

Quando se esforçar mais e não gastar mais faz toda a diferença: O caso da saúde pública em municípios do estado de São Paulo

DOI: 10.4025/enfoque.v36i1.32467

Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes

Doutor em Economia pela USP e professor do Departamento de Gestão Pública da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGVSP).
e-mail: gustavo.fernandes@fgv.br

Marco Antonio Carvalho Teixeira

Doutor em Ciências Sociais pela PUC-SP e professor do Departamento de Gestão Pública da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGVSP).
e-mail: marco.teixeira@fgv.br

Rafael Oliveira Leite

Administrador Público e Pesquisador do Centro de Estudos em Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGVSP).
e-mail leiterafaelo@gmail.com

Recebido em: 30.06.2016

Aceito em: 08.09.2016

2ª versão aceita em: 10.10.2016

RESUMO

O objetivo deste artigo é investigar a efetividade do atual modelo de financiamento de saúde pública no Brasil no nível municipal. Após uma introdução da evolução do Sistema Único de Saúde e do sistema contábil brasileiro, explorou-se como é realizado o gasto no setor. Em síntese, buscou-se avaliar se um aumento das despesas com saúde, mensurada com o índice de mortalidade infantil, bem como o esforço do gestor público, medido pela sua capacidade de ampliar a arrecadação, melhoram a qualidade da saúde pública. Os resultados apontam que o comprometimento do administrador público é importante, ainda que o aumento puro e simples do gasto não leve a um melhor desempenho.

Palavras-chave: Orçamento, Financiamento, Saúde, Município, SUS

When to trying harder and not just spending more makes the whole difference: the case of public health in municipalities of São Paulo

ABSTRACT

The purpose of this article is to investigate the effectiveness of current the model of public spending in health in Brazil at the municipal level, using data from Sao Paulo, the richest state in the country. After a brief introduction, discussing the development of the SUS and the Brazilian accounting system, we go into further detail about how public spending is done in the sector. In short, we seek to assess whether an increase in spending on health as well as the effort of the public manager, measured by its ability to expand the tax base, improve the quality of public health, measured with the infant mortality rate. The results show that the commitment of the public administrator is a relevant factor and that increases in total spending does not lead to better performance.

Keywords: Budget, Finance , Health, Municipality , SUS

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país social e regionalmente desigual, apresentando altos níveis de pobreza, dentre

outros indicadores sociais cujo desempenho não é condizente com seu nível de renda (BARROS, HENRIQUES e MENDONÇA, 2000). É evidente que o governo tem papel crucial para proporcionar

as condições necessárias para a melhoria desses indicadores. Não por menos, é missão constitucional promover o acesso da população socialmente desprivilegiada às melhores condições de vida, por meio de ações e serviços públicos de qualidade.

Frente a isso, o orçamento público pode ser visto como a principal fonte de informações sobre o financiamento das políticas públicas. O orçamento organiza e racionaliza os gastos públicos, sendo o instrumento em que a alocação dos recursos do Estado é definida. A análise de sua estrutura e do processo de decisão acerca dos recursos públicos, sob uma perspectiva histórica, permite observar a maneira como as demandas sociais chegam até o governo.

Na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, uma aliança entre intelectuais, entidades estudantis e de profissionais da saúde, movimentos sociais e outros membros da sociedade civil formulou o Sistema Único de Saúde (SUS), o que vinculou o direito à saúde pública à construção de uma sociedade democrática.

Na democracia, a eficiência do Estado está intimamente ligada ao controle social das atividades governamentais. Quanto maior o controle democrático, maior é o poder de correção das políticas públicas, a qualidade do debate público e a disseminação de informação a respeito das atividades do governo.

Considerando que a prestação de serviços públicos é ineficiente, que o orçamento é o principal instrumento de execução e financiamento das políticas públicas, e que o controle social é a ferramenta mais adequada para aperfeiçoar o desempenho dos gastos públicos, o presente artigo tem o objetivo de investigar a efetividade do atual modelo de financiamento de saúde pública no Brasil no nível municipal. Avalia-se assim duas hipóteses: a melhoria da saúde pública depende do aumento dos gastos públicos e que gestores públicos com maior esforço conseguem melhores resultados. Para tanto, o texto está estruturado da seguinte maneira: além dessa introdução,

apresentamos o Sistema Orçamentário brasileiro, o Sistema Único de Saúde e o gasto público em saúde nos municípios brasileiros, para na sequência, apresentarmos nossas hipóteses teóricas, a análise dos dados e apresentarmos os nossos respectivos resultados. Em síntese, a forma como o gasto público em saúde é realizada é fundamental para a melhoria dos indicadores, o que parece depender, sobretudo, do esforço do gestor.

2 SISTEMA ORÇAMENTÁRIO NO BRASIL

Em uma sociedade democrática, é necessário garantir o equilíbrio entre as liberdades individuais e a ação do Estado. As estruturas estatais ainda estão em processo de aperfeiçoamento de suas relações com a sociedade civil. A consolidação de mecanismos capazes de realizar essa interação, respeitando os fundamentos da democracia depende da formação de uma consciência pública orientada por valores democráticos (LEAL, 2010).

Quando um cidadão exige retorno efetivo em termos de serviços públicos, da sua contribuição monetária ao financiamento do Estado, aumentam-se os níveis de controle social, levando os agentes estatais a desenvolver instrumentos mais efetivos de gestão. Nesse sentido, o controle do processo orçamentário torna-se um tema crucial.

O processo orçamentário diz respeito a um conjunto de regras que levam a elaboração, discussão, execução e acompanhamento do orçamento público, que, em uma definição simples, é uma lista das receitas e despesas do governo, traduzindo a orientação econômica dos gastos estatais e os custos para a manutenção do Estado e de implementação de políticas públicas.

Com o advento da “Nova Administração Pública” (New Public Management) na década de 1980 (CAVALCANTE, 2009), diversas propostas de modernização do processo orçamentário por programas surgiram em diferentes países. A novidade foi a ênfase no resultado e no

desempenho dos orçamentos. Tais propostas eram acompanhadas por um movimento em favor da flexibilidade do gasto governamental, contratualização dos serviços públicos, entre outros.

Desde a década de 1940, o Estado brasileiro adotou o planejamento público como uma ferramenta para o desenvolvimento nacional, gerenciando projetos e programas de investimento em diversos ministérios e empresas públicas. O declínio econômico, advindo entre outros motivos das crises internacionais do petróleo, passa a esvaziar a capacidade de planejamento governamental, graças ao início do período de descontrole inflacionário.

