

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

A EFETIVIDADE DOS GASTOS EM SAÚDE EM SÃO PAULO – UMA ANÁLISE
COM BASE NO PLANEJAMENTO E NA EXECUÇÃO DAS DESPESAS

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação
Científica

Relatório Final

Aluno: Rafael Oliveira Leite

Orientadores: Gustavo Andrey Fernandes e
Marco Antônio Carvalho Teixeira

São Paulo/SP

2013

Sumário

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	6
OBJETIVO	7
JUSTIFICATIVA	8
HIPÓTESES	10
Hipótese abrangente.....	10
Hipóteses intermediárias	10
O PROCESSO ORÇAMENTÁRIO	11
O orçamento e a relação Estado – sociedade	11
Evolução histórica do processo orçamentário	11
O orçamento por Desempenho ou Resultado	12
O processo orçamentário na administração pública brasileira.....	13
As leis orçamentárias brasileiras	13
Instituições envolvidas no Processo Orçamentário	14
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	15
A Constituição Federal de 1998, a Seguridade Social e o SUS	15
A regulamentação da transferência financeira interfederativa: A lei orgânica da saúde e as Normas Operacionais Básicas	17
Descentralização, regionalização e federalismo solidário. Da NOAS 01/01 ao Pacto Pela Saúde.....	22
Avanços e perspectivas no financiamento da saúde	24
Financiamento da saúde hoje	27
O Decreto 7.508/11.....	29
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)	30
METODOLOGIA.....	32
Método de análise.....	32
Modelo utilizado	33
Variáveis da pesquisa	33
Índice de mortalidade infantil (Y) (M)	34
Recursos aplicados em saúde (<i>per capita</i>) (X1) (S)	34
Variação anual da receita corrente líquida (<i>per capita</i>) (X2) (RCL).....	35
Variação anual do estoque de Dívida Ativa (X3) (DA)	35
Percentual de servidores comissionados em relação ao total de servidores em cargos ocupados (X4) (C)	35

ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS.....	36
RESULTADOS	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

RESUMO

O objetivo deste trabalho é investigar a efetividade do gasto público, verificando se o nível de investimento (em valores pecuniários) é fator preponderante na determinação da qualidade dos resultados das políticas públicas. Ou seja, os governos que mais investem não necessariamente tendem a possuir melhores condições para implementação de uma política pública. Com o intuito de avaliar tal hipótese, este estudo tem como objetivo investigar as relações entre o gasto com saúde nos Municípios do Estado de São Paulo e a qualidade da gestão pública local, utilizado o método de regressão linear múltipla para testar empiricamente o relacionamento entre o nível de recursos aplicados em saúde nos Municípios paulistas e variáveis que captam aspectos essenciais da capacidade administrativa e da provisão de serviços públicos de saúde. A base de dados é composta por informações obtidas de relatórios de auditoria das contas dos Municípios paulistas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP) e do banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Os resultados indicam que há um reduzido impacto dos níveis de investimento na qualidade dos gastos, sendo necessária uma reforma do sistema de vinculação orçamentária tendo em vistas a evolução rumo à um sistema de vinculação por resultados no sistema de saúde pública.

ABSTRACT

The aim of this work is to investigate the public expenses' efficiency, verifying whether the investments' interfere in the quality of the public policies results. That is, the governments that invest the most will not necessarily be the ones with better conditions to implement a public policy. The objective of this research is to evaluate this hypothesis, investigating the relation between the health investment made by the municipal governments of São Paulo state and the quality of the local public management. The multiple linear regression method was used to compare the level of resources applied on the health system and other variables, which are related with important aspects of the administration's capability and with the public health services provided. To do so, it were built a database using the reports of the São Paulo State Audit Court (*Tribunal de Contas do Estado de São Paulo – TCE/SP*) and the SEADE Foundation's database were used. The results suggest that there is a small impact of the investments on the expense's quality, what makes a budget-driven system's reform necessary. It will make the health system possible to be developed into a results-driven structure.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é investigar a efetividade do gasto público no âmbito dos Municípios paulistas através do cruzamento de dados referentes à gestão fiscal, investimento público, entre outras variáveis que indiquem a qualidade do gasto.

Partindo desse objetivo, realizou-se uma revisão dos principais conceitos a serem utilizados, partindo da evolução do processo orçamentário e da saúde pública no Brasil, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Num primeiro momento, segue uma curta descrição do orçamento brasileiro, com o intuito de compreender seu papel basilar no financiamento das atividades e serviços públicos desenvolvidos pelo Estado. Em seguida, uma também breve descrição do histórico e do funcionamento do Sistema Único de Saúde, principal política social promovida pelo Estado brasileiro após a redemocratização.

Em seguida, a descrição da metodologia utilizada para promover a verificação das hipóteses levantadas. Foram levantadas informações a respeito do investimento público em saúde e da qualidade da gestão fiscal em todos os Municípios paulistas como forma de inferir se há relação clara entre investimento, planejamento e qualidade na oferta de serviços públicos.

Por fim, segue a descrição estatística dos dados levantados e a análise dos resultados obtidos, tendo em vistas a pesquisa documental realizada e sobretudo as informações levantadas pela análise de regressão.

OBJETIVO

O objetivo deste projeto é analisar a efetividade do gasto da administração pública nos Municípios paulistas. Por meio do cruzamento de dados relativos ao gasto em saúde - disponibilizados nos relatórios de auditoria publicados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP) – com os dados relativos à qualidade ou reflexos da qualidade/eficiência do serviço público, tentará se investigar a relação entre o volume de investimentos e qualidade dos resultados da política pública de saúde.

Dessa forma, será possível avaliar se a vinculação de receitas é um sistema de financiamento da saúde pública que incentiva a eficiência dos dispêndios. Também serão realizados cruzamento de dados sobre a qualidade da gestão fiscal, visando descobrir se há uma relação clara entre planejamento e qualidade dos serviços oferecidos.

JUSTIFICATIVA

O Brasil é um país social e regionalmente desigual, apresentando altos níveis de pobreza, desigualdade social, dentre outros indicadores sociais cujo desempenho do país não é condizente com seu nível de renda (BARROS, HENRIQUES e MENDONÇA, 2000). Nesse contexto, o governo tem papel crucial para mudar esta situação, proporcionando condições para a melhoria desses indicadores ao promover o acesso da população socialmente desprivilegiada à melhores condições de vida, por meio de ações e serviços públicos de qualidade.

Partindo desse quadro, temos o orçamento público como principal fonte de informações acerca do financiamento das políticas públicas e como elas se inserem na economia nacional. O orçamento público 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 do destino dos recursos públicos, sob uma perspectiva histórica, permite observar a maneira como os anseios 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 que mais tarde seria chamado de SUS – Sistema Único de Saúde –. O SUS é a expressão institucional da convergência conceitual nascida das relações entre saúde, Estado, sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas contra o regime militar¹ (ESCOREL, 1998). Ou seja, no Brasil, o direito de acesso à saúde pública de qualidade está intimamente ligado à construção da uma sociedade democrática.

Partindo desses pressupostos e tendo em mente que, a despeito dos avanços conquistados desde o advento da Constituição Federal de 1988, a qualidade dos serviços públicos ofertados pelo Estado Brasileiro necessita – e muito – ser aperfeiçoada, e que os recursos disponíveis para este fim são escassos, é necessário avançar rumo à otimização do gasto público.

Numa sociedade democrática como a brasileira, isso só se tornará possível a partir da construção de mecanismos institucionais que constroem os governantes a responder ininterruptamente por seus atos e omissões (ABRUCIO E LOUREIRO, 2004). A melhora

¹ O Lema “saúde é democracia” embalou a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986

do desempenho dos investimentos públicos é consequência direta do crescimento do nível de responsabilização, transparência e eficiência das atividades públicas.

Na democracia, a eficiência do Estado é diretamente proporcional 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.

Levando em conta que a prestação de serviços públicos é ineficiente, que o orçamento é o principal instrumento de execução e financiamento das políticas públicas, e considerando o controle social a ferramenta mais adequada para aperfeiçoar o desempenho dos gastos públicos; Esta pesquisa se justifica ao testar os níveis de transparência governamental, solicitando acesso às informações públicas, e por investigar a efetividade do atual modelo de financiamento de saúde pública no Brasil. Por fim, será possível discutir possíveis alterações do modelo de financiamento da saúde pública no país.

HIPÓTESES

Hipótese abrangente

- A vinculação de receitas orçamentárias não é um modelo adequado para estimular a efetividade do sistema público de saúde no Brasil, tendo em vista que estimula o aumento do montante de gastos em detrimento da busca por qualidade e da gestão por resultados.

Hipóteses intermediárias

- A qualidade da gestão fiscal e administrativa é um indicativo da capacidade da administração pública em oferecer serviços públicos de qualidade.
- O processo orçamentário e o financiamento da saúde pública não são conduzidos com foco nos objetivos

O PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

O orçamento e a relação Estado – sociedade

Em uma sociedade democrática, é necessário garantir o equilíbrio entre as liberdades individuais e a ação do Estado. Este equilíbrio é fator fundamental para o desenvolvimento das instituições democráticas. A sociedade brasileira está em um pleno processo de aperfeiçoamento das estruturas estatais e sua relação com a sociedade civil. A evolução dos mecanismos capazes de realizar essa interação, respeitando os fundamentos da democracia, é uma tarefa complexa e depende da conscientização pública da sociedade. (LEAL, 2010)

Tal aperfeiçoamento é fruto da sofisticação das demandas populares. 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 da administração pública, levando os agentes estatais a desenvolver instrumentos mais efetivos de gestão. Nesse sentido, um tema crucial passa a ser o controle do processo orçamentário.

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.

Evolução histórica do processo orçamentário

A ferramenta de planejamento e controle hoje conhecida como orçamento é bastante antiga. Os romanos controlavam os gastos de seus exércitos e províncias e construíram uma intrincada infraestrutura de aquedutos e estradas por todo o império por meio de técnicas próprias de planejamento.

