



Quando o Estado burla a si mesmo: o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal brasileira

César Augusto Paro¹

RESUMO: Este ensaio busca realizar uma reflexão crítica sobre o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) brasileira e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, contextualiza-se a conjuntura econômico-política do cenário nacional e internacional em que esta regulamentação surge. Por meio de pesquisa bibliográfica, realiza-se análise da aplicação desta lei no Brasil, dando ênfase às suas influências no sistema de saúde. Identifica-se que o Estado Brasileiro se encontra numa situação paradoxal: garante constitucionalmente um sistema de saúde universal e integral, e, ao mesmo tempo, possui uma legislação fiscal que não permite efetivar o direito à saúde tal como garantido. Devido a isso, os gestores públicos que buscam efetivá-lo, são punidos pelos órgãos fiscalizatórios. Diferentes setores da sociedade têm se mobilizado para a superação deste entrave, mas, este é um processo complexo e lento, que ainda vai exigir muitos esforços para que realmente se modifique.

Palavras-chave: Lei de Responsabilidade Fiscal; Gestão; Sistema Único de Saúde.

Contexto de Surgimento da LRF

O cenário político e econômico mundial vêm sofrendo mudanças, repercutindo nos modos como os Estados vêm se relacionando entre si no plano internacional e de como o Estado tem se relacionado com a própria sociedade.

A história do capitalismo está atravessada por longos períodos de crise, reestruturação e reorganização. Estes momentos de mudanças com descontinuidade encerram-se em reorganizações da economia capitalista mundial sobre bases novas e mais amplas (1).

O primeiro e o segundo choque do petróleo que ocorreram, respectivamente, nos anos de 1973 e 1979 representam um destes momentos de crise, em que houve o aumento de preço do petróleo por seus países exportadores. Este aspecto, aliado ao restabelecimento econômico dos países afetados pela Segunda Guerra Mundial, trouxe impactos na economia mundial, o que promoveu a necessidade de redefinição do papel do Estado, principalmente, no que tange o controle sobre os gastos públicos, mormente na área social (2). A economia mundial vem sofrendo um processo acelerado de aumento em suas despesas:

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IESC/UFRJ. E-mail: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br



Uma das características mais marcantes da economia do século XX é o crescente aumento das despesas públicas. Tal situação é encontrada não apenas nos países de economia coletivizada, onde o Estado, por definição, é o grande agente econômico, mas também nas nações capitalistas avançadas, defensoras da livre iniciativa e da economia de mercado (3).

Emerge deste contexto a necessidade de adoção de novos padrões gerenciais na administração pública, que permita o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços públicos. Em diversos países, surgem experiências relacionadas com “gastos responsáveis”, como o Budget Enforcement Act (1990) nos Estados Unidos da América e o Fiscal Responsibility Act (1994) na Nova Zelândia (2).

Na América Latina, também surgem modificações na condução dos processos orçamentários visando à promoção do equilíbrio fiscal, o que ocorre por meio de imposições, principalmente, do Fundo Monetário Internacional (FMI), pois esta entidade incluía exigências relacionadas a boas práticas de gestão para concessão de novos empréstimos aos países (4). No caso do Brasil,

a crise terminal do Estado nacional desenvolvimentista, com o fechamento dos canais de financiamento externos em 1982, a aceleração do processo inflacionário e o federalismo de cunho estadualista instauraram, no terreno das contas públicas, um cenário de desgaste do executivo federal, com um saldo de cinco planos de estabilização fracassados e endividamento crescente (5).

Este cenário começou a mudar a partir de 1993 com as reformulações financeiras no governo federal decorrentes fundamentalmente das ações do então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. As alterações tinham como foco principal o ajuste fiscal das contas públicas e acabaram por promover as reformas administrativas e previdenciárias no final da mesma década, já quando Cardoso era Presidente da República. Dentre as mudanças nas políticas econômicas brasileiras, está a aprovação da LRF, que “completa o ciclo das principais mudanças institucionais nas finanças públicas durante a Era FHC” (6).

A Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, mais conhecida por LRF, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências (7). Esta faz parte de um contexto que busca adotar formas e ferramentas contemporâneas de gerenciamento de recursos, visando à melhoria do desempenho do Estado, em particular no que se refere à prática da gestão fiscal. Dentre os aspectos relevantes para a gestão, estão incluídos nos pressupostos desta norma: a ação planejada e transparente, a prevenção de riscos, a correção dos desvios, a



manutenção do equilíbrio das contas públicas, o cumprimento de metas entre receitas e despesas, a obediência a limites e procedimentos adequados e a observância das condições definidas para a geração de despesas com pessoal e seguridade social (8).

