumprimento, o que vem a determinar o volume de recursos transferidos.

Ao comparar o volume de recursos transferidos para as duas microrregiões de saúde estudadas (Carangola e Manhuaçu) com os quatro indicadores de desempenho do programa observados ⁽¹⁾ Carvalho (2010) diagnosticou que o desempenho da execução do gasto público em saúde nos municípios das duas microrregiões não apresentaram um desempenho satisfatório tanto em 2006 quanto em 2009. Os indicadores apurados não foram sensíveis ao aumento de custeio das ações de saúde e nem ao maior aporte de recursos estaduais repassados pelo Programa Saúde em Casa. Diante da elevação de recursos consta-se a estagnação dos indicadores pactuados entre as Secretarias Municipais de Saúde e a SES MG.

7.4. Programa Travessia: iniciativa estadual de combate à pobreza e de promoção da saúde

Tendo como referencial o envolvimento intersetorial para a composição de frentes de trabalho formadas para lidar com a complexidade das várias formas de pobreza que atualmente se expandem no mundo, o Governo de Minas Gerais, por meio do Decreto Estadual N°. 44.705/2008 instituiu o Programa Travessia.

Esse programa fundamentou-se em discussões sobre a atuação integrada das políticas públicas para superar desafios cuja ação setorial isolada não vinha tendo os resultados esperados. Criou-se em 2007, por ocasião da revisão do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), um eixo de atuação na área de “Superação da pobreza e inclusão produtiva” (BARBOSA, 2009).

Esse eixo teve como objetivos estratégicos definidos no PMDI:

- Superar a pobreza crônica das novas gerações, através da educação;
- Promover a inclusão produtiva da população adulta;
- Reduzir o analfabetismo;
- Promover a segurança alimentar e nutricional em todos os ciclos de vida;
- Promover a intervenções integradas nos espaços de concentração da pobreza;
- Saúde a todas as fases do ciclo de vida individual, desde o nascimento até a terceira idade e saneamento básico;
- Incentivar a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Buscar a erradicação do trabalho infantil;
- Fortalecer a agricultura familiar.

Esses objetivos orientaram o embrião do que viria a ser o Programa Travessia, com a proposição de emancipar as camadas mais vulneráveis da população por meio da mobilização intersetorial de uma gama de áreas finalísticas (BARBOSA, 2009).

Pela análise das proposições do programa, os principais setores responsabilizados são saúde, educação, infraestrutura, agricultura e outros que em uma atuação conjunta poderão vir a reduzir o analfabetismo, fortalecer a saúde em todos os ciclos de vida da população e combater outros fatores com interferência nas condições sociais satisfatórias.

No campo da saúde, Santos (2012) levantou que o programa trabalha na linha da educação em saúde, com o foco na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção primária. Segundo a Resolução SES/MG Nº 3637, de 20 de fevereiro de 2013, essas duas orientações para atuação contribuem diretamente como fatores de redução da pobreza.

O critério de elegibilidade dos municípios beneficiários é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) que permite reconhecer famílias em condições de vulnerabilidade social. Esse índice aborda as três dimensões da pobreza: saúde, educação e padrão de vida e é composto por 10 indicadores setoriais específicos. São considerados pobres aqueles em situação de privação, em pelo menos, um terço dos indicadores pesquisados. Na dimensão saúde os indicadores são: mortalidade infantil e desnutrição de crianças e/ou adultos.

Esses indicadores são monitorados por um Comitê de Acompanhamento do Programa Travessia, conforme determina o Decreto Estadual nº 45.694, de 12 de agosto de 2011. Esse comitê é presidido pela Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDESE) e composto por 16 representantes de órgãos com afinidades de atuação com o escopo do programa.

Esse comitê é também responsável pela seleção e validação da adesão dos municípios, segundo critérios técnicos previamente estabelecidos, considerando os parâmetros de desenvolvimento humano, de vulnerabilidade social, entre outros compatíveis com a finalidade do programa.

A prioridade para 2013 é trabalhar a promoção à saúde no sentido de alcançar a equidade sanitária com inclusão de saberes e práticas individuais e coletivas, fundamentais para a mudança das condições sanitárias. A operacionalização desse processo envolve a capacitação dos profissionais de saúde dos municípios, objetivando instrumentalizá-los a contribuir com a redução da mortalidade infantil e da desnutrição por meio de ações articuladas que visam

o fortalecimento da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, com o foco no território (SANTOS, 2012).

Entre os resultados esperados para 2013, destaca-se, segundo a Resolução SES/MG nº 3637, de 20 de fevereiro de 2013:

“Organização dos processos de trabalho na Atenção Primária e Vigilância à Saúde de forma a contribuir para a integração das duas áreas em nível local, permitindo êxito nas ações pactuadas no Programa com vistas à redução da mortalidade infantil e desnutrição”.

Na proposta de atuação em 2013 serão pactuadas ações e metas a que comporão o plano de ação do Programa levando em consideração os eixos pré-selecionados:

1 – Eixo de Combate a Mortalidade Infantil.

2 – Eixo de Redução da Desnutrição.

3 – Eixo das ações educativas envolvendo palestras e rodas de conversas abordando a temática de hábitos de vida saudáveis (atividade física e alimentação saudável) em escolares dos municípios selecionados.

Para o custeio dessas atividades, os municípios com adesão formalizada pelo prefeito receberão incentivo financeiro proveniente de recursos orçamentários específicos para o programa, destacados na Lei Orçamentária Anual do Estado de Minas Gerais. Para 2013 foram selecionados 130 municípios considerados elegíveis. O incentivo financeiro destinado ao custeio é, neste ano, no valor de R\$ 20.000,00.

Desde o ano de 2008, quando da sua implantação, o Projeto Travessia Saúde já beneficiou 239 municípios.

Este capítulo examinou as propostas para a atuação em saúde no âmbito do BSM e apresentou o Projeto Travessia, com características semelhantes, desenvolvido pelo Governo Estadual, buscando os possíveis paralelismos entre ambos.

A comparação entre as propostas de atuação dos dois programas explicita a ausência de superposição de ações, uma vez que ao atuar com a prevenção e promoção da saúde, por meio, principalmente, da educação em saúde, Projeto Travessia potencializa a atuação em atenção básica, na forma pretendida pelo BSM.

Os 72 municípios selecionados para atuação em saúde no Projeto Travessia estão incluídos entre os municípios selecionados pelo MDS para desenvolverem ações de saúde no BSM. Essa superposição sugere uma potencialização dos resultados do BSM por meio das atuações complementares dos dois programas.

Ao investigar as características obtidas por meio das análises detectadas na literatura acerca da atuação federal e relacioná-la aos municípios de Minas Gerais com atuação no BSM, algumas disfunções são destacadas, algumas delas poderão melhor ser evidenciadas nos capítulos específicos. No entanto, percebe-se, com destaque, a forte fragilidade de articulação entre as esferas federal e estadual para a organização da atuação e de um monitoramento mais sensível dos resultados obtidos. Ao constatar-se o desnível da relação de articulação entre União e o Estado de Minas Gerais e da gestão estadual com os seus municípios, divisa-se que o papel institucional da SES MG é mais bem definido que o da União, levando-se em consideração a capacidade de indução para a atuação em saúde no âmbito do BSM.

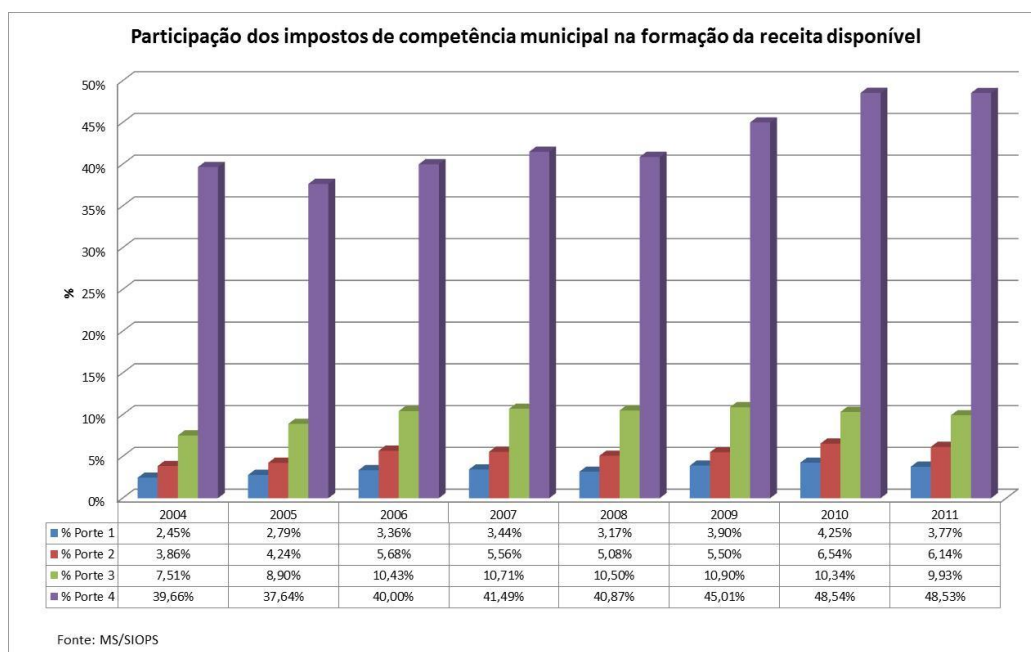
Essas características são importantes para a contextualização do perfil da capacidade de geração de receitas próprias e do gasto em saúde dos municípios componentes da amostra, apresentado no Capítulo 8.

CAPÍTULO 8 - Resultados e discussão

8.1. Dimensão das Receitas Disponíveis (RD)

O Gráfico 14 facilita a visualização da participação dos impostos na receita disponível (RD) do conjunto de municípios de Minas Gerais selecionados para atuação do BSM, estratificados segundo o porte municipal.

Gráfico 14



Observa-se que o peso dos impostos na formação da RD eleva-se proporcionalmente ao porte municipal, sendo bem mais destacado nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Essa constatação gera um indicativo de que nos municípios menos populosos há maior dependência das transferências constitucionais e legais para a cobertura das políticas públicas em geral, conforme já verificado, de forma generalizada, no Capítulo 5, e das transferências do SUS para a política de saúde em particular. Essa comprovação converge com o achado de Mendes (2010) com relação aos 39 municípios de portes variados da Região Metropolitana de São Paulo.

A evolução no decorrer do período, demonstra oscilações na arrecadação de impostos, em todos os portes populacionais, apresentadas na Tabela 12, com movimento mais intenso nos dois estratos de municípios de porte mais reduzido e declina segundo a elevação do porte municipal.

Tabela 12 - Evolução da arrecadação per capita de impostos de competência municipal

Em %

Porte Municipal	Anos						
	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010
1	29,34	29,97	15,00	-8,26	16,79	22,40	7,46
2	23,76	40,61	8,21	-6,02	3,62	33,96	16,06
3	27,37	22,20	14,60	-2,33	0,94	9,73	19,04
4	0,30	9,66	11,62	-4,91	6,51	29,64	19,09

Fonte: Siops/SE/MS

Chama a atenção o recuo do ano de 2008 em relação a 2007, denotando queda significativa da arrecadação dos impostos municipais (5,38%), em média, em todos os portes. Essa situação reflete-se nos repasses sob a forma de transferências constitucionais e legais (queda de 1,41%, em média, em todos os portes), como pode ser visto nas Tabelas 13 e 14. Essa conjuntura evidencia os reflexos da crise financeira internacional sobre as perspectivas de crescimento da economia brasileira naquele ano.

Tabela 13 - Per capita de impostos de competência municipal

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	18,80	24,31	31,60	36,34	33,33	38,93	47,65	51,20
2	17,36	21,49	30,21	32,69	30,72	31,83	42,65	49,49
3	22,65	28,85	35,25	40,40	39,46	39,83	43,70	52,02
4	178,96	179,50	196,84	219,72	208,94	222,53	288,50	343,57

Fonte: Siops/SE/MS

Tabela 14 - Valores per capita das transferências constitucionais e legais aos municípios

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	765,90	872,56	941,13	1.055,75	1.051,63	998,07	1.121,60	1.358,83
2	450,22	507,05	531,92	587,91	604,31	579,11	652,46	805,84
3	301,43	324,23	338,05	377,22	375,74	365,46	422,81	523,72
4	451,23	476,85	492,09	529,55	511,21	494,44	594,32	707,88

Fonte: Siops/SE/MS

Ainda nas Tabelas 13 e 14 verifica-se a superioridade do valor per capita das transferências recebidas sobre a arrecadação de impostos municipais, em todos os portes populacionais, evidenciando que a base vinculável para aplicação da EC 29 tem em sua composição uma sustentação mais robusta nas transferências constitucionais e legais, principalmente nos municípios de menor porte.

A Constituição Federal em vigor, pelo disposto na EC 29, determina o emprego de recursos municipais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) de, no mínimo, 15% das RD, com ajustes de nivelamento dos municípios até 2003. A partir de 2004 a aplicação dos 15% deveria ser plena. A Tabela 15 aponta a evolução do cumprimento dessa determinação nos anos extremos da série.

Tabela 15 – Coeficiente de variação (CV) do percentual médio de aplicação de Receitas Disponíveis no gasto com ações e serviços públicos de saúde em 2004 e 2011, por porte municipal.

Porte Municipal	Anos					
	2004			2011		
	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)
1	16,89	4,66	28,00	18,91	2,86	15,00
2	16,01	5,20	32,00	19,50	3,32	17,00
3	15,59	2,49	17,00	18,45	2,99	16,00
4	20,67	4,15	20,00	23,38	3,21	14,00

Fonte: Elaboração própria a partir de dados Siops/SE/MS

Essa evolução demonstra a disposição dos governos municipais em incrementar, com RD, o gasto público em saúde, por meio das aplicações acima do percentual estipulado.

A análise dos dados de painel dos municípios mineiros com atuação do BSM mostra que, em 2011, em todos os estratos municipais, houve aplicações acima da determinação constitucional. O CV indica notável homogeneidade de aplicações em torno da média por porte municipal. A análise conjunta do CV com a média per capita de aplicação, acima dos 15%, revela o comprometimento financeiro municipal com o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS.

Confirmou-se para a amostra, o alinhamento apontado por Portela e Ribeiro (2011), para a Região Sudeste, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, referente à intensificação da adequação ao cumprimento da EC 29. Os maiores percentuais de aplicação correspondem a intensificação das responsabilidades sanitárias. Os autores chamam a atenção que essa situação reflete a progressão da importância do orçamento setorial nas despesas públicas locais.

Os resultados dos indicadores de sustentabilidade da disponibilidade de recursos propostos por Pereira et al. (2006) são apresentados nas Tabelas 16 e 18. Segundo os autores, o indicador Despesa Potencial em Saúde *Per capita* (DPSPC), permite inferências sobre a situação das disponibilidades financeiras municipais potencialmente aplicáveis em ações de saúde.

A interpretação de Pereira et al. das variáveis que influenciam a dimensão da DPSPC, destaca as transferências do SUS, predominantemente as federais. Essas transferências seguem uma sistematização de cálculo própria com forte influência do histórico da capacidade da oferta.

Tabela 16 - Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC)

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	182,30	212,01	259,52	272,06	265,05	267,52	319,48	372,62
2	134,72	153,88	175,41	192,49	193,84	206,34	243,21	270,38
3	138,75	146,06	153,82	170,99	169,97	195,50	242,00	246,11
4	278,10	273,71	295,09	307,17	296,80	328,45	400,57	453,19

Fonte: Siops/SE/MS

Vista isoladamente, a Tabela 16 mostra os municípios com mais de 100 mil habitantes em situação potencialmente favorável em suas aplicações, com um per capita médio de DPSPC bem mais elevado que os demais. Levando em consideração a participação das transferências do SUS na fórmula de cálculo, esses valores podem ser influenciados pelo papel desses municípios como polo de oferta de serviços de média e alta complexidade computada nessas transferências. Nota-se que o resultado desse indicador é coerente com o apurado para os percentuais de RD aplicados em saúde (Tabela 15).

A evolução da DPSPC ao longo da série evidencia que nos municípios com até 10 mil habitantes houve maior intensificação de recursos potencialmente disponíveis. Os municípios com mais de 100 mil habitantes apresentaram uma evolução mais branda.

Tabela 17 – Coeficiente de variação (CV) da Despesa potencial em saúde per capita (DPSPC) em 2004 e 2011, por porte municipal.