Na Idade média a nobreza britânica se voltou contra os poderes do rei, impondo restrições à sua liberdade de estabelecer tributos, controlando seu direito de criar impostos livremente. O rei deveria dirigir-se ao parlamento e discriminar o que planejava fazer com os recursos e então, somente após a autorização dos parlamentares, estaria apto a estabelecer novos impostos. Tal episódio é o nascimento da noção de orçamento como autorização para tributar.

A noção de orçamento como uma estimativa de receitas e uma determinação (ou autorização, como no caso brasileiro) de gastos nasce apenas no século XIX. No final da Segunda Guerra mundial, paralelamente ao nascimento do Estado de Bem Estar Social, surge uma nova abordagem dos orçamentos, o orçamento-programa.

Seu marco é adoção do SPOP (Sistema de Planejamento e Orçamentação por Programas, PPBS, na sigla em inglês) pelo governo dos Estados Unidos. Tal sistema foi capaz de vincular planejamento e orçamento por meio da adoção de programas² em diversos níveis da administração pública.

Com o advento do movimento intitulado “Nova Administração Pública” (New Public Management) na década de 80 (CAVALCANTE, 2009), diversas propostas de modernização do processo orçamentário por programas surgiram em diversos 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.

O orçamento por Desempenho ou Resultado

O eixo estruturante de um orçamento por desempenho é a estrutura dos programas por quais o governo opera. Nele, os programas não devem apenas representar uma forma de classificação dos gastos, mas também um conjunto de indicadores capazes de medir a eficiência, eficácia e efetividade da aplicação dos recursos públicos, auxiliando os processos de acompanhamento, controle e mensuração da qualidade e eficiência dos gastos.

O orçamento por resultados fortalece o vínculo entre as decisões políticas e o planejamento orçamentário. Assegura que a lista de objetivos, representada pelo orçamento, tenha uma orientação comum e seja identificada com uma declaração de viés político do governo, por parte da sociedade. Traduz os amplos programas políticos em projetos específicos que podem ser custeados, ter recursos identificados e acompanhados mais proximamente. Por fim, torna mais clara a relação entre os recursos utilizados em determinado programa, seus insumos e o seu resultado político. (BEZERRA, 2009)

O movimento citado aqui como Nova Administração Pública não prega apenas mudanças conceituais no processo orçamentário como também uma reforma mais ampla

² Um programa é considerado como qualquer grupo de atividades e projetos apropriados e, significativamente, integrado a um único administrador, que consome recursos para contribuir para um objetivo específico de política

da política de gastos públicos a partir da adoção de novos modelos de atuação para os órgãos públicos, o que inclui: flexibilidade de alocação de recursos para os órgãos do governo, mecanismos de gestão baseados em contratos de desempenho e uso do critério de competência gerencial em oposição aos critérios burocráticos.

Visto desse modo, orçamento por desempenho ou resultados não é apenas um aperfeiçoamento do processo orçamentário comum, mas uma ferramenta dos novos modelos de gestão pública que preconizam a transparência do Estado e a responsabilização de gestores públicos.

O processo orçamentário na administração pública brasileira

Desde a década de 70, com as crises associadas ao processo, o planejamento esteve muito ligado à políticas de estabilização econômica. No entanto, desde a década de 40 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 o advento da atual Constituição Federal (CF/88), a gestão governamental no Brasil é alterada profundamente. Cresce 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, no entanto somente a partir de 1994, com o fim do período de 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).

As leis orçamentárias brasileiras

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 as prioridades e orientações de médio prazo, a LDO as diretrizes para o exercício orçamentário e a LOA os seus métodos de implantação.

A trinca que compõe o moderno processo orçamentário brasileiro atua em complementariedade mútua, com objetivos complementares e sobrepostos. Por exemplo, o PPA parte de objetivos e metas estruturais, identificando desafios estratégicos a serem superados. Já a LOA tem caráter funcional, organizada por órgãos que executarão cada um dos programas nela presentes e contendo informações acerca de suas fontes de financiamento, por exemplo (AVELAR, 2007).

Instituições envolvidas no Processo Orçamentário

A elaboração do Orçamento no Brasil se divide em duas fases: A sua elaboração e a posterior aprovação.

A elaboração é prerrogativa do Poder Executivo, em cada ente federado, por meio dos sistemas de orçamento. Integram estes sistemas todos os órgãos da administração direta, autarquias, fundações e empresas estatais. Coordenados pelas secretarias de planejamento, os sistemas agregam informação orçamentária de ministérios, secretarias, casas legislativas, cortes e tribunais, tribunais de contas, ministérios públicos, etc. Estes dados são sistematizados e a proposta de orçamento é formulada.

A aprovação é prerrogativa do poder legislativo, ou seja, Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas, Câmara de Deputados e Senado Federal, onde as leis orçamentárias também sofrem alterações e emendas.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1998, a Seguridade Social e o SUS

A pedra fundamental do Sistema Único de Saúde é a Constituição Federal promulgada em 1988, quando foram estabelecidos novos princípios e diretrizes para a reforma da saúde no país.

A Constituição estabeleceu que o orçamento do Estado brasileiro seria dividido em três esferas, como forma de organizar prioridades e elencar eixos estratégicos para a aplicação do dinheiro público. Seriam: Orçamento fiscal, orçamento das estatais e orçamento da seguridade social (FAGNANI, 2010).

O orçamento das estatais refere-se aos investimentos pelas empresas as quais a União possui a maior parte do capital social votante. O orçamento fiscal é composto de impostos e seus recursos são direcionados aos investimentos estatais em todo tipo de política pública setorial e inclusive, mas não necessariamente, aquelas que compõem a seguridade social (ex: educação, planejamento, trabalho, cultura, transporte, agricultura, pagamento da dívida pública, dentre outras). O orçamento da seguridade social está vinculado às políticas de saúde, previdência e assistência social (incluindo a proteção ao trabalhador desempregado, como o seguro-desemprego) e é financiado pelas contribuições sociais³ e previdenciárias.

O SUS é parte de uma ampla proposta de reforma social representada pelo nascimento da Seguridade Social. A CF/88 possui um capítulo exclusivo para definir as responsabilidades estatais no que se refere não só à saúde, mas à previdência e a assistência social. Nesse contexto, a característica mais importante desse novo marco da saúde pública é o rompimento da tradição corporativista, herdada do varguismo, que separava os cidadãos entre os que faziam parte do mercado formal de trabalho, atendidos então pelo Ministério da Previdência Social (através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS -, autarquia responsável pelo atendimento médico-hospitalar dos empregados contribuintes da previdência social, ou seja, os trabalhadores com carteira assinada) e o restante da população.

A universalização do direito e do acesso aos serviços de saúde foi a maior inovação introduzida pelo SUS, o novo sistema de saúde pública estabelecido pela Constituição de 1988. O sistema nasceu com o objetivo de superar a desigualdade no

³ Contribuições sociais não são repartidas entre os entes federados, o que não acontece com os impostos.

atendimento aos cidadãos (que variava conforme a classe do usuário, no modelo anterior), e reformar a gestão da saúde pública no país⁴.

Eis que, para assegurar um sistema de saúde unificado, descentralizado e mais equânime, era necessário assegurar suas fontes de financiamento. A CF/88 criou, como dito, um orçamento exclusivo para o financiamento da Seguridade Social, na tentativa de assegurar recursos para cumprir com as desafiadoras ambições presentes em seu texto. Caberia ao Orçamento da Seguridade Social (OSS) financiar, sobretudo a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, tendo como fonte principal de recursos as Contribuições Sociais.

A CF/88 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 na folha de salário dos trabalhadores, reduzindo os recursos disponíveis nos períodos de desemprego mais agudos.

O SUS passa então a ser financiado principalmente com recursos do Orçamento Social, mas também com verbas do Tesouro Nacional e do Orçamento Fiscal. Tais recursos constituem o Fundo Nacional de Saúde⁵ (FNS). Os recursos do FNS são divididos em duas partes: uma retida para o custeio das ações federais e a outra repassada para as secretarias de saúde estaduais e municipais. Em cada Estado os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são somados aos alocados pelo próprio governo estadual e desse montante, uma parte é retida para os serviços estaduais, enquanto outra é repassada aos Municípios. Por fim, cabe aos Municípios destinar a parte adequada de seu próprio orçamento para as ações de saúde e gerir os recursos federais e estaduais repassados a ele para o custeio das ações de saúde de âmbito municipal.

Sem embargo, a despeito do que fora estabelecido pelo texto constitucional, as contribuições deixaram de ser utilizadas exclusivamente no financiamento da seguridade social, no âmbito da União, sendo desviadas para contribuir com políticas de ajuste fiscal (MEDICI, 2010) o que levou a diminuição dos recursos destinados ao Orçamento da

⁴ 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).

⁵ Administrado pelo Ministério da Saúde, controlado e fiscalizado pelo Conselho Nacional de Saúde

Seguridade Social. Tais procedimentos viriam a ser reconhecidos mais tarde como Desvinculação das Receitas da União (DRU).