Tendo como pilares o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilização no uso dos recursos públicos, busca conter o déficit público e o endividamento crescente por meio da manutenção do equilíbrio fiscal permanente, mediante o cumprimento intertemporal de metas de resultado fiscal nas três esferas governamentais. Para tanto, são estabelecidas rígidas restrições legais em relação à renúncia de receitas, geração de despesas com pessoal, seguridade social, dívidas consolidadas e mobiliárias, operações de crédito, concessão de garantias e inscrição em restos a pagar (9).

Em relação ao estabelecimento de limites de despesas líquidas com pessoal e redução de custo do endividamento público, a LRF instituiu, respectivamente, a avaliação de desempenho dos gestores públicos pela razão entre despesas públicas com pessoal e receita corrente líquida e entre dívidas consolidadas líquidas e receita corrente líquida (7).

Os gastos com despesas de pessoal são definidos, em seu Art. 8º, como o:

somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (7).

O §1º deste mesmo artigo esclarece que os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referirem à substituição de servidores e de empregados públicos serão contabilizados como “outras despesas de pessoal” invés de “gastos com pessoal”.

A racionalidade econômico-gerencial que a reforma induzida pela LRF trouxe é reconhecida por alguns autores (10) como grande responsável pelos importantes avanços das finanças públicas no Brasil. No entanto, os setores sociais tecem fortes críticas às consequências que normatizações como estas trouxeram para a garantia dos direitos sociais, situando a LRF lado a lado de outros dispositivos que são reconhecidos como “ataques” ao financiamento dos direitos sociais nos anos 90 e 2000:

Desde os vetos de Collor aos pontos sobre financiamento ao SUS, nas leis nº 8.080 e nº 8.132; passando pela criação do que hoje se chama Desvinculação das Receitas da União (DRU), pela criação do regime de



metas de inflação, pela perenização da LRF, pelas propostas de reforma tributária que são, simplesmente, desoneração do capital, entre outros pontos, o financiamento dos direitos sociais - incluindo a saúde - sofre a violência da política de ajuste fiscal, isto é, do sacrifício dos direitos democráticos em detrimento da remuneração da burguesia rentista, nacional ou internacional, que vive da dívida pública brasileira (11).

A crise fiscal do Estado emerge neste contexto como um indício da incompatibilidade natural entre a função do Estado de fortalecer o consenso social, de ter lealdade para com o sistema das grandes organizações de massa e a função de apoio à acumulação capitalista com o emprego anticonjuntural da despesa pública (12). Este impasse repercute em crise no desenvolvimento das políticas sociais, como a política de saúde. Portanto, visualiza-se que o arcabouço normativo introduzido com o advento da LRF trouxe impeditivos para a consolidação do SUS. As influências que a LRF teve na garantia do direito universal à saúde foram exploradas na seção a seguir.

A LRF e o SUS

O processo de trabalho em saúde tem grande inserção de mão de obra humana, ou seja, é caracterizado pelo trabalho humano intensivo (13). O setor saúde se diferencia de diversos outros, pois, mesmo com a incorporação de novas tecnologias, estas são acompanhadas por adição no número de trabalhadores. Deste modo, os gastos com trabalhadores da saúde são parte significativa do conjunto de despesas deste setor (14).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), as despesas de pessoal do setor saúde representam uma média de 70,8% das despesas totais (15). Esta proporção está, segundo Campos (16), compatível com os padrões internacionais de gasto neste referido aspecto. No caso dos estados, Nascimento e Debus (17), com base nos dados da Secretaria do Tesouro Nacional, destacam que estes entes gastaram entre 1996 e 2000 em média 67% das suas receitas disponíveis com pagamento de pessoal.

Na Constituição Federal de 1988, adotou-se a descentralização como uma das diretrizes de organização das ações e serviços públicos de saúde que compõem o SUS. Esta proposta de descentralização político-administrativa teve como ênfase a municipalização, fazendo com que os municípios fossem assumindo papel estratégico na consolidação do SUS e se tornando também os principais empregadores quando comparado com os outros entes federados (14).



Com a proposta do SUS de universalizar o acesso de ações de saúde para todos, ampliou-se a rede própria de serviços de saúde, o que repercutiu na necessidade de inserção de grande contingente de trabalhadores de saúde. No entanto, a limitação legal imposta pela LRF trouxe impasses entre o máximo de gasto possível com despesa de pessoal e a necessidade de incorporação de profissionais (13). Isto induziu principalmente os entes federados municipais a realizarem contratações por meio de vínculos indiretos a despeito da realização de concursos públicos para admissão de pessoal, havendo a difusão de Organizações Sociais, Organizações Não-Governamentais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Cooperativas Gestoras, pois, deste modo, a contabilização dos gastos se dá como “serviços de terceiro” e não “gastos de pessoal” (18).