Porte Municipal	Anos					
	2004			2011		
	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)
1	182,30	68,71	31,19	372,62	105,10	27,52
2	134,72	41,95	25,61	270,38	59,90	21,34
3	138,75	22,64	15,50	246,11	39,25	15,56
4	278,10	89,26	29,59	453,19	183,15	37,43

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Siops.

A análise do CV na Tabela 17, nos anos extremos da série, demonstra, além de elevação, intensificação da homogeneidade municipal em relação à propensão de aplicar recursos *per capita* em ações de saúde.

O indicador Margem de Expansão do Gasto *Per capita* (MEGPC), mostrado na Tabela 18, abate do valor apurado da DPSPC o gasto atual em ações de saúde para efeito da EC 29. De acordo com Pereira et al. (2006) esse indicador permite dois tipos de interpretação:

1 - Os municípios mais bem posicionados são os que têm menor margem de expansão do gasto em saúde, ou seja, já gastam com saúde além de sua despesa potencial – são aqueles com margem de expansão com menores resultados ou com resultados negativos.

2 – Os municípios que apresentam maior margem de expansão do gasto com saúde são aqueles que poderão ter mais facilidade de incorporar novas despesas à sua estrutura de gastos porque gastam aquém do seu potencial.

Tabela 18 - Margem de expansão do gasto per capita (MEGPC)

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	-	-35,58	-44,40	-50,69	-58,19	-50,37	-63,78	-69,37
2	-	-29,09	-30,22	-29,01	-41,88	-39,00	-54,17	-57,35
3	-	-65,46	-31,62	-58,23	-51,00	-47,67	-48,70	-65,65
4	-	-110,27	-67,04	-75,60	-70,67	-68,11	-80,49	-113,50

Fonte: Siops/SE/MS

Nota: Dados de despesas com ASPs indisponíveis para 2004.

Pela primeira interpretação, os municípios com mais de 100 mil habitantes encontram-se melhor posicionados em termos de montantes per capita empregados em saúde, indicação de que têm um maior comprometimento de valores *per capita*. De acordo com a segunda leitura esses municípios apresentam menor possibilidade de expansão de gasto.

Os municípios com até 10 mil habitantes apresentam a segunda posição em termos de *per capita* empregado, segundo a primeira leitura do indicador. Essas posições reforçam os resultados *per capita* das DPSPC. Pela

segunda interpretação esses municípios também estariam na segunda posição no ranque de menor possibilidade de expansão do gasto *per capita*.

De acordo com a segunda interpretação o estrato municipal com maior possibilidade de incorporar novas responsabilidades, em termos de expansão de atuação, seriam aqueles com mais de 10 mil até 50 mil habitantes.

Tabela 19 – Coeficiente de variação (CV) da Margem de expansão do gasto per capita (MEGPC) em 2005 e 2011, por porte municipal.

Porte Municipal	Anos					
	2005			2011		
	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)	Média (R\$ 1)	DP	CV (%)
1	-35,27	50,73	143,83	-68,73	52,58	76,50
2	-29,09	29,87	102,68	-57,35	35,13	61,26
3	-65,46	84,09	128,46	-65,65	17,44	26,57
4	-110,27	36,67	33,25	-113,50	82,28	72,49

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Siops.

A Tabela 19 mostra que, pela primeira interpretação, os municípios com até 50 mil habitantes elevaram notavelmente seu comprometimento financeiro com ações de saúde entre 2005 e 2011. Além da intensificação da aplicação, o CV obtido para 2011 demonstra aprimoramento na homogeneidade entre esses municípios com relação à mobilização de recursos financeiros para o setor.

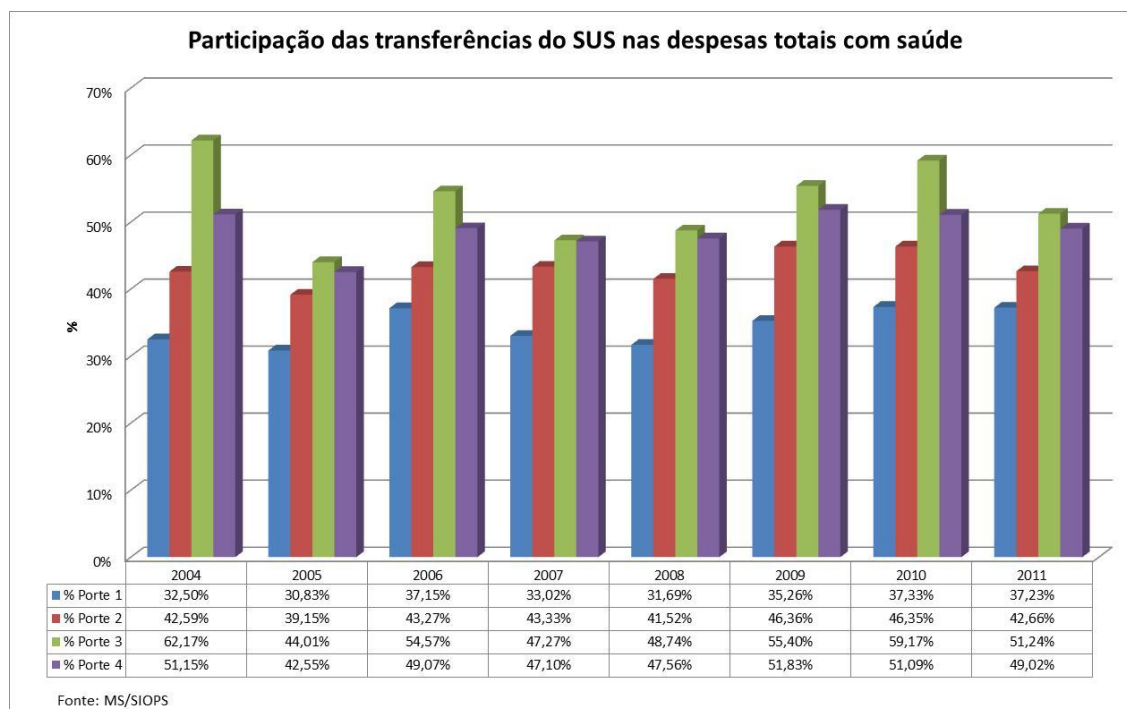
Pela segunda leitura, os municípios do Porte 2 apresentam maior margem de expansão e, portanto, estão mais propensos a expandirem sua atuação em saúde.

Entretanto, para Portela & Ribeiro (2011), a leitura conjunta das duas interpretações sugere que os municípios com maior gasto *per capita*, aparentemente, têm mais alto grau de institucionalização de programas de saúde indicando mais maturidade do gasto, o que favorece uma maior sustentabilidade econômico-financeira para a ampliação de metas das linhas de atuação já em operação. Na amostra examinada, em 2011, essa situação foi um pouco mais favorável no Porte 2.

8.2. Dimensão das despesas municipais com saúde

O Gráfico 15 demonstra a representatividade das transferências do SUS nas despesas municipais totais com saúde.

Gráfico 15



Para examinar a despesa municipal com saúde, levou-se em consideração o pressuposto de Mendes (2010), de que municípios com arrecadação de impostos menos privilegiada teriam maior dependência das transferências em geral, e das do SUS em particular, para a cobertura das despesas com ações e serviços de saúde. Porém, o Gráfico 15 mostra que os municípios menores (Portes 1 e 2), apesar da maior fragilidade de capacidades tributárias, demonstrada no Gráfico 14, utilizam-se das transferências do SUS para cobertura dessas despesas em níveis abaixo da média do conjunto de municípios.

Para os propósitos deste estudo é importante examinar o direcionamento do gasto total.

A Tabela 20 demonstra o peso das despesas *per capita* com pessoal em atuação no SUS, em nível municipal.

Tabela 20 - Participação das despesas per capita com pessoal e encargos sociais nas despesas totais liquidadas com ASPS

Em %

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	44,24	42,35	41,86	42,50	41,82	44,36	42,23	42,87
2	44,24	42,05	42,08	47,83	43,01	46,63	43,46	42,71
3	38,95	27,90	58,65	56,24	64,61	70,31	54,41	51,51
4	41,21	39,34	43,50	45,78	48,02	46,04	44,19	41,19

Fonte: Siops/SE/MS

A Tabela 20 demonstra que, em média, a despesa executada com pessoal e encargos sociais dos contingentes alocados no SUS equivale à metade da despesa total.

Tabela 21 - Participação das despesas per capita com investimentos em infraestrutura física nas despesas totais liquidadas com ASPS

Em %

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	4,15	5,81	10,86	7,72	9,95	5,24	7,01	5,97
2	5,16	5,36	7,80	5,58	9,70	4,58	8,22	4,94
3	7,52	10,62	5,77	12,02	8,66	4,60	6,88	3,35
4	1,07	3,60	1,94	2,33	2,83	2,39	1,93	3,58

Fonte: Siops/SE/MS

Com relação aos investimentos a Tabela 21 mostra que sua participação na despesa executada é bastante reduzida, girando em torno de 6% nos portes 1 a 3. Apesar da dimensão restrita no computo do gasto total, os valores *per capita* com investimentos apresentaram crescimento expressivo no porte 4.

Tabela 22 - Execução financeira dos recursos orçamentários destinados ao setor saúde

Em %

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	90,21	-	95,40	93,19	92,06	88,51	89,29	88,13
2	87,74	-	96,47	95,78	96,67	91,78	89,73	91,00
3	67,80	-	75,88	82,68	83,22	86,34	86,75	88,18
4	91,19	-	87,92	87,47	90,19	88,01	86,00	86,05

Obs: Dado indisponível no Siops para 2005.

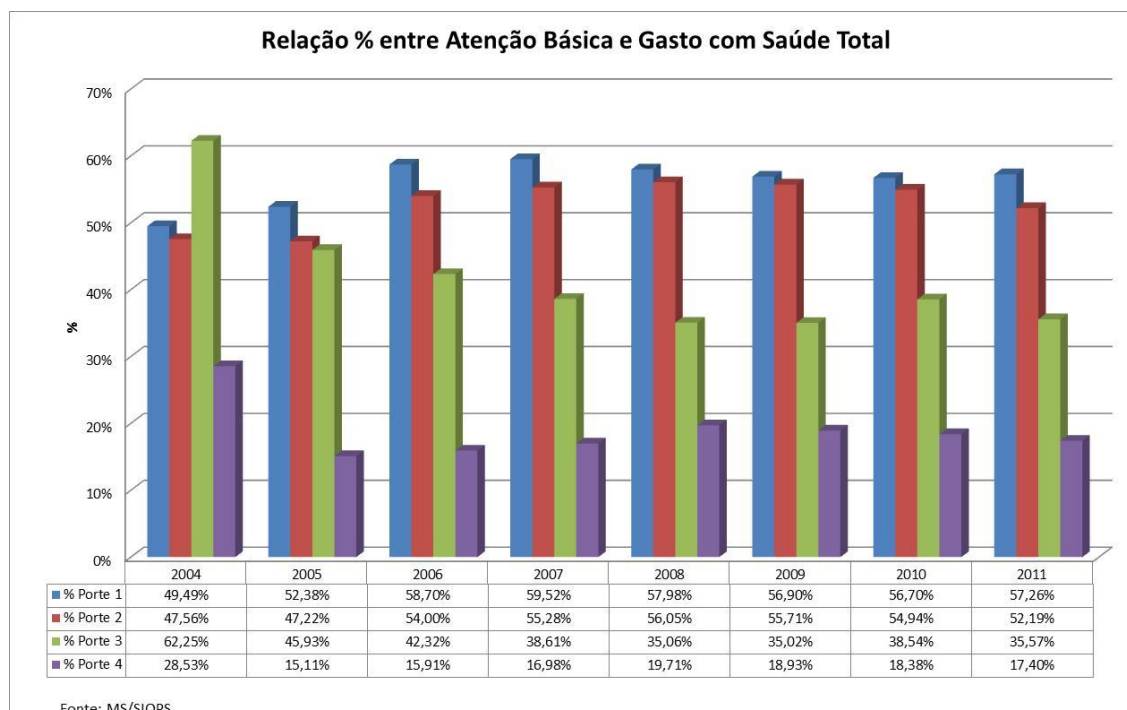
Fonte: Siops/SE/MS

A análise da execução financeira permite que se obtenha um perfil da capacidade de emprego dos valores orçados em cada ano, denotando, portanto, o desempenho da gestão. Relaciona os recursos *per capita* liquidados com a disponibilidade orçamentária anual *per capita* atualizada. De acordo com a Tabela 22, os municípios com até 50 mil habitantes, têm uma execução financeira equivalente aos de maior porte. Essa análise reveste-se de certa parcialidade por não considerar a proporção dos recursos empenhados a cada ano e inscritos em restos a pagar para liquidação em exercícios posteriores.

8.3. Dimensão da alocação municipal e das transferências federais para e evolução da cobertura das linhas de atuação estruturantes da atenção básica.

O Gráfico 16 mostra a proporção de recursos aplicados na AB em relação ao gasto total com saúde.

Gráfico 16



Nesse gráfico, a proporção empregada na Sub Função Atenção Básica decresce com o porte municipal, sendo mais elevada nos municípios com até 10 mil habitantes com média de 56,12% no período. Nos municípios com populações entre 10 mil e 50 mil habitantes o movimento é semelhante, porém com proporções médias em torno de 52,87%. Entre os de 50mil e 100mil a média foi de 41,86%. Nos municípios com até 50 mil habitantes, ao longo da série, observa-se ascensão da alocação em atenção básica com tendência de estabilização a partir de 2006. Nos dois estratos de maior porte, houve certa constância no período.

Tabela 23 - Valor per capita das transferências do Bloco da Atenção Básica seccionada em Equipes de Saúde da Família

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	25,16	29,67	34,84	37,12	38,49	42,63	44,54	45,72
2	20,11	23,17	29,34	31,03	39,65	36,25	37,30	37,08
3	14,99	13,63	16,69	16,29	13,83	16,78	16,68	15,73
4	10,91	9,82	10,07	10,73	11,02	11,91	11,38	12,00

Fonte: Siops/SE/MS

Tabela 24 - Cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família

Em %

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	76,79	80,91	87,33	90,21	91,55	94,37	95,33	98,06
2	65,33	70,95	80,42	83,37	88,39	88,49	93,56	95,77
3	60,79	58,30	76,55	62,89	58,67	66,28	70,09	65,62
4	41,24	40,46	43,70	45,46	48,09	47,12	46,33	51,01

Fonte: Siops/SE/MS

Com relação às transferências federais do Bloco da Atenção Básica, destinadas à manutenção das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde as Tabelas 23 e 24 evidenciam que, no período, nos dois estratos de menor porte, enquanto o valor per capita transferido elevou-se em mais de 80% a cobertura populacional cresceu, em média, 27% nos municípios com até 10 mil habitantes e 47% nos de até 50 mil habitantes. Nos municípios dos dois estratos mais elevados, enquanto as transferências per capita cresceram 5% e 10%, as coberturas populacionais elevaram-se em 8% e 24%, respectivamente.

Essas relações sugerem que os municípios de menor porte se utilizaram com mais intensidade das transferências do SUS por habitante para elevarem as coberturas populacionais por equipes de saúde da família, enquanto nos dois portes mais populosos alcançaram maiores elevações de coberturas recorrendo a recursos das RD diante da evolução menos intensa das transferências do SUS com essa finalidade.

Portela e Ribeiro (2011) detectaram que, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, as coberturas por ESF são inversamente proporcionais à dimensão da população. Nesta amostra, essa constatação também é considerada válida quando se expande a análise a todos os portes municipais.

Tabela 25 - Valor per capita das transferências do Bloco da Atenção Básica seccionada em Agentes Comunitários de Saúde

R\$ 1

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	9,12	9,87	12,29	16,38	19,53	20,34	22,44	23,83
2	7,70	8,22	10,84	14,63	20,09	18,95	20,90	22,18
3	6,99	7,65	9,43	13,21	13,80	14,76	15,73	17,26
4	4,63	4,52	5,04	6,43	7,67	7,44	7,50	8,39

Fonte: Siops/SE/MS

Tabela 26 - Cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde

Em %

Porte Municipal	Anos							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	94,28	94,71	98,42	97,21	97,15	98,51	97,84	99,52
2	84,25	86,52	94,68	93,50	97,82	96,21	99,10	99,52
3	78,22	77,69	92,50	91,18	86,86	84,55	87,06	90,54
4	56,27	50,72	51,42	51,45	51,18	48,10	46,89	52,69

Fonte: Siops/SE/MS

A Tabela 26 demonstra que a cobertura populacional pelos agentes comunitários de saúde nos municípios com até 50 mil habitantes conservou certa estabilidade no período e demonstrou ser mais intensa que nos demais portes municipais.