Com a Constituição de 1988, a gestão governamental foi alterada profundamente, tendo crescido a importância do planejamento das políticas sociais frente o planejamento puramente econômico. É estabelecido pela CF, em seu artigo 21, que “compete à União elaborar e executar planos nacionais e regionais de ordenação de território e de desenvolvimento econômico e social”. Foi a partir de 1994, com o fim da hiperinflação após o advento do Plano Real, que o planejamento se tornou possível. A harmonização entre as políticas de regulação macroeconômica e políticas sociais presentes na CF/88 passou a ser o maior desafio dos governos (BEZERRA, 2009).

A Constituição de 1988 estabeleceu o processo orçamentário no Brasil nas três esferas de governo, prevendo a existência de três leis: A Lei do Plano Plurianual (PPA), em forma de plano com vigência de quatro anos. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que determina as diretrizes gerais do orçamento anual, traduzindo as intenções presentes no PPA em objetivos mais específicos. E por fim, a Lei Orçamentária Anual (LOA), contendo os planos de receitas e gastos propriamente ditos.

Esses três instrumentos foram idealizados para que servissem cada um como diretriz para os demais, de forma hierarquizada: O PPA com as prioridades e orientações de médio prazo, a LDO por meio das diretrizes para o exercício orçamentário e a LOA traz os seus métodos de implantação.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A universalização do direito e do acesso aos serviços foi a maior inovação introduzida pelo SUS. O sistema nasceu com o objetivo de superar a desigualdade no atendimento aos cidadãos (que variava conforme a classe do usuário, no modelo anterior), e reformar a gestão da saúde pública¹. A CF/1988 estabeleceu diversas fontes tributação diretamente ligadas ao financiamento do orçamento da seguridade social para garantir estabilidade no fluxo de recursos. A variedade das fontes de receita significou um avanço em relação ao modelo anterior, quando as políticas sociais eram financiadas por impostos cobrados exclusivamente do salário dos trabalhadores.

Uma importante mudança na operação e financiamento do SUS ocorreu com a transferência do controle e gestão do INAMPS para o Ministério da Saúde, em 1993, ao mesmo tempo em que o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social, órgão arrecador do Ministério da Previdência Social) passou a vincular parte de seus recursos, advindos das contribuições sociais sobre a folha de pagamento de empregados e empregadores, ao orçamento do Ministério da Saúde.

Foi durante este período que começaram a surgir as alterações que possivelmente mais influenciariam a organização e gestão do SUS em seu nascimento: a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) do sistema, editadas primeiramente por portarias do INAMPS e após a sua extinção, por portarias interministeriais do Ministério da Saúde, após consulta às demais esferas de governo. A primeira norma, batizada NOB 01/91, regulamentou a aplicação das Leis 8.080/90 e 8.142/90 mudando, assim como suas sucessoras, os rumos do SUS.

Uma vez que as diretrizes legais apontavam para a construção de um sistema de arrecadação de recursos majoritariamente centralizado e uma rede de provimento de ações de saúde prioritariamente municipalizada, criou-se dessa forma a

¹ Até então, no âmbito da União, a gestão da saúde era segregada entre os procedimentos coletivos e preventivos, a cargo do Ministério da Saúde, e os individuais e coletivos, a cargo da Previdência Social/INAMPS (JUNIOR, 1999).

necessidade de se estabelecer mecanismos de transferências de recursos da União para os Estados e Municípios. A Lei 8.080/90 estabelecia que tais transferências deveriam ser realizadas fundo a fundo, isto é, do fundo nacional de saúde diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde, de forma automática e regular, seguindo critérios populacionais e a combinação de uma série de indicadores referentes ao perfil demográfico e epidemiológico das populações locais, características da rede de saúde, entre outros.

No entanto, argumentando que não seria possível viabilizar de prontidão tudo o que fora regulamentado pela Lei 8.080/90, devido à frágil situação fiscal e administrativa do conjunto de entes federados à época (JUNIOR, 1998), a NOB 01/91 redefiniu parte dos critérios de financiamento do sistema (e por consequência, a sua própria organização), possibilitando o fortalecimento de um sistema de pagamento por produção de serviços de saúde.

Estados e municípios passaram também a ser financiados por serviços prestados em suas unidades ambulatoriais, sendo cooptados por um modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico (em dissonância do modelo assegurado pela constituição de 1988, que concebeu, em seu artigo 198, a saúde como um determinado grupo de políticas socioeconômicas cujo objetivo visa à redução do risco de doenças), centrado na produção de serviços, privilegiando a quantidade de serviços prestados em detrimento da avaliação dos resultados destes serviços (JUNIOR, 1998).

Em 1999, estabeleceu-se um processo de avaliação na busca por identificar novas estratégias para o avanço do sistema e também elencar eventuais distorções que necessitassem ser resolvidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Durante tal processo foi possível observar como os municípios aderiram em massa ao processo de descentralização, mas também descobrir problemas estruturais que haviam surgidos durante a construção do sistema. Dentre eles, viu-se que o estabelecimento de sistemas estaduais e municipais muito rígidos e pouco funcionais quanto à divisão de responsabilidades, o que tornou problemática a criação de subsistemas regionais e microrregionais de saúde. Outro problema adveio

da existência de um modelo de certificação e habilitação dos entes federados que não traduzia a heterogeneidade das realidades de oferta de saúde pública nas diferentes regiões do Brasil.

No ano de 2006, a União apresenta mais um passo no processo de consolidação do SUS. O Documento das Diretrizes do Pacto Pela Saúde – Consolidação do SUS - foi publicado na Portaria do Ministério da Saúde nº 399/06. Estava lançado o Pacto Pela Saúde. Esse pacto apresenta alterações importantes no planejamento e execução do sistema. É possível ressaltar a substituição do sistema de habilitação dos entes federados pela adesão solidária dos mesmos aos Termos de Compromisso de Gestão, a regionalização solidária e cooperativa entre os níveis de governo como eixo estratégico do processo de descentralização, a racionalização e integração das formas de repasse dos recursos federais, dentre outros mecanismos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O Pacto pela Saúde foi articulado após um intenso trabalho de consulta interfederativa que envolveu técnicos do Ministério da Saúde, do CONASEMS e do CONASS, sendo mais tarde aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006. É, de forma mais detalhada, um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre todos os entes federados (União, Estados e Municípios), articulados pelo Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover melhorias e inovações no processo de execução, planejamento, ampliação e gestão do SUS. A implementação do pacto dependeu, sobretudo, da adesão de municípios e estados aos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), que eram renovados

É interessante notar que em toda a evolução institucional do SUS, buscou-se aprimorar a coordenação das políticas, dentro do contexto federativo brasileiro, abraçando-se o princípio do direito universal à saúde. Não obstante, não houve de modo explícito, o desenvolvimento de objetivos claros para nortear a ação dos administradores públicos. Quadro similar é encontrado na contabilidade pública brasileira, como explorado a seguir.