A regulamentação da transferência financeira interfederativa: A lei orgânica da saúde e as Normas Operacionais Básicas

A regulamentação do SUS ocorre apenas dois anos após a promulgação da Constituição Federal, em 1990, por meio de lei complementar, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (JUNIOR, 1998). Dessa forma, são definidas as principais diretrizes para a operacionalização do SUS, destacando-se:

- As responsabilidades e atribuições de cada ente federado;
- A descentralização, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde;
- A universalidade no acesso aos serviços e integralidade no atendimento à saúde;
- A regionalização e hierarquização dos serviços;
- A democratização das instâncias de tomada de decisão, com participação social;
- O papel de regulador do setor público com relação aos serviços privados suplementares;
- O estabelecimento de critérios de financiamento, com repasses automáticos e regulares de recursos a Estados e Municípios;

A lei 8.080 teve seus mecanismos institucionais de controle social vetados, gerando muitas críticas e resistência da sociedade civil. Foi apenas em 1991, quando a lei 8.142/90 é sancionada, que os artigos anteriormente vetados são reeditados, sendo também formulados uma série de requisitos legais que irão amparar o processo de descentralização do sistema de saúde. Tal conjunto de normas passam a ser conhecidos como critérios para a habilitação dos entes federados (Estados e Municípios) à gestão descentralizada. São eles:

- Existência de fundo e conselho municipal/estadual de saúde;
- Comissão para elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) para servidores ligados à área da saúde no Município/Estado;
- Elaboração de plano municipal/estadual de saúde;
- Contrapartida financeira para saúde no orçamento fiscal municipal/estadual;

- Elaboração de um relatório anual de gestão da saúde, a ser entregue ao Ministério da Saúde;

A trinca composta pela CF/88 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 compõem um quadro de diretrizes gerais para a organização e planejamento do Sistema Único de Saúde pública no país. Tal sistema foi idealizado para superar quatro grandes desafios (JUNIOR, 1998):

1. Garantir ao conjunto da população brasileira atendimento universal e gratuito à saúde de qualidade;
2. Criar um novo modelo de gestão da saúde, dando autonomia financeira e administrativa a cada ente federado, apostando na criação de um sistema descentralizado e hierarquizado;
3. Acabar com a dicotomia entre os procedimentos coletivos e preventivos e os individuais e curativos, até então representada pela atuação paralela dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social/INAMPS, respectivamente;
4. Democratizar a gestão da política de saúde, garantindo transparência nas informações e participação social na definição de prioridades, criando modelos de fiscalização do sistema em cada um dos entes federados.

Após as diretrizes estabelecidas pelos marcos legais citados anteriormente, 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 arrecadador 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 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 88, 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).

Prevaleceu, dessa forma, o método de compra de serviços ambulatoriais privados exercido pelo INAMPS, mas aplicado à lógica dos gestores públicos dos Estados e Municípios. O modelo de pagamento por serviços prestados priva os entes federados de autonomia na gestão de seus sistemas de saúde e induz à consolidação de um sistema que privilegia a oferta de serviços médicos assistenciais em detrimento da atenção básica, por exemplo, uma vez que o repasse de recursos financeiros fica atrelado à produção dos serviços ambulatoriais.

Em 1993, no entanto, foi elaborada a Norma Operacional Básica do SUS N° 01/93 (NOB 01/93, a primeira estabelecida por portaria do Ministério da Saúde, devido a extinção do INAMPS), que estipulava uma transição entre o modelo de financiamento implantando pela NOB 01/91 e o modelo previsto na Lei Orgânica de Saúde. Seguindo as orientações estipuladas pela IX Conferência Nacional de Saúde (JUNIOR, 1998), estabeleceu-se uma transição sem regras rígidas entre o modelo estabelecido pela da NOB 01/91 e um modelo que privilegiasse as transferências fundo a fundo.

Houve a preocupação não apenas de respeitar os diferentes estágios de descentralização do sistema em cada ente federado, apontando para o médio e longo prazo, mas também de assegurar a pactuação entre as esferas de governo para amparar o processo de descentralização. A NOB 01/93 foi responsável por organizar as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) - instância colegiada de negociação, pactuação e articulação entre gestores das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) no que se refere à regulamentação e operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS (JUNIOR, 1998) -, e por criar as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB, análoga à comissão tripartite, contando, porém, com a participação de gestores estaduais e municipais, apenas).

Nesse mesmo período, os Secretários Estaduais de Saúde, organizados no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e os Secretários Municipais de Saúde, organizados no Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), importantes atores na idealização e constituição do sistema, se toram importantes articuladores do processo de implementação interfederativa do SUS, atuando não apenas nas CITs e CIBs, como também nos Conselhos Nacional, estaduais e municipais de saúde.

A NOB 01/93 sistematizou os requisitos estabelecidos pela Lei 8.142/90, estipulando três modalidades de gestão do sistema por parte dos Municípios (incipiente, parcial e semiplena), e duas para os Estados (parcial e semiplena), como forma de respeitar a devida diversidade na organização e funcionamento do SUS em cada unidade da federação, mas também identificar a capacidade administrativa de cada órgão em gerir seus sistemas de saúde, com o objetivo de conferir autonomia apenas às gestões aptas.

Posto que a NOB 01/93 foi um avanço no processo de edificação do SUS, obstáculos persistiram (JÚNIOR, 1998):

1. A descentralização com transferências fundo a fundo continuava aquém do esperado;
2. A avaliação do desempenho dos recursos continuava a ser feita com vistas à quantidade de procedimentos realizados, não incorporando componentes e indicadores de avaliação de resultados.

Visando superar tais dificuldades na descentralização da gestão e financiamento do sistema, foi elaborada, em 1996, a Norma Operacional Básica Nº 01/96. A NOB 01/96 definiu a responsabilidade sanitária de cada gestor do sistema, solidificando o novo pacto

federativo para a saúde nascido com o SUS. Além disso, a norma previu mudanças na forma dos repasses financeiros, buscando atender os princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo presentes na Lei Orgânica de Saúde, estabelecendo novas modalidades de gestão do SUS para Estados e Municípios, com o intuito de que ampliassem a sua autonomia de gestão, o que aumentou assim o grau de descentralização do sistema.

A NOB 01/96 determinou a criação de duas novas modalidades de gestão para os Estados (gestão avançada e plena do sistema estadual de saúde) e duas novas modalidades para os Municípios (gestão plena do sistema municipal de saúde e gestão plena da atenção básica), além de implementar repasse automático dos recursos destinados à assistência ambulatorial básica para os fundos municipais dos Municípios aptos à gestão plena da atenção básica.

Com a NOB 01/96, o financiamento da assistência básica rompeu com o sistema de pagamento por serviços prestados e o repasse aos fundos municipais para custeio dessa modalidade de despesa passou a ser composto por um Piso de Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa, referente à critérios demográficos, e outra variável, composta por incentivos aos Municípios que aderissem à programas formulados pelo governo federal, como por exemplo o saúde da família (PSF).

Merece destaque, no entanto, a criação, por meio da NOB 01/96, do Índice de Valorização de Resultados (IVR), atribuição de valores adicionais para transferência do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais de saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população. Os recursos do IVR podem ser transferidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde, conforme for a definição das Comissões Intergestores Bipartite. Apesar de influenciar o destino de tímidos recursos, o IVR⁶ foi uma tentativa de se iniciar mudanças qualitativas no SUS, premiando medidas que geram impacto positivo na qualidade da saúde pública ofertada.

⁶ O IVR, no entanto, suscita a discussão a respeito das características da descentralização concebida pelo SUS. Segundo André Cezar Médici (MÉDICI, 2006) a descentralização pode ser dependente ou autônoma. Na descentralização dependente, os recursos pertencem ao ente federado que os negocia com outras esferas de governo em troca de contrapartidas. Na descentralização autônoma, os repasses financeiros são automáticos, seguindo critérios legais. De acordo com tal categorização, seria possível classificar o SUS como um caso de descentralização mista, uma vez que convive com as duas formas, a despeito das tentativas de migrar da descentralização tutelada para a vinculada. Por outro lado, em consonância com a CF/88 e com a Lei Orgânica da Saúde, alguns Estados e Municípios defendem plena autonomia própria na gestão de seus sistemas de saúde. A União, por sua vez, prefere manter a tutela dos repasses financeiros, ainda que avance lentamente rumo a autonomia dos demais entes.

Descentralização, regionalização e federalismo solidário. Da NOAS 01/01 ao Pacto Pela Saúde

Em 1999, estabeleceu-se um processo de avaliação do movimento de descentralização promovido pelo SUS, na busca por identificar novas estratégias para o avanço do sistema e também elencar as distorções que necessitavam 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.

O resultado desse processo de avaliação é a elaboração da primeira Norma Operacional da Assistência do Sistema Único de Saúde (NOAS 01/01), em 2001, que incorpora modelos de regionalização, instituindo Planos Diretores de Regionalização de Investimentos para os sistemas estaduais, propõe a criação de redes regionais de assistência e apresenta uma revisão dos parâmetros de habilitação para gestão dos sistemas municipais. A publicação da NOAS 01/2002, em 2002, segue as mesmas diretrizes da anterior, passando a associar descentralização à regionalização dos sistemas, articulando gestores municipais para a pactuação intermunicipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No ano de 2006 a União apresenta mais um passo no processo de consolidação e modernização 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 anualmente e estabeleciam metas e compromissos para cada esfera de governo.

É importante destacar que o Pacto Pela Saúde foi um movimento de mudança diferente das normas operacionais, visto que é acordo interfederativo, representado por três eixos fundamentais: O Pacto pela vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A pactuação tripartite representada por esse novo modelo de organização do sistema buscou unificar e reforçar os princípios constitucionais do SUS, respeitando e incentivando a diversidade operativa, fruto das diferenças regionais do país. Instituiu mecanismos de planejamento regional, fortaleceu mecanismos de controle social e valorizou a cooperação técnica federativa.

Os três eixos fundamentais do pacto foram:

- O Pacto em Defesa do SUS envolveu ações federativas no sentido de reforçar o sistema como instituição republicana, política de Estado e não de governos. Visava um movimento de politização da saúde ao atrelá-la ao sentido de cidadania, como instrumento de estímulo à mobilização social, reforçando o financiamento público do sistema como um ponto central.
- O Pacto pela Vida foi uma mudança na forma de pactuação. Instituiu a realização anual de pactos obrigatórios em substituição dos pactos casuais e muda o foco dos processos operacionais em busca de resultados sanitários, no que se refere ao financiamento. Reforçou no SUS, dessa maneira, o movimento de gestão por resultados. Foram detalhadas prioridades em indicadores e metas, fiscalizadas por um sistema de auditoria e avaliação próprio.
- O Pacto de Gestão reforçou a busca pelo desenvolvimento de um federalismo cooperativo em saúde, diminuía as competências concorrentes entre os subsistemas como forma de fortalecer a gestão compartilhada do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Avanços e perspectivas no financiamento da saúde

É possível afirmar que tanto em relação à descentralização quanto à democratização dos processos de estabelecimento de diretrizes e de tomada de decisões, o SUS é um exemplo bem sucedido de reforma do Estado na área social. A equidade no sistema e a qualidade dos serviços oferecidos, no entanto, apresentam-se como objetivos a serem alcançados (CONASS, 2011).