Em situação oposta, verifica-se, na Tabela 25, que houve expressivo crescimento do valor per capita médio empregado pelo conjunto de municípios para o custeio dessa atividade, principalmente naqueles com até 100 mil habitantes. No porte municipal com mais de 100 mil habitantes, observam-se movimentos opostos: enquanto a cobertura populacional decresceu 6,36%, o valor *per capita* transferido para o custeio dos ACS elevou-se 81,4% no período.

8.4. Análise descritiva das correlações entre as origens de recursos e as despesas totais e com atenção básica em saúde

8.4.1. Teste da normalidade da distribuição

Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para confirmar se a série de dados estudada está normalmente distribuída. Esse teste consiste em avaliar as seguintes hipóteses:

$$\left. \begin{array}{l} \text{Hipótese nula: Os dados possuem distribuição normal} \\ \text{Hipótese alternativa: Os dados não possuem distribuição normal} \end{array} \right\}$$

Para decidir se as informações analisadas possuem distribuição normal, foi atribuído um nível de significância igual a 0,05, nível esse que representa a probabilidade com que a hipótese nula pode ser rejeitada. Numa visão oposta, indica a probabilidade com que a hipótese alternativa pode ser aceita. Desta forma a hipótese nula será rejeitada sempre que o nível de significância calculado para o teste for menor ou igual a 0,05.

Ao aplicar o teste de Kolmogorov-Smirnov aos dados analisados, pode-se observar que apenas as receitas provenientes de impostos, transferências do SUS e despesas líquidas no porte 3 indicam normalidade. As demais observações, inclusive nos demais portes, não apresentaram normalidade, como mostra a Tabela 27.

Tabela 27 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis correlacionadas

Variáveis	Sig Porte 1	Sig Porte 2	Sig Porte 3	Sig Porte 4
Impostos	0,000	0,000	0,200	0,004
Rec. Trans. Const.	0,000	0,002	0,023	0,000
Trans. SUS	0,000	0,000	0,162	0,000
Desp. Liq.	0,000	0,001	0,200	0,003
Aten. Bás.	0,000	0,000	0,003	0,000

Nota: Sig = Significância

Fonte: Elaboração própria.

8.4.2. Coeficiente de correlação de Spearman

Como o pressuposto de normalidade não foi atendido para o conjunto de variáveis e segundo Siegel & Castellan (2006) a validade estatística

para os coeficientes de correlação linear (paramétrico) pressupõe que as variáveis sejam aleatórias e provenham de uma população normal, optou-se a por usar a correlação não paramétrica que tem a desvantagem de ser apenas descritiva da situação de associação. Utilizou-se, com essa finalidade, o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para esse cálculo um resultado não significativo (Sig > 0,05) indica que não há correlação entre as variáveis analisadas. Caso a significância assuma valores abaixo desse patamar (Sig <0,05) há indicativo de correlação entre as variáveis analisadas. Convém frisar que os indicativos de correlação obtidos por esse método não implicam em uma relação de causa e efeito.

Nos casos em que é detectada alguma significância o Coeficiente de Correlação de Spearman varia entre -1 e +1. Quanto mais próximo de +1 maior é a associação positiva sugerida para as distribuições das duas variáveis no tempo. Quanto mais próximo de zero menor é a probabilidade de haver qualquer tipo de correlação. A proximidade ao coeficiente (-1) sugere negatividade na correlação. Os resultados obtidos estão demonstrados nas Tabelas 28, 29, e 30.

Tabela 28 - Coeficiente de correlação de Spearman dos Impostos com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB)

Porte	Despesas Liquidadas		Despesas com AB	
	Sig	Coef Correlação	Sig	Coef Correlação
1	0,000	0,601	0,000	0,395
2	0,000	0,576	0,000	0,360
3	0,000	0,817	0,006	0,544
4	0,000	0,792	0,626	0,022

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 29 - Coeficiente de correlação de Spearman das Receitas das Transferências Constitucionais e Legais com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB)

Porte	Despesas Liquidadas		Despesas com AB	
	Sig	Coef Correlação	Sig	Coef Correlação
1	0,000	0,814	0,006	0,447
2	0,000	0,635	0,000	0,418
3	0,000	0,850	0,057	0,394
4	0,123	0,226	0,603	-0,077

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 30 - Coeficiente de correlação de Spearman das Transferências do SUS com as Despesas Liquidadas e com Atenção Básica (AB)

Porte	Despesas Liquidadas		Despesas com AB	
	Sig	Coef Correlação	Sig	Coef Correlação
1	0,000	0,717	0,000	0,426
2	0,000	0,788	0,000	0,404
3	0,001	0,632	0,159	0,002
4	0,000	0,676	0,377	0,003

Fonte: Elaboração própria.

O cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman nos dados analisados permite observar que as variáveis que apresentam indicativos de correlação, aquelas com significância inferior a 0,05, foram:

1. Impostos versus despesas totais liquidadas em todos os portes municipais e com atenção básica nos portes 1,2 e 3.

2. Transferências Constitucionais e Legais versus despesas totais liquidadas nos portes populacionais 1, 2 e 3 e com AB nos municípios de porte 1 e 2; e

3. Transferências do SUS versus despesas totais liquidadas em todos os portes de municípios e com atenção básica nos portes 1 e 2.

As demais observações não apresentaram indicativo de correlação, já que a significância do teste foi superior a 0,05.

Conclusões

Esta tese investigou as condições fiscais dos municípios de Minas Gerais, com a intenção de gerar elementos para a compreensão das implicações das propostas do MS para a sua atuação em saúde no BSM.

Para analisar a capacidade dos municípios de MG com atuação no BSM sustentarem, no curto ou médio prazo, a cobertura de despesas adicionais em que possam incorrer, levou-se em consideração o contexto em que se inserem, devido a sua condição de ente federado executor descentralizado da Política de Saúde, para então empreender-se a análise quantitativa das variáveis implicadas na sua sustentabilidade econômico-financeira.

Na contextualização da situação municipal na estrutura do SUS, foram utilizadas análises de trabalhos detectados na revisão da literatura especializada. Já para o estudo quantitativo foram avaliadas as condições de geração de receitas originárias dos impostos próprios, das transferências constitucionais e legais e das transferências do SUS e as relações estabelecidas com as despesas totais em saúde e com as de atenção básica (AB), utilizando-se indicadores que sinalizem as situações de acordo com os portes municipais.

Ao fazer a identificação do BSM e sua inserção na programação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), apurou-se que aquela SES opera com um plano estadual com características semelhantes ao BSM. Trata-se do Projeto Travessia Saúde, como a extensão setorial do Programa Travessia, descrita no Capítulo 6. Porém, a comparação das atuações em saúde propostas no âmbito federal e no estadual indica focos diferenciados. Enquanto o BSM tem como principal área de ação a AB propriamente dita, o Projeto Travessia Saúde trabalha com a educação em saúde e com ações de promoção da saúde com finalidade de fortalecer a AB. Essa observação fragiliza a possibilidade de sobreposição de atuação e evidencia um caráter complementar para as duas programações.

Com relação à permanência dos programas sociais, a literatura destaca o respaldo das preferências políticas dos eleitores e a situação fiscal do governo como fortes elementos a interferirem nas decisões de continuidade. Logo, programas com essas características podem apresentar forte viés político,

sendo propensos a serem manipulados como “programas de governo” e eficientes difusores de marcas identificadas com partidos ou coligações hegemônicas. Nesse aspecto, o BSM apresenta evidente vulnerabilidade de permanência, haja vista o caráter de marca de governo que o implantou, com foco no combate a pobreza, dada a forte correlação com o Programa Bolsa Família.

No que diz respeito à atuação em saúde, de princípio universal, ter como foco um segmento populacional prioritário, com condicionalidades, a controvérsia é atenuada por argumentos de correntes identificadas na literatura que justificam haver necessidades específicas de atuação de planos focalizados no interior de sistemas universais. A intenção é combinar as duas formas de atuação para potencializar o alcance de objetivos de combate à pobreza. Os especialistas examinados esperam que essa combinação potencialize o impacto redistributivo. Porém, ponderam que são apropriados a essa junção de modalidades de abrangência, linhas de atuação básicas, de maior impacto social, desenvolvidas em municípios com alta incidência de pobreza, selecionados por critérios previamente definidos pela gestão do programa. Essas observações são pertinentes à identificação da atuação em saúde no âmbito do BSM, conforme se pode constatar no Capítulo 7.

No entanto, ao observar-se o papel do MS como coordenador nacional da atuação descentralizada, à luz da literatura consultada, percebe-se a indicação de uma postura centralizadora, ao tentar induzir a adesão municipal a uma proposta de atuação nacionalmente uniformizada, a ser desenvolvida em realidades regionais que conservam algumas características bastante díspares. De acordo com Pereira et al. 2006 as particularidades municipais devem ser consideradas com respeito à oferta de serviços disponíveis, à localização espacial urbana ou rural, às particularidades locais que impliquem em diferenciação de custos, à proximidade ou não de região metropolitana e dos serviços exclusivamente disponíveis nas capitais. Esses fatores podem influenciar na eficiência do gasto municipal e na eficácia da política. Outra observação pertinente trata da delimitação do escopo da questão social que pretende combater. É necessário definir claramente quais ações tratam do combate à pobreza e quais são as relativas à promoção do acesso. Nesse âmbito, a atuação em saúde é nitidamente voltada para a indução ao acesso de um estrato

populacional específico, ao propor a estratégia da busca ativa por agentes setoriais.

Ainda com relação à coordenação nacional da atuação em saúde no BSM pelo MS, observou-se insignificante articulação com a SES/MG para orientações e direcionamentos para que a gestão estadual possa desenvolver o seu papel na orientação municipal. Nos contatos feitos com a SES MG para coleta de informações, técnicos daquele órgão, que operam em nível de coordenação estadual, não tinham, ao menos, conhecimento da lista dos municípios selecionados pelo MDS para atuação local em saúde pelo BSM. Essa situação denota a debilidade da capacidade de articulação do MS para coordenar, monitorar e avaliar a atuação municipal por meio do órgão gestor estadual, de modo a potencializar o efeito multiplicador das informações sobre intenções do plano, negociações para redimensionamento de metas, fluxo oportuno de dados para monitoramento e avaliação e verificação da qualidade das ações empreendidas. O gestor central, ao executar essas funções administrativas diretamente em 188 municípios pode influenciar negativamente na produtividade das realizações.

Ao examinar as possibilidades da participação dos três entes federados nas coberturas financeiras das ações a serem desenvolvidas em âmbito municipal, a primeira contradição que se estabelece diz respeito ao plano ser uma proposição federal e, diante disso, não haver probabilidade de participação financeira da União na suplementação das ações propostas. O exame do perfil do financiamento federal demonstrado no Capítulo 7 desta tese, caracterizado pela contenção de recursos para a cobertura das ações de saúde já em andamento, contraposto à forte dependência dos municípios com até 50 mil habitantes (95,2% da amostra) das transferências federais e ao indicativo obtido da literatura de que o MS fundamenta seu poder de indução, sobre os demais entes federados, nas transferências e nos incentivos financeiros, torna pouco estimulante a adesão municipal continuada a uma iniciativa federal, na ausência desses incentivos.

Percebe-se, no conjunto dos municípios analisados, pronunciada heterogeneidade de necessidades financeiras, disponibilidade de recursos e de capacidades de execução o que não se coaduna com as expectativas de

uniformidade regional de atuação prevista pela unilateralidade da proposta federal. Esses municípios situam-se, principalmente, em espaço geográfico de com perfil socioeconômico caracterizado por um PIB abaixo da média municipal nacional.

A revisão quantitativa do conjunto das variáveis investigadas e suas inter-relações contribuem para informar em que medida esses municípios dispõem de recursos financeiros para a cobertura da ampliação das metas anteriormente dimensionadas e para a diversificação de linhas de atuação sugerida pelo BSM.

As investigações realizadas com relação às RD mostram vantagem para os municípios com mais de 100 mil habitantes que contam com valores per capita de arrecadação de impostos mais robustos e bem superiores à média dos demais municípios. Aqueles com até 50 mil habitantes, e principalmente os com até 10 mil, são mais dependentes das transferências federais constitucionais e legais para financiarem suas atividades em geral e as ações de saúde em particular, dada a debilidade de sua estrutura tributária. Esses municípios, de início, tiveram mais dificuldade de cumprimento da EC 29. Atualmente apresentam percentuais de aplicação satisfatórios, porém mais moderados que os demais portes municipais.

Pode-se inferir que os municípios de menor porte, com estrutura tributária fragilizada, por terem participações das transferências do SUS nas despesas totais com ações de saúde menos elevadas (Gráfico 15), para manter os níveis de despesas potenciais apresentados na Tabela 16, se utilizam, com mais intensidade, das transferências constitucionais e legais para financiar a política de saúde.

Nesse âmbito, ao examinar a base de dados do SIOPS, chama a atenção que além das RD, variável considerada para o cumprimento da EC 29, os registros de ingressos denominados “Outras Receitas Orçamentárias”, relacionadas à Função Saúde, porém não considerados na base vinculável para o cumprimento da EC 29, apresentam volumes bastante significativos. Nos municípios com mais de 50 mil habitantes esses montantes são semelhantes aos que servem de base vinculação para o referido dispositivo legal. Naqueles com até 50 mil habitantes são menos significativos, apesar de representarem valores

consideráveis para as despesas em saúde nesses portes populacionais. Esses recursos são de livre aplicação pelo Poder Executivo local e aparentam servir como aplicação suplementar para o financiamento das ASPS além dos 15% determinados pela EC 29.

Essas características sugerem maior autonomia dos municípios com porte acima de 100 mil habitantes para implementarem a política de saúde de acordo com as suas opções de gestão.

O emprego de receitas disponíveis no financiamento das ASPS, em geral, apresenta registros acima do piso de 15% em quase todos os portes municipais no período examinado. Os percentuais médios mais elevados foram detectados nos municípios com mais de 100 mil habitantes, o que representa coerência com seus níveis das receitas de impostos.

A investigação com relação à origem dos recursos, aponta a intensificação da utilização do *per capita* das transferências do SUS proporcionalmente à elevação do porte municipal. O indicativo dessa constatação é a de que municípios com até 50 mil habitantes tendo, de um lado, limitações de arrecadação de impostos e, de outro, as dos parâmetros das transferências do SUS, fortemente baseados no histórico da capacidade da oferta de serviços de média e alta complexidade, provavelmente recorram, com mais intensidade, às transferências constitucionais e legais para financiarem as ações de saúde. O peso mais elevado das transferências do SUS nos municípios com mais de 100 mil habitantes pode ser creditado à infraestrutura consolidada de serviços especializados ou ao seu papel de polo regional de referenciamento.

A análise do direcionamento do gasto do SUS nos municípios da amostra revela que, em todo o período, houve predominância de gastos com pessoal. Esse gasto correspondeu, em média, à metade das despesas totais do período em todos os portes populacionais. Essa informação gera indicativo de dificuldade de novas contratações para atuação em saúde nesses municípios, essenciais a expansão da oferta de serviços.

Com relação ao emprego de recursos próprios em investimentos, a exiguidade de dotações e o comportamento das mesmas com relação à estratificação populacional, não denota a identificação dos mesmos com a estrutura de recursos físicos dos municípios de maior porte que potencializam a

oferta de serviços nas grandes cidades das regiões metropolitanas, o que sugere estagnação da estrutura física de oferta dos serviços de saúde nos municípios de MG componentes da amostra. Essa constatação merece a atenção de investigações mais aprimoradas.

A constatação de que os municípios com até 50 mil habitantes têm uma execução financeira ⁽²⁸⁾ mais elevada que os de maior porte é surpreendente ao levar-se em consideração a crença de que a capacidade de gestão dos municípios de grande porte é mais aprimorada. Estudos posteriores dessa situação poderão fornecer maiores indicativos dessa contradição.

Os níveis de alocação municipal na subfunção atenção básica não chegam a surpreender. Tradicionalmente essa linha de atuação teve maior desenvolvimento nos municípios de menor porte.