3.1 O GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

A CF/1988 não definiu percentuais dos recursos, dentro da seguridade social, para cada política, além de também não definir, na área da saúde, a participação de cada ente federado no financiamento do SUS. As disposições transitórias da constituição garantiram 30,0% desses recursos para a saúde, mas tal dispositivo cessou em 1990, com a aprovação da lei orgânica da saúde (Lei 8.080). Somente após dez anos desse momento, em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional N° 29, estipulando parâmetros para o financiamento do sistema e garantindo alocação mínima na área da saúde de 15,0% das receitas por parte dos Municípios, 15,0% por parte dos Estados e regras para a aplicação mínima por parte da União.

O maior problema verificado após a aprovação da EC 29 se refere ao fato de que, para burlar as regras estabelecidas pela emenda, as esferas de governo passaram a considerar como investimento e custeio da saúde uma série de gastos como saneamento básico, merenda escolar, dentre outros. Somente em 2011 foi aprovada, em forma de lei complementar (LC 141/12), a regulamentação da Emenda Constitucional 29. A lei definiu o que é gasto público em saúde e o que pode ser atribuído como investimento em saúde por cada ente federado (conforme arts. III e IV), além de regulamentar as despesas da União com saúde, que ficou obrigada a aplicar o valor gasto no ano do exercício anterior mais a variação do PIB ocorrida entre os dois anos anteriores, vetando eventuais diminuições do investimento nominal (conforme art. V).

A descentralização decorrente do SUS levou ao gradativo aumento da responsabilização dos municípios. Ainda que tenham se tornado peças chave na operacionalização do sistema, eles permaneceram financeiramente dependentes dos repasses da União, responsável pela arrecadação das contribuições sociais que financiam o orçamento da seguridade. A participação de estados e municípios no financiamento do SUS pulou de 25% para 56,6% entre 1980 e 2008. Já a União viu sua participação decrescer de 75% para aproximadamente 43,5 no mesmo período.

4 MODELO

4.1 HIPÓTESES

A saúde pública corresponde a uma cesta extremamente complexa de bens e serviços, tendo efeitos diretos e indiretos na população, o que torna difícil sua avaliação. Diversas tentativas são realizadas buscando desenvolver indicadores capazes de retratar o desempenho no setor. Em 2010, por exemplo, o Ministério da Saúde apresentou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota para cada Município, Estado e para o Brasil. Não obstante, tendo em vista o escopo de nosso estudo, utilizaremos o índice de mortalidade infantil, como uma proxy para a qualidade dos resultados do investimento público em saúde. (OCKÉ-REIS, 2010). Ainda que qualquer simplificação implique perda de informação, a mortalidade infantil é um indicador consagrado na literatura mundial, sendo, qualquer que seja o conjunto dos índices considerados, um fator de destaque.

Desse modo, definida a v. dependente, uma primeira hipótese a ser testada é que o aumento da aplicação de recursos públicos municipais impacta positivamente os serviços de saúde. Ou seja, a ampliação dos recursos disponíveis é vista como uma condição necessária, ainda que possa não ser suficiente para os problemas do Sistema Único de Saúde. No caso, iremos utilizar o percentual aplicado das receitas, auditado pelo TCE-SP, conforme a Emenda Constitucional n° 29, de 12/09/2000, que estabeleceu um limite de no mínimo 15% de gastos na Saúde, o que foi posteriormente regulamentado pela Lei Complementar Federal n° 141/2012. Assim:

Hipótese 1: O aumento do gasto público em saúde leva a uma redução na mortalidade infantil.

É importante, porém, notar que um maior gasto público em saúde pode não significar exatamente maior empenho do gestor na área. Na Tabela 1, estão expostos os critérios legais utilizados na

classificação das despesas na área. O gasto com um profissional da saúde deixa de ser registrado como aplicação pelo município a partir do momento em que ele se aposenta. A capacitação de pessoal é também considerada, ao passo que, investimentos em saneamento básico, fundamentais para a saúde

pública não. Há, portanto, dentro da classificação despesa com saúde um enorme gama de itens que podem ser considerados e, com isso, espaço para a decisão do gestor público em alocar os recursos mínimos demandados pela Constituição Federal.

Tabela 1 - Definição dos Gastos em Saúde

É saúde	Não é saúde
Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;	Pagamento de aposentadorias e pensões.
Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade.	Pessoal ativo da área de saúde em função alheia à saúde
Capacitação de pessoal	Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;	Merenda escolar e outros programas de alimentação, com exceção de programas de recuperação de deficiências nutricionais
Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS.	Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação.	Limpeza urbana e remoção de resíduos;
Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;	Preservação do meio ambiente;
Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;	Ações de assistência social;
Investimento na rede física do SUS.	Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
Remuneração do pessoal ativo da área de saúde, incluindo os encargos sociais;	
Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS;	
Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	

Fonte: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

É possível, portanto, ter um elevado nível de dispêndio no setor, sem, no entanto, atender adequadamente as demandas de saúde no município. Basta imaginar uma série de desembolsos em capacitação ou mesmo na compra de insumos que não tenha relação com os problemas encontrados no local, motivados por diversos fatores desde erros de planejamento até mesmo corrupção.

Uma segunda hipótese a ser testada é que prefeitos comprometidos com uma boa gestão alcançam resultados positivos. Medir, porém, a vontade de um gestor diretamente envolve um grau de subjetividade elevado. Assim, optamos por uma variável correlacionada com o esforço do administrador pública. Em tese, um gestor preocupado em melhorar a qualidade dos serviços oferecidos deve ter como um de seus objetivos aumentar a eficiência da arrecadação, o que acaba, logicamente, por ampliar os recursos disponíveis para a saúde. Em outras palavras, acredita-se que o bom gestor busque ampliar a capacidade arrecadatória, reduzindo a ineficiência na cobrança ou mesmo rompendo relações clientelistas locais, que impedem a cobrança de tributos.

