

Crescimento econômico e taxa de inflação: implicações na receita municipal e na despesa com saúde dos municípios de Pernambuco, Brasil

Economic growth and inflation rate: implications for municipal revenue and health expenditure of the municipalities of Pernambuco, Brazil

Marciana Feliciano¹
Adriana Falangola Benjamin Bezerra¹
Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo¹

Abstract *This paper analyzes the implications of municipal budget revenue growth and the monetary policy's inflation rates goals in the availability of public health resources of municipalities. This is a descriptive, exploratory, quantitative, retrospective and longitudinal cross-sectional study covering the period 2002-2011. We analyzed health financing and expenditure variables in the municipalities of the state of Pernambuco, Brazil, describing the trend and the relationship between them. Data showed the growth of the variables and trend towards homogeneity. The exception was for the participation of Intergovernmental Transfers in the Total Health Expenditure of the Municipality. We found a significant correlation between Budget Revenue per capita and Health Expenditure per capita and a strong significant negative correlation between Inflation Rate, Budget Revenue per capita and Health Expenditure per capita. We concluded that increased health expenditure is due more to higher municipal tax revenue than to increased transfers that, in relative terms, did not increase. The strong inverse relationship between inflation rate and the Financing and Expenditure variables show that the monetary policy's inflation goals have restricted health financing to municipalities.*

Key words *Decentralization, Inflation, Health care financing*

Resumo *O artigo analisa implicações do crescimento da receita orçamentária municipal e da política monetária de metas da inflação na disponibilidade de recursos públicos para a saúde do ente municipal. A pesquisa é descritiva, exploratória, de natureza quantitativa e de corte longitudinal retrospectivo, abrangendo os anos de 2002 a 2011. Analisaram-se variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde dos municípios do estado de Pernambuco, descrevendo a evolução e a relação entre elas. Os dados demonstraram crescimento das variáveis e tendência à homogeneidade. A exceção foi a participação das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde. Constatou-se correlação significativa entre Receita Orçamentária per capita e Despesa com Saúde per capita e correlação negativa significativa forte entre Taxa de Inflação, Receita Orçamentária per capita e Despesa com Saúde per capita. Concluiu-se que o incremento da despesa com saúde deve-se mais ao crescimento da arrecadação municipal que ao das transferências. Estas, em termos relativos, não se elevaram. A forte relação inversa entre Taxa de Inflação e variáveis de Financiamento e Gasto comprovam que a política monetária de metas da inflação tem restringido o financiamento da saúde no ente municipal.*

Palavras-chave *Descentralização, Inflação, Financiamento da assistência à saúde*

¹ Secretaria da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Hospital das Clínicas Bloco E/4º/NUSP s/n, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. enf_marciana@hotmail.com

Introdução

A partir das décadas de 1970 e 1980, a descentralização passou a ser um princípio ordenador das reformas no setor público em diversos países. Naqueles egressos de experiências autoritárias, como é o caso do Brasil, a descentralização passou, ainda, a ser entendida enquanto dimensão essencial da democratização¹. E, em resposta aos movimentos de redemocratização e ao de Reforma Sanitária, a descentralização da saúde passou a figurar como diretriz inscrita na Constituição Federal de 1988.

Vale destacar, que essa diretriz se alinhava tanto aos interesses dos neoliberais como aos anseios dos militantes da Reforma Sanitária. No caso dos primeiros, a descentralização é uma forma de orientar a reestruturação do *mix* público/privado, descentralizando tanto as responsabilidades como o financiamento para os níveis subnacionais e para o setor privado. A diretriz da descentralização, na concepção neoliberal, permite, ainda, a flexibilização da gestão, separando a função financeira da de provisão de serviços². No caso dos segundos, a diretriz da descentralização era compreendida como uma dimensão da democracia e, portanto, se alinhava à sua agenda socializante e democratizadora. No rol de interesses, também figuravam os do movimento municipalista, o qual, desejoso em levar o compartilhamento do poder político e financeiro aos municípios, fazia pressão para que se caminhasse na direção da descentralização³.

Ao longo dos anos 1990, foram criados os instrumentos jurídicos estruturadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre eles, a Lei nº 8.080/1990 que vincula a descentralização à municipalização e a Lei nº 8.142/1990, a qual confere maior capacidade gerencial aos estados e municípios^{4,5}. Além dessas leis, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), o Pacto pela Saúde, a Emenda Constitucional nº 29/2000, a Lei Complementar nº 141/2012 e o Decreto nº 7.508/2012, dentre outros instrumentos jurídicos normativos, progressivamente, ampliaram a base normativa estruturadora do processo de implementação do SUS⁶.

Ao curso dessas normativas, a orientação do processo de descentralização se alterou. As NOB's orientavam o processo de descentralização no sentido da municipalização, instituindo as esferas gestoras subnacionais do SUS, estados e municípios, privilegiando estes últimos, os quais passam a ampliar suas responsabilidades e sua aplicação

em ações e serviços públicos de saúde. As NOAS reorientaram a descentralização, recuperando o papel dos estados no sentido da regionalização das ações e serviços de saúde. Essas mudanças se operaram devido às limitações de ordem financeira e política dos municípios em garantir atenção integral à saúde da população. O Pacto pela Saúde continua no caminho da regionalização, estabelecendo a corresponsabilidade federativa pela provisão de ações e serviços de saúde, apelando para a responsabilização entre os entes. No atual cenário, o Decreto nº 7.508/2011, o qual regulamenta a Lei nº 8.080, busca fincar as bases da regionalização das Redes de Atenção à Saúde. Esse decreto institui o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), que tem por objetivo a “organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários”⁷.