Veja na Tabela 1 o crescimento da transferência de recursos do Ministério da Saúde aos Estados e Municípios:

TABELA 1: MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO GASTO TOTAL, SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA - 1995 A 2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoal	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3	12,4	10,9	12,1	12,3	11,4	9,2
Outras Despesas Correntes	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3	33,8	30,7	29,3	26,2	19,2	20,7
Investimentos	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7	1,6	1,2	0,7	0,8	1,2	1,1
Amortização, Juros e Encargo de Dívida	9,0	3,5	8,5	3,2	0,8	0,2	0,9	1,3	1,4	1,3	0,8
Inativos e Pensionistas	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1	9,0	7,9	7,6	7,4	7,3	7,0
Transf. de Estados e DF	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11,0	14,8	20,2	22,1
Transf. Municípios	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4	34,7	34,3	36,4	36,3
Outros	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5	3,2	2,8	3,3	2,8	3,1	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (MS/SE/SPO) - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada / Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (IPEA/DISOC).

Agora observe na Tabela 2 o crescimento das transferências e a queda do gasto direto no orçamento do Ministério da Saúde:

TABELA 2: BRASIL: PERCENTUAL DAS DESPESAS FEDERAIS COM SAÚDE DIRETAS E COM TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS; 1995 - 2005

GASTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto Direto e Outros*	92,2	88,1	85,0	72,8	65,7	60,2	54,4	54,3	50,9	43,5	41,5
Transferências	7,9	11,9	15,0	27,3	34,3	39,8	45,6	45,7	49,1	56,4	58,4
Estados	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11,0	14,8	20,0	22,1
Municípios	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4	34,7	34,3	36,4	36,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Conselho Nacional de Saúde com base em planilhas da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO). Elaboração: IPEA/DISOC.

Nota: * Inclui transferência a instituições privadas

Na década de 90, com a implementação de rígidos programas de ajuste fiscal por parte de diversos entes da federação, houve redução relativa das aplicações estatais em políticas sociais (em relação ao crescimento econômico e de arrecadação), com o desvio de recursos do orçamento da seguridade social (MEDICI, 2010) para o orçamento fiscal da União (por meio da Desvinculação de Recursos da União, DRU).

Esse cenário se deu, no entanto, em período de elevação da carga tributária. Dados da Receita Federal⁷ indicam um crescimento da carga tributária total em números percentuais do PIB de 23,9%, em 1991, para 31,0% em 2001. O crescimento da arrecadação tributária não resultou em crescimento da transferência de recursos para a seguridade social.

A CF/88 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 12,0% das

⁷ Obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do serviço online de Séries Estatísticas: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br>

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 promovida com a implantação do Sistema Único de Saúde levou ao gradativo aumento da responsabilização dos Municípios no oferecimento dos serviços públicos de saúde. Ainda que tenham se tornado peças chave na operacionalização do sistema, os Municípios permaneceram financeiramente dependentes dos repasses promovidos pela União, responsável pela arrecadação das contribuições sociais que financiam o orçamento da seguridade. Apesar desse quadro, observe o quadro (Tabela 3) produzido pelo Ipea com base em números do Ministério da Saúde:

TABELA 3: PARTICIPAÇÃO NA DESPESA COM SAÚDE SEUNDO ESFERA DE GOVERNO, 1980 A 2008

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27,0
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,5	27,6	29,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS).
Elaboração: IPEA/DISOC.

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.

Financiamento da saúde hoje

Duas questões foram determinantes no debate acerca do financiamento do SUS desde a sua criação: a quantidade de recursos para o setor e os critérios a serem adotados na partilha desses recursos, partindo do princípio da descentralização.

A busca por um patamar mínimo foi tratada pela legislação federal: As disposições transitórias da CF/88 e mais tarde, a aprovação e regulamentação da Emenda Constitucional 29 asseguraram critérios mínimos para o financiamento do SUS.

Em relação aos critérios de alocação desses recursos, a Lei orgânica da saúde (Lei 8.089/90) estabelecia em seu art. 35 que:

- Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será z
- I - perfil demográfico da região;
 - II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
 - III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
 - IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
 - V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
 - VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
 - VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados

Já a Lei 8.142/90, vista como uma atualização da Lei 8.080/90, apresentava os seguintes critérios para a alocação de recursos:

“Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados. § 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.”

A Lei 8.142/90 afirmara que enquanto o art. 35 da Lei 8.080/90 não fosse regulamentado, os recursos federais deveriam ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de forma regular e automática, seguindo critérios populacionais. Na prática, nenhuma das leis foi integralmente cumprida. O art.

35 da lei 8.080/90 foi regulamentado apenas em 2011 e o repasse regular e automático também não foi colocado em prática. O que prevaleceu na definição dos critérios de alocação dos recursos da União, Estados e Municípios foram as Normas Operacionais Básicas (NOB).

Os critérios foram sendo gradativamente alterados, avançando ao passo da edição de novas normas operacionais ou assistenciais editadas pelo Ministério da Saúde. O sistema de pagamento por prestação de serviços de saúde foi sendo substituído por combinado de critérios, que também foram gradativamente aperfeiçoados.

O modelo atual de financiamento é substancialmente influenciado pela regulamentação do art. 35 da lei 8.080/90, estabelecida pelo decreto presidencial 7.508/11, que rege acerca dos critérios de alocação dos recursos do SUS, dentre outras definições a respeito da organização do sistema.

O Decreto 7.508/11

O decreto reorganiza a gestão do SUS, regulando as relações entre os três entes federados, garantindo segurança jurídica ao sistema (CARVALHO, 2012). Define responsabilidades dos três entes por meio da gestão interfederativa, com foco nas redes de atenção à saúde. Institucionaliza a atenção primária como porta de entrada do sistema, além de delimitar as redes de saúde por meio das regiões de saúde, espaços geográficos formados por Municípios próximos, levando em conta identidades econômicas, culturais e a infraestrutura de comunicações e transporte entre eles. A partir das regiões de saúde são construídas as redes de saúde, conjunto de ações e serviços de saúde articulados em nível crescente de complexidade. O decreto institui a criação das Comissões Intergestores Regionais, para que atuem no âmbito das regiões de saúde, juntamente com as comissões bipartite e tripartite.

A colaboração entre os entes federados passa a ser legalizada pelos Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde (COAP), onde constam indicadores e metas, critérios de avaliação, montante de recursos repassados e aplicados e mecanismos de controle e fiscalização da execução. Os COAPs organizam as responsabilidades de cada ente federado na região da saúde, devendo ser assinados por Estados, Municípios e pela União.

O decreto institui uma nova ferramenta de planejamento, a ser elaborada pelo Ministério da Saúde: O Mapa da Saúde. O mapa é a descrição geográfica da distribuição de profissionais, ações, serviços e instalações do SUS e da saúde privada. O decreto

também institui a Relação Nacional de Serviços da Saúde (RENASES), compreendendo todas as ações e serviços que o SUS oferece, a exemplo da já existente Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os remédios utilizados na atenção básica e em outros programas do SUS.

É importante pontuar que a regulamentação da Lei 8.080/90 põe fim ao denominado Pacto pela Saúde, aprimorando-o, e também termina com a proliferação de normas operacionais e assistenciais, institucionalizando-se os novos pontos essenciais do financiamento. Além disso, dá transparência ao sistema, contribuindo com os sistemas de controle (sobretudo os conselhos de saúde).

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)

Instituído pelo decreto 7.508/11, a estrutura dos COAP foi explicitada por meio da Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde (CARVALHO, 2012). O COAP estabelece metas de desempenho sanitárias, epidemiológicas, ambulatoriais e de investimento à serem seguidas por todos os entes federados envolvidos em sua assinatura (regiões da saúde) e estipula os montantes de recursos a serem aplicados por cada um deles.

Além disso, ele estabelece novos padrões de financiamento para o SUS, estipulando em um documento único os recursos aplicados no sistema, em substituição do modelo de compartimentalização em blocos na distribuição dos recursos estabelecido pelas normas operacionais e organizados no pacto pelo SUS.

O COAP é o ponto culminante em um longo processo de contratualização de desempenho no âmbito do SUS. Passando pelo IVR e pelos pactos pela saúde, o COAP aperfeiçoa os mecanismos de interação e financiamento federativo do sistema e promove maior responsabilização dos gestores, além de aumentar sensivelmente o grau de transparência dos recursos.

METODOLOGIA

Método de análise

De forma preliminar utilizou-se ferramentas da estatística descritiva, o que significa em linhas gerais: O planejamento, a coleta, apresentação e análise de um grupo de dados, a partir dos quais não é feita qualquer indução sobre uma amostra maior. No caso do banco de dados criado por esta pesquisa, vale salientar que as informações coletadas referem-se a população, posto que todos os Municípios do Estado de São Paulo estão contidos.

Para promover a verificação das hipóteses levantadas inicialmente, esta pesquisa utiliza regressão linear múltipla, isto é, o método estatístico que procura explicar o relacionamento linear entre duas ou mais variáveis (WOOLDRIDGE, 2006). Esta relação é apresentada por modelo matemático, partindo de uma equação que associa uma variável dependente (explicada) à um grupo de variáveis independentes (explicativas). As vantagens da utilização de um grupo variáveis explicativas estão sobretudo relacionadas ao fato de que o aumento do número de observações e informações dá maior variabilidade aos dados, aumentando, conseqüentemente, os graus de liberdade e a eficiência dos parâmetros estimados, uma vez que reduzem o problema da multicolinearidade entre as variáveis explicativas.