No Brasil, o quadro geral é de enorme deficiência arrecadatória no nível municipal. O governo local conta com quatro impostos: Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre Transmissão “Inter Vivos” de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI) e Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF). Contudo, em 2007, as receitas próprias correspondiam a apenas 26% do total disponível, sendo o restante decorrente de transferências intergovernamentais, que ultrapassa 90% do total para 3.835 municípios (ORAIR e ALENCAR, 2010). Por exemplo, conforme mostram Afonso, Araújo e Nóbrega (2013), a arrecadação nacional do IPTU, o segundo principal imposto municipal, após apenas do ISS, não alcança US\$ 50 por habitante. Em São Paulo, objeto de nosso estudo e estado mais rico da federação, dos 645 municípios, o volume de recursos captados não ultrapassa US\$ 20 per capita em 298.

O prefeito, dessa forma, se torna um mero alocador de recursos recebidos de Brasília ou da capital estadual - um negociador dentro da política local - não sofrendo o ônus de tributar a elite local. Desse modo, dado o contexto atual, assumimos que prefeito mais comprometido com a boa gestão irá romper ou minorar o círculo vicioso de dependência das transferências do estado e da União. Uma etapa fundamental é lançar os tributos ou cobrar valores devidos os impostos que, caso não sejam pagos, serão inscritos na dívida ativa. Cumpre lembrar que a dívida ativa prescreve após cinco anos, de sorte que, controlando-se para as flutuações econômicas, o seu aumento pode ser associado a um maior esforço arrecadatório e, logo, a um maior comprometimento do gestor. Por conseguinte, chegamos a nossa segunda hipótese:

Hipótese 2: O aumento da dívida ativa (prefeito mais comprometido) acarreta uma redução na mortalidade infantil.

Visando testar as hipóteses 1 e 2, iremos adotar um modelo quantitativo, da seguinte forma:

$$m. \text{infantil} = \alpha_0 + \alpha_1 \text{gasto na saúde}_{it} + \alpha_2 \text{estoque div. ativa}_{it} + v. \text{de controles} + \text{erro}$$

Para evitar viés nas estimativas, iremos utilizar um conjunto de variáveis de controle sócio, econômicas e geográficas. No primeiro grupo, iremos utilizar a proporção de mães adolescentes no município, assim como, o tamanho total da população. Naturalmente, regiões com maiores problemas sociais irão apresentar maior mortalidade infantil, o que pode camuflar o bom desempenho do gestor. Além disso, o número total de habitantes influencia a forma de gerir, bem como os desafios encontrados: a realidade de Borá, no interior de São Paulo, com menos de 1000 habitantes, é muito distinta de Campinas e Guarulhos, que possuem mais de um milhão.

Do ponto de vista econômico, iremos utilizar as receitas correntes líquidas do município, assim como, a quantidade total de funcionários. A RCL, no município, indica o total de disponibilidades financeiras existentes, descontado os valores repassados obrigatoriamente para o sistema de

previdência. Já a quantidade de funcionários é uma proxy para a função de produção da prefeitura, ou seja, sua capacidade de produzir os serviços de saúde. Não obstante, não há razões para se acreditar que os efeitos sejam lineares, ou seja, que o quanto maior seja o número de servidores, menor ou maior sejam a mortalidade infantil. Desse modo, optamos por usar dummies dividindo as prefeituras em quatro grupos, de acordo com os quartis da razão de habitantes por servidor público municipal.

Finalmente, utilizaremos também uma série de dummies relativas à localização geográfica, indicando se o município pertence a alguma das regiões metropolitanas do Estado de São Paulo: RMPSP, RM de Campinas, RM de Sorocaba, RM da Baixada Santista e RM do Vale do Paraíba.

4.2 INFERÊNCIA DO MODELO TEÓRICO

O uso do número de mortes como variável dependente é um caso clássico de dados de contagem. A priori, poderíamos empregar o método dos mínimos quadrados ordinários, contudo, a grande frequência de zeros e de valores discretos positivos abre espaço para o uso de um modelo que incorpore tais características. O processo estocástico natural para contagem é o de Poisson, que supõe que o número de ocorrências de um evento segue a distribuição homônima, em que μ é a taxa de ocorrência:

$$P(Y = y) = \frac{e^{-\mu} \mu^y}{y!}, y = 0, 1, 2, \dots$$

O modelo de regressão de Poisson é derivado através da parametrização da relação entre a média μ e um vetor x de regressores, supondo-se, por exemplo, o uso da média exponencial.

$$\mu_i = \exp(x_i' \beta), i = 1, \dots, N$$

De (1) e (2), e a suposição de que as observações são independentes, o método de estimação mais adequado é o de maximoverossimilhança, otimizando-se a seguinte função:

$$\ln L(\beta) = \sum_{i=1}^N \{y_i x_i' \beta - \exp(x_i' \beta) - \ln y_i!\}$$

Conforme Cameron e Trivedi (2005), para dados em painel, supondo que $y_{it} \sim P[\alpha_i \exp(x_i' \beta)]$, a função de maximoverossimilhança passa a ser:

$$L(y_i/x_i, \alpha_i, \beta) = \prod_{i=1}^T \exp[-\alpha_i \exp(x_i' \beta)] \frac{\exp[-\alpha_i \exp(x_i' \beta)]^{y_{it}}}{y_{it}!}$$

No entanto, uma restrição implícita, imposta pelo modelo de Poisson é a equidispersão, uma vez que, os dois primeiros momentos da distribuição de Poisson são, respectivamente, $E[y] = \text{Var}[y] = \mu$. Tendo em vista que equidispersão é uma hipótese forte, uma solução alternativa é a utilização da distribuição binomial negativa. Neste caso, assume-se que a variável dependente é gerada por um processo de Poisson e que a taxa de ocorrência é também uma variável aleatória.

A função de maximoverossimilhança decorrente de uma distribuição binomial negativa pode ser obtida em Greene (2003). Além disso, visando checar a robustez dos resultados, também estimaremos por OLS, além de modelos com efeitos fixo. Em todos os casos, utilizaremos estimadores para o erro padrão, levando com conta a estrutura clusterizada dos dados (CAMERON E TRIVEDI, 2005, GREENE, 2003).

5 ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS

Os dados referentes às finanças públicas municipais foram obtidos de informações disponibilizadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, com base em seus relatórios de auditoria. O Município de São Paulo, capital do Estado, foi excluído tendo em vista ao seu gigantismo. Os dados estão expostos na Tabela 2.