No entanto, o comportamento das transferências federais do Bloco da Atenção Básica para a cobertura da Estratégia Saúde da Família e custeio dos Agentes Comunitários de Saúde, ações estruturantes da atuação em AB, revelam desproporcionalidade entre a evolução dos valores per capita transferidos pelo SUS e das coberturas alcançadas. Mesmo nos municípios com até 50 mil habitantes, onde se constatam coberturas mais extensas, há desproporção entre a evolução do *per capita* transferido pelo SUS e a cobertura obtida nos anos examinados. Essa situação cria espaço para o aprofundamento da questão por estudos específicos, observando as diferenças regionais e os vários arranjos que se constituem em cada estado ou município como formas alternativas de atuação.

Os indicadores de sustentabilidade propostos por Pereira et al. apontaram os municípios com mais de 100 mil habitantes com vantagem na dimensão da despesa potencial *per capita*. Indica para esses municípios, em média, um potencial de aplicação de valores *per capita* mais intenso.

Em outra vertente, os municípios com menos de 50 mil habitantes apresentaram menores médias para as despesas potenciais justificadas pelas menores despesas com saúde por habitante.

A Margem de Expansão do Gasto Per Capita em Saúde apurada, indicador que mostra a disponibilidade de recursos para expandir suas despesas

²⁸ Corresponde à relação percentual entre as despesas liquidadas e as dotações orçamentárias atualizadas.

setoriais, aponta os municípios com mais de 100 mil habitantes têm uma menor disponibilidade de recursos para expandir essas despesas, o que representa menores possibilidades de incorporar a diversificação ou a ampliação de sua atuação setorial. Essa disposição é consequência das já elevadas despesas com saúde por habitante.

A situação dos municípios de MG com relação ao indicador de expansão de despesas, o MEGPC é a demonstrada na Tabela 31.

Tabela 31 - Situação dos municípios de Minas Gerais com relação à MEGPC

Porte Municipal	Nº. De Municípios	
	Abaixo da média	Acima da média
1	46	64
2	37	36
3	2	1
4	3	3

Fonte: Elaboração própria.

A situação dos municípios com relação ao *per capita* da margem de expansão abaixo da média e acima desta é semelhante. Logo as possibilidades de gastos suplementares em saúde são parecidas em todos os portes municipais. Porém, levando em consideração que aqueles com até 50 mil habitantes, 95,2% da amostra, apresentam a desvantagem da maior dependência das transferências federais, as suas condições tornam-se mais complexas.

Conforme demonstrado no Gráfico 15, esses municípios utilizam-se com menos intensidade das transferências do SUS na composição do gasto em saúde que os de porte mais elevados, por outro lado, de acordo com o já discutido nesta tese, com relação às limitações das transferências do FPM, em consequência da desoneração do IPI, suas dificuldades tornam-se ainda mais agravadas com relação à ampliação da sua participação financeira em expansões ou diversificações de ações e serviços de saúde.

A análise da correlação pelo coeficiente não paramétrico confirma as tendências apontadas nos indicadores acima. Os coeficientes de correlação dos impostos para o financiamento das ASPS têm posições mais próximas de

uma correlação perfeita nos municípios com mais de 50 mil habitantes que os dos demais. Para aquelas com AB não foi possível fazer essa análise pela baixa significância obtida dos dados disponíveis.

Com relação às transferências constitucionais e legais foi confirmada, pela correlação não paramétrica, tendência de intensidade na participação do financiamento das ASPS nos municípios com até 50 mil habitantes, já verificada pelas médias. É importante destacar o coeficiente obtido para os municípios com até 10 mil habitantes, com indicativo de forte utilização dessas transferências. Já naqueles com mais 100 mil habitantes aparenta haver uma utilização mais branda.

O exame das transferências do SUS indica menor intensidade de uso dessas transferências nos municípios com até 10 mil habitantes do que o das transferências constitucionais e legais. Essa análise para as ações de AB foi prejudicada pela insignificância obtida para os dados examinados.

O panorama traçado induz à conclusão de que para os municípios com até 50 mil há menor possibilidade de recorrerem a sua estrutura tributária para ampliarem suas metas ou linhas de atuação básica nas propostas do BSM, uma vez que já operam com elevados comprometimentos da suas receitas disponíveis. Essa situação é ainda mais grave naqueles com até 10 mil habitantes. Por outro lado, suas possibilidades de ampliação de aportes federais para a saúde são minimizadas pelo encolhimento das transferências constitucionais e legais, em virtude da política de desoneração fiscal de alguns setores de produção, já discutida nesta tese, e em consequência das limitações das transferências do SUS, devidas ao cálculo pelo histórico da oferta. Dessa forma, no cenário atual, em Minas Gerais, divisam-se dificuldades de financiamento para a manutenção da atuação em saúde no BSM a curto e médio prazo. Caso haja ampliação das linhas de atuação em saúde os municípios com até 50 mil habitantes necessitarão de incentivo financeiro específico do Governo Federal, fomentador do BSM. Outra saída, menos imediata e de mais complexa viabilização, seria o aprimoramento da capacidade de arrecadação desses municípios de menor porte.

Note-se que as elevadas coberturas alcançadas nesses municípios por Equipes de Saúde da Família e pelos Agentes Comunitários de

Saúde é um fator positivo para o desenvolvimento das propostas do BSM sem a necessidade de recursos adicionais, porém dependente de fortes negociações com os níveis estadual e municipal de gestão que já possuem uma programação formata. Nesse âmbito o Ministério da Saúde necessitará reafirmar o seu papel institucional.

As hipóteses que orientaram este estudo, ao serem examinadas no seu desenvolvimento, foram em sua maioria confirmadas, como pode ser verificado.

A Hipótese 1, que diz respeito à fragilidade da capacidade de arrecadação de impostos e do volume das transferências constitucionais e legais para a cobertura de possíveis despesas adicionais provocadas pelas propostas do BSM, foi verificada com relação aos impostos gerados nos municípios com menos de 50 mil habitantes e constatada a ocorrência de utilização, como forma de compensar essa fragilidade, das transferências constitucionais e legais.

No que diz respeito à Hipótese 2, que considerou a suposta dependência das transferências do SUS e a sua natureza, foi integralmente confirmada.

A Hipótese 3, que se referiu à capacidade de execução orçamentária de municípios de porte reduzido não se confirmou sendo, portanto, refutada.

Já a Hipótese 4 que apontou cinco premissas com influência sobre o objeto de estudo foram demonstradas, debatidas, analisadas e relacionadas ao objeto de estudo tendo sido confirmadas, pelas referências detectadas na literatura, para os casos das restrições de recursos federais, fragilidade da coordenação federativa e da organização administrativa do gestor central do SUS, evolução do papel da AB na estruturação do SUS. Com relação à derivação de uma política universal para a focalização em segmentos populacionais pré-definidos, apesar das controvérsias presentes no debate, chegou-se a justificativas plausíveis para a sua aceitação, com as limitações colocadas.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M.F.I.; BEIRA, L. (Orgs.). Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos. 1 ed. Edições FUNDAP: São Paulo, v. 1, p. 13-31, 2007.

ABRUCIO, F.L. O impasse da federação brasileira: o cenário político-financeiro e as suas consequências para o processo de descentralização. Cadernos Cedec, São Paulo, n.58, 37p, 1996.

_____. Os avanços e os dilemas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. In: BRESSER PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P.K (Orgs.), Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

ABRUCIO, F.L., COUTO, C.G. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.10, v. 3, p.40-47, 1996.

AFFONSO, R., A crise da federação no Brasil. Ensaio, Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, n.15 v.2, pp.321-337, 1994.

AFONSO, J. R. R., ARAUJO, E., Capacidade do gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. Cadernos de Finanças Públicas, Escola de Administração Fazendária, Brasília, nº 1, p. 19-30, 2000.

AFONSO, J.R.R., Relações Intergovernamentais no Brasil: Fatiar ou Repactuar? Seminário Federação e Guerra Fiscal, 2001 - IDP e FGV, Brasília, 2011.

AFONSO, J.R.R., ARAÚJO, E., KHAIR, A., Federalismo fiscal no Brasil: A importância dos governos municipais. In: FIGUEIREDO, M.; NÓBREGA, M. (Org.). Administração pública - Direito administrativo, financeiro e gestão pública: Prática, inovações e polêmicas. São Paulo: Revista dos Tribunais, pp. 55-79, 2002.

ARRETCHE, M. T.S., Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas, Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, n. 31 v.11, p.44-66, 1996.

_____. Federalismo e políticas sócias no Brasil, problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.18, v. 2, p.17-26, 2004.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciências & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, n. 8, v. 3, p.331-345, 2003.

_____. O poder do veto das unidades federativas no Brasil: Instituições políticas e comportamento parlamentar no pós-1988. In ARRETCHE, M.T.S.

(Org.) Democracia, federalismo e centralização no Brasil. pp. 77-116. Editora FGV/ Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2012.

_____., Relações federativas nas políticas sociais. Revista Educação & Sociedade, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.

_____., A política da política de saúde no Brasil in LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C; SUÁREZ, J.M. (Orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS, pp.285-306.Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

_____., Políticas sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo, Revista Brasileira de Ciências Sociais, **São Paulo, n. 40, v. 14**, 1999.

ARRETCHE, M.T.S., VAZQUEZ, D., GOMES, S., As relações verticais na federação: Explorando o problema da descentralização e da autonomia. In ARRETCHE, M.T.S. (Org.) Democracia, federalismo e centralização no Brasil. pp. 145-172. Editora FGV/ Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 2012.

ATKINSON, A.B., The economic consequences of rolling back the Welfare State. The MIT Press. Massachusetts – USA, 1999.

BARBETTA, PA., 2002. Estatística aplicada às ciências sociais. Editora da UFSC,340p, Florianópolis, 2005.

BARBOSA, M.V.F., Implementação de políticas públicas: o “Programa Travessia” sob a ótica da intersetorialidade. 2009. Monografia (Bacharel) - Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte – Minas Gerais.

BARR, N., Economics of the Welfare State.408p. Oxford University Press. London – UK, 1987.

BARROS, E., Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, p. 17-70, 2002.

BIASOTO JR., G. *Setor Saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas*. (mimeo) IE/UNICAMP: Campinas, 2003.

BOLFARINE, H., SANDOVAL, M. C., Introdução à Inferência Estatística. Coleção Matemática Aplicada, Sociedade Brasileira de Matemática, Rio de Janeiro, 2001.

BOSSERT, T., Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Social Science and Medicine, Amsterdam, v. 47, p. 1513-1539, 1999.

CAMARGO, J.M., Gastos Sociais: Focalizar versus Universalizar. Políticas Sociais – acompanhamento e análise, Ipea, Brasília – DF, n.7, pp. 117-121, 2003.

CAMERON, D.R., The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis. American Political Science Review. 1978. Massachusetts – USA. n. 72. P:1243–61.

CANESQUI, A.M., OLIVEIRA, A.M.F., Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B. VIANA, A.L.D. Organizadores O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobraime e Cealag, 2002.

CARVALHO, S.F.C., O papel da instância estadual na ampliação da atenção primária à saúde: A avaliação do Programa Saúde em Casa do Estado de Minas Gerais. 2010. 52f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói – Rio de Janeiro.

CASTEL, R., As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 611 p Vozes Editora, Petrópolis – Rio de Janeiro, 1998.

CARDOSO JR. J.C.; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: Organização, abrangência e tensões da ação estatal. In JACCOUD, L. (Org) Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo, pp. 181-260. Ipea, Brasília, 2005.

CASTRO, J.A; CARDOSO JR. J.C., Políticas sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002. In JACCOUD, L. (Org) Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo, pp. 261-318. Ipea, Brasília, 2005.

CASTRO, K.P., AFONSO, J.R., Gasto Social no Brasil pós 1988: Uma análise sob a ótica da descentralização fiscal social. Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. São Paulo, v.1, n.1. jul-set 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE., O financiamento da Saúde, Coleção progestores, para entender o SUS, v.3, Brasília, p. 164, 2007.

CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. São Paulo: Ayuri, 1991.

COSTA, N.R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.14 n.3 p:693-706, 2009.

_____. Política social e ajuste macroeconômico. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.18,(suplemento), pp.13-21, 2002.

COSTA, N.R., SILVA, P.L.B, RIBEIRO, J.M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília – DF, n.3, p.33-56, 1999.

CRISE nos municípios. Folha de São Paulo, São Paulo, 06 abr. 2009, p. A-2.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. Revista Economia e Sociedade, Campinas – São Paulo, n. 17. Pp. 113-140, 2001.

DESONERAÇÃO caótica. Folha de São Paulo, São Paulo, 26 abr. 2013, p. A-2.

DRAIBE, S.M. O *welfare state* no Brasil: características e perspectivas, Caderno de Pesquisa UNICAMP, Campinas, nº 08. 51p, 1993.

_____. A política social no período FHC e os sistemas de proteção social. Tempo Social Revista de Sociologia, São Paulo. v.15 n. 2, 2003.

_____. Estado do Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN,G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.) Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, P.27-64, 2008.

EASTON, D. 1965. A framework for political analysis. Wiley ED. New York – USA.

SCOREL, S., NASCIMENTO, D.R., EDLER, F.C., As origens da reforma sanitária e do SUS in LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C; SUÁREZ, J.M. (Orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS, pp.59-82.Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State* . Lua Nova. São Paulo, N. 24, P: 85-116, 1991.

FAVERET, A.C.S.C. et AL.. Estimativa do impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde. Cadernos de Economia da Saúde série J, n.4: Ed Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

FAVERET, A.C.S.C. Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. 200F. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. 200p. Rio de Janeiro.

FIORI, J. L. Para repensar o papel do Estado sem ser um neoliberal. Revista de Economia Política. São Paulo, V.12 n. 1(45). P: 76-89, 1992.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdade ou exclusão? Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1422-1428, 2007.

_____. Políticas sociais e democratização do poder local. In VERGARA, S. C. (Org.) Propostas para uma gestão pública municipal. Rio de Janeiro. Ed: FGV, 2003.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14 n. 3, 2009.

FRANÇA, J.R.M.; COSTA, N.R. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1. p. 241- 257, 2011.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (Fundap), Análise do sistema de partilha de recursos na federação brasileira. São Paulo. n. 24, 2000.

FURTADO, C., Formação Econômica do Brasil. Cia. Editora Nacional, 290p, São Paulo, 1959.

GERSCHMAN, S., VIANA, A.L.D., Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal, in LIMA, N.T; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C; SUÁREZ, J.M. (Orgs.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS, pp.307-352.Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro, Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. ET AL. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v.14 n.3 p:783-794, 2009.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Nº 13, Edição Especial, 2007.

_____. Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: O que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Texto para Discussão Nº. 706, Brasília, 2000.

_____. Evolução dos aspectos legais e dos montantes de transferências realizadas pelo Fundo de Participação dos Municípios. Texto para Discussão Nº. 1243, Brasília, 2006.

_____. Gasto Social Federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010. Nota Técnica Nº.11, Brasília, 2012 (b).

_____. O Bolsa Família depois do Brasil Carinhoso: uma análise do potencial de redução da pobreza extrema. Nota Técnica Nº.14,Brasília, 2012 (a).

_____. Políticas sociais: Acompanhamento e análise. Brasília, 2012.

_____. Políticas sociais: Acompanhamento e análise, Brasília, n. 20, 2012(c).

_____. Uma proposta para a atualização dinâmica dos coeficientes do FPE. Texto para Discussão Nº. 1810, Brasília, 2013.

_____. Vinte Anos da Constituição Brasileira. Políticas Sociais Acompanhamento e Análise. Brasília: IPEA, n.17, p. 1-96, 2009.

KATZENSTEIN, P.J. Small States in World Markets: Industrial Policy in Europe. 268 p, Cornell University Press, New York – USA, 1985.

LEVCOVITZ, E., LIMA L. D., MACHADO, C.V., Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas, *Ciência & Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-91, 2001.

LIMA, C.R. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, pp. 2095-2109, 2009.

LIMA, C. R. de A.; CARVALHO, M. S.; SCHRAMM, J. M. A. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, pp. 1855-1864, 2006.

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

LINDBLOM, C.E. Still Muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*. 1979. v. 39 n. 6. p. 517-526. London – UK.

_____. The science of “Muddling Through”. *Public Administration Review*. 1959. v. 19 n. 2. p. 79-88. London - UK.

LOUREIRO, M.R., ABRUCIO, F.L. Política e Reformas Fiscais no Brasil Recente, *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 24, n. 1 (93),2004.

LUCCHESI, P.T., Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implantação do Sistema Único de saúde – retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília n. 14, p. 75-155,1996.

MACHADO, C.V., O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 9, v. 23, p. 2113-2126, 2007; 2007.

MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.F., LIMA, L.D., O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15 n.5, p:2367-2382, 2010.

