UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais

Luciana Dias de Lima

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva. Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva - área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Volume 1

Rio de Janeiro
2006

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais

Aluna: Luciana Dias de Lima

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Eduardo Levcovitz (coordenador)

_____

Prof[a] Dr[a] Ana Luiza d'Ávila Viana

_____

Prof[a] Dr[a] Maria Alícia Dominguez Ugá

_____

Prof. Dr. Alberto Lopes Najar

_____

Prof[a] Dr[a] Sulamis Dain

_____

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos

Rio de Janeiro
2006

Para João Pedro que partiu e Larissa que chegou nos anos do doutorado.

João Pedro, que dedicou sua vida à família e à medicina, não me deixa esquecer quem eu sou: sua filha.

Larissa, cujo amor me ensina todo dia a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

O trabalho de elaboração de uma tese é árduo e são muitos os momentos de angústia e solidão, encarados como etapas quase naturais desse processo. Mas agora, com “o filho parido”, me sinto extremamente realizada e grata. Tenho certeza que não teria chegado a este ponto se não fosse o apoio pessoal e institucional recebido.

Dadá foi, acima de tudo, um amigo, pois sempre depositou grande confiança em mim. Graças a ele, tive a liberdade e o apoiou necessários para ousar caminhos e aprender com minhas próprias escolhas, amadurecendo profissionalmente. Também devo a Dadá a possibilidade de, na teoria e na prática, poder refletir criticamente sobre os caminhos e dilemas na construção do SUS.

Desde o mestrado no IMS, Sulamis Dain me chamou atenção e estimulou a estudar as relações existentes entre os sistemas federativos e as políticas de saúde. Por meio de suas disciplinas e devido a sua atuação como professora, me apaixonei por essa temática e aprendi sobre o federalismo fiscal e o financiamento do SUS. Muitas das idéias aqui trazidas são fruto da convivência e das leituras proporcionadas nos cursos por ela oferecidos. Suas orientações ao longo do processo de desenvolvimento deste trabalho foram fundamentais.

Alberto Najar me assistiu na realização do estudo empírico, permitindo a transformação de uma massa de dados em informações. Com sua experiência, conhecimento e generosidade, ele me ensinou a ter paciência com os números e a não superestima-los, visto que, por mais seduzidos que estejamos com os resultados alcançados, esses são sempre limitados.

Como não poderia deixar de ocorrer, Ana Luiza Viana foi precisa em suas sugestões. Quando a apresentei algumas idéias iniciais ainda confusas, ela me ajudou a delimitar questões e a olhar para o tema do financiamento da saúde sob um enfoque mais amplo. Agradeço a ela grande parte do conhecimento que adquiri em minha vida profissional como pesquisadora.

Ana Cecília, Cristiani e Tatiana estiveram comigo e me ajudaram em todas as etapas da tese. Só pessoas grandiosas como a Ana fazem determinadas coisas. Ela me forneceu valiosos comentários na banca de qualificação, respondeu às inúmeras dúvidas que tive durante a tabulação e análise dos dados do SIOPS e traduziu em tempo recorde e de forma super-competente o resumo da tese para o inglês. Com Cristiani (amiga de tantos anos) e Tatiana compartilhei e amadureci idéias, não me senti sozinha e pude desabafar nos

momentos mais difíceis. Tenho muita sorte de tê-las como amigas e companheiras de sala e trabalho.

Do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP recebi vários apoios. Na chefia, Margareth Portela e Alícia Ugá concederam o tempo indispensável para que eu cursasse o doutorado e desenvolvesse a tese. Silvia Porto me auxiliou no recorte do projeto que ainda estava muito amplo na qualificação, e se colocou sempre disponível a me ajudar. Maria Helena Mendonça compreendeu minha necessidade de afastamento na reta final e me transmitiu a tranqüilidade necessária. Beth, Ravier, Creuza e Marilene cederam suas salas e permitiram que eu me isolasse para escrever esse trabalho. Marina deu importantes dicas para construção e análise das tabelas. Carla e Raulino me socorreram quando tive dúvidas na utilização do SPSS. Outros colegas da ENSP me incentivaram de diversas formas e em vários momentos, particularmente, Antenor, Chorny, Eliana, Fafá, Gadelha, Lígia, Márcia, Maris, Miguel, Mônica, Rosana, Sheila, Temporão e Vera. Na Secretaria, Sônia, Marluce, Carmen, Luzimar, Fabiano, Wellington e Sr. João não me negaram auxílio toda vez que precisei.

No Instituto de Medicina Social encontrei intelectuais e professores brilhantes que me colocaram em “ombros de gigantes”. Além de Dadá, Sulamis e Ana Luiza, agradeço, especialmente, a Ruben, Kornis, Kenneth, Roseni, Fiori, Madel, Hésio, Noronha, Cid e Ricardo Tavares por tudo que me ensinaram durante o mestrado e o doutorado, e por me mostrarem novas perspectivas para análise da política de saúde e da realidade brasileira. Na Secretaria e Biblioteca do IMS, Márcia, Silvia, Andreia e Ana Beatriz me deram suporte para a finalização do doutorado.

No IUPERJ, pude cursar disciplina do professor Wanderley Guilherme que me trouxe importantes aportes da ciência política no estudo de políticas públicas.

A equipe do SIOPS atendeu minha solicitação e forneceu as bases utilizadas na pesquisa. Em especial, Rodrigo Benevides foi muito atencioso ao me receber e conversar comigo sobre as possibilidades e limites dos dados.

Jesen Santos fez uma revisão caprichosa do texto corrido e Lincoln Xavier uma formatação cuidadosa dos quadros, tabelas e gráficos do volume 2 da tese

Amigas como Stella, Ane, Paulinha, Anna e Claudinha me ajudaram a afogar a inquietude e a relaxar nos momentos de tensão. Stella e Paulinha também foram extremamente solidárias e, apesar de super-ocupadas com seus próprios trabalhos e doutorados, leram partes da tese e fizeram comentários e sugestões. Roberta foi uma excelente

parceira durante o período de disciplinas, quando debatemos sobre diversos assuntos e nos aventurarmos no IUPERJ.

Minha mãe Jucilda me deu muita força, principalmente quando as tarefas de casa me sobrecarregaram. Fico feliz em tê-la por perto sempre que preciso de sua ajuda. Maria Julia, João Pedro Júnior e Gilberto, me dando estímulo, e Vinícius, com sua alegria, não me deixaram esmorecer.

Finalmente, meus amores e fontes de inspiração, Nerval, Teresa e Larissa, me iluminaram na elaboração desse trabalho. Nerval, companheiro nessa longa jornada, teve paciência, me deu colo e segurou a barra com as meninas nos vários finais de semana em que precisei mergulhar nos papéis. Teresa soube controlar a vontade de ter sua mãe mais presente. Vou guardar para sempre a lembrança de seu rostinho lindo, dividido, quando logo após ter feito bagunça, entrava no escritório e me perguntava baixinho “mamãe, você está conseguindo trabalhar?”. Seus olhos brilharam de felicidade quando disse que tinha terminado... Larissa, caçulinha, preencheu meus dias com sua ternura e chamego.

Agradeço muito a vocês. Afinal, não somos ou realizamos nada que verdadeiramente valha a pena sozinhos.

"Alguém não anda a cumprir o seu dever. Não andam a cumpri-lo os Governos, porque não sabem, porque não podem, ou porque não querem. Ou porque não lho permitem aqueles que efectivamente governam o mundo, as empresas multinacionais e pluricontinentais cujo poder, absolutamente não democrático, reduziu a quase nada o que ainda restava do ideal da democracia. Mas também não estão a cumprir o seu dever os cidadãos que somos. Pensemos que nenhuns direitos humanos poderão subsistir sem a simetria dos deveres que lhes correspondem e que não é de esperar que os Governos façam nos próximos cinquenta anos o que não fizeram nestes que comemoramos. Tomemos então, nós, cidadãos comuns, a palavra. Com a mesma veemência com que reivindicamos direitos, reivindiquemos também o dever dos nossos deveres. Talvez o mundo possa tornar-se um pouco melhor."

José Saramago (trecho de discurso perante os amigos, logo após receber o Nobel em1998)

RESUMO

O trabalho aborda as relações entre o federalismo fiscal e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1990 a 2002. Parte-se do pressuposto que decisões críticas dos atores federativos subnacionais estão submetidas aos critérios e condicionantes que regem a distribuição, apropriação e uso de recursos setoriais e de receitas próprias vinculadas à saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional n.29 de 2000.

Na pesquisa, os resultados das regras que definem o financiamento descentralizado do SUS são analisados, comparando-se e correlacionando-se os valores das receitas públicas informadas pelos municípios e estados através do Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde no ano 2002.

Verifica-se que os municípios do Norte, Nordeste e aqueles com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos: 1) possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação estabelecida pela Emenda Constitucional, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa; 2) precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantirem a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde; e 3) são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do Ministério da Saúde.

No âmbito estadual, percebem-se importantes diferenças entre as regiões, sendo particularmente crítica a situação financeira dos estados do Nordeste.

Ainda que o grau de vinculação de recursos à saúde no Brasil seja comparável ao de outros países, observa-se a heterogeneidade nas condições de financiamento, acompanhada pela fragmentação dos dispositivos de transferência e forte determinação no uso dos recursos.

Em que pese a importância das transferências regulares de recursos federais do SUS nos orçamentos subnacionais, ressalta-se a fragilidade dos mecanismos de descentralização implantados. A saúde é sustentada por uma grande variedade de recursos próprios e setoriais que remetem a uma teia de relações e interdependência fiscal e orçamentária envolvendo os três níveis de governo. Entretanto, os entraves para a redistribuição fiscal e para expansão efetiva dessas receitas permanecem no início dos anos 2000. No balanço orçamentário final das esferas subnacionais, verifica-se que as diferenças nas receitas totais vinculadas à saúde são expressivas entre os municípios agrupados por região, estados, porte populacional e capitais, entre os estados e o Distrito Federal.

Os achados indicam os problemas do sistema tributário brasileiro, incapaz de compensar desequilíbrios fiscais e orçamentários mais permanentes e estruturais dos diferentes níveis de governo. Também sugerem efeitos contraditórios de um financiamento público da saúde que reagiu e se institucionalizou numa federação marcada por profundas desigualdades e em uma conjuntura política e econômica adversa à expansão do papel do Estado.

Palavras-chave: federalismo; descentralização da política de saúde; financiamento do Sistema Único de Saúde; gestão em saúde.

ABSTRACT

Title: Federalism, fiscal relations and the financing of the Unified Health System: the distribution of health bound resources in the budgets of municipal and state governments

The thesis deals with the relationship between fiscal federalism and the financing of the Unified Health System (SUS), from 1990 until 2002. It is built on the assumption that critical decisions of subnational actors in the federation are bounded by criteria and conditions that rule the distribution, the appropriation and the use of sector resources and of their own fiscal resources that are bound to the health policy by the Constitutional Amendment nr. 29/2000.

The outcomes of the rules that define the decentralized financing of SUS are analyzed in the thesis by comparing and correlating the amounts of the public revenues informed by municipalities and states through the Information System on Public Budgets for Health in the year 2002.

By comparing municipalities of the Northern and Northeastern Regions and those with population varying from 20,000 to 100,000 people with other groups it is verified that: (1) they have fewer chances to invest more of their own resources in health as an effect of the constitutional binding, given that the availability of these sources is relatively low; (2) they must develop a strong fiscal effort and compromise a larger part of their budgets in order to guarantee the matching of their resources to their health spending needs; and (3) they are the municipalities that the depend the most from health federal transfers in order to expand the resources destined to SUS and, because of that, they are subject to Ministry of Health's induction and control mechanisms.

As far as the states are concerned, there are important regional differences. The financial situation of the Northeastern states is particularly critical.

Although the degree of binding of resources to the health sector in Brazil is comparable to other countries, it is possible to notice the heterogeneous conditions of financing, the fragmentation of the transfer mechanisms and the strong determination in the use of resources.

Despite the importance of the regular federal transfers of SUS in the subnational budgets, it is noticeable the frailty of the decentralization mechanisms in place. Health is supported by a great variety of fiscal and sectorial resources that suggest a net of fiscal and budget relationships and inter-dependency involving the three levels of government. However, the problems relating to fiscal redistribution and resource expansion still exists in the beginning of the years 2000. The final budgetary balance of the subnational governments is one where the differences in the total revenues bound to health are very important when the municipalities are analyzed by groups of regions, states, population, capital and non-capital.

The findings indicate the problems of the Brazilian fiscal system, that is unable to compensate for the more permanent and structural fiscal and budgetary imbalances among the levels of government. They also suggest contradictory effects of the public financing of health that reacted and solidified in a federation that is characterized by profound inequalities, in a political and economic framework that is adverse to the expansion of the role of the State.

Key words: federalism; health policy decentralization; financing of the Unified Health System, health management.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURA

FIGURA 1 MODELO DE ANÁLISE SOBRE AS CARACTERÍSTICAS E RESULTADOS DO FEDERALISMO FISCAL NO FINANCIAMENTO DESCENTRALIZADO DO SUS EM 2002 24

QUADROS

QUADRO 3.1 FORMAS DE FINANCIAMENTO FEDERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DESCENTRALIZADOS DO SUS NO PERÍODO DE 1990 A 2002..... 119
QUADRO 3.2 EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DO SUS PARA AS ESFERAS SUBNACIONAIS DE GOVERNO DE 1994 A 2002 (SITUAÇÃO NO MÊS DE DEZEMBRO DE CADA ANO) 120
QUADRO 3.3 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA PARTICIPAÇÃO DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA CONSOLIDADAS NO PERÍODO DE 1990 A 2002..... 134
QUADRO 4.1 DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES DOS MUNICÍPIOS VINCULADAS À SAÚDE – BRASIL - 2002 147
QUADRO 4.2 DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE – BRASIL - 2002 153
QUADRO 4.3 SITUAÇÃO DA HABILITAÇÃO DOS ESTADOS E DF NAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DO SUS PREVISTAS NA NOB 01/96 E NOAS 01/2002 - BRASIL - 2002 172
QUADRO 5.1 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS MUNICIPAIS CORRENTES, DE CAPITAL E TOTAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* – BRASIL – 2002 174
QUADRO 6.1 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS VINCULADAS À SAÚDE - EM REAL (R$) *PER CAPITA* – BRASIL – 2002..... 229

TABELAS

TABELA 3.1 INDICADORES DE GASTO EM SAÚDE EM PAÍSES FEDERATIVOS SELECIONADOS, 2002..... 114
TABELA 3.2 PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS RECURSOS FEDERAIS DO SUS SEGUNDO GRUPOS DE DESPESA NO PERÍODO DE 1997 A 2002..... 125
TABELA 4.1 ABRANGÊNCIA POPULACIONAL E REPRESENTATIVIDADE DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS NA PESQUISA POR REGIÃO E UF - BRASIL – 2002 160
TABELA 4.2 ABRANGÊNCIA POPULACIONAL E REPRESENTATIVIDADE DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS NA PESQUISA SEGUNDO PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002..... 161
TABELA 4.3 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR ESTADOS E DF – BRASIL – 2002 169
TABELA 5.1 RECEITAS MUNICIPAIS *PER CAPITA* RELATIVAS - CORRENTE, DE CAPITAL E TOTAL. RAZÃO ENTRE OS VALORES MEDIANOS OBSERVADOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS E A MEDIANA NACIONAL - BRASIL – 2002 200

TABELA 5.2 RECEITAS MUNICIPAIS *PER CAPITA* RELATIVAS - ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA PRÓPRIA, FPM, ICMS, SUS E FUNDEF. RAZÃO ENTRE OS VALORES MEDIANOS OBSERVADOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS E A MEDIANA NACIONAL - BRASIL – 2002 206

GRÁFICOS

GRÁFICO 2.1 EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DO FPE E FPM NO TOTAL DO IR E IPI ARRECADADOS - BRASIL - 1967 A 1993 79
GRÁFICO 4.1 DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS E DAQUELES ANALISADOS NA PESQUISA POR REGIÃO – BRASIL - 2002 162
GRÁFICO 4.2 DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS E DAQUELES ANALISADOS NA PESQUISA POR PORTE POPULACIONAL – BRASIL - 2002 163
GRÁFICO 5.1 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS - BRASIL - 2002 177
GRÁFICO 5.2 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS REFERENTES ÀS TRANSFERÊNCIAS REGULARES DA UNIÃO - BRASIL - 2002 178
GRÁFICO 5.3 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 180
GRÁFICO 5.4 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES MUNICIPAIS ORIUNDAS DE CONVÊNIOS - BRASIL – 2002 181
GRÁFICO 5.5 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS DE CAPITAL MUNICIPAIS COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE - BRASIL - 2002 183
GRÁFICO 5.6 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS MUNICIPAIS SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 186
GRÁFICO 5.7 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 188
GRÁFICO 5.8 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES INTERGOVERNAMENTAIS LEGAIS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL – 2002 190
GRÁFICO 5.9 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES ORIUNDAS DE CONVÊNIOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 195
GRÁFICO 5.10 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS DE CAPITAL NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 196
GRÁFICO 5.11 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS MUNICIPAIS SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 199
GRÁFICO 5.12 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 202
GRÁFICO 5.13 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES INTERGOVERNAMENTAIS LEGAIS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 204
GRÁFICO 5.14 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES ORIUNDAS DE CONVÊNIOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 209

GRÁFICO 5.15 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS DE CAPITAL NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 210
GRÁFICO 5.16 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DAS RECEITAS DE CAPITAL VINCULADAS À SAÚDE NA RECEITA DE CAPITAL DOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 211
GRÁFICO 5.17 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS DOS ESTADOS E DF SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA - BRASIL – 2002 212
GRÁFICO 5.18 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO - BRASIL - 2002 215
GRÁFICO 5.19 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DO SUS E DE SERVIÇOS DE SAÚDE NAS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS LEGAIS DOS ESTADOS E DF - BRASIL - 2002 218
GRÁFICO 5.20 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES ORIUNDAS DE CONVÊNIOS DOS ESTADOS E DF POR UF - BRASIL - 2002 223
GRÁFICO 5.21 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DAS RECEITAS DE CAPITAL VINCULADAS À SAÚDE NA RECEITA DE CAPITAL DOS ESTADOS E DF POR UF - BRASIL – 2002 225
GRÁFICO 6.1 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS TAXAS MÍNIMAS DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS *PER CAPITA* (EM VALORES %) - BRASIL – 2002 228
GRÁFICO 6.2 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS *PER CAPITA* COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO - BRASIL – 2002 231
GRÁFICO 6.3 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS MUNICIPAIS ORIUNDAS DE TRANSFERÊNCIAS CORRENTES FEDERAIS DE RECURSOS DO SUS - BRASIL – 2002 233
GRÁFICO 6.4 MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS *PER CAPITA* VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 (APLICADO 15% DE VINCULAÇÃO)- BRASIL - 2002 234
GRÁFICO 6.5 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES MUNICIPAIS VINCULADAS À SAÚDE - BRASIL - 2002 235
GRÁFICO 6.6 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL -2002 238
GRÁFICO 6.7 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL – 2002 240
GRÁFICO 6.8 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES FEDERAIS DE RECURSOS DO SUS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 241
GRÁFICO 6.9 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL - 2002 243
GRÁFICO 6.10 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES FEDERAIS DE RECURSOS DO SUS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR UF - BRASIL - 2002 246
GRÁFICO 6.11 TAXAS MÍNIMAS DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS (VALORES MEDIANOS EM %) - BRASIL - 2002 250
GRÁFICO 6.12 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 251

GRÁFICO 6.13 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 253
GRÁFICO 6.14 VALORES MEDIANOS DOS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS DE RECURSOS DO SUS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* – BRASIL- 2002 254
GRÁFICO 6.15 PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 256
GRÁFICO 6.16 TAXA MÍNIMA DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO (EM VALORES %) - BRASIL - 2002 259
GRÁFICO 6.17 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS VINCULADAS À SAÚDE POR UF - BRASIL - 2002 264
GRÁFICO 6.18 COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DO DF VINCULADAS À SAÚDE – BRASIL - 2002 265

LISTA DE SIGLAS

AC – Acre

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome de Imunodeficiência Adquirira)

AIH- Autorização de Internação Hospitalar

AIS- Ações Integradas de Saúde

AL – Alagoas

AM- Amazonas

AMS- Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP – Amapá

APAC- Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Alta Complexidade

ATRICON- Associação dos Membros dos Tribunais de Contas

BA- Bahia

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CE- Ceará

CES- Conselho Estadual de Saúde

CIB- Comissões Intergestores Bipartite

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CO - Região Centro-Oeste

COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (estaduais)

CONFAZ – Conselho Nacional de Política Fazendária

COREM- Coordenação-Geral das Relações e Análise Financeira de Estados e Municípios

COSEMS- Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CPMF- Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

CSLL- Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas

DATASUS- Departamento de Informações e Informática do SUS

DDGA- Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência

DF – Distrito Federal

DRU- Desvinculação de Receitas da União

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC – Emenda Constitucional

EC 29 – Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000

ECD- Epidemiologia e Controle de Doenças

EPU- Encargos Previdenciários da União

ES- Espírito Santo

FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador

FCO – Fundo para a Região Centro-Oeste

FEF– Fundo de Estabilização Fiscal

FES- Fundo Estadual de Saúde

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

FINBRA- Finanças do Brasil

Finsocial - Fundo de Financiamento Social

FMS- Fundo Municipal de Saúde

FNE – Fundo para a Região Nordeste

FNO – Fundo para a Região Norte

FNS- Findo Nacional de Saúde

FPE- Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal

FPM- Fundo de Participação dos Municípios

FS- Fundo de Saúde

FSE- Fundo Social de Emergência

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

FUNDAP - Fundação do Desenvolvimento Administrativo

FUNDEF- Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério

GASE- Gestão Avançada do Sistema Estadual

GM- Gabinete do Ministro

GO- Goiás

GPAB- Gestão Plena da Atenção Básica

GPSE- Gestão Plena do Sistema Estadual

GPSM- Gestão Plena do Sistema Municipal

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICM - Imposto sobre Circulação de Mercadorias

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IOF- Imposto sobre Operações Financeiras

IPCA- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPI – Exportação - Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados

IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados

IPTU- Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana

IPVA- Imposto sobre a Propriedade de Veículos Auto-motores

IR- Imposto de Renda

IRRF- Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho

ISS - Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza

ITBI - Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis

ITCMD - Imposto sobre Transmissão "Causa-Mortis" e Doações de Bens e Direitos

ITR- Imposto de Transmissão Rural

IVA – Imposto sobre Valor Agregado

IVVC - Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis

LC – Lei Complementar

LC 62/89 – Lei Complementar n. 62 de 28 de dezembro de 1989

LC 87/96- Lei Complementar n.87 de 13 de setembro de 1996 (Lei Kandir)

LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOS- Lei Orgânica da Saúde

LRF- Lei de Responsabilidade Fiscal

MA- Maranhão

MF – Ministério da Fazenda

MG- Minas Gerais

MPF- Ministério Público Federal

MS- Mato Grosso do Sul

MS- Ministério da Saúde

MT- Mato Grosso

NE – Região Nordeste

NH- Não Habilitado nas Condições de Gestão do SUS

NO- Norma Operacional do Sistema Único de Saúde

NO- Região Norte

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OCDE- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômicos

OSS- Orçamento da Seguridade Social

PA- Pará

PAB- Piso da Atenção Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PASEP- Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PB- Paraíba

PCCS- Plano de Carreiras, Cargos e Salários

PE- Pernambuco

PI- Piauí

PIB – Produto Interno Bruto

PIS - Programa de Integração Social

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPI- Programação Pactuada e Integrada

PR- Paraná

Prev-Saúde –Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PROESF- Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PROFAE- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF- Programa de Saúde da Família

Pt- Portaria

RCA- Recurso de Custeio Ambulatorial

REFORSUS- Projeto de Reforço à Reorganização do SUS

RJ- Rio de Janeiro

RN- Rio Grande do Norte

RO- Rondônia

RR- Roraima

RS- Rio Grande do Sul

SAS- Secretaria de Assistência à Saúde ou Secretaria de Atenção á Saúde do Ministério da Saúde

SC- Santa Catarina

SE – Região Sudeste

SE- Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

SE- Sergipe

SES- Secretaria de Estado de Saúde

SIAFEM- Sistema de Acompanhamento das Finanças de Estados e Municípios

SIA-SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS- Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIOPS- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SP- São Paulo

SPS- Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

STN- Secretaria do Tesouro Nacional

SUL- Região Sul

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Constas da União

TO- Tocantins

TRU - Taxa Rodoviária Única

TUNEP – Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

UCA- Unidade de Cobertura Ambulatorial

UF- Unidades da Federação

VIGISUS- Projeto de Vigilância e Controle de Doenças

VISA- Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

1. ESTADOS FEDERATIVOS E POLÍTICAS PÚBLICAS 28

1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS 28

1.2 EFEITOS DO FEDERALISMO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS: CONTRIBUIÇÕES DO ENFOQUE DA CIÊNCIA POLÍTICA PARA A ANÁLISE DA REALIDADE BRASILEIRA 40

2. FEDERALISMO FISCAL: DA TEORIA À PRÁTICA NO BRASIL 53

2.1 A ESPECIFICIDADE E DILEMAS DOS SISTEMAS TRIBUTÁRIOS EM PAÍSES FEDERATIVOS 53

2.2 ORIGEM E CARACTERÍSTICAS DO FEDERALISMO FISCAL CONSOLIDADO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 70

3. FEDERALISMO FISCAL E FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DESCENTRALIZADOS DO SUS: BALANÇO DE UMA DÉCADA EXPANDIDA 83

3.1 DESEQUILÍBRIOS FISCAIS, AJUSTE MACROECONÔMICO E FINANCIAMENTO PÚBLICO DA POLÍTICA DE SAÚDE 83

3.2 DESCENTRALIZAÇÃO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NO FINANCIAMENTO DO SUS 106

4. METODOLOGIA EMPREGADA NO ESTUDO EMPÍRICO 136

4.1 OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 136

4.2 PERFIL DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 159

4.3 PERFIL DOS ESTADOS E DF ANALISADOS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 168

5. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS DAS ESFERAS SUBNACIONAIS DE GOVERNO: PRINCIPAIS COMPONENTES E IMPORTÂNCIA DAS TRANSFERÊNCIAS DO SUS 174

5.1 DADOS RELATIVOS AO UNIVERSO DOS MUNICÍPIOS 174

5.2 MUNICÍPIOS AGREGADOS POR LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA – REGIÃO E UF 184

5.3 MUNICÍPIOS AGREGADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS 198

5.4 DADOS RELATIVOS AOS ESTADOS E DF 211

6. A VINCULAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E AS DIFERENÇAS NO ACESSO AOS RECURSOS PÚBLICOS PARA O FINANCIAMENTO DO SUS 226

6.1 DADOS RELATIVOS AO UNIVERSO DOS MUNICÍPIOS 226

6.2 MUNICÍPIOS AGREGADOS POR LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA – REGIÃO E UF 237

6.3 MUNICÍPIOS AGREGADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS 249

6.4 DADOS RELATIVOS AOS ESTADOS E DF 258

CONSIDERAÇÕES FINAIS 267

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 278

INTRODUÇÃO

"Olho em redor do bar em que escrevo estas linhas.
Aquele homem ali no balcão, caninha após caninha,
nem desconfia que se acha conosco desde o início
das eras. Pensa que está somente afogando problemas
dele, João Silva... Ele está é bebendo a milenar
inquietação do mundo!"

Mario Quintana

Começo essa tese à luz do poema de Mario Quintana. Ele nos lembra de um importante fator que mobiliza e impulsiona as pessoas no desenvolvimento do trabalho científico: a inquietude. Essa tese não poderia ser diferente. Ela tem origem nos questionamentos decorrentes do exercício de funções de planejamento e programação nos diferentes níveis de governo e no interesse despertado da experiência profissional em relação aos dilemas federativos na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não são raras as vezes em que técnicos e dirigentes da saúde buscam um "culpado" para as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços de saúde. Dependendo da situação, os problemas podem recair sobre as decisões tomadas pelas instâncias nacional, intermediárias ou locais, induzindo a determinadas visões antagônicas e polares sobre os processos de descentralização e centralização na política de saúde. Refiro-me aqui às posições radicalizadas de alguns grupos que se mostram favoráveis à municipalização e contrários a qualquer forma de atuação mais incisiva do poder central ou, pelo oposto, daqueles que criticam ferozmente a descentralização e enfatizam a necessidade da condução centralizada da política de saúde.

Na sua maioria, as críticas formuladas à ação do poder Público – das esferas subnacionais e da União - não são pautadas por uma análise do contexto histórico e das condições institucionais concretas onde essas se realizam e nos induzem a um sentimento contrário à própria federação, como se esta forma de organização política do Estado e, particularmente, o federalismo no Brasil, fosse incompatível com a universalização e integralidade do SUS e com o estabelecimento de padrões nacionais na política de saúde.

No entanto, é preciso considerar que os atores políticos agem sempre em realidades sociais complexas, impulsionados e limitados por fatores diversos. Com esse estudo, procura-se compreender melhor alguns fatores relativos à organização federativa brasileira, que interferem nas decisões e relações dos gestores do SUS e dificultam a materialização da política de saúde no território nacional em um contexto específico.

O tema federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas vêm se tornando objeto de interesse crescente na produção científica brasileira e internacional. No Brasil, as reformas das instituições políticas ao longo dos anos 80 - particularmente, a retomada das eleições diretas em todos os níveis de governo a partir de 1982 –, e as deliberações da Constituição Federal de 1988, que propiciaram a descentralização fiscal e a implantação de um programa extensivo de descentralização das políticas sociais durante a década de 1990, contribuíram para que o federalismo ganhasse espaço na agenda de pesquisas. No plano internacional, as mudanças observadas nos Estados Nacionais, caracterizadas por movimentos de descentralização e desconcentração, aliados à multiplicidade de novas experiências e propostas federalistas no mundo ocidental, colocam a discussão sobre as relações intergovernamentais e seus desdobramentos para a reforma dos sistemas de proteção social na ordem do dia.

O trabalho se insere nesse debate, abordando as conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, no período que se estende do início da década de 1990 até 2002. O recorte se justifica pela importância adquirida pelas esferas subnacionais no sistema público de saúde brasileiro, o que faz com que a implantação nacional do sistema dependa das condições relacionadas aos entes municipais e estaduais no desempenho de suas obrigações legais. Entre outras, a capacidade de financiamento em saúde desses governos é peça fundamental para a garantia do acesso universal e sem privilégios às ações e serviços de saúde, da atenção integral compatível com as necessidades e demandas da população e realizada de acordo com padrões de qualidade reconhecidos.

A contradição intrínseca entre as imensas desigualdades socioeconômicas e espaciais que configuram nossa federação e o modelo pretendido para o SUS traz desafios para a adoção de mecanismos que compensem as diferenças nas condições materiais e financeiras das esferas subnacionais, através de um conjunto de relações fiscais e orçamentárias entre os governos. No entanto, as regras que modelam o sistema de relações tributárias verticais e horizontais no Brasil, gerais e orientadas para a política de saúde, enfrentam problemas para o atendimento de seus objetivos específicos – de indução, suplementação, redistribuição e equalização – e geram conflitos com a autonomia legislativa e orçamentária dos governos que as integram.

Nesta pesquisa, utiliza-se uma moldura teórico-metodológica abrangente que, por um lado, considera relevante o papel das instituições federativas e, por outro, possibilita a identificação de variáveis econômicas que influenciam escolhas políticas no setor da saúde.

Partimos do pressuposto, desenvolvido por vários estudiosos sobre o tema, de que as regras do federalismo fiscal são resultado e, ao mesmo tempo, influenciam as decisões dos atores federativos, pois delimitam a capacidade de atuação dos governantes, condicionam sua percepção acerca das alternativas realistas do financiamento da política e incidem em suas opções estratégicas para obtenção de novos recursos e gastos.

Duas ordens de fatores importam para compreensão do financiamento descentralizado da política de saúde no Brasil. A primeira está relacionada à forma como se estrutura a divisão das competências tributárias (que nível de governo administra e arrecada cada imposto) e os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental legal de recursos livres, quando ingressam no orçamento receptor. Esses recursos constituem as receitas próprias dos níveis locais e estaduais vinculadas à saúde pelos dispositivos da Emenda Constitucional n.29 publicada em setembro de 2000 (EC 29) e regulamentação complementar.

A segunda refere-se às regras intrínsecas da política de saúde que interferem nos recursos setorialmente orientados (recursos setoriais ou exclusivos da saúde). Essas receitas diferenciam-se por terem um destino explícito no ingresso orçamentário e incluem os diferentes tipos de transferências intergovernamentais de recursos correntes e de capital, realizadas ou não mediante a celebração de convênios, as receitas oriundas da prestação direta de serviços e aquelas decorrentes de aplicações financeiras do Fundo de Saúde.

Decisões críticas dos atores federativos subnacionais estão submetidas aos critérios e condicionantes que regem a distribuição, apropriação e uso das receitas destinadas ao financiamento da saúde pelas regras vigentes, vinculadas exclusivamente ao SUS ou não. Isso porque, devido à importância relativa dos recursos em seus orçamentos, variações na composição orçamentária refletem:

1. diversidade na disponibilidade de receitas destinadas à saúde;
2. oportunidades diferenciadas de obtenção e expansão de receitas e relações intergovernamentais predominantes;
3. tipos de despesa que podem ser efetivadas; e
4. maior ou menor autonomia na alocação dos recursos.

Um argumento defendido no estudo é de que os municípios, os estados e o DF apresentam perfis diferenciados de receitas públicas destinadas ao financiamento do SUS que resultam, principalmente, do processo de descentralização tributária, prevista na Constituição de 1988 e das modalidades de transferências do SUS. Receitas diversas incidem nos orçamentos dessas jurisdições na dependência de vários fatores nos quais se destacam a

distribuição das bases tributárias e o esforço fiscal empreendido na arrecadação, a capacidade de adesão aos critérios e condicionantes, formalmente regulamentados ou não, que modulam o sistema de partilha tributário brasileiro: porte populacional, renda, localização geográfica, cobertura de programas do SUS, capacidade instalada e de produção de ações e serviços de saúde, negociações políticas, entre outros.

Outro argumento refere-se ao significado e às implicações das diferenças na composição e disponibilidade das receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. As características dessas receitas, relacionadas ao ingresso e manejo dos recursos financeiros, nos indicam graus de dependência diferenciados – fiscal e setorial –, em relação às esferas superiores de governo, assim como as formas de cooperação intergovernamental necessárias para obtenção e expansão de recursos financeiros, com implicações para o desempenho da gestão pública, as relações federativas e a atenção à saúde prestada aos cidadãos.

Defende-se, ainda, que o desenho do federalismo fiscal brasileiro, num Estado marcado por acentuadas desigualdades e sob os imperativos da política de estabilização econômica, gera constrangimentos e desequilíbrios federativos e não favorece a redistribuição de recursos à favor da equalização das receitas voltadas para a saúde nas esferas subnacionais de governo. A capacidade redistributiva das transferências federais regulares do SUS e seu potencial de redução das diferenças observadas no acesso aos recursos públicos destinados ao setor refletem o modo como o subsistema foi institucionalizado na política de saúde, de forma a acomodar objetivos e interesses diversos e responder aos conflitos federativos acentuados pelo contexto adverso.

O objetivo principal deste trabalho é analisar as características e resultados das regras (critérios e condicionantes), implantadas na década de 1990 e até o final de 2002, que interferem na distribuição, apropriação e uso dos recursos vinculados à saúde nas esferas subnacionais de governo. Os objetivos específicos, discriminados a seguir, expressam dimensões e categorias de análise privilegiadas na pesquisa:

1. Discutir o modelo de federalismo fiscal e de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS implantados no período de estudo.
2. Identificar os principais componentes das receitas públicas correntes e de capital e analisar a importância das transferências do SUS para as esferas subnacionais de governo.
3. Comparar o efeito de redistribuição fiscal das transferências federais regulares do SUS com outras fontes de recursos e analisar seu potencial de redução das desigualdades no

acesso aos recursos públicos destinados ao financiamento da saúde, em nível municipal e estadual.

4. Analisar as receitas correntes vinculadas à saúde dos municípios, estados e DF, considerando-se:
    3.1. o grau de vinculação orçamentária à saúde;
    3.2. a disponibilidade das receitas vinculadas;
    3.3. as principais fontes de recursos vinculados.
5. Discutir as implicações das especificidades das receitas vinculadas à saúde e das diferenças orçamentárias observadas para decisões dos governos subnacionais relativas ao financiamento da saúde.

Cabe esclarecer alguns aspectos da abordagem aqui adotada. O primeiro deles é o entendimento de que os arranjos do financiamento descentralizado da política de saúde, consolidados até o início dos anos 2000, foram afetados e afetaram o federalismo fiscal. Isso porque as transferências do SUS integram o sistema de partilha de recursos tributários na federação brasileira. Os resultados do subsistema de distribuição dos recursos da saúde, cuja finalidade precípua é o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS e, como tal, devem atender às necessidades da política setorial, interferem no balanço orçamentário das jurisdições locais e intermediárias de governo e não podem ser pensados descolados do sistema de repartição de receitas em que se inserem.

Por outro lado, os efeitos da redistribuição fiscal de recursos constitucionais interferem na receita final das instâncias subnacionais destinada à saúde. Por isso, a análise do financiamento descentralizado em saúde deve considerar a totalidade das receitas vinculadas à saúde pelas regras vigentes, fruto do somatório de impostos diretamente arrecadados, de transferências intergovernamentais legais e dos recursos exclusivos da saúde.

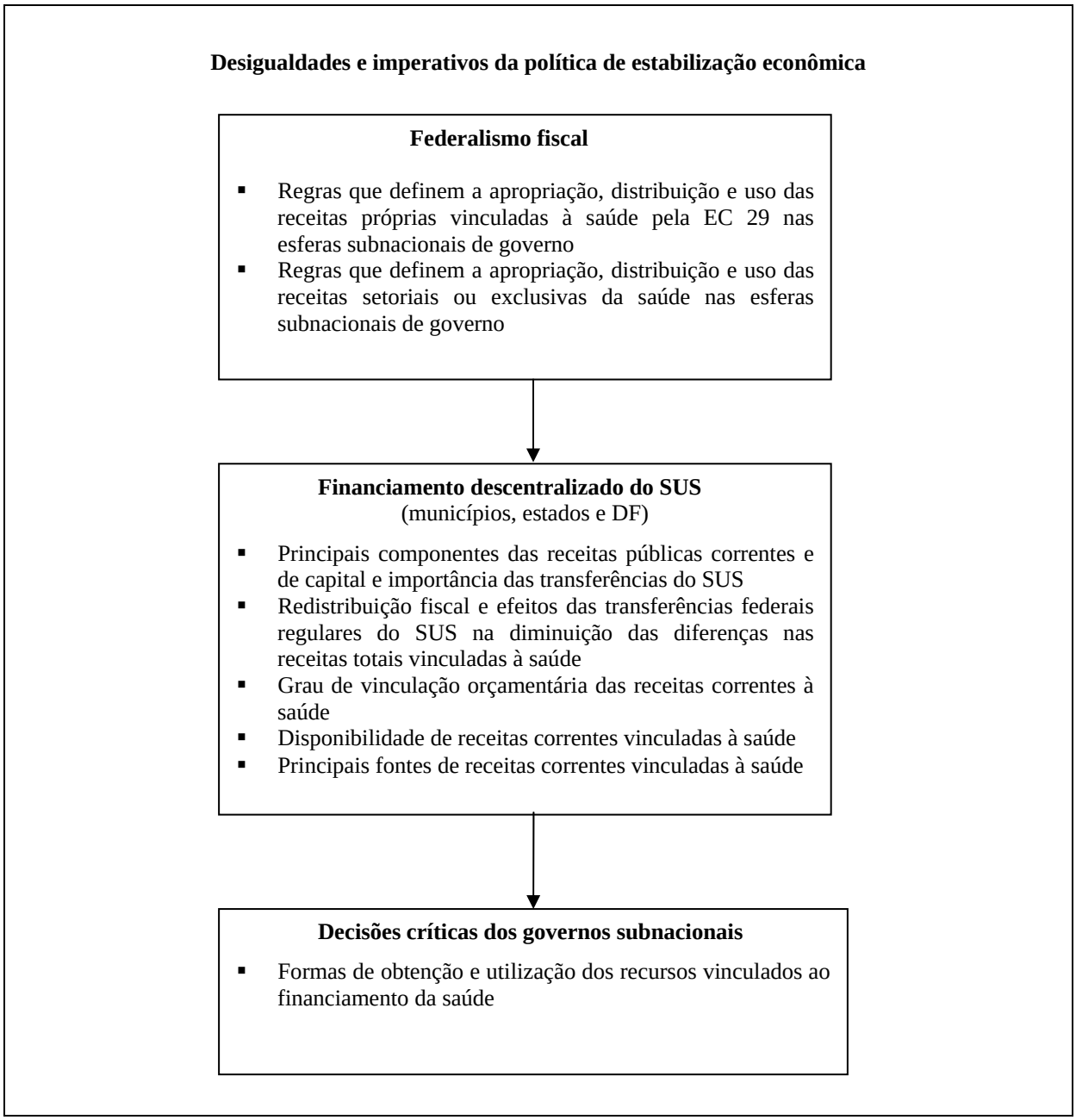
Entende-se, ainda, que a avaliação do financiamento descentralizado do SUS sob a ótica dos governos subnacionais é um campo a ser explorado nas pesquisas sobre o tema. Muitos estudos avaliam a capacidade redistributiva e de equalização dos recursos da União levando-se em conta a localização geográfica dos dispêndios orçamentários federais. O mérito desses trabalhos é que nem sempre os recursos destinados à saúde constituem-se receitas dos municípios e estados[1]. Embora o entendimento dos gastos efetuados pela União nos diferentes territórios político-administrativos seja fundamental, quando observamos os fluxos de

[1] Esse é o caso dos recursos pagos diretamente pelo MS aos prestadores privados credenciados ao SUS e dos investimentos diretos efetuados pela União.

transferência intergovernamental, a partir do orçamento cedente, nem sempre conseguimos dimensionar o impacto mais amplo que eles têm sobre o universo dos orçamentos descentralizados. Assim, justifica-se o estudo empírico realizado nesta tese em que os resultados das regras do federalismo fiscal são analisados, comparando-se e correlacionando-se os valores das receitas públicas observadas nos orçamentos municipais e estaduais referentes ao ano 2002.

A Figura 1 abaixo resume o modelo de análise empregado na pesquisa empírica.

Figura 1 Modelo de análise sobre as características e resultados do federalismo fiscal no financiamento descentralizado do SUS em 2002



Fonte: Elaboração própria.

Sob esse enfoque, o trabalho está organizado em seis capítulos. Os três capítulos iniciais configuram o arcabouço teórico utilizado. Eles são fruto da síntese e análise crítica da revisão bibliográfica realizada e refletem o processo de aprendizado da autora sobre os temas tratados na tese.

O **primeiro capítulo** inclui os elementos conceituais que definem uma organização federativa e suas implicações para as políticas públicas, adotando-se como referencial a abordagem da ciência política. Procura-se refletir sobre o significado do federalismo e suas principais características, os valores sociais e os princípios das instituições federativas que incidem nas dimensões política, fiscal e administrativa e suas implicações para os processos de descentralização e as relações intergovernamentais.

Sugere-se duas vertentes principais, freqüentemente encontradas na literatura internacional e nacional, que orientam os estudos sobre as influências do federalismo nas políticas públicas. Uma que aborda as formas como as instituições federativas influenciam a governabilidade e ressaltam as dificuldades encontradas pelos governos para implantarem políticas e operarem mudanças. Outra que dá destaque às condições e especificidades do processo de implantação de políticas de corte social, em especial a da saúde, em contextos federativos. Embora o foco do capítulo seja os conceitos mais amplos que servem como pano de fundo na tese, busca-se fazer, a todo o momento, o contraponto das contribuições dos autores para o entendimento da realidade brasileira.

A discussão sobre a dimensão fiscal das instituições federativas na visão da economia e, particularmente, da forma como o federalismo fiscal se apresenta no Brasil é aprofundada no **segundo capítulo**. Os dilemas para organização dos sistemas tributários em países federativos são trabalhados nos três requisitos adicionais que se aplicam aos arranjos federais: a distribuição de encargos formalmente regulamentados, a definição das competências tributárias e o sistema de partilha fiscal. São indicados os elos existentes entre essas questões e as dificuldades que se apresentam para o federalismo fiscal em sociedades heterogêneas como a brasileira. Em seguida, faz-se um balanço da origem e do modelo de federalismo fiscal consolidado no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988.

No **terceiro capítulo** são analisadas as repercussões do federalismo fiscal no Brasil para a descentralização do financiamento público da política de saúde no contexto dos anos 90. Primeiramente, são enfatizados os desequilíbrios e conflitos gerados tanto pela descentralização fiscal como pela sua incapacidade de correção das imensas desigualdades nas receitas disponíveis e capacidade de gasto das esferas subnacionais. Sugere-se que os

problemas de ordem institucional foram exacerbados pelo contexto político e econômico da década de 1990.

Posteriormente, é feita uma avaliação da participação das três esferas de governo e das relações intergovernamentais no financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS em diferentes dimensões: 1- importância das diversas fontes segundo sua origem; 2- repartição da responsabilidade sobre o gasto público em saúde; 3- mecanismos, critérios e condicionantes utilizados para as transferências intergovernamentais do SUS; 4- autonomia das esferas subnacionais para utilização das receitas exclusivas da saúde. Ressaltam-se o modelo de financiamento previsto na Constituição de 1988 e Leis Federais da Saúde (8080 e 8142 de 1990) e as mudanças implantadas ao longo da década de 1990 até 2002, o processo de transferência de recursos federais e os conflitos intergovernamentais observados.

Os próximos três capítulos contemplam o trabalho empírico realizado na pesquisa. No **quarto capítulo**, os procedimentos metodológicos na montagem e processamento das duas bases de dados utilizadas - uma municipal e outra relativa aos estados e DF – são apresentados. Foram analisados todos os ingressos orçamentários auferidos durante o ano de 2002 e informados pelos governos municipais e estaduais, de forma detalhada e agregada, através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O capítulo contém ainda: a classificação das receitas destinadas a saúde com base nos conceitos discutidos anteriormente; as justificativas para algumas opções e recortes metodológicos empregados; a abrangência e representatividade da base de dados; o perfil das esferas de governo analisadas; uma reflexão crítica sobre as limitações das informações trazidas no estudo; a síntese das principais características das receitas correntes vinculadas à saúde dos municípios, estados e DF feita com base nas regras formais vigentes em 2002. Essa síntese serviu como referencial analítico para o estudo empírico e é também um importante produto deste trabalho.

O **quinto e sexto capítulos** reúnem os resultados e as conclusões das análises efetuadas sobre as bases de dados. Os dois capítulos estão organizados de forma a apresentar as informações relativas aos municípios (universo e agrupamentos municipais por localização geográfica, porte populacional e condição de capital do estado), estados e DF.

No **capítulo 5**, realiza-se uma análise exploratória dos componentes orçamentários das esferas subnacionais, comparando-se a importância relativa das transferências federais regulares e discricionárias do SUS com outras fontes de receitas. Além disso, busca-se compreender o sentido da redistribuição fiscal proporcionada pelas transferências da saúde,

ou seja, quais os grupos de municípios e estados beneficiados pelas regras que definem o rateio destes recursos em relação à arrecadação tributária própria e à apropriação de outras transferências intergovernamentais.

A análise das receitas destinadas ao SUS é aprofundada no **capítulo 6**. Nele são exploradas as diferenças nas taxas de vinculação orçamentária à saúde, bem como das principais fontes de recursos observadas e da disponibilidade total de receitas vinculadas. Discute-se os efeitos redistributivos dos diversos componentes das transferências federais do SUS e seu potencial para reduzir as desigualdades no acesso aos recursos públicos destinados ao financiamento descentralizado da saúde. Sob a ótica dos governos subnacionais, analisa-se as alternativas que estes possuem para ampliar suas receitas e sua autonomia no direcionamento dos gastos em saúde.

Nas considerações finais são retomados de forma sintética alguns conceitos utilizados e destacadas as principais contribuições do trabalho. Procura-se refletir sobre os traços marcantes do federalismo fiscal consolidado no Brasil no período de estudo; sobre as relações e os resultados do federalismo fiscal e da forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS a partir dos orçamentos subnacionais analisados; e, por fim, sobre os limites e desafios existentes.

1. ESTADOS FEDERATIVOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1 Considerações gerais sobre as instituições federativas

Tomando como base a teoria do Estado federal moderno[2], podemos afirmar que o federalismo diz respeito a uma forma particular de organização político-territorial do poder do Estado, que o distingue do modelo unitário e do confederativo em relação aos aspectos fundamentais de sua estrutura e funcionamento. O federalismo reparte a autoridade política do Estado (a soberania) e o exercício do poder (o governo) em múltiplos centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si. A conseqüência desta pluralidade não é a extinção do poder central, mas a existência de um governo nacional autônomo, mantido voluntariamente pela união de todos os cidadãos para atingirem objetivos comuns, sem comprometer a existência de direitos originários em seus territórios constituintes e a diversidade espacial de interesses[3].

Em seu clássico livro *"Exploring Federalism"*, Elazar (1987) aponta a *"não-centralização"* como um dos principais elementos que caracterizam o federalismo, já que os níveis subnacionais de governo não agem por transferência ou simples delegação do poder central (como nos Estados unitários) e não se estabelece entre os entes federativos uma ordenação fixa. Independentemente de como os poderes estejam repartidos, os governos nacional e subnacionais possuem certa independência em sua esfera de atuação e decisão final, além disso, sua autoridade não pode ser retirada sem consentimento mútuo, a não ser pela utilização de dispositivos extraordinários que rompam com os princípios federativos.

O autor ressalta o caráter contratual do federalismo, que se formaliza tanto por um pacto de caráter político, consubstanciado na lei constitucional[4], como por meio de outros

---

[2] A primeira e uma das mais completas formulações teóricas sobre Estado federal moderno são encontradas nos ensaios publicados por Hamilton, Jay e Madison. Os autores desenvolvem seus argumentos, defendendo a existência de uma Constituição federal norte-americana, pela necessidade da unificação dos estados federados em um governo central capaz de garantir a liberdade, a paz e a prosperidade econômica da nação, principalmente em relação a outros países (Hamilton *et al.*, 1993).

[3] Abrucio (2003) enfatiza que este é um dos aspectos que distingue as federações das confederações. A confederação se estabelece pela junção de unidades independentes, que podem ou não ser Estados Nacionais, sem a criação de um governo central. O arcabouço constitucional das unidades membros prevalece sobre o conjunto, e é por essa razão que as decisões válidas para todos os integrantes precisam de sua anuência.