Assim, após um período de grande redução decorrente das melhorias sociais do país, sobretudo, antes da virada do milênio, o intervalo do estudo abrange justamente o a fase em que as quedas se tornam menos intensas, dependendo mais da qualidade do gestor público.

Tabela 2 - Estatísticas Descritivas

Variável	Observações	Média	Erro Padrão	Mínimo	Máximo
Mortalidade	4760	13.39	13.43	0.00	245.74
Mães Adolescentes	5037	9.35	3.68	0.00	33.33
Gasto Saúde %	5097	22.28	4.46	9.19	39.93
Gasto Educação %	5097	26.85	2.65	12.03	39.71
Total de Servidores	5093	1012.11	1786.12	73.00	23481.00
Estoque Dívida Ativa*	5095	3376.15	15021.00	0.07	499400.00
População	5097	60480.77	1027519.00	805.00	73000000.00
Receita Corrente Líquida*	5095	92.48	421.18	1.55	25400.00
RMSP	5097	0.06	0.23	0.00	1.00
RM Campinas	5097	0.03	0.17	0.00	1.00
RM Baixada Santista	5097	0.01	0.12	0.00	1.00
Vale do Paraíba	5097	0.06	0.24	0.00	1.00
RM Sorocaba	5097	0.04	0.20	0.00	1.00

*Em milhões de reais.

Ademais, a discrepância entre os valores mínimos e máximos indica que este quadro mais positivo do estado ainda possui municípios cujos valores encontrados em países subsaarianos². A diferença entre os valores mínimos e máximos escancara a desigualdade regional entre os municípios paulistas, desigualdade que se manteve nos últimos cinco anos, visto que o desvio padrão da taxa de mortalidade entre os Municípios não apresentou tendência de queda relevante – 15,93 em 2006 versus 14,12 em 2013. Padrões similares são encontrados para a proporção de mães adolescentes, visto que a média entre os valores verificados para os municípios paulistas foi de 9,91 em 2006, caindo ligeiramente para 8,80, em 2013.

As receitas correntes líquidas, apresentaram trajetória crescente em todo o período, com exceção de 2013, possivelmente já afetadas pela desaceleração econômica e a crise que o país experimentou severamente a partir de 2014. Ademais, de modo similar ao índice de mortalidade infantil, as receitas escancaram a desigualdade entre os municípios paulistas, dada a diferença entre os valores mínimos e máximos. De todo modo, uma regressão simples entre o log das Receitas Correntes Líquidas e o log da população municipal explica aproximadamente 81,25% de toda a variação encontrada, de sorte que, boa parte da arrecadação está de fato condicionada

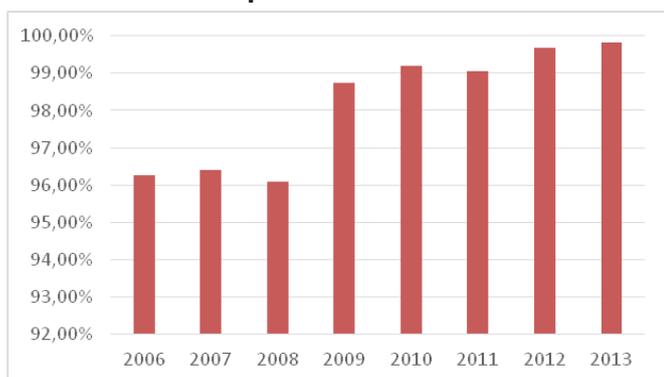
ao número de habitantes. Assim, tendo em vista a incapacidade arrecadatória dos municípios em geral, esse resultado é esperado visto que a capital está fora de nosso banco de dados e as transferências involuntárias, FPM e FUNDEB, são definidas em função de variáveis populacionais – número de habitantes e de alunos.

O gasto em saúde percentual dos municípios se manteve acima de 20,00% em todos os anos analisados, subindo de 20,38% em 2006 para 24,65% em 2013. Não obstante, existem também alguns poucos municípios cujo nível de despesa no setor foi muito baixo. A menor proporção no conjunto de municípios analisados foi de 9,19%, no município de Rosana em 2006. O segundo menor valor ocorreu em 2007, quando a prefeitura de Santa Isabel despendeu apenas 9,29%. Em ambos os casos, os respectivos prefeitos receberam sanções legais. As contas da prefeitura de Rosana foram julgadas irregulares no processo TC-3431/026/029 de 04/10/2008³. Por sua vez, as contas de Santa Isabel foram também reprovadas no TC-2533/026/11⁴. Desse modo, a taxa de cumprimento da Emenda Constitucional nº 20, ou seja, do gasto mínimo de 15% das receitas de impostos e transferências em saúde, é extramente alta acima de 95% dos municípios paulistas, em todos os anos analisados, como se observa no Gráfico 1.

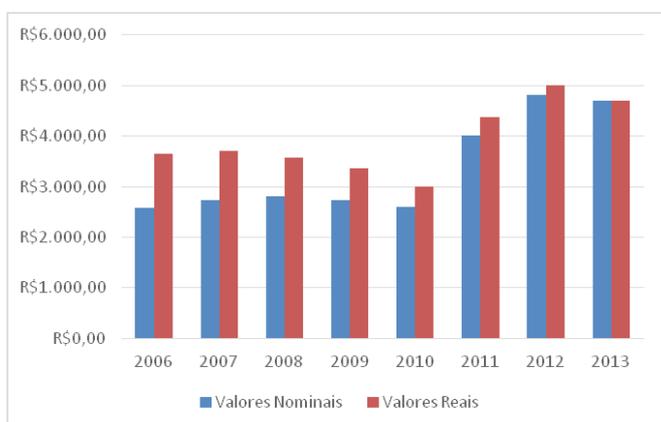
2 Segundo o relatório da UNICEF intitulado “Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma promessa Renovada”, grande parte dos países da África Subsaariana possuem índices de mortalidade infantil superiores à 100 mortes por mil nascidos vivos.