A questão da descentralização da saúde não se acha circunscrita à base normativa que lhe dá suporte e tendo em conta que sua efetivação está fortemente vinculada aos mecanismos de financiamento público da saúde, é inevitável discutir o modelo brasileiro de federalismo fiscal. Segundo Lima^{8,9}, existem duas principais críticas dos especialistas em federalismo fiscal ao sistema tributário brasileiro, regido pela Constituição de 1988 e por outras normas jurídicas subsequentes, são eles os desequilíbrios verticais (entre as esferas de distintos níveis) e horizontais (entre as esferas do mesmo nível de governo).

Para a referida autora, os desequilíbrios verticais são gerados pelo elevado poder de tributação do ente federal, em contraposição às necessidades de gasto dos entes subnacionais decorrente das maiores responsabilidades assumidas. Já os desequilíbrios horizontais são consequentes das desigualdades socioeconômicas existentes entre os entes da mesma instância de governo, as quais determinam capacidades diferenciadas de provisão de serviços por estes com sistemas de tributação comparáveis. Os desequilíbrios horizontais decorrem, ainda, das necessidades distintas de gastos públicos devido às diferentes necessidades e demandas da população. Esses desequilíbrios marcam o federalismo fiscal brasileiro e têm forte implicação na implantação do caráter nacional e universal da política de saúde⁹.

Caberia à União o papel de coordenar esses desequilíbrios, no entanto, isso foi barrado pela rigidez econômica, decorrente da política de ajuste macroeconômico vivenciada pelo Bra-

sil no pós-1988, com o contingenciamento dos gastos para assegurar o cumprimento de metas fiscais para garantir a geração de superávits primários^{9,10}.

Com a criação do Plano Real, em 1993, houve elevação das taxas de juros, o que acarretou na redução dos gastos públicos via a política fiscal restritiva¹¹. É na década de 1990 que adota-se a política monetária de regime de metas da inflação, em que as taxas de juros são manipuladas para manter a inflação em níveis tecnicamente viáveis e socialmente aceitáveis. Isso culminou numa política fiscal restritiva subordinada à política monetária, sob a justificativa de reduzir ou mesmo não gerar déficit público¹¹.

Em nome da estabilidade macroeconômica, a União adotou manobras para superar a perda de receitas, relacionadas à descentralização das competências tributárias e ao aumento das transferências constitucionais, como o Fundo de Participação Estadual (FPE) e o Fundo de Participação Municipal (FPM). Dentre essas manobras, citam-se o aumento das alíquotas das contribuições sociais; o contingenciamento delas para fundos de estabilização econômica, como a Desvinculação de Recursos da União (DRU); a crescente desresponsabilização em relação às políticas sociais, justificada pela descentralização; e a estagnação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), os quais, em sua maior parte, compõem o FPE e FPM⁹.

Nessa mesma perspectiva, inclinamos nossos olhares para a Região Nordeste do Brasil, mais especificamente, para o estado de Pernambuco, o qual apresentou, nos últimos anos, um processo de acelerado crescimento econômico. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado apresentou, no período de 2000-2010, um crescimento percentual do Produto Interno Bruto (PIB) equivalente a 253,08%, superior ao do Brasil (219,64%) e ao da região Nordeste (245,65%)¹².

Esse crescimento foi incrementado, principalmente, pelos setores da indústria, serviços e agropecuária¹³. Destaca-se que essas atividades têm repercussão em diversos impostos, que constituem a base para o cálculo dos recursos próprios dos municípios a serem alocados em ações e serviços públicos de saúde. De forma direta, pode-se citar o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS). Esse último tem sua arrecadação na competência do município e os demais são arrecadados pelos estados, com exceção

do IPI, que é de competência da União. Mesmo a arrecadação desses tributos sendo competência de diferentes entes subnacionais, um percentual de todos eles é transferido aos municípios, por meio ou de quotas-partes ou do FPM, como é o caso do IPI.

Apesar disso, os municípios pernambucanos apresentaram, entre 2000 e 2007, um aumento percentual de 190,76% na despesa com saúde sob responsabilidade municipal, por habitante, correspondendo a R\$ 183,79, em média, no ano de 2007. Esse valor situava-se bem abaixo da média nacional para aquele ano (R\$ 261,43) e, no contexto da federação, colocava Pernambuco à frente apenas do Acre (R\$ 165,1) e do Amapá (R\$ 167,4). Com relação aos municípios dos demais estados do Nordeste, os de Pernambuco apresentaram a menor despesa com saúde *per capita* da Região¹⁴.

A par das reflexões suscitadas pelo processo de descentralização da saúde e de ajuste à política macroeconômica, e no período em que Pernambuco experimenta notável crescimento econômico, o qual vem produzindo impacto positivo nos orçamentos de municípios localizados nas áreas de maior concentração de investimentos, é necessário considerar a importância que o aporte de recursos para a receita orçamentária dos municípios possa vir a representar para o fortalecimento da política de saúde.