Essas parcerias com entidades do terceiro setor têm levado à precarização dos vínculos de trabalho, dado que não geram garantias dos direitos dos trabalhadores. O trabalho precário em saúde é identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados pelo SUS (19).

A LRF, portanto, repercute em uma situação paradoxal para a gestão pública do SUS, uma vez que, ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS pela prestação de serviços de saúde integrais e universais, os impedem de contratarem pessoal para a execução dessas políticas públicas (20). Neste sentido, o Estado burla a si mesmo (21), complexificando a consolidação da proposta de um sistema de saúde público universalizante.

Na pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados nacionais, identificamos uma escassez de estudos que tratassem da temática dos impactos da LRF na implementação de ações e serviços de saúde do SUS. A maioria dos estudos sobre LRF abordava a temática sob uma perspectiva predominantemente macroeconômica, enfatizando o endividamento ou o comportamento do emprego sem detalhamento para o setor saúde. Alguns estudos que problematizavam a referida questão na saúde tinham caráter teórico-conceitual, não apresentando dados empíricos. Nas fontes oficiais de informação, não há uma padronização na divulgação dos dados das despesas com pessoal e do valor da receita corrente líquida, o que dificulta a produção de informações pela sociedade civil e



academia. Os Tribunais de Conta, órgãos responsáveis pela fiscalização da LRF, seguem lógicas distintas de divulgação de informações.

Diversos estudos econômicos demonstram a importância que a LRF teve para a estabilidade fiscal dos entes federados. Giuberti (22) analisou o efeito sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros de 1993 a 2003, verificando que a LRF não afeta o comportamento dos gestores públicos no que diz respeito ao gasto com pessoal na maioria dos municípios (encontrou somente 1,4% de municípios acima do limite de 60% em 2003) e que a LRF é relevante para controlar o gasto com pessoal com benefícios para os municípios que apresentaram um gasto elevado com esse item do orçamento.

Rodrigues (23) analisou o comportamento do emprego formal em setores específicos da economia brasileira, como a saúde, entre 1998 e 2009. Revelou que a LRF não teve qualquer influência para a união na proporção de despesa com pessoal pela receita corrente líquida, cujo valor máximo para o período analisado alcançou somente 31,9% (valor bem inferior ao limite prudencial de 47,5%). Já estados e municípios esforçaram-se para se enquadrar nos limites estabelecidos pela norma, sendo que em 2009 ainda havia entes em situação emergencial.

Estudos regionais também revelam o comportamento da LRF nos municípios de determinado estado. Em análise realizada com os municípios de Piauí, visualizou-se que o índice de endividamento médio dos municípios recuou em aproximadamente 7,0%, sugerindo o êxito desta legislação (24). Estudo sobre os municípios gaúchos demonstrou que, no geral, a LRF foi determinante para promover melhores desempenhos na gestão financeira destes municípios, dado pelo aumento da capacidade de pagamento das dívidas, do equilíbrio do superávit primário e do aumento das receitas tributárias (25). Já nos municípios de Alagoas, houve o cumprimento dos limites com despesa e pessoal logo de imediato à promulgação da legislação fiscal, mas, a longo prazo, estes limites estabelecidos são difíceis de serem atingidos, causando quase sempre situações de desequilíbrios nas finanças públicas (26).

Em 2014, 333 (79,9%) dos 417 municípios baianos descumpriram a LRF em relação aos limites de gasto com pessoal por conta de despesas com profissionais de saúde para a execução de programas federais ou estaduais. Caso tais despesas obrigatórias fossem desconsideradas para fins de apuração das despesas com pessoal, somente 27 (5,7%) municípios continuariam violando os limites da lei (15).



As críticas à LRF também estão presentes nas instâncias de participação social no SUS. Nas proposições presentes nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), esta é apresentada como um entrave para o desenvolvimento do SUS, sendo registrada a insatisfação popular com esta lei. Desde a 11ª CNS em 2000 (mesmo ano de promulgação da LRF), já existia um receio sobre os impactos que ela acarretaria na implementação do SUS, derivando-se, portanto, propostas de contraposição à instituição desta. Em todas as conferências posteriores, críticas à LRF continuaram emergindo das discussões, o que demonstra que a percepção inicial de que esta lei poderia ter impactos negativos para a consolidação do sistema de saúde foi se ratificando (27).