3 Decisão disponível em: http://www2.tce.sp.gov.br/arqs_juri/pdf/349954.pdf.

4 Decisão disponível em: http://www2.tce.sp.gov.br/arqs_juri/pdf/49588.pdf.

Gráfico 1 - Cumprimento do Limite da EC 20

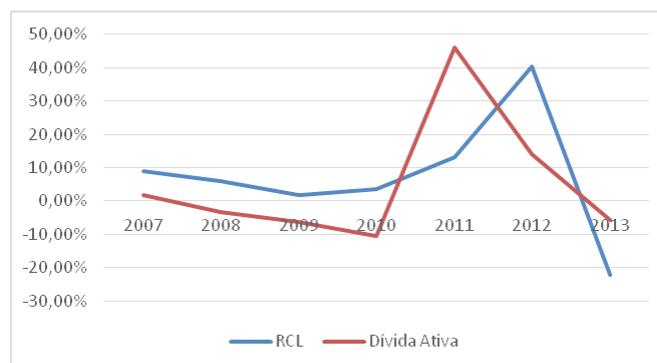
A variação média real do estoque de Dívida Ativa, por sua vez, nos primeiros três anos da amostra registrou tendência de queda em termos reais, tendo se reduzido ligeiramente de R\$ 3,65 bilhões em 2006, para R\$ 3,00 bilhões em 2010. No entanto, no ano seguinte, houve forte crescimento, de 46,10%, alcançando R\$ 4,38 bilhões. Em 2012, houve o máximo dos anos cobertos, de R\$ 4,99, recuando para R\$ 4,71 bilhões em 2013. No período total, houve um crescimento de 29,14%. A trajetória da dívida ativa está descrita no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução da Dívida Ativa

Cumpra destacar o elevado desvio padrão registrado, indicando grande heterogeneidade quanto à cobrança de impostos. É possível que existam também erros de mensuração nos dados, visto que sistema de controle é geralmente frágil (SARTORE, SANTOS, 2013).

Por sua vez, é interessante comparar as trajetórias da dívida ativa e das receitas correntes líquidas em termos reais. Conforme exposto no Gráfico 3, apenas no último ano da série 2006-2013 houve redução de recursos disponíveis para os municípios.

No período entre 2007-2010, predominou um crescimento lento das entradas de recursos, associado a um decréscimo dívida ativa. No biênio seguinte, houve uma forte expansão da dívida ativa, seguida de uma majoração na cobrança de impostos. Finalmente, em 2013, há uma ligeira queda da dívida ativa, com um significativa redução das RCL.

Gráfico 3 - Evolução da Dívida Ativa e da RCL

Os dados, portanto, são compatíveis com uma dinâmica em que o aumento do esforço tributários dos municípios leva ao crescimento futuro das receitas correntes, especialmente, no período de maior variação. Com efeito, ainda que não se possa inferir causalidade, o aumento de 1% da dívida ativa no período está associada ao aumento de 0,42% nas receitas correntes líquidas do ano seguinte, levando-se em conta efeitos fixos para os municípios e dummies para anos⁵.

Em termos de quadro de pessoal, em média, uma prefeitura municipal possui aproximadamente 1012 servidores, o que dá cerca de 60 habitantes por funcionário público. Nos anos analisados, houve um crescimento do número de servidores em todos os anos, saindo a média de 859 em 2006 para 1165 em 2013, uma majoração de 35,62%. Não obstante, há grande amplitude nas prefeituras municipais, existindo governos locais com apenas 110 servidores no final do período – contra apenas 73 em 2006, a até prefeituras com 23.481 funcionários – versus 16.257. Curiosamente, tanto no mínimo como no máximo, a expansão foi de cerca de 50%.

5 Coeficiente estimado para uma regressão do log da Receita Corrente Líquida pelo log da dívida ativa defasado um ano, com dummies para os anos, com efeitos fixos.

Ademais, se dividirmos a razão habitante por funcionário, vamos observar que em um quarto dos municípios paulistas, há menos de 20,93 moradores por servidor. Em metade dos municípios, há menos de 30,23 servidores por morador. Por fim, em três quartos das cidades, há menos de 40,33 habitantes por servidor.

6 RESULTADOS

Os resultados estão expostos na Tabela 3. Nas colunas ímpares usamos o método de OLS e métodos relacionados, ao passo que nas colunas pares, usamos o estimador por máxima verossimilhança, supondo uma distribuição binomial negativa. Os achados em 1 e 2 correspondem ao modelo básico, ao passo que em 3 e 4 adicionamos dummies para ano e para a região metropolitana. Por fim, nos dois últimos modelos, usamos estimadores de efeito fixo. Nossa especificação principal é a 6, visto que, usa o modelo mais adequado – de contagem – além do conjunto de variáveis de controle mais rico.

Os achados no modelo básico apontam que o gasto com saúde no ano em que é mensurado não é significativo, não havendo inclusive qualquer padrão tem termos de sinal. Trata-se de um resultado esperado, visto que o total do dispêndio no setor é calculado levando-se em conta despesas até o último dia do exercício, ou seja, 31 de dezembro. É intuitivo, portanto, que haja um efeito defasado, que somente será sentido no ano seguinte.

Por sua vez, em relação ao gasto nos dois anos anteriores, também não rejeitamos a nulidade, ainda que, em todos os modelos tenhamos encontrado sinais negativos. Em especial, no modelo básico, os gastos com educação parecem estar associados com uma queda da mortalidade infantil, ainda que os efeitos sejam tênues. Dessa forma, as evidências empíricas parecem ser contrárias à nossa hipótese um.

Não obstante, é necessário ter cautela nas conclusões, visto que, como comentado no desenvolvimento teórico, o dispêndio no setor é definido de maneira ampla, permitindo um

volume elevado de gastos, porém, descaído das necessidades locais. Por conseguinte, com base com dados que temos, não é possível rejeitar que um aumento das despesas em saúde reduza a mortalidade infantil. Com efeito, tratar-se-ia de um contrassenso. No entanto, tendo em vista de como funciona o quadro legal brasileiro fica claro que, o gasto público como é feito produz pouco resultado.

De outro lado, os efeitos do aumento do estoque da dívida ativa são significantes e robustos a todas as especificações testadas. Este achado se mantém inclusive com a adição de dummies para ano, controlando para os efeitos macroeconômicos. Há, porém, grande variação em termos de efeito quantitativo: no modelo 1, 1,00% de aumento da dívida ativa leva a uma queda de 0,30 na mortalidade infantil, ao passo que no modelo 2 esse efeito é de apenas 0,02. De toda sorte, as evidências empíricas parecem corroborar nossa hipótese 2, no sentido de que, o quão mais comprometido é o prefeito municipal, melhores são os resultados em termos de mortalidade infantil.

No tocante aos controles os resultados são menos conclusivos, a despeito de serem fundamentais para evitar viés na estimação das variáveis de interesse de nosso modelo teórico.