A ideia principal da análise de regressão múltipla é apresentar a dependência estatística entre uma variável (explicada) e um conjunto de outras variáveis (explicativas). Dessa forma é possível encontrar uma função linear que permita não apenas descrever e compreender a relação entre as variáveis, como também estimar a performance de uma variável em função do comportamento de outras variáveis independentes e definir um modelo que sintetize a relação entre elas.

Esta pesquisa utiliza o Método dos Mínimos Quadrados (MMQ) e objetiva apresentar os coeficientes de determinação (R^2), coeficiente capaz de explicitar a proporção da variação da variável dependente (Y) que é explicada, em termos lineares, pelas variáveis independentes (X_i). Ademais, será analisado sobretudo o valor do R^2 Ajustado, já que é sempre preferível ver a viabilidade estatística do modelo através deste ao contrário do R^2 , que não inclui de forma indiscriminada todas as contribuições de cada variável, dando preferência àquelas que, de fato, têm mais força para explicar o modelo.

Outros métodos que foram utilizados durante a presente análise, com o fim de garantir um modelo de regressão mais fidedigno e explicativo, foram a matriz de correlação, o comando *stepwise* e os gráficos de resíduos.

Para auxiliar a visualização, serão utilizados diagramas de dispersão, possibilitando, inclusive, a análise gráfica das relações de causa-efeito entre algumas das variáveis analisadas.

Modelo utilizado

Dessa maneira, um modelo banco de dados que possua N seções cruzadas (i), T observações temporais (t) e (K-1) variáveis explicativas pode ser expresso da seguinte maneira:

$$Y_{it} = \beta_{lit} + \sum_{K=2}^k \beta_{kit} X_{kit} + e_{it} \quad i = 1, 2, \dots, N \quad t = 1, 2, \dots, T$$

Em que:

- ➔ β_{lit} : Representa o intercepto diferenciado para cada unidade de seção cruzada i no período t,
- ➔ β_{kit} : Representa as diferentes inclinações para cada unidade de seção cruzada i em cada período t,
- ➔ e_{it} é o termo de erro associado.

Variáveis da pesquisa

Veja a seguir a apresentação das variáveis utilizadas no modelo adotado por esta pesquisa e em seguida a justificativa adotada para a escolha de cada uma delas, além da sigla adotada para lhes fazer referência.

Tabela 4

Variável		Sigla
Y	Índice de mortalidade infantil	M
X1	Recursos aplicados em saúde <i>per capita</i>	S
X2	Variação anual da receita corrente líquida <i>per capita</i>	RCL
X3	Variação anual do estoque de Dívida Ativa	DA
X4	Percentual de servidores comissionados em relação ao total de servidores em cargos ocupados	C

Para obtenção dos indicadores acima listados, sumarizados em siglas, foram utilizados como fonte de dados os relatórios de auditoria das contas municipais realizados pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE/SP) e a base de dados da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados). As observações são relativas aos anos de 2006 à 2010 e referem-se aos 644 Municípios paulistas. O Município de São Paulo, capital do Estado, foi excluído do experimento devido às suas características distintivas, relativas ao seu gigantismo. São 87 os casos faltosos, cuja influência sobre o modelo é pequena, por representarem menos que 2,7% do total de observações. É importante salientar as possíveis inconsistências nos dados são mínimas, dado que os mesmos não são declarados, mas auditados pelo Tribunal de Contas.

A variável dependente (Y; Explicada) é o índice de mortalidade infantil, utilizado como proxy da qualidade dos resultados da aplicação de investimentos em saúde, e as variáveis independentes (X1, X2, X3 e X4; Explicativas) são: O total de recursos aplicados em saúde *per capita*, o valor da receita corrente líquida *per capita*, a variação anual do estoque de Dívida Ativa e, por fim, o percentual de servidores comissionados em relação ao total de servidores em cargos ocupados. Tais variáveis independentes foram utilizadas como proxies do investimento em saúde pública e da capacidade administrativa dos Municípios.

Índice de mortalidade infantil (Y) (M)

O índice de mortalidade infantil é utilizado como proxy da qualidade dos resultados do investimento público em saúde. Essa decisão foi tomada tendo base na literatura existente acerca dos efeitos mais visíveis do funcionamento adequado dos sistemas de saúde (OCKÉ-REIS, 2010). Nessa pesquisa, tal índice é utilizado como parâmetro mais adequado para medir o desempenho do SUS nos Municípios paulistas⁸.

Recursos aplicados em saúde (*per capita*) (X1) (S)

O aumento da aplicação de recursos públicos em saúde é frequentemente apontado como a solução mais adequada para os problemas do Sistema Único de Saúde. Sem desconsiderar que aumento do montante de recursos investidos tenha impacto na qualidade da oferta dos serviços públicos de saúde, o que se pretende ao incluir este

⁸ Em 2010 o Ministério da Saúde apresentou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, sendo lançado em 2012 como uma síntese de 24 indicadores que avaliam o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil. Tal índice não foi levado em consideração na elaboração desta pesquisa devido à inexistência de dados retroativos, referentes aos anos de 2006 em diante.

indicador como uma das variáveis explicativas do índice de mortalidade infantil é investigar o real impacto do aumento dos investimentos nos resultados da política pública.

Variação anual da receita corrente líquida (*per capita*) (X2) (RCL)

A variação anual das receitas correntes líquidas será utilizada como proxy da influência do contexto econômico e da capacidade arrecadatória dos Municípios na variação do índice de mortalidade infantil. O aumento das receitas disponíveis não é apenas um dos efeitos mais visíveis dos períodos de crescimento econômico como também eleva os investimentos em diversas políticas públicas, podendo gerar um impacto difuso sobre os índices de qualidade de vida, como a mortalidade infantil.

Variação anual do estoque de Dívida Ativa (X3) (DA)

Dívida Ativa Municipal é definida como o conjunto de créditos do ente público que deriva de débitos dos contribuintes com relação à arrecadação dos tributos municipais. O registro deste tipo de crédito provoca o crescimento da Dívida Ativa, diminuindo a arrecadação de receitas e o nível de investimentos.

A variação do estoque da Dívida Ativa é utilizada, nesta pesquisa, como proxy do esforço promovido pelos Municípios em elevar suas receitas. Tal esforço é um indício não apenas da capacidade administrativa do Município, como também de sua competência em promover o crescimento dos investimentos. O interesse deliberado de um Município em diminuir o estoque da Dívida Ativa é um indicativo da qualidade da gestão pública em nível local, pois é fruto do aumento dos níveis de eficiência do recebimento de tributos.

Percentual de servidores comissionados em relação ao total de servidores em cargos ocupados (X4) (C)

Os cargos comissionados são aqueles cujo provimento ocorre graças à indicação cujo critério limita-se à simples relação de confiança entre a autoridade nomeante em relação à pessoa nomeada. Os cargos efetivos, por sua vez, são exclusivamente previstos para servidores aprovados em concurso público.

Esta pesquisa utiliza a proporção entre cargos comissionados e o total de cargos ocupados como proxy da competência administrativa dos recursos humanos de cada prefeitura. Por mais que os concursos públicos possuam falhas e muitas das indicações de confiança sejam baseadas em critérios técnicos, o concurso público garante certo rigor na seleção de servidores com níveis mínimos de acuidade profissional.

ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS

Veja a seguir um conjunto de tabelas com importantes informações capazes de sintetizar o comportamento das variáveis⁹ trabalhadas nesta pesquisa:

Tabela 5 Médias					
Ano	Mortalidade	RCL	DA	S	C
2006	17,94891	1.945,66	25,74	376,96	12%
2007	17,36983	2.270,27	18,39	452,41	12%
2008	17,24579	2.530,05	25,60	500,58	9%
2009	17,26698	2.445,71	15,90	519,35	11%
2010	16,29488	3.011,81	16,25	665,46	11%

Tabela 6 Mínimos					
Ano	Mortalidade	RCL	DA	S	C
2006	3,164557	31,15	-91,22	6,57	0%
2007	2,145923	34,3	-63,85	6,98	0%
2008	3,333333	40,55	-64,66	7,49	0%
2009	2,004008	41,05	-71,27	7,6	0%
2010	2,028398	46,23	-69,01	9,36	0%

Tabela 7 Máximos					
Ano	Mortalidade	RCL	D	S	C
2006	86,95652	192.614,40	1825,00	33.823,09	97%
2007	107,1429	124.228,50	2116,34	22.485,35	99%
2008	111,1111	116.407,50	2580,00	21.710	95%
2009	120	125.349	1119,47	23.979,26	58%
2010	111,1111	159.608,60	1119,47	30.644,85	48%

Tabela 8 Desvio Padrão					
Ano	Mortalidade	RCL	DA	S	C
2006	12,03044	8.394,22	117,45	1.453,15	10%
2007	11,84641	7.336,27	89,41	1.308,94	8%
2008	12,30426	7.129,73	120,73	1.346,38	11%
2009	12,66906	6.548,88	67,71	1.225,49	6%
2010	12,22052	8.380,12	57,14	1.638,00	6%

⁹ Mortalidade: Taxa de mortalidade infantil, medida em óbitos de crianças com menos de um ano por mil nascidos vivos. RCL: Receita corrente líquida *per capita*, medida em reais. DA: Variação anual do estoque de Dívida Ativa (em valores percentuais). S: Gasto *per capita* em saúde, medido em reais. C: Proporção de cargos comissionados em relação ao total de cargos ocupados, em valores percentuais.

Os dados mostram que a mortalidade infantil média, nos Municípios do Estado, sofreu uma queda constante de 2006 à 2010. A discrepância entre os valores mínimos e máximos preocupam justamente pela proximidade entre estes últimos e os valores encontrados em países subsaarianos¹⁰. 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 constante.

As receitas correntes líquidas *per capita*, por sua vez, apresentaram trajetória crescente em todo o período, com exceção de 2009, possivelmente afetadas pelo baixo crescimento econômico que o país experimentou no ano. Assim como visto com o índice de mortalidade infantil, as receitas escancaram a desigualdade entre os Municípios do Estado, dada a diferença entre os valores mínimos e máximos, desigualdade que também se manteve no período, uma vez que o desvio padrão não sofreu queda constante no período.