Assim, considerando que a composição da receita municipal com saúde, sob responsabilidade do município, é formada pelos recursos próprios que o mesmo arrecada e pelas transferências que recebe da União e dos Estados; e que a maioria dos municípios brasileiros já aplica em saúde um percentual dos seus recursos próprios superior ao mínimo prescrito pela Emenda Constitucional nº 29/2000; é possível deduzir que o aumento no valor absoluto daquela receita acha-se na dependência do incremento da receita global dos municípios ou do aumento do valor das transferências¹⁴.

Nessa perspectiva, o presente artigo discute a dinâmica do financiamento da saúde no ente municipal, partindo das seguintes premissas: 1) o crescimento econômico repercute em crescimento da receita orçamentária dos municípios; e 2) o ajuste macroeconômico, baseado na política monetária de metas da inflação, retrai o volume de transferências da União. Com isso, busca-se responder à seguinte questão: quais as implicações do crescimento da receita orçamentária municipal e da política monetária de metas da inflação no gasto em saúde?

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza quantitativa e de corte longitudinal retrospectivo, compreendendo o período de 2002 a 2011, na qual foram analisadas variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde dos municípios do estado de Pernambuco.

O período de análise foi definido (2002-2011) levando em consideração o crescimento significativo do estado de Pernambuco nesses anos, apontado por dados do IBGE e do CONDEPE/FIDEM, entre outros órgãos. A escolha por tal série se baseou, ainda, no período de funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), principal sistema a ser utilizado para coleta dos dados secundários referentes às finanças e orçamentos públicos em saúde. O SIOPS foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 2000, mas, apenas em 2002 homogeneizou o cálculo dos indicadores. O período escolhido também cobre aquele em que a Emenda Constitucional nº 29/2000 entra em vigência. E, o marco final da série foi definido procurando assegurar que os dados de todos os anos estivessem plenamente publicados pelo DATASUS.

É importante destacar que, no período em estudo, a declaração dos dados no SIOPS não era obrigatório e passível de penalidades para os gestores. Essa implicações só ocorreram com a publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Portanto, esse fato pode ser apontado como uma limitação para os achados deste estudo.

O estado de Pernambuco é constituído por 184 municípios mais o território de Fernando de Noronha, que ficou de fora do processo de seleção da amostra, assim como os de Moreno e Caetés, porque não apresentaram dados referentes à Receita Orçamentária, em toda a série histórica, disponibilizados no sistema de Finanças do Brasil (FINBRA).

A seleção da amostra foi do tipo não probabilístico e se deu a partir da mensuração do crescimento percentual da Receita Orçamentária *per capita*, entre os anos da série (2002-2011). Os municípios foram selecionados pelo estabelecimento do primeiro e terceiro quartis como pontos de corte. Mediante isso, foram selecionados os municípios que tiveram o crescimento percentual da Receita Orçamentária *per capita* inferior ao primeiro quartil (477,30%) e os que tiveram os valores superiores ao terceiro (623,98%), os quais comporam o grupo daqueles com os menores percentuais de crescimentos da Receita

Orçamentária *per capita* e o grupo dos com os maiores da referida variável, respectivamente, o GRUPO 1 e o GRUPO 2. A amostra foi composta por 90 municípios alocados nos dois grupos, cada um com 45 municípios.

Para coleta das variáveis do estudo foram consultados dois sistemas de informação de acesso público: o FINBRA e o SIOPS. As variáveis de caráter monetário expressas em valores absolutos foram deflacionadas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do ano 2011, excluindo o efeito da inflação sobre os valores para garantir a comparabilidade entre os anos da série. As variáveis que comporam o banco de dados do presente estudo foram as seguintes:

- Receita Orçamentária *per capita*;
- Despesa Total com Saúde, sob a responsabilidade dos municípios, por habitante (Despesa com Saúde *per capita*);
- Percentual das transferências intergovernamentais na despesa total do município com saúde em relação à despesa total do município com saúde (Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde);
- Taxa de Inflação (pelo IPCA).

Com o banco de dados pronto procedeu-se à análise, utilizando o software Excel 2007 e o SPSS Statistics® (Statistical Package for the Social Sciences®), versão 20.0 para Microsoft Windows. A análise estatística ocorreu em três momentos:

Primeiro momento

No primeiro momento, fez-se uso da estatística descritiva a partir de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão) das variáveis: Receita Orçamentária *per capita* e Despesa com Saúde *per capita*;

Descreveu-se também a perspectiva de tendência das variáveis do estudo, ao longo da série histórica (2002-2011), por meio da mediana de cada ano, para o conjunto dos 90 municípios selecionados, para o GRUPO 1 e para o GRUPO 2, ilustrada com gráficos de tendência, o que permitiu comparar a evolução das variáveis entre ambos.

As análises realizadas utilizaram a mediana, medida de tendência central, com o intuito de minimizar a influência que os valores extremos isolados, conhecidos como *outliers*, exercem sobre os resultados. Pois, sendo a mediana um elemento real e que ocupa a posição central em uma série de dados, esta não sofre interferência desses *outliers*¹⁵.