Quanto ao tamanho do funcionalismo, os dados não mostram um padrão nítido, não havendo assim para qualquer conclusão a ser tomada robustez ao modelo utilizado. O modelo 4, por exemplo, indica que municípios com mais habitantes por funcionários públicos são mais eficientes, ao passo que no modelo 6, a evidência empírica aponta no sentido contrário. Ou seja, nos municípios em que há até 20,31 habitantes por servidor público, os resultados são melhores. De todo modo, parece não haver uma relação clara entre o tamanho, em termos per capita, do quadro de pessoal serviço público e a mortalidade infantil.

De maneira similar, a população e o tamanho das receitas correntes líquidas são não significantes, com exceção do modelo 6, em que há todos os demais controles inseridos, em que ambos

possuem sinal positivo. Assim, o quão maior é a dimensão da cidade em termos populacionais, mais dilatada é a mortalidade infantil, sendo no mesmo sentido o efeito da receita corrente líquida. Ainda que os resultados não sejam robustos ao método utilizado, eles indicam que cidades maiores possuem potencialmente maior índice de

mortalidade, o que seria um reflexo de sua maior complexidade.

Por fim, o efeito da variável de controle sócio econômica, a proporção de mães adolescentes, é sempre positivo, como esperado, sendo, inclusive, significativo no último modelo.

Tabela 3 - Resultados

	OLS	Bin Neg	Ols	Bin Neg	Efeito fixo	Bin Neg E.F.
	1	2	3	4	5	6
Mortalidade Infantil						
Gasto em Saúde %	0.013 [0.053]	0.001 [0.004]	-0.033 [0.055]	-0.002 [0.005]	-0.037 [0.056]	0.006 [0.004]
Gasto em Saúde % -1	-0.001 [0.000]**	-0.001> [0.000]***	-0.001 [0.000]*	-0.001> [0.000]	-0.001 [0.000]*	-0.001> [0.000]
Gasto em Saúde % -2	-0.083 [0.052]	-0.006 [0.004]	-0.134 [0.052]**	-0.010 [0.005]	-0.116 [0.051]*	-0.002 [0.004]
25% <hab/func.	0.088 [1.135]	-0.003 [0.083]	-0.270 [1.150]	-0.020 [0.090]	-0.694 [1.153]	-0.545 [0.093]***
25%<hab/func<50%	-0.879 [0.745]	-0.062 [0.054]	-1.189 [0.738]	-0.081 [0.067]	-1.320 [0.733]	-0.011 [0.068]
50%<hab/func<75%	-1.250 [0.526]*	-0.092 [0.038]*	-1.417 [0.526]**	-0.099 [0.056]	-1.436 [0.544]**	0.094 [0.051]
Log Estoque da D. Ativa	-0.306 [0.100]**	-0.021 [0.007]**	-0.259 [0.094]**	-0.017 [0.007]*	-0.264 [0.098]**	-0.040 [0.006]***
Log População	-0.377 [0.790]	-0.024 [0.060]	0.200 [0.820]	0.023 [0.052]	-0.323 [0.786]	0.177 [0.044]***
Log RCL	-0.343 [0.671]	-0.028 [0.052]	-1.284 [0.709]	-0.100 [0.048]*	-0.862 [0.678]	0.289 [0.042]***
% Mães Adolescentes			0.126 [0.097]	0.010 [0.005]	0.078 [0.103]	0.014 [0.005]**
Dummies RM			x	x	x	x
Dummies Ano			x	x	x	x
Constante	27.063 [4.849]***	3.604 [0.365]***	37.947 [5.914]***	4.386 [0.453]***	36.094 [6.055]***	-6.267 [0.587]***
lnalpha		0.045 [0.069]		-0.012 [0.029]		
_cons						0.732 [0.118]***
ln_r						2.657 [0.160]***
_cons						
ln_s						
_cons						
N	3475	3475	3439	3439	3439	3439

7 CONCLUSÃO

O objetivo deste artigo é investigar a efetividade do atual modelo de financiamento de saúde pública no Brasil no nível municipal. Após uma introdução da evolução do Sistema Único de Saúde e do sistema contábil brasileiro, explorou-se como é realizado o gasto no setor. Em síntese, buscou-se avaliar se um aumento das despesas com saúde melhora a qualidade da saúde pública, mensurada com o índice de mortalidade infantil, bem como qual é o efeito de um esforço mais intenso do gestor público, medido pela sua capacidade de ampliar a arrecadação.

Os resultados indicam uma baixa efetividade do gasto público, visto que não se pode rejeitar a hipótese de que o aumento das despesas em saúde nos municípios do Estado de São Paulo não tem qualquer impacto no índice de mortalidade infantil. O resultado intuitivo, evidentemente, é no sentido contrário. Não obstante, é preciso lembrar que a legislação brasileira permite um amplo leque de itens que podem não corresponder às necessidades efetivas. Com efeito, como se depreende claramente em nossa análise, é possível ampliar o gasto em educação e divergir completamente do que é preciso realizar.

Apenas a título de ilustração, um gasto com bens e serviços voltados para a prevenção e cura de uma doença A, em uma comunidade acometida por uma doença B, são igualmente considerados como o dispêndio em produtos inteiramente voltados para a B. Nesse caso simplificado, o primeiro gasto não resolve o problema de saúde do município, o segundo sim. No entanto, ambos são exatamente iguais no cômputo contábil na aplicação do ensino. Raciocínio análogo ocorre com obras nos postos e a contratação de pessoal.

Nesse sentido, é preciso lembrar que toda a evolução das normas operacionais do SUS, bem como da legislação relativa ao gasto em saúde, estabelecendo limites mínimos, não enfrenta esse problema. Abre-se assim a possibilidade de despesas cujo objetivo maior não seja o real atendimento das demandas de saúde pública.

De outro lado, a análise econométrica aponta claramente que o aumento da cobrança de impostos está relacionado positivamente com a queda da mortalidade infantil, ou seja, o maior esforço do administrador público produz uma redução da perda de vidas no primeiro ano de vida.

No contexto brasileiro, em que os municípios recorrem maciçamente a recursos repassados pela União, tendendo a não cobrar impostos e tributos da esfera municipal, esse resultado não é surpreendente. Lançar os impostos, cobrá-los tende a provocar desgaste do gestor público frente ao eleitor, porém, ao mesmo tempo, parece estar relacionado com uma postura que gera resultados positivos na saúde pública. Este resultado se mantém inclusive com a adição de controles relativos ao ano, aos efeitos idiossincráticos dos municípios.