[4] Nos Estados federativos, a Constituição escrita, como principal contrato fiador do pacto político-territorial, estabelece os termos em que os poderes são exercidos de forma autônoma e partilhada. Abrucio (2003) lembra que os dispositivos constitucionais delimitam os raios de poder e autonomia dos governos nos terrenos político, legal, administrativo e financeiro, mas, fundamentalmente, define os direitos originários pertencentes aos pactuantes subnacionais.

mecanismos institucionais e define as regras para o exercício da *"soberania compartilhada"* entre os entes governamentais nos sistemas federativos:

> "The term federal is derived from de Latin foedus, wich, like the Hebrew term brit, means covenant. In essence, a federal arrangement is one of partnership, estabilished and regulated by a covenant, whose internal relationships reflect the especial kind of sharing that must prevail among the partners, based on a mutual recognition of the integrity of each partner and the attempt to foster a special unity among them." (Elazar, 1987: p. 5).

Através do pacto federativo busca-se compatibilizar o exercício do governo autônomo e a interdependência entre os governos, definindo-se a cota de poder auferida a cada um dos entes federativos e a necessidade de cooperação e complementaridade entre eles. A existência e reconhecimento de uma identidade coletiva é o que permite a convivência de múltiplas identidades territoriais em um mesmo Estado-nação.

Nota-se que o pacto federativo a que se refere Elazar, na maioria das federações reconhecidas no mundo, define os espaços e os limites de dois níveis de governo soberanos. Aos governos locais é reservado um estatuto mais freqüentemente subordinado à instância intermediária, estadual ou provincial. O Brasil, é um sistema federativo de tripla soberania, pois os municípios são também considerados entes federativos, refletindo longa tradição do poder municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais[5].

A contraposição do federalismo à distribuição piramidal do poder, à linha hierárquica decisória e à soberania indivisível presente no modelo unitário, traduz-se pela tentativa de impor limites à centralização autoritária e à lógica totalitária dos Estados Nacionais. É por isso que Elazar (1987) indica que o federalismo reparte o poder político em nome da liberdade. A liberdade aqui ganha o sentido de proteção conferida aos cidadãos contra os abusos do poder central através das vantagens da pequena dimensão. As instâncias subnacionais, potencialmente, permitem o maior controle das decisões políticas pelo povo e a extensão do direito à participação política a grupos minoritários da população[6] e não só à sua maioria.

---

[5] Souza C. (2005) enfatiza esse aspecto ao analisar a forma como o federalismo foi desenhado nas sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a República.

[6] Nas democracias federativas, o direito à participação dos grupos minoritários no processo político é auferido pela dupla identidade de seus cidadãos: as individuais e territoriais (Stepan, 1999). Ambas as formas são legítimas e complementares nos sistemas federativos. Assim, os cidadãos podem participar do processo político

Lijphart (2003) partilha da visão de Elazar, enfatizando que, na ciência política, a divisão de poder é normalmente utilizada como sinônimo de federalismo. Porém, se em todas as democracias modernas o poder é, até certo ponto, dividido entre governos centrais e não centrais, duas características primárias diferenciam o federalismo enquanto o *"método mais drástico"* de divisão do poder do Estado.

Em primeiro lugar, o federalismo divide o poder entre níveis subnacionais de governo cujo propósito fundamental é o de assegurar o seu exercício de forma descentralizada. Nos Estados unitários, a divisão do poder pode ocorrer entre estruturas dos aparatos governamentais existentes, sua natureza centralizada, entretanto, condiciona as decisões aos interesses específicos e controle do governo nacional. Em segundo, o modelo de organização federativa aponta para uma divisão garantida de poder. Cada nível de governo tem poder definido e assegurado constitucionalmente para tomar decisões finais sobre determinados assuntos.

O corolário conseqüente dessas observações é a percepção de que não há precisão acerca dos recursos nem da proporção de atividades e poder de decisão conferidos e garantidos a cada nível de governo nas acepções mais gerais sobre os Estados federativos. Em sua essência, o federalismo preconiza a existência simultânea da União (poder central) e da não-centralização (ou do governo descentralizado), promove a unificação e preserva múltiplas identidades, admitindo com isso um amplo espectro para o exercício do poder pelos governos nacional e subnacionais.

Dessa forma, alguns autores afirmam que não existe uma definição universalmente válida do que seja o federalismo, da divisão de poder adequada e da forma institucional correta para uma organização federativa (Fiori, 1995). Neste caso, os arranjos institucionais são sempre transitórios, fruto de uma necessária e positiva tensão e desarmonia entre as partes constituintes do Estado que levam à um processo de negociação permanente.

Em estudo comparativo envolvendo 12 federações[7], Watts (1996) assevera que, também na prática, não existe um modelo único e permanente de relação centro/periferia nos países que adotam o federalismo. A oscilação entre centralização e descentralização é

---

não só através da contribuição individual para o somatório total dos votos da nação, mas também através dos sistemas eleitorais regionais e locais.

[7] Contemplando diversas realidades e possibilidades de arranjos, Watts (1996) selecionou 12 federações e classificou-as como: a) estáveis em países desenvolvidos – EUA, Canadá, Suíça, Austrália, Áustria e Alemanha, b) multilingüísticas em países em desenvolvimento – Índia e Malásia; c) recentemente criadas ou emergentes – Bélgica e Espanha; d) organizadas em países que sofreram processos de polarização e separação – Checoslováquia e Paquistão.

intrínseca aos sistemas federativos e está presente na trajetória desses países. O autor destaca também a dificuldade de se mensurarem os graus de centralização *versus* descentralização, uma vez que existem múltiplos arranjos possíveis nos planos legislativo, administrativo e fiscal, nas regras constitucionais e nas próprias características do processo decisório, que evidenciam distintos níveis de dependência, influência política e controle fiscal entre as esferas de governo.

As observações de Watts parece confirmarem-se no caso brasileiro. Como assinalam Kugelmas e Sola (1999), as diversas análises realizadas sobre o federalismo - sejam as que priorizam a distribuição de recursos ou aquelas que revelam as relações político-administrativas - são convergentes, visto que identificam três grandes períodos marcados pela dinâmica de tensão e distensão de controles políticos e fiscais: o primeiro, de alto centralismo, característico da fase do regime autoritário[8]; o segundo, orientado para a descentralização e formação de um novo modelo federalista (anos 80); e, finalmente, o terceiro, indefinido quanto ao modelo de federação, mas com traços de recentralização e ausência marcante de mecanismos de cooperação e integração intergovernamentais, vigente nos anos 90.

A identificação desses três períodos distintos não descarta a existência de alguns aspectos de continuidade entre eles. No movimento de oscilação entre centralização e descentralização no federalismo brasileiro, há um *continuum*, pois aspectos da dinâmica institucional que antecedem às novas orientações não são de todo anulados quando estas entram em vigor. Há, portanto, nos diferentes períodos, convergência entre *"aspectos recentralizadores e descentralizadores"* (Kugelmas e Sola, 1999) .

Tentando dar conta dos diversos "tipos" existentes tomando como base experiências concretas, a literatura especializada aponta para alguns arranjos possíveis do federalismo. Almeida (1996) sintetiza a contribuição de alguns estudos e aponta para os casos de federalismo dual, centralizado e cooperativo. No primeiro, os poderes do governo geral e locais são exercidos de forma separada e independente, cada um nas esferas que lhes são próprias. O segundo refere-se à atuação dos governos subnacionais como agentes administrativos do governo federal, que possui forte interferência nos assuntos subnacionais,

---

[8] O autoritarismo e a democracia federal oferecem duas respostas distintas ao problema de constituição e manutenção de Estados Nacionais marcados por heterogeneidades territoriais conflitivas. Embora alguns autores questionem a própria existência do federalismo em regimes autoritários, Abrucio (1998) denomina o modelo que vigorou como forma de relação intergovernamental no período do regime militar (de 1964 até as eleições para os governos estaduais em 1982) de *"unionista-autoritário"*. Este modelo firmava-se sobre três pilares que asseguravam a predominância da União sobre os demais entes federados: o financeiro – através da centralização

concentrando grande parcela de poder decisório e recursos. O terceiro inclui formas mistas, caracterizadas pela ação conjunta entre as instâncias de governo, nas quais não há padrões de autoridade claramente definidos e existem várias competências governamentais superpostas.

As duas últimas formas descritas podem estar presentes no mesmo sistema político, dependendo das áreas de ação governamental a que se referem, e tendem a ser mais observadas nas federações contemporâneas, em decorrência da expansão do escopo das ações governamentais. É por isso que a autora afirma que *"há mais do que não-centralização nas federações existentes na atualidade"* e múltiplas são as possibilidades institucionais que resultam da cooperação intergovernamental (Almeida, 2005: 32).

Watts (1996) adverte para o contraponto entre o federalismo simétrico e o assimétrico. Embora diferenças entre as unidades subnacionais possam ser observadas em qualquer federação pelo impacto da variedade de condições sociais, culturais, econômicas e políticas existentes, certas assimetrias são constitutivas, podendo ser geradas ou amenizadas pela influência de mecanismos institucionais, tais como a distribuição de recursos financeiros entre as instâncias de governo. Essas assimetrias condicionam o poder de influência política e as capacidades diferenciadas das esferas de governo do mesmo nível.

A grande variabilidade de modelos presente nos sistemas federativos é fruto de sua flexibilidade institucional e da plasticidade que o sistema proporciona, pois as instituições federativas possuem grande capacidade de adaptação a diferentes realidades e conjunturas sociopolíticas (Pierson & Leibfried, 1995). Talvez, por isso, essa forma de organização do Estado tenha sido reconhecidamente adotada por 22 nações, cuja importância geopolítica, econômica e cultural é evidente e, em pelo menos duas – Espanha e África do Sul (classificadas como quase-federações) –, embora não tenham respaldo constitucional, na prática funcionam como tal.

Gibson (2003: 99) afirma que *"o desenho das instituições federais tem implicações para o modo como o poder é distribuído entre os atores federativos. Elas conformam (e reformam) a distribuição espacial de poder entre atores com base territorial e a distribuição institucional do poder entre atores localizados em diferentes níveis de governo"*. Através de suas instituições, o Estado federativo interage com as assimetrias da sociedade, concedendo determinados direitos políticos, recursos financeiros e definindo obrigações às unidades constituintes da federação nas estruturas e políticas públicas. Em alguns casos, as instituições

---

financeira pelo Executivo Federal; o administrativo – pala uniformização administrativa nas três esferas de governo; o político – pelo controle das eleições para governadores.

refletem essas assimetrias e, em outros, as compensam, procurando acomodar interesses conflitantes e gerar o equilíbrio federativo da nação.

Em suma, são as instituições federativas –no plano de suas estruturas, regras e processos - que desenham a federação. Apresentando dinâmica própria nos diversos âmbitos da política pública e características diversas, ajudam a moldar os limites de poder real entre os entes federativos de diferentes níveis de governo ou do mesmo nível ao longo da história de cada sociedade.

Quanto às instituições federativas, Elazar (1987) considera que elas dão materialidade à combinação de dois princípios básicos: autonomia dos governos e interdependência entre eles, a fórmula clássica denominada *"self rule plus shared rule"*, que fundamenta o pacto federativo. O princípio de autonomia é aquele através do qual os entes federativos estabelecem suas regras de autogoverno (*"self rule"*) e delimitam o raio de ação do poder de outros níveis de governo sobre suas instâncias. O princípio da interdependência (*"shared rule"*) define os padrões de cooperação dentro da federação, os quais estabelecem uma prática de negociação capaz de traçar metas comuns entre os governos. A interdependência fala a favor de uma complementaridade entre as esferas de governo, a necessidade de reforçar laços federativos e de se criar parâmetros nacionais respeitando-se à diversidade loco-regional, diminuindo os riscos de desagregação ou desornamento[9].

Se os autores acima tendem a enfatizar as instituições como componentes do próprio federalismo e expressão de seus princípios básicos, Lijphart (2003) destaca que as instituições que atuam no âmbito político são, antes de tudo, garantias para constituir e preservar governos próprios e autônomos. Elas atuam na preservação da divisão federal básica do poder, adequando-se a um modelo mais consociativo, voltado para a proteção de minorias e moderação da regra majoritária nos regimes democráticos, envolvendo processos mais longos e negociados de decisão[10]. Três instituições políticas se destacam: a) um legislativo bi-

[9] Além desses dois princípios básicos do federalismo, outros autores ressaltam o princípio da subsidiariedade. No entanto, não há consenso sobre o significado desse princípio. Para Baracho (2000), a idéia de subsidiariedade se associa ao federalismo alemão, no qual os encargos devem ser resguardados a esferas subnacionais, sempre que elas forem capazes de absorvê-los, com o objetivo de ampliar a eficácia das políticas. Já Abrucio *et al.* (1993) sugerem que a subsidiariedade refere-se à distribuição de poder entre esferas do mesmo nível de governo, tendo como pressuposto a necessidade de equalização entre as unidades federativas a fim de possibilitar-se a realização do interesse comum da nação.

[10] São traços definidores do modelo consociativo: a partilha do poder entre a maioria e a minoria (grandes coligações); a dispersão do poder (pelo executivo e o legislativo, duas câmaras legislativas e diversos partidos minoritários); a justa distribuição do poder (representação proporcional); a delegação do poder (a grupos organizados territorialmente ou não); e o limite formal do poder (mediante o veto das minorias) (Azevedo e Melo, 1997).

cameral, em que uma Câmara representa o povo e outra, suas unidades constituintes - com sobre-representação das unidades componentes menores; b) uma Constituição Federal, cuja redação deve dificultar emendas; e c) uma Suprema Corte, que protege a Constituição através de seu poder de revisão judicial.

Os conceitos, acima sintetizados, merecem algumas considerações. Em primeiro lugar, apesar da análise dos arranjos institucionais ser fundamental para compreensão do federalismo, o conhecimento do Estado federativo não é completo, se não considerarmos as características e os valores de cada sociedade, os quais permitem a criação e o funcionamento de suas instituições (Levi, 2000).

Para Soares (1998), o federalismo é uma resposta ao problema de constituir e manter um Estado Nacional em contextos marcados por heterogeneidade de interesses de bases territoriais, onde há intensas pressões por autonomia política local, ou como denomina a autora *"interesses centrífugos"*.

Burgess (1993) aprofunda esse raciocínio e enfatiza a necessidade de distinção dos conceitos de federalismo e federação e do estudo dos valores da sociedade que modelam os arranjos institucionais. Para o autor, o termo federação é mais restrito e associa-se à idéia de uma forma de organização específica que inclui um conjunto de regras, estruturas, fluxos e técnicas. Em contrapartida, o federalismo é um conceito de valor, sintetizado pelo *duo "unidade na diversidade"*, que informa a federação tanto como recomendação ideológica e filosófica como prática, através do reconhecimento da sociedade, de suas heterogeneidades e do desenho de suas próprias instituições.

Conforme Burgess (1993), toda federação e, por contigüidade, suas instituições derivam de uma *"situação federalista"*. Essa situação decorre tanto da existência simultânea de desigualdades de natureza diversa (geográfica, étnica, lingüística, socioeconômica, cultural e política), que geram conflitos específicos em uma nação, como do federalismo enquanto valor, o qual resguarda a autonomia local e, simultaneamente, procura manter a integridade nacional num contexto de significativas heterogeneidades.

> "The genius of federation lies in its infinitive capacity to accommodate and reconcile the competing and sometimes conflicting array of diversities having political salience withing a state." (Burgess, 1993: 7)

Apoiando-se nos argumentos de Burgess, Souza C. (2001 a) enfatiza que a lógica das federações é o federalismo, ou seja, a percepção ideológica do que deve acontecer após a

federalização. A instabilidade dos arranjos federativos e dos processos de centralização e descentralização aponta a diversidade de valores federais dentro de uma federação, que variam de acordo com as circunstâncias históricas, com a dinâmica da economia política, dos partidos e da cultura política. Esses aspectos são importantes nas análises das instituições federativas, pois ajudam a entender as motivações ou os padrões de interesse que embasam a existência de uma federação em particular.

No Brasil, que vivencia ao longo de sua história mudanças importantes em relação a seus arranjos federativos e onde suas instituições sobrevivem mesmo após longos períodos de autoritarismo e ditadura militar, o federalismo desponta como a fórmula necessária para amortecer as enormes disparidades regionais e não como resposta às clivagens étnicas, lingüísticas e religiosas, já que essas questões nunca assumiram maior relevância na agenda política brasileira. Segundo Souza C. (2001 a: 10), *"em cada momento histórico, essas disparidades foram acomodadas de formas diferentes e essas diferenças se expressam no desenho constitucional e nos arranjos tributários"*.

Vale ressaltar que, mesmo em "situações federativas", as razões históricas que levam à formação de uma federação, além de conformarem o pacto federativo, variam enormemente entre os países. Stepan (1999) procura confrontar duas lógicas distintas que atuam na gênese do federalismo: 1- a do *"come together"*, que consiste em juntar unidades político territoriais com autoridade política previamente existente e cuja experiência exemplar é a dos Estados Unidos; 2- a do *"hold together"*, que trata de manter unidas unidades territoriais que poderiam aspirar trajetórias independentes[11]. Neste caso, Stepan cita a experiência da Índia, país que experimentou uma *"federação devolutiva"*, visto que o Estado unitário transferiu gradativamente poderes às unidades subnacionais no intuito de manter unida a nação.

Almeida (2001) e Abrucio (2003) consideram que a lógica *"hold together"*, em que a União desconcentra poder, é mais adequada para a análise da gênese da federação brasileira. No entanto, Abrucio (2003) argumenta que o nascimento do federalismo no Brasil também se diferencia do modelo proposto por Stepan, pois o republicanismo esteve ausente na base do sistema político brasileiro desde a Primeira República[12]. Além do que, ao invés de

---

[11] Esta classificação é proposta a partir da visão crítica de Stepan sobre a abordagem de Riker (1964, *apud* Stepan 1999), que considera que o único modelo possível de federação é a norte-americana, cuja origem histórica remonta a um pacto gerado entre unidades previamente soberanas. Segundo Stepan, Riker desconsidera a distinta trajetória histórica de modelos unitários que se transformaram em federações e, paradoxalmente, propõe que a existência de instituições federativas tem pouca importância na definição e adoção de políticas.

[12] Para o autor, o federalismo republicano caracteriza-se por um "governo do povo" e não só "para o povo". Isto porque o governo republicano admite que o poder provém e pertence à sociedade e assim, está alicerçado em

descentralizar e, ao mesmo tempo, fortalecer o papel do governo central, redesenhando a forma de atuação da unidade nacional, enfraquecemo-lo em prol da maior autonomia e riqueza proclamada por alguns estados (principalmente São Paulo e Minas gerais) e do fortalecimento de oligarquias que dominavam a política local[13]. Nosso federalismo, portanto, nasce com um caráter centrífugo, mas também assimétrico, hierárquico e oligárquico.

Um outro aspecto a considerar é que as instituições que conformam o Estado federativo não atuam somente no terreno político. A ênfase dada pelos estudiosos do federalismo na relação federalismo e democracia acabam por priorizar a análise dos arranjos federativos vinculados aos sistemas de escolha, representação e autoridade política; aos *"checks and balances"* que se manifestam pelos mecanismos de controle mútuos entre os governos, de controle dos governantes pelos cidadãos e de fiscalização recíproca entre os poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário); assim como os aspectos relativos à diplomacia e à coordenação intergovernamental[14].

No entanto, as instituições federativas e seus princípios também se revelam na dimensão fiscal, incidindo na repartição do poder econômico-financeiro entre os diferentes níveis de governo, através da definição das bases tributárias, das formas de arrecadação e dos mecanismos de transferência intergovernamental. Destaca-se a importância dos fundos públicos para a divisão de poder e equilíbrio federativo.

Há que se considerar ainda a dimensão administrativa (ou organizacional), que se expressa na divisão de competências e responsabilidades entre os níveis de governo no plano das políticas públicas específicas. Arretche (2002 b), ao analisar a relação federalismo e descentralização, relembra que o grau de centralização na distribuição de competências administrativas variou muito ao longo da história dos países federativos, sem que isso tenha alterado sua característica essencial: a autoridade política dos governos locais. Em suas reflexões, Arretche tende a separar as origens da soberania auferida aos governos subnacionais no federalismo - derivada essencialmente do voto popular direto, da autonomia de suas bases fiscais e, em alguns casos, de uma força militar própria - dos fatores que condicionam o poder administrativo de uma política pelos diferentes níveis de governo.

---

mecanismos de *"checks and balances"* que garantem a equipotência entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (Abrucio, 1998).

[13] Peppe *et al.* (1997) comentam que a evolução histórica do federalismo no Brasil é marcada por várias estratégias e mecanismos adotados pelo governo central para "acomodar" os interesses das oligarquias regionais e preservar a unidade nacional e a ordem social e econômica vigente frente aos conflitos desintegradores.

[14] Para uma análise aprofundada sobre a relação federalismo e democracia e a especificidade brasileira, consultar os trabalhos de Almeida (2001) e Abrucio (2003).

A repartição do poder de gestão é condicionada por fatores específicos, ou seja, pela forma como estão estruturadas as relações intergovernamentais nas políticas específicas, pois *"regras constitucionais, legados de políticas prévias e o ciclo da política estruturam diferentemente as arenas decisórias, condicionando as estratégias e as chances de sucesso dos entes federativos"* (Arretche, 2002 a: 434).

Uma terceira consideração a ser feita é que, se descentralização e federalismo não são sinônimos nem marcham necessariamente juntos, as instituições federativas guardam estreita relação com os processos de descentralização. Como enfatiza Almeida (2005), o conceito de descentralização é ambíguo e vem sendo usado para descrever processos de mudança no papel do governo nacional por meio de: 1- transferência de capacidades fiscais e poder decisório sobre políticas para autoridades subnacionais (movimentos de realocação); 2- transferências para outras esferas de governo da responsabilidade pela implementação de políticas definidas no nível federal (movimentos de consolidação); 3- deslocamento de atribuições do governo nacional para os setores privados e não governamentais (movimentos de devolução)[15]. Enquanto os dois primeiros processos envolvem redefinição das ações governamentais, no terceiro, há redução das atividades de todos os níveis de governo.

Para diferenciá-lo de outros processos que envolvem transferência de poder, Abrucio (2004) conceitua descentralização como um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado Nacional, envolvendo diferentes instâncias de governo e, por vezes, decorrente da conquista ou transferência de poder a governos subnacionais.

Em contextos federativos, seja por modalidades de realocação ou consolidação, a descentralização interfere no equilíbrio entre a autonomia e interdependência dos governos e, por isso, geralmente necessita do fortalecimento de mecanismos de coordenação que não se resumem à imposição de formas de participação conjunta, mas, sim, da instauração de parcerias que sejam aprovadas pelos entes federativos. Desse modo, a descentralização é bem mais complexa, pois envolve jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre níveis de governo (Abrucio, 2004).

Por último, ressaltam-se as conexões existentes entre as instituições federativas e as relações intergovernamentais. Segundo Almeida (1996), nos sistemas federativos são observadas formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas e modalidades de interação necessariamente baseadas tanto no

[15] Fiori (2005) também destaca os movimentos de transferência de responsabilidades e poderes públicos para novas instâncias administrativas autárquicas próprias do governo central.

conflito de poder como na busca do acordo político entre as esferas de governo. Como já enfatizado, há grande variação entre as relações intergovernamentais nos diversos países que adotam o federalismo, bem como em um mesmo sistema federativo dependendo da dimensão ou da área da política pública que se quiser enfatizar.

Souza C. (2002) enfatiza a necessidade de se promoverem mudanças nas abordagens sobre as relações intergovernamentais resgatando seu conteúdo político. De acordo com sua interpretação, as relações intergovernamentais são veículos de negociação política, capazes de colocar grupos com menor poder em confronto com outros, em processo de negociação permanente. A partir dessa orientação conceitual, torna-se mais importante compreender a forma pela qual as esferas governamentais se articulam para resolverem problemas comuns, negociarem os conflitos e quais os resultados desse processo de negociação, do que definir padrões ou modelos rígidos.

Em outro artigo, a autora considera que as investigações sobre o comportamento dos atores federativos não podem prescindir da tarefa de desvendar as *"regras do jogo"*, que intervêm no comportamento político dos atores (Souza C., 2003 a). Ou seja, descobrir os constrangimentos (ou limites) impostos aos atores em suas escolhas. Nesse trabalho, em que analisa o processo de negociação das emendas parlamentares no âmbito da Comissão Mista de Orçamento, Souza C. preconiza a utilização de um referencial teórico que valorize o papel das regras institucionais no desenvolvimento do processo decisório e seus resultados, os quais, ao final, também influenciam o funcionamento do sistema político[16]. Depreende-se que aspectos institucionais são importantes e modelam as decisões porque interferem no cálculo estratégico dos decisores e condicionam a capacidade de atuação dos agentes políticos.

Gagnon (1997) defende os estudos que em seu esforço metodológico procuram compreender os fatores que geram tensão e explicam os conflitos intergovernamentais que caracterizam determinado sistema federativo. Para esse autor, o sucesso dos sistemas federativos não deve ser medido por sua capacidade de eliminar conflitos, mas sim por sua capacidade de regulá-los e gerenciá-los, já que as desavenças são inerentes a todas as sociedades federais. Se as instituições federais são mais sensíveis à diversidade e refletem às assimetrias da sociedade, é necessário refletir sobre o modo como as regras estabelecidas

[16] Discutindo trabalhos que analisam os orçamentos públicos, Souza C. (2003 b) se contrapõe às teorias da escolha pública e da escolha racional. Essas teorias, que guiam a maior parte da literatura sobre o tema, partem da premissa de que os decisores são auto-interessados racionais e otimizam suas escolhas em função de suas preferências individuais.

contribuem para a acentuação e acomodação de conflitos nas relações intergovernamentais observadas.

Considerando as contribuições dos autores supracitados, alguns pressupostos teóricos destacam-se na construção desse trabalho.

1- Duas características principais modelam os Estados federativos: a) a divisão territorial do poder governamental em múltiplos centros; b) a existência de garantias constitucionalmente definidas para o exercício do poder autônomo. O federalismo, portanto, diz respeito a uma ordem política e constitucional com especificidades próprias.
2- É falsa a contraposição absoluta entre centralização e descentralização nos Estados federativos. Apresentando poder decisório diferenciado em diversas dimensões e áreas da intervenção pública, as instâncias nacional e subnacionais de governo possuem padrões variados de influência política, capacidade administrativa e financeira e relacionamento, que oscilam ao longo da história, sendo difícil a delimitação de um único tipo ou modelo de federalismo.
3- Considera-se que as instituições federativas tendem a incorporar e dar forma, de maneira bastante flexível, a combinação de dois princípios básicos – autonomia e interdependência -, distribuindo o poder entre os entes que compõem a federação. A autonomia diz respeito à parcela de poder original, auferida às diferentes instâncias de governo, permitindo o exercício do autogoverno; a interdependência fala a favor da cooperação e complementaridade entre as jurisdições. Esses dois princípios alicerçam o pacto federativo e se expressam nas regras institucionais, presentes no plano mais geral do Estado e no plano particular de uma política específica, nas dimensões política, fiscal e administrativa.
4- Por sua vez, a combinação e a materialização desses princípios em arranjos institucionais específicos submetem-se à tensão constante e se expressam por formatos diversos. Em última análise, as instituições federativas refletem um compromisso peculiar de difusão e concentração do poder político entre diferentes esferas de governo, resultado da história da federação; das concepções predominantes na sociedade sobre o papel do Estado, dos graus desejáveis de integração nacional e eqüidade econômica e social; dos padrões de interesse da sociedade e da forma peculiar encontrada para acomodação dos conflitos político-territoriais existentes.
5- Os processos de descentralização em países federativos não se resumem à simples delegação de poder da esfera central, pois, sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações assegura algum grau de não-centralização, podendo decorrer

de movimentos de conquista patrocinados pelas esferas subnacionais. Envolvendo governos com graus diferenciados de autonomia, nesses países, a descentralização é mais complexa, exige várias rodadas de negociação e a formação de acordos mais abrangentes.

6- As relações intergovernamentais, entendidas também como relações de poder são condicionadas pela forma como as instituições delimitam o poder real entre os entes governamentais. As instituições, portanto, influenciam o comportamento e o processo de negociação dos atores federativos, gerando, mas também possibilitando, a amenização de conflitos e a acomodação de interesses divergentes.

1.2 Efeitos do federalismo sobre as políticas públicas: contribuições do enfoque da ciência política para a análise da realidade brasileira

As análises sobre as relações existentes entre federalismo e políticas públicas estão longe de ser consensuais. Por um lado, sob o enfoque da ciência política, uma grande parte das contribuições recentes ao debate procuram analisar o tema a partir de duas vertentes principais: a) buscando desvendar os elos entre as instituições federativas com a governabilidade, ou seja, a capacidade de intervenção pública dos governos para operarem mudanças; b) procurando revelar as especificidades, as condições e possíveis implicações do processo de implantação de políticas de corte social em arranjos federativos. Por outro, as matrizes teóricas que embasam tais estudos, assim como seus resultados, nos levam a conclusões nem sempre coincidentes sobre as influências do federalismo no processo de formulação, implantação e gestão de políticas públicas.

Arretche (2002 a) faz uma excelente síntese da primeira vertente desses trabalhos. Nesta linha, destacam-se os estudos comparativos entre países que, em geral, consideram que as características institucionais dos Estados federativos operam no sentido de restringir as possibilidades de alteração do *status quo*. O argumento central é que a dispersão da autoridade política em múltiplos centros potencializa o poder de veto das minorias e dificulta o processo de implantação de uma política.

As razões que atuam nesse sentido são consideradas inerentes às características do próprio arranjo federativo (Arretche, 2002 a):

1- baixa integração vertical e autoridade simultânea dos governos para intervir na mesma área da política sem permissão do outro nível aumentam as possibilidades de conflitos entre programas, com elevação dos custos de implantação e dificuldades para coordenação de objetivos;

2- presença de maior número de *"veto players"*[17] institucionalizados nas arenas decisórias conformam processos decisórios restritivos à vontade da maioria, aumentando o potencial de estabilidade das políticas existentes;

3- garantias institucionais das unidades-membro no processo decisório restringem o conteúdo das decisões tomadas na busca da obtenção do consenso possível sobre as deliberações.

Os estudos que analisam o caso brasileiro tendem a reforçar os aspectos negativos do arranjo federativo do país para as políticas públicas. Almeida (2001) comenta que, pelo menos desde 1945, predomina o diagnóstico de que a representação distorcida dos estados menores (sobre-representação) nas Câmaras legislativas federais do Brasil restringem as possibilidades de mudanças nas políticas públicas. O problema estaria relacionado ao aumento do poder das elites conservadoras.

A autora relata ainda que, com as mudanças nas instituições federativas a partir da Constituição de 1988, aliam-se outros diagnósticos sobre a situação do "novo" federalismo brasileiro e da situação de ingovernabilidade de raiz institucional. Esse diagnóstico concentra-se na dificuldade que o governo federal teria para aprovar e executar sua agenda de reformas, devido à arquitetura institucional brasileira *"descentralizada, estadualista e incompleta"*, que gera impasses pela multiplicação de poderes de veto e pela permanência da indefinição e superposição de competências e responsabilidades associadas à descentralização fiscal[18].

Partidário da visão de que as características das instituições federativas restringem o poder da maioria *("demos constraning"*) e o princípio democrático da igualdade política dos cidadãos, Stepan (1999) pondera que o federalismo sempre impõe dificuldades ao poder central (expressão da vontade do *"demos"* ou da maioria) para aprovar e executar sua agenda[19]. O autor propõe que o federalismo democrático seja concebido com um *"continuum"*

---

[17] Os *"veto players"* institucionalizados se referem às garantias da divisão do poder federal e o poder de veto das minorias nos sistemas federativos, apontadas por Lijphart (2003) e discutidas anteriormente.

[18] Alguns dos indicadores mais freqüentes da "dificuldade de governar" no Brasil, assinalados pela literatura são: 1 – a "guerra fiscal" entre estados; 2 – a dificuldade, até 1994, de implementar medidas antiinflacionárias eficazes; 3 – a complicada negociação entre governo federal e governos estaduais nos termos do ajuste fiscal nas duas esferas; 4 – a lentidão da transferência de competências e atribuições na área social da União para as unidades subnacionais, em especial para os municípios; 5 – os percalços à aprovação de legislação reformista que possa atingir direta ou indiretamente os interesses de estados (reformas da previdência, administrativa e tributária) (Almeida, 2001).

[19] Stepan (1999) considera que as federações se assemelham ao modelo consociativo no sentido atribuído por Lipjhart (2003), pois possuem dispositivos que protegem minorias através de distinções do tipo territorial no estabelecimento de regras de representação.

que vai da alta restrição à ampliação do poder do *"demos"*[20], contrapondo-se a visão dicotômica que admite a existência de apenas dois tipos de federalismo: o *"federalismo centralizado"* oposto ao *"federalismo descentralizado"*. Quatro variáveis atuam na restrição do poder central, dificultando a realização de suas tarefas de governo e a implantação de políticas nacionais: a) grau de sobre-representação da Câmara Territorial (Senado); b) abrangência das políticas formuladas pela Câmara Territorial; c) grau de poder que a Constituição confere às unidades da federação para elaboração de políticas específicas; e d) grau de nacionalização do sistema partidário em suas orientações e sistemas de incentivos.

Valendo-se dessas variáveis para classificar as federações em termos da maior ou menor restrição ao poder central, Stepan (1999) conclui que o Brasil está entre as mais restritivas[21]. Entre as razões relacionadas destacam-se: a sobre-representação dos estados com eleitorado menor tanto no Senado quanto na Câmara dos Deputados Federais; o amplo poder legislativo do Senado; a fragmentação e baixa nacionalização dos partidos; o amplo espectro de competências atreladas aos estados e municípios a partir de 1988.

Kugelmas e Sola (1999) ratificam as conclusões de Stepan para o caso brasileiro. Eles afirmam que *"temos no Brasil um caso extremo de fragmentação de poder, levantando a ameaça da ingovernabilidade"* (Kugelmas e Sola, 1999: 78), independentemente do conteúdo específico das propostas defendidas pelo Executivo Federal. Outros problemas apontados, de ordem institucional, são resultantes: a) da descentralização de recursos fiscais associada à permanência de um grande número de competências concorrentes; b) da incapacidade administrativa, financeira e institucional de estados e municípios para cumprirem suas responsabilidades constitucionais; e c) do poder político dos governadores e da fragmentação do sistema de partidos.

Os autores destacam a ausência de mecanismos cooperativos mais eficazes, quer seja entre a União e estados, quer na relação entre eles, o que leva a uma situação de *"federalismo predatório"*, marcada pelo perpétuo conflito em torno dos recursos a serem atribuídos a cada esfera de governo, o que impede a implantação de políticas mais eficazes (Kugelmas e Sola, 1999).

---

[20] As razões que explicam a restrição do poder central nas federações democráticas são: 1- a restrição constitucional ao poder central, pela dupla soberania gerada pela existência de subunidades políticas; 2- a divisão do poder em várias estruturas de autoridade; 3- a dificuldade de emendar ou alterar a Constituição; 4- a maior complexidade das Constituições federativas (Stepan, 1999).

[21] O autor compara a experiência da democracia federativa brasileira com a Alemanha, Espanha, índia e Estados Unidos (Stepan, 1999).

Em seu estudo já clássico sobre o tema, Abrucio (1998) enfatiza o caráter *"estadualista"* do arranjo federativo brasileiro, circunscrito ao regime democrático recente. Esse modelo, em que o Executivo Federal e a Presidência da República perderam forças perante o Congresso Nacional, e a União perante os estados, surge com as eleições dos governos estaduais e a vitória da oposição em 1982, e predomina no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso pelas seguintes razões: crise financeira do governo federal, fomentada pelas regras da Constituição de 1988, que fortaleceram financeiramente as instâncias subnacionais frente à União; papel desempenhado pelos governadores na transição democrática; importância dos governadores no sistema político-eleitoral e crise do presidencialismo durante os anos 80 e início dos anos 90.

As características associadas ao *"federalismo estadualista"*, que dificultam a formulação e implantação das políticas públicas, podem ser assim resumidas (Abrucio e Samuels, 1997; Abrucio, 1998 e 2001):

1- desequilíbrio entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e conseqüente dificuldade em se criarem contrapesos (ou controles recíprocos) no funcionamento dessas instâncias;
2- forte influência nacional dos estados pelo controle dos parlamentares federais;
3- forte concorrência entre as esferas de governo nacional e subnacionais e destas entre si, no que se refere aos aspectos fiscais e administrativos e dificuldade de formulação de um pacto e projeto político hegemônico;
4- existência de um sistema eleitoral altamente dependente dos governadores e permeável a interesses clientelísticos;
5- baixa cooperação verificada entre governadores, cuja atuação, em geral, é defensiva e pontual;
6- baixa responsabilização dos governadores associada ao seu fortalecimento na redemocratização que acabou determinando uma lógica de veto e não de negociação frente às propostas federais que ameaçam os poderes adquiridos durante a democratização.

Almeida (2001) critica os trabalhos acima sob diversos aspectos. Em relação ao trabalho de Stepan, ela pondera que nem todos os critérios utilizados para classificar as federações, segundo as restrições que impõem à igualdade política e à governabilidade democrática estão claros. As premissas do autor implicam negar a existência de problemas, interesses e aspirações territorialmente circunscritos que podem ser tratados no âmbito em que

se manifestam sem comprometer a lógica da democracia representativa. Do ponto de vista da autora, nem sempre a representação nacional tem precedência sobre a representação das unidades subnacionais e nem sempre decisões da minoria podem afetar o conjunto dos cidadãos e limitar o poder da maioria.

Outro ponto assinalado sobre o estudo de Stepan é que os próprios autores, defensores do modelo consociativo, afirmam que a democracia majoritária merece ser questionada, já que o sentido primeiro de democracia é o de que todos os afetados por uma decisão devem ter a chance de participar da produção da decisão, diretamente ou por meio de seu representante. Sendo assim, excluir os grupos minoritários com o argumento que eles dificultam à implantação da vontade da maioria viola o fundamento da democracia e conduz à tirania da maioria.

Sobre os trabalhos que enfatizam os efeitos das distorções na representação promovidas pelo arranjo federativo brasileiro, Almeida argumenta que:

1- não há pesquisas empíricas suficientes para afirmar as conseqüências políticas negativas da sobre-representação de eleitorados estaduais no Congresso[22].;
2- existem outros critérios de avaliação de uma democracia representativa em que a proteção dos direitos das minorias também é levada em consideração;
3- distorções na representação dos partidos e conseqüente conservadorismo não derivam apenas das instituições federativas mas também das regras eleitorais. Mais correto seria, então, verificar que partidos políticos se beneficiam ou se prejudicam nacionalmente, quando o eleitorado de um ou mais estados é sub ou sobre-representado e quais as conseqüências disso para a capacidade de implantação de mudanças pelos governos democráticos e para as políticas públicas.

Almeida concorda com a tese de Abrucio de que os estados são atores importantes que exercem influência política sobre suas bancadas no Congresso, sobre as eleições municipais e a conformação dos partidos, o que os torna, na metáfora utilizada pelo autor, verdadeiros *"barões da federação"*. No entanto, pondera novamente a falta de evidências que sustentem a

[22] Pelo contrário, alguns estudos demonstram uma taxa elevada de renovação das bancadas na Câmara dos Deputados que refutam a hipótese do controle dos votos pelas oligarquias dos estados mais atrasados e de menor eleitorado. Esse aspecto também é enfatizado por Soares & Lourenço (2004) que afirmam que não existe qualquer evidência que permita imputar um padrão “moderno” ou “retrógrado” ao comportamento dos legisladores brasileiros segundo sua representação regional. Os autores discutem que os problemas da criação de novos estados, pobres e poucos populosos, estão mais relacionados ao aumento dos gastos com a máquina administrativa e a questão da repartição de recursos fiscais que penalizam estados já constituídos.

afirmação de que o acúmulo de poder dos governadores os tenha transformado necessariamente em *"jogadores com poder de veto"*:

> "Nem o Congresso, nem os partidos, nem os governadores foram jogadores com poder de veto capazes de bloquear a agenda no Executivo. O que parece notável, ao contrário, é a quantidade de iniciativas legislativas que introduziram reformas profundas - algumas das quais requerendo mudança constitucional - e terminaram aprovadas no Congresso. Isto não significa que tenham sido aprovadas sem alterações ou que o Executivo não tenha sido obrigado a negociar com partidos, governadores e prefeitos, antes e durante a tramitação de seus projetos - como é próprio das democracias e, especialmente, daquelas que se organizam como federações" (Almeida, 2001: 24).

Quanto a isso, chama atenção que o diagnóstico da crise de governabilidade brasileira tenha-se concentrado na capacidade do Executivo federal implementar sua agenda de reformas, quando um olhar mais minucioso mostra que, apesar de tudo, foi possível para o governo implementar ao longo dos anos 90 um programa amplo de estabilização econômica, encaminhar importantes reformas constitucionais e estabelecer limitações fiscais aos estados. E é por isso que, mesmo concordando com o diagnóstico de ingovernabilidade[23], alguns autores assinalam a extensão dos recursos de poder da Presidência da República no Brasil, auferido pela grande legitimidade do Executivo federal em nossa cultura política e pela soma de poderes acumulada por sua tecnoburocracia (Kugelmas e Sola, 1999). Isso permite que o governo, em situações de dificuldade, possa lançar mão de uma série de medidas do tipo clientelístico e imediatista que comprometem a consolidação de práticas republicanas.

Em suma, as estratégias adotadas pelos governos no intuito de ampliar sua governabilidade e implementar sua agenda política podem ultrapassar a configuração das próprias instituições políticas. Essas, muitas vezes, acabam desempenhando uma função secundária em relação a outras variáveis como a cultura política e as coalizões políticas dominantes em cada sociedade.

Fiori (1995) questiona a idéia de governabilidade (ou da boa governabilidade), deslocando o eixo de discussão para outros aspectos e dimensões da crise de governabilidade

---

[23] Kugelmas e Sola (1999) relatam que a situação de ingovernabilidade é mais visível nos casos dos projetos de reforma tributária e da reforma política. Fortes interesses, atrelados aos atuais beneficiários de recursos fiscais e de representação, impedem a discussão e implantação desta agenda.

brasileira. A forte crise fiscal dos Estados Nacionais, associada às mudanças da "globalização" das economias conduz à perda da capacidade de iniciativa de todos os níveis de governo nos sistemas federalistas, *"prisioneiros de suas dívidas passadas e condenados aos impositivos do equilíbrio macroeconômico"*. Nessas novas condições globalizadas, a principal fonte de instabilidade e de ingovernabilidade origina-se longe das fronteiras nacionais e regionais e subordina-se às requisições das políticas de estabilização econômica e de ajuste estrutural das economias periféricas, associadas aos ditames de agentes econômicos internacionalizados, organismos multilaterais e das grandes potências hegemônicas.

O autor destaca que é nesse contexto que o *"federalismo pragmático"*[24] brasileiro se desenrola, pois *"a idéia central e as motivações básicas não parecem passar pelo princípio da solidariedade ou do compartilhamento das responsabilidades governamentais"* e o padrão de relações governamentais não parece obedecer a um modelo institucional coerente com a expansão do papel do Estado na proteção social e com a superação das desigualdades regionais.

Os estudos que tentam entender as relações entre as instituições federativas e as políticas sociais nos fornecem novos insumos, permitindo avançar na reflexão sobre as condições institucionais concretas em que se realizam as ações governamentais e das implicações do federalismo na implantação de uma política específica, que é o foco deste trabalho.

A literatura internacional enfatiza a necessidade do desenvolvimento de mecanismos específicos para implantação de sistemas de saúde de caráter nacional e universal em contextos federativos. Um interessante trabalho comparativo entre cinco federações – Austrália, Bélgica, Canadá, Alemanha e Estados Unidos - conduzido por Banting & Corbett [2002?], demonstrou que o federalismo é compatível com distintos modelos de sistemas de atenção à saúde, que vão da ampla participação pública ou privada, passam por sistemas corporativos e conformam sistemas universais. Frente aos achados, os autores sugerem que as instituições federativas, como fatores isolados, não são determinantes. Em que pese a importância da estrutura das instituições políticas na determinação das formas em que grupos distintos participam da definição da política de saúde, outros fatores, como a combinação de

[24] Típicas dos países da América Latina, as experiências de *"federalismo pragmático"* ou *"reativo"* devem-se ao processo de redemocratização e surgem como respostas às demandas por ajustes estruturais. Suas características apontam para a busca de recentralização de receitas pela esfera federal e para a implantação de políticas de estabilização e/ou transferência de atribuições para os governos subnacionais em várias áreas da política pública (Fiori, 1995).

interesses econômicos e ideologias políticas e normas e valores culturais subjacentes, contribuem para os modelos implantados.

No entanto, Banting & Corbett também mostram que a divisão de trabalho entre os níveis de governo e a natureza da relação fiscal interregional têm poderosas implicações para a distribuição de serviços de saúde e para as condições de acesso observadas entre distintas regiões do país, influenciando na implantação da política de saúde de caráter nacional. Nas palavras dos autores, *"si un niño enfermo en una región tiene acceso al miesmo nivel de tratamiento en téminos y condiciones comparables que un niño enfermo en outro extremo del país, depende en gran medida de los a menudo misteriosos detalles de las instituciones federales, normas y relaciones fiscales"* (Banting & Corbett, [2002?]: 32).

Poderosos instrumentos da política de saúde desempenham uma importante função no equilíbrio entre dois valores presentes nas sociedades federais: 1- a *"cidadania social"*, que se reflete no compromisso da oferta de um conjunto de bens e serviços para todos os cidadãos do país; 2- a *"diversidade regional"*, que se expressa pela tomada de decisão descentralizada e pela variabilidade de serviços de saúde em nível subnacional. Entre esses instrumentos, reforçam o papel do nível central de governo os parâmetros nacionais estabelecidos pelas regras federais da política de saúde e as transferências financeiras intergovernamentais, que acabam por determinar os diferentes graus de heterogeneidade dos sistemas de atenção à saúde no âmbito regional desses países.

Particularmente sobre o sistema de transferência financeira intergovernamental, os autores ponderam que ele se baseia na convicção de que os cidadãos de diferentes regiões do país devem ter direito a benefícios e serviços similares, sem terem de pagar impostos significativamente diferentes (Banting & Corbett, [2002?]). Os sistemas de transferências tendem a diminuir o risco de que as diferenças regionais, em nível fiscal e de benefícios, influenciem a migração de capital e de pessoas no país, e a compensar a relação que existe entre necessidade de saúde e capacidade de financiamento, que beneficia as regiões mais favorecidas[25].

Em suas reflexões sobre o processo de descentralização de competências e recursos fiscais em curso na Itália, France (2002) fornece importantes indagações a respeito dos efeitos do federalismo para a implantação de uma política de saúde de caráter nacional e universal. A

[25] Existe um círculo virtuoso que atrela as menores necessidades de saúde com os maiores aportes fiscais nas regiões mais favorecidas e um círculo vicioso que relaciona as maiores necessidades sociais com as menores capacidades fiscais nas regiões menos favorecidas (Banting & Corbett, [2002?]).

preocupação central de France relaciona-se a como estabelecer padrões sanitários nacionais em contextos federativos com forte estímulo à autonomia local, já que para ele existe aparente incompatibilidade entre federalismo e padrões nacionais de política de saúde. Nesse sentido, procura analisar a experiência de três países federativos com sistemas nacionais de saúde consolidados - Austrália, Alemanha e Canadá – buscando identificar os esforços que os governos desses países têm empreendido a favor da implantação de padrões nacionais.

France (2002) identifica os fatores mais importantes que influenciam – positiva ou negativamente – a capacidade do governo federal de garantir padrões nacionais nesses três países: a) poderes dos diferentes níveis de governo no setor da saúde; b) carga financeira do governo central sobre os governos; c) legitimidade do governo central sob a óptica dos governos subnacionais; d) popularidade do sistema de saúde junto aos cidadãos; e) caráter dos padrões nacionais que o governo federal visa promover; f) existência de uma sólida cultura de negociação intergovernamental; g) força do espírito de solidariedade nacional em relação ao regional. Alguns desses fatores são apontados como importantes instrumentos de indução política pela instância nacional e de compensação de desigualdades entre regiões como é o caso das transferências financeiras federais.

No âmbito da literatura nacional, o tema da descentralização está quase sempre presente. Em parte, isso se deve à prioridade que a descentralização ganhou na agenda política dos anos 90 e à conseqüente feição descentralizada com que a área social vem ganhando no Brasil. As características desse processo assinalam o seu caráter político-administrativo, envolvendo a transferência de serviços, poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e principalmente para os municípios. Por outro lado, a descentralização das políticas sociais em sistemas federativos tem peculiaridades que não podem deixar de ser consideradas, já que é inerente ao federalismo que o governo nacional e os subnacionais tenham poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas (Soares, 1998).

Nesses estudos, prevalecem duas idéias: (1) a de que os municípios assumiram papel mais definido do que os estados na distribuição das atribuições governamentais de corte social[26] com tendência à fragmentação das políticas pelas distintas capacidades locais e pelo

[26] Segundo Abrucio (1998), isso se deve ao fato de que a descentralização no Brasil teve uma feição municipalista, associada à expectativa de maior controle social e eficiência das políticas públicas. No campo progressista, a descentralização se funde com o ideário democrático, pois a crise do Estado também é entendida como uma crise de representação Estado/sociedade. Assim, o processo de descentralização está ligado à

predomínio da relação direta da União com os municípios; (2) a de que existem indefinições com relação aos poderes de cada esfera de governo que acentuam os conflitos intergovernamentais. Draibe (1997) ressalta que, em diversas áreas de atuação governamental, a Constituição de 1988 não delimitou as fronteiras de atuação dos distintos níveis de governo. Assim, muitas das funções governamentais, como saúde, educação e assistência social, são exercidas concorrentemente pelos três níveis de governo, gerando gastos e superposições de programas sociais.

Preocupada em examinar tanto o impacto de fatores estruturais das unidades de governo (capacidade econômica, fiscal e administrativa) quanto as características institucionais das políticas específicas (regras constitucionais, estrutura de incentivos e legado de políticas prévias) no processo de descentralização de políticas sociais no Brasil, Arretche (2000) desenvolveu um estudo bastante abrangente em que compara quatro áreas: saúde, habitação, saneamento e educação.

A autora evidencia que a indução e a condução do processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil, necessitam do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo nacional ou da esfera que irá descentralizar funções. Estratégias de indução, eficientemente desenhadas e implementadas pelos níveis de governo interessados em descentralizar, que obtenham a adesão dos demais níveis, podem compensar obstáculos estruturais de estados e municípios e melhorar a qualidade da ação desses governos, à medida que tendam a minimizar custos ou ampliar benefícios relacionados à assunção de novas responsabilidades administrativas. O estudo também evidencia a importância das esferas estaduais nos processos de descentralização induzidos pelo poder federal. Entre as estratégias desenhadas pelo nível federal, destacam-se, na saúde, os fortes estímulos financeiros.

Depreende-se de seu trabalho que a existência de competências legislativas concorrentes e comuns na oferta de bens e serviços da área social, estabelecidas na Carta Constitucional brasileira, não impediu ou comprometeu o processo de definição e transferência gradativa de responsabilidades. A política deliberada pelo governo federal permitiu definir diferentes regras e instrumentos de incentivos, que impuseram ritmos e situações diferenciadas ao processo de descentralização nas diversas áreas das políticas

---

capacidade de gerar identidades coletivas (sociocultural, política e territorial) e supõe a transferência de competências e recursos para níveis periféricos do governo e o incentivo à organização e participação popular.

sociais, com flexibilidade para atender às situações de desigualdades das capacidades administrativas e financeiras das unidades subnacionais.