Seguindo o comportamento das receitas, o gasto *per capita* em saúde também experimentou relevante crescimento no período (tendo praticamente dobrado entre 2006 e 2010). A variação média do estoque de Dívida Ativa, por sua vez, experimentou vigoroso crescimento entre 2007 e 2008. Em 2009, ano marcado pelos baixos índices de crescimento econômico, houve uma forte queda na variação, a despeito da tendência de alta dos índices de inadimplência em períodos de crise. Entre 2009 e 2010 a variável manteve-se estável.

A proporção média de cargos comissionados em relação ao total de cargos ocupados permaneceu estável, com a exceção do ano de 2008, quando há uma queda provavelmente proporcionada pela realização de eleições, período em que a legislação impõe constrangimentos às nomeações para cargos de confiança.

Veja a seguir uma série de gráficos ilustrando o comportamento da média dessas variáveis no período analisado:

¹⁰ 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.

Gráfico 1: Variação média do Estoque de Dívida Ativa

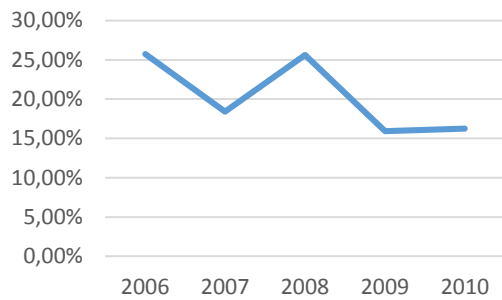


Gráfico 2: Média das Receitas Correntes Líquidas (per capita)

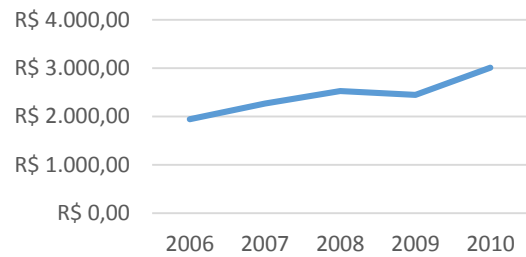


Gráfico 3: Proporção média de cargos em comissão

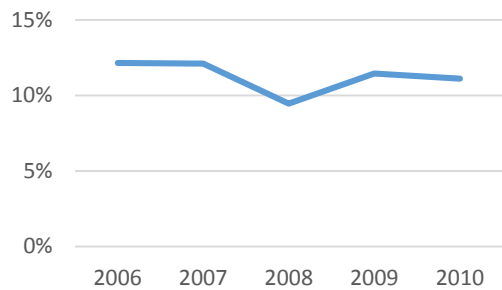


Gráfico 4: Mortalidade

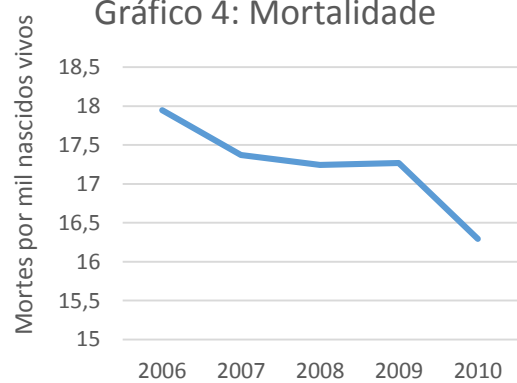
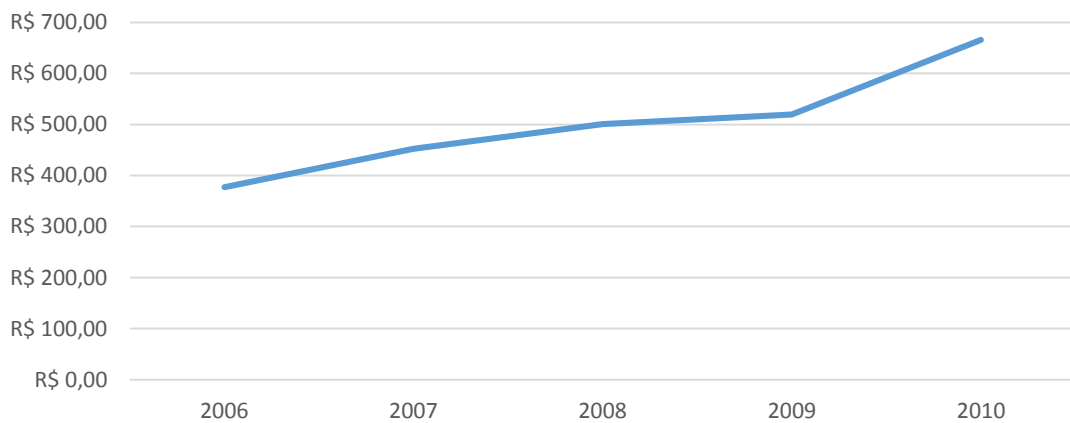


Gráfico 5: Aplicação per capita média em saúde

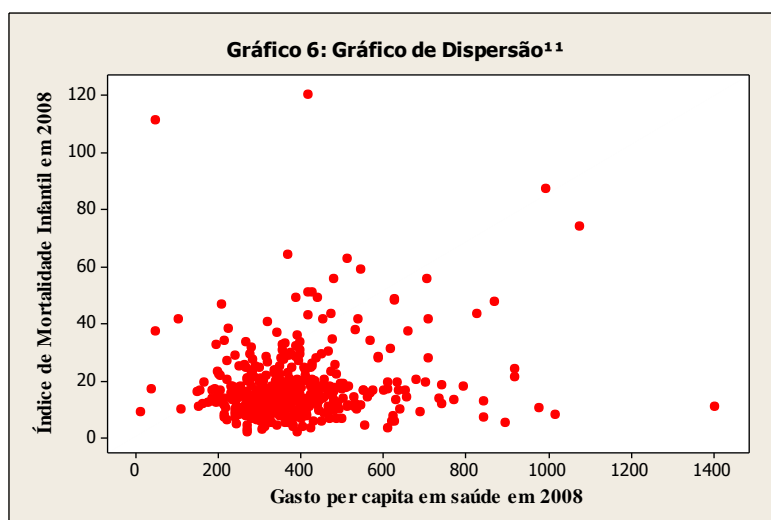


Os gráficos permitem observar o comportamento de diferentes variáveis com o passar do tempo, explicitando certa semelhança no desempenho de algumas delas. A matriz de correlações (Tabela 11) a seguir explicita a relação existente entre o comportamento das médias dessas variáveis durante o período analisado:

Tabela 11	Mortalidade	RCL	DA	S	C
Mortalidade	1	-0,98414	0,628073	-0,98663	0,338721
RCL	-0,98414	1	-0,55036	0,988	-0,48733
DA	0,628073	-0,55036	1	-0,63641	-0,29296
S	-0,98663	0,988	-0,63641	1	-0,37059
C	0,338721	-0,48733	-0,29296	-0,37059	1

Chama atenção a relação inversamente proporcional entre o comportamento das variáveis “gasto *per capita* em saúde” e “índice de mortalidade infantil”. O que em um primeiro momento parece sugerir a existência de uma correlação direta entre as duas variáveis não se sustenta em uma análise mais detida sobre o comportamento das mesmas.

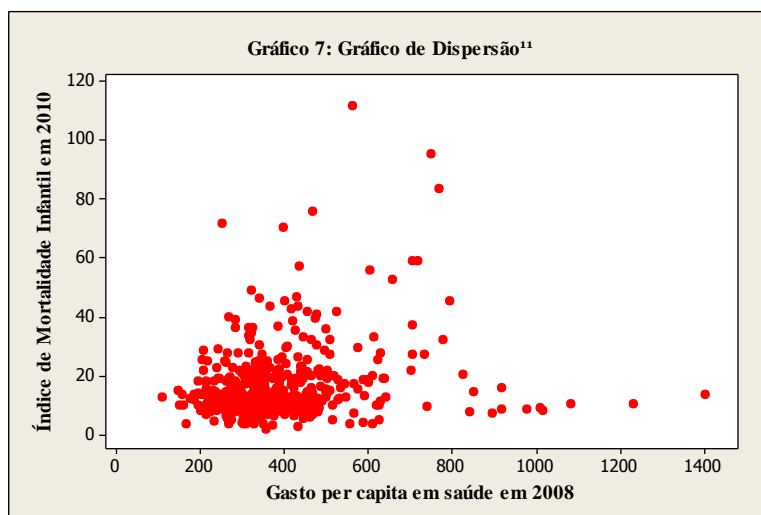
Veja a seguir dois gráficos de dispersão que explicitam mais claramente a relação existente entre estas duas variáveis¹¹



¹¹ Em ambos os gráficos foram excluídos 11 Municípios *outliers*, cujo gasto *per capita* em saúde supera a barreira dos R\$ 2.000,00 anuais. Sua representação tornaria menos legíveis as informações presentes em cada um destes gráficos.

É possível observar que não há relação clara entre *gasto per capita* em saúde e o Índice de Mortalidade Infantil, pois não está comprovado se os Municípios que menos investem apresentam as taxas de mortalidade mais elevadas e vice e versa.

Pode-se argumentar, no entanto, que o investimento em saúde necessita de certo período de maturação para apresentar efeitos concretos no índice utilizado como proxy de qualidade do sistema de saúde pública nesta pesquisa. Acompanhe:



Feita a análise do gráfico não é possível assegurar que o *gasto per capita* em saúde guarde relação direta com o índice de mortalidade infantil, ainda que sejam respeitados dois anos de maturação para analisar o impacto do investimento nos índices de mortalidade. Convém investigar, no entanto, a relação diretamente proporcional entre o comportamento das variáveis “proporção de comissionados” e “variação do estoque de Dívida Ativa” e o “índice de mortalidade infantil”, apontada pela matriz de correlação. Os resultados dessa pesquisa realizam uma análise mais apurada acerca das questões levantadas até aqui.