Como toda Lei Complementar, o terreno para negociar a sua mudança é o Congresso Nacional. Quase 300 Projetos de Lei Complementar (PLP) relacionados a esta lei já tramitaram ou estão tramitando na Câmara dos Deputados. Em 2015, criou-se nesta instância uma Comissão Especial para análise da PLP nº 251/2005 de despesa com pessoal na área da saúde. Junto a este PLP, foram pensados outros 16 projetos criados a partir de 2015 que também sugeriram alterações na LRF com relação às despesas com a área da saúde (15).

Na análise dos PLP já submetidos sobre a LRF, observa-se que, apesar de todos abordarem políticas de saúde, alguns ampliam a alteração da LRF no que tange também políticas de educação e assistência social, e, até mesmo, todos os programas promovidos pela união. Houve também propostas mais restritas, que se focalizavam em algum serviço específico da saúde, como o caso do Programa de Saúde da Família.

As proposições em sua maioria reforçam a importância do setor saúde ter um tratamento diferenciado na regulação fiscal, apontando como mais adequada a criação de um sistema próprio para o controle dos gastos com pessoal da área de saúde, que seria contabilizado em separado com os servidores das demais áreas. A maioria dos projetos que propuseram alteração na porcentagem de despesas com pessoal em relação a receita corrente líquida para a área da saúde indicou o percentual máximo de 75%.

Para a análise destes referidos PLP, a Comissão Especial realizou duas audiências públicas e dois seminários neste ano de 2015, envolvendo além de deputados, representantes da Confederação Nacional dos Municípios, do Ministério Público de Contas, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, entre outros (7).



A referida comissão reconhece que a LRF tem grande importância no cenário nacional, pois permitiu um maior controle dos gastos públicos e a geração de uma cultura de responsabilidade na gestão fiscal da administração pública. No entanto, entende que o dispositivo da LRF tem sido inadequado perante a realidade enfrentada por muitos municípios brasileiros, que tem repercutido na rejeição de suas contas pelas instâncias fiscalizadoras. Portanto, esta aprova o PLP nº 251/2005 na forma de substitutivo com nova fórmula de cálculo dos limites de despesa com pessoal nos municípios:

§ 3º Para efeito exclusivo da verificação do limite (...), poderá ser deduzido do cálculo o montante da despesa com pessoal que exceder a aplicação do percentual fixado no referido dispositivo sobre as receitas vinculadas e transferidas pela União no âmbito das funções Saúde, Educação e Assistência Social, desde que observadas as seguintes condições: I – as despesas sejam destinadas ao pagamento de pessoal ativo e vinculadas aos respectivos programas; II – for comprovado, na última apuração anual, que o Município cumpre os requisitos constitucionais e legais relativos à aplicação mínima de recursos no âmbito da saúde, da educação e da assistência social; III – o Município adota todas as medidas necessárias à arrecadação das receitas e à cobrança da dívida ativa (7).

Observa-se que esta proposta não busca estabelecer um valor máximo de despesas com pessoal, mas sim permitir que o teto que até então vinha sendo adotado de forma rígida na fiscalização da LRF seja flexibilizado quando os gastos com pessoal em saúde, educação e/ou assistência social relacionados às transferências da união ultrapassarem os valores máximos. A ausência de um valor em específico parece ter sido uma solução prudente, dado que, além de não haverem consensos nem mesmo dentro dos PLP analisados sobre qual seria este valor, isto flexibiliza a possibilidade de gasto com este tipo de despesa para a o que for necessário, sem ter que ficar preso a um limite predeterminado.

É importante ressaltar que esta nova proposta continua valorizando uma cultura política de responsabilidade fiscal, dado que mantém a maioria do restante do texto da lei original e condiciona a possibilidade desta flexibilização à adesão aos programas federais, à aplicação mínima dos recursos para cada uma das três áreas e à adoção das medidas necessárias para a arrecadação das receitas e cobrança da dívida ativa.

Ademais, também é pautada neste substitutivo a obrigatoriedade de que todos os entes federados incluam seus dados contábeis e fiscais nos sistemas de informação da



união. Isto certamente será um ganho, pois permitirá um maior acesso a situação fiscal de todos os entes federados, promovendo possibilidades de melhorias para a condução político-econômica estadual e nacional, assim como o controle social e a realização de estudos acadêmicos.