Mais recentemente, Arretche ressalta outros dois aspectos importantes de sua pesquisa. O primeiro indica que as estratégias de indução desenhadas pelos níveis mais abrangentes de governo tendem a compensar a baixa centralidade das políticas sociais nos mecanismos de legitimação política dos governos no Brasil (Arretche, 2002 a). A descentralização brasileira não propicia uma disputa de créditos políticos entre os níveis de governo e, por isso, há necessidade de indução do governo federal. O segundo assevera que a definição de regras, no próprio processo de implantação de uma política, pode representar importantes recursos e estratégias utilizadas pelo Executivo federal para transpor obstáculos à sua agenda política (Arretche, 2002 b). Assim, o estudo revela que, pelo menos no que se refere à área social, prova-se bem menor do que supõe a teoria política sobre o federalismo a capacidade de veto dos governos subnacionais.

Em artigo desenvolvido em conjunto com Viana e Oliveira (Viana *et al.*, 2002 a), enfatizamos a necessidade de maior aprofundamento sobre a especificidade da intervenção pública no modelo federativo brasileiro. Em cenário de grande flexibilidade institucional como o federativo, os conflitos e a cooperação, envolvendo a participação de diferentes atores políticos, justifica a necessidade de mudanças nas estruturas e regras das instituições. Nestes casos, o processo de descentralização de políticas sociais é necessariamente lento e negociado, pois supõe o entendimento entre autoridades dotadas de graus diferenciados de legitimidade, autonomia decisória e recursos, desenvolvimento de mecanismos que fortaleçam a capacidade de cooperação e integração regional e adequado delineamento de competências em função de um determinado modelo de intervenção econômica e social.

Considerando as condições institucionais do federalismo brasileiro – com relações intergovernamentais marcadas por embates sobre recursos, centralização decisória, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora do Estado e inexpressiva tradição participativa da sociedade –, procuramos investigar de que forma a política de saúde vem lidando com as contradições e conflitos elencados. As diretrizes da política de saúde no Brasil apontam para a implantação de um sistema de saúde de caráter nacional, universal e descentralizado. Ao mesmo tempo, exige maior cooperação entre os diferentes níveis de governo, tendo em vista a existência de uma série de funções compartilhadas e a organização de sistemas regionais. Existe, portanto, um aparente paradoxo entre as variáveis de ordem macro e as exigências da própria política de saúde.

Demonstramos que, mesmo tendo desenvolvido instrumentos importantes de regulação da descentralização e criado instâncias de negociação e decisão intergovernamental, nosso sistema de saúde não logrou superar as desigualdades regionais existentes. Pelo contrário, esses mecanismos mostram-se frágeis frente aos agudos conflitos de ordem federativa em um contexto de restrição fiscal e herança de desigualdades econômicas e sociais (Viana *et al.*, 2002 a). Não há um modelo único de descentralização, pois as inúmeras desigualdades regionais e locais geram resultados muito diferenciados.

Nossas conclusões se aproximam dos argumentos levantados por Souza C. (1998; 2001 a; 2002) de que, em países marcados por alto grau de heterogeneidade como o Brasil, pela existência de múltiplos centros de poder e por um sistema complexo de dependência política e financeira entre as esferas governamentais, a descentralização de políticas sociais apresenta resultados diversos que podem ser contraditórios em razão das profundas disparidades inter e intra-regionais. O processo de descentralização também cria novas tensões para antigos problemas: o de como enfrentar estas mesmas desigualdades em uma federação que constrange o centro e redireciona o papel dos governos subnacionais na provisão dos serviços sociais.

A revisão da literatura acima nos trouxe os seguintes elementos para reflexão.

1- Se, por um longo período, acreditou-se que o federalismo e suas instituições não causavam impacto significativo sobre as políticas públicas, a literatura contemporânea tende a enfatizar as restrições impostas pelos sistemas federativos às possibilidades de mudanças no *status quo* das políticas. No entanto, os estudos que analisam o processo de implantação de políticas específicas em contextos federativos indicam um caminho oposto: não há paralisia, mas, sim, um processo contínuo de desenvolvimento de estratégias e instrumentos pela própria política que possibilita sua implantação e revisão.
2- Apesar de os estudos apoiados em pesquisa empírica tenderem a deslocar a explicação sobre as dificuldades do processo de descentralização na área social do modelo federativo constitucional (que enfatiza a superposição e indefinição de competências) para outras variáveis institucionais e estruturais de ordem macro (relacionadas principalmente ao federalismo fiscal e às desigualdades interregionais), a análise do caso brasileiro aponta a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas no plano das políticas específicas que: a) permitam entender adequadamente os limites e constrangimentos impostos pelas instituições federativas no Brasil para as políticas sociais; b) as formas encontradas para

acomodação dos conflitos gerados e para superação (ou aprofundamento) dos problemas de ordem institucional pela própria política.

3- Os estudos que analisam a política de saúde enfatizam a importância do nível federal na condução do processo de implantação da política em países federativos. Entre os instrumentos de indução e condução utilizados destacam-se as transferências financeiras federais, que possuem um papel fundamental na consolidação de padrões nacionais e redução das desigualdades por sua capacidade de redistribuição de recursos. As transferências federais são, portanto, importantes instrumentos para consolidação de políticas nacionais e universais, principalmente em países heterogêneos como o Brasil.

2. FEDERALISMO FISCAL: DA TEORIA À PRÁTICA NO BRASIL

2.1 A especificidade e dilemas dos sistemas tributários em países federativos

As formas como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações configuram o federalismo fiscal. A importância dos estudos que enfatizam a dimensão fiscal é ressaltada por diversos autores. Para Affonso e Silva (1995), *"o principal mecanismo que garante a articulação dos interesses na federação são os fundos públicos"*. Eles possibilitam soldar o pacto federativo, contribuindo para a manutenção da unidade do Estado e do equilíbrio entre seus entes.

Watts (1996) acentua que a divisão da receita pública entre as jurisdições é relevante por duas razões: 1- os recursos financeiros permitem ou restringem os governos no exercício de seus encargos constitucionais; 2- o poder de captar e administrar receitas fiscais e de executar os dispêndios públicos são instrumentos poderosos de intervenção e regulação econômica do Estado.

Como arranjo institucional concreto, o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo, antes de tudo, resultado de escolhas políticas. Ele expressa o modo como os princípios de autonomia e interdependência entre as partes, que fundamentam o pacto federativo, são incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinadas tensões e conflitos são acomodados em um contexto histórico específico. Além disso, dada a sua relevância para a Administração Pública, influencia decisões importantes dos atores políticos com impacto significativo para as políticas públicas e as políticas de saúde em particular.

Não há um modelo teórico ideal nem um padrão uniforme ditado pela prática para a configuração de sistemas tributários em países federativos (Afonso e Lobo, 1996). Para sua diferenciação, Watts (1996) recorre a dois elementos principais: o *"poder de tributar"* ou de arrecadar tributos e o *"poder de gastar"*, fatos que viabilizam o cumprimento das atribuições de governo. Geralmente decorrente da divisão de responsabilidades e funções, a repartição desses "dois poderes" entre os governos subnacionais e nacional caracteriza o federalismo fiscal.

Há pelo menos duas décadas, observa-se nos países de organização federativa, uma tendência ao deslocamento dos encargos sobre as políticas públicas (especialmente as de corte

social) e do poder de gasto, do nível central para os níveis periféricos. A justificativa técnica, comumente utilizada, refere-se à necessidade de ampliar a eficiência e eficácia administrativa no uso dos recursos. Argumenta-se que, quanto mais próximo das necessidades e demandas da população, maiores serão os benefícios atingidos e mais efetivos os mecanismos de controle sobre os gastos.

Na verdade, os movimentos pró-descentralização de responsabilidades e recursos podem ser mais bem explicados pelo contexto em que se inserem. Dain (1995 c) pondera que os ganhos de flexibilidade das esferas subnacionais em relação à definição sobre as prioridades, instrumentos e modalidades de gasto permitem às federações mais facilmente harmonizar a escassez de recursos e o corte de despesas que emanam da crise fiscal mundial a partir dos anos 70. O *trade-off* para as políticas sociais é que, gradativamente, o caráter universal consolidado em determinadas economias desenvolvidas e traduzido pela uniformidade de cobertura de serviços, passa a ser *"substituído como valor pela natureza mais representativa e democrática das escolhas feitas, não só quanto aos gastos a serem realizados, como em torno das prioridades a serem sacrificadas, no quadro de restrição de recursos"* (Dain, 1995 c: 83).

É preciso ponderar que a descentralização não necessariamente leva à contenção das despesas, pois a assunção de novas responsabilidades pelas esferas subnacionais gera demandas e aumenta as necessidades de gasto. Banting & Corbett [2002?] chamam atenção sobre os custos e gastos mais elevados que sistemas de saúde com modelo semelhante podem assumir em países com distintos níveis de descentralização[27].

Em que pese a força da diretriz da descentralização, nota-se que as transformações nas relações de poder sobre o gasto das federações não são acompanhadas na mesma intensidade pela descentralização das competências tributárias. Entre as federações estudadas por Watts (1996), a maior parte dos recursos tributários é arrecadada pela esfera federal. O autor considera que os desequilíbrios fiscais gerados pela distribuição do poder de tributação e de gasto entre as esferas de governo são intrínsecos e estão presentes em maior ou menor grau em qualquer federação.

Dois tipos de desequilíbrios podem ser verificados: 1- verticais, observados entre governos de diferentes níveis, gerados pela elevada concentração de poder de tributação no nível federal em contraposição às necessidades de gastos dos níveis subnacionais pelos

[27] No Brasil, a descentralização de funções e da competência tributária a partir de 1988 aumentou a participação de estados e municípios em todos os itens da despesa pública.

maiores encargos assumidos; 2- horizontais, em razão das desigualdades existentes entre os governos do mesmo nível que determinam, por um lado, capacidades diferenciadas de provisão de serviços em sistemas de tributação comparáveis e, por outro, necessidades distintas de gastos públicos decorrentes de variações nas condições socioeconômicas e nas demandas da população.

Os sistemas de transferências intergovernamentais de recursos tributários atuam na correção destes dois tipos de desequilíbrios: verticais e horizontais. Além disso, são inerentes aos países federativos na medida que não existe um balanço ideal entre o poder de tributar e gastar entre as esferas de governo associado a um regime de encargos explícitos, que prescinda de um sistema de transferência fiscal. Vários são os fatores que interferem na adoção de determinados esquemas de repartição financeira, os critérios e condicionantes utilizados, assim como os governos envolvidos nos mecanismos de transferência implantados.

Nos EUA, por exemplo, a relação entre a responsabilidade sobre a receita tributária adquirida e o *accountability* é determinante. O nível federal, principal responsável pela arrecadação dos recursos transferidos, deve controlar e estabelecer as condições para sua utilização efetiva em nível estadual. A maior parte das transferências federais são, portanto, condicionadas a determinadas finalidades, já que o governo central é quem responde aos contribuintes pelo destino final dos recursos.

Watts (1996) também evidencia que, em geral, quanto mais descentralizados os encargos e mais significativas as desigualdades interregionais, maiores são as necessidades de implantação de mecanismos de equalização fiscal para promover o equilíbrio horizontal da receita disponível[28], pois as desigualdades horizontais têm efeito corrosivo sobre a coesão nacional. Ainda assim, as diferenças nos arranjos adotados refletem o grau de tolerância das sociedades em relação às desigualdades dos territórios político-administrativos. Sistemas mais ou menos complexos que visam graus distintos de igualdade podem ser adotados.

Para países como Alemanha, Canadá, Austrália e, em menor proporção, Suíça, as denominadas *"solidary transfers"* são fundamentais para garantir uma diminuição das diferenças orçamentárias entre os níveis intermediários de governo, embora nem sempre considerem as necessidades efetivas de gasto[29]. Esses países não deixam de se preocupar com o *accountability*. Os governos subnacionais soberanos devem utilizar as receitas provenientes

[28] O conceito de receita disponível inclui a arrecadação própria de tributos (impostos, taxas e contribuições), mais ou menos as transferências intergovernamentais constitucionais ou legais.

das transferências intergovernamentais, em parte não condicionadas a finalidades específicas, em função das prioridades locais, sendo responsáveis pelos dispêndios efetivados junto a seus próprios eleitores[30].

Os EUA, se comparado aos países europeus e ao Canadá, apresentam desigualdades interestaduais mais expressivas, mas não adotam nenhum esquema regular de equalização fiscal. Os graus de tolerância às desigualdades observadas nas diversas federações refletem os valores presentes nas sociedades e, em última análise, o quanto nessas organizações federativas, os governos subnacionais abrem mão de sua autonomia em função da eqüidade nacional e da garantia de determinados padrões nacionais de políticas públicas.

Aprofundando a discussão sobre as diferenças observadas nos países federativos, problemas adicionais podem ser identificados na formatação dos sistemas tributários.

> "Nesses sistemas, o suprimento de serviços públicos em cada espaço territorial é operado por diferentes níveis de governo, sendo profundamente díspares e historicamente determinadas as diversas configurações que se estabelecem nesta divisão de trabalho das federações existentes. A conexão entre a captação da receita fiscal e sua alocação final no dispêndio público é operada por diversos orçamentos dotados de graus variáveis de autonomia" (Prado *et al.*, 2003: 274)

Além dos requisitos clássicos – tributar com eqüidade e eficiência, adequar a distribuição de recursos via orçamento e executar o dispêndio com eficiência - os sistemas tributários devem contemplar a atribuição equilibrada de encargos entre níveis de governo, que exige o estabelecimento de normas e padrões nacionais, buscando estabelecer alguma homogeneidade nos serviços prestados; a estruturação eficiente do sistema de competências tributárias, definido pelas funções de arrecadação e administração dos recursos; e a formatação de um sistema adequado de partilha, que envolve o conjunto de regras pelos quais a receita tributária é distribuída entre os diferentes níveis de governo.

Essas três variáveis – distribuição de encargos formalmente regulamentados, competências tributárias e o sistema de partilha fiscal - são igualmente importantes para o entendimento dos diversos arranjos do federalismo fiscal e existem estreitas relações de

---

[29] Sobre este aspecto, Shah (1994) reflete que a falta de preocupação sobre as necessidades efetivas de gasto nos programas de equalização fiscal propiciam problemas relativos à eficiência e à própria eqüidade.

dependência entre elas. Discute-se, em seguida, algumas idéias associadas a cada uma das variáveis mencionadas, ressaltando alguns dos dilemas enfrentados pelas sociedades marcadas por acentuadas heterogeneidades, algo que se aplica à realidade brasileira.

Distribuição de encargos formalmente regulamentados

É consenso entre os teóricos do federalismo fiscal que, em condições ideais, os sistemas tributários devem manter forte coerência com a atribuição planejada de encargos entre níveis de governo. Da configuração de responsabilidades sobre a provisão de determinados bens e serviços, expressa nos dispositivos legais e normativos, decorre o perfil de financiamento das políticas públicas a ser viabilizado através da estrutura de competências tributárias e do sistema de partilhas. Frente às demandas a ele colocadas, a implantação de políticas e prestação de serviços públicos pelos governos subnacionais depende da relação estabelecida entre o somatório da arrecadação direta de tributos com as transferências de níveis superiores de governo.

Se as transformações vividas pelos países federativos nos últimos anos apóiam-se na idéia de que as políticas e a prestação de serviços públicos devam ser assumidas cada vez mais pelos governos subnacionais, as federações raramente adotam totalmente esse preceito. Como ressaltam Barrera e Roarelli (1995), as dificuldades para estabelecer uma clara divisão de encargos são maiores do que aquelas inerentes ao estabelecimento de competências tributárias. Diversos aspectos interferem na divisão dos encargos: externalidades associadas à provisão de certos serviços; dificuldades inerentes à definição do alcance territorial de determinadas políticas e serviços públicos (local, regional e nacional); heterogeneidades de distintas naturezas (geográfica, econômica e social); fatores de ordem política. Na saúde, agregam-se os problemas relativos à economia de escala e a necessária especialização de funções por determinadas jurisdições que atuam como unidades de referência na prestação de serviços.

Não surpreende que a experiência internacional aponte como freqüentes os encargos compartilhados na área social e o fim de padrões de autoridade claramente delimitados (Almeida, 2001). Ademais, em países heterogêneos, o compartilhamento de funções permite adequar de forma mais flexível as responsabilidades definidas nacionalmente às circunstâncias financeiras, administrativas e políticas extremamente desiguais das unidades

[30] No Brasil, onde a maior parte dos orçamentos municipais provém de recursos transferidos da União é difícil imaginar que a sociedade local tenha clara percepção do ônus envolvido nos gastos locais. Os municípios, em

subnacionais[31]. A co-responsabilidade entre as esferas nacional, intermediárias e locais se reflete no âmbito do financiamento pela cooperação intergovernamental na geração de receitas e no gasto.

Cabe lembrar que a definição de encargos sobre as políticas públicas remete à discussão dos padrões que se quer atingir em relação aos serviços a serem prestados. No caso da política de saúde essa é uma questão fundamental. Em geral, os modelos de sistemas de saúde nacionais e universais, como o definido para o Brasil, exigem o estabelecimento de princípios e diretrizes para todo o território (France, 2002). Admite-se que a conformação das ações e dos serviços de saúde possa variar entre as esferas subnacionais de governo em função das necessidades da população e das condições materiais existentes, desde que elas não rompam a configuração mais geral do sistema.

Essa não é uma questão trivial para o federalismo fiscal. A igualdade de direitos entre os cidadãos exige que estes sejam tratados da mesma forma em relação ao acesso a determinados bens e serviços públicos e que os recursos disponíveis para isso sejam adequados. A abordagem dessa questão – em termos políticos e econômicos – requer a definição de regras comuns, que enfrentam, na maior parte das vezes, o conflito entre os objetivos redistributivos e equalizadores da política e a autonomia legislativa e orçamentária dos governos subnacionais.

Distribuição das competências tributárias

Em relação às competências tributárias, Rezende (2003) argumenta que, em tese, a repartição de competências deveria guardar estreita relação com o alcance territorial das principais bases tributárias, de modo a estabelecer laços mais sólidos de responsabilidade entre o governo e o cidadão, mas também limitar as possibilidades de deslocamento do contribuinte para evitar o pagamento de imposto. Entretanto, na prática, cada federação adota a solução mais compatível com a sua própria realidade, não sendo possível falar apenas de um único padrão. Fatores diversos suscitam opções mais diversificadas para distribuição das competências sobre as três principais bases tributárias – renda, consumo e propriedade -, entre eles, a existência de desigualdades que não permitem acomodar as necessidades financeiras de

---

geral, gastam recursos "externos" às suas jurisdições (Prado, 2003 b).

[31] Esse é o principal argumento utilizado por Almeida (2001) para se contrapor às idéias de que a federação brasileira é uma *"arquitetura política incompleta"* devido à exagerada abrangência das competências comuns e concorrentes desenhada na Constituição Federal de 1988 para as diferentes instâncias de governo. No SUS, a sobreposição de funções é evidente, podendo-se observar modelos de descentralização e gestão dos sistemas de

cada ente com base nestes tributos, as flutuações cíclicas da economia e as diferentes capacidades administrativas das esferas subnacionais.

Os modelos teóricos clássicos do federalismo fiscal enfatizam a necessidade de autonomia dos governos subnacionais e independência aos orçamentos nacionais, preconizando maior descentralização das competências tributárias. Os argumentos, de teor fortemente liberal, sugerem que a descentralização permite à população local escolher a carga tributária em relação aos serviços desejados, assim como garante aos indivíduos optarem pela comunidade que mais se ajuste à sua demanda por serviços.

Alguns autores se contrapõem a esses argumentos. Além de desconsiderar os demais princípios federativos, a necessária interdependência e cooperação entre as distintas esferas de governo, essa proposição teórica é impensável em situações de acentuadas diferenças socioeconômicas. Destaca-se nas federações com elevada heterogeneidade o que Prado *et al.* (2003) denominam *"demandas estruturais por políticas nacionais de gasto"*. Nesses países é mais acentuada a necessidade da ação centralizada do Estado por dois motivos principais. Primeiro, porque cabe ao governo central estruturar sistemas de redistribuição fiscal devido à diversidade dos orçamentos fiscais e à capacidade de gasto público[32]. Segundo, porque se acentua o problema da provisão de bens e serviços em níveis homogêneos, o que amplia o escopo das políticas necessariamente conduzidas por níveis superiores de governo.

Prado *et al.* (2003) sintetizam os fatores que recomendam a concentração das competências tributárias[33]:

1- neutralidade e eficiência da arrecadação – por propiciar o distanciamento necessário entre a máquina pública e interesses políticos e econômicos locais e evitar que impostos sejam utilizados como instrumentos de política econômica[34];

---

saúde bastante diferenciados entre os estados. Voltaremos a essa discussão, quando analisarmos o financiamento descentralizado da política de saúde no Brasil.

[32] Considera-se que capacidade de gasto não é necessariamente expressão das receitas disponíveis, pois uma série de fatores interfere nas necessidades de dispêndios públicos e na capacidade de execução orçamentária dos recursos. Assim, mesmo possuindo receitas disponíveis semelhantes, as esferas subnacionais de governo podem ter capacidades de gasto distintas.

[33] A centralização de competência sobre um dado tributo, embora geralmente associada, não implica necessariamente centralização da arrecadação já que esta pode ser delegada para os governos subnacionais (Prado *et al.*, 2003).

[34] Esse é um dos argumentos utilizados para explicar a origem da guerra fiscal dos estados brasileiros. Os estados possuem grande autonomia para arrecadação e gestão do principal imposto sobre valor agregado (IVA) no Brasil – o ICMS – diferentemente de outras federações, o IVA é de competência partilhada entre a União e as esferas subnacionais.Além disso, a ampliação da base de arrecadação e o aumento do poder estadual sobre a gestão do tributo se dão em um contexto de progressiva fragilização da capacidade regulatória do governo central. Para uma discussão aprofundada sobre esse tema consultar Prado e Cavalcanti (2000).

2- ação redistributiva – para evitar o represamento de recursos em determinadas jurisdições e facilitar a redistribuição fiscal de modo a compensar diferenças entre os espaços subnacionais;
3- alocação da atividade econômica e da força de trabalho – para impedir movimentos não desejáveis de setores produtivos e de trabalhadores em função da amplitude das bases tributárias e do número diferenciado de alíquotas de impostos sobre fatores móveis (ex: impostos sobre o consumo).

Dain (1995 a) justifica a concentração da competência tributária do ponto de vista econômico, pela existência de externalidades no campo da formulação, implantação e financiamento das políticas públicas que exigem o fortalecimento do governo central e asseguram sua materialização em nome do interesse geral. No âmbito político, se o nível federal representa o interesse geral, para garantir à cidadania um mínimo homogêneo de recursos associados às suas necessidades básicas, precisa-se concentrar o poder de gasto em virtude da ampliação da cobertura das políticas públicas.

Sistema de partilha fiscal

As economias federativas caracterizam-se por graus diferenciados de centralização de competência tributária em relação aos encargos e, conseqüentemente, exigem que haja algum sistema de partilha de recursos. Os argumentos sintetizados por Bahl (1998) para justificar as transferências intergovernamentais de recursos são os mesmos apontados acima para compreensão dos desequilíbrios a favor da União. Esse autor alerta para o fato de que, frente aos objetivos a serem atingidos, múltiplas são as formas utilizadas pelos países para transferir recursos entre instâncias de governo, exigindo que os mecanismos utilizados sejam compreendidos enquanto um sistema e que seu impacto seja analisado de forma conjunta.

Para Prado, o sistema tributário de partilha em regimes federativos envolve *"todas as regras e os dispositivos que, a partir de uma dada definição de competência tributária – que nível de governo administra e arrecada cada imposto -, determinam a forma pela qual a receita será distribuída entre os diversos governos soberanos, ou seja, determinam sua receita disponível"* (Prado, 2003 b: 276-277).

Definidas nesses termos, as transferências intergovernamentais traduzem-se como mecanismos de distribuição de recursos de origem fiscal entre unidades de governo de diferente (partilha vertical de recursos) ou igual (distribuição horizontal de recursos)

hierarquia e envolvem relações orçamentárias[35]. Enquanto no primeiro caso o objetivo é dotar as unidades de governo nacional e subnacionais de recursos compatíveis com suas atribuições legais, no segundo caso, o propósito é gerar uma maior homogeneidade das receitas disponíveis e do poder de gasto entre as esferas subnacionais com diferentes condições socioeconômicas.

Várias questões devem ser consideradas no estabelecimento dos sistemas de transferências orçamentário-financeiras. Essas questões traduzem-se como desafios técnico-metodológicos e como escolhas políticas decorrentes das negociações intergovernamentais. Um primeiro aspecto refere-se à definição do montante de recursos a ser transferido. Geralmente, a estrutura de encargos é o principal elemento utilizado na montagem da partilha vertical de recursos. Prado (2003 b) identifica três modelos básicos na formatação institucional da divisão de recursos tributários entre governos de diferentes níveis que, nesse caso, incluem os critérios para a divisão dos tributos cuja arrecadação é partilhada:

1- distribuição vertical variável – existem normas que definem percentuais fixos de recursos a serem transferidos. Esse é o padrão definido na Constituição de 1988 para os Fundos de Participação dos Municípios e Estados (FPM e FPE) e para o ICMS discutido no próximo item. Embora garanta uma distribuição "básica" de recursos, os fluxos variam em função do comportamento dinâmico das bases tributárias, do esforço tributário e da utilização de incentivos fiscais pelos governos cedentes.
2- distribuição vertical semi-fixa – prevê algum dispositivo institucional de ajuste das dotações orçamentárias agregadas entre os níveis de governo. Tem-se como exemplo a Alemanha, cuja arrecadação do IVA é dividida entre a União e os governos estaduais ("laender") e pode ser revista periodicamente de forma a permitir ajustamentos das participações relativas e alterações nos encargos por nível de governo. Também é o caso do Canadá e da Austrália, que ajustam as transferências federais em função das diferenças

[35] Nesse aspecto, o conceito de sistema de partilha ou de transferência intergovernamental de recursos proposto por Prado (2003 b) diferencia-se do de Bahl (1998). Para Bahl, as transferências envolvem diversidade maior de mecanismos, entre eles, co-responsabilidade de arrecadação de dado tributo, que, por isso, não chega a compor de forma integral o orçamento das unidades centrais de governo. Esse é o caso do IRRF pelas unidades subnacionais brasileiras. Tal como definido na Constituição de 1988, pertence aos estados, ao DF e aos municípios *"o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas instituições que instituírem e mantiverem"* (Brasil, Constituição Federal de 1988, Art. 157). A partilha sobre a competência de um tributo é um mecanismo importante de repartição de recursos financeiros. No Brasil, algumas propostas de reforma do sistema tributário contemplam a unificação e reformulação dos impostos sobre o valor agregado e o compartilhamento de sua competência entre a União e os estados.

na capacidade de levantar recursos das províncias (modelo canadense) e do balanço entre receitas e despesas das esferas subnacionais (modelo australiano) (Bootle, 2005).

3- distribuição fixa –percentuais fixos de distribuição incidem sobre a carga tributária. Para sua implantação, esses sistemas exigem mecanismos de correção antes de qualquer transação de recursos e, por isso, na prática, não são empregados.

Para a maioria dos países federativos, a divisão vertical de encargos e recursos se estabelece em dois níveis, envolvendo a União e os governos estaduais nas decisões sobre a modelagem dos sistemas de transferências. No Brasil, a partilha é mais complexa, uma vez que os milhares de municípios têm estatuto constitucional que os equipara à União e aos estados, multiplicando-se o número de governos e orçamentos envolvidos. A distribuição dos tributos, portanto, inclui diferentes relações: entre União e estados; entre União e municípios; entre estados e municípios. O compartilhamento de encargos em diferentes áreas e na saúde em particular, amplamente adotado e desejável em sociedades marcadas pela heterogeneidade, também dificulta o estabelecimento de normas rígidas sobre o que se quer atingir e sobre a forma de distribuição adequada para cada fluxo, ainda mais quando esses são tratados de forma fragmentada.

A definição da partilha fiscal horizontal é tarefa ainda mais difícil. Aqui, é preciso estabelecer os padrões adequados, em quantidade e em qualidade, de oferta e cobertura de serviços públicos, que se quer garantir por meio das transferências intergovernamentais. Esses padrões se aplicam a cidadãos iguais em direito, mas que possuem necessidades diferentes e que residem em situações geográficas bastante distintas. Portanto nem sempre é fácil estabelecer parâmetros em relação aos serviços públicos a serem prestados e estimar o volume mais adequado da receita necessária para as diferentes esferas subnacionais de governo.

A saúde é um caso emblemático. Os critérios de hierarquização dos serviços, de oferta e cobertura, se feitos em termos genéricos são geralmente pouco válidos, pois as linhas de cuidado exigem equipamentos e profissionais que variam em função dos problemas de saúde. Por outro lado, a saúde é de difícil parametrização, pois as necessidades da população, as demandas por serviços e os custos da provisão da assistência são diferentes entre as jurisdições. Além disso, a mobilidade geográfica dos cidadãos não respeita os limites político-administrativos. Ela é intensa e motivada por fatores diversos. Mesmo que o sistema de transferência garanta a mesma quantidade de recursos por habitante, por paciente ou agravo, entre as esferas subnacionais de governo, isso não significa que a redistribuição esteja favorecendo a eqüidade e a eficiência.

Afora essas questões, existe o problema da eqüidade fiscal *versus* a autonomia dos governos subnacionais. O sentido de eqüidade fiscal aqui utilizado refere-se tão somente à busca de maior homogeneidade de receita e de capacidade de gasto entre as jurisdições através de mecanismos de transferência de tributos[36]. Já a autonomia fiscal dos governos subnacionais está atrelada ao poder que eles têm para dispor livremente da maior parcela possível de sua receita. Se muitas vezes essas variáveis são tratadas de forma antagônica, a prática das federações nos indica que os sistemas de partilha fiscal tendem a acomodá-las de forma variada, através da adoção de mais de um tipo ou critério para as transferências. Não existem, portanto, modelos pautados exclusivamente pela autonomia plena nem aqueles que desprezam totalmente a necessidade da garantia mínima de recursos para o desempenho de determinadas funções. Como já ressaltado anteriormente, o valor atribuído à eqüidade e à autonomia nas sociedades federadas e que interferem no jogo político é fundamental.

Mais uma vez, Prado (2003 b) reflete que a busca pela eqüidade exige que a federação interfira com as normas sociais e com a prática orçamentária dos governos federados, restringindo, em alguma medida, a autonomia legislativa e orçamentária das jurisdições. Uma ou mais das seguintes alternativas são recorrentes:

1- condicionamento de parte dos orçamentos das jurisdições a uma aplicação específica, geralmente, pela definição de patamares mínimos de gastos;
2- restrição ou direcionamento da utilização de determinadas receitas transferidas;
3- redistribuição horizontal de recursos de cada jurisdição para atender a demandas diferenciadas por serviços.

Segundo esse autor, a vinculação de receitas, que pode ser realizada de diferentes maneiras e em diferentes momentos da gestão orçamentária, é uma estratégia utilizada para garantir que determinados serviços sejam realizados, mesmo que em padrões mínimos. Ela não é necessariamente ela é incompatível com os conceitos de descentralização e autonomia, desde que as esferas subnacionais estejam, com a vinculação, garantindo o cumprimento de encargos nacionalmente definidos e possam formatar seus orçamentos para atingirem os objetivos da política. Entretanto, em situações de extremos condicionamentos sobre os gastos, a autonomia dos entes subnacionais de governo fica gravemente comprometida a ponto de

[36] Esta é uma noção mais restrita de eqüidade fiscal, pois desconsidera as formas de captação da receita e do gasto público. Num sentido mais amplo, um sistema tributário é mais eqüitativo (ou justo) quando capta parte da renda e a despende de forma que não guarde correspondência à distribuição privada da riqueza e da renda. Essa noção, portanto, atrela-se ao conceito de progressividade de um tributo em que aqueles que podem mais

interferir na alocação orçamentária dos recursos dentro de determinadas funções e programas[37].

Prado *et al.* (2003) enfatizam mais dois aspectos que pautam a discussão sobre a modelagem dos sistemas de transferência: a capacidade fiscal e o esforço fiscal das esferas locais. A capacidade fiscal diz respeito ao nível de arrecadação que o governo local pode alcançar em função das competências tributárias a ele atribuídas. O esforço fiscal, por sua vez, refere-se ao grau de aproveitamento da capacidade fiscal potencial e é variável dependente da eficiência da máquina arrecadadora local. Os fluxos de transferências fiscais devem ser pautados também pelo esforço fiscal, sob pena de implicar em tratamento fiscal desigual para os contribuintes que arcam com o custo da ineficiência da arrecadação de outras jurisdições e de desestimular o esforço fiscal próprio das unidades locais que passam a contar com a *"arrecadação das transferências"*.

Uma última questão está relacionada à construção de um padrão dinâmico de transferências, que possa ser ajustado com o tempo, em função das mudanças nas demandas por serviços nos níveis subnacionais. Habitualmente, os níveis locais e intermediários de governo resistem a qualquer redução de suas receitas. Se o sistema de partilha fiscal não contar com mecanismos que permitam revisões e reformas periódicas, as resistências implicarão concessões que não necessariamente conduzem à redistribuição adequada de recursos e à equalização das receitas disponíveis e da capacidade de gasto.

A necessidade de estabelecer um processo contínuo de negociação sobre os mecanismos de correção dos desequilíbrios fiscais propiciou a constituição de arenas decisórias que permitem ajustes periódicos nos mecanismos de transferências intergovernamentais vigentes. Watts (1996; [2004?]) compara os diversos arranjos existentes nas federações por ele estudadas. Em geral, evidencia-se a existência de conselhos ou comissões composta por representantes do governo central e subnacionais no âmbito do poder Executivo ("*federalismo executivo*"), como no Canadá e na Austrália. No entanto, na Suíça e nos EUA, as negociações intergovernamentais sobre as transferências fiscais são da alçada do Poder Legislativo e se dão, respectivamente, no âmbito do Parlamento e do Congresso Nacional desses países.

---

contribuem mais que proporcionalmente à sua renda e os indivíduos com menor renda menos (Ugá e Santos, 2005).

[37] Esse é o caso das transferências federais do SUS, objeto de análise deste estudo. Machado (2005) sugere que os limites sobre o direcionamento e uso destas receitas não parecem atender ao objetivo da eqüidade, mas, sim, da condução e controle da política pela União.

As transferências fiscais são classificadas de forma diversa na bibliografia especializada. A partir de uma revisão da literatura norte-americana sobre o tema, Faveret (2002) identifica três tipos básicos: a) “formula grants” – os recursos são distribuídos segundo fórmulas e destinados a objetivos específicos, geralmente envolvendo condicionantes como contrapartidas ou planos de ação; b) “project grants” – recursos voltados para projetos onde há indução para competição entre os candidatos; e c) “block grants”- recursos transferidos “em bloco” e destinados a algumas atividades ou grupo de atividades (a área social, saúde, educação), com maior autonomia de execução pelos gestores subnacionais. Essa última é a forma que predomina em vários países federativos segundo o estudo comparativo feito por Watts (1996).

Visando a constituir uma base conceitual para análise das transferências intergovernamentais no Brasil, Prado *et al.* (2003) desenvolveram uma tipologia centrada nos aspectos fundamentais que norteiam a classificação do sistema de partilha nos sistemas federativos.

1. A função no sistema tributário, ou seja, o papel que desempenha cada modalidade de transferência como instrumento de política fiscal.

1.1 *Recursos adquiridos por partilha simples de receita ou devolução tributária (recursos devolutivos).* Este tipo de transferência se justifica pelo fato de que os sistemas tributários apresentam maior eficiência quando a competência sobre determinados impostos é do governo central, exigindo, para a adequação da disponibilidade de recursos aos encargos, que eles sejam devolvidos aos níveis subnacionais. O nível superior que transfere o recurso funciona como um *“arrecadador substituto”* e a receita transferida é *“quase-arrecadação própria”*, pois cada jurisdição recebe uma parcela da arrecadação efetuada segundo a sua capacidade fiscal, ou seja, a parcela da base tributária contida em seu espaço territorial.

1.2 *Recursos setoriais ou funcionalmente seletivos*. São recursos destinados ao financiamento de atividades ou grupo de atividades específicas (como saúde e educação). Geralmente, referem-se a políticas e programas que possuem caráter nacional e, por isso, exigem gestão centralizada da receita, ainda que o gasto seja descentralizado. Esse tipo de transferência objetiva induzir um nível de gasto superior àquele resultante da decisão orçamentária local e garantir níveis mínimos de atendimento em serviços públicos que os governos locais não têm condição de assumir através de esforço próprio.

1.3 *Recursos distribuídos com fins redistributivos*. Justificam-se pela necessidade de correção da distribuição excessivamente irregular das bases tributárias e das diferenças na

eficiência da arrecadação pelas desigualdades nas condições subjacentes das esferas subnacionais de governo. Visam, portanto, corrigir essas distorções tendo um caráter de suplementação orçamentária.

2. A relação do fluxo fiscal com o orçamento cedente[38].

2.1 *Recursos constitucionais ou legais*.

Os critérios que definem a origem dos recursos e os montantes a serem distribuídos para cada governo estão especificados na Constituição ou em leis específicas. Constituem-se, por isso, em despesas obrigatórias dos níveis superiores de governo e receitas protegidas por alguma norma constitucional ou legal para os entes subnacionais.

2.2 *Recursos discricionários ou voluntários*.

Definem-se a cada processo orçamentário e resultam de negociações entre autoridades centrais e governos subnacionais, assumindo um caráter não regular, podendo ser efetuados através de convênios.

3. A relação do fluxo fiscal com o orçamento receptor.

3.1 *Recursos livres*.

São recursos que podem ser alocados soberanamente no processo orçamentário local e visam a aumentar o poder de gasto sem afetar a autonomia decisória dos governos subnacionais, ampliando a liberdade de escolha das comunidades e governos locais.

3.2 *Recursos vinculados.*

São condicionados a determinadas finalidades de gasto, voltando-se para setores ou áreas específicas da política pública. Esses recursos garantem o dispêndio e possibilitam maior uniformidade no gasto *per capita* em determinadas políticas em situações de elevada heterogeneidade socioeconômica.

4. A relação do fluxo fiscal com a base econômica do ente receptor.

4.1 *Recursos cuja apropriação é feita pela base econômica*.

São recursos transferidos que guardam forte relação com a distribuição das bases tributárias ou com a capacidade econômica das unidades da federação.

4.2 *Recursos redistributivos*.

---

[38] Barrera e Roarelli (1995) apontam outros termos freqüentemente utilizados na literatura sobre o tema, para classificar as transferências federais em relação ao orçamento cedente da União. Os termos transferências tributárias e compulsórias são utilizados para nomear a repartição regular de tributos. Pelo oposto, os termos transferências não-tributárias, não-compulsórias e negociadas englobam todos os recursos transferidos pela União e que não se constituem como repartição regular de tributos.

São recursos destinados às jurisdições subnacionais sem guardar correspondência com sua capacidade econômica e renda.

Cabe esclarecer um ponto fundamental na classificação de Prado. O caráter redistributivo das transferências é proporcionado, fundamentalmente, pela sua não correspondência com a base tributária da instância que recebe os recursos. São, portanto, transferências que garantem receitas a níveis inferiores de governo, os quais não as poderiam arrecadar pelas regras do sistema tributário vigente, compensando diferenças na capacidade econômica entre as unidades da federação. Enquanto os recursos distribuídos por mecanismos de partilha simples ou devolução tributária são, necessariamente, obtidos por apropriação econômica, as transferências redistributivas podem ou não ter o objetivo de diminuir as desigualdades nas receitas disponíveis e na capacidade de gasto das esferas subnacionais. Essa orientação significa um atributo a mais para as transferências redistributivas, apesar de, na prática, a maior parte dos fluxos redistributivos buscarem a equalização (Prado, 2003 a).

Existem relações entre cada uma das categorias formuladas. Por exemplo, observa-se que as transferências classificadas como devolução tributária ou que visam à redistribuição de recursos são, na maioria dos países, transferências livres e legais. Habitualmente, as transferências discricionárias estão voltadas para setores específicos e condicionadas a determinados tipos de gastos. Já as transferências setoriais, em geral, podem ser classificadas como redistributivas, pois obedecem a critérios implícitos à própria área da política para qual são destinadas e não guardam relação com a base tributária da esfera que adquire o recurso.

Por outro lado, nem sempre é fácil a classificação de uma modalidade de transferência intergovernamental em um tipo específico[39]. Transferências legalmente garantidas podem sofrer reformulações sucessivas em relação aos critérios que informam o repasse para as instâncias subnacionais de governo, assumindo caráter mais discricionário. O inverso também é verdadeiro: transferências com caráter nitidamente discricionário vão assumindo cada vez mais regularidade de fluxo, visto que são regulamentadas por dispositivos legais ou normativos, como é o caso das transferências automáticas do SUS. É verdade também que os fluxos fiscais podem obedecer a mais de uma finalidade, pois nada impede que objetivos de equalização da receita e da capacidade de gasto sejam perseguidos por transferências setoriais, como aquelas destinadas à saúde.

---

[39] Temos como exemplo determinado tipo de transferência intergovernamental que se consolidou no Brasil a partir de 1988: as transferências compensatórias. Voltaremos a falar sobre elas no próximo item.

Destacam-se, ainda, algumas determinações do predomínio de determinado tipo de transferência em um sistema tributário. Certas implicações são mais evidentes. A existência de um volume elevado de transferências discricionárias pode causar elevada instabilidade aos processos orçamentários dos governos subnacionais, que ficam sem parâmetros para estimar o volume de suas receitas disponíveis. Isso acarreta sérios prejuízos e dificuldades na gestão das políticas públicas locais e ferem os princípios da soberania dos entes subnacionais federativos. A existência de fluxos amplos de transferências discricionárias sugere estruturas federativas em que o governo central e sua burocracia detêm elevado poder decisório sobre o conjunto do gasto público ou situações de desajustes da repartição de funções entre os entes governamentais.

A elevada taxa de vinculação e o condicionamento das transferências, em que pese a garantia de recursos e patamares mínimos de gasto, podem ocasionar a perda de poder dos entes governamentais para acomodarem a execução de seus orçamentos às suas próprias realidades. Watts (1996) reflete que a autonomia das esferas locais não é tanto função da participação das transferências no total das receitas disponíveis, mas, sobretudo, das condições impostas ao gasto das esferas subnacionais.

Na maioria das federações estudadas pelo autor, as transferências vinculadas representam cerca de 10% a 20% da receita total disponível pelas províncias, no entanto, as condições específicas atreladas sobre como elas podem ser utilizadas variam bastante. Nos EUA, em que a vinculação se justifica pelo princípio de “accountability”, essas transferências chegam a representar 80% do total transferido pela União e são fortemente condicionadas a gastos específicos. No entanto, em outras federações, a vinculação ocorre em termos mais genéricos e as transferências assumem maior importância devido a seu caráter eminentemente redistributivo, como é o caso da Alemanha, do Canadá e, em menor grau, da Austrália.

Destaca-se, na Alemanha, o papel das transferências interestaduais que representam mais de 60% das transferências intergovernamentais e permitem a equalização horizontal entre os níveis estaduais. As transferências federais possuem caráter redistributivo apenas suplementar (Moraes, 2001). No Canadá, o principal programa de transferências intergovernamentais é o *Canadian Health and Social Transfer* (CHST), cujo objetivo é transferir recursos da União para o custeio dos programas de saúde, educação de nível superior e assistência social. Embora o governo federal relacione, de forma conceitual, as transferências a certos objetivos, o programa impõe, na realidade, poucas condições às províncias e é, com freqüência, considerado um programa de transferências incondicionais.

Na Austrália, existem dois grandes tipos de transferências federais - as subvenções condicionais (chamadas de *Specif Purpose Payments*) e as incondicionais (denominadas *Federal Assistance Grants*) – com participação equivalente no sistema de partilha[40].

As contribuições dos autores, trabalhadas neste item, nos fornecem alguns parâmetros para análise do caso brasileiro, podendo ser assim sumarizadas:

1- Os arranjos institucionais que regem a distribuição do poder de tributação e de gasto nos países federativos são sistemas complexos e envolvem pelo menos três variáveis: a atribuição equilibrada de encargos entre níveis de governo, a estruturação eficiente de um sistema de competências tributárias e de um sistema de transferências intergovernamentais. O equilíbrio federativo depende da forma como se combinam essas variáveis no sistema tributário em questão.
2- As transferências intergovernamentais cumprem papel fundamental e reforçam o papel do poder central na maioria dos países: na correção dos desequilíbrios fiscais, na promoção da equalização entre as unidades subnacionais e na geração de patamares de receita e gasto compatíveis com as responsabilidades e os serviços requeridos pelas políticas públicas vigentes.
3- A modelagem dos sistemas de transferências envolve questões de natureza técnico-metodológica, mas também se traduz como escolhas políticas decorrentes das negociações intergovernamentais observadas no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo nas diversas federações.
4- Podemos classificar as transferências fiscais segundo a função que desempenham no sistema tributário; sua relação com o orçamento cedente; sua relação com o orçamento receptor e com a base econômica do ente receptor. As transferências redistributivas respondem a uma das principais finalidades do sistema de partilha: promover a realocação de recursos entre jurisdições de modo a atenuar os efeitos da distribuição desigual das bases tributárias e das capacidades diferenciadas em explorá-las, decorrentes das especificidades econômicas dos territórios político-administrativos.
5- Existem várias interconexões entre as categorias propostas para análise das transferências intergovernamentais nas experiências de federalismo fiscal. Ressalta-se, ainda, as implicações relativas ao predomínio de determinado tipo de transferência fiscal em um

[40] Para análise comparada entre os mecanismos utilizados pelo Canadá e Austrália consultar Boothe [2004?].

sistema tributário específico para as relações intergovernamentais e para o financiamento de políticas sociais.

6- As transferências vinculadas assumem papel importante na garantia de patamares mínimos de gasto para políticas específicas. Elas respondem por um importante componente do sistema de partilha na maioria das federações, muito embora existam diferenças entre os países no que se refere às condições impostas sobre os gastos às esferas subnacionais.

2.2 Origem e características do federalismo fiscal consolidado na Constituição Federal de 1988

Para entendermos a realidade brasileira, é preciso refletir sobre as bases do modelo de federalismo fiscal implantado. É consenso entre os estudiosos sobre o tema que o modelo atual repousa nos fundamentos da reforma de 1965 a 1967[41] e que conflitos hoje vividos no terreno tributário se dão pelas modificações incompletas do mesmo. Ressalta-se que, frustradas todas as tentativas substantivas de reforma, não houve alteração profunda do sistema tributário desde então, e os problemas tributários tenderam a agravar-se devido à conjuntura política e econômica completamente diversa das duas últimas décadas. Por um lado, verificaram-se a democratização e o aumento dos encargos sociais dos governos; por outro, assistiu-se à deterioração das condições socioeconômicas de uma época cuja prioridade articulava estabilização monetária e abertura aos mercados externos o que impôs constrangimentos à própria ação pública governamental, já duramente atingida pelos longos anos de estagnação econômica. Vejamos, então, os fundamentos do atual sistema.

Varsano (1996) comenta que a estratégia traçada na reforma de 65-67 objetivava elevar o nível de esforço fiscal da sociedade para compensar os desequilíbrios orçamentários e impulsionar o crescimento econômico através de incentivos fiscais. De acordo com a estratégia, a orientação e o controle do processo de crescimento caberiam ao governo central, que direcionaria as decisões do setor privado por meio da concessão de incentivos. Os estados e municípios deveriam contar com recursos suficientes para desempenhar suas funções sem "atrapalhar" o processo de crescimento. Para assegurar a não-interferência das unidades subnacionais na definição e controle do crescimento da economia, considerava-se que o seu grau de autonomia fiscal deveria ser severamente restringido.

Segundo Rezende (2003), a reforma de 65-67 caracterizava-se por:

1- forte centralização da competência tributária no governo federal, principal responsável pelo estímulo ao desenvolvimento da economia, através da revisão do Imposto de Renda (IR) e da implantação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), que resultaram em crescimento vigoroso de sua arrecadação;

2- reforço da capacidade tributária própria de estados e municípios, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) na competência dos estados e do Imposto sobre Serviços (ISS) na competência dos municípios;

3- implantação de duplo mecanismo de repartição regular de receitas federais, como forma de compensar os desequilíbrios fiscais: a) um com fins redistributivos e não-condicionados a gastos específicos - os Fundos de Participação dos Estados e Distrito Federal[42] (FPE) e Municípios (FPM); b) outro, para fins de investimento, caracterizado por forte vinculação setorial e funcional (despesas de capital) - as devoluções tributárias dos impostos sobre combustíveis, energia elétrica, minerais e comunicação.

4- estreitamento da relação financeira entre estados e municípios com criação de mecanismo de devolução tributária do ICM para os municípios.

5- interferência da União na gestão fiscal dos tributos das esferas subnacionais de governo através da limitação da capacidade legislativa dos estados sobre o ICM e por meio da vinculação de parte dos recursos transferidos aos objetivos fixados pelo governo central.

Três aspectos sobressaem na reforma de 65-67 e são freqüentemente ressaltados pela literatura: a definição pouco usual da competência estadual sobre o principal imposto de consumo brasileiro (o ICM); a criação inédita de mecanismos de transferência redistributivos no sistema tributário brasileiro e a forte dependência dos municípios às transferências intergovernamentais. Esses três aspectos são, em seguida, brevemente comentados.

Analisado de forma isolada, o primeiro aspecto tende a apontar para um modelo distorcido no que se refere à distribuição de competências tributárias. Muitas das propostas formuladas no início dos anos 90 no terreno tributário tratam justamente dessa questão, buscando o aperfeiçoamento do Imposto sobre Valor Agregado (IVA) brasileiro[43]. No entanto,

---

[41] A Emenda Constitucional (EC) n. 18 de 1965 que, com algumas alterações, incorporou-se ao texto da Constituição Federal de 1967 e o Código Tributário (Lei n. 5172 de 25 de outubro de 1966) são os três documentos legais que demarcam a reforma tributária ocorrida durante a ditadura militar (Varsano, 1996).

[42] O Distrito Federal, por suas características específicas, está sujeito às mesmas regras gerais que orientam as transferências federais para os estados.

[43] Para uma discussão aprofundada das propostas de reforma formuladas na primeira metade da década de 1990 e seus impactos sobre a proteção social no Brasil consultar Dain (1995 b).

a criação de um moderno sistema de competência estadual nos anos 60[44], assim como a reunião de impostos fragmentados em um único imposto sobre a prestação de serviços de competência municipal, serviu para equilibrar os interesses da federação.