RESULTADOS

As regressões múltiplas estimadas com as variáveis disponíveis no banco de dados construído ao decorrer desta pesquisa foram capazes de indicar o impacto das variáveis independentes (explicativas) no comportamento da variável dependente (explicada). Dos diversos modelos de regressão estabelecidos, é possível investigar uma série de informações fornecidas, como por exemplo: Quais sinais encontrados nas equações, quais os modelos mais adequados, quais as restrições aos modelos encontrados, etc.

Veja a seguir uma tabela com os resultados das principais regressões estimadas¹²:

Tabela 12		R ² Ajustado				
Mortalidade 2006 X Dados 2006	0,0	Eq. Da Regressão	M = 18,4 + 0,000189 RCL - 0,00691 DA - 0,00129 S - 0,54 C			
		Valor-P	RCL = 0,803	DA = 0,140	S = 0,770	C = 0,921
Mortalidade 2007 X Dados 2006	0,6	Eq. Da Regressão	M = 16,3 - 0,000573 RCL - 0,00517 DA + 0,00306 S + 10,5 C			
		Valor-P	RCL = 0,435	DA = 0,253	S = 0,473	C = 0,038
Mortalidade 2007 X Dados 2007	0,0	Eq. Da Regressão	M = 17,8 + 0,000267 RCL - 0,00272 DA - 0,00188 S - 1,30 C			
		Valor-P	RCL = 0,680	DA = 0,615	S = 0,605	C = 0,824
Mortalidade 2008 X Dados 2006	0,0	Eq. Da Regressão	M = 17,9 + 0,000465 RCL - 0,00409 DA - 0,00296 S - 1,69 C			
		Valor-P	RCL = 0,594	DA = 0,394	S = 0,594	C = 0,793
Mortalidade 2008 X Dados 2007	0,0	Eq. Da Regressão	M = 17,3 + 0,00110 RCL - 0,00453 DA - 0,00641 S + 4,16 C			
		Valor-P	RCL = 0,102	DA = 0,421	S = 0,091	C = 0,482
Mortalidade 2008 X Dados 2008	0,7	Eq. Da Regressão	M = 16,9 + 0,00217 RCL - 0,00579 DA - 0,00705 S + 9,03 C			
		Valor-P	RCL = 0,60	DA = 0,448	S = 0,058	C = 0,067
Mortalidade 2009 X Dados 2006	0,0	Eq. Da Regressão	M = 17,5 + 0,000930 RCL + 0,00328 DA - 0,00640 S + 4,60 C			
		Valor-P	RCL = 0,306	DA = 0,461	S = 0,268	C = 0,473
Mortalidade 2009 X Dados 2007	0,5	Eq. Da Regressão	M = 16,8 + 0,00116 RCL - 0,00162 DA - 0,00696 S + 9,25 C			
		Valor-P	RCL = 0,099	DA = 0,782	S = 0,078	C = 0,146
Mortalidade 2009 X Dados 2008	0,3	Eq. Da Regressão	M = 17,0 + 0,00105 RCL - 0,00487 DA - 0,00601 S + 8,85 C			
		Valor-P	RCL = 0,131	DA = 0,551	S = 117	C = 0,087
Mortalidade 2009 X Dados 2009	1,3	Eq. Da Regressão	M = 15,1 + 0,00126 - 0,00927 DA - 0,00700 S + 24,4 C			
		Valor-P	RCL = 0,084	DA = 0,335	S = 0,073	C = 0,013
Mortalidade 2010 X Dados 2006	0,0	Eq. Da Regressão	M = 16,1 + 0,00501 RCL - 0,00433 DA - 0,00278 S + 4,65 C			
		Valor-P	RCL = 0,521	DA = 0,363	S = 0,539	C = 0,428
Mortalidade 2010 X Dados 2007	0,0	Eq. Da Regressão	M = 16,3 + 0,000686 RCL - 0,00093 DA - 0,00400 S + 3,04 C			
		Valor-P	RCL = 0,310	DA = 0,869	S = 0,293	C = 0,602
Mortalidade 2010 X Dados 2008	0,1	Eq. Da Regressão	M = 16,0 + 0,00102 RCL - 0,00428 DA - 0,00577 S + 7,41 C			
		Valor-P	RCL = 0,128	DA = 0,577	S = 0,121	C = 0,141
Mortalidade 2010 X Dados 2009	1,5	Eq. Da Regressão	M = 14,0 + 0,00130 RCL + 0,00399 DA - 0,00713 S + 25,9 C			
		Valor-P	RCL = 0,075	DA = 0,683	S = 0,068	C = 0,004
Mortalidade 2010 X Dados 2010	0,2	Eq. Da Regressão	M = 14,4 + 0,000517 RCL - 0,0014 DA - 0,00278 S + 18,4 C			
		Valor-P	RCL = 0,355	DA = 0,924	S = 0,332	C = 0,047

¹² Mortalidade: Taxa de mortalidade infantil, C: Proporção de cargos comissionados em relação ao total de cargos ocupados, RCL: Receita Corrente Líquida *per capita*, DA: Variação do estoque de Dívida Ativa, S: Gastos em Saúde *per capita*.

A principal intenção desta investigação foi buscar estabelecer relações entre uma taxa de mortalidade infantil específica e um conjunto de indicadores que possivelmente influenciariam o comportamento dessa taxa. Buscou-se, no entanto, investigar não apenas a influência direta entre a taxa e o conjunto de indicadores, mas testar se a variação desses indicadores depende de certo período de maturação temporal para impactar o comportamento das taxas de mortalidade.

Ao analisar os sinais matemáticos de cada uma das quinze equações de regressão estabelecidas (Tabela 13), é possível verificar certo padrão entre os resultados alcançados. Veja a tabela a seguir:

Tabela 13: Análise de sinal	RCL	DA	S	C
Mortalidade 2006 X Dados 2006	+	-	-	-
Mortalidade 2007 X Dados 2006	-	-	+	+ **
Mortalidade 2007 X Dados 2007	+	-	-	-
Mortalidade 2008 X Dados 2006	+	-	-	-
Mortalidade 2008 X Dados 2007	+	-	- *	+
Mortalidade 2008 X Dados 2008	+	-	- *	+
Mortalidade 2009 X Dados 2006	+	+	-	+
Mortalidade 2009 X Dados 2007	+ *	-	-	+
Mortalidade 2009 X Dados 2008	+	-	-	+ *
Mortalidade 2009 X Dados 2009	+ *	-	- *	+ **
Mortalidade 2010 X Dados 2006	+	-	-	+
Mortalidade 2010 X Dados 2007	+	-	-	+
Mortalidade 2010 X Dados 2008	+	-	-	+
Mortalidade 2010 X Dados 2009	+ *	+	- *	+ ***
Mortalidade 2010 X Dados 2010	+	-	-	+ **

Tabela 14	Nível de Significância:	Significado
***	$\leq 0,01$	Muito significativa
**	$0,01 < x \leq 0,05$	Significativa
*	$0,05 < x \leq 0,10$	Pouco significativa
	$> 0,10$	Não significativa

Um fator comum entre as regressões é o fato da variável “Variação do estoque de Dívida Ativa” estar quase sempre seguida de um sinal negativo. Ou seja, a relação entre esta variável e a variável dependente (Taxa de mortalidade infantil), é inversamente

proporcional, logo, quanto maior a variação do estoque da Dívida Ativa, menor a mortalidade, o que não vai de encontro com as hipóteses levantadas inicialmente e contraria o elevado coeficiente de correlação existente entre o comportamento das médias de ambas as variáveis (Tabela 11). Nesse caso é importante analisar a significância estatística desta variável em cada um dos resultados (equações) observados. A significância estatística do resultado é uma medida estimada do grau em que este é “verdadeiro”, ou seja, é um índice de confiabilidade (quanto maior o valor-p, mais se pode acreditar que a relação observada entre as variáveis dependente e independente não passa de erro estatístico). No caso da variável DA, em nenhuma das quinze equações estimadas há significância, logo é possível considerar que tal variável não possui efeito sobre o comportamento da mortalidade infantil.

A variável “Gasto em saúde *per capita*” também apresenta relação inversamente proporcional à variável dependente, ou seja, quanto maiores os gastos em saúde, menores as taxas de mortalidade, o que corresponde às expectativas mas contraria as informações contidas nos gráficos 6 e 7.

As variáveis “Receita Corrente Líquida *per capita*” e “Proporção de cargos em comissão em relação ao total de cargos ocupados”, por sua vez, apresentam relação diretamente proporcional ao comportamento da variável dependente. Logo, quanto maior a RCL *per capita*, maior a taxa de mortalidade infantil, o que causa certo estranhamento, dito que o esperado era exatamente o oposto, uma vez que o nível das receitas municipais pode ser considerada uma proxy da produção econômica e da geração de bem estar em um Município. Torna-se necessário discutir algumas questões a esse respeito.

É possível que a RCL *per capita* seja um excelente indicador do tamanho da economia dos Municípios, mas eventualmente seja impróprio para indicar a distribuição da riqueza em cada um deles. Os indicadores de saúde, por sua vez, são muito associados à riqueza dos indivíduos, ou seja, a forma como os recursos dos Municípios estão distribuídos entre seus habitantes. Possivelmente a distribuição de renda seja uma variável omitida que afeta a influência da RCL *per capita* sobre o desempenho do índice de mortalidade infantil.