MARSHALL, T. H., *Citizenship and Social Class*. (1950); in: MARSHALL, T.H.; BOTTOMORE, T. (Org.) *Citizenship and Social Class*. Pluto Press, 1992. London – UK.

MEDIDA é insuficiente, dizem especialistas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 18 abr. 2009, p. B-3.

MELAMED, C., COSTA, N.R., Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro v.8 n.2, 2003.

MELO, M.A.C; SILVA, P.L.B., Reforma da seguridade social no Brasil, Caderno de Pesquisa. Campinas-São Paulo, Unicamp, n. 39. 58p, 1999.

MENDES, A., Financiamento e Gasto do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de São Paulo. Caderno nº 01 – Série 1 Eixos Temáticos Financiamento e Gasto em Saúde. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. 2010.

_____. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995 - 2001). 2005. 422f. Tese (Doutorado) - Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, São Paulo.

MENDES, A., MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, mai. jun. 2009.

OATES, W., Fiscal Federalism. Harcourt Brace Javanovich. New York – USA, 2072.

OLIVEIRA, F.A., Evolução, Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil: 1980/1996. Texto para discussão, Ipea, Brasília-Distrito Federal, n. 649. 1998.

PEREIRA, A.T.S., CAMPELO, A.C.F.S., CUNHA, F.S., NORONHA, J., CORDEIRO, H., DAIN, S., PEREIRA, T.R., A sustentabilidade econômico-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.11, n.3. p.607-620, 2006.

PETERS, G.; PIERRE, J., Governance, politics and the state. New York: St. Martin's Press, 231p., 2000.

PIERSON, P. Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment . 213 p. Cambridge University Press, Cambridge – UK, 1995.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence and the study of politics. *The American Political Science Review*, Washington - USA, v. 94, n. 2, p.251-267, 2000.

PIOLA, S.F, FRANÇA, J.R.M. Diagnóstico da situação do financiamento e da alocação regional de recursos no Sistema Único de Saúde. Acordo de cooperação técnica "Agenda estratégica para o fortalecimento do SUS" firmado entre Conass, Conasemes e Fiocruz. 2012. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso: 23 jun 2013.

PIOLA, S.F. et al. Financiamento Público da Saúde: Uma história à procura de rumo. Textos para Discussão 1.846,Ipea, Brasília2013.

POLANYI, K. (1945). A Grande Transformação, 349 p. Campus Ed. 8ª. Edição, Rio de Janeiro, 2000.

PORTELA, G.Z., RIBEIRO, J.M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1919-1732. 2009.

REPASSE da União cai e acentua crise financeira de municípios. Folha de São Paulo, São Paulo, 15 nov. 2012, p. C-6.

RIBEIRO, P.T., A descentralização da ação governamental em saúde no Brasil: Revisitando os anos 90. 2007. 253f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

_____. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p. 819-828, 2009.

_____. A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil, *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.20, v.1, p. 19-31, 2010.

ROCHA, F., DUARTE, J., GADELHA, S.R.B., OLIVEIRA, P.P., PREREIRA, L.F.V. Mais recursos ou mais eficiência? Uma análise de oferta e de demanda por serviços de saúde no Brasil. Textos para Discussão, Brasília, Tesouro Nacional. 2012. Disponível em: http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/textos_discussao/downloads/td10.pdf. Acesso em: 23 jan. 2013.

RONDINELLI, D.A. et al., Analysing decentralization policies in developing countries, a political-economic approach. *Development and change*, London -UK, v. 20, p. 57-87, 1989.

SANTOS, L., SUS e a Lei Complementar 141 Comentada, São Paulo, pp. 220, Saberes Editora. 2012.

SANTOS, M.C.P., Projeto Travessia Saúde: uma análise sob a ótica da promoção da saúde e da intersectorialidade. 2012. Monografia (Bacharel) - Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte – Minas Gerais.

SANTOS, N.R., CARVALHO, G., Desafios de se cumprir as leis da saúde: LC 141/ Dec 7.508/ Lei 8080/ Lei 8142. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_8657_0__2013---27---657---domingueira---financiamento---216---descumprimento-da-lc-141.html. Acesso em: 23 mar. 2013.

SANTOS, W.G., 1979. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Ed. Campus, Rio de Janeiro. 1979.

SEN, A., Desigualdade reexaminada. 302p. Editora Record. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2001.

SERVO, L.M.S., PIOLA, S.F., PAIVA, A.B., RIBEIRO, J.A. Financiamento e gasto público de saúde: Histórico. In PIOLA, S.F., MELAMED, C. (Orgs.) Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. 2011. pp. 85-108. Ipea. Brasília.

SILVA, F.B.; JACCOUD, L.; BEGHIN, N. Políticas sociais no Brasil: Participação social, conselhos e parcerias. In JACCOUD, L. (Org) Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo, pp. 373-408. Ipea, Brasília, 2005.

SOARES, J.F., SIQUEIRA, A.L., Introdução à estatística Médica, Ed. Universidade Federal de Minas Gerais, 300 p., Belo Horizonte, 1999.

SOUSA, M.F., HAMANN, E.M., Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? . Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro v.14 (suplemento) p:1325-1335, 2009 (a).

_____. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.19 n.3 p:711-729, 2009 (b).

SOUZA, C., Federalismo e conflitos distributivos: Disputa dos estados por recursos orçamentários federais, Revista Dados (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, n. 2, v. 46, 2003.

_____. C. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. Revista Lua Nova Revista de Cultura e Política, São Paulo, n. 52, 2001.

_____. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização, Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, p. 431-442, 2002.

_____. Intermediação de interesses regionais no Brasil: O impacto do federalismo e da descentralização. Revista Dados (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 41 n. 3, 1998.

STARFIELD, B., Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G., Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, pp. 379-391, 2003.

TEIXEIRA, S. M. F., Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n.24 v.2, pp.78-99. 1990.

THEODORO, M.; DELGADO, G., Política Social: Universalização ou focalização? Subsídios para o debate. Políticas Sociais – acompanhamento e análise, Ipea. Brasília – DF, n.7, p. 122-126, 2003.

TITMUS, R., 1974. Social policy – an introduction. Allen & Unwin, London - UK.

UGÁ, M.A et al., Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

UGÁ, M.A., PIOLA, S.F., PORTO,S.M., VIANNA,S.M., Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

UGÁ, M.A.D., SANTOS, I.S., An analysis of equity in Brazilian health system financing. Health Affairs, Bethesda – UK, v. 24, n. 4, p. 1.017-1.028, 2007.

VAITSMAN, J., ANDRADE, G.R.B., FARIAS, L.O., Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988, Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.14 n.3, 2009.

VARSANO, R., A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas. Brasília. IPEA (Texto para discussão n. 405), 1996.

VIANA, A. L. D., Modelos de Intervenção do Estado na Área da Saúde. Estudos em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. -, p. 1-62, 1995.

VIANA, A.L.D., DAL POZ, M.R., A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. Physis - Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.15 (suplemento) p. 225-264, 1998.

VIANA, A.L.D., MACHADO, C.V., Proteção Social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis Revista de Saúde Coletiva. V. 18, p. 645-684, 2008.

VIANA, A.L.D., MACHADO, C.V., Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p. 807-817, 2009.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D., Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde in VIANA, A.L.V.; LIMA,L.D. (Orgs.) Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria e Editora Ltda. 2011.

VIANNA, M.L.T.W., O processo de americanização (perversa) da seguridade social no Brasil. 200p. Editora IUPERJ. Rio de Janeiro - Rio de Janeiro. 1998.

VIANNA, M.L.T.W., O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In BRAVO, M.I.S., PEREIRA, P.A.P. (Orgs.) Política Social e Democracia. Pp. 173-196. Cortez Editora, Rio de Janeiro, 2002.

VIANNA, M.L.T.W., Universalismo X Focalização e outras controvérsias: Espécies em extinção? In PIOLA, S.F., MELAMED, C. (Orgs.) Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. 2011. pp. 15-34. Ipea. Brasília.

WOOLDRIDGE, J.M., Introdução à econometria, uma abordagem moderna. Thomson, São Paulo, 2006.

YIN, R.K., Estudo de Caso: planejamento e métodos. Ed.Bookman, Porto Alegre, 2005.

Relação de Fontes Documentais

BRASIL. Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de outubro de 2000. Altera a Constituição Federal de 1988 para alterar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

BRASIL. Decreto Nº 7.680, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria.

BRASIL, Lei Complementar Nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 12.595, de 19 de janeiro de 2012. Dispõe sobre os orçamentos da União referente ao exercício 2012.

BRASIL, Decreto Nº 7.680, de 17 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre a programação orçamentária e financeira, estabelece o cronograma mensal de desembolso do Poder Executivo para o exercício de 2012 e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 1/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 05 nov. 1996, p. 6.961-6.965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de

descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 1/93. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 20 mai. 1993, p. 5.961-5.965.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 1/92. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 12 fev. 1992, p. 961-965.

BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução nº273, de 17 de julho de 1991, Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 1/91. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 20 mai. 1991.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 84, de 8 de fevereiro de 1998. Resolve fixar em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano, o valor máximo da parte fixa do Piso da Atenção Básica - PAB, para efeito de cálculo do montante de recursos a ser transferido pela direção nacional do SUS aos municípios habilitados nos termos da Norma Operacional Básica 01/96. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, de 9 de fevereiro de 1998.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de fevereiro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. Prestação de Contas da Presidenta da República. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/PrestacaoContasPresidente/index.asp>>. Acesso em: 06 jun 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto

BRASIL, Decreto Nº 7.508, de 28 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.

BRASIL., Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL., Lei nº 8.142, de 28 de fevereiro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

BRASIL, Lei Nº 5.172, de 25 de outubro de 1966- Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios.

BRASIL, Lei Complementar No. 87, de 13 de setembro de 1966 - Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. (LEI KANDIR).

BRASIL, Lei Complementar Nº 115, de 26 de dezembro de 2002 - Altera as Leis Complementares nºs 87, de 13 de setembro de 1996, e 102, de 11 de julho de 2000.

BRASIL, Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (Lei de Responsabilidade Fiscal).

MINAS GERAIS. Decreto Estadual 44 705, de 15 de janeiro de 2008. Dispõe sobre o Programa Travessia. Belo Horizonte, 2008a. Disponível em: < <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/index.html>> Acesso em: 2 jul de 2013.

MINAS GERAIS. Decreto Estadual 45 694, de 12 de agosto de 2011. Altera e consolida a regulamentação que trata do Programa Travessia. Belo Horizonte, 2011b. Disponível em: < <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/index.html>>. Acesso em: 2 jul 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n. 3637, de 20 de fevereiro de 2013. Divulga o Projeto Travessia Saúde e dá outras providências. Belo Horizonte – Minas Gerais. Disponível em: < <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/index.html>> Acesso em: 2 jul de 2013.

Anexos

ANEXO 1 - Lista dos Municípios selecionados pelo MDS para atuação em saúde no BSM.

Porte Municipal	Município
Até 10 mil hab.	316050 Santo Antônio do Rio Abaixo
	314900 Pedra Dourada
	317030 Umburatiba
	312695 Frei Lagonegro
	316105 São Félix de Minas
	317047 Uruana de Minas
	310240 Alvorada de Minas
	316610 Senhora do Porto
	313655 José Raydan
	311115 Campo Azul
	316265 São João do Pacuí
	315213 Ponto Chique
	314880 Pedra do Anta
	313200 Itacambira
	312170 Diogo de Vasconcelos
	315000 Pescador
	316695 Serranópolis de Minas
	315760 Santa Fé de Minas
	310665 Berizal
	316650 Serra Azul de Minas
	310660 Bertópolis
	310445 Aricanduva
	314467 Nova Belém
	314225 Miravânia
	313657 Josenópolis
	316225 São João da Lagoa
	314315 Monte Formoso
	312825 Guaraciama
	316020 Santo Antônio do Itambé
	317065 Vargem Grande do Rio Pardo
	317115 Vermelho Novo
	313652 José Gonçalves de Minas
	314537 Novorizonte
312705 Fronteira dos Vales	
310870 Brás Pires	
315737 Santa Cruz de Salinas	
315750 Santa Efigênia de Minas	

Porte Municipal	Município
	314840 Paulistas
	314060 Materlândia
	316550 Sardoá
	310220 Alvarenga
	311810 Congonhas do Norte
	312235 Divisa Alegre
	315510 Rio do Prado
	316590 Senador Modestino Gonçalves
	310520 Bandeira
	311547 Catuti
	314795 Patis
	312733 Gameleiras
	312015 Crisólita
	317107 Veredinha
	315810 Santa Maria do Salto
	314625 Padre Carvalho
	312750 Gonzaga
	312680 Frei Gaspar
	314620 Ouro Verde de Minas
	312540 Felício dos Santos
	315765 Santa Helena de Minas
	312030 Cristália
	313925 Mamonas
	317190 Virgolândia
	314655 Pai Pedro
	313695 Juvenília
	312675 Franciscópolis
	313055 Imbé de Minas
	312620 Formoso
	312087 Curral de Dentro
	312560 Felisburgo
	313545 Jenipapo de Minas
	311630 Cipotânea
	313868 Luislândia
	313390 Itaverava
	311783 Cônego Marinho
	314875 Pedra Bonita
	315710 Salto da Divisa
	316350 São José do Jacuri
	314345 Montezuma
	312707 Fruta de Leite
	313867 Luisburgo

Porte Municipal	Município
	312245 Divisópolis
	310850 Botumirim
	312965 Ibiracatu
	315520 Rio Espera
	314587 Orizânia
	316045 Santo Antônio do Retiro
	314850 Pavão
	312960 Ibiaí
	315057 Pintópolis
	317103 Verdelândia
	311545 Catuji
	314055 Mata Verde
	314505 Nova Porteirinha
	313065 Indaiabira
	314085 Matias Cardoso
	316420 São Romão
	310825 Bonito de Minas
	313865 Lontra
	311615 Chapada Gaúcha
	315445 Riachinho
	310285 Angelândia
	310270 Cachoeira de Pajeú
	313535 Japonvar
	311680 Coluna
	315450 Riacho dos Machados
	311950 Coronel Murta
	311290 Caputira
	314915 Pedras de Maria da Cruz
	316255 São João do Manhuaçu
	313005 Icaraí de Minas
	315660 Rubim
	316555 Setubinha
	314675 Palmópolis
314465 Ninheira	
312595 Fervedouro	
313650 Jordânia	
Mais de 10 mil até 50 mil hab.	316620 Senhora dos Remédios
	311700 Comercinho
	315650 Rubelita
	314535 Novo Oriente de Minas
	312650 Francisco Badaró
	317052 Urucuia
317000 Ubaí	

Porte Municipal	Município
	315217 Ponto dos Volantes
	316450 São Sebastião do Maranhão
	316245 São João das Missões
	313230 Itaipé
	313470 Jacinto
	316030 Santo Antônio do Jacinto
	310100 Águas Vermelhas
	314200 Mirabela
	314100 Mato Verde
	310650 Berilo
	313550 Jequeri
	311270 Capitão Enéas
	317160 Virgem da Lapa
	310210 Alto Rio Doce
	313400 Itinga
	315790 Santa Margarida
	313600 Joáima
	315600 Rio Vermelho
	312780 Grão Mogol
	315240 Poté
	311610 Chapada do Norte
	313700 Ladainha
	310470 Ataléia
	315080 Piranga
	314270 Montalvânia
	314630 Padre Paraíso
	310450 Arinos
	310090 Águas Formosas
	313210 Itacarambi
	310060 Água Boa
	312200 Divino
	313920 Malacacheta
	317090 Varzelândia
	311300 Carai
	316270 São João do Paraíso
	316710 Serro
	313330 Itaobim
	314140 Medina
	313930 Manga
	313580 Jequitinhonha
	312670 Francisco Sá
	313270 Itambacuri

Porte Municipal	Município
	314290 Monte Azul
	314870 Pedra Azul
	311880 Coração de Jesus
	316240 São João da Ponte
	315560 Rio Pardo de Minas
	316800 Taiobeiras
	313505 Jaíba
	314530 Novo Cruzeiro
	310860 Brasília de Minas
	314180 Minas Novas
	312430 Espinosa
	310170 Almenara
	310340 Araçuaí
	315700 Salinas
	315220 Porteirinha
Mais de 50 mil até 100 mil hab.	316110 São Francisco
	313520 Januária
	313510 Janaúba
Mais de 100 mil hab.	317010 Uberaba
	310670 Betim
	313670 Juiz de Fora
	317020 Uberlândia
	311860 Contagem
	310620 Belo Horizonte

ANEXO 2 - Lista de Municípios de MG, selecionados pela SES / MG, para atuação em saúde no Projeto Travessia.