Em seguida, testou-se a diferença na distribuição das variáveis entre os dois grupos de municípios, por meio do Teste Não Paramétrico da Mediana. O resultado desse teste foi ilustrado com gráficos do tipo Boxplot, o qual agrega de forma esquemática cinco medidas: valor mínimo, primeiro quartil, mediana (segundo quartil), terceiro quartil e valor máximo.

Segundo Momento

No segundo momento da análise, tomou-se a Receita Orçamentária *per capita* como variável independente e testou-se sua associação com a Despesa com Saúde *per capita*, aplicando, para tal, o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a seguinte classificação dos coeficientes de correlação (r): fraca, entre 0,1 e 0,3; moderada, entre 0,4 e 0,6; forte, acima de 0,7¹⁶.

Essa associação foi testada no conjunto de todos os 90 municípios; e no GRUPO 1 e no GRUPO 2, separadamente.

Terceiro Momento

Para o terceiro momento, considerou-se a Taxa de Inflação (IPCA) como variável independente associando às Receita Orçamentária *per capita*, Despesa com Saúde *per capita* e Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde. Para testar essas associações, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman.

Da mesma forma que nos momentos anteriores, realizou-se essa análise para o conjunto dos 90 municípios de Pernambuco e para os dois grupos de municípios, separadamente.

Resultados e discussão

As medidas de tendência central e dispersão para as variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde, descritas na Tabela 1, confirmaram as expectativas de crescimento das variáveis, o que ocorreu no GRUPO 1, no GRUPO 2 e no conjunto de todos os 90 municípios. Com relação à Receita, em 2002, o GRUPO 1 apresentou todas as medidas superiores às do GRUPO 2, sendo que, em 2011, essa superioridade manteve-se apenas para o máximo (R\$ 4.908,78), para o desvio padrão (606,19) e para o coeficiente de variação (39,98%). Analisando a Despesa, em 2002, o GRUPO 1 teve todas as medidas superiores, exce-

to o coeficiente de variação (35,92%) e, em 2011, essa superioridade inverteu-se para o GRUPO 2.

A expectativa de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* se baseou no crescimento econômico do estado de Pernambuco, que teve como principais setores a indústria, os serviços e a agropecuária¹³.

No que se refere à expectativa de incremento da Despesa com Saúde *per capita*, levou-se em consideração, além do crescimento econômico do estado, as orientações de determinados instrumentos legais, como as NOBs, NOASs e a Emenda Constitucional nº 29/2000. Diversos outros estudos vêm apontando o crescimento tanto da receita municipal, como da despesa com saúde dos municípios^{14,17-19}.

Tomando mais detalhadamente o coeficiente de variação, na Tabela 1, fica evidente a redução dessa medida em ambas as variáveis entre todos os grupos, exceto para a Receita Orçamentária *per capita* no GRUPO 2, em que o coeficiente de variação aumentou de 34,91%, em 2002, para 36,72%, em 2011. A análise dessa medida denota que, entre 2002 e 2011, essas variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde tornaram-se mais homogêneas entre os municípios do estudo.

Araujo e Oliveira²⁰ levantaram a evidência de que as transferências intergovernamentais, em particular as do FPM, têm minimizado a enorme variância no padrão de financiamento dos municípios brasileiros. Com base no achado desses autores, assume-se que o FPM pode também explicar a tendência à homogeneidade nos municípios do nosso estudo.

Com relação à homogeneidade da Despesa com Saúde *per capita*, o estudo de Leite et al.¹⁸ também evidencia tendência à uniformidade da despesa total com saúde em municípios do Rio Grande do Norte, nos anos de 2003, 2004 e 2005.

A evolução das variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde, demonstrada na Figura 1, coincide com o crescimento e com a inversão das medidas delas entre os dois grupos, apontados na Tabela 1. Conforme a Figura 1, o GRUPO 1, no início da série, apresentava, para todas as variáveis de Financiamento e Gasto, valores superiores aos do GRUPO 2, situação que inverteu-se no último ano da série, conforme apresentado na Tabela 1, onde as medidas de tendência central e de dispersão no GRUPO 2 tornaram-se superiores às do GRUPO 1.

Como descrito na metodologia, o GRUPO 2 corresponde aos municípios de Pernambuco com os maiores percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita*, então, de acor-

Tabela 1. Medidas de tendência central e dispersão dos municípios de Pernambuco. Pernambuco, Brasil, 2002-2011.

		Receita Orçamentária <i>per capita</i> (R\$)		Despesa com Saúde <i>per capita</i> (R\$)	
		2002	2011	2002	2011
Todos os 90 municípios	Mediana	224,55	1.466,48	45,78	306,92
	Média	260,97	1.574,06	47,50	324,31
	Máximo	1.424,01	4.908,78	146,14	851,63
	Mínimo	119,57	844,64	5,95	151,54
	Des. padrão	171,57	844,64	20,35	106,10
	Coef. de variação (%)	65,87	38,25	42,84	32,72
Grupo 1*	Mediana	273,26	1.403,50	49,69	292,12
	Média	320,44	1.516,31	54,16	318,01
	Máximo	1.424,01	4.908,78	146,14	818,74
	Mínimo	154,14	844,64	32,31	151,54
	Des. padrão	218,12	606,19	19,45	102,74
	Coef. de variação (%)	68,07	39,98	35,92	32,31
Grupo 2**	Mediana	198,06	1.511,50	36,98	314,37
	Média	201,49	1.631,81	40,84	330,60
	Máximo	539,71	4.674,54	114,71	851,63
	Mínimo	119,57	915,74	5,95	205,20
	Des. Padrão	70,35	599,24	19,19	110,15
	Coef. De variação (%)	34,91	36,72	46,99	33,32

* Conjunto dos municípios com os menores crescimentos percentuais da Receita Orçamentária *per capita*. **Conjunto dos municípios com os maiores crescimentos percentuais da Receita Orçamentária *per capita*.