Agora observe a tabela a seguir, que apresenta a correlação existente entre o total de receitas correntes líquidas e a população dos municípios, ano a ano:

Variáveis	Correlação
População 2006 X Receita Corrente Líquida 2006	0,894
População 2007 X Receita Corrente Líquida 2007	0,790
População 2008 X Receita Corrente Líquida 2008	0,919
População 2009 X Receita Corrente Líquida 2009	0,922
População 2010 X Receita Corrente Líquida 2010	0,893

Os elevados índices de correlação existentes entre as duas variáveis leva à uma reflexão importante¹³: A arrecadação está fortemente vinculada ao tamanho do município. Os maiores municípios são responsáveis por gerir sistemas de saúde mais complexos e difíceis de administrar. É possível que o investimento adicional em saúde seja sempre captado pela variável S, Gasto em saúde per capita, o que explica a sua relação inversamente proporcional com a mortalidade infantil. Provavelmente a variável RCL está relacionada à dimensão da rede de saúde administrada por cada município, o que explicaria a sua relação diretamente proporcional com a mortalidade infantil, dado que, quanto maior a rede de saúde, maior é a capacidade administrativa necessária - mas deficitária em grande parte dos municípios - para realizar a sua gestão.

O comportamento da variável C, a proporção de comissionados, parece confirmar a hipótese sugerida de inicialmente, ou seja, uma relação positiva entre tal indicador e o índice de mortalidade, o que levanta um debate acerca da capacidade técnica do funcionalismo alocado em cargos em comissão.

A discussão acerca dos impactos do comportamento das variáveis independentes (X) na explicação do desempenho da variável dependente (Y), no entanto, é uma tentativa de ampliar o debate acerca das variáveis que influem sobre o comportamento da taxa de mortalidade infantil. Isso porque não é possível tirar conclusões definitivas partindo das quinze equações de regressão apresentadas. Nenhuma das equações provou-se um modelo capaz de explicar completamente as relações entre a mortalidade infantil e as demais variáveis, uma vez que os R^2 ajustados encontrados são baixos. Ou seja, a capacidade das variáveis independentes de influenciar o comportamento da variável dependente (mortalidade infantil) é muito restrita. Justamente por esse motivo as

¹³ A receita corrente líquida e os gastos em saúde são variáveis ligadas ao efeito causado pela presença de recursos financeiros. Entretanto, o aumento das receitas arrecadadas não implica necessariamente em maiores investimentos em saúde, uma vez que o investimento adicional no setor é captado somente pela variável S. A variável RCL mede a riqueza pura e simples dos municípios, além de servir de indicativo da complexidade administrativa que eles são responsáveis por operar.

hipóteses levantadas inicialmente não devem ser refutadas, como parte dos resultados alcançados pela regressão pôde em princípio indicar.

Vale dizer, no entanto, que dentre os melhores modelos de regressão encontrados (comando Stepwise, do software estatístico Minitab), em 100% deles a variável gasto *per capita* em saúde era a mais representativa, em 80%, a proporção de cargos comissionados em relação ao total de cargos ocupados e por fim, em apenas 15% dos modelos, a variação do estoque de Dívida Ativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de fixação de porcentagens mínimas obrigatórias para aplicação dos recursos orçamentários em saúde assegurou importantes investimentos para a área, pois foi um modelo concebido em uma conjuntura de organização e busca do equilíbrio das contas públicas, com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº 101). Temia-se que houvesse paralisação dos investimentos em saúde. Os limites, no entanto, não estabeleceram ou trouxeram qualquer garantia de eficácia na gestão dos recursos públicos.

Dessa maneira, para promover a otimização dos gastos públicos e para que estes se traduzam em serviços públicos de qualidade, é necessário superar o modelo de vinculação de receitas e estabelecer modelos orçamentários mais sofisticados, que tornem o Estado mais transparente, facilitem o controle social da administração pública e induzam a eficiência dos gastos públicos.

O atual modelo de financiamento da saúde é incapaz de mensurar custos e benefícios em uma escala objetiva, comprometendo a análise e a racionalidade das despesas públicas. A destinação de recursos deve ser feita com base na eficiência, tendo em vista a satisfação dos cidadãos e o orçamento deve não apenas evidenciar a origem e o destino dos recursos arrecadados, mas também os resultados da sua utilização e as transformações que geram na sociedade.

A despeito das deficiências apontadas, é necessário apontar que, desde a implantação do SUS, não há dúvidas que o financiamento da saúde pública no Brasil tem sido constantemente aperfeiçoado. Os avanços são muitos: o gradual abandono do sistema de pagamento por serviços ambulatoriais, advindo do modelo adotado pelo antigo INAMPS, a criação do Índice de Valorização de Resultados (IVR), a progressiva adoção de programas de contratualização de resultados e mais recentemente a elaboração do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), a criação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP) e da Secretaria de Pactuação Interfederativa do Ministério da Saúde.

A convivência entre o sistema de vinculação orçamentária e os avanços no modelo de financiamento do SUS provavelmente estancam um processo mais acelerado rumo a uma gestão por resultados na administração pública, pois no imaginário de muitos gestores ainda é mais importante respeitar os critérios mínimos de investimento do que

buscar atingir as metas pactuadas. Neste sentido, é razoável supor que o estabelecimento de um sistema de vinculação legal por desempenho e não mais por investimento provavelmente levará a um processo mais intenso de aperfeiçoamento do SUS do que o observado até o presente momento.

Por outro lado, é importante estar atento que sistemas de saúde pública que asseguram cobertura universal exigem padrões de financiamento que escancaram a necessidade de se aumentar os recursos investidos no SUS:

TABELA 14: PAÍSES SELECIONADOS COM SISTEMA DE SAÚDE DE ACESSO UNIVERSAL SEGUNDO % DO PIB GASTO SETORIAL, PER CAPITA PÚBLICO (EM US\$ PPP) E % DO GASTO PÚBLICO EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL COM SAÚDE, 2007

PAÍSES	% DO PIB	PER CAPITA PÚBLICO	% DO GASTO PÚBLICO
Austrália	8,9	2.266	67,5
Brasil	8,4	348	41,6
Canadá	10,1	2.730	70,0
Cuba	10,4	875	95,5
Reino Unido	8,4	4.446	81,7
Suécia	9,1	2.716	81,7

Fonte: World Health Report 2010

Menos da metade dos investimentos em saúde no Brasil são feitos pelo Estado. Dentre os grandes países com sistemas universais de saúde pública, esse nível fica próximo, em média, dos 65%.

A aprovação e regulamentação da Emenda Constitucional 29 elevaram os recursos aplicados na área da saúde e melhoram a estabilidade do fluxo desses recursos, no entanto tais valores ainda não são suficientes para atender as demandas expressas no texto constitucional, ficando abaixo da média dos países com sistemas parecidos. (MEDICI, 2010).

É preciso ter em mente que o processo de decisão acerca da aplicação dos recursos públicos passa pela definição do orçamento público. O orçamento é sobretudo um espaço de embate político em que diferentes atores interferem na origem e destino dos recursos arrecadados em função de seus interesses. Vai ser no orçamento que serão definidas as diretrizes da questão tributária, política monetária e outros instrumentos de política social

e econômica. A peça orçamentária será fruto direto do Estado da correlação de forças estabelecida na sociedade democrática.

Dessa forma, é preciso estar ciente que o discurso que acusa o SUS de gastar muito e gastar mal está por detrás de uma série de interesses políticos. O sistema é mal gerido, mas também é subfinanciado. São necessárias medidas para aumentar a eficiência do sistema e também são necessários mais recursos para a saúde pública.

É possível apontar que o discurso que defende o aumento da eficiência na gestão em detrimento do aumento dos investimentos muitas vezes está vinculado às limitações dos estudos sobre a relação entre orçamento e implementação de políticas públicas. Dessa maneira, esta pesquisa procurou desenvolver uma análise do gasto público nos Municípios paulistas, mais especificamente da aplicação de recursos em saúde, sempre tendo em vista o histórico e os propósitos do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, objetivo central da pesquisa foi alcançado na medida em que foi testado um pressuposto: “A vinculação de receitas orçamentárias não é um modelo adequado para estimular a efetividade do sistema público de saúde no Brasil, tendo em vista que estimula o aumento do montante de gastos em detrimento da busca por qualidade e da gestão por resultados.” Tal hipótese não foi refutada no caso da saúde nos Municípios paulistas na medida em que as análises de regressão indicaram fraca correlação linear entre o gasto municipal na política pública de saúde e os índices de mortalidade infantil, cuja variação foi utilizada como proxy da qualidade dos investimentos em saúde.

Por outro lado, as análises de regressão permitem afirmar, ao menos em parte, que a capacidade administrativa e de planejamento dos Municípios tem algum impacto na qualidade do investimento em saúde nos Municípios do Estado de São Paulo, o que não permite refutar as hipóteses intermediárias levantadas. Isso porque a proporção de servidores comissionados em relação ao total de servidores em cargos ocupados mostrou ter influência sobre os Índices de Mortalidade Infantil.

Dessa forma, aceitando a utilização das variáveis adotadas como proxies adequadas, pode-se concluir não apenas que o SUS é subfinanciado e que é necessário encontrar novas fontes de financiamento para o sistema, mas também que o puro e simples aumento do aporte de recursos não é suficiente para resolver os desafios que afingem a saúde pública. É impetuoso que seja realizada uma reforma no próprio ciclo orçamentário, modernizando o financiamento das políticas públicas, inclusive as de saúde. O modelo de vinculação orçamentária de percentuais mínimos da receita deve ser substituído por um

modelo capaz de vincular os insumos (recursos) aos resultados (indicadores de desempenho e gestão), visto o impacto reduzido que o incremento dos investimentos provoca na queda dos índices de mortalidade infantil.

Tais descobertas abrem espaço para uma fértil agenda de pesquisa futura que vise analisar com mais detalhamento e por meio de outras estratégias metodológicas tais indícios sobre a necessidade de reformar o financiamento da saúde pública no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmms.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; e dá outras providências*. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html. Acessado em 3 de fevereiro de 2013

CARVALHO, Gilson. *Regulamentação do financiamento legal da saúde*. Blog Saúde Brasil. 2 de setembro de 2012. Disponível em <http://blogsaudedebrasil.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.2.pdf. Acessado em 3 de fevereiro.

ESCOREL, 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.

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.portalmédico.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://bvsmms.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://bvsmms.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).

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