Município
Alvorada de Minas
Arinos
Cachoeira de Pajeú
Campo Azul
Catuti
Comercinho
Cônego Marinho
Congonhas do Norte
Curral de Dentro
Diogo de Vasconcelos
Divisa Alegre
Divisópolis
Espinosa
Felisburgo
Frei Lagonegro
Fruta de Leite
Gameleiras
Gonzaga
Grão Mogol
Guaraciama
Ibiaí
Ibiracatu
Icaraí de Minas
Imbé de Minas
Itinga
Jaíba
Janaúba
Jequeri
Jordânia
Josenópolis
Juiz de Fora
Juvenília
Malacacheta
Mamonas
Manga
Mata Verde
Materlândia
Matias Cardoso

Município
Mato Verde
Minas Novas
Miravânia
Monte Azul
Montezuma
Ninheira
Novorizonte
Orizânia
Pai Pedro
Pescador
Pintópolis
Ponto Chique
Porteirinha
Riacho dos Machados
Rio do Prado
Rio Espera
Rubelita
Rubim
Salto da Divisa
Santa Fé de Minas
Santa Maria do Salto
Santo Antônio do Itambé
Santo Antônio do Jacinto
São Félix de Minas
São João do Pacuí
São José do Jacuri
São Romão
São Sebastião do Maranhão
Senador Modestino Gonçalves
Serra Azul de Minas
Serranópolis de Minas
Vargem Grande do Rio Pardo
Varzelândia
Verdelândia

Apêndice

Apêndice I

O dilema da coordenação federativa do SUS: financiamento ou responsabilização?²⁹

José Rivaldo Melo de França

Resumo

Este artigo trata do esforço de coordenação federativa empreendido pelo governo federal na descentralização da execução da política de saúde no Brasil. Tem como referencial os modelos analíticos: administração pública: escolha fiscal local, capital social e agente/principal sistematizados por Thomas Bossert, em 1999, para avaliar processos de gestão semelhantes ao nacional. Utiliza-se, como estratégia metodológica, a sistematização do debate sobre coordenação nacional do SUS presente na literatura, por meio de uma síntese descritiva de autores nacionais com estudos publicados sobre a reforma do Estado e a descentralização da política de saúde no Brasil, relacionando-os ao referencial dos modelos analíticos desenvolvido no estudo de Thomas Bossert. A finalidade é evidenciar lacunas que possam causar efeitos restritivos sobre os resultados alcançados pela descentralização setorial brasileira. Pretende-se gerar como principal contribuição o levantamento dos aspectos da gestão descentralizada que contribuam para o enriquecimento do debate acerca das fragilidades no alcance de resultados. A ausência do emprego de ferramentas de monitoramento e avaliação, como também de mecanismos de responsabilização dos agentes executores, são os principais pontos evidenciados pela investigação realizada com influência na fragilização da gestão descentralizada.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Descentralização. Federalismo. Instituições. Governança pública.

²⁹ Artigo elaborado sob orientação do Prof. Nilson do Rosário Costa.

Abstract

This article deals with the federal coordination efforts undertaken by the central government in the decentralization of the implementation of health policies in Brazil. Its benchmark theoretical models: public administration, local fiscal choice, social capital and agent / principal, systematized by Thomas Bossert in 1999 to evaluate management processes similar to the Brazilian process. It is used as a methodological strategy a synthesis of national authors with descriptive literature on state reform and decentralization of health policy in Brazil, relating them to reference the systematic study of Bossert (1999), aiming to highlight gaps that may cause restrictive effects on the results achieved by Brazilian management. This study has the main contribution of decentralized management detect aspects that contribute to enrich the debate about the fragility of the scope of their results. The absence of employment of tools for monitoring and evaluation, as well as accountability mechanisms of executive agents, are the main points highlighted by research undertaken here that weaken the decentralized management of health actions and services in Brazil.

Key-words: Brazilian health care system. decentralization. federalism. institution. public governance.

Introdução

Este artigo investiga elementos da gestão federal com influência na coordenação federativa da execução descentralizada das ações do sistema de saúde brasileiro, à luz dos modelos teóricos analíticos: administração pública, escolha fiscal local, capital social e abordagem do agente/principal.

A relação entre Estado e sociedade, na concepção da política de saúde introduzida pela Constituição Federal (CF) de 1988, ampliou significativamente a responsabilidade estatal na adequação dos recursos às necessidades para o fornecimento dos bens e serviços de saúde à população em geral. Essa nova ordem exigiu estratégias de gestão de grande abrangência e adaptabilidade. No entanto, observa-se que, ao longo das mais de duas décadas de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), a esfera federal, responsável pela gestão central, tentou exercer a capacidade de coordenação federativa por meio da normatização editada nas décadas de 1990 e 2000.

A operacionalização da coordenação federativa na descentralização setorial embute problemas como o que Fleury (2009) destacou a respeito do deslocamento do poder, com vetor subnacional, sem conseguir estabelecer a transparência e a responsabilização que respaldassem a eficiência desses governos.

De fato, a responsabilidade de condução nacional da política setorial, com descentralização político administrativa, sofre forte influência da capacidade de coordenação federativa para alcançar níveis de eficiência satisfatórios já que a execução das propostas federais será operacionalizada pelo nível estadual e municipal. Por seu turno, o órgão responsável pela condução federal, o Ministério da Saúde (MS), tem relativas limitações impostas pelo modelo de desenvolvimento adotado (MACHADO ET AL, 2010).

Estudo avaliativo elaborado pelo Banco Mundial em 2007 sobre a qualidade do gasto público em saúde e o seu impacto potencial na prestação dos serviços pelo SUS, aponta falhas na capacidade de coordenação federativa do SUS, pelo nível central, a partir da análise das variáveis planejamento e orçamento, gestão de insumos e materiais, gestão de recursos humanos, gestão da produção e da qualidade. As conclusões do estudo levaram a recomendações

sobre o aperfeiçoamento da capacidade de governança na condução do sistema, com ênfase na responsabilização pela gestão dos recursos financeiros (BANCO MUNDIAL, 2007).

A concepção e instituição do SUS se deram em cenário organizativo de disponibilidade de recursos restritos para a cobertura de necessidades crescentes com responsabilidade de aplicação distribuída em Unidades Federadas de grande heterogeneidade social, cultural, de capacidades fiscais e administrativas, dotadas de dinâmicas políticas variadas que caracterizam a estrutura federativa brasileira (RIBEIRO, 2009; ABRUSIO, 1996). Esse fator persiste como ponto de fragilidade com a falta de regulamentação de uma fonte federal específica para o financiamento, atualmente responsável por algo em torno de 45% do gasto público em saúde do país, a fim de que fossem asseguradas a regularidade e a suficiência do fluxo de recursos. Essa incerteza de alocação no setor gera insegurança nas pactuações federais com as demais esferas administrativas no dimensionamento de metas e no comprometimento com a sua execução, já que na imensa maioria, os municípios dependem das transferências federais para a realização dos objetivos traçados em conjunto.

Instituído o SUS, a estratégia administrativa estruturante foi a da municipalização por meio da descentralização e da participação social. A compreensão de descentralização guarda certas peculiaridades em um país com forma de governo dividida verticalmente em diferentes níveis de gestão, com autoridade sobre a população e o território, além de independentes entre si e com soberania na sua jurisdição. A descentralização, nesse contexto, corresponde à distribuição de atribuições na gestão de políticas públicas de caráter nacional e envolve transferência de recursos e delegação de funções, de modo que cada nível de governo seja o gestor de determinada linha de atuação, independentemente de sua autonomia política e fiscal (ARRETCHE, 2002).

O fortalecimento da autonomia municipal é destacado pela forma de descentralização adotada no Brasil, em consequência da distribuição de poderes de governo, entre o centro e as demais instâncias intergovernamentais ter ocorrido não por delegação, mas por legitimação constitucional (ALMEIDA, 1996).

A legitimação dessa autonomia gerou relações entre as esferas de governo, na estrutura federalista criada, que guardam certa tensão entre si, favorecendo as unidades de comando subnacionais (SOUZA, 2002). Na questão da territorialidade e das diferenças endógenas nacionais, a autora destaca os diversos níveis de força entre as instâncias de poder, com capacidades bastante desniveladas para a captação de recursos das esferas administrativas mais centrais. Chegam a existir diversos governos municipais que tiram poucas vantagens da descentralização uma vez que têm frágeis condições sociais, administrativas e financeiras para organizar o atendimento às demandas e promover o *empowerment* da sociedade local.

A capacidade de coordenação federativa na descentralização da política de saúde é examinada, neste estudo, com relação à construção de capacidade de governança pelo nível central. Para este fim, entende-se governança como a aptidão de um governo em formular e implementar políticas, isto é, a habilidade institucional de orientar a economia e a sociedade para o alcance de objetivos coletivos (PETERS; PIERRE, 2000). Apesar da assiduidade na atual agenda sobre a avaliação do alcance dos objetivos setoriais, as questões de gestão, mais especificamente as relativas às ferramentas aplicadas na coordenação federativa da política nacional de saúde, operacionalizada de forma descentralizada, ainda são pouco exploradas pela literatura específica.

A perspectiva metodológica adotada envolveu a revisão bibliográfica da literatura e análise documental, com destaque para portarias do MS, com finalidade de efetuar-se uma síntese da abordagem do tema da coordenação federativa da gestão descentralizada das ações governamentais de saúde, tendo como referencial a sistematização de Thomas Bossert (1999) dos modelos teóricos analíticos: administração pública, escolha fiscal local, capital social e abordagem do agente/principal.

Por meio da estrutura de avaliação desenvolvida pelo autor, já aplicada em países da América Latina, é possível identificar os padrões de comportamento das variáveis componentes das gestões descentralizadas, bem como da aplicação de ferramentas de governança propostas para a consecução dos objetivos da reforma.

O estabelecimento de um paralelismo dessa sistematização com o estado da arte identificado pela literatura e na documentação institucional para o processo de descentralização setorial no Brasil permitirá a identificação de elementos para o entendimento das disfunções detectadas na coordenação federativa da operacionalização do SUS. Torna também possível a explicitação de lacunas de governança que requerem estudos mais aprofundados a respeito dos efeitos restritivos causados sobre os resultados alcançados pela descentralização das ações e serviços de saúde. A análise realizada pretende suscitar o debate temático da distribuição de responsabilidades de gestão e do padrão de comportamento dos fluxos administrativos que conduzem ao alcance dos objetivos da política pública de saúde por meio do exame dos canais de controle para monitorar, avaliar e responsabilizar a execução das ações decorrentes.

Marco teórico: descentralização com responsabilização

Observa-se que, em geral, a literatura trabalha a descentralização, predominantemente, por meio da análise da regulamentação e/ou dos aspectos político-institucionais. A primeira vertente focaliza a normatização da transferência de competências, recursos e poderes institucionais entre instâncias de governo. A segunda examina as implicações da transferência de poder decisório e de recursos da instância central para os demais níveis de governo.

Para o desenvolvimento deste trabalho foram explorados, principalmente, os aspectos político-institucionais da descentralização. Na visão de Rondinelli, 1989, esses aspectos atualmente se fundamentam na teoria econômica neoclássica da escolha pública e nas teorias de finanças públicas e da administração pública. A primeira trata da natureza dos bens e serviços e a segunda das características das estruturas organizacionais e dos instrumentos de financiamento. Ambas são complementares para o entendimento da condução da descentralização e das diretrizes para a implementação de políticas descentralizadas

A exploração do percurso das estruturas organizacionais descentralizadas, realizada pelo referencial de Bossert (1999) para as reformas do setor saúde nos países em desenvolvimento, permite instrumentalizar a avaliação de processos de descentralização em condições semelhantes às aquelas analisadas.

O escopo central do estudo de Bossert está voltado para a relação entre níveis de gestão, incorporando *insights* dos modelos teóricos já citados e empregados em processos de transmissão de atribuições por descentralização.

Essa análise gerou um referencial comparativo que evidencia a efetividade da descentralização para atingir metas de sistemas de saúde em condições típicas de escassez de recursos, frente à amplitude de demandas que caracteriza a realidade dos países em desenvolvimento.

O autor considera que a descentralização não é um fim por si mesmo, mas uma opção de gestão que deve ser orientada e avaliada por sua

habilidade de atingir os objetivos de uma reforma de saúde: equidade, eficiência, qualidade e estabilidade financeira.

São também avaliados os incentivos que o governo central pode oferecer aos tomadores de decisão locais para encorajá-los a alcançar os objetivos traçados. Sugere, ainda, recomendações para o ajuste do espaço decisório e dos incentivos indutores da realização da reforma de saúde conduzida pelo nível central.

Na pesquisa realizada para fundamentar o estudo, o autor considera as diferenças entre as escolhas locais e as do nível central, suas inovações e de que forma essas escolhas têm aprimorado o desempenho do sistema de saúde no alcance dos objetivos traçados. Com essa finalidade, analisou o papel da descentralização na reforma do sistema de saúde da Colômbia. O padrão obtido pelo estudo poderá ser empregado em análises empíricas de experiências de descentralização na América Latina e sugerir recomendações de ajustes para o alcance das metas traçadas para reformas com características semelhantes. No estudo foram revisados os principais modelos teóricos que identificam as categorias para análise da descentralização: administração pública, escolha fiscal local, capital social e agente/principal.

Rondinelli e Cheema (1983) desenvolveram a abordagem da administração pública com finalidade realizar uma avaliação abrangente do processo de descentralização em países em desenvolvimento. O enfoque é dado à transferência de autoridade e responsabilidade em uma estrutura administrativa que operacionaliza uma política nacional de saúde. Esse modelo desenvolveu uma tipologia que se tornou clássica sobre as formas de distribuição de autoridade e responsabilidade na administração pública: desconcentração, delegação, devolução e privatização.

Na desconcentração, o poder é deslocado da administração central para a periférica dentro da própria estrutura administrativa. No caso brasileiro identifica-se, por exemplo, a correspondência com as representações estaduais do Ministério da Saúde (MS).

A delegação dá-se pelo deslocamento de responsabilidade e autoridade para entidades semiautônomas que correspondem no Brasil à função

das agências reguladoras, das fundações e das empresas públicas vinculadas ao MS.

Na devolução, são transpostas responsabilidades e autoridade do agente central para estruturas locais da administração pública. Na situação nacional, corresponderia à descentralização de responsabilidades da esfera de gestão federal para as esferas estadual/distrital e municipal.

No caso da privatização, ocorre transferência de responsabilidades operacionais e/ou de propriedade do setor público para o privado, usualmente com um contrato para definir o que é esperado em troca.

Em todas as situações, os demais níveis de gestão ou entidades vão receber do nível central autoridade e responsabilidade. No entanto, esse nível de governo retém significativa parcela dessas prerrogativas. Segundo observa Bossert, a dificuldade contida no modelo é definir os níveis de deslocamento de funções, responsabilidades e autoridade mais adequadas para os objetivos da reforma a serem atingidos.

O ponto forte dessa abordagem é proporcionar uma ampla tipologia de leitura administrativa para a identificação dos arranjos institucionais que repercutem a perda ou ganho de poder. A sua fragilidade está na ausência de identificação de funções e tarefas transferidas e na falta de definição dos níveis de escolha disponíveis aos gestores de cada esfera de governo.

Na abordagem da escolha fiscal local os governos subnacionais traçam suas metas contando com seus próprios recursos e recebendo transferências intergovernamentais de outros níveis de governo. A fundamentação dessa abordagem remete à análise de Musgrave e Musgrave (1998) do modelo aplicado, principalmente, aos sistemas federativos cujos governos locais tiveram uma história de autoridade constitucionalmente definida e significativa geração de rendas próprias.

Os autores pressupõem que os governos locais estão competindo entre si para mobilizar os eleitores e que os gestores da política descentralizada fazem escolhas sobre a captação e alocação de recursos para o financiamento de programas que atendam à média das expectativas desses eleitores.

Bossert sistematiza essa análise para demonstrar que nos sistemas federativos os governos centrais são mais efetivos nas decisões de

alocação de recursos para o atendimento das necessidades dos mais pobres. Já os governos locais evidenciam a sua capacidade de atingir objetivos reais na utilização de fundos para alcançar eficiência e qualidade em sua atuação.

Na caracterização da escolha fiscal local, o modelo leva em consideração a geração da renda local, o papel dos políticos regionais e a responsabilização cobrada pela população (*accountability*).