Primeiro porque, associados aos Fundos de Participação, atuavam como mecanismos de compensação à forte centralização da arrecadação. Em segundo lugar, enquanto o ICM e o ISS beneficiavam os estados e municípios dotados de maior base econômica, os critérios de rateio do FPE e do FPM privilegiavam os estados menos desenvolvidos e os municípios de menor porte. Por último, ainda que de competência estadual, as principais variáveis do imposto eram objeto de controle do Executivo Federal e do Senado. Segundo Prado (2003 a), esse controle visava a inibir a utilização do imposto como instrumento de política econômica regional em prejuízo de sua arrecadação, fato que levou à centralização da arrecadação desse tributo em outros países.

As transferências redistributivas estavam pautadas por premissas equalizadoras de forma a diminuir as desigualdades no acesso às receitas tributárias das esferas subnacionais de governo e, ao mesmo tempo, garantir recursos livres aos orçamentos subnacionais, servindo para atender aos apelos de maior autonomia dos entes federativos. Os montantes alocados para os Fundos de Participação provinham de 10% do produto da arrecadação do IR e do IPI.

Na concepção original, os critérios de distribuição do FPE privilegiavam diretamente as regiões Norte e Nordeste devido à *"reserva do FPE"* formada por 20% dos recursos do Fundo distribuídos aos estados e (antigos) territórios dessas regiões. Dos 80% restantes, 5% eram distribuídos proporcionalmente à superfície de cada UF[45] e 95% eram distribuídos segundo coeficientes de participação, resultados do produto do fator representativo da população pelo fator representativo do inverso da renda *per capita* de cada estado e do DF[46].

---

[44] Sobre esse aspecto Quadros (1995) aponta que o Brasil foi um dos primeiros países a adotar um moderno e amplo sistema de tributação de valor adicionado, cuja vantagem em relação a outros tributos é não ser cumulativo. O autor destaca que existem dois tipos de IVA. Um deles atinge apenas a última etapa do processo, isto é, a venda ao consumidor final, o Imposto sobre o Consumo adotado nos EUA é um exemplo. O outro tipo atua em múltiplos estágios, incidindo em todas as etapas do ciclo de produção e comercialização e deduzindo o imposto pago na etapa precedente para fins de apuração do imposto a ser recolhido em cada etapa do ciclo. Países europeus, assim como o Brasil, adotam esse último modelo. Tanto o IPI como o ICM e, posteriormente, o ICMS se encaixam nesse subtipo, embora seja o primeiro de base mais restrita que o segundo (Quadros, 1995).

[45] No Brasil, estados e municípios são considerados entes federativos. Embora o termo Unidade da Federação (UF), à rigor, possa também ser aplicado para os municípios, ele é adotado, neste trabalho, como sinônimo do nível intermediário de governo, agregando os 26 estados e o Distrito Federal.

[46] Existiam tetos para distribuição dos 80% de recursos do Fundo, tanto no que se refere à população como à renda, que determinavam que, a partir de determinada concentração de população e de diminuição de renda *per capita*, não haveria aportes adicionais de recursos. O teto da população representou uma perda expressiva de receita para estados populosos como São Paulo e Minas Gerais. Em relação à renda, somente os estados do Nordeste foram atingidos (Prado *et al.*, 2003).

Prado *et al.* (2003) enfatizam que os critérios de superfície e população justificavam-se pela necessidade de atender às maiores demandas por serviços públicos. Já o inverso da renda tinha como propósito destinar mais recursos a estados com menores níveis de renda por habitante.

Quanto ao FPM, na formulação inicial da EC n.18 de 1965, ele só era distribuído para os municípios que não fossem capitais, segundo critério populacional que favorecia os menos populosos. Em 1967, as capitais são incluídas na partilha, recebendo 10% dos recursos do fundo. Diferentemente do FPE, o FPM foi concebido mais como um mecanismo autônomo de *"renda mínima fiscal"* do que como um importante fluxo redistributivo (Prado, 2003 a).

Sobre o terceiro aspecto ressaltado, é preciso refletir que a produtividade limitada dos impostos sobre serviços e propriedade[47], atingia principalmente os municípios menores, estes mais dependentes dos recursos transferidos pelos outros níveis de governo. No entanto, a maior dependência de recursos transferidos não significava falta de autonomia orçamentária, já que a complementação das receitas municipais era feita não só através do FPM mas também da Cota-Parte do ICM[48], ambos transferências livres para o orçamento receptor.

Embora concebido inicialmente com orientação descentralizadora, o sistema tributário de 65-67 foi gradualmente modificado ao longo dos anos da ditadura, de modo a concentrar mais a receita e controlar a alocação do gasto no âmbito federal. A partir de 1968, novas condicionalidades vão sendo atreladas aos Fundos de Participação, reduzindo a liberdade orçamentária das unidades subnacionais e vinculando grande parte dos recursos transferidos a algum programa ou função específicos.

Nesse sentido, Varsano (1996) ressalta que, mal completada a reforma e no auge do autoritarismo, o Ato Complementar n.40 de 1968 reduziu à metade (de 10% para 5%) os impostos da União repassados para os Fundos de Participação. Foi criado, ainda, um Fundo Especial formado por 2% dos mesmos para aumentar o controle federal sobre o uso dos recursos. O ato também condicionou a entrega dos recursos a diversos fatores, incluindo sua forma de utilização. O nível mínimo de autonomia fiscal dos estados e municípios resultante deste processo assim permaneceu até 1975[49].

---

[47] O imposto de propriedade, de competência municipal (o IPTU), já existia antes da reforma de 1967.

[48] Na época, definiu-se que 20% da arrecadação do ICM deveriam ser devolvidos aos municípios segundo as operações tributadas no território municipal.

[49] Entre os condicionantes impostos ao FPE e FPM no período destacam-se: 1- necessidade de apresentação de programa detalhado de aplicação de recursos pelas esferas de governo com população superior à 50 mil habitantes; 2- definição de aplicação mínima de recursos em gastos de capital; 3- definição de percentual mínimo

O autor também refere que, desde 1970, era evidente para o governo central que a concessão de incentivos corroía sua receita fiscal e em 1975, os incentivos deixam de ser utilizados como instrumentos para novas políticas. Para reforçar suas fontes de financiamento, a União cria a contribuição para o PIS – Programa de Integração Social – que marca o ressurgimento das contribuições e da comutatividade na tributação (Varsano, 1996).

A centralização associada à perda de autonomia dos governos subnacionais no período de 1968 até 1975 desencadeou forte reação contrária no lento e controlado processo de abertura política, que se inicia na segunda metade da década de 1970 e segue nos anos 80[50], onde os municípios e estados ganham, gradativamente, espaço para atendimento de suas demandas e revisão do sistema tributário brasileiro. Não sem razão, Rezende e Afonso (2002) nos lembram que, ao longo da história brasileira, as mudanças nos mecanismos de participação nas receitas estiveram associadas ao ciclo político. Na ditadura militar, iniciada com o golpe de 1964, a centralização do poder político foi acompanhada por um aumento da participação estadual e municipal nas receitas federais. Com a democratização, como reação contrária à centralização do período anterior, busca-se novamente ampliar as receitas das esferas subnacionais agora sem as "amarras" impostas pelo governo central sobre a gestão fiscal e o gasto.

Dain (1995 b) enfatiza que, na Constituição de 1988, considerada um ápice no processo de mudanças decorrentes da abertura política, a dimensão federativa se impôs aos demais aspectos relativos à reformulação do sistema tributário brasileiro. A autora argumenta que:

> "Apesar da crescente penúria fiscal, a reformulação constitucional, no capítulo tributário, não contemplou medidas de elevação da carga tributária, centrando-se na ampliação dos Fundos de Participação, de natureza constitucional e caráter redistributivo, e na garantia de maior abrangência das bases de tributação próprias de estados e municípios, com impacto

---

para aplicação dos recursos em educação (20%), saúde e saneamento (20%) e, no caso dos estados, em atividades de apoio à agricultura e em fundos de desenvolvimento (Muniz, *apud* Faveret, 2002).

[50] Entre os mecanismos utilizados pelo governo central para controlar o processo de abertura política a partir da segunda metade dos anos 70, citados na literatura, destacam-se: a reforma política de 1977, que aumentou o número de representantes dos estados mais pobres na Câmara Federal, adiou as eleições diretas para governador para 1982 e decretou que dois dos três representantes dos estados no Senado seriam eleitos por um colégio eleitoral (Rezende e Afonso, 2002); e os incentivos financeiros e os investimentos realizados nas regiões menos desenvolvidas Norte, Nordeste e Centro-Oeste, assim como a redução do controle sobre o endividamento externo dos estados e das capitais previstos no II Plano Nacional de Desenvolvimento (Abrucio, 1998).

> positivo sobre sua capacidade de geração de receita própria" (Dain, 1995 b: 44).

Cabe, então, esmiuçar as principais alterações do sistema tributário durante a década de 80, consolidadas na Constituição Federal de 1988.

Primeiramente, em relação às competências tributárias, assiste-se no Brasil um importante processo de descentralização, ampliando-se em muito o papel das esferas subnacionais na arrecadação tributária e sua autonomia na gestão dos impostos. Essa ampliação se deu por diversos mecanismos.

Em 1980, o dispositivo que definia a partilha neutra do ICM é alterado. A transferência do ICM às prefeituras, que tinha como único parâmetro a arrecadação realizada pelos governos estaduais nos espaços municipais, passa a incorporar novos critérios definidos no âmbito do estado. Deste momento em diante, 25% da cota-parte do ICM e, posteriormente, do ICMS são objetos de livre disposição por lei estadual. Os 75% restantes da cota-parte permanecem regidos pelo critério original, mantendo-se como um mecanismo de devolução tributária. Isso representou uma elevação do poder do estado na alocação municipal desse tributo que passa a incorporar, na maior parte dos casos, um componente redistributivo à fórmula do repasse.

Em 1988, houve o aumento da base de abrangência do ICM com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). O ICMS inclui os antigos impostos únicos federais já mencionados (combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transporte[51]). Além disso, a Constituição de 88 estabelece que a composição e definição dos valores das alíquotas do ICMS são atribuições dos estados, que também recuperam da União a prerrogativa de conceder isenções de seus próprios tributos. Esses dispositivos ampliam a autonomia estadual sobre a gestão do seu principal imposto[52].

No plano municipal, o reforço das receitas diretamente arrecadadas também se verifica. Foram criados mecanismos de compensação para as perdas de receita previstas para os municípios com a incorporação do ISS ao ICMS que, mesmo tendo sido frustradas, foram mantidas na Constituição (Dain, 1995 b). Entre elas, destacam-se a criação do Imposto sobre

---

[51] O imposto sobre transporte – Taxa Rodoviária Única (TRU) – último representante da família dos impostos únicos foi criado pós-reforma de 1967, já na década de 80 (Prado, 2003 a). Originalmente de competência federal, com a Constituição de 1988, passa à alçada do estado.

[52] Essas medidas favoreceram a "guerra fiscal" dos estados na década de 1990, que será mais bem discutida no item seguinte.

Vendas a Varejo de Combustíveis (IVVC) [53], o aumento de 20% para 25% do percentual de partilha do ICMS para as esferas locais[54] e o compartilhamento com o estado da arrecadação do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis. O governo estadual passa a arrecadar o Imposto sobre Transmissão "Causa-Mortis" e Doações de Bens e Direitos (ITCMD) e os governos municipais o Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI). Além disso, ampliou-se a lista de serviços cobrados pelo ISS.

Dain (1995 b) também aponta para outros mecanismos de compensação criados e implementados em função de reformas não levadas a cabo pelos constituintes[55]. Havia na época uma proposta de adoção de um princípio único de destino nas transações interestaduais do ICMS, com desoneração das exportações internas e externas. Seguindo o padrão europeu, a idéia era eliminar o princípio de origem, que associa o imposto à produção, aproximando-o mais da concepção do imposto sobre o consumo. Com essa proposta, perderiam os estados exportadores líquidos. Mesmo mantendo-se a dupla tributação do imposto – origem e destino – na Constituição de 1988[56], foi inevitável estabelecer compensações para todos os governos estaduais.

Não se pode desprezar, contudo, o próprio interesse do governo federal em aplicar as medidas de desoneração fiscal sobre as exportações visando a reduzir os impactos do sistema tributário sobre a competitividade do setor produtivo brasileiro e a falta de investimento. Como ressaltam Serra e Afonso (2001), a interferência dos estados no comércio exterior, considerada uma variável nacional da política econômica, poderia prejudicar ainda mais a estabilidade econômica.

Daí resultou o Fundo de Compensação pela Exportação de Produtos Industrializados (IPI-Exportação), que redistribui 10% da arrecadação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) da União em função do volume de exportações das unidades da

---

[53] O artigo que previa a arrecadação do IVVC pelos municípios na Constituição de 1988 foi revogado em 1995.

[54] O que representa 6,25% da arrecadação estadual repassados aos municípios, segundo critérios definidos no âmbito estadual (parcela do ICMS considerada como transferência redistributiva) e 18,75% na forma de devolução tributária (parcela do ICMS transferida segundo mecanismo de devolução tributária).

[55] A autora pondera que, à época da Constituinte, havia algum consenso técnico sobre as mudanças que deveriam ser implantadas. No entanto, durante o processo decisório e devido aos vários acordos políticos que se fizeram necessários, propostas que só faziam sentido de forma integrada foram aprovadas separadamente. Destaca-se, por exemplo, a resistência de estados importadores líquidos como a Bahia que, mesmo ganhando com a mudança do ICMS, alegaram que a sistemática iria dificultar a fiscalização, uma vez que o consumo é mais disperso que a produção (Dain b, 1995)

federação. Posteriormente, a Lei Complementar (LC) n. 87 de 1996 (também denominada Lei Kandir ou do Seguro Receita) complementa a desoneração das exportações, estendendo-a aos produtos primários e semi-elaborados.

Um fato interessante é que essas medidas acabaram por incidir tanto na receita dos estados como na dos municípios, já que a legislação prevê que 25% dos recursos das transferências compensatórias (IPI-Exportação e LC 87/96) calculadas para cada estado sejam repassados aos seus municípios. No caso do IPI-Exportação, as transferências são efetuadas para os estados que, posteriormente, as repassam para os municípios. Já os recursos da LC n.87/96 são transferidos diretamente da União para os municípios.

Essas transferências compõem as chamadas transferências compensatórias[57], que incluem o sistema de partilha fiscal do sistema tributário brasileiro. Prado (2003 b) relata a especificidade desse tipo de transferência implantada no Brasil no pós-88 e como ela é representativa da *"ditadura do status quo"* que se consolidou no processo de distribuição intergovernamental de receitas tributárias. O autor remete-se ao fato de que existe uma resistência dos governos subnacionais em "abrir mão" de sua receita disponível[58]. Qualquer proposta de reforma tributária levada à discussão no Congresso Nacional traz sérios embates federativos, fazendo com que quem as propõe, geralmente o Executivo Federal, negocie mecanismos de compensação com os possíveis "perdedores de receita"[59]. É emblemático, portanto, que um fundo de natureza compensatório e de natureza transitória, já que deveria vigorar até que os resultados das mudanças propostas sobre arrecadação final fossem observados, tenha sido incorporado à própria Constituição Federal.

Um segundo componente das mudanças que merece ser analisado diz respeito ao sistema de partilha tributária. Como afirma Rezende (2003), a *"bandeira da descentralização"* estampava a reivindicação do aumento das transferências federais sem qualquer condição quanto ao seu uso. No modelo de partilha vigente à época, essas transferências se constituíam através do FPE e do FPM, que possuíam capacidade livre de

---

[56] As transações interestaduais do ICMS, tal como definidas na Constituição de 1988, seguem o princípio de origem e destino, pois a arrecadação do imposto é efetuada tanto no estado exportador como no importador, sendo a tributação maior nos estados menos desenvolvidos.

[57] São transferências intergovernamentais com o objetivo de compensar perdas de receitas em razão de mudanças realizadas no sistema tributário que afetam a arrecadação de seus tributos (Oliveira e Rezende, 2005).

[58] Segundo Afonso (2003), as resistências à reforma do sistema tributário no Brasil são agravadas no pós-88, pois, atualmente, o governo federal também não quer correr o risco de perder qualquer receita que afete o cumprimento das metas fiscais e, por extensão, a estabilidade econômica.

[59] Para uma discussão do processo decisório no Legislativo envolvendo as negociações políticas sobre as propostas de reforma encaminhadas pelo Executivo Federal na primeira metade dos anos 90 e os desdobramentos relativos à Lei Kandir, consultar o trabalho de Azevedo e Melo (1997).

gasto pelas instâncias subnacionais. A segunda perna do sistema, calcada nas transferências condicionadas e setorialmente orientadas dos impostos únicos da União, não atendia ao preceito de maior autonomia. Assim, a perna que cuidava da cooperação intergovernamental no tocante à implantação das políticas prioritárias para o desenvolvimento é excluída. Ela passa a constituir, como já registrado acima, base tributária para arrecadação do ICMS.

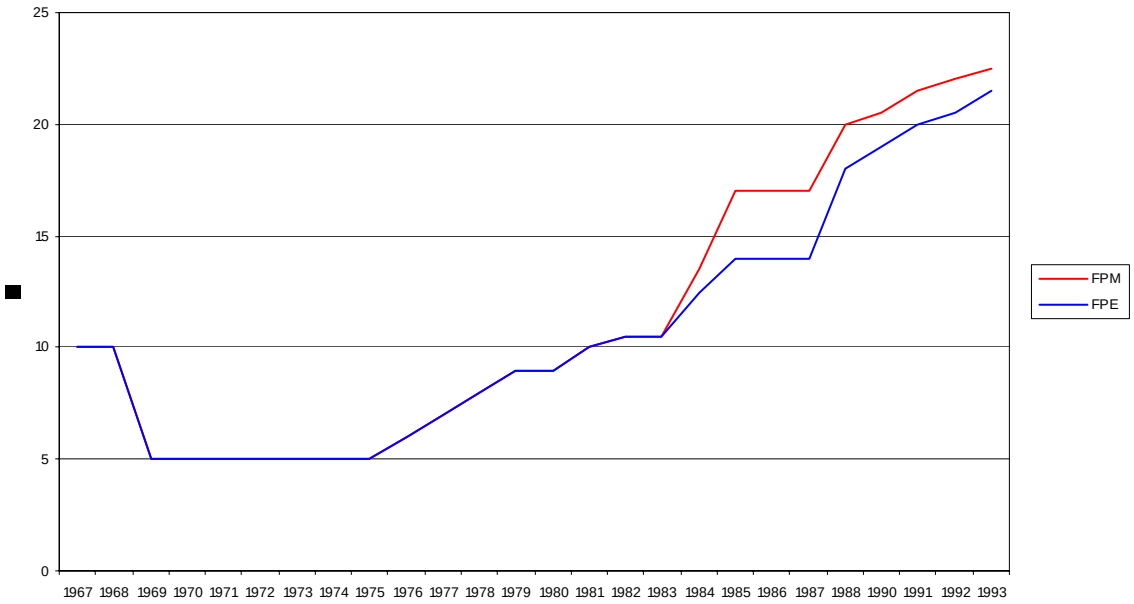
Em contraposição, cresce a parcela da receita federal do IR e do IPI que compõe os Fundos de Participação. O crescimento é gradativo e começa a ocorrer ainda nos anos 70, por meio da edição sucessiva de Emendas Parlamentares que aumentam o percentual de partilha dos dois principais tributos da União à época (Gráfico 2.1). Observa-se que até 1983 a proporção de recursos partilhados era a mesma para estados e município. Em 1984, a distribuição começa a ser mais favorável para os municípios.

Os percentuais de participação do IR e IPI atingem seu ápice em 1993, quando agregam praticamente a metade da arrecadação desses tributos: 21,5% da receita líquida do IR e do IPI constituem o FPE e 22,5% o FPM (Brasil, MF, STN, 1998). Como ressaltado por Rezende (2003), a *"amputação da perna"* da cooperação, atrelada à hipertrofia das transferências redistributivas e à atrofia de outros incentivos fiscais ao desenvolvimento regional, comprometeram o equilíbrio do modelo de partilha previsto na reforma de 65-67.

Mas os efeitos da descentralização tributária só foram sentidos em termos da diminuição da receita disponível da União em 1984. Varsano (1996:11) explica os motivos: *"a cada ação no sentido de descentralizar os recursos corresponderam reações da União que as neutralizaram"*. O autor refere-se à quantidade impressionante de alterações processadas na legislação na década de 1980 com o objetivo de sustentar o nível de arrecadação tributária de um sistema reconhecidamente deficiente para suprir as necessidades de gasto. Esse *"esforço legislativo"* acabou gerando o FINSOCIAL – contribuição para o Fundo de Financiamento Social – considerado um tributo cumulativo que prejudica os investimentos e o crescimento econômico[60].

[60] Para uma discussão das características, vantagens e desvantagens das contribuições sociais no Brasil, consultar o trabalho de Almeida e Cavalcanti (1995).

Gráfico 2.1 Evolução da participação percentual do FPE e FPM no total do IR e IPI arrecadados - Brasil - 1967 a 1993



Fonte: Brasil, Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 1998. Elaboração própria.

Para Varsano (1996), o importante processo de descentralização tributária ocorrido entre 1984 e 1988 deve-se a atuação de dois fatores conjuntos: o aumento dos percentuais de partilha do FPM e FPE e a perda de arrecadação da União. Esta última, resultado da estagnação econômica, da aceleração da inflação e das deficiências da administração fazendária.

As regras utilizadas como base para redistribuição dos recursos do FPE, consolidadas na Constituição de 1988, permanecem basicamente as mesmas de 65-67. Vigoram os critérios derivados do tamanho da população e do inverso da renda *per capita*. Para o FPM, os critérios aplicados na repartição das receitas federais foram remodelados em 1981 (Decreto Lei n.1881, de 27 de agosto de 1981). Do valor líquido do FPM, 10% são distribuídos entre as capitais e 86,4% para todos os outros municípios (denominados municípios do interior). Os 3,6% restantes do Fundo compõem uma cota adicional para os municípios com mais de 156.216 habitantes.

Enquanto a cota individual das capitais é a relação direta da sua população e inversa à renda *per capita* dos estados aos quais pertencem, a cota individual das outras cidades é estabelecida por índices derivados de uma fórmula que favorece os municípios pequenos. O índice varia de 0,6 para aqueles com menos de 10.188 habitantes a 4,0 para os com mais de

156.216 habitantes Entre esses dois extremos, existem 16 faixas de população que possuem índices individuais que aumentam a taxas decrescentes, permitindo, assim, transferências *per capita* menores à medida que os municípios tornam-se mais populosos.

O desdobramento de um município, ao ratear sua base populacional, coloca-o em uma faixa populacional que atribui a ele um coeficiente de rateio relativamente mais favorável à apropriação dos recursos do FPM. Pela quantidade de recursos que o fundo mobiliza, é criado no país um incentivo financeiro potente à multiplicação de pequenos municípios. Os resultados desfavorecem as cidades médias e grandes, atingidas pelos problemas metropolitanos, e privilegiam, segundo Dain (1995 b), a "*pulverização da representação política*". Como refere a autora, mais expressivos numericamente, esses municípios resistem a qualquer mudança nos critérios de rateio do FPM e, por isso, acabaram intocados durante o processo de reformulação da Constituição Federal.

Analisando-se os dispositivos de rateio em conjunto, fica claro que criação da "reserva do FPM" para os municípios populosos representa uma tímida tentativa de lidar com esse viés. No entanto, segundo Gomes e MacDowell (1999), a multiplicação dos municípios permaneceu bastante elevada na década de 1980 e 1990. Entre 1984 e 1997 foram criados 1405 novos municípios no Brasil, a metade deles com menos do que 5 mil habitantes. Mais grave do que a baixa capacidade de autofinanciamento desses municípios é a situação pontuada pelos autores em relação aos seus orçamentos: os gastos *per capita* com a manutenção dos quadros Legislativos nessas localidades superam as despesas com as políticas sociais, incluindo a saúde. De fato, as regras brasileiras estabelecidas para a criação de novos municípios são bastante "frouxas", pois se baseiam, fundamentalmente, num referendo público realizado na região que pleiteia a separação.

Em 1989, a Lei Complementar n.62 de 28 de dezembro (LC 62/89) estabeleceu outras modificações relevantes para análise dos Fundos de Participação. A Lei define que do valor do FPE, 85% devem ir para os estados das regiões Norte (25,37%), Nordeste (52,46%) e Centro-Oeste (7,17%) e 15% para os demais estados das regiões Sul (6,52%) e Sudeste (8,48%). Além disso, é fixado para cada estado um coeficiente individual de repartição do FPE.

No que se refere ao FPM, é estabelecido um pré-rateio dos recursos totais voltados para os municípios não capitais entre as UF, que resulta em uma distribuição regional dos recursos segundo os seguintes percentuais: 35,3% para o Nordeste; 8,53% para o Norte; 31,8% para o Sudeste; 17,5% para o Sul e 7,47% para o Centro-Oeste. Os critérios, portanto,

atrelaram-se à participação relativa do estado no volume total de recursos do fundo, diferenciando-se apenas entre os municípios no âmbito intra-estadual. Para cada capital, um coeficiente, independente de sua localização, orienta a distribuição dos 10% do Fundo.

Mais uma vez é preciso destacar os comentários de Prado (2003 a) sobre os efeitos da implantação da LC 62/89. O autor pondera que uma das razões para essas modificações deve-se ao efeito das regras de distribuição do FPM para a multiplicação dos municípios. Com a fixação, o efeito fica restrito ao âmbito estadual, uma vez que o valor da cota de cada município é calculado tendo como base o somatório dos coeficientes individuais dos municípios do estado.

No entanto, o impacto esperado com a medida, além de ineficaz (já que o fenômeno da multiplicação municipal permanece), se contrapõe à importante atuação desses fundos enquanto mecanismos para redistribuição de recursos que reflitam a evolução no tempo das necessidades sociais e demandas por políticas e serviços públicos. Como os critérios passaram a ser estáticos, o mecanismo de correção dos desequilíbrios horizontais a favor de patamares mais homogêneos de receitas e capacidades de gasto entre regiões fica comprometido[61]. Apenas no que se refere à distribuição de recursos nos municípios do interior (ou não capitais) situados em um mesmo estado, o sistema mantém alguma dinamicidade. Nas palavras de Prado: *"no sistema atual, enquanto não forem alterados os percentuais, a parcela recebida por um município depende de sua taxa de expansão populacional em relação àquela do estado a que pertence, e a parcela recebida pelo estado em seu conjunto é insensível às variações relativas de sua taxa de crescimento populacional em relação ao resto do país"* (Prado, 2003 a: 66-67).

Outros problemas se agregam ao sistema de atual de partilha:

1- falta de critérios endógenos às fórmulas adotadas no repasse que levem em consideração a distribuição irregular das bases tributárias, o que impede a diminuição das diferenças entre as receitas finais disponíveis nas esferas subnacionais de governo[62];

[61] A situação se agrava em 1992, quando a participação de cada estado e município nos fundos federais foi fixada mediante negociações baseadas em dados reais de 1991. Rezende a Afonso (2002) ponderam que os estados mais desenvolvidos e os municípios maiores perderam algumas posições nesse processo.

[62] Ressalta-se que os municípios e estados, independentemente da sua capacidade econômica e potencial de arrecadação tributária, são contemplados com o mesmo critério de repartição do FPM e FPE, o que acaba agravando determinadas situações de desigualdade decorrentes da distribuição das bases de receita.

2- ausência de critérios pautados pelo esforço fiscal das esferas subnacionais, o que não permite estimular a arrecadação tributária e premiar o bom desempenho das máquinas fazendárias[63];

3- insuficiência de mecanismos que levem em conta as necessidades de recursos fiscais, o que dificulta a equalização da capacidade real de oferta de serviços públicos nessas instâncias, tendo em vista as diferenças de demandas e custos;

4- desintegração dos vários subsistemas que compõem a partilha fiscal, o que oblitera a análise integrada de seu impacto final sobre a capacidade de gasto dos entes subnacionais;

5- fragilidade das conexões orçamentárias entre os governos municipais e estaduais, o que determina um padrão federativo onde as articulações dominantes são aquelas entre o governo central e cada jurisdição municipal, induzindo à fragmentação e inviabilizando a superação das desigualdades.

Cabe comentar um último aspecto relevante do modelo tributário consolidado na Constituição de 1988. Apesar da intensa ampliação da competência tributária e das transferências para estados e municípios, as contribuições sociais continuaram de competência exclusiva do governo federal[64]. O controle da utilização dessas receitas favoreceu a concentração do poder político na União.

Mesmo com a vinculação desses tributos, definida e amparada pela Constituição no capítulo da Seguridade Social, na década de 1990, através da adoção de uma série de dispositivos legais e normativos, as contribuições sociais foram decisivas na recomposição orçamentária da União, desviando-se do financiamento exclusivo da área social. Como se verá, em seguida, essas medidas não contribuíram para garantir as condições adequadas para que estados e municípios assumissem seus encargos constitucionais, servindo principalmente para financiar a estabilidade macroeconômica e interferindo nos rumos do processo de descentralização da saúde, tendo em vista a importância dessa fonte de recursos para o custeio das ações e serviços de saúde prestados.

---

[63] Entretanto, Afonso e Araújo (2001) demonstram que a falta de estímulo fiscal embutido no sistema de repartição do FPM não significou desestímulo arrecadatório. Observa-se melhora significativa na arrecadação de impostos municipais na década de 1990.

[64] Somente com relação às contribuições profissionais para efeito do financiamento dos seus sistemas próprios de aposentadorias é reservado o direito de arrecadação desses tributos pelas esferas subnacionais.

3. FEDERALISMO FISCAL E FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DESCENTRALIZADOS DO SUS: BALANÇO DE UMA DÉCADA EXPANDIDA

3.1 Desequilíbrios fiscais, ajuste macroeconômico e financiamento público da política de saúde

A história do federalismo fiscal no Brasil dos anos 90 nos ensina muito. Ela sugere o quanto a falta de um planejamento integrado das transferências de encargos sociais para as esferas subnacionais e a necessária participação da União nesse processo repercutiu negativamente na descentralização da política de saúde. Demonstra também como o governo central mostrou-se hábil em recompor suas receitas em função de suas prioridades políticas: no contexto da década, o "carro-chefe" da política federal foi a estabilidade monetária. Por outro lado, evidencia a força do poder político da União, ao redesenhar e reeditar, nos sucessivos governos federais democraticamente eleitos, velhas práticas de recuperação fiscal e de controle sobre os orçamentos estaduais e municipais, a despeito do pacto federativo e dos direitos sociais inscritos na Constituição Federal.

Muitas são as críticas formuladas pelos especialistas do federalismo fiscal sobre o sistema tributário consolidado na Constituição de 1988 e anos subseqüentes. A revisão de todas elas foge ao escopo deste trabalho. São enfatizadas somente aquelas consideradas fundamentais para compreensão das repercussões sobre o financiamento descentralizado do SUS na década de 1990 e no início dos anos 2000.

Em geral, duas ordens de problemas são recorrentes, a primeira delas encontra-se relacionada aos conflitos gerados pelos desequilíbrios verticais decorrentes da descentralização fiscal, enquanto a segunda diz respeito à incapacidade dos dispositivos institucionais do sistema tributário vigente corrigirem (e até mesmo acentuarem) as imensas desigualdades horizontais que demarcam a federação brasileira[65]. Decerto, esses problemas foram exacerbados no contexto político e econômico da década de 1990.

Desequilíbrios verticais

A literatura sobre o federalismo aponta a relevância do papel do governo central em países heterogêneos como o Brasil. A União é importante para a coordenação nacional do processo de descentralização (criando incentivos, corrigindo assimetrias e compensando as

[65] O conceito de desequilíbrios verticais (entre instâncias de diferentes níveis de governo) e horizontais (entre instâncias do mesmo nível de governo) é adotado no trabalho realizado por Watts (1996) e apresentado no item anterior.

dificuldades institucionais), a indução do desenvolvimento econômico, a redução das desigualdades socioeconômicas e regionais subjacentes, a redistribuição de recursos financeiros e a equalização da capacidade de gasto das esferas subnacionais. Não há dúvidas de que os recursos financeiros disponíveis devem ser adequados ao bom desempenho dessas funções pela União.

O sistema tributário brasileiro tem sido classificado como um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de arrecadação e de gasto auferido às esferas subnacionais, como em relação à autonomia que essas instâncias têm para executar seus orçamentos. Dados divulgados por Afonso (2003), a partir das informações consolidadas pelo BNDES, demonstram que a receita tributária disponível da União era de 64% em 1987 (antes da Constituição), caindo para 57,6% em 2002, enquanto a dos municípios e estados era de 35,9%, passando para 42,4%[66].

Muitos economistas consideram que, no Brasil, a rigidez orçamentária[67] decorrente da descentralização de recursos no pós-88 foi bastante significativa, impondo limites à atuação federal, principalmente no que se refere à destinação de recursos para o desenvolvimento econômico, tais como os investimentos em infra-estrutura, na qualificação de recursos humanos, na criação de condições para inovação e desenvolvimento tecnológico. A diminuição estimada das receitas da União foi da ordem de 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB) na virada para os anos 90.

A perda de receita pela União ocorreu devido à descentralização das competências tributárias e, especialmente, pelo aumento das transferências obrigatórias na Constituição de 1988, pois grande parte dos seus dois principais impostos – IR e IPI – ficou comprometida. Contabilizadas as transferências do FPM e FPE e dos novos fundos criados – os Fundos Regionais[68] e o IPI-Exportação -, permanecem no orçamento fiscal federal 53% e 43% da

---

[66] Dependendo da maior ou menor abrangência do conceito de receita disponível, os dados da descentralização tributária podem ser ainda mais favoráveis para as esferas subnacionais de governo, pois eles podem incluir as transferências setoriais que se transformaram, ao longo dos anos 90, em receitas estáveis, legalmente asseguradas, para as esferas subnacionais de governo. Prado *et al.* (2003) propõem o conceito de receita final, que alberga a totalidade das transferências intergovernamentais, incluindo aquelas realizadas de forma discricionária por outros níveis de governo.

[67] A rigidez orçamentária da União é freqüentemente associada à sua baixa capacidade para realizar escolhas orçamentárias e realocar recursos.

[68] Os Fundos Regionais para as Regiões Centro-Oeste (FCO), Norte (FNO) e Nordeste (FNE), agregam, respectivamente, 1,8%, 0,6% e 0,6% (total equivalente à 3%) do IR e do IPI (Brasil, Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional, 1998), que devem ser aplicados em programas de financiamento voltados para o setor produtivo através das instituições financeiras de caráter regional.

arrecadação líquida do IR e do IPI[69]. No entanto, não foi somente a descentralização e a ampliação das transferências que provocaram a diminuição da receita disponível da União. Segundo Varsano (1996), ela também ocorreu pela impossibilidade política de se recuperarem as condições das finanças públicas e da carga tributária por meio de reformas mais amplas[70].

As discrepâncias entre o poder de arrecadação e de gasto podem ainda ser verificadas considerando-se as instâncias estaduais e municipais separadamente. Como ponderam Serra e Afonso (2001), os municípios foram os principais beneficiados pela ampliação de receitas, já que os estados entram na década de 2000 com a mesma disponibilidade líquida de recursos que tinham antes de 1988. Assim como a União, os estados, que desempenham importante função na arrecadação total de tributos do país em virtude de sua competência sobre o ICMS, arrecadam relativamente maior parcela de receita fiscal do que ao fim do processo lhes resta como receita final[71].

A prerrogativa dos municípios na descentralização de receitas tem dupla determinação: das receitas totais cedidas pela União a maior parte vai para os municípios e também é significativa a parcela de tributos estaduais repassados às jurisdições locais. Prado (2003 a) estima que cerca de 30% das receitas dos estados são transferidas aos municípios, incluindo os 25% do ICMS arrecadado[72] e 25% do IPI-Exportação recebido da União. Enquanto o principal mecanismo de transferência tributária adotado pelo governo federal é de natureza redistributiva (o FPM), prepondera nas transferências dos governos estaduais a devolução tributária (90% dos recursos totais transferidos).

Por sua vez, a elevada autonomia das esferas subnacionais é função de sua competência para instituir e arrecadar tributos, mas, principalmente, pela elevada proporção de receitas adquiridas não destinados a determinadas finalidades de gasto. Vários estudos

---

[69] Considerando-se a totalidade das transferências federais, inclusive as setoriais e as discricionárias, a descentralização de recursos é ainda maior. Estudo desenvolvido pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), em convênio com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), coordenado por Sérgio Prado, demonstra que a União repassava aos municípios e estados cerca de 35% de suas receitas tributárias no início dos anos 2000, ficando com 44% da receita final total disponível. Os resultados desta pesquisa foram consolidados em três publicações, amplamente citadas nesta pesquisa (Prado, 2003 a; Prado, 2003 b; Prado *et al.*, 2003).

[70] Para Varsano (1996) a Constituição de 1988 não foi a única responsável pelas dificuldades financeiras da União. Outros fatores explicam essas dificuldades, tais como a estagnação econômica dos anos 80, a aceleração da inflação, as condições precárias da administração fazendária.

[71] Pesquisa coordenada por Prado (2003 a) evidencia que, em 2000, os estados respondiam por 28% do total da receita arrecada e os municípios por apenas 5%, e, após as transferências intergovernamentais (incluindo as transferências legais e discricionárias) apresentavam, respectivamente, 30% e 26% da receita final disponível.

[72] É bom lembrar que, embora as transferências do estados para os municípios tenham sido ampliadas na Constituição de 1988 (de 20% para 25%) em função do alargamento de sua base tributária pela inclusão dos impostos sobre serviços, esta nunca ocorreu.

ressaltam a relevância dos recursos próprios (tributos diretamente arrecadados e transferências do FPM e FPE) nos orçamentos municipais e estaduais (entre outros, Shah, 1990; Dain e Faveret, 1999; Dain, 2000; Prado *et al.*, 2003).

Se considerarmos que é atribuição constitucional dos municípios e estados a execução de ações e serviços de saúde e a oferta de ensino fundamental, mesmo a vinculação prevista para a saúde e a educação em legislação específica (EC 29 de 2000, Lei Federal n. 9424 de 1996 e EC 14 de 1996) não comprometeu a utilização dos Fundos de Participação de acordo com prioridades definidas localmente. Esses dispositivos legais só ratificaram os encargos previstos para as esferas subnacionais, preconizando o uso dos recursos transferidos no cumprimento de suas obrigações legais e garantindo patamares mínimos de gasto[73].

Apesar dos números não permitirem grandes questionamentos com relação ao balanço final da descentralização tributária, é preciso considerar que a União não se comportou como um ente passivo nesse processo. Pelo contrário, sua reação à perda de receitas e à rigidez de seu orçamento aconteceu de forma rápida e intensa, a ponto de alguns autores sugerirem que, desde 1993, não tenha havido variações mais bruscas na divisão das receitas disponíveis entre as três esferas de governo, mais significativas no período de 1989 a 1993 (Serra e Afonso, 2001; Faveret, 2002).

As motivações que suscitaram a reação da União relacionam-se ao papel ocupado pelo ajuste fiscal na estratégia adotada para o alcance da estabilidade macroeconômica, não estando atreladas, portanto, a qualquer plano de ordenação do processo de transferência de encargos, de desenvolvimento econômico ou garantia dos direitos sociais previstos na Constituição de 1988. O esforço antiinflacionário e a passagem de uma economia controlada pelo Estado para uma economia aberta à competição externa e comandada pelos agentes privados submeteram a ação governamental da União e causaram sérios danos à descentralização das responsabilidades sociais, sendo o setor da saúde um dos mais afetados.

Afonso e Lobo (1996) alertam que a descentralização no Brasil foi iniciada e aprofundada em um contexto adverso de crise política, econômica e social e se deu na contramão da prioridade atribuída à estabilidade monetária. Em outros países latino-americanos, fatores econômicos alavancaram os processos de descentralização fiscal, cujas preocupações primárias foram, além de maior eficácia e eficiência alocativa, a redução dos gastos públicos, o ajuste das finanças do governo central e o fomento do autofinanciamento

[73] Essa situação difere-se daquela observada nos anos 70 e 80, quando municípios e estados não tinham uma função claramente definida quer na Constituição quer em leis federais na prestação de ações e serviços de saúde.

dos governos subnacionais. Nesses casos, a descentralização fiscal foi incorporada desde o início como um instrumento da própria política econômica para contenção de despesas. No Brasil, os fatores políticos relacionados à abertura democrática foram preponderantes, destacando-se a reação dos governos subnacionais aos poderes excessivos do centro, à despeito da ausência de um plano nacional mais elaborado, negociado e acordado entre as três instâncias de governo, que garantisse as condições adequadas ao processo de descentralização.

Há que se considerar que a última Constituição não só atendeu aos anseios dos estados e municípios por mais recursos financeiros e autonomia orçamentária. Ela também procurou dar resposta a reivindicações antigas da sociedade brasileira, de expansão dos direitos dos cidadãos e ampliação das responsabilidades da federação como um todo. Portanto, a reação federativa ao espírito centralizador adquiriu sentido diferente ao vir acompanhada pela oposição de setores da sociedade ao caráter concentrador e excludente do modelo econômico vigente e pela mobilização em torno do resgate da dívida social herdada do período militar. Se, em outros países da América Latina, o desenho da descentralização fiscal ocorreu *pari passu* a um projeto de contenção dos gastos públicos de forma coerente com a política macroeconômica, aqui as políticas sociais e a descentralização fiscal foram conjuntamente asseguradas pelos instrumentos legais e só posteriormente tornaram-se peça integrante do programa de ajuste[74].

Os anos 90 demonstraram que a descentralização tributária não era incoerente com a descentralização de encargos sociais, mas, sobretudo, com o modelo de atuação do Estado na economia e na proteção social implementado com a inflexão conservadora nos anos seguintes à Constituição. A descentralização almejada colidiu diretamente com os objetivos de liberalização econômica e retração do Estado, pois os investimentos e o aumento dos gastos públicos necessários à universalização da cobertura de serviços essenciais como os da saúde, nos estados e municípios, eram incompatíveis com o equilíbrio fiscal[75]. Assim, foi necessário

[74] Para uma discussão acerca das diferenças e implicações para as políticas de saúde, entre os planos de estabilização macroeconômica adotados no final da década de 1970 até meados de 1980 e na segunda metade dos anos 80 no Brasil, consultar Ugá e Marques (2005). As autoras relatam que, enquanto as políticas sociais foram atingidas apenas de forma "residual" num primeiro momento devido ao aumento do desemprego e da pobreza, que diminuíram a arrecadação das contribuições sociais sobre os salários, posteriormente passaram a constituir elementos da própria proposta de ajuste e equilíbrio macroeconômicos adotada no Brasil.

[75] A história da reforma da política de saúde no Brasil demonstra que a crescente expansão do acesso aos serviços de saúde, embora de forma fragmentada e seletiva, foi acompanhada por um movimento crescente de descentralização. O Prev-Saúde, as AIS e o SUDS são exemplos de políticas que buscaram atrelar a universalização à descentralização (Noronha e Levcovitz, 2004).

estabelecer formas rígidas de controle para evitar uma ampliação ainda maior da transferência de recursos e das despesas nas áreas sociais.

Varsano (1996) aponta que os estados e municípios, ainda que favorecidos pelo aumento de receita tributária, continuaram com dificuldades financeiras diante de suas dívidas passadas[76] e aumento de suas despesas correntes. Entre 1988 e 1990, verifica-se que os governos estaduais aumentaram cerca de 2% do PIB de sua receita disponível, despendendo cerca de 74% desse ganho com pagamento de pessoal. Nos municípios, 30% da receita adicional foram gastos com aumentos de salários. As principais fontes de despesa foram justamente as áreas de saúde e educação, para quais as responsabilidades dessas instâncias ampliaram-se, e ocorreram transferências importantes de equipamentos e serviços, além de grandes gastos com o funcionalismo público.

Essa situação se consolida na década frente à contenção de despesas pelos órgãos federais. Em 1999, valendo-se das informações obtidas das Contas Nacionais do IBGE, Serra e Afonso (2001) indicam que os governos subnacionais respondem por 68% da folha de pagamento de servidores públicos em atividade, 68% de outros custeios e 80% dos investimentos fixos. O governo central só predomina no caso do pagamento de benefícios previdenciários gerais dos trabalhadores e pagamentos de juros da dívida pública, interna e externa, em parte contraídas pelas próprias esferas subnacionais como efeito da política macroeconômica.

Vários foram os mecanismos utilizados pela União para recompor suas receitas tributárias e controlar o déficit decorrente dos aumentos das despesas nas esferas subnacionais de governo. Entre elas, as mais freqüentemente citadas pelos especialistas são:

1- ampliação e contingenciamento das receitas destinadas ao financiamento da Seguridade Social;
2- corte nos investimentos públicos;
3- imposição de restrições sobre a gestão de recursos fiscais no nível subnacional;
4- implantação de um importante programa de privatização de empresas estatais de âmbito federal e estadual.

Se a estabilidade macroeconômica finalmente foi alcançada em 1994 com a implantação do Plano Real, o preço pago foi alto demais. Todas essas medidas tiveram

[76] Segundo Abrucio (1998), essas dívidas têm origem na redução do controle sobre o endividamento externo estadual e municipal pelo governo federal durante o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) que,

impacto negativo na economia (mais explorados na literatura sobre o tema) e no financiamento da política de saúde.

Segundo Rezende e Afonso (2001), o regime fiscal duplo instaurado no pós-88 permitiu que, na prática, o movimento de recuperação de receitas pela União ocorresse. Enquanto no Capítulo do Sistema Tributário Nacional foram definidas as fontes de receitas específicas de cada ente e os tributos e montantes a serem partilhados, as normas que estabelecem os recursos destinados à Seguridade Social[77] não especificam nem os montantes a serem distribuídos entre as áreas – previdência, saúde e assistência social[78] – nem a parcelas que deveriam ser destinadas ao financiamento descentralizado da política social oriundas das receitas orçamentárias da União e das esferas subnacionais.

Assim, as contribuições sociais, cuja competência é exclusiva da União[79] e podem ser ampliadas em função da manutenção ou expansão das próprias ações e benefícios sociais, são vinculadas ao financiamento de serviços descentralizados sem garantias do aporte de receitas. Isso favoreceu a concentração do poder político sobre as decisões relativas à arrecadação e ao destino final de fontes importantes de recursos destinados à saúde e uma participação não uniforme das esferas subnacionais no financiamento setorial, já que nem todas têm as mesmas prerrogativas financeiras e priorizam a saúde como área de gasto e investimento.

Durante os anos 90, assiste-se a uma série de alterações na legislação tributária federal, mais intensa na segunda metade da década, que privilegia a cobrança de tributos não partilhados pelos critérios constitucionais. Entre essas medidas destaca-se o aumento das alíquotas de impostos cumulativos e superpostos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas (CSLL) e

---

visando ao apoio das elites, facilitou a obtenção de empréstimos estrangeiros, principalmente para os estados mais ricos e as capitais.

[77] Alguns autores indicam as razões das dificuldades atreladas à definição de critérios mais rígidos para o repasse de recursos da Seguridade Social na revisão constitucional. Varsano (1996) enfatiza que as dificuldades foram decorrentes da forma fragmentada como se procedeu à discussão do papel do Estado (em várias comissões) e do sistema tributário (em uma comissão apenas), o que não permitiu a dimensão correta do tamanho das responsabilidades que se desenhavam para os diferentes governos e do financiamento que seria necessário. Para Souza C. (2001 b), as resistências da União a novas perdas de recursos, tendo em vista as mudanças propostas no sistema tributário, foram preponderantes. Já para Baptista (1998), a fragilidade do consenso político em torno da Seguridade Social contribuiu para que ela fosse aprovada em termos genéricos no que diz respeito a seu orçamento e fosse, por isso, anulada desde a sua origem.

[78] Somente no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias, 30%, no mínimo, do OSS (excetuando-se os recursos do seguro-desemprego) deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias. Segundo Barros *et al.* (1996:65) *"ao atribuir a transitoriedade à vinculação, o legislador constituinte estaria se posicionando contra uma vinculação específica e permanente, confiando que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias definiria a partilha mais adequada"*.

[79] Com exceção das contribuições voltadas para o financiamento do sistema de aposentadorias dos funcionários públicos municipais e estaduais.

o Programa de Integração Social/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), além da implantação de novos tributos, como é o caso da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), em 1997.

Essas fontes de receitas têm como vantagem não sofrerem perda inflacionária significativa e permitirem um aumento expressivo da arrecadação tributária. No entanto, existem alternativas para sua reformulação, visto como, da forma como foram implantadas, geram danos à competitividade sistêmica, onerando desigualmente produtos, setores e empresas e causando grandes questionamentos jurídicos e evasão da arrecadação esperada (Dain *et al.*, 2001)[80].

Destaca-se ainda que, na atual estrutura tributária brasileira, o alto peso das contribuições sociais sobre o faturamento e outros impostos indiretos da mesma natureza, em relação aos impostos sobre o valor adicionado (IPI e ICMS) e aos impostos diretos sobre renda e propriedade, causam desequilíbrio na composição da carga tributária. Em 2002, a arrecadação total de tributos no país chegou a 35,5% do PIB (Oliveira e Rezende, 2005). As contribuições sociais para o financiamento da Seguridade Social (incluindo o Cofins, a CSLL, o PIS/PASEP e as contribuições sobre a folha de salários) representaram 35% deste montante (12,4% do PIB), tornando-se responsáveis pelo maior volume de recursos arrecadados (cerca de 51% do total) e atuando como principal fonte de receita disponível para cobrir os gastos da União. Esse montante eqüivale a quase o dobro do IR, dez vezes o IPI e 160% do valor do ICMS apurados neste mesmo ano.

Dados consolidados por Faveret (2002) a partir das informações divulgadas no *site* do Banco Federativo do BNDES confirmam a importância da ampliação das contribuições sociais para a recuperação da receita disponível da União ao longo da década de 1990. A autora sugere que esse movimento se deu à custa das perdas nos ganhos iniciais de recursos que os estados tiveram com a implantação da Constituição (1989-1993), já que os municípios mantêm suas receitas disponíveis praticamente inalteradas entre 1989 e 2001.

---

[80] Muitas das medidas relacionadas à ampliação de alíquotas e a imposição de novos tributos decorrem da não apropriação pela Fazenda das contribuições sobre a folha de salários que, desde 1993, foram destinadas exclusivamente ao financiamento da previdência social (Dain *et al.*, 2001). Para se ter uma idéia da sua importância, em 1998, a totalidade das contribuições sociais destinadas à Seguridade Social chegaram a representar R$ 91,9 bilhões no orçamento da União. Deste montante, R$ 45,9 bilhões eram arrecadadas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda e R$ 46 bilhões contribuições arrecadadas pelo Ministério da Previdência Social. Ante ao decréscimo da receita de impostos e à não apropriação total dos recursos das contribuições sociais, o governo acabou lançando mão de outros dispositivos para ampliar sua receita disponível.