Em conjunto, percebe-se que após uma substantiva redução da taxa de mortalidade infantil na unidade federativa mais rica do Brasil, decrescendo a de aproximadamente 73,00 nos anos 1960 para 11,42 em 2013, novas reduções dependem mais da ação individual do administrador público. O sistema como todo, desenhando pelo conjunto de normas que definem o SUS e a contabilidade pública, não são capazes de gerar bons resultados, de forma mais independente da qualidade do administrador público.

Com efeito, toda a evolução do Sistema Único de Saúde, assim como, da contabilidade pública brasileira, caminhou sem se preocupar diretamente com a vinculação à resultados. Almejou-se a melhor coordenação, a repartição de recursos. Garantiu-se o volume de gasto, porém, não se avançou da qualidade, em efetivo atendimento das demandas sociais. A melhoria da saúde pública depende, por conseguinte, demasiadamente da discricionariedade de um bom gestor municipal.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; e LOUREIRO, Maria Rita. *Finanças públicas, democracia e accountability*, em ARVATE, Paulo Roberto; BIDERMAN, Ciro (organizadores). *Economia do Setor Público no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2004

AFONSO, José Roberto R.; ARAÚJO, Erika Amorim; NÓBREGA, Marcos Antonio Rios da. *O IPTU no Brasil: um diagnóstico abrangente*. Rio de Janeiro: FGV, 2013. 79p. (FGV Projetos/ IDP; v. 4)

AVELAR, Marcos da Costa. *O processo orçamentário brasileiro como ferramenta para o atingimento dos objetivos da política pública social brasileira*. 2007. 77 f. Dissertação (Mestrado em Orçamento e Políticas Públicas). Centro de Estudos Avançados em Governo. Universidade de Brasília. Brasília.

BARROS, R. P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R.; *Desigualdade e Pobreza no Brasil: Retrato de uma estabilidade inaceitável*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, v. 15, n 42, p 123-142, 2000.

BEZERRA, Ricardo Alfredo Ribeiro. *Orçamento de Resultados: Incentivos para implantação do orçamento de resultados no Brasil*. 2007. 65f. Dissertação (Mestrado em Orçamento e Políticas Públicas). Centro de Estudos Avançados em Governo. Universidade de Brasília. Brasília.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Título VIII, da ordem social. Capítulo II, Seção II: Da Saúde. Arts. 196-200. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Instituto Nacional Assistência Médica da Previdência Social. *Dispõe sobre o financiamento e organização do SUS (NOB 01/91)*. Resolução n. 258, de 7 de janeiro de 1991. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dispõe sobre o financiamento e organização do SUS (NOB 01/93)*. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dispõe sobre o financiamento e organização do SUS (NOB 01/96)*. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. *Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. *Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estabelece novos parâmetros acerca da gestão do SUS e da outras providências (NOAS 01/01)*. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estabelece novos parâmetros acerca da gestão do SUS e da outras providências (NOAS 01/02)*. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Decreto n. 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*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Lei Complementar n. 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*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Resolução n. 3, de 30 de janeiro de 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acessado em 3 de fevereiro de 2013

CAMERON, Colin e TRIVEDI, Pravin. Regression based tests for Overdispersion in the Poisson Model". *Journal of Econometrics*.

CAMERON, Colin e TRIVEDI, Pravin. **Microeconometrics: Methods and Applications**. Cambridge University Press, New York, 2005.

CAMERON, Colin e TRIVEDI, Pravin. **Microeconometrics: Using Stata**. Stata Press, Lakeway Drive, 2009.

CARVALHO, Gilson. *Regulamentação do financiamento legal da saúde*. Blog Saúde Brasil. 2 de setembro de 2012. Disponível em <http://blogsaudebrasil.com.br/2012/09/02/regulamentacao-do-financiamento-legal-da-saude/>. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

CAVALCANTE, Pedro Luiz. *Orçamento por desempenho: Uma análise qualitativa comparada dos modelos de avaliação dos programas governamentais no Brasil e nos Estados Unidos*. Revista de Gestão da USP, São Paulo, v. 17, n.1, p. 13-25, janeiro-março 2010.

CONASS. *O financiamento da saúde*. Coleção para entender o SUS. Brasília, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.2.pdf. Acessado em 3 de fevereiro.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998

FAGNANI, Eduardo. *Na contramão do mundo. A experiência brasileira de seguridade social*. Seguridade social, desenvolvimento e saúde: desafios para o mundo do trabalho. Central Única dos Trabalhadores/Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2010. Disponível em <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/07821.pdf>. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

GREENE, W. G. *Econometric Analysis*. 5ª ed., 2003, New Jersey, Upper Saddle River: Prentice Hall

JÚNIOR, Mozart de Oliveira. *O financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil*. Os médicos e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap5.htm. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

LEAL, Carlos Ivan Simonsen. *Processo Orçamentário: Quatro pontos cardiais*. Revista Interesse Nacional, n. 9. Disponível em <http://interessenacional.uol.com.br/2010/04/processo-orcamentario-quatro-pontos-cardiais/>. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

MEDICI, André Cezar. *Aspectos teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde*. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, Economia da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP2.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *O Pacto pela Saúde*. Série pactos pela saúde. Brasília, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_planejasus.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estudo sobre o arcabouço legislativo e planejamento da Saúde*. Sistema de Planejamento da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_planejasus.pdf. Acessado em 3 de fevereiro de 2013.

OCKÉ-REIS, C. O. *Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho*. Rio de Janeiro: Ipea, nov. 2006 (Seminários Dimac, n. 237).

OLIVEIRA, MARCELLO SARTORE DE, e Waldir Jorge Ladeira dos Santos. "Dívida ativa: análise da cobrança administrativa e judicial em Municípios do Rio de Janeiro." (2013).

ORAIR, R. & ALENCAR, A. (2010), 'Esforço fiscal dos municípios: indicadores de condicionalidade para o sistema de transferências intergovernamentais', Brasília: ESAF. 60 p. Monografia premiada em 1º lugar no XV Prêmio Tesouro Nacional - 2010, Tópicos especiais de finanças públicas.

WOOLDRIDGE, Jeffrey M. *Introdução à Econometria – Uma Abordagem moderna*. São Paulo: Editora Thomson Pioneira, 4ª Edição, p. 235-237. 2010.

Endereço dos Autores:

Fundação Getúlio Vargas de São Paulo
Avenida 9 de Julho, 2.029 - 3. Andar
CEP 01313-902 - São Paulo - SP