Fonte: Elaboração própria.

do com a primeira premissa adotada, já era de se esperar que esse grupo apresentasse modificação dessas variáveis.

A análise da Figura 1 aponta, ainda, o comportamento similar dessas variáveis para os dois grupos de município, com picos, nos anos de 2006 e 2009, e quedas, em 2008 e 2010. Buscando entender que fatores podem estar atrelados a isso, recorreu-se à literatura em uma abordagem macroeconômica, o que será discutido mais adiante.

Analisando a distribuição das variáveis de Financiamento e Gasto entre os dois grupos, conforme a Figura 2, para todas as variáveis o *p-valor*, encontrado por meio do Teste Não Paramétrico da Mediana, foi superior a 0,05. Desse modo, conclui-se que apesar dos dois grupos representarem municípios com percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* diferenciados, a análise estatística traçada aqui não evidenciou diferenças na distribuição das variáveis entre eles.

Esse achado ratifica que para todas as variáveis, em ambos os grupos, houve crescimento,

exceto para a participação das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde, que ficou estagnada entre 40% e 50%.

A Tabela 2 apresenta os Coeficientes de Correlação de Spearman e os *p-valores*, obtidos mediante a associação entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*. Mediante os dados apresentados na referida tabela, constatou-se correlação significativa forte entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita* ($r = 0,988$, $p < 0,001$), tanto para o GRUPO 1 como para o GRUPO 2 e, também, para o conjunto dos 90 municípios. Essa forte correlação também foi evidenciada nos estudos de Espírito Santo et al.¹⁴ e de Nunes¹⁹.

O estudo de Espírito Santo et al.¹⁴, o qual trabalhou com todos os municípios de Pernambuco agregados por Gerência Regional de Saúde (Geres), verificou que o orçamento municipal *per capita* se correlacionou fortemente com a despesa com saúde *per capita* dos municípios, passando esta correlação de moderada, em 2000, a forte,