A importância do modelo concentra-se nas proposições teóricas desenvolvidas para explicar as escolhas do gestor local, fazendo uso de variáveis como, por exemplo, os incentivos – financeiros e políticos. As limitações referem-se, principalmente, às restrições impostas pelas transferências financeiras que dificultam o processo de alocação em locais onde a geração de renda é restrita. Essa característica limita a flexibilidade e a responsabilização no nível local, debilitando a utilidade dessa abordagem como um referencial genérico.

O referencial de Bossert para embasar a abordagem do capital social foi a pesquisa realizada por Putnam (1993) sobre os diferentes resultados obtidos na descentralização das políticas verificadas entre as regiões da Itália.

Uma das hipóteses testadas pela pesquisa foi a de que governos descentralizados, em algumas localidades, obtêm melhor desempenho que os de outras em situação semelhante, devido à densidade das instituições cívicas, que induzem a participação social dos indivíduos, criam expectativas na população e determinam a formação do capital social local.

Para Putnam, quando a rede de associações locais é mais atuante, o desempenho das ações descentralizadas é mais eficiente. É a dinâmica da atuação em redes cívicas que o autor denomina “capital social”.

No entender de Bossert (1999), essa abordagem não gera conclusões políticas relevantes e é cético sobre a possibilidade de estratégias de indução de políticas governamentais reverterem a situação existente. No entanto, a sugestão de observação de características do contexto local que possam afetar o processo de descentralização é bastante positiva.

O modelo de análise da relação “principal/ agente” foi desenvolvido no campo da microeconomia e usado primeiramente para examinar escolhas feitas por gerentes de corporações privadas (PRATT; ZECKHAUSER, 1991). Posteriormente foi empregado na análise de transferências federais para

os estados norte-americanos (CHUBB, 1985; HEDGE, 1991). Na Inglaterra tem sido utilizado na análise de relações entre governos locais e o governo central (GRIFFITH, 1966).

Com base nesse último escopo, Bossert desenvolveu uma aproximação que considera as relações entre um ente “principal” e um “agente”. Com referência ao setor saúde, o nível central corresponde ao principal e tem como objetivo alcançar a equidade, qualidade dos serviços e solidez financeira. O nível local identifica-se como um agente que agrega recursos para gerir políticas nacionais em sua circunscrição geográfica com finalidade de atingir objetivos de abrangência nacional.

O principal tem como canais de controle os incentivos positivos, sanções e fluxos de informações para monitorar e responsabilizar a execução das ações que dão forma às políticas.

O modelo considera ainda a existência de um espaço de decisão caracterizado como um conjunto de funções e graus de escolhas que formalmente são transferidos do nível central aos locais e que captura a abrangência da variedade de critérios e escolhas disponíveis aos agentes. Esse espaço marca a diferença de papéis entre o principal e o agente em uma gestão descentralizada e em um processo centralizado.

O espaço de decisão é uma área de negociação e de resistência entre os níveis de gestão, com mudanças de intensidade para a autoridade local, em função do grau de poder de decisão conferido pela autoridade central. De alguma forma, descentralização implica, para o nível local, expansão do leque de escolhas permitidas pelo nível central.

O mapeamento das funções descentralizadas e graus de escolhas é uma ferramenta desenvolvida pelo autor para dimensionar a sua abrangência por meio de graus de atuação estreito, moderado e amplo. A sua análise permite obter importantes conclusões sobre a gestão descentralizada com respeito ao alcance dos objetivos de equidade, eficiência e solidez financeira.

Nessa abordagem, a delimitação formal do espaço de decisão é definida por leis e regulações.

Regras de governança influenciam os papéis dos atores políticos locais, usuários e provedores, com reflexos na tomada de decisão local. Essas regras estruturam a participação local no sistema descentralizado.

A avaliação de desempenho, importante instrumento de governança, nesse contexto, é bastante significativa para dimensionar em que extensão o espaço de decisão está sendo usado para um país alcançar objetivos de reforma descentralizadora. Todavia, deve ser levada em conta a qualidade dos dados em todas as suas dimensões com relação ao objetivo geral. A tendência atual da análise de desempenho é de centralidade dos indicadores de execução das despesas, incluindo as relações entre as transferências financeiras e as disponibilidades locais. No entanto, outros indicadores de desempenho potenciais que dimensionem o comportamento da equidade, eficiência, qualidade dos serviços e solidez financeira também devem ser tomados como referências importantes.

O espaço de decisão é um mecanismo de controle mútuo. Da perspectiva do agente, pode ser usado em barganhas em torno do atingimento das metas traçadas pelo nível central. O principal usa-o para tentar conseguir com que os agentes atinjam os objetivos que traça além de poder utilizá-lo como ferramenta de monitoramento da ação local. Esse espaço é definido por normas e regulamentos.

Outras ferramentas de governança apontadas pelo modelo, consideradas centrais nessa abordagem, são os incentivos positivos e as sanções que o principal pode utilizar para induzir os agentes ao alcance dos objetivos. Os incentivos classificam-se em institucionais e individuais. Entre os primeiros, as transferências para fundos locais apresentam maior poder de indução, podendo ter sua fórmula de cálculo modificada de acordo com o desempenho do agente. Outros incentivos institucionais são os fundos discricionários de investimentos fixos, de cobertura de déficits e de custos adicionais disponibilizados de acordo com o desempenho local, como também recomenda os subsídios concedidos de acordo com o alcance das metas traçadas.

Os incentivos individuais têm como mais forte indutor a ampliação do espaço de decisão do gestor local. As demais indicações referem-se a ferramentas administrativas de desenvolvimento de recursos humanos como

bolsas de estudo, progressão funcional e outras oportunidades de trabalho. O modelo emprega também o reconhecimento do desempenho por meio de gratificações extras aos responsáveis pela execução.

Com relação às sanções, recomenda a redução de transferências, intervenções administrativas e a retomada do poder de decisão descentralizado, com aplicação mediante falhas de gestão ou flagrante desrespeito às regras e regulações pactuadas para o provimento mínimo dos serviços.

As sanções incluem também a retirada de alguns incentivos positivos já citados, podendo chegar ao extremo de multas, exoneração de gestores, de responsáveis pela execução e até prisão.

Segundo o autor, a eficiência dessas medidas tem comprovação empírica e teórica a partir de dados reais. Contudo, apresenta restrições de uso de acordo com a capacidade administrativa do agente e o suporte de infraestrutura funcional para atingir as metas propostas.

Os mecanismos de participação social local são considerados no modelo como espaço para a população participar da tomada de decisão e da verificação dos resultados alcançados.

A fragilidade apresentada pela abordagem está na ausência de possibilidade de identificação do leque de opções que o principal permite ao agente para que tome suas decisões em nível local.

Com base na revisão dos modelos citados o autor considera a abordagem do “principal/agente” como a de contribuição mais efetiva à análise da descentralização e sugere que as demais visões sobre o assunto podem oferecer conceitos suplementares e hipóteses a serem verificadas. Cada uma delas tem alguma validade específica para o entendimento de questões determinantes do desempenho da ação descentralizada.

A coordenação federativa da descentralização da política de saúde no Brasil à luz da sistematização de Bossert

Na sistematização de Bossert identificam-se elementos característicos do processo de descentralização brasileiro abordados na literatura nacional. A análise desse alinhamento pode ser útil ao aprofundamento de estudos sobre a eficiência das estratégias propostas para a descentralização das ações de saúde no Brasil.

Muitas das situações analisadas por Bossert seguramente integram o processo de descentralização nacional. O cerne da questão é identificar os pontos com ausência de paralelismo que possam provocar o debate acerca da eficiência da coordenação federativa e seus efeitos sobre a gestão local na obtenção dos resultados de caráter nacional propostos.

Com relação ao modelo da administração pública, alguns autores consideram a descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil um processo que envolve delegação, devolução ou desconcentração. Já com relação à privatização, esta embute especificidades que a distanciam desse processo, com destaque para a sua singularidade macroeconômica e para as transformações que causa na estrutura do Estado a qual se presta como instrumento de reforma (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999).

Em geral, nas análises do processo de descentralização setorial brasileiro é claramente identificada a redistribuição da capacidade decisória e de recursos com vetor municipalizante. Neste caso, o ente municipal incorporou a missão constitucional de prestador de serviços de saúde à população. O papel federal e estadual constitui-se na promoção do suporte técnico e financeiro para o exercício da função local. Na tipificação do modelo sistematizado por Bossert, essa identificação é observada em uma estrutura de devolução.

No contexto nacional, Viana e Machado (2009), sinalizam que a descentralização das ações de saúde teve embutida uns lógicos centralizadores manifestada em normas, incentivos financeiros e outros instrumentos de indução. Por outro lado, a descentralização foi apoiada e estimulada por atores sociais e políticos das instâncias receptoras das responsabilidades fortemente organizados,

o que facilitou o movimento de conformação das estratégias federais, com a participação local, gerando um cenário de coordenação intergovernamental.

Para operacionalizar as iniciativas descentralizadas, os municípios, além de aumentarem seus gastos próprios com saúde, precisaram modificar sua estrutura administrativa, alterar suas áreas de ação prioritária e incorporar infra-estrutura prestadora de serviços, antes sob gestão de instâncias superiores de governo. Contando, a partir de então, com a intensificação da participação social na gestão descentralizada (ABRUSCIO; COUTO, 1996; RIBEIRO, 2009; VIANA; MACHADO, 2009).

O Estado federativo brasileiro, como observa Arretche (1999), é marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, políticas e de capacidades administrativas dos governos locais. Tais desigualdades podem ser equilibradas pela ação política que dá conformidade às transferências de responsabilidades e se operacionaliza nas estratégias de indução que, se desenhadas de forma eficiente, poderão compensar as dificuldades impostas pelas diferenças estruturais ou institucionais.

A autora pesquisou a descentralização de cinco políticas sociais em seis Unidades Federadas com diferentes características populacionais, econômicas, fiscais e de associação participativa. Concluiu que as elevadas faixas de adesão aos programas foram fortemente influenciadas pela eficiência da estratégia de indução, levando em conta a avaliação local dos custos e benefícios em que implicariam a decisão de adesão.

Em síntese, a pesquisa de Arretche indicou que as influências mais marcantes na decisão de adesão, na área da saúde, foram a flexibilidade do desenho da forma de descentralização – com distintas modalidades de adesão –, a estrutura de incentivos e o custo político do reflexo local da opção por não ratificação à universalização da saúde.

No Brasil, a relação entre a descentralização e a distribuição de recursos que caracteriza a abordagem tipificada por Bossert como “escolha fiscal local”, sofre forte influência da competência tributária própria de cada esfera de governo. Mecanismos de transferências de fundos entre os entes federados complementam o suporte à capacidade empreendedora de cada ente da federação brasileira. A partir da promulgação da CF, em 1988, a descentralização

fiscal permitiu a estados e municípios maior controle sobre a geração de receita tributária além da intensificação de transferências federais. Nesse sentido, o poder de barganha dos níveis subnacionais com o nível federal foi fortalecido pela necessidade do governo central em obter apoio no Congresso Nacional para a acomodação de interesses gerada pela fragilização dos mecanismos políticos não democráticos (ABRUCIO, 1996).

Esse movimento resultou no beneficiamento dos municípios na redistribuição das receitas nacionais, fortalecendo o seu poder fiscal e a sua autonomia de gestão (RIBEIRO, 2009; LIMA, 2007; SOUZA, 2003; UGÁ, 2003).

Ainda assim, persiste expressiva heterogeneidade de capacidades fiscais e estados e municípios continuaram tentando obter maiores coberturas financeiras do nível federal para ações sob suas responsabilidades, além de sucessivas tentativas de federalização de suas dívidas. A forma de pressão usual foi o poder de barganha das bancadas estaduais no Congresso Nacional, por meio de emendas parlamentares e outros instrumentos que Souza (2003) qualifica como “janelas de oportunidade” numa clara referência a Kingston (1995).

No entanto, avaliações sobre o desempenho federal na disponibilização de recursos, relacionando-a a participação dos demais entes, são necessárias para se conhecer a eficiência alocativa dessas transferências. Nesse ponto, entram em jogo as escolhas feitas pelos governos subnacionais e a composição entre seus próprios recursos e as transferências intergovernamentais de outros níveis de governo.

No período de intensificação da descentralização, o ajuste macroeconômico praticado no Brasil visava à manutenção do equilíbrio monetário, com ênfase na estabilização dos preços e no controle da dívida pública. As medidas buscadas, com orientações neoliberais, resultaram em privatizações, reforma previdenciária, abertura comercial e na conta capital do balanço de pagamentos. Os mecanismos utilizados tinham como objetivo a obtenção do superávit primário para a garantia do crédito externo. O efeito sobre as políticas públicas sociais foi de contenção das despesas, em setores com maior representatividade institucional na vocalização de demandas – como o

ocorrido com a saúde – e de “desfinanciamento” dos gastos daqueles com menos inserção política, a exemplo do saneamento e da habitação (COSTA, 2002).

Com a descentralização fiscal, a União reduziu a sua participação no gasto público em saúde de pouco mais de 70%, no início dos anos 1990, para menos de 60%, ao final da mesma década. Em contrapartida, os gastos dos municípios praticamente dobraram e os estados também tiveram aumento significativo. Em um cenário de restrições orçamentárias impostas pelo ajuste macroeconômico, a estratégia da descentralização pode indicar o deslocamento das responsabilidades de financiamento das políticas sociais da União para estados e municípios sem, no entanto, ter sido avaliada a capacidade fiscal desses entes e nem ter desenvolvido estratégias consistentes de correção das desigualdades (MACHADO, 2007).

Apesar do encolhimento da participação federal, em uma estrutura federativa com capacidades fiscais diversificadas, cuja participação estadual no Produto Interno Bruto (PIB) de 2007 variou entre 35,29%, em São Paulo a 0,23% em Roraima, as transferências federais para o setor têm efeitos determinantes na incorporação das responsabilidades em locais com capacidade fiscal mais fragilizada. O governo federal manteve o poder de indução, por meio de recursos institucionais significativos para a maioria dos municípios, a exemplo das transferências, influenciando nas escolhas locais e delineando suas agendas governamentais (ARRETCHE, 2004).

O poder de indução que a estrutura normativa e financeira gerou fez com que, nos anos 1990, o MS obtivesse alto grau de adesão municipal às determinações das Normas Operacionais Básicas (NOB) e demais portarias norteadoras da descentralização das políticas de saúde e ainda mantivesse o Poder Executivo na posição central desse processo. Até maio de 2002, 99,6% dos municípios brasileiros já tinham assumido uma forma descentralizada de gestão (ARRETCHE, 2004).

A complexidade alcançada pelo SUS desencadeou, na realidade, a adoção de diversos incentivos, implícitos e explícitos, como forma de indução. Essa prática leva a uma preocupação excessiva com as formas de gestão interna e formal em detrimento do foco na qualidade, eficiência e efetividade dos serviços ofertados (BANCO MUNDIAL, 2007).

Com relação à responsabilização pela execução da política descentralizada, a reforma da saúde no Brasil incorpora elementos de controle social organizados em conselhos de saúde. Essas entidades funcionam como fomentadoras de participação e inclusão. Se não operam na esfera decisória, ao menos a expectativa é de que participem das discussões públicas que orientam o direcionamento político. Concomitante à descentralização verificou-se a rápida disseminação da institucionalização da participação social. Entre 1991 e 1993 foram constituídos cerca de dois mil conselhos de saúde (CARVALHO, 1995). Em julho de 1996, uma estimativa baseada no número de municípios já habilitados à descentralização demonstrou que cerca de 65% dos municípios brasileiros já haviam constituído seus conselhos, conferindo representatividade formal a mais de 80% da população brasileira.

Como espaços de representação de interesses, os conselhos funcionam também como catalisadores ou indutores da disseminação de organizações civis. Sua disposição legal não os permite operar com instrumentos diretos de *accountability*, na medida em que não dispõem de mecanismos de recompensas nem de punições para fazer cobrar responsabilização. (CARVALHO, 1997).

A institucionalização da participação social contribuiu para a neutralização da unilateralidade do poder central nas definições sobre o desenho do modelo descentralizado do SUS (ARRETICHE, 2004).

Costa (1999), no entanto, aponta o problema da reduzida capacidade de controle dos conselhos sobre as decisões em todos os níveis da gestão do SUS. Na avaliação do autor, a causa para essa disfunção está relacionada ao insulamento burocrático, à autonomia federativa e ao controle de processos em lugar de resultados, negligenciando, frequentemente, a opinião dos usuários sobre a qualidade dos bens e serviços. Esse cenário denota ausência de mecanismos de responsabilização sobre as decisões e as escolhas dos gestores.