No entanto, a recomposição de receitas e o aumento da carga tributária nacional não se traduziram em investimentos e crescimento econômico como gostariam alguns tributaristas. Publicações recentes revelam que os investimentos foram extremamente baixos e até mesmo caíram na segunda metade da década, o comportamento do PIB foi errático, sendo a maior cifra a de 5,9% em 1994, e a taxa de desemprego foi recorde em relação a períodos anteriores associada ao aumento da informalidade (Oliveira e Rezende, 2005; Ugá e Marques, 2005), assim não serviram aos propósitos da ampliação necessária de gastos com investimentos diretos e transferências intergovernamentais, correntes e de capital, na área social. A importância das contribuições sociais cresceu uma vez que esses recursos foram reapropriados da Seguridade visando ao superávit fiscal e ao pagamento da folha de inativos dos funcionários públicos federais.

Mora (1998) resume os mecanismos utilizados pela União para o contingenciamento e desvio no uso dos recursos da Seguridade Social. Primeiro, no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; posteriormente, com o Plano Real e a estabilização, criou-se o Fundo Social de Emergência (FSE), constituído, através da EC n.1, de 1 de março de 1994, com receitas oriundas de impostos (deduzidas as transferências constitucionais para estados e municípios) e de contribuições sociais (83% das receitas do Fundo, conforme a composição da carga tributária nacional).

Proposto para durar dois anos (1994 e 1995), o FSE é recriado sob a forma de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) em 1996, permanecendo em vigor até 1999. Em 2000, o FEF é reformulado e passa-se a denominar Desvinculação de Receitas da União (DRU) até os dias atuais. Alegando necessitar sanear financeiramente a Fazenda Pública Federal e estabilizar a economia (justificativa para o FSE e FEF) e, em seguida, maior autonomia e flexibilidade para alocação dos recursos públicos sem prejuízo das ações da Seguridade Social (justificativa para o DRU), o governo central, através desses Fundos, retira 20% dos recursos da Seguridade Social desde 1994 (Lessa *et al.*, 1997; Noronha *et al.* 2004; Ugá e Marques, 2005).

Destaca-se, ainda, a inclusão do pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU), antes financiadas pelo Orçamento Geral, como despesas a serem arcadas pelos respectivos orçamentos da área social. Ugá e Marques (2005) relatam que em 1989 os recursos do então Finsocial (Cofins) e da CSLL foram praticamente todos alocados para financiar os EPU. Posteriormente, as despesas com os EPU superaram o próprio orçamento do MS. Entre 1994 e 1995, a rubrica EPU recebeu, respectivamente, 16,5% e 23,3% do total

das fontes da Seguridade, enquanto que a saúde, nos mesmos anos, levou 18,6% e 19,6% das fontes (Lessa *et al.*, 1997)[81]. Segundo os dispositivos constitucionais as despesas relativas às aposentadorias dos servidores federais não dizem respeito à previdência social da Seguridade Social, pois o regime desses trabalhadores foi mantido à parte.

A Seguridade, portanto, tornou-se uma variável de ajuste do processo de estabilização. Os instrumentos de desvinculação dos recursos destinados à área social garantiram a autonomia requerida pela União para remunerar os gastos com amortizações e serviços da dívida e desafogar as contas do Orçamento Fiscal com despesas previdenciárias próprias.

Com propriedade, Machado (2005: 285) enfatiza que *"ao invés de um financiamento suficiente e solidário para a Seguridade Social, predominam nos anos 90 as oscilações das fontes, a instabilidade de receitas e a competição entre as áreas da política social por recursos relativamente escassos"*. A "briga" a que se refere a autora se dá fundamentalmente entre a previdência social e a saúde, justamente os setores que possuem os maiores orçamentos da União, sendo considerados as principais fontes de despesa para a área fazendária[82].

As disputas entre as áreas sociais e entre estas e a Fazenda são visíveis no pós-Constituinte e tornam-se tão acirradas, que acabam inviabilizando a proposta da montagem de um orçamento único para a Seguridade Social. Em 1993, as receitas provenientes das contribuições salariais de empregados e empregadores passam a financiar exclusivamente a previdência social[83]. A interrupção de aporte desses recursos para a saúde gera grande instabilidade no financiamento nos anos subseqüentes devido à importância que essa fonte tinha no orçamento do MS[84], aumenta a dependência da saúde em relação a outros recursos do Tesouro Nacional e a necessidade de negociações junto às esferas econômicas do Governo Federal.

---

[81] Rezende *et al.* (2003) demonstram o expressivo crescimento dos gastos com inativos e pensionistas do setor público de 1987 a 2001. Em 1987, elas representaram 6,1% das despesas não-financeiras da União, passando para 15,4% em 2001. A saúde, por sua vez, passou de 8,2% das despesas totais para 9,3% no mesmo período.

[82] Em pesquisa desenvolvida por Baptista (1998), fica claro que durante o período pré-constitucional e nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte não havia consenso entre as áreas que compunham a Seguridade Social. A autora ressalta que o projeto nasce imerso nos interesses corporativos de grupos progressistas da saúde e da previdência social, o que demonstra que as "disputas" entre estes dois setores são antigas.

[83] Ugá e Marques (2005) analisam os motivos pelos quais a previdência "avançou" sobre as fontes de receitas e despesas da Seguridade, entre eles: 1) aumento de despesas com a expansão de benefícios e o fraco desempenho das contribuições salariais em decorrência do crescimento do desemprego e das ocupações não regidas por contratos formais de trabalho; 2) aumento das solicitações por aposentarias em função de demanda formada no período anterior (tempo de trabalho) e antecipações.

[84] Analisando as fontes de financiamento do MS, Machado (2005) demonstra que as contribuições previdenciárias representavam cerca de 30% do orçamento do MS em 1993.

Já na segunda metade da década, num contexto em que se agregam as dificuldades relativas às estratégias de reapropriação dos recursos pela União e as impossibilidades de obtenção de novos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)[85], é negociado pelo MS a criação de uma fonte específica de financiamento para a saúde. No entanto, a CPMF, aprovada ao final de 1996 e implantada em 1997, não gerou o aumento de recursos esperado por dois motivos principais. Primeiro, com a entrada da CPMF decresce a importância da CSLL e do Cofins no orçamento do MS, havendo, portanto, substituição relativa de fontes (Piola e Biazoto Jr., 2001)[86]. Em segundo lugar, em 1999, a CPMF deixa de ser exclusiva, servindo também para financiar a previdência e, em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (Ribeiro *et al.*, 2005).

Outro movimento pela busca da estabilidade financeira da saúde é encabeçado por parlamentares, buscando a vinculação de receitas nos orçamentos das três esferas de governo e, principalmente, dos estados. Machado (2005) relata que os embates e negociações com a área econômica do governo também foram acirrados, como relatam os próprios Ministros da Saúde à época em entrevistas concedidas à pesquisadora. Após várias reformulações à proposta original, a EC n.29 é aprovada em 13 de setembro de 2000 (Brasil, Emenda Constitucional n. 29 de 2000), sete anos após seu primeiro envio ao Congresso[87].

Se a EC 29 estabelece patamares mínimos de despesas em saúde sobre os recursos próprios das instâncias subnacionais, para a União, a vinculação não se atrelou inicialmente ao orçamento[88]. Ainda no início de sua vigência, observa-se a adoção de estratégias voltadas para dificultar a vinculação de recursos do orçamento federal, incluindo pressões para a maior abrangência do conceito de despesas em saúde e o congelamento do ano de referência para aplicação dos percentuais de elevação das despesas federais.

Segundo Faveret (2002), no momento de decidir o orçamento da saúde para 2001, o Ministério da Fazenda define 1999, e não 2000 como "ano anterior", o que levou a uma

---

[85] No início da década de 1990, o agravamento da "crise financeira" do MS, com a perda dos recursos das contribuições sobre os salários, fez que o MS, por três vezes, solicitasse empréstimos junto ao FAT (Médice, 1996). Em 1995 e 1996, o FAT emprestou recursos equivalente a quase 10% do gasto federal em saúde (Rezende *et al.*, 2003).

[86] Os autores estimam que, mantida a participação das demais fontes no financiamento da saúde já em 1997, o MS teria a sua disposição R$21 bilhões, entretanto, nesse mesmo ano o gasto referido do MS foi de R$19 bilhões (Piola e Biazoto Jr, 2001).

[87] A primeira proposta foi de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires em 1993 e, como relata Faveret (2002), emergiu como resposta à interrupção dos aportes das contribuições previdenciárias à saúde.

[88] Ressalta-se que estava em tramitação no Congresso até o final de 2005 uma Lei Complementar que regulamenta o texto constitucional alterado pela EC 29. Segundo a última versão da proposta, que se pauta pela

diminuição significativa das receitas previstas para o MS naquele ano[89]. Esta medida serviu para articular atores políticos e entidades em torno da defesa da EC 29, incluindo o MS, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), parlamentares e o Tribunal de Contas da União (TCU) e estimular a formulação de documentos e encontros para discutir e esclarecer pontos polêmicos da proposta, como o próprio conceito de despesas em saúde[90]. Mesmo assim, as expectativas de um aumento mais substantivo de recursos federais não se materializaram.

A EC 29 também apresenta outros problemas, como aqueles sugeridos por Dain (2001):

a) virtual abandono do OSS, já que define uma "solução" para o financiamento específico da saúde e não para as três áreas que compõem a Seguridade;
b) dissociação dos aumentos dos recursos financeiros da União para a saúde em relação às contribuições sociais, que têm sido mais expressivos nos últimos anos[91];
c) vinculação ao PIB, que se torna problemática em um contexto de estagnação econômica e penaliza duplamente a população carente - pela queda de renda e desemprego e pela baixa elevação dos recursos federais para a saúde.

Em suma, os fatores que dificultam o financiamento da política de saúde na década de 1990 são os mesmos que contribuem para a desconstrução da idéia original do OSS: os mecanismos impetrados pela União para desvincular os recursos da Seguridade, a progressiva especialização das contribuições sociais e os movimentos isolados de diferentes setores da política social pela garantia de maior estabilidade de recursos. Não se pode ignorar o possível efeito dessas medidas no financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, pois, mesmo aportando recursos próprios para o setor, os governos subnacionais dependem dos recursos oriundos do orçamento do MS para suprir suas necessidades de gasto.

Resolução n.322 do CNS, a União deverá aplicar anualmente em saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes brutas do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social.

[89] Essa diferença de interpretação resultou em perda de R$1,19 bilhões no orçamento do MS em 2001, o que permitiria, segundo Ugá e Marques (2005) a duplicação dos recursos gastos com o PACS em 2000.

[90] Depois de um intenso debate promovido entre 2001 e 2002, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução n.316, de 04 de abril de 2002, substituída depois pela Resolução n.322 de 08 de maio de 2003. Esta última define o elenco de ações e serviços a serem considerados como despesas à saúde e tem embasado a regulamentação da EC 29 por Lei Complementar em tramitação no Congresso Nacional.

[91] Segundo projeções da autora, a vinculação dos gastos em saúde às contribuições sociais seria bem mais vantajosa do que aquela relacionada ao PIB.

Se estados e, principalmente, os municípios foram beneficiados pela descentralização tributária, dificilmente essas instâncias poderiam dar conta dos compromissos de universalização e integralidade assumidos na Constituição e leis nacionais sem as transferências federais destinadas especificamente à saúde. Além disso, a EC 29, ao definir patamares mínimos de despesas em saúde nos orçamentos descentralizados, não resolve o problema das desigualdades na capacidade de arrecadação e de apropriação de transferências constitucionais pelas instâncias federadas.

Alguns autores afirmam que é difícil ter clareza do impacto efetivo da desvinculação das contribuições sociais, já que elas retornam como fontes específicas nos orçamentos das três áreas que integram a Seguridade (Ribeiro *et al.,* 2005)[92]. Outros dizem que as esferas subnacionais foram *"mais que compensadas"* por meio da transferência de outros tributos, tais como aqueles relacionados aos programas de saúde (Serra e Afonso, 2001), entretanto, as informações disponíveis não deixam muitas dúvidas.

Análises relativas ao período de 1990 a 1995 indicam que os repasses para o MS originários das receitas administradas pela Secretaria do Tesouro Nacional (receitas fiscais, Cofins, CSLL), além daquelas geridas pelo Ministério da Previdência Social, apresentaram comportamento cíclico, com irregularidades nos fluxos mensais e alternância na composição das fontes (Barros *et al,*1996). Machado (2005) também verifica oscilações dos gastos com ações e serviços de saúde *per capita* do MS (corrigido pelo IPCA) - que incluem os pagamentos diretos aos prestadores privados ao SUS e as transferências para as esferas subnacionais[93]- entre 1995 e 1998, seguidas de um aumento contínuo, mas discreto, de 1999 até 2001 e uma leve queda em 2002. Mesmo admitindo possíveis impactos da inclusão da CPMF e da implantação da EC 29 nos ganhos relativos de estabilidade no financiamento federal, a autora sugere que o esforço financeiro da União deveria ter sido maior para dar conta da expansão do acesso e redução das desigualdades em saúde.

Agregam-se a baixa participação dos investimentos na execução orçamentária do MS e a inexistência de uma política mais ampla para reduzir a iniqüidade na oferta e cobertura das ações e serviços do SUS. Particularmente entre 1995 e 2002, projetos especiais financiados com recursos de agências internacionais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de

---

[92] A partir de 2000, os problemas se agravam, pois a fonte FEF desaparece e os recursos contingenciados por meio da DRU são contabilizados como ordinários.

[93] Este é o grupo de despesa mais importante, se observada a evolução da execução orçamentária do MS no período de 1995 a 2001. Machado (2005) estima que esse grupo variou entre 49% e 55% do total das despesas executadas neste período.

Desenvolvimento, voltaram-se para investimentos em infra-estrutura, equipamentos, desenvolvimentos institucional e capacitação profissional, entre eles o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e o Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS). Estes, em 2002, representaram somente 2,6% dos gastos do MS (Faveret, 2002).

A situação de vulnerabilidade do MS em face ao modelo econômico adverso e às posições da Fazenda permanece até 2002, de tal forma que, desde 2000, a saúde representa sempre menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva federal, enquanto as despesas com juros, encargos e amortizações da dívida interna e externa abocanham grande parcela dos recursos da área social (Ugá e Marques, 2005).

Esses achados sugerem cautela na análise do volume das transferências federais do SUS, cuja ampliação é freqüentemente ressaltada nos estudos sobre o tema. De fato, os maiores incrementos são observados nas políticas priorizadas pelo MS no período de 1995 a 2002, sendo que serviços essenciais de média complexidade, como aqueles relacionados à diagnose e terapia de doenças e agravos comuns, exclusive casos específicos, não foram agraciados com aumentos de recursos (Machado, 2005)[94]. Além disso, determinados incrementos resultam de realocações entre grupos e programas de despesa dentro do orçamento do MS (como, por exemplo, a mudança do pagamento direto aos prestadores para transferências intergovernamentais ocorrida de forma expressiva a partir de 1998) ou mesmo da contenção de outras despesas correntes, que têm importância para garantir a descentralização adequada do SUS (despesas com pessoal ativo).

Machado (2005) levanta a hipótese de que a diminuição da participação da União na despesa pública total em saúde, verificada de 1992 a 2002, representa uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos. Seus argumentos são coerentes com outros autores que tendem a relativizar os benefícios evocados pela descentralização no final dos anos 80 enfatizando-a mais como um processo do que um fim em si mesmo (entre outros, Arretche, 1997; Levcovitz *et al.*, 2001; Souza C., 2002). Os resultados da descentralização,

[94] As políticas e áreas priorizadas no período e que foram contempladas com aumentos relativamente maiores de recursos foram o PACS/PSF (crescimento de 90% entre 1995 e 2002); a alta complexidade, principalmente a Terapia Renal Substitutiva, os transplantes e os serviços de quimioterapia e radioterapia; os medicamentos excepcionais voltados para a DST/AIDS e campanhas de combate a determinadas doenças como o câncer de colo uterino (Machado, 2005). Em relação ao Piso de Atenção Básica fixo, calculado segundo critério *per capita*, se esse representou um incremento importante de recursos quando foi implantado em 1998 (Souza R. 2003 a), nos anos seguintes permaneceu estável.

portanto, estão atrelados às condições mais gerais em que ela se realiza e aos objetivos a serem atingidos. No contexto de restrição fiscal, o modelo de descentralização implementado no sistema de saúde serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como gostariam seus idealizadores.

Mais recentemente, a Seguridade Social volta à cena do debate, sendo julgada igualmente responsável pelos conflitos no financiamento da saúde e solução para os mesmos. Considerando a estabilidade econômica um pré-requisito para a integração e competição do Brasil nos mercados internacionais e as conseqüências negativas do ajuste fiscal para o desenvolvimento econômico, observam-se questionamentos relativos à sua abrangência e factibilidade financeira e, com isso, justificam-se propostas de reforma e redução do escopo de suas ações (Oliveira e Rezende, 2005).

Pautados por uma vertente estritamente econômica segundo a qual a Seguridade é vista principalmente como gasto, esses argumentos parecem desconsiderar a importância que a proteção social teve (e ainda tem) na história do desenvolvimento de vários países. Nesse cenário, as regras institucionais que informam a descentralização tributária brasileira e a própria dívida pública não são mais apontadas como as principais culpadas pela rigidez orçamentária da União. Agregam-se aí as despesas sociais obrigatórias do governo federal protegidas por alguma norma constitucional ou legal que tornam a Seguridade "perdulária"[95].

Essas críticas também não levam em consideração as distorções causadas ao financiamento social pela ditadura monetária e arroxo fiscal[96]. Levantamentos efetuados pelo CNS indicam que, se fossem cumpridas as disposições previstas para implantação do OSS e não ocorressem desvios em relação ao financiamento da área social, a totalidade das despesas da União com a previdência social (com todas as alegadas distorções), saúde e assistência social, teria sido custeada sem nenhum déficit pelas receitas orçamentárias (Brasil, MS, CNS, 2003). Em 2002, o superávit foi de 30 bilhões de reais e até maio de 2004, permaneceu em 21,1 bilhões de reais.

---

[95] As maiores críticas à Seguridade referem-se à área previdenciária, pois muitos consideram que os direitos individuais (previdência), que necessitam de regimes especiais de financiamento, foram agregados equivocadamente e acabaram se sobrepondo aos interesses coletivos (saúde e assistência social). Esta, de fato, eram as intenções dos legisladores: ampliar a noção de direitos individuais traduzindo-os como direitos sociais, por meio da sua dissociação das contribuições diretas e da busca de benefícios particulares. Esta noção para a área previdenciária levou à ampliação de seus benefícios, que não se restringem atualmente às aposentadorias e pensões dos trabalhadores contribuintes. A importância que a ampliação desses benefícios tiveram no Brasil é defendida no trabalho de Wernneck Vianna (2005).

[96] Curiosamente, o referido artigo, rico em números e informações preciosas para avaliação da rigidez orçamentária da União, não contabiliza os efeitos que a desvinculação das contribuições sociais teve para a Seguridade Social.

Também não se pode desconsiderar que a Seguridade deixou de arrecadar fonte importante de receitas calculadas sobre os salários em função do desemprego e da precarização do mercado de trabalho e assumiu indevidamente os gastos com os encargos previdenciários da União. A partir da análise dos dados divulgados pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social (ANFIP), Dain (2003) alega que, sem estas responsabilidades, o OSS teria registrado um superávit em 2002 da ordem de quase 33 bilhões de reais[97].

Efeito deletério da reação contrária da União à diminuição de suas receitas disponíveis refere-se ao seu relativo desinteresse pela ampliação das receitas do IR e do IPI. O crescimento da carga tributária, evidenciado de forma mais expressiva de 1998 a 2002, se fez à custa das contribuições sociais e do ICMS (Oliveira e Rezende, 2005). Se a arrecadação do IR cresceu em média 1% do PIB no mesmo período, esse aumento foi parcialmente neutralizado pela redução de arrecadação do IPI e de outros tributos da União. Dain *et al.* (2001) ressaltam que, enquanto fonte importante de receita para a implantação de políticas de saúde no âmbito local, o IR permanece com sérios problemas em relação à estreiteza de sua base de arrecadação e à sua progressividade[98]. Por outro lado, o baixo interesse pelos tributos partilhados ajudou a conter a própria descentralização fiscal prevista na Constituição, já que as receitas descentralizadas não acompanharam a evolução da carga tributária da União e até mesmo diminuíram (Mora, 1998).

As frustrações da descentralização fiscal foram complementadas pela interferência federal nas decisões das esferas subnacionais e restrição da autonomia federativa. Essa interferência se deu na década de 1990 menos pela imposição de vinculações a determinados programas sociais – fato, em geral, salutar, quando se quer garantir patamares mínimos de gasto[99] - e mais pela imposição de condicionalidades para as transferências constitucionais e para as renegociações sobre as dívidas públicas.

---

[97] Infelizmente, essa situação mantém-se na atualidade. Em recente publicação, a ANFIP (2006) indica que, em 2005, a DRU carreou do OSS para o Orçamento Fiscal cerca de R$ 32 bilhões. O superávit do OSS, segundo as estimativas divulgadas chega a R$56 bilhões.

[98] Sobre esse aspecto, ressalta-se o interessante trabalho conduzido por Ugá e Santos (2005). As autoras enfatizam que a baixa participação de impostos diretos, como o IR, no financiamento setorial compromete a progressividade do financiamento do SUS.

[99] Como visto, a vinculação da saúde ocorre tardiamente à implantação das Leis Federais da Saúde de 1990, que definem as regras para o financiamento descentralizado do SUS.

No princípio dos anos 90, os governos subnacionais já se encontravam endividados por problemas herdados no passado[100]. Inicialmente, o ajuste de suas contas fiscais era feito por meio do congelamento de salários, do adiamento da execução de despesas orçamentárias, da indexação das receitas à inflação e, no caso dos estados, da obtenção de empréstimos junto a suas instituições financeiras (prática vigente desde os anos 80). Com a estabilidade, essas estratégias tornaram-se ineficazes, porquanto a ampliação do pagamento de juros comprometeu ainda mais o frágil equilíbrio orçamentário dessas instâncias.

As altas taxas de juros se colocaram como ingrediente importante na estratégia para conter a inflação por travar a demanda e garantir o afluxo de capital externo para o país. No entanto, implicaram uma economia menos dinâmica e incidiram sobre a arrecadação tributária dos estados e municípios. Devido aos fatores apontados, Rezende e Afonso (2002) afirmam que a deterioração das contas públicas na segunda metade dos anos 90 foi principalmente conseqüência de fatores exógenos: juros elevados e baixo crescimento econômico.

A restrição da autonomia dos estados é maior do que aquela imposta aos municípios. As estratégias montadas pelo governo federal para conter despesas estaduais buscando o equilíbrio fiscal implicaram amplo programa de renegociação de suas dívidas que, numa primeira fase, se deu em condições bastante favoráveis para os governos. O impacto perverso desses acordos é que eles causaram forte pressão sobre as contas nacionais acentuando os conflitos verticais. A partir de 1995, o refinanciamento envolveu reformas do setor público, incluindo privatização de empresas estaduais[101].

Nos anos 90, com o agravamento da crise macroeconômica e na esteira do abandono pelo governo federal das políticas de investimento regionais, os estados passaram a utilizar seu poder de gestão sobre as alíquotas do ICMS como instrumento de política econômica, em prejuízo da arrecadação, com o objetivo de atrair novos investimentos e promover o desenvolvimento industrial[102]. O fenômeno, conhecido como “guerra fiscal”, quando praticado sem a aprovação do conjunto dos estados é considerado ilegal no Brasil. No entanto, a falta de mecanismos regulatórios satisfatórios e a atuação do próprio Conselho Nacional de Política

---

[100] Já enfatizamos anteriormente que o afrouxamento das regras para obtenção de créditos externos responde em grande parte ao endividamento dos estados na época da ditadura (Abrucio, 1998). O autor também destaca como um mecanismo de endividamento importante as contrapartidas exigidas pela União para o repasse de recursos à época.

[101] Para uma discussão do processo de endividamento dos estados e das estratégias de renegociação de suas dívidas, consultar Mora (1998), Mora e Varsano (2001) e Rezende e Afonso (2002).

[102] Interessante perceber que a fórmula de oferecer incentivos fiscais para promover o crescimento econômico é uma prática antiga dos diferentes níveis de governo no Brasil. Embora a experiência do passado nos indique as limitações desse mecanismo e o prejuízo final que acarreta nas contas públicas, constantemente é reeditada.

Fazendária (CONFAZ), composto pelos Secretário de Fazenda dos estados, acaba acentuando sua ocorrência[103].

Prado e Cavalvanti (2000) indicam que a nova onda de investimentos privados nacionais e estrangeiros que se formou no início da década de 1990 impulsionou a "guerra" interestadual. Estados menos desenvolvidos, temendo perder a disputa por esses investimentos, em conseqüência das melhores condições dos principais centros industriais, passaram a oferecer maiores incentivos. No entanto, a disputa prejudica a todos.

Os autores sintetizam os principais argumentos contrários e prejuízos deste processo:

1- devido ao princípio misto de origem-destino aplicado ao ICMS, o peso dos benefícios concedidos é suportado, de fato, pelos estados onde o bem é consumido;

2- visto que os investidores circulam em busca de concessões ainda mais vantajosas e frente às ameaças de mudança de localização, os conflitos federativos tendem a acirrar-se;

3- com todos os estados engajados na disputa, os benefícios tendem a se igualar e perdem sua eficácia como instrumento de política econômica. As decisões dos investidores voltam ao básico: boa infra-estrutura e boas condições socioeconômicas. Como os estados menos desenvolvidos reduzem sua capacidade de financiamento público, e na falta de uma política regional patrocinada pelo governo central, as disparidades regionais aumentam, e os estados com piores condições socioeconômicas os mais prejudicados.

Em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovada no Congresso Nacional, estabelece condições duras a serem observadas na gestão das contas públicas dos três níveis de governo e nos três Poderes para sustentar a disciplina fiscal (Brasil, Lei Complementar n.101 de 04 de maio de 2000). A Lei enfatiza a transparência como condição para aumentar o controle dos contribuintes sobre as ações governamentais e estabelece, entre outras, as seguintes medidas:

1- limites para gasto com pessoal, que não deve ultrapassar 60% das receitas líquidas correntes[104];
2- limites para endividamento;
3- metas fiscais anuais em três anos consecutivos;
4- provisão para as despesas correntes futuras que durem mais de dois anos;

---

[103] Para uma discussão do papel desempenhado pelo CONFAZ consultar Pardo e Cavalcanti (2000).

[104] A receita corrente líquida corresponde, basicamente, ao somatório das receitas tributárias, de contribuições sociais, das receitas patrimoniais e das transferências correntes, deduzidas as transferências constitucionais e as relativas a obrigações previdenciárias com os servidores.

5- provisão especial para anos eleitorais que restringem a antecipação de receitas e a concessão de despesas nessas ocasiões.

O não cumprimento destas obrigações leva a várias penalidades, inclusive incriminações pessoais.

Garson (2003), analisando as receitas e despesas orçamentárias dos estados e municípios brasileiros em 2001, indica possíveis resultados positivos da implantação da LRF para os governos subnacionais. Reforça, porém, que outros fatores são necessários para a boa gestão orçamentária, entre eles, a disseminação de uma cultura de planejamento da ação pública entre os administradores. Além disso, alerta para o fato de que, dependendo da composição orçamentária das esferas subnacionais – maior ou menor dependência de recursos setoriais e de transferências voluntárias-, a demanda sobre os gastos com pessoal, a partir dos recursos do Tesouro, pode ser acentuada. Nesse caso, as limitações sobre os gastos com pessoal sendo extremamente severas implicam disponibilidade menor de receitas para áreas altamente dependentes desses recursos, como é o caso do SUS.

Desequilíbrios horizontais

O segundo grupo de problemas a que se referem os especialistas sobre o tema tributário diz respeito aos desequilíbrios interestaduais e intermunicipais que resultam principalmente das regras que informam as transferências redistributivas no Brasil. Pela classificação aqui empregada, consideram-se redistributivos todos os fluxos de receitas que não guardam relação com a proporcionalidade das bases tributárias respectivas nas esferas que recebem os recursos. Por isso, são os únicos que têm possibilidade de reduzir as desigualdades nas receitas disponíveis observadas entre jurisdições com distintas capacidades econômicas.

Conforme estudo coordenado por Prado (2003 a), cerca de 68% do volume total de transferências intergovernamentais verificados em nosso sistema se encaixavam nessa categoria em 2000. Os demais correspondiam às devoluções tributárias – salário educação, Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)-Ouro, Imposto de Transmissão Rural (ITR) e 75% da cota-parte do ICMS (ou 18,75% do valor de sua arrecadação devolvido para os municípios) – e às transferências compensatórias – 75% do IPI-Exportação e da LC 87/96 transferidos da União para os estados.

Entre eles, temos aqueles considerados fluxos redistributivos clássicos, que não são exclusivos de determinados setores e, na sua maior parte, pode ser utilizado livremente pelas

esferas subnacionais: 1) o FPE e FPM, transferidos pela União e que representam cerca de 41% do total de recursos redistributivos do sistema; 2) o sistema cota-parte estadual, transferido dos estados para os municípios, que inclui os 25% do ICMS, distribuídos segundo critérios definidos em lei estadual, os 25% do IPI-Exportação e da LC 87/96 (Lei Kandir). Esse subsistema corresponde a 9,4% do total das transferências redistributivas.

Além dessas transferências, agregam-se as transferências redistributivas setoriais, ou seja, aquelas que se restringem a funções específicas e não atuam diretamente sobre a capacidade geral de gasto do orçamento receptor, pois interferem apenas na alocação de recursos públicos destinados a duas áreas de atuação do setor público - a educação (as transferências do Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério – FUNDEF[105]) e a saúde (as transferências do SUS) – e são transferidos da União para os governos estaduais e municipais. Enquanto o FUNDEF representa cerca de 30% dos recursos redistributivos totais transferidos, o SUS representa cerca de 20% (Prado, 2003 a).

Uma primeira análise importante sobre esse sistema é que ele reforça a função da União em detrimento dos estados na realocação dos recursos que tenham potencial para equalização fiscal. Essa situação acarreta grande dependência dos municípios em relação ao governo federal. Pesquisas apontam que da receita final dos municípios, 80% dos recursos são derivados de transferências e, dessas, 50% se originam da União. Em contraposição, leva também à grande fragilidade das conexões administrativas e orçamentárias existentes entre as jurisdições locais e os estados. O padrão que predomina privilegia as articulações entre o governo central e cada um dos governos municipais, o que dificulta a integração de políticas e a formação de redes de serviços.

Entretanto, a pergunta fundamental a ser feita é se o sistema de transferência de recursos redistributivos, tal como está estruturado, possibilita a equalização horizontal das receitas disponíveis das esferas subnacionais.

A primeira conclusão do estudo da FUNDAP é que existem determinadas regras que limitam a transferência de recursos redistributivos aos estados. É o que Prado (2003 a) denomina de *"redistribuições internas"*. Nesse subtipo, enquadram-se o sistema cota-parte estadual e uma parte dos recursos do FUNDEF. O "FUNDEF estadual interno" diz respeito

---

[105] No caso do FUNDEF, as receitas são originárias das deduções das receitas municipais (15% dos recursos do FPM, ICMS, IPI-Exportação e LC 87/96) e estaduais (15% do ICMS, FPE, IPI-Exportação e LC 87/96) para o

somente às deduções dos tributos estaduais e municipais para o fundo que podem se distribuídas aos governos subnacionais, nos limites de cada estado, pelo número de matrículas existentes na rede pública de ensino fundamental[106]. Os recursos assim classificados, por princípio, podem cumprir funções realocativas apenas entre os municípios que compõem um dado estado, não atuando na redução das desigualdades interestaduais ou interregionais.

No entanto, é preciso considerar que, mesmo no âmbito intermunicipal de dada abrangência estadual, o sistema cota-parte parece limitado. Prado afirma que este *"sistema atomizado, regulado por tantas leis quanto são os estados, desconhecido nas suas regras e no seu impacto final, totalmente fora de controle de qualquer diretriz redistributiva que pretenda um mínimo de homogeneização do espaço nacional e, finalmente, por movimentar uma parcela reduzida de recursos"* (Prado, 2003 a: 98) não consegue atingir os objetivos de equalização. Resta-nos refletir sobre os recursos que têm poder de redistribuição entre municípios e estados situados em espaços geográficos distintos: os Fundos de Participação e as transferências setoriais (a complementação federal do FUNDEF e os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para o SUS).

Evidências indicam que o FPE tende a ser mais redistributivo que o FPM no plano interregional, proporcionando ganhos substantivos de receita nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em detrimento das regiões Sudeste e Sul do país. As dificuldades redistributivas do FPM concentram-se nos municípios não capitais, pois cerca de 1/3 desses recursos é reservado ao Sudeste e ele acaba privilegiando estados mais desenvolvidos, que possuem grande número de pequenos municípios, como SP, RS e MG.

Mas a redistribuição do FPE não é suficiente para homogeneizar as receitas orçamentárias entre as regiões e os estados da federação. Observam-se importantes disparidades na receita final *per capita* (resultado da arrecadação e do sistema de partilha como um todo) dos estados brasileiros. As diferenças observadas também não se justificam facilmente por variações na renda ou no nível de desenvolvimento entre estados que, em tese, informam esses fluxos: *"não há qualquer evidência de que o sistema de partilha garanta recursos fiscais maiores para estados com menor grau de desenvolvimento e nem que estados*

---

fundo e da complementação efetuada pela União para estados e municípios que não atingirem o valor mínimo por aluno definido em Lei Federal.

[106] O formato peculiar do FUNDEF é de difícil classificação no modelo proposto por Prado (2003 a). Ele não é um fluxo redistributivo puro no qual a arrecadação dos governos superiores é distribuída para os inferiores, pois é fruto, na sua maioria, da captação de parcelas dos diversos fluxos que fazem parte da receita própria dos governos subnacionais e da própria arrecadação (o ICMS).

com PIB per capita menores recebam, sistematicamente, maior dotação de recursos" (Prado, 2003 a: 99).

No plano dos municípios, as disparidades encontradas na receita disponível *per capita* entre as capitais e municípios de porte populacional diferenciado são gritantes. De tal monta que: a) o sistema privilegia claramente as capitais (23% da população) e os municípios abaixo de 5.000 habitantes (2,7% da população) em relação aos municípios na faixa de 10.000 a 100.000 habitantes (41% da população brasileira); b) a receita *per capita* das capitais é 80% mais alta que a enorme parcela da população que reside em municípios intermediários; c) os municípios com população abaixo de 5.000 habitantes têm uma receita *per capita* superior às capitais; e d) o crescimento da receita nos municípios com mais de 75.000 habitantes não está associado à arrecadação ou ao FPM, mas, fundamentalmente, à devolução tributária e aos demais fluxos redistributivos.

De fato, a falta de planejamento integrado das regras que orientam as transferências nos diversos subsistemas de partilha no Brasil, assim como a fixação dos coeficientes de distribuição dos Fundos de Participação ocorrida em 1989, dificulta a correção de assimetrias. Destaca-se que, desde 1992, os coeficientes não são revistos com tanta regularidade, o que acaba dificultando a dinâmica da correção dos desequilíbrios horizontais na federação (Prado *et al.*, 2003).

As limitações dos fluxos redistributivos clássicos trazem à tona a importância das transferências setoriais e, particularmente, das transferências regulares do SUS aportadas pela União. No entanto, essas transferências são orientadas para a provisão de ações e serviços de saúde e possuem uma lógica interna que não se coaduna com o restante do sistema de partilha. Até o momento, os recursos são transferidos sem qualquer aferição das diferenças nas capacidades econômicas e dos efeitos das transferências constitucionais para as esferas subnacionais, o que resulta na maior ou menor disponibilidade de recursos próprios destinados à saúde, segundo os preceitos da EC 29[107].

A pesquisa da FUNDAP mostra que o efeito redistributivo dos recursos transferidos regularmente para a saúde é limitado tanto para os governos estaduais como para os municipais (Prado, 2003 a; Prado *et al.*, 2003). Eles beneficiam as regiões Sudeste e Sul e não se diferenciam significativamente nos municípios de porte intermediário e as capitais. Outros

[107] O interessante trabalho conduzido por Nunes (2004) ressalta esse aspecto, tentando comparar a disponibilidade de receitas oriundas do Fundo Nacional de Saúde com os recursos próprios em alguns

levantamentos, entretanto, indicam resultados mais satisfatórios da redistribuição fiscal alcançada mediante os fluxos próprios do SUS para os municípios, pois o sentido da redistribuição é oposto ao de outros recursos, o que acaba gerando determinadas compensações e diminuindo o grau de desigualdade entre as receitas disponíveis (Dain e Faveret, 1999; Dain, 2000; Garson, 2004; Gershman e Viana, 2005; Araujo e Oliveira, 2001).

Os resultados contraditórios desses estudos indicam a necessidade de novas pesquisas que aprofundem a análise sobre os critérios e condicionantes da apropriação e uso dessas receitas, que identifiquem seus principais componentes e respectivos beneficiários e que analisem as diferenças das receitas vinculadas às ações e serviços descentralizados do SUS nos estados e municípios.

O estudo empírico realizado no âmbito dessa pesquisa tem esse objetivo. Entre outros achados, ele evidencia que os efeitos dos recursos federais SUS sobre os orçamentos das esferas subnacionais não podem ser desprezados. Sobre o mesmo percentual de vinculação de recursos próprios, diferentes disponibilidades de receitas destinadas à saúde são geradas, sendo significativo o papel do MS na redistribuição fiscal para regiões e estados menos desenvolvidos. As transferências federais do SUS efetuadas em 2002 não tiveram, contudo, volume suficiente para romper com as diferenças nas condições institucionais das esferas subnacionais de aportar receitas diretamente arrecadadas ou recebidas de outros níveis de governo para a saúde.

Em síntese, as desigualdades nas receitas disponíveis entre estados e municípios permaneciam extremamente elevadas no início dos anos 2000. Se as transferências redistributivas do sistema tributário brasileiro permitem que recursos do núcleo mais desenvolvido do país cheguem a regiões mais atrasadas economicamente, isso é feito de forma quase aleatória, pois não é fruto de um planejamento prévio. Como sugerido por Prado (2003 a), o impacto não poderia ser outro: as transferências, em seu conjunto, criam e reproduzem desigualdades tão grandes ou maiores do que aquelas observadas na arrecadação tributária inicial.

As características e efeitos do federalismo fiscal no Brasil somados à política de ajuste fiscal e contenção dos gastos em saúde e às assimetrias econômicas e sociais da federação configuram um cenário bastante complexo onde as decisões dos entes governamentais sobre o financiamento descentralizado do SUS foram efetuadas no período de 1990 a 2002. Frente às

---

municípios selecionados. O autor enfatiza a falta de aferição das condições fiscais–orçamentárias dos municípios como um limitante para a distribuição eqüitativa dos recursos do SUS.

variáveis estruturais e institucionais de difícil modificação, mecanismos de financiamento próprios da política foram criados pelos atores que atuam no setor da saúde. Suas principais determinações sobre o processo de descentralização e as relações intergovernamentais no financiamento do SUS serão analisadas no próximo item.

3.2 Descentralização e relações intergovernamentais no financiamento do SUS

A participação das três esferas de governo e as relações intergovernamentais no financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS podem ser analisadas em diferentes dimensões:

1) aporte de receitas tributárias para a saúde (origem e peso das diversas fontes de financiamento para o setor);
2) responsabilidade sobre o gasto público em saúde;
3) subsistema de transferências intergovernamentais do SUS (mecanismos, critérios e condicionantes utilizados); e
4) autonomia (graus de interferência/liberdade) para utilização das receitas exclusivas da saúde.

Nesse item procura-se analisar as mudanças no modelo de financiamento previsto na Constituição de 1988 e Leis Federais da Saúde (8080 e 8142 de 1990) ao longo da década de 1990 até 2002, destacando-se o processo de transferência de responsabilidade e recursos da União para as esferas subnacionais, assim como os conflitos intergovernamentais observados nessas dimensões. Os aspectos aqui levantados refletem a forma pela qual os atores federativos lidaram, na política de saúde, com as tensões geradas, por um lado, pelas regras do federalismo fiscal vigente no país e, por outro, pelo contexto de relativa escassez de recursos para a saúde, fruto das políticas econômicas ortodoxas dos governos democráticos federais e do tímido crescimento da economia brasileira no período.

Aporte de receitas tributárias e responsabilidade sobre o gasto público em saúde

A Constituição de 1988, em seu artigo 195, dispõe sobre as fontes de receitas para a composição do OSS, responsável pelo financiamento integrado das áreas da saúde, previdência e assistência social. As receitas destinadas à Seguridade Social devem partir de tributos diretos e indiretos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, incluindo as contribuições sociais de competência da União com base no salário

(contribuições dos empregados e empregadores), no faturamento (Cofins[108] e PIS/PASEP), no lucro líquido das empresas (CSLL) e na receita de concursos e prognósticos (loterias).

Ressalta-se que nem a Constituição nem as Leis Federais da Saúde editadas em 1990 definem os montantes orçamentários da União e das esferas subnacionais que devem se destinar à área da saúde. As discussões em torno da Seguridade Social foram intensas durante o processo constituinte, quando se verificaram opiniões divergentes em relação à sua composição, abrangência, financiamento e direção (Baptista, 1998).

Algumas idéias subjacentes à proposta prevaleceram nesse debate. A primeira delas postulava que a grande variedade de receitas e a não vinculação exclusiva de fontes[109] tenderiam a evitar os efeitos das características inerentes a um tributo específico (interferência das flutuações da economia e tendência à regressividade do tributo), garantindo certa estabilidade no aporte de recursos financeiros e caráter mais eqüitativo na origem do financiamento da Seguridade. Por outro lado, defendia-se o ponto de vista de que a própria constituição de um orçamento único na União tenderia a fortalecer a área social no embate com outros setores econômicos e da política pública por maiores fatias do orçamento federal, mesmo que sua condução e a gestão dos recursos fosse repartida em três ministérios. Finalmente, afirmava-se que as necessidades de gasto definiriam a proporcionalidade de recursos orçamentários em cada área e, por isso, deveriam ser negociadas e revistas a cada ano por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Baptista (1998) ressalta a fragilidade política da Seguridade[110] que, apesar de ter sido aprovada pelos reformistas da previdência e da saúde, dirigentes do Ministério da Previdência Social e parlamentares conservadores e progressistas, foi definida em linhas gerais e imprecisas, em texto pouco resistente às mudanças que se seguiram no pós-88, principalmente no que se refere à operacionalização de seu orçamento. Em que pese a debilidade dos contornos da Seguridade Social, considera-se que o modelo de atuação do Estado desenhado para o Brasil nos anos 90 tornou a área social refém da lógica econômica e, nesse contexto, mesmo os "frágeis" preceitos constitucionais não foram respeitados.

---

[108] O Cofins é criado em 1991, substituindo o antigo Finsocial (Varsano, 1996).

[109] A única vinculação prevista foi a dos recursos do PIS/PASEP, que devem dirigir-se ao programa seguro-desemprego, ao pagamento do abono PIS/PASEP e aos empréstimos concedidos pelo BNDES às empresas (Ugá e Marques, 2005). Dados relacionados ao Orçamento da União, em 2002, demonstram que essa vinculação foi mantida (Oliveira e Rezende, 2005).

[110] Segundo Baptista (1998), essa fragilidade se expressa na pouca participação da área econômica no projeto social e de uma parcela mais ampla da sociedade no consenso que se formou em torno da Seguridade, assim como nas posturas corporativas (da previdência e da saúde) que se mostraram distantes das alianças sociais.

Assiste-se na década de 1990 ao rompimento da lógica do OSS, com tendência à especialização das fontes de financiamento da União e à utilização dos recursos para outras finalidades. Os fatores que contribuíram para essa situação já foram abordados no item anterior: a) movimentos do Governo Federal para recuperar autonomia na definição dos rumos do seu orçamento através da ampliação de receitas não partilhadas com estados e municípios; b) incorporação dos EPU como despesas obrigatórias do MS no início dos anos 90; c) vinculação das contribuições sobre a folha de salários para financiamento exclusivo da previdência social a partir de 1993; e d) destinação dos recursos do OSS para fins de manutenção do plano de estabilização econômica federal por meio de dispositivos emergenciais que começam a ser empregados em 1994.

As contribuições sociais e, principalmente, a CPMF, implantada em 1997, passam a ser os principais tributos utilizados como fontes do orçamento do MS. Segundo dados consolidados por Machado (2005), as contribuições sociais que constituíam 67,4% das fontes federais de financiamento em 1993 chegam a 81,3% em 2002, sendo a CPMF responsável 38,4% das receitas totais, a CSLL por 22,5% e a Cofins por 18,6%. Com exceção de 1999, quando os recursos ordinários do Tesouro representaram 15% das fontes, observa-se ao longo de todo o período analisado baixa participação dessas receitas[111].

A ausência das contribuições sobre as folhas de salários, a importância dos recursos apropriados da Seguridade como fontes (FSE, FEF e DRU), as dívidas contraídas junto ao FAT, as características da principal receita isolada (uma contribuição provisória que vem sendo mantida por negociações junto ao Congresso Nacional) e a substituição de outros tributos tradicionais (Cofins e CSLL) com a entrada da CPMF propiciaram a fragilidade financeira do MS na década de 1990 e diminuíram sua autonomia em relação à Fazenda no processo de planejamento e execução orçamentária. Essa situação comprometeu o fluxo de recursos da União para o financiamento descentralizado do SUS, pois favoreceu a contenção de despesas federais em saúde, desestimulando o processo de descentralização de receitas e a

[111] Não é simples analisar a participação dos diversos tributos, diretos e indiretos, no orçamento do MS, pois de 1994 a 1999, o FSE e FEF aparecem como fontes. Sabe-se que esses fundos são formados por uma grande variedade de tributos, compostos por impostos e por contribuições sociais desvinculadas da Seguridade Social. Em 2000, as dificuldades se agravam, pois a DRU não aparece como uma fonte específica, sendo incluída dentro dos recursos ordinários do Tesouro. Isso explica porque os recursos ordinários reapresentam 14,4% das receitas em 2001.

definição de montantes adequados de recursos oriundos do orçamento do MS a serem transferidos regularmente para as esferas subnacionais[112].

Da parte dos governos estaduais e municipais, a participação dos recursos próprios como fontes de receitas voltadas para o financiamento do SUS era irregular e baixa, particularmente no que diz respeito aos estados. Apresentando condições econômicas e orçamentárias díspares devido às imensas desigualdades subjacentes e às regras para apropriação das transferências constitucionais, essas instâncias destinavam valores diferenciados em função de prioridades localmente definidas, sem um acordo prévio dos recursos mínimos que deveriam vincular-se aos encargos assumidos em 1988. Estimativas indicam que, em 2000, enquanto os municípios gastavam, em média, 13% de seus orçamentos próprios em saúde, os estados despendiam cerca de 7% (Faveret, 2003).

As irregularidades do financiamento federal e as variações no aporte de receitas de origem loco-regional fizeram crescer o movimento próprio da saúde pelo estabelecimento de montantes específicos e explicitação de fontes de receitas. Assim, as mudanças operadas através da Emenda Constitucional n. 29 de 2000 (EC 29) tiveram como principal objetivo garantir a estabilidade no financiamento público da saúde, por meio da regulamentação da participação das esferas de governo no aporte de recursos.

Com efeito, já no ano de 2000, a EC 29 define para a União, a destinação do montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro imediatamente anterior, acrescido de, no mínimo 5% e para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Isso significa uma elevação de recursos federais para a saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, o que permite manter a proporção de gastos em relação ao crescimento da economia, porém de forma independente ao desempenho da arrecadação tributária.

Para os estados e municípios, os percentuais mínimos de vinculação para ações e serviços públicos de saúde são de, respectivamente, 12% e 15% da receita de impostos diretamente arrecadados e das transferências tributárias constitucionais, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências obrigatórias para os municípios.

---

[112] As repercussões das dificuldades financeiras enfrentadas pelo MS nas regras que informam a descentralização de recursos financeiros federais durante os anos 90 foram analisadas nos trabalhos desenvolvidos por Levcovitz (1997) e Lima (1999). Outros aspectos políticos que envolveram o processo de descentralização da saúde no Brasil também são destacados pelos autores, entre eles, os vários interesses políticos em jogo, a tradição do antigo INAMPS, incorporado ao MS, e as resistências dos dirigentes e da burocracia federal à perda do poder historicamente adquirido na condução do sistema de saúde e regulação dos prestadores privados credenciados.

No caso do Distrito Federal, o percentual de 12% incide sobre a base de tributos de competência estadual e aplicam-se 15% ao somatório dos tributos de competência municipal.

No primeiro ano da implantação da Emenda, as esferas subnacionais teriam que aplicar pelo menos 7% de recursos de sua base de receitas vinculadas ao financiamento da saúde, exigindo das unidades que se situavam muito abaixo desse percentual, um maior esforço financeiro inicial. De 2001 a 2004, os governos que destinassem percentuais inferiores aos estipulados deveriam elevá-los gradualmente, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano. O gradualismo contemplado na proposta teve por objetivo evitar pressões iniciais sobre as finanças dessas esferas, propiciando-lhes ajustamento gradativo para o cumprimento da nova exigência constitucional.

Destaca-se que os dispositivos da EC 29 vigorariam até a publicação de uma Lei Complementar em 2005. No final desse ano, essa Lei estava em processo de discussão e aprovação pelo Congresso Nacional, e um dos seus aspectos mais polêmicos era a alteração do critério de vinculação da União para, no mínimo, 10% de suas receitas correntes brutas[113]. Outros pontos relevantes e motivos de freqüentes dissensos, como o conceito de despesas com ações e serviços públicos em saúde[114], seguem os dispositivos da Resolução n.322 de 8 de maio de 2003 do CNS[115]. Em princípio, para as esferas subnacionais fica mantido o conceito de base vinculável de receitas próprias da EC 29 – composta pelo somatório dos impostos diretamente arrecadados, transferências constitucionais da União (FPM, FPE, IPI-Exportação, recursos da LC 87/96 e ITR) e dos estados (ICMS, IPVA, IPI-Exportação) e recursos da dívida ativa, multas e juros dos impostos vinculados - em detrimento de uma vinculação genérica sobre os orçamentos.

---

[113] A última versão do Projeto de Lei define: 1) normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde; 2) percentuais incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para aferição dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pelos estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de saúde; 3) critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados às esferas subnacionais, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais; 4) normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal (Brasil, Projeto de Lei Complementar, 2004). No entanto, as indefinições ainda presentes em relação ao seu conteúdo comprometem a análise das mudanças a serem implementadas nos próximos anos e suas implicações para o financiamento da saúde.

[114] Sobre este aspecto, destaca-se a não inclusão dos gastos com inativos e saneamento básico (salvo aqueles realizados em pequenas comunidades ou áreas indígenas à critério do CNS) como despesas em ações e serviços de saúde.

[115] Esta Resolução é fruto de amplos debates sobre a implantação da Emenda Constitucional, particularmente: (1) das discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do MS, do Ministério Público Federal (MPF), do CNS, do CONASS, do CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON; (2) dos seminários sobre a “Operacionalização da Emenda Constitucional 29”, realizados em setembro e dezembro de 2001.