Atualmente, o trabalho da comissão especial encontra-se encerrado e o referido substitutivo deverá ser aprovado em plenária da Câmara dos Deputados, para posteriormente ser encaminhado para aprovação pelo Senado Federal e, por fim, à sanção do Presidente da República. Apesar de estar em regime de urgência, a matéria ainda não foi apreciada em face do encerramento da sessão por mais de 70 vezes, delongando esta importante decisão para a gestão do sistema público de saúde.

Considerações finais

Este ensaio propiciou a reflexão sobre o caso da LRF brasileira e sua relação com o SUS. Trata-se de uma temática polêmica, sobre a qual emerge uma diversidade de discursos que são sustentados por racionalidades distintas. Por um lado, há uma ênfase em aspectos econômicos, que remontam a necessidade de um controle de gastos e do desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade na gestão fiscal da administração pública, enquanto que, por outra vertente, se dá ênfase na necessidade de avanço nas políticas sociais, como na consolidação do SUS.

Identifica-se que o Estado brasileiro se encontra numa situação paradoxal: garante constitucionalmente um sistema de saúde universal e integral, e, ao mesmo tempo, possui uma legislação fiscal que não permite efetivar o direito à saúde tal como garantido. Devido a isso, os gestores públicos que buscam efetivá-lo, são punidos pelos órgãos fiscalizatórios. Diferentes setores da sociedade têm se mobilizado para a superação deste entrave, mas, conforme foi demonstrado neste trabalho, este é um processo complexo e lento, que ainda vai exigir muitos esforços para que realmente se modifique.

Referências

1. Arrighi G. O longo século XX: dinheiro, poder e as origens do nosso tempo. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
2. Abrucio FL. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Enap; 1997.
3. Giacomoni J. Orçamento Público. 13.ed. São Paulo: Atlas; 2005.



4. Nunes SP, Nunes RC. Instituições orçamentárias: uma agenda para reformas pós LRF. Brasília: Ministério da Fazenda; 2001.
5. Asazu C, Abrucio FL. A gênese da LRF: a construção de uma agenda. São Paulo: Atibaia/Enanpad; 2003.
6. Loureiro MR, Abrucio FL. Política e Reforma Fiscal no Brasil Recente. Revista de Economia Política. 2004;24(1):50-71.
7. Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 5 maio 2000.
8. Andrade ROB, Mello SL. A LRF: uma abordagem gerencial. Brasília: Conselho Federal de Administração; 2001.
9. Macedo JJ, Corbari EC. Efeitos da LRF no endividamento dos Municípios Brasileiros: uma análise de dados em painéis. Revista Contabilidade & Finanças. 2009;20(51):44-60.
10. Nascimento ER. Gestão pública. São Paulo: Saraiva; 2006.
11. Cardoso FM, Campos GWS. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. Saúde em debate. 2013;37(97):219-232.
12. Regonini G. Estado do Bem-Estar. In: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G (Orgs.). Dicionário de política I. 11.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1998.
13. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(Suppl):1819-1829.
14. Medeiros KR, Tavares RAW. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco, a LRF. Divulgação em Saúde para Debate. 2012;47:56-64.
15. Brasil. Câmara dos deputados. Substitutivo ao projeto de Lei Complementar nº 251, de 2005. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
16. Campos GWS. Regionalização é o futuro do SUS. Entrevista concedida a Região e Redes – Caminho da universalização da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: RESBR; 2014.
17. Nascimento ER, Debus I. Entendendo a LRF. 2.ed. Brasília: ESAF; 2002.
18. Fagnani E. Fragmentação da luta política e agenda de desenvolvimento. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2014.
19. Brasil. Ministério da Saúde. DesprecarizaSUS. Brasília: MS; 2006.
20. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 2007;40:7-12.
21. Fleury S. As veias abertas do SUS. Entrevista concedida a Peres A. RJ: LAPPIS, 2013.
22. Giuberti AC. LRF: efeitos sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros. Brasília: ESAF; 2005.
23. Rodrigues VA. Comportamento do emprego em setores específicos da economia em conjuntura de crise. Dissertação (Mestrado). ENSP: Rio de Janeiro; 2011.



24. Linhares F, Penna C, Borges G. Os efeitos da LRF no endividamento dos municípios do Piauí. *Rev. Adm. Pública.* 2013;47(6):1359-373.
25. Santos SRT, Alves TW. O impacto da LRF no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios no Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. *Rev. Adm. Pública.* 2011;45(1):181-208.
26. Araújo AHS, Santos Filho JE, Gomes FG. LRF: efeitos e consequências sobre os municípios alagoanos no período 2000-10. *Rev. Adm. Pública.* 2015;49(3):739-759.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.