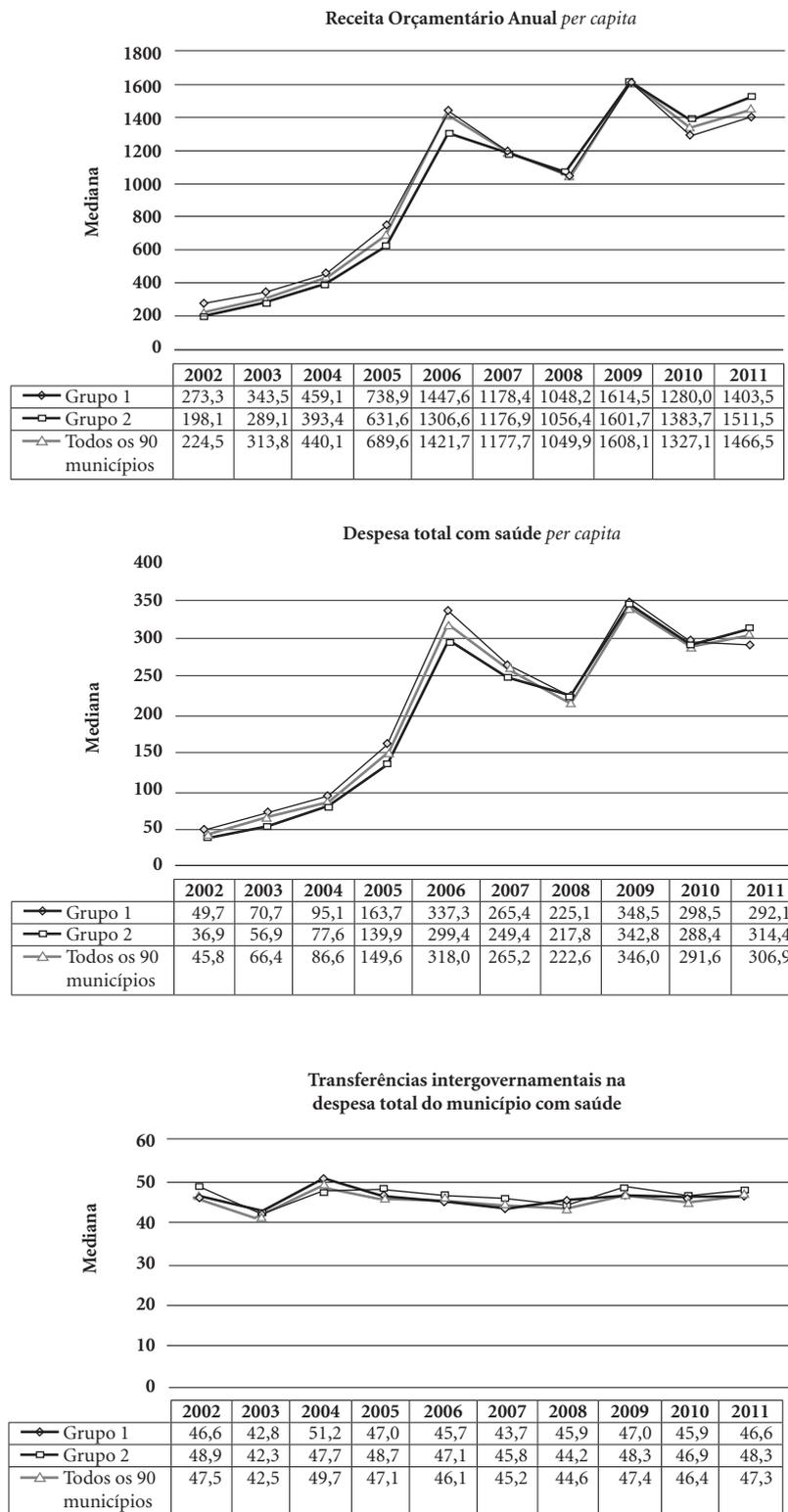


Figura 1. Evolução das variáveis de Financiamento e Gastos, no período de 2002-2011. Pernambuco, Brasil, 2002-2011.

Fonte: Elaboração própria.

Variável	Boxplot	p-valor
Receita Orçamentária Anual <i>per capita</i>		0,641
Despesa com Saúde <i>per capita</i>		0,053
Despesa com Saúde <i>per capita</i> sem a participação das transferências		0,053
Transferências intergovernamentais na despesa total do município com saúde		1,000

Figura 2. Boxplot das variáveis de Financiamento e Gasto e resultados do Teste não-paramétrico da Mediana. Pernambuco, Brasil, 2002-2011.

Fonte: Elaboração própria.

em 2007. Nunes¹⁹ analisou a relação entre a despesa total com saúde *per capita* e a receita própria *per capita* nos municípios de São Paulo, Espírito Santo e Ceará, e encontrou, respectivamente, os valores de r^2 82,1%, 64,8% e 46,6%, evidenciando correlações positivas. Ou seja, segundo esses autores quanto maior for a receita disponível, maior será o gasto *per capita* com saúde.

Outra evidência importante apontada no estudo de Espírito Santo et al.¹⁴ refere-se ao achado de que a média percentual dos recursos próprios aplicados em saúde pelas municipalidades, no estado de Pernambuco, já ultrapassava o previsto pela Emenda Constitucional nº 29/2000. Em 2007, à exceção de uma, todas as demais Geres já apresentavam um valor médio de aplicação de recursos próprios entre 17,01% e 22,26%.

Os municípios, de forma geral, diferentemente da União e dos estados, desde a instauração da Emenda Constitucional nº 29/2000, sempre cumpriram os percentuais mínimos de investimento em saúde. Inclusive superando o percentual mínimo (15%) fixado legalmente. Isso demonstra que a vinculação de recursos pela emenda não alterou o quadro do financiamento da saúde dos municípios²¹.

Tabela 2. Relação entre Receita Orçamentária Anual *per capita* a Despesa com Saúde *per capita*, sob a responsabilidade dos Municípios. Pernambuco, Brasil, 2002-2011.

	Spearman	p-valor
Todos os 90 municípios	0,988	< 0,001
Grupo 1	0,988	< 0,001
Grupo 2	0,988	< 0,001

Fonte: Elaboração própria.

No entanto, destaca-se que, apesar disso, o valor da Despesa com Saúde *per capita* sob a responsabilidade dos municípios pernambucanos ainda se mostra muito reduzido, quase sempre inferior à média nacional, o que representa forte entrave à plena descentralização na oferta e gestão dos serviços de saúde no estado¹⁴.

No intuito de compreender as causas desses entraves, remonta-se, portanto, à segunda premissa do estudo, a qual trata da relação entre a política monetária de metas da inflação e o volume de transferências da União para os municípios, numa discussão macroeconômica, assumindo que fenômenos macroestruturais estão implicados na política de financiamento da saúde.

Para investigar essa premissa, foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman e os *p-valores* entre a Taxa de Inflação (IPCA) e as variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde dos municípios pernambucanos.

A Tabela 3 apresenta as medidas de associação entre as referidas variáveis, em que pode-se constatar correlação significativa forte entre a Taxa de Inflação (IPCA), a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*. Essa correlação forte (r acima de 0,7) se deu para o conjunto dos 90 municípios, para o GRUPO 1 e para o GRUPO 2. Destaca-se que todos os valores do coeficiente de correlação de Spearman foram negativos, indicando relação inversa entre as variáveis. Ou seja, quando a Taxa de Inflação (IPCA) aumenta, as variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde dos municípios pernambucanos, aqui elencadas, sofrem redução.

Ainda analisando a Tabela 3, não foi identificada relação significativa entre a Taxa de Inflação (IPCA) e o percentual das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município

Tabela 3. Relação entre Taxa de Inflação (IPCA) e variáveis de Financiamento e Gasto em Saúde dos municípios do estudo. Pernambuco, Brasil, 2002-2011.