Na literatura específica, alguns estudos sobre descentralização de políticas sociais relacionam vagamente a abordagem do capital social sistematizada por Thomas Bossert com a realidade brasileira. Entretanto, relevante exceção foi a pesquisa realizada por Arretche (1999) que utilizou a cultura cívica local como variável com influência sobre a descentralização de

políticas sociais no Brasil. A autora conceituou como cultura cívica a participação dos habitantes locais em associações civis de qualquer natureza. A hipótese da pesquisa, também baseada em Putnam (1993), é de que a intensidade de participação da população em associações civis geraria sociedades fortes, com capacidade de pressão, que fortaleceria os governos no poder de instituir, empreender e manter práticas públicas de qualidade.

Na apuração dos resultados, Arretche não confirmou essa hipótese para a descentralização das políticas sociais no ambiente nacional. Observaram-se contrastes entre estados com alto grau de filiação a associações civis, porém com escores de descentralização inferiores, comparados a outros com níveis mais baixos de participação cívica, porém com estágio mais avançado de descentralização.

Embora essa constatação tenha fragilidades amostrais para generalizações, com base nas informações levantadas, não é possível afirmar que a participação da população nos movimentos políticos e sociais seja, isoladamente, uma variável determinante para o alcance dos objetivos da política nacional com execução descentralizada.

As tentativas de esforço de coordenação federal da atuação descentralizada da política de saúde por meio de mecanismos institucionais empregados pelo nível central, de acordo com o modelo agente/principal sistematizado por Bossert, sofreram no Brasil, influências da herança burocrática, baseada no controle rígido de procedimentos e no rigor da regulamentação, com supervisão centralizada. Essas são características persistentes, remanescentes nesse processo, visíveis na sua fundamentação normativa e no controle do repasse financeiro.

Na avaliação de Bresser-Pereira (2009), as formas mais adequadas para a fundamentação de uma reforma gerencial, com tendência descentralizadora, seriam o controle de resultados, a competição administrativa por excelência e o controle social.

O autor considerou que a reforma gerencial aplicada ao Estado brasileiro, em 2005, provocou impacto direto sobre a reforma do setor saúde. Como expressão concreta desse impacto cita a regulamentação do SUS determinada pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), destacando o

alinhamento do seu conteúdo com os princípios da reforma da gestão pública brasileira, da qual foi o principal mentor. Ao transferir a responsabilidade pela execução e pagamento dos serviços para o nível municipal, o gestor, juntamente com o respectivo conselho de saúde, administra todo o sistema. (BRESSER-PEREIRA, 2008)

Nesse aspecto, converge para a perspectiva avaliativa de Bossert que sugere a atenção na capacidade de resposta do agente à discricionariedade proporcionada pelo espaço de decisão e na sua capacidade de inovação na adaptação da orientação central à realidade local, diferenciando-a das decisões tomadas por outros agentes. Mudanças inovadoras deverão ter impacto positivo no desempenho dos sistemas locais para a consecução dos objetivos da reforma nacional de saúde.

O modelo estrutural proposto para a reforma do Estado brasileiro incorporou um aspecto organizacional e um aspecto gerencial referenciado na obtenção de resultados e na responsabilização (BRESSER-PREREIRA, 2008). No âmbito da reforma do setor saúde, o exame dos instrumentos normativos que conformam a regulamentação da efetivação da gestão descentralizada do SUS – as Normas Operacionais Básicas e os Pactos pela Saúde e de Gestão – observa não haver explicitação sobre quais ferramentas seriam empregadas na responsabilização pela obtenção - ou não - dos resultados propostos pelo nível central.

Os princípios considerados na abordagem agente/principal também foram identificados em estruturas de governança analisadas por Kissler et Heidemann (2006), Hufty et al. (2006) e Bresser-Pereira (2009).

Nessa perspectiva, Ibanhes et al. (2007), chama atenção para que a aplicabilidade de ferramentas de governança à gestão pública deva abranger desde a formulação até a implementação de determinada política, distinguindo-se de uma intenção prescritiva ou normativa ou mesmo restritiva a alguns aspectos técnicos ou administrativos. Nesse sentido, a governança caracteriza-se como espaço para o debate, formulação, planejamento, implementação e avaliação da política pública, convergindo para a obtenção de resultados qualificados.

Algumas implicações da sistematização de Bossert sobre a coordenação federativa da gestão descentralizada da política nacional de saúde

Sob a ótica dos modelos teóricos analíticos: administração pública, escolha fiscal local, capital social e abordagem do agente/principal o cenário esboçado para a gestão descentralizada do SUS apresenta indicativos de fragilização da coordenação federativa. Apesar da robusta legislação infra constitucional que a normatizou, em 2006 foram editadas, na forma de pacto inter federativo, condições de gestão alternativas com a intenção de desencadear estímulos indutivos pela esfera federal.

A institucionalização dessa intenção deu-se por meio do Pacto pela Saúde, tentativa do Governo Federal para aperfeiçoar a coordenação federativa na gestão do SUS. Esse mecanismo constitui-se em um ajuste com finalidade de buscar um realinhamento na divisão de responsabilidades para o alcance de objetivos setoriais nacionais. Porém, na concepção de Vieira, 2010, o Pacto pela Saúde apresenta limitações como instrumento de planejamento, de indução e de coordenação federal da política pública de saúde. Com relação ao planejamento, o ponto de fragilidade mais evidenciado pela autora foi a ausência de um diagnóstico que fornecesse as bases de pactuação. Nesse âmbito foram também evidenciados ausência de adaptação dos processos de pactuação e do estabelecimento de prioridades de acordo com as possibilidades de cada realidade local. No papel indutor verificam-se limitações na relação entre a celebração do pacto e o modelo de intervenção federal, muito focado na coordenação do processo, sem levar em consideração as características específicas das bases de planejamento da ação municipal. Na coordenação federal a autora identificou como restrições a debilidade da relação entre os processos de regionalização e de celebração dos pactos, que na realidade atual apresentam descompassos entre os estágios de desenvolvimento de ambos.

Uma análise conclusiva das premissas embutidas no Pacto pela Saúde remete a ideia de que o pacto constitui-se muito mais em acordo para o cumprimento de metas que a responsabilização pela eficiência dos recursos empregados.

As características do esforço de coordenação federativa empreendido pelo nível central de gestão na descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil identificadas na literatura e na normatização examinada, colocadas em uma perspectiva da sistematização de Bossert, permite identificar fragilidades na relação funcional entre a esfera central e os demais níveis de gestão principalmente no que diz respeito à delimitação do espaço de decisão, ao monitoramento, e à avaliação, além da responsabilização dos entes federados envolvidos e dos atores condutores do processo.

Na literatura há claros indicativos de que os mecanismos administrativos para a operacionalização das determinações da regulamentação institucional não foram explícitos nessas questões.

Nesses aspectos, a pesquisa realizada pelo Banco Mundial em 2007 aponta problemas, estruturais e processuais, ao analisar a qualidade do gasto. Esses problemas são originados da fragmentação do processo de planejamento e orçamento, que elaborados em espaço político local têm um caráter apenas formal em termos legais e não um papel de efetivo instrumento de gestão perdendo a perspectiva de referencial para a responsabilização das organizações públicas (BANCO MUNDIAL, 2007).

A rigidez do conjunto de normas que norteiam o processo orçamentário com intenção de evitar as irregularidades e a dispersão no uso dos recursos públicos, provocam limitações na capacidade gerencial do gestor local. Por outro lado, a ausência de autonomia de decisão, frequentemente concentrada na figura do prefeito municipal, dificulta a delimitação do espaço de decisão do gestor local e dos gerentes de unidades de atendimento (BANCO MUNDIAL, 2007).

As propostas contidas no modelo agente/principal são as mais destacadamente distanciadas do perfil da gestão adotada para o SUS. Essas propostas foram também destacadas por Rondinelli (1999) ao deslocar o foco do controle central para os incentivos e intercâmbios, com destaque para os arranjos legais flexíveis, baseados em critérios de desempenho para a realocação de funções como recursos e capacidades locais permitindo mudanças e ajustes oportunos.

É relevante observar os aspectos da conjuntura nacional que são estruturantes da realidade local e limitantes para a aplicação extensiva das ferramentas sugeridas no modelo agente/principal.

Após a determinação constitucional, a adesão municipal à gestão descentralizada tornou-se mais vigorosa com a NOB 96. O que leva a afirmar que a decisão municipal foi estimulada pelos incentivos financeiros à adoção de programas específicos (GERSCHMAN, 2008).

A autora considera que as decisões políticas da adesão municipal ao sistema de saúde, com gestão descentralizada, foram tomadas a partir de acordos que nem sempre representavam convergência de interesses. Mesmo sendo decisões pactuadas nas instâncias deliberativas do SUS – conselhos e instâncias intergestores - a implementação da política resulta de acordos político-partidários de interesse local, o que a distancia da sua formulação e gera sérios problemas para o monitoramento, a avaliação e a responsabilização processada com padronização em nível central.

Para além da questão política, foram também identificadas outras falhas na relação entre a gestão local e a central: heterogeneidade das capacidades fiscal e gestora; dificuldade de manutenção do fluxo de informações de qualidade necessárias ao monitoramento e a avaliação; heterogeneidade na autonomia de decisão, com situações municipais em que se limita ao nível da prefeitura, em outras chegam até a secretaria municipal e em poucas alcançam as unidades de saúde (GERSCHMAN, 2008; BANCO MUNDIAL, 2007). Deve-se considerar também o reconhecido desnível entre as características técnicas do pessoal envolvido no processo de gestão e na prestação rotineira dos serviços, cuja renovação é dificultada por impedimentos legais (BANCO MUNDIAL, 2007).

Esse cenário gera condições restritivas para o incentivo à mudança de foco de uma gestão formalmente normatizada do sistema para a preocupação com a eficiência, efetividade e qualidade da oferta de bens e serviços que resultaria do aprimoramento da qualidade do gasto em saúde.

Conclusões e recomendações

O *gap* percebido entre os elementos destacados por Bossert no modelo agente/principal e os aspectos identificados na literatura devem ser tratados como agenda prévia para discussões que antecedam a aplicação de ferramentas de incentivos e responsabilização, com destaque para iniciativas como:

- Definição de fontes regulares de recursos que permitam a manutenção do fluxo de transferências da União essenciais para o financiamento do setor em diversas localidades;
- Definição clara dos bens e serviços de saúde considerados para efeito do emprego e da verificação de aplicação de recursos;
- Fortalecimento do planejamento como ferramenta do processo de gestão, com institucionalização de seus instrumentos, em consonância com o ciclo orçamentário e adoção de mecanismos de monitoramento e avaliação respeitando as limitações fiscais, culturais e de gestão local;
- Intensificação da atenção às diferenças regionais, seja no refinamento da busca da equidade nos repasses de recursos, seja na diversidade de capacidades de gestão em nível local que influenciem na implementação da política nacional;
- Redimensionamento do papel do nível estadual na intermediação de interesses entre o nível central e o municipal, em uma conjuntura de atuação descentralizada e regionalizada; e
- Definição de uma política de recursos humanos do SUS, tanto na sua alocação como no seu desenvolvimento, por meio de valorização e capacitação para uma atuação voltada ao alcance de resultados qualificados.

Esses aspectos constituem-se elementos importantes para o debate sobre os efeitos da gestão descentralizada do SUS, da qualidade do gasto e da aplicação de ferramentas de governança desvinculadas do viés ideológico com que vêm sendo continuamente adjetivadas.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F.L. O impasse da federação brasileira: o cenário político-financeiro e as suas consequências para o processo de descentralização. Cadernos Cedec, n.58. São Paulo, 1996. 37p.

ABRUCIO, F.L; COUTO, C.G. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.10, v. 3, p.40-47, julho/setembro 1996.

ABRUCIO, F.L. O impasse da federação brasileira: o cenário político-financeiro e as suas consequências para o processo de descentralização. Cadernos Cedec – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, n.58. 37p., 2005.

ALMEIDA, M.H.T. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, R.B.A; SILVA, P.L.B. (org.). Federalismo no Brasil: Descentralização e Políticas Sociais. São Paulo, 1996.

ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, **São Paulo, n. 40, v. 14, junho 1999.**

ARRETCHE, M.T.S. Relações federativas nas políticas sociais. Revista Educação & Sociedade, **Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, 2002.**

ARRETCHE, M.T.S. Federalismo e políticas sócias no Brasil, problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, n.18, v. 2, p.17-26, 2004.

BANCO MUNDIAL. Relatório N° 36601-BR: Governança no Sistema Único de Saúde no Brasil: Melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. Brasília, 2007.

BOSSERT, T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. ***Social Science and Medicine, Amsterdam, v. 47, p. 1513-1539, 1999.***

BRESSER-PEREIRA, L.C. Construindo o Estado republicano. FGV Editora, Rio de Janeiro, 2009, 416p.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Burocracia pública na construção do Brasil. Versão ampliada disponível em WWW.bresserpereira.org.br. 2008.

BRESSER-PEREIRA, L.C. Burocracia pública na construção do Brasil. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 28, p. 9-30, 2007.

CARVALHO, A.I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, A.I. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 3, p. 23-25, 1998.

CHUBB, J.E. The political economy of federalism. *American Political Science Review*. N°. 79, PP. 994-1015. 1985.

COSTA, N.R. Política social e ajuste macroeconômico. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002; p.13-21.

COSTA, N.R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B. & GIOVANNI, G. *Brasil – Radiografia da Saúde*. Campinas, Editora Unicamp, 2001; pp. 219-232.

COSTA, N.R; SILVA, P.L.B; RIBEIRO, J.M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, n. 3, julho-setembro, 1999.

FLEURY, S.T. Financiamento e equidade em saúde – por um novo contrato social. *Revista Ser Social*. Brasília: Universidade de Brasília, 2009; n.25, v. 11, p. 16-29.

GERSCHMAN, S.V. Políticas públicas articuladas e intersetoriais: a política de saúde em questão. *in*, OLIVEIRA, Fátima Bayma de (org.). *Política de gestão pública integrada*. 2008. Editora FGV.

GRIFFITH, J.A.G. *Central Departments and Local Authorities*. University of Toronto Press. 1966.

HEDGE, D.M. et al. The principal-agent model and regulatory federalism. *Western Political Quarterly*. No. 444, PP. 1055-1080. 1991.

HUFTY, M. et al. Governanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2009; v. 22, (supl):S35-S45.

IBANHES, L. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23(3). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007; pp. 575-584.

KINGDON, J.W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Longman Classics Edition. 1995.

KISSLER, L; HEIDEMANN, F.G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? *Revista de Administração Pública*., Rio de Janeiro, 2006, n. 3, v. 40, pp. 479-499.

LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas in *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2001, N.6, pp. 269-291.

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 2, v. 12, março/abril, 2007.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007; n. 9, v. 23, p. 2113-2126.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F.; CASTRO, A.L.B. Política de saúde no Governo Lula: continuidade e mudanças. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. Abrasco, 2010; n. 1, v. 1, p. 11-32.

MUSGRAVE, R.A.; MUSGRAVE, P.B. *Public Finance in Theory and Practice*. 1989. Ed. McGraw-Hill.

PETERS, G; PIERRE, J. *Governance, politics and the state*. New York: St. Martin's Press, 2000; 231p.

PRATT, J.W.; ZECKHAUSER, R.J. *Principal and Agents: The Structure of Business*. 1991. Harvard Business School Press.

PUTNAM, R.D. et al. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993. 260 p.

RIBEIRO, P.T. A descentralização da ação governamental no Brasil nos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 14, maio/junho, 2009.

RONDINELLI, D. A.; CHEEMA, G.S. Implementing decentralization policies: an introduction. In *Decentralization and Development: Policy Implementation in Developing Countries*. Ed. GS. Chemma and D. Rondinelli, PP. 9-34. 1983.

RONDINELLI, D.A. et al. Analyzing decentralization policies in developing countries: a political-economic framework. In *Development and change*. (SAGE, London, Newbury Park and New Delhi), Vol. 20. 1989. 57-87.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 431-442, 2002.

SOUZA, C. Federalismo e conflitos distributivos: Disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Revista Dados (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro)*, Rio de Janeiro, n. 2, v. 46, 2003.

UGÁ, M.A et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 2, v. 8, 2003.

VIANA, A.L. et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 7, p. 493-507, 2002.

VIANA, A.L; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, v. 14, maio/junho, 2009.