Existem poucos estudos voltados para a medição da participação das diferentes fontes de receitas tributárias destinadas ao financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS. Com objetivo distinto, pois buscavam aferir a eqüidade no financiamento da saúde a partir do conceito de progressividade aplicado às diferentes fontes de recursos, Ugá e Santos (2005) desenvolveram pesquisa que envolveu, em uma das suas etapas metodológicas, o cálculo da composição tributária dos gastos públicos totais efetuados em 2002. Sem distinguir as despesas diretas da União daquelas relativas às transferências intergovernamentais para as esferas subnacionais, o estudo evidencia que 23,7% das despesas totais em saúde são financiadas pela CPMF, 21,6% pelo ICMS (arrecadado e transferido para os municípios), cerca de 16% com receitas do IR e 4% do IPI (arrecadados pela União e transferidos aos municípios e estados através do FPM e FPE)[116].

No trabalho empírico desenvolvido nesta tese, procurou-se verificar qual a composição das receitas disponíveis nos orçamentos das esferas subnacionais informados através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) em 2002. Os achados sugerem uma complexa relação de interdependência fiscal das diferentes esferas de governo no que diz respeito ao financiamento descentralizado do SUS, que envolve a obtenção, em proporções diferenciadas, de recursos setoriais exclusivos e recursos que são vinculados em parte à saúde durante a execução das despesas orçamentárias. Frente aos problemas relativos às receitas de origem federal, que se mantiveram no início dos anos 2000 e considerando a vinculação estipulada pela EC 29, não é de surpreender a relevância das fontes de recursos próprios dos estados e municípios para o financiamento descentralizado do SUS.

Nos governos estaduais do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, a principal fonte de recursos vinculada à saúde em 2002 é o ICMS, sendo o FPE mais significativo para o Norte e Nordeste. As transferências federais do SUS, originárias do orçamento do MS, se destacam nos estados do Sul e Nordeste.

Entre os municípios, a composição dos recursos vinculados à saúde varia em função da sua localização e porte populacional. Independentemente da região, o FPM é a principal fonte de receita vinculada à saúde, sendo a segunda fonte mais importante o ICMS, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e os recursos transferidos do FNS, nas regiões Norte e

[116] Segundo Ugá e Santos (2005), essa distribuição aponta para ligeira regressividade do financiamento do sistema de saúde brasileiro, que penaliza mais que proporcionalmente as pessoas de baixa renda, em função das características da CPMF, do ICMS e do IPI e da baixa participação do IR no financiamento setorial.

Nordeste. Nos municípios com até 50 mil habitantes, o FPM é a fonte mais relevante para o financiamento descentralizado do SUS; nos municípios com população maior que 50 mil e menor que 100 mil habitantes, a importância da devolução tributária de tributos estaduais (ICMS) é mais significativa; nos grandes (população maior que 100 mil habitantes) e nas capitais, as transferências destinadas exclusivamente à saúde superam as demais fontes vinculadas à saúde.

O contexto e as mudanças nas regras institucionais observadas também influenciam a divisão de responsabilidade sobre o gasto público em saúde entre as três esferas de governo. Machado (2005) aponta para uma diminuição relativa do peso dos recursos de origem federal, que passam de mais de 70% em 1992 para 53% em 2002. Verifica-se, no mesmo período, um aumento de sete pontos percentuais na participação dos estados (de 15% para 22%) e de doze pontos percentuais na participação municipal (de 13% para 25%).

A responsabilidade sobre o gasto público em saúde é calculada levando-se em consideração a origem das receitas e não a esfera que realiza as despesas após as transferências intergovernamentais do SUS. O processo de descentralização tributária no pós-88 propiciou maior disponibilidade de receitas nas esferas subnacionais e pode, pelo menos em tese, explicar a retração da participação da União no gasto público em saúde. No entanto, a recuperação da capacidade arrecadatória do governo central por meio das contribuições sociais sugere que o deslocamento da responsabilidade sobre o gasto não tem sido acompanhado por uma estratégia de cooperação financeira mais virtuosa.

Em relação à avaliação da implantação dos dispositivos da EC 29 pelos municípios e estados no início dos anos 2000, relatórios de acompanhamento do cumprimento da EC 29 a partir do SIOPS, divulgados na página do DATASUS[117] evidenciam que, em 2001, dezessete estados e o DF descumpriram a EC 29. A região Norte foi a que teve melhor desempenho de seus estados, sendo o AP o único que deixou de aplicar o estipulado em saúde. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, nenhum estado cumpriu as determinações da EC 29. Em 2002, o número de UF inadimplentes em relação à EC 29 reduz para dezesseis (incluindo o DF), sendo mantido o bom desempenho dos estados do Norte.

A adesão dos municípios aos dispositivos da EC 29 tem sido mais significativa e segue a tendência da elevação dos gastos em saúde dessas esferas, observada desde o final dos anos 90. Em 2001, 63% dos municípios gastavam o percentual mínimo de receitas próprias

[117] Dados disponíveis em http://siops.datasus.gov.br/acompanhamento_EC29.htm, acesso em 05/2006.

estipulado para a saúde e, em 2002, essa proporção atinge 74%. Neste ano, RR é o estado onde se situa a menor proporção de municípios que cumpriram a EC 29 (26,7%) e SP, a maior (92%).

Se os resultados parecem animadores, Ugá e Marques (2005) alertam que, a despeito da existência de parâmetros previamente acordados, muitas UF e municípios incluíram como gastos em saúde despesas indevidas (merenda escolar, alimentação de presos, saneamento e inativos) e adotaram os valores mínimos estipulados como os percentuais a serem efetivamente aplicados, mesmo que as necessidades exigissem gastos maiores. Como observam as autoras, *"tal como no plano macroeconômico, a descentralização da saúde subordinou-se à lógica do econômico-contábil"*, informada pelos secretários de finanças dessas instâncias (Ugá e Marques, 2005).

Em suma, os movimentos em prol da estabilidade do financiamento do SUS voltaram-se para a definição de parcelas e fontes de receitas próprias nos orçamentos subnacionais e para regularização dos recursos no orçamento do MS. Se é verdade que a participação das esferas subnacionais precisava ser ampliada (e os dados indicam que foram) e as receitas federais asseguradas, ainda há muito por fazer. Os patamares de gasto público em saúde no Brasil, como somatório dos três níveis de governo, são relativamente baixos, ainda mais se levarmos em consideração as necessidades de saúde da população, o grau de heterogeneidade da federação e o modelo de sistema de saúde pretendido.

Dados obtidos a partir da publicação "*The World Heath Report*" de 2005 (WHO, 2005) refletem uma situação brasileira bastante desfavorável, se comparada a outros países federativos. A Tabela 3.1 mostra que, em 2002, excetuando-se a Venezuela, os indicadores de gasto no Brasil foram piores do que as demais federações da América Latina (Argentina e México), países que possuem modelos de sistemas de saúde distintos do brasileiro e que são pautados em um regime de financiamento público predominantemente contributivo (folha de salários) e de acesso mais restrito.

Por outro lado, o Brasil possui um gasto público *per capita* que representa cerca de 6% do gasto apresentado no mesmo ano pelo Canadá, país da OCDE que possui um sistema de saúde universal já consolidado, cujo financiamento provém majoritariamente de impostos gerais, e 4% do verificado nos EUA, cujo sistema público se volta para clientelas específicas, como a população de baixa renda e idosos (*Medicaid* e *Medicare*).

A proporção do gasto público em saúde em relação ao gasto total também surpreende, vez que é bastante semelhante à situação norte-americana considerada exemplo do modelo

liberal. É sabido que o gasto direto das famílias (principalmente em medicamentos) e com planos de saúde responde à maior parte das despesas privadas, que superam em termos *per capita* aquelas financiadas mediante o recolhimento de tributos.

Tabela 3.1 Indicadores de gasto em saúde em países federativos selecionados, 2002

Países	Gasto total *per capita* (US$) (1)	Gasto total (%PIB)	Gasto público *per capita* (US$)(1)	% Gasto público(2)	% Gasto privado(3)
Brasil	206	7,9	95	45,9	54,1
Argentina	238	8,9	119	50,2	49,8
México	379	6,1	170	44,9	55,1
Venezuela	184	4,9	86	46,9	53,1
Austrália	1.995	9,5	1.355	67,9	32,1
Canadá	2.222	9,6	1.553	69,9	30,1
EUA	5.274	14,6	2.368	44,9	55,1
Alemanha	2.631	10,9	2.065	78,5	21,5
Espanha	1192	7,6	850	71,3	28,7

Fonte: World Health Organization. The World Heath Report 2005. Elaboração própria.
(1) Taxa média de câmbio (US$)
(2) Proporção do gasto público em saúde em relação ao gasto total em saúde
(3) Proporção do gasto privado em saúde em relação ao gasto total em saúde

Se as comparações internacionais dão margem a dúvidas devido às metodologias de cálculo utilizadas, é preciso analisar se podemos garantir os princípios que regem o SUS com o volume atual de despesa pública em saúde. Mattos e Costa (2003), ao ponderarem sobre a temática do financiamento do SUS, defendem que os gastos públicos em saúde no Brasil são insuficientes para cobrir as necessidades de saúde da população e apontam alguns exemplos que sustentam sua tese. Entre eles, o fato de que, em 2000, cerca de 78 mil brasileiros morreram sem assistência médica, sendo que na Região Norte, por exemplo, esses óbitos corresponderam a 22% dos ocorridos neste ano[118].

Ao que tudo indica, o aumento dos gastos em saúde está condicionado a uma série de variáveis que se relacionam diretamente à regulamentação da saúde e que ultrapassam seu conteúdo específico. Pelo lado das esferas subnacionais, o incremento dos recursos depende não só de seu próprio esforço fiscal, mas também da variação da receita originária dos tributos partilhados (IR, IPI e ICMS) e das regras que interferem na sua obtenção (dos Fundos de Participação e da cota-parte estadual). No caso dos estados, é preciso romper com o ciclo vicioso de endividamento que corrompe suas receitas fiscais. Pelo lado da União, para que os

[118] Os autores sugerem como uma das razões para os baixos patamares de gastos, a utilização de parâmetros calculados a partir de séries históricas de produção e faturamento para definição do montante de recursos federais voltados para o financiamento descentralizado do SUS, que tende a preservar o padrão de oferta de serviços vigente e mantém a demanda reprimida (Mattos e Costa, 2003).

aportes de recursos sejam satisfatórios, seu comprometimento deve ser maior, de forma a garantir, através das transferências intergovernamentais do SUS, a superação das desigualdades no financiamento e níveis adequados de receitas disponíveis nos âmbitos municipal e estadual. Nesse sentido, resgatar as fontes de receitas previstas no OSS e sua destinação exclusiva para o financiamento da área social é fundamental.

Transferências intergovernamentais do SUS e autonomia para utilização das receitas exclusivas da saúde

Em relação às modalidades de transferência de recursos federais para estados, Distrito Federal[119] e municípios, a legislação nacional da saúde estabelece as transferências regulares e automáticas desses recursos, isto é, que eles devem ser mobilizados por mecanismos de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e, principalmente, aos Fundos Municipais de Saúde (FMS), a partir de critérios definidos em Lei.

A Lei Federal 8080 de setembro de 1990 (também denominada Lei Orgânica da Saúde - LOS), em seu artigo 35, define as variáveis consideradas no cálculo dos montantes a serem repassados: perfil demográfico da região e epidemiológico da população; características da rede de serviços de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais; previsão de investimentos; ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo. Além disso, metade dos recursos destinados às esferas subnacionais deve ser distribuída segundo parâmetro *per capita*.

A Lei 8080 também aponta a necessidade de abertura de conta especial para o recebimento das transferências, cuja movimentação é objeto de fiscalização pelo respectivo Conselho de Saúde. Ao MS, cabe acompanhar, através de seu sistema de auditoria, a aplicação dos recursos, bem como adotar as medidas previstas em caso de desvios e não utilização dos recursos.

A LOS foi desconfigurada por 25 vetos efetuados pelo Presidente Collor, logo após a sua aprovação pelo Congresso Nacional, prejudicando, entre outros, os itens relativos aos mecanismos de transferência de recursos federais para as instâncias subnacionais de governo. Assim, as transferências intergovernamentais são objeto de nova regulamentação - a Lei 8142 publicada em dezembro de 1990 - que resgata e enfatiza seu caráter regular e automático.

A Lei 8142 estipula como único critério a ser seguido, na falta de regulamentação do artigo 35 da Lei 8080, *"o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio"*. Os recursos transferidos podem ser utilizados de forma ampla pelos gestores subnacionais - em investimentos na rede de serviços, na cobertura assistencial e hospitalar e nas demais ações e serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade. Os condicionantes para as transferências também foram dispostos na Lei: estabelecimento dos Fundos de Saúde (FES e FMS) e Conselhos de Saúde (CES e CMS); elaboração de Plano de Saúde; existência de contrapartida de recursos no respectivo orçamento receptor; e constituição de uma comissão para elaborar um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Além disso, o privilegiamento dos municípios fica claro, pois há previsão de que pelo menos 70% dos recursos transferidos sejam destinados às jurisdições locais.

Fica claro pelos dispositivos legais que havia a intenção de propiciar à União formas para distribuição geográfica eqüitativa, que garantissem maior equilíbrio horizontal do poder de gasto em saúde entre as esferas subnacionais, sem comprometer o funcionamento da rede de serviços e a especialização de alguns municípios como centros de referência. Por outro lado, a aplicação de alguns critérios serve mais como incentivos federais à assunção dos novos encargos pelas esferas subnacionais e seu comprometimento financeiro.

Em respeito à autonomia e a diversidade dos demais entes federativos, a utilização final dos recursos federais pode atender a finalidades diversas da política de saúde, embora os condicionantes para seu recebimento sejam restritos e relacionados às exigências para a transferência automática, gestão e fiscalização dos recursos, tais como os Fundos e Conselhos de Saúde. No entanto, cabe explicitar também as fragilidades dessas Leis, pois não conseguem explicitar os montantes a transferir, nem precisar a forma da composição dos critérios a utilizar nos fluxos do nível nacional para os subnacionais[120] e entre as instâncias do mesmo nível de governo. A cooperação financeira dos estados aos municípios é estabelecida de modo vago como também não ficam claros os dispositivos que podem ser utilizados no caso de estabelecimento de consórcios.

Na prática, a força do Poder Executivo central (o MS) prevaleceu na formulação das regras para o financiamento descentralizado do SUS e a publicação de milhares de portarias

---

[119] O Distrito Federal, por suas características específicas, está sujeito às mesmas regras das transferências federais de recursos a quais os estados estão submetidos.

federais no período de vigência do SUS, entre elas as normas operacionais (NO) do SUS, acabou por alterar o padrão original de transferência federal proposto na legislação[121].

Entre as mudanças verificadas destacam-se:

1- contenção e retardamento dos mecanismos de caráter automático por meio de transferências "fundo a fundo", associado a um tipo de descentralização fortemente controlada pelo MS[122];
2- mudança da idéia original de repasses globais não fragmentados (tipo *"block grants"*) para mecanismos distintos de transferências, segundo nível da atenção à saúde, tipo de serviço ou programa (tipo *"project grants"*)[123];
3- a inclusão de novos critérios e condicionantes para o recebimento e aplicação dos recursos; e
4- a manutenção das formas de remuneração direta do MS por serviços prestados, em unidades privadas credenciadas ao SUS ou administradas pelos governos municipais e estaduais.

As NO são instrumentos de regulação do processo de descentralização da política de saúde utilizados pelo gestor federal e tratam dos aspectos relativos à divisão de responsabilidades e funções sobre o sistema de saúde, atrelando-os a mecanismos de remuneração direta por prestação de serviços e transferência automática de recursos federais. Na repartição de responsabilidades e funções entre os gestores são priorizados o planejamento, a execução, o controle, avaliação e auditoria das diversas das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

As normas e o conjunto de portarias que as complementam[124] definem as formas para o repasse de recursos federais, assim como os critérios utilizados no cálculo das transferências e

---

[120] Sobre esse aspecto, Campos (2001) relata as dificuldades técnicas encontradas para tradução do conjunto de critérios legais em parâmetros concretos.

[121] Baptista (2003) analisa a relação entre o Poder Executivo e Legislativo na área da saúde através de sua produção normativa e enfatiza a importância dos aspectos relacionados ao financiamento descentralizado do SUS como objeto das portarias ministeriais publicadas nos anos 90. Na verdade, não só as NO, mas também outras milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do MS e demais entidades federais (FUNASA, ANVISA, entre outros) estão associadas a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços, constituindo a principal base de regulação da descentralização do sistema pelo poder central (Machado, 2002).

[122] Para Machado (2005), no período de 1990 a 2002, o ritmo e os modelos de descentralização adotados na política de saúde variaram em função das mudanças na condução centralizada do MS.

[123] Esse aspecto é enfatizado por Faveret (2002), Ugá *et al.* (2003) e Machado (2005).

[124] Embora reconhecendo que os recursos voltados para o financiamento de determinadas áreas (como a vigilância epidemiológica e a sanitária) e alguns incentivos financeiros criados no período (como o FAEC) tenham seguido uma regulamentação própria, a divisão das responsabilidades gestoras sobre o sistema de saúde

os condicionantes para seu recebimento. Portanto, os elementos que distinguem o financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS verificados durante a década de 1990 até 2002 estão intimamente associados à vigência efetiva dos dispositivos dessas portarias. Em relação aos mecanismos para transferência de recursos estaduais, interestaduais e intermunicipais, não existe uma regulamentação nacional que auxilie a definição desses fluxos, o que dificulta a conformação de sistemas que transcendam os territórios político-administrativos dessas instâncias e a organização dos sistemas de referência.

Seis normas operacionais foram publicadas até o início dos anos 2000: as NO básicas de 1991 e 1992, similar à anterior (NOB 01/91 e NOB 01/92), a de 1993 (NOB 01/93) e de 1996 (NOB 01/96) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, nas versões 2001 e 2002 (NOAS 01/01 e NOAS 01/02). Apresentando caráter transitório, essas normas foram sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si, mas também aspectos de similaridade[125] .

O Quadro 3.1 procura sistematizar as inflexões relativas aos mecanismos de financiamento federal das ações e serviços do SUS no período de estudo. Estão explicitadas somente as formas efetivamente implantadas, tendo em vista que muitos dos dispositivos previstos nas portarias nunca chegaram a vigorar[126].

---

previstas nas NO do SUS foi, em geral, respeitada. Por isso, neste estudo, elas são relacionadas como complementos das normas vigentes e analisadas de forma conjunta.

[125] A análise das normas operacionais do SUS foi feita pela autora em sua dissertação de mestrado e em dois artigos posteriormente publicados em co-autoria com Levcovitz e Machado (Levcovitz *et al.*, 2001) e Viana e Oliveira (Viana *et al.*, 2002 a). Entre as diferenças destacam-se o contexto em que foram formuladas, a intensidade do processo de negociação e os atores envolvidos em sua elaboração, seu conteúdo normativo, grau de implantação, resultados para o processo de descentralização e relações intergestores. Entre as similaridades, ressalta-se a tentativa de recuperar, em cada norma publicada, soluções para tensões não resolvidas em relação à regionalização e hierarquização dos serviços do SUS, ao modelo de atenção à saúde e ao financiamento.

[126] Para uma análise aprofundada dos dispositivos propostos e dos efetivamente implantados pelas normas do SUS publicadas na década de 1990, consultar trabalho anterior da autora (Lima, 1999). Entre os dispositivos não implantados destacam-se, entre outros, os incentivos vinculados à assinatura dos "convênios de municipalização" (NOB 01/91 e 01/92), os incentivos à descentralização (NOB 01/93), os incentivos à obtenção de resultados (NOB 01/96). Em relação à NOAS destaca-se a não implantação da transferência *per capita* relacionada aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico atrelados aos programas de atenção básica.

Quadro 3.1 Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS no período de 1990 a 2002

Período	NO em vigor	Mecanismos utilizados para o repasse de recursos às esferas subnacionais		Critérios para definição dos montantes a serem repassados	Condicionantes para o recebimento dos recursos
		Remuneração por serviços prestados	Transferências intergovernamentais		
1990 a 1994	NOB 01/91 e 01/92	Única forma utilizada	Não implementado	Limites máximos definidos em tetos financeiros para a área ambulatorial (UCA estratificada por estado e multiplicada pela população) e hospitalar (quota máxima em número de AIH)	Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS)
1994 a 1998	NOB 01/93	Forma preponderante	Transferências em bloco (*"block grants"*)	Tetos financeiros e montantes globais baseados na série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS) Transferências globais: adesão voluntária e habilitação nas condições de gestão do SUS
1998 a 2002	NOB 01/96 e NOAS (2001 e 2002)	Forma residual	Transferências segmentadas em várias parcelas (*"project grants"*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas Criação de incentivos financeiros para áreas estratégicas (FAEC)	Parcelamentos dos tetos financeiros por níveis de atenção, tipos de serviços e áreas (assistência, vigilância epidemiológica e sanitária) e dos montantes transferidos segundo critérios diversos (série histórica de produção informada pelos sistemas SIA e SIH-SUS e sistema APAC, população, cobertura de programas, entre outros) Repasses de recurso para áreas estratégicas sem critérios explícitos (geralmente "sobras de tetos")	Serviços prestados: capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS e APAC) Transferências: adesão voluntária às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas, habilitação nas condições de gestão do SUS, certificação/habilitação em programas específicos

Fonte: Elaboração própria.

Algumas observações gerais podem ser feitas a partir da análise dos elementos contidos no quadro. O repasse de recursos feito às esferas subnacionais, durante quase quatro anos, se ateve à remuneração por serviços prestados nas unidades públicas municipais e estaduais, respeitando-se os tetos financeiros fixados, foi a forma predominantemente utilizada pela União (mais do que 50% dos recursos executados) até o final de 1998, permanecendo como importante mecanismo de financiamento federal no final de 2002 (cerca de 30% dos recursos federais executados). Além de desrespeitar o preceito legal, esse mecanismo trouxe sérios prejuízos à gestão local.

A rigor, o repasse ao prestador não pode ser considerado como transferência intergovernamental de tributos com fins setoriais, mesmo incluindo depósitos efetuados nos FMS e FES para custeio dos serviços prestados nas unidades públicas de saúde. Nesse caso, os recursos recebidos em contas específicas são considerados receitas provenientes da União,

mediante a contraprestação de serviços. Ademais, reduz os entes governamentais a prestadores de servidos, equiparando-os às unidades privadas credenciadas ao SUS. O teto financeiro fixado informa o limite máximo de recursos que pode ser creditado tanto nas contas dos prestadores como das esferas subnacionais, dependendo do volume e valor da produção ambulatorial e hospitalar informada no SIA e SIH-SUS.

O modelo de remuneração por prestação de serviços induz a atividades de assistência médica, em detrimento de ações voltadas para a saúde coletiva, sem respaldo nas necessidades de saúde da população e preocupação com o controle de qualidade das atividades desenvolvidas (Carvalho *et al.*, 1993). Prejudica ainda a eqüidade no financiamento em saúde, pois os estados e municípios com capacidade previamente instalada e melhores condições econômicas são os mais favorecidos. Por último, dificulta a previsão das receitas orçamentárias destinadas à saúde, pois o ingresso de recursos pode variar em função da produção efetivamente aprovada para pagamento. Ressalta-se que somente na década de 2000 a maioria do municípios passam a contar com tetos financeiros próprios definidos para o conjunto de unidades situadas em seus territórios político-administrativo, o que aumenta a possibilidade de programação e distribuição dos recursos nos limites dessas jurisdições.

As transferências intergovernamentais só começam a ocorrer em novembro de 1994 para vinte e quatro municípios, sofrendo expansão gradativa até atingir cerca de 70% dos recursos federais totais executados para o custeio do SUS em dezembro de 2002. Nesse ano, as transferências atingem 5538 municípios, 16 estados e o DF (Quadro 3.2).

Quadro 3.2 Evolução da descentralização dos recursos federais do SUS para as esferas subnacionais de governo de 1994 a 2002 (situação no mês de dezembro de cada ano)

Indicador/ano	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/2000	Dez/2001	Dez/2002
N. de municípios recebendo transferências intergovernamentais	24	56	137	144	5049	5350	5450	5516	5538
N. de estados recebendo transferências intergovernamentais	0	0	0	0	2	7	8	12	16
% de recursos federais para o custeio do SUS transferido para as esferas subnacionais	6,1%	12,5%	22,9%	24,0%	53,6%	54,1%	61,0%	66,7%	69,2%

Fonte: De 1994 a 1998, dados consolidados por Eduardo Levcovitz a partir da SAS/SPS/MS. Dados de habilitação obtidos da SAS/SPS/MS no período de 1999 a 2001 e conforme informações do SIOPS em 2002. Dados dos recursos transferidos de 1999 a 2002 obtidos do DATASUS/MS (disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/recsus/rsmap.htm em 11/2004). Elaboração própria.

À medida que as transferências intergovernamentais tornam-se regulares para um número maior de municípios e estados e cresce sua importância como forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, os recursos transferidos são parcelados (por níveis de atenção, áreas e tipos de serviços) e novos critérios para sua distribuição e apropriação pelas esferas subnacionais são incorporados. As alterações tiveram como principal objetivo fortalecer o papel de indução e coordenação do MS sobre o processo de descentralização, garantindo-lhe poder para distribuir os recursos segundo suas prioridades.

No entanto, a intensa fragmentação e restrições no uso de recursos, que se vinculam a programas e ações específicas, acabou por comprometer a autonomia dos gestores subnacionais, sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto. Se a prática de vinculação de recursos federais a políticas e ações definidas nacionalmente apresenta forte poder indutor nos âmbitos estadual e municipal, também suscita polêmica no que diz respeito à delimitação do poder do MS *versus* o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local (Carvalho, 2001).

Observa-se, de novembro de 1994 a janeiro de 1998, que as transferências são calculadas a partir da série histórica de produção e faturamento ambulatorial e hospitalar e efetuadas "em bloco" para cento e quarenta e quatro municípios habilitados na condição de gestão mais avançada prevista na NOB 01/93 (condição de gestão semiplena)[127]. Os montantes transferidos de forma regular (sem variações mensais) para esses municípios respeitam os acordos de repartição do teto financeiro do respectivo estado no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB)[128]. Nessa época, não existem restrições para alocação desses recursos no âmbito municipal, por outro lado, a influência da oferta pré-existente no único critério utilizado para cálculo dos montantes transferidos[129] acaba limitando as possibilidades de sua redistribuição pelo MS.

---

[127] As condições de gestão do SUS foram primeiramente estabelecidas pela NO 01/193 (Brasil, MS, 1993) e permitem a hierarquização dos municípios e estados, segundo a capacidade administrativa de suas respectivas secretarias municipais e estaduais de saúde. O processo de habilitação envolve a formulação de um pleito à CIB (no caso dos municípios) ou à CIT (no caso dos estados). O julgamento do processo é muito variável, obedecendo a critérios técnicos e políticos e envolve a verificação de um conjunto de requisitos mais ou menos burocratizados. Em última instância, como as normas definem os critérios para o recebimento de montantes fixos "fundo a fundo" atrelado a condições de gestão específicas, elas representam diferentes possibilidades de recebimento de recursos e graus variados de autonomia de gestão financeira de estados e municípios.

[128] Para discussão sobre a formação, composição e funções desempenhadas pelas instâncias de negociação e deliberação do SUS que envolvem a participação de representantes dos diferentes níveis de governo e da sociedade civil organizada, consultar trabalho da autora desenvolvido em conjunto com Noronha e Machado (Noronha *et al.*, 2004).

[129] Assinala-se que, embora a série histórica de produção tenha sido utilizada como principal parâmetro para a definição dos montantes a serem destinados aos municípios habilitados na condição de gestão semiplena da NOB

Até o final de 2002, na vigência simultânea da NOB 01/96 (Brasil, MS, 1997) e da NOAS 01/2002 (Brasil, MS, SAS, DDGA, 2002), consolida-se um modelo diversificado de transferências federais. Neste ano, verifica-se a transferência de montantes fixos e regulares de recursos que são depositados nas contas das esferas subnacionais independente do quantitativo de ações e serviços produzidos ("mecanismos de transferência pré-produção") e recursos que variam mensalmente de acordo com a informação da produção ("mecanismos de transferência pós-produção").

Podemos diferenciar as transferência previstas em quatro formas básicas ou grandes grupos de atividades:

1. transferências efetuadas principalmente para os municípios habilitados em condições de gestão específicas nas NO vigentes (plena da atenção básica – GPAB- ou plena da atenção básica ampliada)[130], associadas ao financiamento de um conjunto de ações e serviços de atenção básica, cujos montantes fixos são calculados segundo critério *per capita*. Nessa modalidade, incluem-se o Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo), implantado em fevereiro de 1998, que varia entre R$ 10,00 a R$ 18,00 reais *per capita*/ano e, a partir de 2002, o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB ampliado), que ampliou para R$ 12,00 reais *per capita/*ano os recursos do PAB fixo nos municípios habilitados que não atingissem esse valor[131]. Esses recursos são transferidos independentemente da informação da produção e podem ser utilizados para fins de custeio e investimentos na rede básica (Brasil, Portaria no 3925 de 13 de novembro de 1998);
2. transferências efetuadas para municípios e estados habilitados nas condições de gestão mais avançadas nas NO vigentes (plena do sistema municipal – GPSM- e plena do sistema estadual - GPSE[132]), cujos montantes fixos, definidos nos respectivos tetos financeiros[133], estão associados ao financiamento de um conjunto de ações de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo transferidos independentemente da variação dos serviços prestados. Os valores das transferências para os municípios são estabelecidos através da

---

01/93, a própria negociação envolvendo o processo de habilitação favoreceu a incorporação de outros critérios como incentivos no âmbito das CIB.

[130] Os estados podem receber os recursos do PAB nos raros casos em que os municípios não habilitados situarem-se em estados habilitados em alguma condição de gestão.

[131] A NOAS estipula um mecanismo diferenciado para o custeio do primeiro nível de referência intermunicipal da média complexidade fixado em R$ 6,00 *per capita*/ano. No entanto, esse mecanismo não foi implantado.

[132] Em dezembro de 2002, 10% dos municípios brasileiros estavam habilitados e 13 estados estavam habilitados em GPSE, segundo os critérios estabelecidos na NOB 01/96 e NOAS 01/02.

[133] Neste caso, os tetos financeiros não representam limites para autorização de despesas federais e, sim, montantes globais que definem transferências parceladas por áreas e tipos de serviços.

Programação Pactuada e Integrada (PPI), que "reparte" o teto de cada estado e permite a explicitação da parcela de recursos destinada ao ressarcimento de atendimentos prestados a outros municípios[134]. A PPI define os parâmetros utilizados a partir da série histórica de produção ambulatorial e hospitalar informada, a metodologia empregada e os montantes municipais submetem-se à negociação e à aprovação das CIB. Os montantes estaduais referem-se aos saldos apurados entre os tetos dos estados e as transferências para os municípios habilitados em GPSM. Por sua vez, os tetos estaduais obedecem a critérios diversos adotados pelo próprio MS. Os recursos transferidos nessa modalidade devem ser alocados para custeio da rede própria e credenciada ao SUS;

3. transferências de recursos cujos montantes obedecem a critérios variados e estão atrelados à implantação e expansão de políticas prioritárias para o MS: a) ações e serviços voltados para a atenção básica financiados através do PAB variável, como o programa de saúde da família (PSF), o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), a farmácia básica, as ações de epidemiologia e controle de doenças (ECD), as ações básicas de vigilância sanitária (VISA), as ações de combate à carência nutricional, o programa de saúde bucal, o programa de interiorização do trabalho em saúde e de atenção aos povos indígenas; b) atividades especializadas financiadas como "outros programas" tais como as ações de alta e média complexidade de VISA, aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais, fator de incentivo ao desenvolvimento e pesquisa universitária (FIDEPS)[135]. Os recursos do PAB variável são, em geral, transferidos para os municípios na forma de montantes fixos após certificação/habilitação no referido programa e segundo as regras estabelecidas em portarias ministeriais específicas[136]. Já os recursos atrelados a "outros programas" são repassados de forma importante também para os estados, exigindo certificação e, na sua maioria, condicionados à informação da prestação de serviços. Todos os recursos aqui relacionados vinculam-se às ações previstas nos programas;
4. transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), voltados para grupos prioritários, ações e serviços considerados estratégicos e realização de campanhas. O FAEC também possui regras específicas para cada um de seus sub-componentes,

[134] A NOAS define como município-pólo aquele capaz de oferecer para uma população de referência maior do que aquela que reside em seu território político-administrativo um conjunto de serviços de média e/ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar, incluindo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, MS, SAS, DDGA, 2002).

[135] O FIDEPS serve como instrumento de compensação financeira a unidades que atuam com custos hospitalares diferenciados. Esses recursos também são transferidos "fundo a fundo" e são regulados por portarias específicas.

podendo ser transferido tanto para os municípios como para os estados. Em geral, não se constitui como um montante fixo e é repassado "fundo a fundo" após certificação do serviço e informação da produção.

Para cada grande grupo de transferência de recursos federais existe um número elevado de parcelas e tipos específicos empregados. Machado (2005) mostra que, em 2002, 75 modalidades diferentes eram utilizadas para transferir recursos da União. A maior fragmentação pode ser observada nas ações estratégicas financiadas pelo FAEC e nos programas voltados para a atenção básica financiados pelo PAB variável.

A Tabela 3.2 abaixo mostra a evolução dos mecanismos de financiamento federal das ações e serviços do SUS de 1998 a 2002. Observa-se uma nítida tendência ao aumento de importância dos fluxos de recursos que são objeto de regulação intensa do nível central (PAB variável e ações estratégicas)[137]. A elevação da participação das transferências de alta e média complexidade em detrimento da remuneração direta por prestação de serviços deve-se à habilitação progressiva dos governos nas condições de gestão mais avançadas do SUS. É interessante observar que essa modificação significa incremento de receitas substantivo para entes habilitados, pois todo o recurso creditado diretamente na conta dos prestadores privados pelo MS transforma-se em ingresso orçamentário. Se é verdade que, na sua maioria, esses montantes já estão comprometidos com o custeio da rede, o poder regulatório das esferas subnacionais sobre a rede privada aumenta[138].

---

[136] Entre outras portarias publicadas, a e n.1329, de 12 de novembro de 1999, estabelece o critério de faixas de cobertura populacional das equipes de saúde da família para distribuição dos recursos do PSF aos municípios.

[137] Ressalta-se que os recursos atrelados a "outros programas" do MS financiados por mecanismos "fundo a fundo" são computados como transferências de alta e média complexidade.

[138] A regulação sobre a rede privada credenciada do SUS, que envolve a programação de despesa e a autorização de pagamento por serviços prestados, não é uma questão trivial para o financiamento da saúde. Os dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) realizada pelo IBGE indicam que 65% das unidades com internação no SUS em 2002 são de natureza privada e que a participação dos prestadores privados na oferta de serviços de alta e média complexidade ambulatorial é preponderante. Dado o peso ainda expressivo dessa rede, os montantes empregados são significativos e induzem a disputas freqüentes entre os diferentes níveis gestores. Para um estudo detalhado do papel da rede privada credenciada ao SUS e suas implicações para o financiamento consultar o excelente trabalho de Pereira (2004).

Tabela 3.2 Participação percentual dos recursos federais do SUS segundo grupos de despesa no período de 1997 a 2002

Grupo de despesa	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Remuneração por serviços produzidos	**71,3**	**55,3**	**45,9**	**39,0**	**33,3**	**30,8**
Transferências de alta e média complexidade	**28,7**	**29,0**	**32,8**	**36,4**	**40,6**	**40,0**
Transferências de atenção básica	**-**	**15,7**	**21,3**	**24,6**	**25,1**	**25,4**
PAB fixo e PAB ampliado	*-*	*13,3*	*15,5*	*14,0*	*12,2*	*11,3*
PAB variável	*-*	*2,4*	*5,8*	*10,6*	*12,9*	*14,1*
Transferências de ações estratégicas (FAEC)	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,9**	**3,9**
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: Dados dos recursos transferidos obtidos do DATASUS/MS (disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/recsus/rsmap.htm em 11/2004). Elaboração própria.

Cabe tecer alguns comentários sobre as formas acima descritas. As diversas modalidades de transferência de recursos federais estão submetidas às regras definidas pela legislação federal da saúde – existência de Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Fundo de Saúde - e em portarias ministeriais específicas – habilitação nas condições de gestão previstas nas NO, certificação nos programas, certificação do serviço, informação da produção para fins de faturamento, entre outras. Ressalta-se que as instâncias de representação, negociação e gestão intergovernamental do SUS (CIT, CIB, CONASS, CONASEMS e COSEMS) têm exercido um importante papel na formação de acordos e aprovação final dos mecanismos vigentes, o que amplia o espaço de participação dos executivos subnacionais sobre as regras nacionais e sua adaptação no âmbito estadual[139].

Particularmente, as principais funções desempenhadas pelas Comissões Intergestores, com impacto sobre o financiamento federal da política de saúde, podem ser assim resumidas: a) a CIT foi de fundamental importância no processo de elaboração das NO do SUS publicadas até 2002, tem propiciado a discussão sobre as regras que informam as transferências federais do SUS, é responsável pela avaliação dos pleitos e habilitação dos estados nas condições de gestão, e julgamento final sobre conflitos e decisões tomadas no âmbito das CIB; b) as CIB são responsáveis pela adaptação das regras nacionais às realidades loco-regionais, pela avaliação dos pleitos, habilitação e certificação dos municípios nas

[139] Alguns trabalhos indicam que a pauta de discussão das Comissões Intergestores do SUS, no âmbito nacional (CIT) e estadual (CIB), foram tomadas pela temática do financiamento federal do SUS (Lima, 2001; Campos, 2001; Lucchese *et al.*, 2003), sendo que as instâncias envolvidas (CIT, CONASS, CONASEMS, CNS) e o tempo de discussão e deliberação final dos mecanismos de financiamento empregados foram gradativamente ampliados (Levcovitz *et al.*, 2001).

condições de gestão previstas nas NO vigentes e nos programas do MS, pela aprovação final da PPI e dos tetos financeiros dos municípios.

Considerando os dispositivos legais e normativos do SUS que dão certa garantia aos fluxos financeiros, admite-se que todas as formas descritas podem ser interrompidas e seus montantes substantivamente alterados, uma vez que se subordinam a uma série de variáveis, tais como as revisões periódicas dos tetos financeiros, as alterações freqüentes das portarias publicadas pelo MS e as negociações e acordos políticos firmados em uma conjuntura específica. Essas variáveis incidem tanto sobre os critérios para cálculo dos valores repassados quanto sobre os requisitos para sua apropriação e uso.

Na classificação proposta por Prado (2003 a), as transferências intergovernamentais em relação ao orçamento cedente podem ser consideradas constitucionais ou legais e discricionárias ou voluntárias. A existência de regras para as transferências federais do SUS, que estão permanentemente sendo checadas e alteradas e impõem variações significativas nos fluxos observados para municípios e estados, dificulta um padrão regular e sua classificação como uma transferência legal, estável, não sujeita às negociações e modificações significativas a cada processo orçamentário da União. Alguns estudiosos do financiamento da política de saúde no Brasil, mesmo reconhecendo avanços na automaticidade do sistema com os mecanismos de transferência "fundo a fundo" não sujeitos à informação prévia da produção, denunciam seu caráter voluntário, dependente e "*tutelado*" à esfera federal[140]. Pesquisas conduzidas sobre as finanças públicas municipais também classificam as transferências SUS como "*transferências negociadas*", em conseqüência da especificidade do processo decisório e da regulamentação que informa o repasse desses recursos (IBGE, 2004).

Mesmo assim, julga-se importante diferenciar as transferências "fundo a fundo" daquelas que se dão através de mecanismos conveniais, estabelecidos entre estados e municípios com a União para fins de custeio ou investimentos na rede de ações e serviços de saúde. Esses mecanismos constituem-se como transferências tipicamente discricionárias, já que não são regulamentados por meio de dispositivos legais ou normativos, mas, sim, pelas diretrizes de cada convênio. Sua definição está subordinada a acordos muitas vezes firmados fora do espaço de pactuação do SUS e, por isso, tendem a ser mais instáveis que os demais.

---

[140] Alguns autores afirmam que a descentralização do SUS, expressa pelos mecanismos de financiamento federal adotados na década de 1990, segue um modelo dependente e tutelado, pois a relação que se estabeleceu entre as esferas subnacionais e o governo central não se pautou pelos critérios legalmente estabelecidos, mas sim por laços políticos, técnicos e institucionais efêmeros (Médice, 1994; Médice 1996; Médice e Maciel, 1996; Carvalho, 2001).

Em que pese estarem sujeitos à interrupção dos fluxos vigentes, na prática, raramente se verificou na década de 1990 e início dos anos 2000 a descontinuidade dos recursos transferidos "fundo a fundo" para as esferas subnacionais habilitadas nas condições de gestão do SUS. O que ocorre com mais freqüência é a alteração dos montantes globais transferidos em função da inserção, exclusão ou alteração de uma política ministerial específica e da adesão dos governos aos programas que são permanentemente criados e revisados. Nesse sentido, os aportes dos recursos *per capita* para a atenção básica e aqueles voltados para a alta e média complexidade nos municípios habilitados em GPSM e estados habilitados em GPSE[141] tendem a ser mais regulares que os recursos do PAB variável, de "outros programas" e do FAEC, que estão sujeitos à revisão dos critérios do programas.

Outra observação importante refere-se ao predomínio das formas de transferências da União para os municípios em detrimento dos estados. A Constituição e a legislação federal da saúde definem os municípios como os principais executores do SUS, sendo reservado aos estados um papel complementar na oferta de ações e serviços de saúde. O processo de descentralização dos serviços públicos de saúde no Brasil espelha as diretrizes postas na regulamentação federal.

Em 2002, os governos municipais são os principais administradores dos estabelecimentos de natureza pública. Dados obtidos a partir da pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) conduzida pelo IBGE apontam que, naquele ano, somente 4,2% dos estabelecimentos públicos do SUS foram administrados pelos estados (IBGE, 2002). A região Norte é a única em que os estados parecem ter um papel relevante como prestadores diretos de serviços. Nessa região, as unidades estaduais respondem a cerca de 10% do total de estabelecimentos públicos existentes, sendo esses serviços predominantemente sem internação e de maior complexidade e mais relevantes em RR (31% dos estabelecimentos[142]), AC (22%) e AM (21%).

Seguindo o movimento de descentralização dos serviços assistenciais, os critérios que regem a maior parte das transferências automáticas da União voltadas para a atenção básica – PAB fixo e ampliado e PAB variável - privilegiam os municípios habilitados na GPAB em 2002 (cerca de 90% dos municípios brasileiros). No caso do financiamento dos serviços descentralizados de alta e média complexidade, a relação que se estabelece é mais complexa e

[141] Com raras exceções, os municípios e estados habilitados nas condições mais avançadas são desabilitados, embora o histórico de habilitação seja muito variável entre os municípios em GPSM (Viana *et al.*, 2002 b).
[142] Destaca-se que, em RR, os estabelecimentos estaduais são tão importantes como os municipais.

aqui se verificam as maiores disputas entre estados e municípios pelos recursos federais transferidos.

A NOB 01/96 e a NOAS 01/2002 estabelecem como prerrogativa financeira para os estados habilitados em GPSE o recebimento na modalidade "fundo a fundo" da diferença entre o teto financeiro de alta e média complexidade estadual e os montantes fixos estabelecidos para os municípios habilitados em GPSM ("sobras" dos tetos estaduais não repassados automaticamente para os municípios habilitados em GPSM). Os estados não habilitados ou habilitados em gestão avançada do sistema estadual (GASE), embora não tenham incremento importante de receitas, mantêm as funções de programação financeira e autorização de pagamento dos atendimentos de maior complexidade prestados nos municípios não habilitados em GPSM.

Essas normas também permitem aos estados, por meio da coordenação da PPI, repartir o teto estadual voltado para o custeio da alta e média complexidade por seus municípios. Para os municípios em GPSM, isso significa que o estado é o principal responsável pela distribuição do montante que recebem mensalmente do MS e, para os demais municípios, pela definição do valor que podem receber de acordo com a produção e faturamento da rede SUS em seu território político-administrativo. A PPI influencia, ainda, a organização do sistema de referência intermunicipal, pois exige a explicitação da programação financeira dos recursos federais para o atendimento de pacientes residentes em outros municípios[143].

O poder reservado aos estados não é pouco. Ele permite que os gestores estaduais, mesmo em contexto de municipalização da oferta, atuem como reguladores da assistência médica de maior complexidade no SUS. Entretanto, a ausência de mecanismos voltados exclusivamente para o financiamento das ações de coordenação e regulação assumidas pelos estados até o final de 2002 induzem a muitas disputas entre as esferas subnacionais e dificultam a transferência de responsabilidades para os municípios. Pode-se dizer que a partilha de recursos federais do SUS é reflexo não só da adesão dos estados às regras nacionalmente definidas – tais como os requisitos para a habilitação e certificação em programas – mas, fundamentalmente, dos modelos de descentralização implantados e dos

[143] De outro lado, a PPI diminui o poder de regulação dos estados sobre as unidades prestadoras de serviços no SUS, já que mesmo os municípios não habilitados em GPSM começam a assumir maiores responsabilidades gestoras sobre os estabelecimentos privados credenciados. A regulação dos serviços de maior complexidade do SUS é motivo de muitos conflitos intergovernamentais. Não sem razão, a implantação da PPI gerou muitas resistências por parte dos governos estaduais mais centralizadores. O teto para cada município impede realocações dos recursos federais voltados para o pagamento de prestadores situados em diferentes jurisdições

acordos intergovernamentais estabelecidos sobre a gestão dos recursos federais transferidos[144]. Voltaremos a essa questão na discussão dos achados empíricos dessa tese.

Um último aspecto relevante a comentar refere-se às diferentes maneiras utilizadas para calcular o montante de recursos federais distribuído entre os governos estaduais e municipais e suas implicações. Cada mecanismo para transferência de recursos no SUS segue uma "fórmula" ou critério específico, mais ou menos atrelado ao perfil da capacidade instalada e de produção de serviços existente em uma dada jurisdição.

Os recursos do PAB fixo, do PAB ampliado e do PAB variável são os que menos se aderem à oferta e produção. O PAB fixo e o PAB ampliado porque estão submetidos à lógica *per capita* e tendem à distribuição igualitária[145]. Seus montantes variam segundo a estimativa populacional fornecida pelo IBGE e são distribuídos na forma duodécimos mensais para os FMS. Os recursos do PAB variável, porque obedecem a critérios vinculados aos programas específicos, que se alteram na dependência dos objetivos a eles atrelados e traduzem-se como incentivos federais para: (re) organização do modelo assistencial (ex: PACS/PSF); garantia da provisão de insumos básicos (ex: farmácia básica); fortalecimento de áreas ou campos da atenção à saúde voltados para o controle de determinados agravos e situações risco ou dano para a saúde individual e coletiva (ex: vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças, combate à carências nutricionais, saúde bucal).

Por sua vez, os recursos para o financiamento da alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, transferidos para os governos municipais habilitados na condição

---

mesmo havendo "sobra de teto" e estimula a transferência de funções gestores da rede de serviços privados para os municípios.

[144] O modelo de descentralização da gestão dos recursos da União, transferidos para o custeio da alta e média complexidade no SUS, varia significativamente entre os estados do país, conforme os acordos firmados nas CIB. Em artigo publicado em conjunto com Viana e Oliveira (Viana *et al.*, 2002 a), discutimos o formato da descentralização de equipamentos (estabelecimentos) e da gestão dos recursos do SUS, apontando para as diversas naturezas jurídicas dos serviços existentes e para o modelo partilhado de gestão dos recursos ambulatoriais transferidos pela União ao final de 2000 nas diversas regiões do país. Em sua dissertação de mestrado, Oliveira (2002) também analisa os modelos de descentralização da assistência à saúde, estabelecidos entre as esferas subnacionais de governo a partir da NOB 01/96 e denominados pela autora como "pactos de gestão".

[145] No momento de implantação do PAB fixo, o valor nacional da parte fixa do PAB foi definido em R$ 10,00 *per capita*/ano. No entanto, para compensar os municípios que possuíssem em 1997 uma média histórica de gastos superior à R$ 10,00 *per capita*/ano na atenção básica, foi criado o "valor máximo da parte fixa do PAB", estipulado em R$ 18,00 habitantes/ano (Lima, 1999). Assim, os municípios habilitados na NO básica 01/96, que gastassem menos de R$ 10,00 habitantes/ano com os procedimentos que compunham o PAB, passaram a receber esse montante para se responsabilizarem pela atenção básica. Os municípios que apresentassem gastos acima de R$ 10,00 habitantes/ano tiveram garantido o montante de recursos correspondente à média de seu faturamento em assistência básica verificada no ano de 1996, limitado ao *per capita* de R$ 18,00. Estudo de Costa e Pinto (2002) mostra que 69,2% dos municípios faturavam em 1997 menos que R$ 10,00 *per capita*/ano e ganharam

mais avançada da NOB 01/96 ou NOAS, são expressão do perfil da capacidade instalada e da produção dos serviços. Isso porque são os sistemas de informação de produção e faturamento do SUS, ambulatorial (SIA-SUS) e hospitalar (SIH-SUS) e outros sistemas voltados para as ações e serviços ambulatoriais de alto custo e complexidade (APAC), que através da série histórica de gastos fornecem os parâmetros utilizados para a programação das referências intermunicipais na PPI e definição dos montantes financeiros globais repassados mensalmente para os FMS.

No caso dos montantes fixos de recursos federais transferidos para os FES nos estados habilitados, os critérios utilizados para a definição dos tetos estaduais não estão tão atrelados à série histórica de gastos. Outros critérios entram nas redefinições sucessivas que se deram ao longo da segunda metade dos anos 90 e início dos anos 2000. Estudo produzido por Souza C. (2003 a) indica a importância das negociações que se dão em torno das emendas parlamentares para alteração das transferências da União para os governos estaduais na área da saúde. Em 2000, por exemplo, uma emenda ao orçamento da União, puxada pela bancada da Bahia, alocou recursos adicionais aos tetos estaduais inversamente ao *per capita* existente, privilegiando os estados do nordeste. Machado (2002) também chama a atenção para a importância da definição e gestão de tetos financeiros estaduais, entre os principais instrumentos utilizados pelo gestor federal para a regulação do processo de descentralização por meio do financiamento, que, por vezes, privilegiam algumas regiões ou estados.

Historicamente, o FAEC também reflete a oferta e produção, pois, assim como a remuneração direta ao prestador, é um mecanismo que considera a informação da produção em seus principais subcomponentes. No início de sua implantação, o FAEC estava voltado para a indução do aumento da oferta de poucas ações estratégicas (como, por exemplo, os transplantes), a partir da desoneração dos tetos financeiros municipais e estaduais (mecanismo de pagamento “extrateto”). Aos poucos, foram sendo incorporadas outras ações visando a ampliar o atendimento de grupos prioritários e a organização de uma rede de serviços em áreas mais especializadas e de alta complexidade e custo.

Souza R. (2003 b) relata que, após várias mudanças, em dezembro de 2001, a destinação do FAEC estava dividida em quatro blocos de ações financiadas.