	Receita Orçamentária <i>per capita</i>	Despesa com Saúde <i>per capita</i>	Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde
TODOS OS 90 MUNICÍPIOS	-0,723 ($p = 0,018^*$)	-0,796 ($p = 0,006^{**}$)	0,207 ($p = 0,567$)
GRUPO 1	-0,796 ($p = 0,006^{**}$)	-0,815 ($p = 0,004^{**}$)	0,073 ($p = 0,841$)
GRUPO 2	-0,669 ($p = 0,005^*$)	-0,723 ($p = 0,018^*$)	0,030 ($p = 0,934$)

*Ao nível de significância de 0,05. **Ao nível de significância de 0,01.

Fonte: Elaboração própria.

com Saúde, o que se deve ao fato dessa variável não ter sofrido grandes variações no período em estudo, conforme pode ser verificado revendo a Figura 1, na qual observa-se que o referido percentual ficou em torno de 40% e 50%.

O estudo de Soares e Santos²², ao analisar o gasto público com saúde dos entes federados, no período de 1990 a 2012, verificou que a participação relativa da União nas despesas com saúde apresentou acentuada queda de 38,4%, enquanto que os estados tiveram um aumento de 87,2% e os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012 – um aumento de 138,8%.

Deve-se ter em conta que a União é o ente de maior participação nas transferências para a saúde no município. Portanto, cabe discutir a relação entre esse achado e dois elementos: a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) e a DRU.

A CPMF vigorou de 1996 até 2007 e foi criada para ser destinada exclusivamente à saúde, o que não foi respeitado e seus recursos foram carreados para a previdência e para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Além do mais, a incorporação dos recursos provenientes da CPMF para a saúde foi acompanhada por perdas de outras receitas, como a Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL)^{23,24}. Ou seja, a CPMF, que teria o papel de incrementar o financiamento da saúde na União, acabou tendo o papel de substituir perdas de receitas. Sendo um dos fatores explicativos para a estagnação da participação das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde.

Outro elemento importante para a discussão em tela é a DRU. Esse dispositivo é uma “manobra” que carrega 20% do orçamento da União para o superávit primário, incidindo tanto sobre os impostos como sobre as contribuições sociais^{23,24}, o que limita a disponibilidade de recursos a ser transferido para investimento na saúde dos municípios. Portanto, apesar de nos municípios não haver DRU, essa “manobra” traz implicações diretas na disponibilidade de recursos para esse ente.

Tanto a CPMF como a DRU são dispositivos de ajuste fiscal adotados pela União no intuito de atender aos ditames da política macroeconômica de estabilização e de ajustes estruturais da economia, impostos por agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados²⁵.

Além das medidas de ajuste fiscal, há de se considerar a política econômica que tem sido adotada pelo país, também para alinhamento à política macroeconômica. Na atual conjuntura brasileira, a política econômica é praticamente reduzida ao uso da monetária e à submissão da fiscal, com vistas a alcançar o controle inflacionário. O regime de metas da inflação vem sendo adotado, desde a década de 1990, por muitos países, dentre desenvolvidos e subdesenvolvidos¹¹.

Segundo Leite e Almeida¹¹, essa política econômica foi posta em prática, de forma definitiva, com a implantação do Plano Real, *quando se verificou uma menor participação do Estado na economia que culminou na redução de gastos públicos via política fiscal restritiva, e de uma política monetária contracionista com altas taxas de juros, que servem de pressuposto para o discurso de controle inflacionário.*

Conforme a política monetária adotada, nos momentos em que a inflação se eleva, utiliza-se da manipulação da taxa de juros pelo Banco Central para a manutenção da inflação em patamares baixos. De forma mais detalhada, a política de metas inflacionárias funciona a partir da seguinte lógica: sempre que a inflação se eleva, elevam-se também as taxas de juros e, como consequência, a dívida pública e o déficit público. É usando a justificativa do déficit público que o governo limita os gastos com o setor social em prol do pagamento da dívida pública¹¹.

Os defensores dessa política de metas inflacionárias argumentam que os juros são altos por causa do déficit público elevado. No entanto, dados analisados por Leite e Almeida¹¹ desmontam essa lógica. A análise dessas autoras evidencia que se fossem desconsiderados os juros da dívida, o déficit público seria muito pequeno, chegando a haver superávit em alguns anos. Com isso, as autoras trazem dados contundentes de que a causalidade é inversa: o déficit e a dívida sobem porque os juros são altos e não o contrário. Como consequência, a economia, para pagar os juros da dívida, compromete recursos que deveriam ser investidos em áreas sociais, como é o caso da saúde. Ou seja, o que ocorre é o uso do superávit primário para pagamento da dívida pública em detrimento da aplicação de recursos em políticas sociais.

Conclusão

Mediante a descrição da evolução das variáveis do estudo, pode-se constatar que houve importante crescimento das de Financiamento e Gasto

nos municípios de Pernambuco, mesmo tendo sido considerados aqueles com percentuais de crescimento da Receita Orçamentária *per capita* diferenciados.

No cenário do estado de Pernambuco, que experimentou, no período do estudo, importante crescimento econômico, os dados corroboraram com a literatura ao evidenciar a associação estatisticamente significativa entre a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita*. Esse dado confirma o papel da receita na ampliação e diversificação da despesa com saúde.