1) Ações assistenciais estratégicas – voltadas para grupos prioritários e para ampliação de acesso dos usuários do SUS aos procedimentos com grande demanda reprimida:

---

recursos com a implantação do PAB fixo; por outro lado, 20,5%, que faturavam acima de R$ 18,00 *per capita*/ano, perderam recursos.

campanhas, transplantes, cirurgias cranio-faciais, medicamentos excepcionais, terapia renal substitutiva.

2) Incentivos – recursos adicionais transferidos de forma complementar: INTEGRASUS, incentivo para descentralização das unidades da FUNASA; incentivo para a assistência hospitalar às populações indígenas.
3) Novas ações programáticas – novos procedimentos incluídos nas tabelas ambulatorial e hospitalar do SUS pela impossibilidade de previsão de seu impacto financeiro sobre os tetos: humanização do parto, triagem neonatal, assistência ao portador de deficiência física, assistência ao portador de transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.
4) Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – destinados a pacientes provenientes de outros estados.

Em síntese, o FAEC tem sido uma estratégia utilizada pela União para complementação financeira de municípios e estados, através de: a) remanejamento de sobras; b) cobertura de eventual extrapolação de tetos por estados e municípios; c) pagamentos fora dos tetos; d) remuneração de atendimentos prestados fora dos estados de origem dos pacientes (Machado, 2002). Ao longo dos anos, ocorreu uma ampliação de seu escopo com inclusão de incentivos não necessariamente atrelados à oferta e produção. Entretanto, na sua maioria, para ser transferido, o FAEC exige a disponibilidade de um profissional qualificado ou um equipamento sofisticado, o que só é possível em determinados centros de referência, localizados em poucos municípios e estados do país. Além disso, do ponto de vista das relações federativas não se pode negar que, no bojo dos mecanismos de transferências implantados, o FAEC representa uma forma de recentralização das funções de regulação do sistema de saúde mesmo nos municípios e estados habilitados nas condições de gestão mais avançadas no SUS.

Cabe refletir se a diversidade de critérios consolidados até o final de 2002 garante à União as condições necessárias para redistribuição dos recursos da saúde a favor da diminuição nas diferenças das receitas das esferas subnacionais destinadas ao financiamento do SUS. Já vimos que a correção dos desequilíbrios horizontais é uma importante função a ser desempenhada pela União no sentido da implantação do caráter nacional e universal da política de saúde no território brasileiro.

Alguns estudos sugerem que os mecanismos de transferência “fundo a fundo” tendem a gerar uma distribuição mais igualitária de recursos entre os municípios (Heimann *et al.*,

2001[146]) e a diminuir as diferenças existentes entre jurisdições com o mesmo *status* de habilitação no SUS (Viana *et al.*, 2003). Todavia a permanência de outras modalidades de repasse de recursos (aqueles repassados mediante a comprovação de serviços prestados) faz com que, no total, o gestor federal tenda a alocar maior volume de recursos para municípios com melhores condições de vida, de receita, de oferta e de produção de serviços de saúde.

Outros trabalhos apontam para a importância dos mecanismos de transferências específicos criados a partir da NOB 01/96 para a redução das desigualdades de recursos financeiros federais *per capita* entre regiões, estados e municípios. Nesse sentido, destacam-se: aqueles que apontam para a importância do PAB fixo (Costa e Pinto, 2002); os que ressaltam o papel desempenhado pelos mecanismos de financiamento da atenção básica, incluindo o PAB variável (Costa e Melamed, 2003); os que enfatizam alguns programas específicos do PAB variável, particularmente o PACS/PSF (Marques e Mendes, 2003) e aqueles que destacam o conjunto de mudanças que vem sendo implementadas: PAB fixo, PAB variável, FAEC e mudanças nos tetos financeiros (Souza R., 2002; Souza R., 2003 b; Ugá *et al.*, 2003; Machado, 2005). Interessante verificar que muitos desses mecanismos são justamente os que são criticados por reduzir a autonomia dos gestores locais.

Embora todos os artigos chamem atenção para as potencialidades das novas modalidades de transferências, alguns são mais cuidadosos, ao exaltarem os resultados alcançados em termos de redução das desigualdades no aporte de recursos federais. O estudo de Ugá *et al*. (2003), que analisa o conjunto de despesas federais e não só as transferências intergovernamentais, demonstra que o peso da oferta e da produção de serviços restringe o processo de alocação eqüitativa de recursos federais para o custeio do SUS[147]. São necessários recursos de investimentos para equilibrar a oferta de serviços existentes, a alocação de recursos adicionais de custeio que contemplem diferentes perfis demográficos, epidemiológicos e condições sócio-sanitárias e estejam orientados para as maiores

[146] Heimann *et al.* (2001) analisam a alocação de recursos federais no ano 2000 em 1829 municípios brasileiros, classificados em diferentes grupos de acordo com um Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS) e um Índice de Resposta do Sistema de Saúde (IRSS). Os autores demonstram, a partir da análise de dois componentes do financiamento federal - as transferências federais diretas e os pagamentos federais por produção - , que a alocação de recursos federais tende a manter as desigualdades entre os municípios. Enquanto o valor *per capita* federal correspondente às transferências diretas mostra tendência igualitária entre os vários grupos de municípios – ou seja, grupos de municípios com diferentes condições de vida e saúde e respostas do sistema tendem a receber transferências federais *per capita* similares -, os valores federais *per capita* correspondentes ao pagamento por produção são maiores para os municípios com melhores condições de vida e saúde e respostas do sistema de saúde.

necessidades de saúde e a maior participação dos estados na correção dos desequilíbrios nos tetos vigentes a fim de que se alcancem mudanças mais consistentes.

Machado (2005) também reflete que, apesar da *"impressão"* do caráter mais eqüitativo das transferências federais do SUS, a intensa fragmentação torna complexa a própria gestão das transferências pelo MS. Ainda que algumas modalidades tenham um sentido claro, a agregação de todas elas gera resultados antagônicos e dificulta a compreensão da direcionalidade da ação federal.

Concordando com as limitações dos fluxos federais acima apontadas, neste trabalho verifica-se que as transferências federais do SUS não favorecem maior igualdade nas receitas voltadas para o financiamento descentralizado do SUS por duas razões principais: a) os mecanismos utilizados desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais; b) o volume de recursos transferido é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas.

Observa-se que, no Norte e Nordeste, os municípios possuem maior proporção de transferências federais do SUS em seus orçamentos e necessitam mais das fontes de receitas exclusivas para suprir suas necessidades de gasto em saúde. Nessas regiões, no entanto, os recursos federais do SUS são insuficientes para compensar suas deficiências na arrecadação e obtenção do ICMS. Caso não haja incremento expressivo das transferências destinadas exclusivamente para a saúde nesses locais e mantidas as regras do federalismo fiscal, para atingirem patamares semelhantes de receitas destinadas à saúde, essas jurisdições terão que implementar um esforço fiscal maior e comprometerem parcelas mais significativas de seus orçamentos do que aquelas localizadas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

O Quadro 3.3 resume as características da participação das diferentes esferas de governo e as relações intergovernamentais nas quatro dimensões de análise propostas.

---

[147] Para discussão aprofundada sobre o tema da eqüidade na distribuição geográfica de recursos financeiros, tanto no que se refere aos conceitos como às propostas metodológicas que orientam a alocação eqüitativa na saúde, consultar os trabalhos de Porto (2002) e Porto *et al.* (2003).

Quadro 3.3 Principais características da participação das três esferas de governo e das relações intergovernamentais no financiamento da política de saúde brasileira consolidadas no período de 1990 a 2002

Dimensões de análise	Participação das esferas de governo	Relações intergovernamentais
Aporte de receitas tributárias para a saúde	▪ Específicas: grande importância das contribuições sociais para União, dos recursos diretamente arrecadados (ICMS) para os estados; do FPM para a maioria dos municípios. ▪ Comum aos três entes: instabilidade na alocação de recursos para a saúde nos anos 90; definição dos percentuais mínimos de vinculação com tendência a maior estabilidade nos anos 2000. ▪ Comum aos entes subnacionais: composição da receita variável segundo porte populacional e localização; peso variável dos recursos federais do SUS em relação às receitas próprias.	▪ Desequilíbrios verticais e horizontais do poder de tributação entre as esferas de governo. ▪ Conflitos verticais: movimentos de recuperação de receitas pela União e instabilidade no aporte de recursos para o setor; grau de dependência variável das esferas subnacionais em relação à União e dos municípios em relação aos estados. ▪ Conflitos horizontais: variabilidade das fontes de receitas utilizadas pelas esferas subnacionais.
Responsabilidade sobre o gasto público em saúde	▪ Diminuição da participação da União e maior incremento da participação dos municípios em relação aos estados no gasto público total em saúde. ▪ Tendência à equivalência da participação da União e das esferas subnacionais (somatório do gasto de estados e municípios), com manutenção das desigualdades na participação entre as esferas subnacionais do mesmo nível de governo.	▪ Desequilíbrios verticais e horizontais do poder de gasto entre as esferas de governo. ▪ Conflitos verticais: recuperação de receitas pela União e instabilidade no aporte de recursos para o setor; grau de dependência variável das esferas subnacionais em relação à União e dos municípios em relação aos estados. ▪ Conflitos horizontais: desigualdades na capacidade de gasto entre esferas subnacionais.
Sistema de transferências intergovernamentais de recursos do SUS	▪ Diversidade nos mecanismos e critérios utilizados para transferência de recursos federais. ▪ Indefinição dos mecanismos e critérios utilizados para transferência de recursos estaduais e entre esferas do mesmo nível de governo.	▪ Predomínio da relação União-municípios. ▪ Conflitos verticais: fragmentação das transferências federais; inadequação dos mecanismos e critérios das transferências federais para os estados, indefinição das transferências de recursos estaduais para os municípios. ▪ Conflitos horizontais: incapacidade das transferências federais gerarem maior equilíbrio na receitas disponível das esferas subnacionais; indefinições das transferências entre esferas do mesmo nível de governo.
Graus de interferência/liberdade na utilização das receitas exclusivas da saúde	▪ Forte interferência da área econômica na gestão orçamentária do MS. ▪ Forte interferência da União na gestão orçamentária das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.	▪ Predomínio da relação União-municípios. ▪ Conflitos verticais: forte interferência da União na utilização dos recursos transferidos para o SUS. ▪ Conflitos horizontais: fragmentação da gestão orçamentária das esferas subnacionais..

Fonte: Elaboração própria.

Tendo como base a revisão teórica realizada e os dilemas do caso brasileiro no que concerne ao federalismo fiscal e ao financiamento das ações e serviços descentralizados do

SUS, nos próximos capítulos aprofunda-se essa discussão à luz da análise do material empírico consolidado neste estudo.

4. METODOLOGIA EMPREGADA NO ESTUDO EMPÍRICO

4.1 Os procedimentos metodológicos

Para o alcance dos objetivos, foram constituídas duas bases de dados: uma municipal e outra relativa aos estados e DF. As bases possuem como variáveis os valores monetários (em moeda corrente nacional) das receitas públicas realizadas, ou seja, todos os ingressos de recursos orçamentários auferidos durante o ano de 2002 pelo Poder Público municipal ou estadual, informadas pelos governos através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) até março de 2005[148].

A escolha do ano de 2002 permite averiguar o modelo de financiamento descentralizado da saúde consolidado na década de 1990 e, principalmente a partir da NOB 01/96 que, como discutido anteriormente, introduziu novas formas de repasse de recursos federais para as esferas subnacionais (PAB fixo, PAB variável, FAEC). As mudanças trazidas pela NOAS a partir de 2002 não foram completamente implementadas e não chegaram a alterar as formas de financiamento previstas para os municípios, principais beneficiários do sistema de partilha da saúde. Pode-se dizer que as características básicas do financiamento da NOB 01/96 permanecem em vigor até meados de 2006.

O ano de 2002 também encerra os oito anos de governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, o que permitirá comparar, no futuro, os efeitos das regras até então vigentes com mudanças efetuadas durante outros governos[149]. Além disso, nesse ano, a base de informações do SIOPS alberga um grande número de municípios (94,3% dos municípios existentes em 2002) e possui confiabilidade testada através de estudos específicos como o realizado por Lima (2005).

Uma série de boas razões permite escolher o SIOPS como a principal fonte de dados da pesquisa.

---

[148] Esta data refere-se ao momento da obtenção da base de dados do DATASUS/MS, fornecidas em arquivos no formato *Excel*. A única exceção se deu em relação ao estado do Maranhão, cujos dados, não disponíveis na base fornecida em março de 2005, foram obtidos diretamente na página do SIOPS na Internet (http://siops.datasus.gov.br/ConsValoresUF.aspem), em dezembro de 2005.

[149] A mudança mais substantiva efetuada no financiamento descentralizado do SUS, verificada até março de 2006, se deve à habilitação maciça dos estados à condição mais avançada da NOAS em 2004. Essa mudança certamente acarretou uma ampliação das receitas estaduais para o SUS. Na verdade, as prerrogativas de transferências de recursos de alta e média complexidade para os estados habilitados na GPSE existiam na NOB 01/96, mas não puderam ser totalmente testadas devido à adesão mais lenta e gradativa dos estados às condições de gestão do SUS. Outras mudanças no financiamento para os municípios, decorrentes principalmente dos critérios de transferência do PAB variável (como, por exemplo, a inclusão de um valor diferenciado para o financiamento do PACS/PSF nos municípios situados na Amazônia Legal), embora não possam ser desprezadas, têm peso menor.

1- O SIOPS constitui-se, atualmente, na base de dados nacional mais completa e abrangente das receitas e despesas orçamentárias dos municípios e estados brasileiros, com detalhamento relativo à saúde não encontrado em nenhum outro sistema de informações disponível. A Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF), através do Sistema de Acompanhamento das Finanças de Estados e Municípios (SIAFEM), recolhe informações orçamentário-financeiras das esferas subnacionais de governo. Os dados consolidados através do FINBRA (Finanças do Brasil) podem ser obtidos na página da STN/MF na Internet[150]. No entanto, o detalhamento utilizado na área da saúde não atende à finalidade deste estudo.
2- É um sistema gerado a partir do preenchimento de formulários eletrônicos pelos próprios governos municipais e estaduais, geralmente requerendo uma articulação entre técnicos das secretarias de planejamento e finanças com os gestores da saúde. As informações recolhidas e consolidadas através do SIOPS respeitam ao máximo os balanços orçamentário-financeiros dos entes subnacionais de governo e a classificação nacional recomendada pela Secretaria do Tesouro Nacional com acréscimos relativos às receitas da saúde[151]. A padronização dos dados do SIOPS facilita a comparação dos resultados deste estudo com outras pesquisas.
3- Desde 2001, existe no MS uma Coordenação específica para gerenciamento da base de dados do SIOPS, além dos núcleos estaduais de apoio ao SIOPS[152]. O SIOPS possui ainda em sua estrutura básica uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação[153], cuja missão é, entre outras, propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de dados,

---

[150] Disponível em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp . Último acesso em dezembro de 2005.

[151] As receitas oriundas do SIOPS respeitam a classificação da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), estabelecida através de normas e procedimentos publicados em portarias interministeriais específicas (Pt 163, de quatro de maio de 2001 e Pt 180, de 21 de maio de 2001) e alterações posteriores. Além disso, acrescentam outros subcomponentes de forma a contemplar os detalhamentos próprios da área da saúde e as necessidades de acompanhamento da implantação dos dispositivos da EC 29. As formas de preenchimento e a classificação adotada estão explicitadas nos Manuais de Preenchimento do SIOPS (Brasil, MS, SE, 2002 a; Brasil, MS, SE, 2002 b), divulgados anualmente e disponíveis na página eletrônica do DATASUS.

[152] O SIOPS é de responsabilidade do MS desde 1999 e, no ano de 2001, passou a fazer parte da estrutura organizacional do MS. Inicialmente sob responsabilidade da Coordenação Geral de Orçamentos Públicos, unidade da Diretoria de Projetos da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, atualmente está a cargo do Departamento de Informações e Informática do SUS (DATASUS), vinculado à Secretaria Executiva do MS. Os núcleos estaduais, por sua vez, funcionam como um "braço" do MS no âmbito dos estados. Formados, na sua maioria, por técnicos das SES e por representantes do COSEMS treinados pelo MS, auxiliam os municípios no preenchimento do sistema.

[153] Essa Câmara é atualmente composta por representantes das diversas Secretarias do MS, do CONASS, do CONASEMS, do CNS, do IPEA, do IBGE, do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos.

analisar as informações geradas pelo sistema e criar mecanismos que assegurem sua qualidade. Através de articulação da equipe do MS com a Secretaria do Tesouro Nacional e com o Tribunal de Contas da União, o SIOPS tem sido utilizado para a geração de demonstrativos do cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal e da EC 29. O elevado grau de institucionalização do SIOPS e a ampliação do uso de suas informações permitem fornecer apoio e assessoria permanente no preenchimento do sistema, a adoção de filtros internos e externos[154] e a incorporação de críticas e revisões periódicas que contribuem para seu contínuo aprimoramento.

4- Existem trabalhos disponíveis que comparam os valores de receita declarados pelos municípios ao SIOPS com os registros do Fundo Nacional de Saúde, no intuito de verificar a confiabilidade dos dois bancos de dados e identificar as variáveis com maior diferença. Através de aplicação de método estatístico para verificar a consistência de dados (obtenção do coeficiente de correlação intraclasses), Lima (2005) evidencia que a ocorrência simultânea de informações nos dois bancos é maior do que 90% para as grandes modalidades de transferências "fundo a fundo" – PAB fixo, PAB variável, alta e média complexidade e FAEC -, incluindo-se os convênios da União. As maiores diferenças são encontradas no detalhamento das formas de repasse dos programas federais relacionados ao PAB variável. Embora o estudo restrinja-se aos municípios e a determinadas receitas exclusivas da saúde, ele nos sugere uma alta confiabilidade das principais formas de transferências federais da saúde informadas através do SIOPS em 2002.

Os bancos de dados montados na pesquisa contêm os diversos componentes individualizados e agregados (somatórios) das receitas municipais, estaduais e do DF realizadas em 2002, incluindo as deduções obrigatórias para fins de composição do FUNDEF e, no caso específico dos estados, as transferências legais efetuadas para os municípios. Ao todo, o banco municipal possui 193 variáveis, e o banco dos estados e DF, 192 variáveis relativas às receitas obtidas do SIOPS. Embora tanto as receitas correntes como as de capital tenham sido analisadas, é dada maior ênfase aos recursos correntes, dado que as receitas de capital, obtidas pelas esferas subnacionais, não expressam o volume de investimentos realizados no período. No âmbito deste estudo, as transferências de capital, mediante ou não a

[154] Os filtros internos consistem em mecanismos de verificação que alertam para inconsistências antes dos dados serem incorporados à base e disponibilizados para processamentos. Os filtros externos consistem em

celebração de convênios, são tratadas como um tipo específico de transferência intergovernamental.

Os somatórios das receitas agregadas do SIOPS são feitos automaticamente pelo sistema[155], assim como as deduções do FUNDEF, que correspondem a 15% das transferências da União (FPM e recursos relacionados à Lei Kandir) e dos estados (ICMS e IPI-Exportação) para os municípios e 15% do ICMS e das transferências da União (FPE, IPI-Exportação e recursos da Lei Kandir) para os estados. No caso das transferências obrigatórias dos estados para os municípios (ICMS, IPVA e IPI-Exportação), estas respeitam as informações declaradas, já que alguns procedimentos de isenção fiscal adotados pelos estados podem comprometer o montante efetivamente transferido aos municípios.

Acrescentaram-se à base do SIOPS dados relativos à estimativa populacional do IBGE para o ano de 2002[156] e procedeu-se à identificação da localização dos estados e municípios e das capitais estaduais (região, estado, município capital), tendo em vista a análise global e diferenciação dos entes federativos por localização geográfica, porte populacional e condição de capital do estado. O programa utilizado para a organização e processamento dos dados foi o *software* estatístico SPSS, versão 11.0.

Primeiramente, a abrangência e a representatividade dos registros foram verificadas com base no número de municípios, estados e população existente em 2002 e presentes na base de dados. Destaca-se a ausência de informações do governo do estado do Rio Grande do Sul, único estado que não informou o SIOPS em 2002. Para contornar as perdas nesse registro, obtiveram-se as receitas do RS informadas através do SIAFEM, consolidadas pela Coordenação-Geral das Relações e Análise Financeira de Estados e Municípios (COREM) da STN/MF[157]. Embora não existam divergências da classificação e codificação das receitas nas duas bases de dados, o SIAFEM não permite o detalhamento das receitas da saúde. Esse procedimento, portanto, não permitiu suprir totalmente a falta das informações do RS, o que limita a interpretação das receitas estaduais nesta pesquisa. Os resultados das análises de abrangência e representatividade dos bancos, assim como o perfil dos municípios e estados

---

comparações efetuadas com outras bases de dados gerenciadas pelo MS, segundo recomendações da Câmara Técnica.

[155] Estes somatórios foram conferidos pela autora para fins de aferição da consistência dos dados.

[156] A estimativa populacional do IBGE foi obtida na página do DATASUS/MS na Internet http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popbr.def . Último acesso em dezembro de 2005.

[157] Os dados foram obtidos na página da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF) na Internet (http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/download/exec_orc_estados.xls) em dezembro de 2005.

contemplados no estudo em termos de localização, porte e condição de habilitação no SUS em 2002, são descritos nos próximos itens.

Para permitirem-se comparações, as receitas informadas por cada município e UF foram transformadas em valores *per capita*. Sabe-se que o número de habitantes que reside em dado território político-administrativo não é suficiente para a compreensão das necessidades e demandas diferenciadas por ações e serviços de saúde, face às diferenças culturais e demográficas da população, aos níveis de nutrição, aos perfis de morbi-mortalidade, às condições de saneamento básico, à estrutura de serviços e aos fluxos de pacientes que ocorrem entre diferentes municípios, estados e regiões, entre outros condicionantes[158]. No entanto, este estudo não objetivou a verificação da adequação dos recursos disponíveis pelos governos subnacionais em relação às suas reais necessidades de gastos.

Também não é objetivo desse trabalho discutir as diferenças nas capacidades de gasto dos municípios e UF. Isso porque as próprias demandas diferenciadas de recursos influenciam as necessidades dos dispêndios públicos. Outros fatores também interferem na capacidade de execução orçamentária dos recursos, tais como, a eficiência da máquina fazendária, os sistemas políticos jurisdicionais e a qualidade técnica e ética da burocracia pública em cada unidade subnacional.

As receitas realizadas, transformadas em recursos *per capita*, servem aos propósitos desta pesquisa na medida em que permitem a identificação da importância relativa das fontes receitas públicas em cada ente federativo, considerando-se as variações existentes no tamanho da população. A vantagem desse procedimento consiste em não tratar *a priori* municípios e estados como um todo homogêneo, mas sim como unidades de análise[159]. Torna-se possível explicitar a heterogeneidade que domina a federação brasileira e as distâncias existentes entre as esferas subnacionais do ponto de vista do acesso aos recursos públicos para garantir a assistência à saúde aos cidadãos, entendida como uma das variáveis importantes da capacidade de gasto em saúde.

Em seguida, procedeu-se à identificação das receitas informadas através do SIOPS. Procurou-se averiguar o significado de cada variável, se um componente individualizado no

---

[158] Para uma discussão conceitual e metodológica relacionada à medição das desigualdades em saúde consultar, entre outros, Vianna *et al.* (2001).

[159] Os indicadores calculados automaticamente pelo SIOPS são construídos para cada agregado municipal por região, UF ou porte populacional. A diferença do método empregado nesta pesquisa é considerar a

orçamento ou um conjunto (ou subconjunto) de receitas. Os Quadros 1 e 2 do volume 2 contêm os códigos e os nomes das receitas municipais e estaduais, procurando-se destacar os principais agregados orçamentários.

As receitas correntes e de capital dos municípios, estados e DF, vinculadas à saúde pelas regras vigentes em 2002, também foram identificadas (Quadros 3 e 4 do volume 2). O conceito de vinculação diz respeito à correlação de uma dada fonte de receita com uma finalidade de despesa específica. As receitas correntes voltadas para o financiamento da saúde foram classificadas em duas categorias:

1- *receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário (receitas setoriais ou exclusivas da saúde)* – recursos cuja classificação do destino é feita no ingresso orçamentário e que cumprem funções de financiamento exclusivo das ações e serviços descentralizados do SUS.

2- *receitas vinculadas à saúde por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar* – recursos que, por determinação legal, vinculam-se à saúde no momento da execução das despesas orçamentárias. Essas receitas não têm destino definido quando ingressam no orçamento e não cumprem a função exclusiva de financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. Por isso, são definidas como receitas "livres" do ponto de vista do orçamento receptor, e somente parte delas (percentual mínimo de vinculação da EC 29) são destinadas a suprir as necessidades de gastos em saúde. A Resolução n.322 de 8 de maio de 2003 do CNS e o Projeto de Lei complementar à EC 29 definem as respectivas fontes de receitas que devem ser vinculadas.

Visando à mensuração do impacto da EC 29 nos orçamentos subnacionais, aplicou-se o percentual de vinculação preconizado sobre as receitas correntes totais e cada um de seus subcomponentes (fontes específicas de receita), já que cada fonte ou subconjunto de receitas vinculadas foi analisado separadamente. Para os municípios, a EC 29 preconiza não menos do que 15% e, no caso dos estados, não menos do que 12%. Para o DF, no mínimo 15% das receitas de competência municipal e 12% das receitas de competência estadual (Quadro 5 do volume 2). Algumas opções metodológicas merecem ser esclarecidas.

O percentual mínimo de recursos a serem aplicados em saúde – 15% e 12% - são válidos para o exercício financeiro de 2004. A resolução n.322 do CNS, tendo em vista o caráter gradual de implantação da EC 29, define uma tabela de evolução progressiva de

---

disponibilidade e a composição relativa das receitas em cada município (ou estado), o que nos permite aferir a distribuição dos valores observados em cada agrupamento e visualizar as desigualdades subjacentes.

aplicação de percentuais mínimos de vinculação. Em 2002, esses percentuais foram de 9% para os estados e 10,2% para os municípios. No entanto, considera-se que não seria lógica a aplicação dessas taxas diante da evidência de que, em 2000, a maioria dos municípios já gastava mais do que 15% de seus recursos próprios em saúde (Faveret, 2002). Por sua vez, os percentuais de vinculação que vigoram desde 2004 representam o objetivo final almejado com a implantação da EC 29.

Optou-se por trabalhar com o total de receitas realizadas sem os abatimentos relativos às contribuições para composição do FUNDEF, visto que a vinculação à saúde estabelecida pela EC 29 não é posterior à vinculação da educação. Ambas incidem sobre as mesmas bases de receitas próprias: ICMS arrecadado e transferido, FPM e FPE, IPI-Exportação e recursos compensatórios da LC 87/96 (Lei Kandir). Além disso, qualquer dedução nas fontes de receitas dos municípios e estados oriunda de transferências de outros níveis de governo comprometeria a análise da redistribuição fiscal proporcionada pelos diferentes fluxos e sua comparação com os recursos do SUS de origem federal.

No caso dos estados, foram deduzidas das respectivas fontes de receitas as transferências legais efetuadas aos municípios e informadas através de variáveis específicas do SIOPS: ICMS, IPVA e IPI-Exportação. Tal como recomendado pela EC 29 e regulamentação complementar, esse procedimento foi adotado antes da aplicação dos percentuais mínimos de vinculação.

Realizou-se a avaliação das freqüências simples, das medidas de tendência central e dispersão, da presença de *outliers* (através da confecção de gráficos *boxplot*) e das curvas de distribuição das receitas *per capita* (por meio de histogramas), dos componentes individualizados e agregados das receitas orçamentárias, no conjunto de municípios e nos agrupamentos formados segundo localização geográfica (região e UF), porte populacional e capitais. Adotaram-se como referencial os procedimentos metodológicos recomendados por Hamilton (1992) para a análise de valores contínuos.

Foram definidas oito classes de tamanho da população: 1- até 5 mil habitantes; 2- de 5.001 até 10 mil habitantes; 3- de 10.001 até 20 mil habitantes; 4- 20.001 até 50 mil habitantes; 5- 50.001 até 100 mil habitantes; 6- 100.001 até 200 mil habitantes; 7- 200.001 até 400 mil habitantes; 8- mais de 400 mil habitantes A definição dessas classes de tamanho de municípios obedece à classificação utilizada nas tabulações dos indicadores de receitas e despesas calculados automaticamente pelo SIOPS e é somente um pouco mais detalhada do

que a habitualmente utilizada pelo IBGE[160]. Isso permite a comparação com achados de outras pesquisas sobre o mesmo tema. Para efeito da descrição dos dados, neste estudo, os municípios com população até 5 mil habitantes são considerados muito pequenos (e denominados também de micromunicípios); os situados nas faixas de 5.001 até 20 mil habitantes municípios pequenos; aqueles com população maior que 20 mil até 100 mil habitantes municípios médios e os com mais de 100 mil habitantes municípios grandes. O destaque dado às capitais deve-se ao tratamento diferenciado que recebem na partilha de recursos, especialmente em relação ao FPM.

Os estados, por sua vez, não foram diferenciados por porte populacional. Tendo-se em vista o número reduzido de registros, a análise comparou os valores observados nas diferentes UF e regiões, com e sem a inclusão do DF, por conta de suas características específicas.

Para além da análise descritiva dos dados, procurou-se verificar a distribuição proporcional dos diferentes componentes das receitas municipais e estaduais *per capita*, correntes e de capital e a importância relativa das transferências regulares e discricionárias do SUS nos agrupamentos municipais e nas UF. Adotou-se também a razão de medianas para aferir as distâncias entre os valores de determinadas fontes de receitas observadas nos grupos de municípios e o agregado nacional. A mediana foi a medida de tendência central adotada dado a elevada dispersão dos valores observados.

O conceito de receitas formalmente regulamentadas utilizado nesta pesquisa é amplo para dar conta da especificidade da saúde. Ele inclui as diversas modalidades de rateio de recursos tributários amparados por instrumento legal ou normativo (através da Constituição Federal, Leis, Decretos e Portarias nos diferentes níveis de governo), e que são transferidos aos municípios ou estados independentemente da contraprestação de serviços ou de convênios firmados, assumindo, por isso, um caráter mais regular do ponto de vista do orçamento cedente. Esses recursos podem ser transferidos da União, dos estados, de outros municípios e ou vários níveis de governo (denominadas transferências multigovernamentais).

As transferências discricionárias, também denominadas como transferências voluntárias ou negociadas, incluem as efetivadas mediante a celebração de convênios e distinguem-se das anteriores por não terem um caráter obrigatório para o ente que cede e por não constituírem direitos formalmente regulamentados das unidades receptoras dos recursos.

---

[160] O IBGE, em geral, adota cinco classes de tamanho dos municípios: 1- até 5.000 habitantes; 2- de 5.001 a 20.000 habitantes; 3- de 20.001 a 100.000 habitantes; 4- de 100.001 a 500.000 habitantes e 5- mais de 500.000 habitantes.

Pelo contrário, as regras que as determinam são mais frouxas e influenciadas pelo processo de negociação política durante a definição dos orçamentos finais.

O impacto da vinculação orçamentária de receitas correntes para cada município, estado e DF foi calculado considerando a proporção das receitas correntes vinculadas à saúde e seus dois grandes componentes - receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário e receitas vinculadas à saúde, segundo o estabelecido pela EC 29 (aplicando-se os percentuais de vinculação) - na receita corrente total. A disponibilidade total dos recursos assim como a importância relativa das diferentes fontes de receitas vinculadas também foi objeto de mensuração nos municípios agrupados e nas UF.

Os quadros a seguir procuram sistematizar as principais características das receitas correntes vinculadas à saúde dos municípios (Quadro 4.1), dos estados e DF (Quadro 4.2), enfatizando as regras formais que definem a apropriação, distribuição e uso pelas esferas subnacionais de governo. As variáveis neles contidas nos fornecem as bases para a compreensão dos principais fatores institucionais que determinam as diferenças observadas nos orçamentos descentralizados da saúde e seus efeitos para o financiamento do SUS. Elas nos indicam possibilidades distintas de obtenção e expansão de receitas fiscais e setoriais; graus de autonomia que as esferas subnacionais de governo possuem para direcionar e definir o destino final dos recursos e relações intergovernamentais predominantes.

Os quadros contêm:

(1) a classificação da receita, segundo a Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF);
(2) o tipo de transferência segundo referencial teórico-conceitual da pesquisa;
(3) a origem dos recursos;
(4) os condicionantes do ingresso orçamentário das receitas (regras que definem a apropriação);
(5) os critérios utilizados no repasse dos recursos (regras que definem a distribuição);
(6) os condicionantes para alocação dos recursos na saúde (regras que interferem no uso) e;
(7) as relações intergovernamentais predominantes nos fluxos.

Sendo utilizados como referencial analítico, eles também são um produto importante desta pesquisa, tendo sido confeccionados a partir de ampla revisão da literatura, da sistematização de fontes documentais e da adaptação para a saúde da classificação das transferências intergovernamentais proposta por Prado *et al.* (2003) e Prado (2003 a; 2003 b).

Como pode ser visto, as receitas exclusivas da saúde são determinadas, fundamentalmente, por critérios e condicionantes estabelecidos no âmbito do setor da saúde.

Já as receitas vinculadas à saúde pela EC 29, são-no pelas regras mais gerais do sistema tributário brasileiro, que definem as competências tributárias dos diferentes níveis de governo e o sistema de transferência intergovernamental de recursos redistributivos, devolutivos e compensatórios.

É claro que existe um conjunto de regras informais, subjacentes às negociações políticas, que envolvem relações intergovernamentais, não explícitas nos fóruns de pactuação do SUS (CIT, CIB, CONASS e CONASEMS), entre os Poderes Legislativo e Executivo dentro e fora da saúde. Assume-se que essas negociações são importantes para o estabelecimento dos padrões normativos observados no federalismo fiscal e no financiamento descentralizado da saúde no Brasil e, particularmente, para a definição das transferências discricionárias de recursos correntes e de capital vinculados à saúde (transferências correntes de convênios e transferências de capital). Embora os objetivos e desenho da pesquisa não tenham sido direcionados para o entendimento do processo político que envolve a formulação e implantação de dispositivos financeiros, o peso das receitas voluntárias nos orçamentos subnacionais é uma boa medida indireta da importância das negociações políticas existentes.

Com relação à tipologia das transferências intergovernamentais utilizada, seu mérito consiste em permitir a distinção das formas de repasse de recursos entre instâncias de governo que, devido às regras que interferem na sua distribuição, possuem maior ou menor poder de redistribuição fiscal. O conceito de redistribuição fiscal proposto por Prado *et al.* (2003) limita-se à idéia de fluxos de recursos que não guardam proporcionalidade com a distribuição territorial das bases tributárias, ou seja, são recursos que as esferas subnacionais não poderiam arrecadar por esforço próprio devido ao sistema de competências tributárias. O caráter redistributivo das transferências não se identifica necessariamente com a redução das desigualdades. Esta é um atributo adicional que as transferências redistributivas podem ou não assumir.

Baseado nesse conceito, as transferências federais do SUS na modalidade “fundo a fundo”, cuja função primordial é viabilizar a política de saúde no âmbito municipal e estadual, podem ser classificadas como transferências redistributivas. Na pesquisa, foi possível averiguar o sentido dessa redistribuição (quais os principais municípios e UF beneficiadas pelas regras que definem o rateio dos recursos), comparando-se as receitas do SUS com a arrecadação tributária própria e outras transferências regulares da União e dos estados.

O potencial de redução das diferenças no acesso aos recursos públicos para o financiamento da saúde é, portanto, outra dimensão analisada. Nesse caso, procura-se aferir

se, na sua totalidade, os recursos exclusivos da saúde, através da redistribuição e da suplementação fiscal proporcionada pelas transferências intergovernamentais setoriais, são capazes de interferir na disponibilidade final das receitas vinculadas à saúde, considerando-se os recursos próprios (diretamente arrecadados ou legalmente transferidos) que essas esferas devem minimamente aportar para o financiamento da saúde.

Quadro 4.1 Descrição das principais fontes de receitas correntes dos municípios vinculadas à saúde – Brasil - 2002

Receitas vinculadas à saúde*	Classificação da receita **	Tipo de transferência ***	Origem dos recursos	Principais condicionantes do ingresso orçamentário dos recursos	Critérios utilizados no cálculo dos recursos transferidos	Condicionantes para alocação dos recursos na saúde****	Relações intergovernamentais predominantes
Receitas correntes municipais com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário							
Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo de Saúde (FS)	▪ Receita patrimonial de remuneração de depósitos bancários.	▪ Não se aplica	▪ Ingresso proveniente de rendimentos e aplicações financeiras sobre os recursos do FMS que podem ter origem diversa.	▪ Atrelados aos tipos de aplicações financeiras realizadas.	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica
Transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde	▪ Transferências de instituições privadas. ▪ Transferências do exterior. ▪ Transferências de pessoas.	▪ Não se aplica	▪ São recursos creditados diretamente por pessoas jurídicas ou doações de instituições privadas (transferências de instituições privadas), provenientes de organismos e fundos internacionais, governos estrangeiros e instituições privadas internacionais (transferências do exterior) e realizadas por pessoas físicas (transferências de pessoas).	▪ Condicionados aos créditos bancários em contas de entidades da Administração Púbica Municipal, geralmente entidades da Administração Indireta (Fundações, Organizações Sociais, etc.).	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica.
Serviços de saúde	▪ Receita de serviços. ▪ A rigor, não são transferências. São recursos recebidos *ad hoc* da União, dos estados, dos municípios ou de consórcios de saúde mediante a contraprestação de serviços na rede pública municipal existente.	▪ Não se aplica	▪ União (principal pagadora) - Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Estados - Orçamento dos estados a partir dos recursos transferidos do FNS no caso dos estados habilitados na condição de GPSE da NOB 01/96 ou NOAS 01/02. ▪ Os recursos repassados da União são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados nas unidades públicas municipais através do SIA e SIH-SUS. ▪ Estes recursos são repassados da União ou estados habilitados somente para os municípios não habilitados na condição de GPSM na NOB 01/96 ou NOAS 01/02	▪ O pagamento dos serviços prestados pode ser até o limite máximo estabelecido nos tetos financeiros de alta e média complexidade através da PPI. ▪ A PPI define os critérios (metas de produção, cobertura dos serviços e parâmetros financeiros) para divisão dos tetos estaduais em tetos financeiros dos municípios não habilitados na condição de GPSM. A metodologia empregada na PPI respeita a série histórica dos gastos informados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).	▪ Os recursos devem ser utilizados no custeio das ações e serviços de saúde prestados nas unidades próprias e informados no SIA e SIH-SUS.	▪ União e municípios não habilitados na condição de GPSM. ▪ Estados habilitados na condição de GPSE e municípios não habilitados na condição de GPSM. ▪ Os estados são responsáveis pela definição da metodologia empregada na PPI e revisão periódica dos tetos financeiros municipais e autorizam o pagamento dos prestadores públicos municipais. ▪ Os municípios interferem na definição e revisão dos tetos financeiros durante as negociações que se

							estabelecem na PPI. ▪ As negociações entre estados e municípios são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Transferências municipais de recursos do SUS	▪ Transferências intergovernamentais dos municípios.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais), de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios ou consórcios municipais de saúde.	▪ Orçamento dos municípios. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SMS.	▪ Condicionados às regras estabelecidas nos acordos municipais.	▪ Recursos pouco explorados pelos gestores, com regras de distribuição que podem variar segundo os acordos municipais.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos acordos intermunicipais.	▪ Intermunicipal, podendo envolver municípios consorciados.
Convênios dos estados para o SUS	▪ Transferências de convênios dos estados e de suas entidades.	▪ Transferências do tipo discricionárias voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	▪ Orçamento dos estados. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SES.	▪ Condicionados à celebração de convênios entre municípios e estados.	▪ Critérios definidos para cada convênio.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos convênios e geralmente envolvem contrapartidas.	▪ Estados e municípios.
Transferências estaduais de recursos do SUS	▪ Transferências intergovernamentais dos estados.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais), de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios ou consórcios municipais de saúde.	▪ Orçamento dos estados. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SES.	▪ Condicionados às regras estabelecidas em cada estado.	▪ Recursos pouco explorados pelos gestores, com regras de distribuição que podem variar em cada estado.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas pelos estados.	▪ Estados e municípios podendo envolver municípios consorciados.
Convênios da União para o SUS	▪ Transferências de convênios da União e suas entidades.	▪ Transferências do tipo discricionárias voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Condicionados à celebração de convênios entre municípios e União.	▪ Critérios definidos para cada convênio.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos convênios e geralmente envolvem contrapartidas..	▪ União e municípios.
Transferências federais de recursos do SUS							
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo) e Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB ampliado)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos	▪ Adesão voluntária do município às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas	▪ Exclusivamente populacional – os recursos variam de R$ 10,00 a R$ 18,00 reais	▪ Devem ser utilizados nas ações e serviços classificados como Atenção Básica.	▪ União e municípios habilitados na condição de GPAB, GPAB Ampliada ou GPSM.

		(formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Habilitação do município na condição de GPAB da NOB 01/96 ou GPAB Ampliada na NOAS 01/02 por decisão da CIB, homologada na CIT e publicada em portaria ministerial específica. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	*per capita* ano.		▪ Os estados avaliam o cumprimento das regras pelos municípios para o recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos (responsabilidades definidas para a AB, pacto da atenção básica, alimentação dos sistemas de informação do SUS, entre outros). ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Piso de Atenção Básica (PAB) variável e outros programas financiados por transferência "fundo a fundo"	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária do município às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas. ▪ Certificação no programa e/ou qualificação do município para recebimento do incentivo financeiro por decisão da CIB, homologada na CIT e publicada em portaria ministerial específica. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	▪ Recursos definidos para cada programa segundo critérios estabelecidos em portarias ministeriais específicas. ▪ Principais recursos transferidos através do PAB variável: faixas de cobertura populacional do programa (PACS/PSF); *mix* de critérios (população, área geográfica, perfil epidemiológico e capacidade de renda) (Epidemiologia e Controle de Doenças); populacional (PAB-VISA); entre outros.	▪ Devem ser utilizados nas ações e serviços que incluem o referido programa.	▪ União e municípios certificados/qualificados no programa/incentivo. ▪ Os estados avaliam o cumprimento das regras pelos municípios para o recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Transferências de alta e média complexidade (SIA-SIH)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do	▪ Adesão voluntária do município às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas. ▪ Habilitação do	▪ Os montantes referentes aos serviços de alta e média complexidade ambulatoriais e hospitalares, transferidos	▪ Os recursos devem ser utilizados no pagamento das ações e serviços de saúde de alta e média complexidade, prestados nas unidades	▪ União e municípios habilitados na condição de GPSM. ▪ Os estados avaliam o cumprimento das regras pelos municípios para o

		exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	MS.	município na condição de GPSM da NOB 01/96 ou NOAS 01/02 por decisão da CIB, homologada na CIT e publicada em portaria ministerial específica. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	para cada município habilitado, são definidos através da PPI. ▪ A PPI define os critérios (metas de produção, cobertura dos serviços e parâmetros financeiros) para divisão dos tetos estaduais em montantes financeiros dos municípios habilitados na condição de GPSM. ▪ A metodologia empregada na PPI respeita a série histórica dos gastos informados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).	públicas e privadas credenciadas ao SUS e informados no SIA e SIH-SUS. Estas unidades devem estar situadas nos municípios em GPSM. ▪ Há possibilidade de realocação dos recursos entre os prestadores credenciados.	recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos. ▪ Os estados são responsáveis pela definição da metodologia empregada na PPI e revisão periódica dos tetos financeiros municipais. ▪ Os municípios interferem na definição e revisão dos tetos financeiros durante as negociações que se estabelecem na PPI. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-campanhas)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde nos municípios.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária do município às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas para credenciamento/habilitação do serviço ao recebimento do recurso. ▪ Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS, sistemas APAC), nas unidades públicas e privadas credenciadas ao SUS e autorizadas a receber os recursos. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação	▪ Recursos recebidos *ad hoc*, por prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados e de alta complexidade, na rede pública e privada credenciada ao SUS existente nos municípios. ▪ O pagamento de serviços prestados de alta complexidade (oncologia, TRS, hemoterapia, entre outros) é feito até um limite máximo estabelecido em tetos financeiros. Para campanhas e algumas outras ações estratégicas (AIDS, dengue, etc.), não há limite de tetos.	▪ Os recursos devem ser utilizados no pagamento das ações e serviços de saúde prestados e informados no SIA, SIH-SUS e APAC.	▪ União e municípios com serviços credenciados, habilitados para o recebimento dos recursos. ▪ Os estados são responsáveis pela definição da metodologia empregada na definição dos tetos financeiros específicos (oncologia, TRS, hemoterapia, entre outros). ▪ Os municípios podem participar da definição da metodologia empregada nos tetos financeiros específicos. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de

				regular dos sistemas de informação do SUS).			partilha da gestão dos recursos.
Receitas correntes municipais vinculadas à saúde por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar*****							
Impostos diretamente arrecadados (ISS, IPTU, IRRF), incluindo dívida ativa, multas e juros de mora	▪ Receita tributária. ▪ Receita da dívida ativa de impostos. ▪ Receita de multas e juros de mora de impostos.	▪ Não se aplica.	▪ Recursos diretamente arrecadados pelos municípios.	▪ Condicionados às regras que definem as competências tributárias na Constituição Federal e Leis complementares. ▪ Bases tributárias disponíveis e esforço fiscal dos municípios.	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica.
cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e recursos compensatórios relacionados à Lei Complementar (LC) 87/1996 (Lei Kandir)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (não guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ FPM – 22,5% da arrecadação líquida de IR mais IPI (exclui incentivo ou restituição). Percentagem e bases fixadas na Constituição Federal. ▪ Lei Kandir – 25% dos títulos do Tesouro Nacional e dotações do Orçamento Fiscal da União voltados para o conjunto das UF.	▪ FPM - condicionados às regras de rateio definidas na Constituição Federal e Leis complementares; TCU, após estimativa do IBGE define o coeficiente de participação do estado no total do FPM-interior e os coeficientes individuais dos municípios. ▪ Lei Kandir - condicionados às regras de rateio estabelecidas na LC 87/1996. ▪ Os repasses destes recursos estão condicionados ao pagamento das dívidas ativas dos municípios com a União.	▪ FPM - 10% para capitais (soma de dois coeficientes individuais: um diretamente proporcional à população e outro inverso à renda *per capita* do estado); 86,4% para municípios não capitais (municípios do interior) (coeficientes proporcionais à população, segundo intervalos, com um piso de 10 mil e um teto de 156 mil habitantes); 3,6% adicionalmente para os municípios não capitais com mais de 156 mil habitantes (coeficientes proporcionais à população e inversamente proporcionais à renda *per capita* do estado; há coeficientes mínimo e máximo). ▪ Lei Kandir - mesmas condições de rateio do ICMS.	▪ Não privativos da saúde.	▪ União e municípios
Imposto de Transmissão Rural (ITR)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo devolutivo (guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal	▪ 50% da arrecadação líquida do ITR pela União.	▪ Condicionados às regras de rateio estabelecidas na Constituição Federal	▪ Proporcional aos imóveis rurais situados no município.	▪ Não privativos da saúde.	▪ União e municípios

		(formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.					
cota-parte do ICMS (75%) e do IPVA	▪ Transferências intergovernamentais dos estados.	▪ Transferências do tipo devolutivo (guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ ICMS – 18,75% da arrecadação estadual. ▪ IPVA - 50% da arrecadação líquida do IPVA pelos estados.	▪ Condicionados às regras de rateio estabelecidas na Constituição Federal.	▪ ICMS – valor adicionado nos municípios, compreendendo todas as operações prestadas pelas empresas nele situadas. ▪ IPVA – proporcional aos veículos licenciados na localidade.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Estados e municípios
cota-parte do ICMS (25%) e cota-parte do IPI sobre Exportações (25%)	▪ Transferências intergovernamentais dos estados.	▪ Transferências do tipo redistributivo (não guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ ICMS – 6,25% da arrecadação estadual. ▪ IPI-Exp – 2,5% da arrecadação líquida do IPI pela União.	▪ ICMS - condicionados às regras de rateio definidas na Constituição Federal e Legislativo estadual ▪ IPI-Exp - condicionados às regras de rateio estabelecidas na Constituição Federal. ▪ Os repasses do IPI-Exp para os estados e, posteriormente, para os municípios, estão condicionados ao pagamento das dívidas ativas dos municípios com a União.	▪ ICMS – fixados em Lei Estadual podem envolver população, unidades arrecadadoras, elaboração de coeficientes individuais calculados pelas Secretarias Estaduais de Fazenda. ▪ IPI- Exp – mesmas condições de rateio do ICMS.	▪ Não privativos da saúde.	▪ ICMS - Estados e municípios ▪ IPI-Exp – União-estados-municípios

Fonte: Elaboração própria a partir de fontes documentais e bibliográficas.
Notas: * Receitas informadas através da versão 2002 do SIOPS.
**** A classificação da receita foi feita conforme estipulado no Manual de Procedimentos de Receitas Públicas da Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, MF, STN, 2004).**
**** As transferências intergovernamentais da saúde foram tipificadas a partir da adaptação da proposta de Prado (2003 a, 2003 b) e Prado *et al.* (2003).**
***** Não estão explicitados os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre as despesas públicas, que incluem a determinação do limite máximo de 60% da receita corrente líquida com despesas com pessoal.**
****** Do montante global das receitas vinculadas à saúde pela EC 29 não menos do que 15% deve se destinar à saúde.**

Quadro 4.2 Descrição das principais fontes de receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde – Brasil - 2002

Receitas vinculadas à saúde*	Classificação da receita **	Tipo de transferência ***	Origem dos recursos	Principais condicionantes do ingresso orçamentário dos recursos	Critérios utilizados no cálculo dos recursos transferidos	Condicionantes para alocação dos recursos na saúde****	Relações intergovernamentais predominantes
Receitas correntes dos estados e DF com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário							
Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo de Saúde (FS)	▪ Receita patrimonial de remuneração de depósitos bancários.	▪ Não se aplica	▪ Ingresso proveniente de rendimentos e aplicações financeiras sobre os recursos do FES que podem ter origem diversa.	▪ Atrelados aos tipos de aplicações financeiras realizadas.	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica
Transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde	▪ Transferências de instituições privadas. ▪ Transferências do exterior. ▪ Transferências de pessoas.	▪ Não se aplica	▪ São recursos creditados diretamente por pessoas jurídicas ou doações de instituições privadas (transferências de instituições privadas), provenientes de organismos e fundos internacionais, governos estrangeiros e instituições privadas internacionais (transferências do exterior) e realizadas por pessoas físicas (transferências de pessoas).	▪ Condicionados aos créditos bancários em contas de entidades da Administração Púbica Estadual, geralmente entidades da Administração Indireta (Fundações, Organizações Sociais, etc.).	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica.
Serviços de saúde	▪ Receita de serviços. ▪ A rigor, não são transferências. São recursos recebidos *ad hoc* da União, dos estados e DF, dos municípios ou de consórcios de saúde mediante a contraprestação de serviços na rede pública estadual existente.	▪ Não se aplica	▪ União (principal pagadora) - Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Municípios – Orçamento dos municípios, a partir dos recursos transferidos do FNS no caso dos habilitados na condição de GPSM da NOB 01/96 ou NOAS 01/02. ▪ Os recursos repassados da União são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestados nas unidades públicas estaduais através dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar do SUS (SIA e SIH-SUS). ▪ Estes recursos são repassados da União ou municípios habilitados somente para as UF não habilitadas na condição de GPSE na NOB 01/96 ou NOAS 01/02.	▪ O pagamento dos serviços prestados pode ser feito até o limite máximo estabelecido nos tetos financeiros de alta e média complexidade sob gestão dos estados. .	▪ Os recursos devem ser utilizados no custeio das ações e serviços de saúde prestados nas unidades próprias e informados no SIA e SIH-SUS.	▪ Mais comum: União e UF não habilitadas na condição de GPSE. ▪ Municípios habilitados na condição de GPSM e UF não habilitados na condição de GPSE. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Transferências municipais de recursos do SUS	▪ Transferências intergovernamentais dos municípios.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais), de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços	▪ Orçamento dos municípios. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SMS.	▪ Condicionados às regras estabelecidas nos acordos intergovernamentais.	▪ Recursos pouco explorados pelos gestores, com regras de distribuição que podem variar segundo os acordos intergovernamentais.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos acordos intergovernamentais	▪ Municípios e UF podendo envolver municípios consorciados.

		de saúde prestados (incluindo a distribuição de medicamentos excepcionais) aos municípios ou a consórcios municipais de saúde					
Convênios dos estados para o SUS	▪ Transferências de convênios dos estados e de suas entidades.	▪ Transferências do tipo discricionárias voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento dos estados. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SES.	▪ Condicionados à celebração de convênios entre as UF.	▪ Critérios definidos para cada convênio.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos convênios e geralmente envolvem contrapartidas.	▪ Interestaduais.
Transferências estaduais de recursos do SUS	▪ Transferências intergovernamentais dos estados.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais), de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento dos estados. ▪ Os recursos podem ser definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento das SES.	▪ Condicionados às regras estabelecidas nos acordos interestaduais.	▪ Recursos pouco explorados pelos gestores, com regras de distribuição que podem variar segundo os acordos intergovernamentais.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas segundo os acordos intergovernamentais.	▪ Interestaduais.
Convênios da União para o SUS	▪ Transferências de convênios da União e suas entidades.	▪ Transferências do tipo discricionárias voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Condicionados à celebração de convênios entre estados e União.	▪ Critérios definidos para cada convênio.	▪ Devem ser utilizados conforme as regras estabelecidas nos convênios e geralmente envolvem contrapartidas.	▪ União e UF.
Transferência para pagamento de pessoal de saúde do DF OBS: Exclusivo para o DF	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados no DF	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Não possui condicionantes específicos. ▪ Atende ao princípio de que a economia local dominada pela Administração Pública Federal não constitui base rentável para impostos estaduais e municipais do DF.	▪ Número de servidores federais em exercício no DF.	▪ Devem ser utilizadas para cobrir as despesas com pagamento de pessoal (funcionários públicos federais) que atuam na área da saúde.	▪ União e DF
Transferências federais de recursos do SUS							
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária da UF às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas ▪ Habilitação do estado na condição de GASE ou GPSE na NOB 01/96 ou	▪ Exclusivamente populacional – os recursos variam de R$ 10,00 a R$ 18,00 reais *per capita* ano e o montante transferido aos estados é calculado	▪ Devem ser utilizados nas ações e serviços classificados como Atenção Básica. ▪ O estado repassa os recursos recebidos da União na modalidade	▪ União e UF habilitados em GASE ou GPSE. ▪ Estados habilitados e municípios não habilitados na NOB 01/96 e NOAS 01/02. ▪ A União avalia o

		viabilização dos serviços de saúde prestados.		NOAS 01/02 por decisão da CIT, publicada em portaria ministerial específica e existência no estado de municípios não habilitados. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	levando-se em consideração somente os municípios não habilitados na NOB 01/96 ou NOAS 01/02.	prestação de serviços para os municípios não habilitados.	cumprimento das regras pelos estados para o recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.
Piso de Atenção Básica (PAB) variável e outros programas financiados por transferência "fundo a fundo"	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária da UF às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas. ▪ Certificação no programa e/ou qualificação do estado para recebimento do incentivo financeiro por decisão da CIT e publicada em portaria ministerial específica. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	▪ Recursos definidos para cada programa segundo critérios estabelecidos em portarias ministeriais específicas. ▪ Principais recursos transferidos através do PAB variável: *mix* de critérios (população, área geográfica, perfil epidemiológico e capacidade de renda) (Epidemiologia e Controle de Doenças); produção e faturamento (TFD); montante global definido para cada unidade (co-financiamento de unidades próprias) entre outros. Principais recursos de outros programas: produção e faturamento (medicamentos excepcionais); *mix* de critérios atrelados a celebração de termos de ajustes e metas que incluem taxas arrecadas pela ANVISA (alta e média complexidade de VISA).	▪ Devem ser utilizados nas ações e serviços que incluem o referido programa.	▪ União e UF certificados/qualificados no programa/incentivo. ▪ A União avalia o cumprimento das regras pelos estados para o recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.