Porém, o baixo crescimento da participação das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde em contraste com a elevação da Despesa própria com Saúde *per capita* limita a aplicação de recursos no setor, pois a capacidade de arrecadação municipal é muito inferior à da União.

Fica claro, então, o papel que a receita própria do município tem tido para o financiamento da saúde desse ente. Mediante isso, pode-se deduzir que o incremento da despesa com saúde se deve mais ao crescimento da arrecadação dos municípios que ao crescimento das transferências, já que essas, em termos relativos, não se elevaram no período estudado.

A despeito da relação presente entre as variáveis, em que se constata a indução da receita própria municipal ao crescimento da despesa com saúde, a disponibilidade de recursos para a área continua sendo um dos grandes e atuais desafios do SUS, principalmente quando se trata da capacidade de financiamento municipal. Mesmo após a instituição de diversos dispositivos legais, como a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, imposições de ordem macroestrutural restringem o financiamento do setor.

A forte relação inversa entre a Taxa de Inflação (IPCA), a Receita Orçamentária *per capita* e a Despesa com Saúde *per capita* é dado concreto, o que comprova que o alinhamento à política macroeconômica, via adoção da política monetária de metas da inflação, restringe o financiamento da saúde.

O fato da participação das Transferências Intergovernamentais na Despesa Total do Município com Saúde se manter estável também reflete o impacto das medidas fiscal restritivas na aplicação em saúde. Esse achado é sintomático

para a necessidade de a União, já que é o ente de maior capacidade de arrecadação, fazer-se mais presente no financiamento. Ou, quem sabe indo além, questionar até que ponto terá o município capacidade de gerir a saúde de seu território, atendendo ao princípio da universalidade em um contexto de limitação de recursos.

Assim, a questão do financiamento da saúde deve levar em consideração as relações interfederativas resultantes do modelo de federalismo fiscal adotado pelo país, que se impõe também como um fator a ser considerado na análise do financiamento municipal da saúde.

A política monetária de metas da inflação e o uso do superávit primário para pagamento da dívida pública ocasiona a retração do Estado, o que é sentido, principalmente, pelas áreas sociais, como a saúde. Com isso, para além da questão federativa há de se questionar o modelo adotado de política econômica e suas implicações para a sustentabilidade do SUS.

Colaboradores

M Feliciano trabalhou na concepção da pesquisa, na coleta e análise de dados e na redação do artigo; AFB Bezerra trabalhou na concepção da pesquisa, análise de dados e na redação do artigo; ACG Espírito Santo na concepção da pesquisa e na redação do artigo.

Agradecimento

Este estudo foi fruto da dissertação de mestrado da autora principal, concluído no Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva - PPGISC da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Cabe, portanto, agradecer aos professores do programa pelos ensinamentos que resultaram na formação da aluna, com expressão nessa produção. Agradecemos, ainda, à CAPES por financiar a bolsa de mestrado.

Referências

1. Melo MA. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal” efeitos perversos da descentralização? *São Paulo Perspec* 1996; 10(3):11-20.
2. Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):263-286.
3. Carvalho B, Costa AC. Da centralização à descentralização, da municipalização à terceirização: a quem compete a escolarização da criança brasileira hoje? *Revista Paulista de Educação* 2012; 1(1):3-16.
4. Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
5. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de setembro 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. *Diário Oficial da União* 1990; 31 set.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: Conass; 2011.
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
8. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):511-522.
9. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saude* 2009; 6(3):573-597.
10. Oliveira FA, Rezende F. O Estado e a federação. In: Rezende F, Tafner P, editores. *Brasil: o estado de uma nação*. Rio de Janeiro: Ipea; 2005. p. 252-283.
11. Leite KVBS, Almeida ACS. Aspectos Políticos e Teóricos da Relação entre Taxa de Juros, Inflação e Déficit Público. In: *Anais do V Encontro Internacional da Associação Keynesiana Brasileira (AKB)*; 2012; São Paulo. p. 1-25.
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [internet]. *Tabela 21: Produto interno bruto a preços correntes, impostos, líquidos de subsídios, sobre produtos a preços correntes e valor adicionado bruto a preços correntes total e por atividade econômica, e respectivas participações/1999-2010*. [acessado 2013 jan 8]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=21&z=p&o=39&i=P>
13. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. *Relatório Interno*. Recife: SES; 2012.
14. Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):861-871.
15. Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
16. Dancey CB, Reidy J. *Estatística sem matemática: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Scatena JHG, Viana ALA, Tanaka OY. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cad Saude Publica* 2009; 25(11):2433-2445.
18. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1849-1856.
19. Nunes AA. *Alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.
20. Araujo EA, Oliveira PAS. Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. *Informe-se/BNDES* 2001; (28):1-8.
21. Mendes AN. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no estado de São Paulo (1995-2001)* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
22. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate* 2014; 38(100):18-25.
23. Dain S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1851-1864.
24. França JRM, Costa NR. A dinâmica da vinculação de recursos para a saúde no Brasil: 1995 a 2004. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):241-257.
25. Lima LD. *Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais* [tese] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

Artigo apresentado em 10/11/2015

Aprovado em 27/06/2016

Versão final apresentada em 29/06/2016