Transferências de alta e média complexidade (SIA-SIH)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária da UF às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas. ▪ Habilitação da UF na condição de GPSE na NOB 01/96 ou NOAS 01/02 por decisão da CIT e publicada em portaria ministerial específica. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	▪ Os montantes transferidos para cada estado habilitado, são calculados através da diferença entre os tetos financeiros de alta e média complexidade dos estados e os montantes transferidos aos municípios habilitados em GPSM (“sobra” do teto). ▪ A definição dos tetos estaduais obedece a critério diversos incluindo a série histórica dos gastos informados através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS).	▪ Os recursos devem ser utilizados no pagamento das ações e serviços de saúde de alta e média complexidade, prestados nas unidades públicas e privadas credenciadas ao SUS e informados no SIA e SIH-SUS. Estas unidades devem estar, preferencialmente, situadas nos municípios não habilitados em GPSM. ▪ Há possibilidade de realocação dos recursos entre os prestadores credenciados em cada município, até o valor máximo estabelecido nos tetos financeiros municipais pela PPI.	▪ União e UF habilitados na condição de GPSE ▪ A União avalia o cumprimento das regras pelos estados para o recebimento inicial e manutenção das transferências dos recursos. ▪ Os estados são responsáveis pela definição da metodologia empregada na PPI e revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios. ▪ Os municípios interferem na definição e revisão dos tetos financeiros durante as negociações que se estabelecem na PPI. ▪ As negociações entre estados e município são importantes para a definição do modelo de descentralização e de partilha da gestão dos recursos.

Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-campanhas)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (sem relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), voltadas exclusivamente para a viabilização dos serviços de saúde prestados.	▪ Orçamento da União, baseado principalmente em contribuições sociais. ▪ Os recursos são definidos em programas de trabalho específicos do Orçamento do MS.	▪ Adesão voluntária da UF às normas e critérios estabelecidos pelo MS em portarias específicas para credenciamento/habilitação do serviço ao recebimento do recurso. ▪ Capacidade de informação da produção e faturamento dos serviços prestadas através de sistemas específicos (SIA e SIH-SUS, sistemas APAC), nas unidades públicas estaduais e privadas credenciadas ao SUS (existentes nos municípios não habilitados em GPSM) e autorizadas a receber os recursos. ▪ Atendimento das exigências para manutenção dos repasses (principalmente relacionadas à alimentação regular dos sistemas de informação do SUS).	▪ Recursos recebidos *ad hoc*, por prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados e de alta complexidade, na rede pública estadual ou privada credenciada ao SUS (existente nos municípios não habilitados em GPSM). ▪ O pagamento de serviços prestados de alta complexidade (oncologia, TRS, hemoterapia, entre outros) é feito até um limite máximo estabelecido em tetos financeiros. Para campanhas e algumas outras ações estratégicas (AIDS, dengue, etc.), não há limite de tetos.	▪ Os recursos devem ser utilizados no pagamento das ações e serviços de saúde prestados e informados no SIA, SIH-SUS e APAC.	▪ União e UF com serviços credenciados, autorizados a receber os recursos. ▪ Os estados são responsáveis pela definição da metodologia empregada na definição dos tetos financeiros específicos (oncologia, TRS, hemoterapia, entre outros). ▪ Os municípios podem participar da definição da metodologia empregada nos tetos financeiros específicos.
Receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar*****							
Impostos diretamente arrecadados (ICMS, IPVA, ITCMD, IRRF), incluindo dívida ativa, multas e juros de mora OBS: O DF inclui impostos de base municipal (IPTU, ISS, ITBI).	▪ Receita tributária. ▪ Receita da dívida ativa de impostos. ▪ Receita de multas e juros de mora de impostos.	▪ Não se aplica.	▪ Recursos diretamente arrecadados pelas UF.	▪ Condicionados às regras que definem as competências tributárias na Constituição Federal e Leis complementares. ▪ Bases tributárias disponíveis e esforço fiscal dos estados e DF.	▪ Não se aplica.	▪ Não privativos da saúde.	▪ Não se aplica.
cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE) OBS: O DF inclui o FPM destinado à Brasília que segue os critérios de rateio para as capitais (ver Quadro 4.1).	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo redistributivo (não guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ 21,5% da arrecadação líquida de IR mais IPI (exclui incentivo ou restituição). Percentagem e bases fixadas na Constituição Federal.	▪ Condicionados às regras de rateio definidas na Constituição Federal e Leis complementares. ▪ Os repasses destes recursos estão condicionados ao pagamento das dívidas ativas dos municípios com a	▪ Coeficientes individuais fixos, que limitam a participação de SP à 1% e dos estados do Sul e SE à 15%. ▪ No cálculo dos coeficientes estão embutidos os seguintes	▪ Não privativos da saúde.	▪ União e UF.

				União.	critérios: população, superfície de cada UF, inverso da renda *per capita.*		
Recursos compensatórios relacionados ao IPI - Exportação (75%) e à Lei Complementar (LC) 87/1996 (Lei Kandir)	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo compensatório (compensam as UF pelas perdas relativas às desonerações tributárias fixadas pela União e guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ IPI-Exp – 7,5% da arrecadação líquida do IPI pela União. ▪ Lei Kandir – 25% dos títulos do Tesouro Nacional e dotações do Orçamento Fiscal da União voltados para o conjunto das UF.	▪ IPI-Exp - condicionados às regras de rateio estabelecidas na Constituição Federal. ▪ Lei Kandir - condicionados às regras de rateio estabelecidas na LC 87/1996.	▪ IPI-Exp - proporcional às exportações de produtos industrializados das UF, limitada a participação individual até 20%, redistribuído o excesso entre os demais estados. ▪ Lei Kandir – proporcional à arrecadação do ICMS relativo aos produtos semi-elaborados e primários e aos bens para ativo fixo e consumo próprio das empresas.	▪ Não privativos da saúde.	▪ União e UF.
Imposto de Transmissão Rural (ITR) OBS: Exclusivo para o DF.	▪ Transferências intergovernamentais da União.	▪ Transferências do tipo devolutivo (guardam relação com as bases tributárias locais) e de caráter legal (formalmente regulamentadas), não exclusivas da saúde.	▪ 50% da arrecadação líquida do ITR pela União.	▪ Condicionados às regras de rateio estabelecidas na Constituição Federal	▪ Proporcional aos imóveis rurais situados em Brasília.	▪ Não privativos da saúde.	▪ União e DF.

Fonte: Elaboração própria a partir de fontes documentais e bibliográficas.
Notas: * Receitas informadas através da versão 2002 do SIOPS.
**** A classificação da receita foi feita conforme estipulado no Manual de Procedimentos de Receitas Públicas da Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, MF, STN, 2004).**
***** As transferências intergovernamentais da saúde foram tipificadas a partir da adaptação da proposta de Prado (2003 a, 2003 b) e Prado *et al.* (2003).**
****** Não estão explicitados os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre as despesas públicas, que incluem a determinação do limite máximo de 60% da receita corrente líquida com despesas com pessoal.**
******* Do montante global das receitas vinculadas à saúde pela EC 29 não menos do que 12% deve se destinar à saúde. Para o DF, não menos do que 15% das receitas de competência municipal e 12% das receitas de competência estadual.**

4.2 Perfil dos municípios analisados e limitações do estudo

A abrangência populacional e a representatividade dos municípios analisados na pesquisa são extremamente elevadas. O banco montado a partir do SIOPS possui informações para 5242 municípios, do total de 5561 existentes em 2002 (94,3%), incluindo todas as 26 capitais dos estados[161]. Juntos, esses municípios albergam 96% da população brasileira estimada pelo IBGE para 2002.

Como pode ser visto na Tabela 4.1, em grande parte dos estados praticamente todos os municípios informaram o SIOPS em 2002: MT, MS, BA, CE, SE, AC, RR, ES, MG, SP, RS e SC. A região Norte é aquela que apresenta a menor representatividade de seus municípios no banco (80% dos municípios informaram o SIOPS) e, particularmente, os estados de TO, RO e MA, nos quais se verifica ausência de informações para cerca de 30% dos municípios existentes à época. Embora não se possa afirmar com segurança que a ausência dessas informações não tenha interferido nas análises efetuadas, o número de registros utilizados é grande e comparável a grandes inquéritos nacionais recentemente realizados[162].

---

[161] Pelas suas características peculiares, as receitas do DF são informadas ao SIOPS como receitas estaduais e contabilizadas no banco de receitas das UF (26 estados e 1 DF) montados para a pesquisa. No entanto, na base do IBGE, Brasília é classificada como um município para efeito de contagem populacional. Isso se reflete na abrangência e representatividade da base apresentada nesse item, já que, pelo IBGE, em 2002 o Brasil possui 5561 municípios.

[162] Nesse sentido, destaca-se a pesquisa "Perfil dos Municípios Brasileiros", conduzida pelo IBGE (IBGE, 2004). A pesquisa investigou todos os 5507 municípios instalados no Brasil até 31 de dezembro de 2000, levantando, através de instrumentos específicos, informações das receitas e despesas municipais referentes aos anos de 1998, 1999 e 2000. Os resultados estão disponíveis em http://www1.ibge.gov.br/. Último acesso em março de 2006. Infelizmente, o detalhamento das receitas da saúde dos instrumentos não contempla os objetivos deste estudo.

Tabela 4.1 Abrangência populacional e representatividade dos municípios analisados na pesquisa por região e UF - Brasil – 2002

Região	UF	N. de municípios cobertos	% de municípios cobertos	População coberta	% da população coberta
CO	DF	-	-	-	-
	GO	218	88,6	4.850.110	93,1
	MT	138	99,3	2.597.502	99,7
	MS	77	100,0	2.140.620	100,0
	Total	***433***	***93,5***	***9.588.232***	***79,2***
NE	AL	96	94,1	2.806.520	97,2
	BA	410	98,3	13.185.801	99,0
	CE	184	100,0	7.654.540	100,0
	MA	161	74,2	4.932.200	85,0
	PB	202	90,6	3.322.634	95,1
	PE	167	90,3	7.603.389	94,0
	PI	194	87,4	2.704.106	93,3
	RN	155	92,8	2.740.716	96,1
	SE	75	100,0	1.846.042	100,0
	Total	***1644***	***91,7***	***46.795.948***	***95,8***
NO	AC	22	100,0	586.945	100,0
	AP	15	93,8	509.456	98,6
	AM	52	83,9	2.800.940	94,6
	PA	117	81,8	6.014.139	93,2
	RO	38	73,1	1.280.200	89,4
	RR	15	100,0	346.866	100,0
	TO	100	71,9	1.030.328	85,4
	Total	***359***	***80,0***	***12.568.874***	***93,1***
SE	ES	78	100,0	3.201.712	100,0
	MG	836	98,0	18.238.381	99,4
	RJ	82	89,1	14.305.912	97,2
	SP	644	99,8	38.168.261	100,0
	Total	***1640***	***98,3***	***73.914.266***	***99,3***
SUL	PR	377	94,5	9.633.742	98,3
	RS	497	100,0	10.408.428	100,0
	SC	292	99,7	5.520.894	99,9
	Total	***1166***	***98,1***	***25.563.064***	***99,3***
Total		**5242**	**94,3**	**168.430.384**	**96,4**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Como a maior parte dos municípios que não informaram o SIOPS em 2002 são de pequeno porte (Tabela 4.2), mesmo para região Norte e para os estados de TO, RO e MA a abrangência populacional é alta. Ela está acima de 93% na região Norte e é maior que 85% nos respectivos estados.

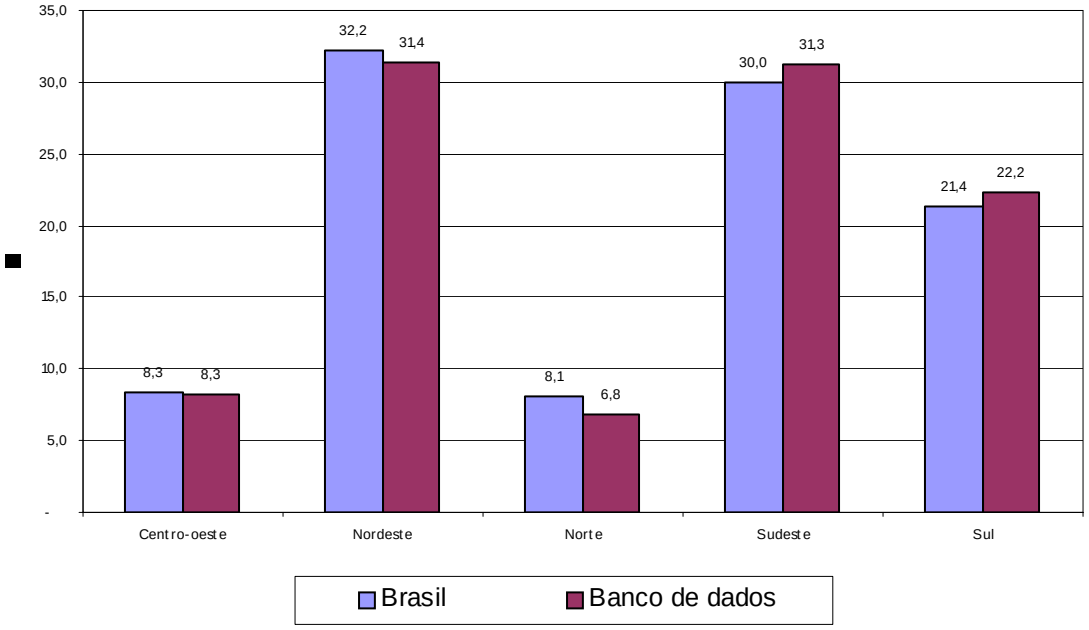
Tabela 4.2 Abrangência populacional e representatividade dos municípios analisados na pesquisa segundo porte populacional e capitais - Brasil – 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	N. de municípios cobertos	% de municípios cobertos	População coberta	% da população coberta
até 5 mil	1281	93,4	4.287.958	93,5
5.001 a 10 mil	1225	93,2	8.779.063	93,1
10.001 a 20 mil	1259	93,1	17.960.538	92,9
20.001 a 50 mil	945	96,2	28.440.539	96,6
50.001 a 100 mil	304	98,1	21.369.826	98,1
100.001 a 200 mil	117	99,2	16.543.628	99,3
200.001 a 400 mil	61	98,4	17.139.818	98,8
mais de 400 mil	24	100,0	14.470.917	100,0
Capitais	26	96,3	39.438.097	94,8
Total	**5242**	**94,3**	**168.430.384**	**96,4**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Devido à significativa abrangência e representatividade da base municipal constituída, o padrão de distribuição dos municípios analisados por região, UF e porte populacional segue aquele observado para o universo dos municípios brasileiros. Observa-se no Gráfico 4.1 que a maior parte dos municípios localiza-se no Nordeste (31,4%) e Sudeste (31,3%), seguida das regiões Sul (22,2%), Centro-Oeste (8,3%) e Norte (6,8%). Os estados que concentram maior número de municípios são MG (16%), SP (12,3%), RS (9,5%), BA (7,8%) e PR (7,2%).

Gráfico 4.1 Distribuição proporcional dos municípios brasileiros e daqueles analisados na pesquisa por região – Brasil - 2002

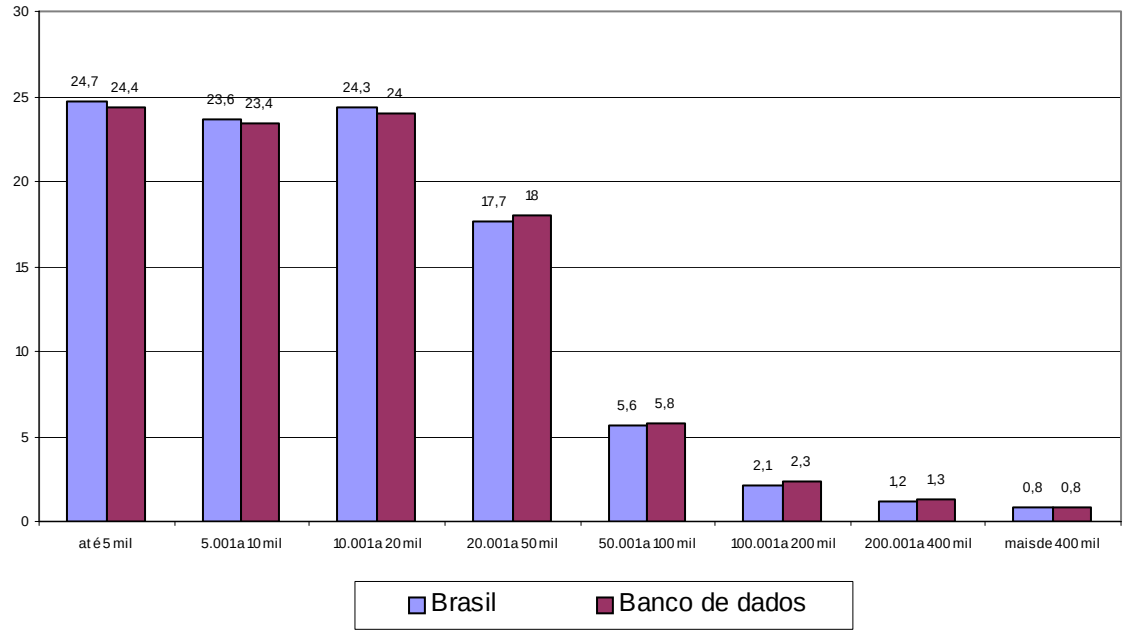


Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

A maioria dos municípios é muito pequena ou de pequeno porte (quase 50% dos municípios possuem população até 10 mil habitantes), sendo que os com mais de 100 mil habitantes representam somente 4,6% do total, incluindo aqui as capitais (Gráfico 4.2). Ressalta-se que das 26 capitais, 19 (73%) possuem população maior do que 400.000 habitantes. As exceções são Palmas (161.136 habitantes), Boa Vista (214.541 habitantes), Rio Branco (267.741 habitantes), Vitória (299.358 habitantes), Macapá (306.580 habitantes), Porto Velho (347.843 habitantes) e Florianópolis (360.603 habitantes).

Embora em número bastante reduzido, os municípios com mais de 100 mil habitantes agregam mais do que 50% da população estimada pelo IBGE para 2002, enquanto os com população até 10 mil habitantes, cerca de 8% do total. A relação entre o número de municípios médios e a população é mais equilibrada. Representando cerca de 23% do universo dos municípios brasileiros e daqueles analisados na pesquisa, eles contêm 29% da população.

Gráfico 4.2 Distribuição proporcional dos municípios brasileiros e daqueles analisados na pesquisa por porte populacional – Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Mesmo sabendo da influência conjunta de determinados fatores para a obtenção de recursos financeiros destinados à saúde, a opção foi averiguar a distribuição das receitas nos municípios agregados por localização e porte populacional separadamente. Sabe-se, por exemplo, que municípios com o mesmo porte populacional situados em estados diferentes podem receber receitas de transferências oriundas da União distintas, já que as regras que definem a partilha do FPM estabelecem coeficientes estaduais específicos de rateio. Essa opção deve-se ao caráter exploratório da pesquisa e à amplitude dos dados analisados. Assim, o aprofundamento da análise orçamentária dos municípios no interior das regiões e UF brasileiras, considerando-se outras variáveis importantes para distinção dos municípios (porte, renda, condições socioeconômicas, entre outras) poderá ser desenvolvido no futuro como um desdobramento desse trabalho. É preciso, no entanto, descrever os municípios por localização e porte populacional para compreendermos melhor o universo analisado.

As Tabelas 1 a 4 do volume 2 resumem os perfis dos municípios do banco por porte e localização geográfica. Observa-se a seguinte tendência nas regiões e UF.

1. Em todas as regiões e estados preponderam os municípios com até 10 mil habitantes sendo que nas regiões Norte e Nordeste, verificam-se proporções maiores de

municípios com mais de 20 mil até 50 mil habitantes, assim como nos estados de AL, AM, CE, PA, RJ e SE.

2. Os municípios muito pequenos concentram-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste e nos estados de MG e RS; os pequenos, nas regiões Sudeste e Nordeste e nos estados de MG e BA; os municípios médios, nas regiões Sudeste e Nordeste, especialmente em SP, BA e MG e; os grandes, nas regiões Sudeste e Sul, em SP, RS e RJ.

A habilitação do município nas diferentes condições do SUS da NOB 01/96 ou NOAS 01/02 é pré-requisito para recebimento de determinados tipos de recursos federais transferidos na modalidade "fundo a fundo" em 2002. Somente os municípios habilitados na condição de GPSM estão aptos a receber recursos voltados para os serviços de alta e média complexidade privados credenciados ao SUS existentes em seus territórios. Por sua vez, os municípios habilitados em GPAB podem receber recursos transferidos segundo critério *per capita* voltados para o financiamento do primeiro nível da atenção à saúde (PAB fixo ou PAB ampliado).

Além disso, o momento da habilitação também determina o volume de receitas da União adquiridas no ano de 2002. Por exemplo, um município já habilitado na condição de GPSM em janeiro de 2002, e que permaneceu assim habilitado ao longo de todo o ano, sem interrupção dos fluxos financeiros transferidos, obteve recursos voltados para alta e média complexidade por doze meses. Pelo contrário, um município habilitado no final de 2002 só obteve recursos nessa modalidade de transferência por poucos meses do ano.

A pesquisa não tem como finalidade analisar os impactos dos tipos de descentralização do SUS, relacionados às diferentes condições de gestão, nas receitas públicas municipais. Caso fosse esse o propósito, os registros municipais deveriam ter sido separados em bases de dados distintas, segundo o modelo de habilitação adotado pelo município. Ainda assim, o rigor metodológico exigiria a consideração apenas dos municípios que permaneceram habilitados na mesma condição de gestão ao longo do ano e que não sofreram intercorrências no recebimento de recursos. O objetivo, porém, é compreender os resultados mais gerais do conjunto de critérios e condicionantes atrelados à obtenção e partilha de recursos voltados para a saúde. A situação de habilitação dos municípios é uma das variáveis que interferem nesse processo e sua valorização em

demasia poderia obscurecer o entendimento de outros fatores também importantes atrelados ao federalismo fiscal.

Entretanto, para um aprofundamento da realidade dos municípios retratada neste estudo, o processo de habilitação foi considerado segundo dois tipos de transferência federal do SUS na modalidade "fundo a fundo" – alta e média complexidade e recursos *per capita* da atenção básica– consideradas como discriminantes das condições de habilitação no SUS:

1- municípios que não informaram ingresso orçamentário relativo ao PAB fixo, PAB ampliado e às transferências de alta e média complexidade do SUS em 2002 foram tratados como não habilitados (NH);

2- municípios que informaram ingresso orçamentário de PAB fixo ou PAB ampliado e não informaram ingresso relativo às transferências de alta e média complexidade do SUS em 2002, considerados habilitados em GPAB;

3- municípios que informaram obter ingresso orçamentário relativo às transferências de alta e média complexidade em 2002 foram considerados municípios habilitados em GPSM.

Embora possíveis erros tenham sido cometidos nessa classificação devido à informação equivocada de alguns tipos de receitas municipais, o estudo de Lima (2005) nos demonstra que as variáveis adotadas para diferenciação da condição de habilitação dos municípios são bastante confiáveis[163].

Em 2002, 23 municípios não estavam aptos a receber transferências automáticas da União (Tabelas 5 a 10 do volume 2). Esses municípios localizam-se em MG (12 municípios), AC (3 municípios), SP e SC (2 municípios cada). Em relação ao porte populacional, são municípios muito pequenos (12 municípios) e pequenos (9 municípios).

A maior parte dos 562 municípios considerados habilitados em GPSM (10,7% da base) encontra-se na região Sudeste (49%) e no Nordeste (26%), particularmente nos

[163] A informação fornecida pela Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em relação à situação de habilitação dos municípios não coincide com os levantamentos realizados por Oliveira (2002). Os dados obtidos da CIT em planilha *Excel* evidenciam que 513 municípios estavam habilitados em GPSM em dezembro de 2002, enquanto Oliveira relata que 562 já estavam habilitados nessa condição de gestão em dezembro de 2001. Destaca-se que, segundo informação da CIT, a maior parte das habilitações em GPSM estão atreladas à NOB 01/96 e ocorreram até o final de 2001. Somente 16% dos municípios habilitaram-se em

estados de SP (29%) e MG (10%). As regiões, por sua vez, com maior proporção destes municípios são o Norte (19,8%) e o Sudeste (16,8%) e os estados do ES (cerca de 45% de seus municípios[164]), PA (35%), RO (29%) e RJ (27%). Esses municípios são predominantemente de médio porte - 31% com mais de 20 mil até 50 mil habitantes e 22% com população entre 50.001 até 100 mil habitantes -, sendo que mais do que 60% das jurisdições locais com população superior a 100 mil habitantes e 18 capitais (69%) informam receber recursos de alta e média complexidade. Em relação às capitais, as exceções são Florianópolis, Macapá, Manaus, Porto Velho, Rio Branco, Salvador, São Paulo e Vitória.

Como os municípios habilitados a receber recursos do PAB fixo ou ampliado (4.657 ou cerca de 89% dos municípios da base) são na sua maioria municípios muito pequenos e pequenos, sua distribuição por localização geográfica segue aquela observada para a totalidade dos municípios na base.

Algumas limitações desse estudo merecem ainda ser destacadas. A temporalidade dos dados analisados exige cautela na afirmação de determinadas tendências ou padrões observados. Elas sempre serão restritas ao ano de 2002. Por outro lado, sabemos que a pesquisa retrata uma dada realidade histórica, sofrendo a interferência de múltiplos fatores de contexto. Os condicionantes que importam para o recebimento dos recursos do SUS são mutáveis ao longo do tempo, como, por exemplo, a própria adesão voluntária dos municípios às regras definidas no âmbito da política nacional de saúde. Entendemos que, para estudos futuros, mais interessante do que compor uma série histórica das receitas seria selecionar e comparar alguns anos considerados críticos para as mudanças das regras de obtenção e distribuição das receitas voltadas para a saúde.

Entretanto, algumas das vantagens anteriormente relacionadas ao SIOPS dificultam a realização de estudos comparativos. Devido às mudanças e atualizações freqüentes do sistema, as variáveis que o compõem não são exatamente as mesmas ao longo dos anos. Nos anos recentes, é possível verificar um maior detalhamento das transferências

---

GPSM na NOAS 01/02 em 2002, sendo que a maior parte dessas habilitações ocorreram na segunda metade do ano.

[164] Ressalta-se que o ES adotou como incentivo à habilitação em GPSM na NOB 01/96 critérios diferenciados para o rateio do ICMS. Como se verá adiante, o impacto dessa medida não é tão significativo para obtenção de receitas pelos municípios devido ao seu pequeno porte e à pouca expressão da rede de serviços neles existentes.

intergovernamentais informadas através do SIOPS[165]. Além do que, a abrangência e representatividade da base dos dados varia ao longo dos anos. Isso nos obrigaria a eleger os agregados das receitas (variáveis do banco) utilizadas nas comparações e restringir o universo de municípios analisados a partir da adoção de algum critério amostral.

Mais uma vez, é preciso enfatizar as limitações do uso dos valores de receita *per capita*: eles são insuficientes para medir necessidades diferenciadas de gastos em saúde devido aos fatores apontados anteriormente. Não se pode e nem é o objetivo fazer qualquer inferência sobre o significado isolado de algumas medidas apresentadas como resultado desta pesquisa. Elas só servem para efeitos comparativos e para ilustrar as desigualdades existentes entre as esferas subnacionais de governo no Brasil.

Em relação ao SIOPS, outros problemas foram identificados.

1. Não há valores em branco *(*"*missing*") no banco. O zero pode representar ausência de ingresso orçamentário ou falta de informação relativa a uma receita ou grupo de receitas específico, não registrada habitualmente no balanço orçamentário do município. Isso dificulta a interpretação de alguns achados da pesquisa.
2. Quanto maior é o detalhamento da receita (menos agregada e mais específica for a classificação utilizada), maior é a chance da ausência de registro da mesma. Verifica-se na análise da freqüência simples das diversas variáveis que compõem a base de dados uma elevada freqüência de "zero" nas receitas não agrupadas. Lima (2005) sugere menor confiabilidade de determinados tipos de receitas transferidas através do PAB variável (PACS/PSF, farmácia básica) e informadas através do SIOPS. A dificuldade do detalhamento de determinados recursos vinculados à saúde indica a pertinência de se trabalhar com algumas receitas agregadas, mas dificulta o aprofundamento sobre os resultados de determinados tipos específicos de transferência utilizados.
3. Faltam estudos que verifiquem a confiabilidade dos dados informados a partir dos balanços orçamentários dos municípios e que incluam outras receitas que não as transferências federais do SUS. O SIOPS tem sido utilizado principalmente para o acompanhamento do cumprimento da EC 29. Isso faz com que alguns tipos de recursos que importam para compreensão e diferenciação das receitas voltadas para o

[165] No ano de 2002, por exemplo, as receitas obtidas de transferências obrigatórias da União relacionadas à exploração de produtos naturais não eram informadas através de variáveis específicas do SIOPS. Para o ano

financiamento descentralizado do SUS não sejam objeto de uma classificação mais apurada. Verifica-se, neste estudo, que os critérios recomendados nos manuais do SIOPS em 2002 (Brasil, MS, SE, 2002 a) para a classificação de determinadas transferências exclusivas do SUS envolvendo estados e municípios ou esferas do mesmo nível de governo (transferências intermunicipais ou interestaduais) não seguem uma conceituação clara. De tal modo que municípios podem informar, como receitas adquiridas da União, receitas obtidas de transferências de estados habilitados em GPSE ou GASE e, como receitas adquiridas por prestação de serviços, transferências intergovernamentais automáticas de outras jurisdições (por exemplo, aquelas realizadas "fundo a fundo" para efeito de manutenção de consórcios). Essas transferências podem se tornar mais freqüentes nos próximos anos com o aprofundamento do processo de descentralização da saúde e mereceriam maior atenção dos gestores do sistema.

4. O viés da saúde também dificulta a análise sobre receitas voltadas para o financiamento de outros setores da política pública. Dada a sua importância para os entes subnacionais, as receitas adquiridas por meio do FUNDEF foram comparadas neste estudo com as transferências do SUS. No entanto, estudos mais aprofundados do FUNDEF ficam comprometidos devido ao cálculo automático efetuado pelo sistema das deduções realizadas pelos governos subnacionais. Mais adequado seria deixar que essas informações fossem declaradas diretamente pelos responsáveis pelo seu preenchimento, como já realizado nas transferências obrigatórias dos estados (ICMS, IPVA, IPI-Exportação). As diferenças observadas entre o somatório das deduções para o FUNDEF e a receita de transferências multigovernamentais nos indicam que os municípios podem aportar menos ou mais recursos do que o efetivamente recomendado na legislação específica federal.

4.3 Perfil dos estados e DF analisados e limitações do estudo

Com exceção do RS, único estado que não informou o SIOPS em 2002, todas as informações relativas às receitas orçamentárias das esferas intermediárias de governo contidas no banco de dados da pesquisa provêm desse sistema. Desse modo, em que pese a

---

de 2004, essas variáveis já estão disponíveis.

ausência de variáveis relativas ao detalhamento das receitas exclusivas da saúde para o RS devido às diferenças nas fontes utilizadas, não se verifica perda de registro dos estados.

O perfil das UF analisadas segue o padrão observado no país. A Tabela 4.3 abaixo contém a distribuição da população brasileira estimada pelo IBGE para 2002 nos vinte e seis estados e DF. Observa-se que a população concentra-se nas regiões Sudeste e Nordeste, especialmente nos estados de SP, MG, RJ e BA. Os estados das regiões Centro-Oeste e Norte possuem população bastante reduzida e especialmente, os ex-territórios federais (AC, AP, RO, RR) e TO, respondem isoladamente por menos de 1% da população total do país.

Tabela 4.3 Distribuição da população por estados e DF – Brasil – 2002

Região	UF	População	%
CO	DF	2.145.838	1,2
	GO	5.210.366	3,0
	MT	2.604.723	1,5
	MS	2.140.620	1,2
	Total	***12.101.547***	***6,9***
NE	AL	2.887.526	1,7
	BA	13.323.150	7,6
	CE	7.654.540	4,4
	MA	5.803.283	3,3
	PB	3.494.965	2,0
	PE	8.084.722	4,6
	PI	2.898.191	1,7
	RN	2.852.800	1,6
	SE	1.846.042	1,1
	Total	***48.845.219***	***28,0***
NO	AC	586.945	0,3
	AP	516.514	0,3
	AM	2.961.804	1,7
	PA	6.453.699	3,7
	RO	1.431.776	0,8
	RR	346.866	0,2
	TO	1.207.008	0,7
	Total	***13.504.612***	***7,7***
SE	ES	3.201.712	1,8
	MG	18.343.518	10,5
	RJ	14.724.479	8,4
	SP	38.177.734	21,9
	Total	***74.447.443***	***42,6***
SUL	PR	9.797.965	5,6
	RS	10.408.428	6,0
	SC	5.527.718	3,2
	Total	***25.734.111***	***14,7***
Total		**174.632.932**	**100,0**

Fonte: IBGE (população estimada para 2002). Elaboração própria.

Mesmo com 100% de abrangência populacional e representatividade dos governos estaduais, a tarefa de analisar o financiamento do SUS no âmbito dos estados exige muitos cuidados e nem sempre os resultados obtidos são de fácil interpretação. Em primeiro lugar, porque devido à diretriz de municipalização das ações e serviços de saúde e de priorização dos municípios nas regras que informam as transferências regulares de recursos da União para o SUS, os recursos exclusivos da saúde para as instâncias estaduais são, na sua maioria, dependentes dos modelos de descentralização e dos acordos estabelecidos entre as esferas subnacionais de governo. Destaca-se que as prerrogativas financeiras previstas para os estados nas portarias ministeriais atrelam os recursos às "sobras" dos tetos estaduais ou a montantes não repassados aos municípios. Durante a apresentação dos resultados da pesquisa, procura-se enfatizar estes aspectos.

Em segundo lugar, sabe-se que parte das receitas federais do SUS nos orçamentos estaduais está comprometida com o pagamento dos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares administrados pelas Prefeituras municipais não habilitadas em GPSM na NOB 01/96 ou NOAS 01/02. Um estudo específico do financiamento da saúde nos estados exigiria a construção de uma metodologia própria que pudesse abater das receitas estaduais os pagamentos efetuados para as unidades públicas municipais. Essas informações não são tão facilmente obtidas do SIOPS 2002.

Ressalta-se que a informação dos recursos federais do SUS repassados pelos estados habilitados aos municípios não consta do banco de receitas estaduais do SIOPS, como no caso de outras transferências legais – do ICMS , do IPVA e do IPI-Exportação. Essa informação, em tese, deveria compor as receitas classificadas como "serviços de saúde" nos municípios não habilitados em GPSM. No entanto, os dados municipais apurados em 2002 sugerem que a maior parte do ingresso dessas receitas esteja sendo informada como proveniente do Fundo Nacional de Saúde e não do Fundo Estadual de Saúde, mesmo nos municípios situados em estados habilitados em GPSE à época.

Uma terceira questão a ser considerada refere-se ao processo de adesão voluntária dos estados às regras do SUS. Estudos evidenciam que o processo de habilitação dos estados às condições de gestão mais avançadas das normas operacionais vigentes ocorre mais tardiamente que os municípios (Levcovitz *et al.*, 2001; Oliveira, 2002). Ele é significativo na vigência da NOAS 01/02 e, particularmente, no decorrer de 2002, o que

torna este ano crítico para a análise das modalidades de financiamento descentralizado do SUS no âmbito estadual, já que os critérios e condicionantes que determinam os ingressos destas receitas mudam ao longo do ano.

Dados consolidados pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência da Secretaria de Assistência à Saúde do MS (DDGA/SAS/MS) indicam que, ao final de 2002, 16 UF estavam habilitadas pela NOB 01/96 ou NOAS 01/02: 13 em GPSE (incluindo todas das regiões Centro-Oeste e Sul, AL, CE, PB, PA, MG e RJ) e 3 em GASE (BA, AP e SP). Poucas UF permanecem habilitadas ao longo de todo o ano de 2002 na GPSE (AL, DF, PA, PR e SC), sendo que MG e RS habilitaram-se em GPSE apenas em dezembro de 2002 (Quadro 4.3).

Quadro 4.3 Situação da habilitação dos estados e DF nas condições de gestão do SUS previstas na NOB 01/96 e NOAS 01/2002 - Brasil - 2002

Região	UF	NOB 01/96	NOAS 01/2002	Data da habilitação na NOAS	Posição em dez de 2002
CO	DF	GPSE	GPSE	jun-02	GPSE
	GO	GPSE	GPSE	jun-02	GPSE
	MT	NH	GPSE	ago-02	GPSE
	MS	NH	GPSE	ago-02	GPSE
NE	AL	GPSE	GPSE	abr-02	GPSE
	BA	GASE	NA	-	GASE
	CE	GPSE	GPSE	abr-02	GPSE
	MA	NA	NA	-	NH
	PB	GASE	GPSE	ago-02	GPSE
	PE	NH	NH	-	NH
	PI	NH	NH	-	NH
	RN	NH	NH	-	NH
	SE	NH	NH	-	NH
NO	AC	NH	NH	-	NH
	AP	NH	GASE	jul-02	GASE
	AM	NH	NH	-	NH
	PA	GPSE	GPSE	jun-02	GPSE
	RO	NH	NH	-	NH
	RR	NH	NH	-	NH
	TO	NH	NH	-	NH
SE	ES	NH	NH	-	NH
	MG	GASE	GPSE	dez-02	GPSE
	RJ	NH	GPSE	ago-02	GPSE
	SP	GASE	NH	-	GASE
SUL	PR	GPSE	GPSE	ago-02	GPSE
	RS	GASE	GPSE	dez-02	GPSE
	SC	GPSE	GPSE	jul-02	GPSE

Fonte: Dados obtidos da DDGA/SAS/MS. Elaboração própria.
Nota: GASE - gestão avançada do sistema estadual; GPSE - gestão plena do sistema estadual; NH - não habilitado.

Para os estados habilitados em GPSE em 2002, as receitas obtidas através das unidades próprias, mediante a contraprestação de serviços, passam a ser transferidas “fundo a fundo” no mês posterior à habilitação, tornando os repasses federais independentes da informação da produção e faturamento. Isso altera a forma de classificação orçamentária dos recursos recebidos da União de “serviços de saúde” para “transferências federais de recursos do SUS”. Para contornar as mudanças na classificação da receita SUS no ingresso orçamentário em decorrência da habilitação do estado, os recursos classificados como “serviços de saúde” foram acrescidos às receitas provenientes das transferências federais do

SUS realizadas na modalidade “fundo a fundo”. A importância dessas receitas no total da receita corrente dos estados é analisada de forma conjunta.

Embora alguns estudos considerem as receitas do SUS obtidas pela prestação de serviços como um tipo especial (e radical) de transferência vinculada, as receitas de serviços não são classificadas como uma transferência intergovernamental pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN/MF) e não são tratadas dessa maneira neste trabalho. Esse procedimento só foi adotado para os estados tendo em vista o efeito da habilitação tardia destas instâncias ao SUS.

O processo de adesão dos municípios às normas do SUS é muito diferente. A habilitação dos municípios às condições de gestão da NOB 01/96 ocorre de forma mais significativa em 1998, embora, curiosamente, seja a partir desse ano que o ritmo das habilitações diminui, e poucos são os municípios que se habilitam pela primeira vez em GPSM em 2002. Para os municípios, portanto, coube manter a distinção entre as modalidades de repasse por prestação direta de serviços e as transferências “fundo a fundo” consideradas neste estudo.

Em relação às limitações das informações obtidas através do SIOPS, muitas já foram abordadas no item anterior. Destaca-se para os estados a ausência de estudos que tenham como objetivo a aferição da confiabilidade das receitas declaradas. Sem termos a pretensão de realizar um estudo dessa natureza, as receitas informadas pelos estados através do SIOPS foram comparadas com os dados das transferências federais do SUS obtidos do Fundo Nacional de Saúde em 2002. Identificou-se que, em estados habilitados nas condições de gestão mais avançada do SUS, como PR e SC, as transferências de alta e média complexidade são muito baixas. Outros, como SP, apesar de habilitados em GASE, não declaram receber qualquer transferência na modalidade “fundo a fundo”, apenas mediante a celebração de convênios. As diferenças observadas entre as duas bases de dados - SIOPS e FNS - indicam a necessidade de estudos sobre a qualidade dos dados estaduais do SIOPS e cautela nas interpretações de alguns achados mais específicos desta pesquisa.

5. RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS DAS ESFERAS SUBNACIONAIS DE GOVERNO: PRINCIPAIS COMPONENTES E IMPORTÂNCIA DAS TRANSFERÊNCIAS DO SUS

5.1 Dados relativos ao universo dos municípios

Antes de partirmos para a análise detalhada dos recursos vinculados ao financiamento da saúde no Brasil, faz-se necessário um balanço mais geral da disponibilidade e composição das receitas públicas orçamentárias das esferas locais de governo realizadas[166] em 2002. A partir desse balanço, é possível compreender a importância dos recursos destinados exclusivamente ao financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS como um componente das finanças públicas municipais.

No Quadro 5.1 são apresentadas medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, valores mínimo e máximo e quartis) da receita pública total dos municípios. Observa-se que, em 2002, a receita orçamentária municipal informada através do SIOPS é, em média, R$ 777,50 *per capita*. Em termos medianos, este valor cai para R$ 662,00 *per capita*[167].

Quadro 5.1 Medidas de tendência central e dispersão das receitas municipais correntes, de capital e totais - em Real (R$) *per capita* – Brasil – 2002

Medidas de tendência central e dispersão	Receitas correntes	Receitas de capital	Receitas totais
Mínimo	182,2	0	182,5
Máximo	6634,5	2103,9	6634,5
Média	726,6	51	777,5
Mediana	616	30,8	662,1
Percentil 25	475,1	9,2	505,9
Percentil 75	850,1	68,7	911,3
Desvio padrão	394,8	71,9	420,5

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A dispersão da receita total *per capita*, medida pelo desvio padrão (DP), deve-se à existência de valores extremamente elevados que se apresentam como *outliers*. Nesse ano,

[166] Não estão computadas nas receitas realizadas das esferas subnacionais de governo as deduções obrigatórias para a formação do FUNDEF que diminuem as receitas efetivamente disponíveis.

[167] Cabe aqui uma observação válida para toda a discussão dos resultados do trabalho. Em todos os casos em que valores *per capita* são apresentados, evitamos imputar qualquer significado ao dado isolado. A receita calculada por habitante só tem sentido para efeito de comparação. Sozinha, não podemos avaliar se ela é

a menor receita municipal total *per capita* é de R$ 182,53, no MA e a maior de R$ 6.634,47, em SP. Os dados indicam que, no mínimo, 50% dos municípios brasileiros localizados entre o primeiro e terceiro quartil (percentil 25 e 75 da base) possuem receitas totais que variam de R$ 505,90 *per capita* a R$ 911,30 *per capita*. Uma variação bastante significativa.

O alto grau de dispersão da receita municipal também pode ser observado quando a desdobramos por categoria econômica em receita corrente e de capital[168]. As receitas correntes representam 93% da receita total dos municípios do país, sendo as receitas de capital muito pouco expressivas. Ressalta-se que 9% dos municípios da base não informaram ingresso orçamentário de receita de capital em 2002 e que, em 25% dos casos, a receita de capital não chegou a R$ 10,00 *per capita*.

É preciso considerar que as deduções para composição do FUNDEF não foram abatidas das receitas totais e correntes acima apresentadas. Se levarmos em consideração essas deduções, as receitas correntes municipais caem para R$ 648,84 *per capita* (valor médio) e R$ 589,67 *per capita* (valor mediano). Essa redução representa, respectivamente, cerca de 11% e 4% dos valores médios e medianos das receitas realizadas sem os abatimentos.

No detalhamento orçamentário, observa-se a inexistência de alguns dos grandes componentes das receitas correntes municipais: 90,6% dos municípios não possuem receitas agropecuárias, 89,5% receitas industriais, 77,5% receitas de contribuições, 46,8% receitas de serviços, 44% receitas de convênios da União, 48% receitas de convênios dos estados. A receita da dívida ativa de tributos está ausente em 30% dos municípios e a proveniente de multas e juros de mora de tributos em 33%.

Como sabido, os municípios obtêm a maior parte de sua receita pública do sistema de partilha de tributos vigente. As transferências intergovernamentais formalmente

---

suficiente ou não para suprir as necessidades de gasto dos municípios e estados. Ver a discussão das limitações do uso das receitas *per capita* no capítulo metodológico.

[168]Entende-se por receitas correntes os ingressos de recursos financeiros derivados do poder de tributar ou da venda de produtos e serviços e por receitas de capital, aquelas originárias da constituição de dívidas, amortização de empréstimos e financiamentos e/ou alienação de componentes do ativo permanente das esferas de governo. Segundo o Manual de Procedimentos de Receitas Públicas da STN/MF (Brasil, MF, STN, 2004), as duas categorias econômicas das receitas públicas prestam-se à aplicação em despesas operacionais, visando a atingir os objetivos constantes dos programas e ações de governo. No entanto, as transferências

regulamentadas[169] representam cerca de 80% das receitas orçamentárias totais *per capita* dos municípios brasileiros em 2002. As mais importantes são as transferências da União, que respondem por 51%, a dos estados por (24%) e as multigovernamentais por (11%) (Gráfico 5.1). As receitas provenientes da arrecadação direta de tributos representam cerca de 6,7% da receita corrente total *per capita*[170].

Mesmo concentrada em pouco mais de 50% dos municípios, as transferências correntes de convênios, como um componente isolado dos orçamentos municipais, não podem ser desprezadas[171]. A participação dos convênios na receita corrente municipal total em 2002 é da ordem de 2%. Estes são predominantemente firmados com a União e suas entidades (cerca de 61,5% da receita de convênios *per capita*).

---

correntes, realizadas ou não mediante a celebração de convênios, são destinadas a cobrir as despesas correntes (custeio), enquanto as transferências de capital a cobrir as despesas de capital (investimentos).

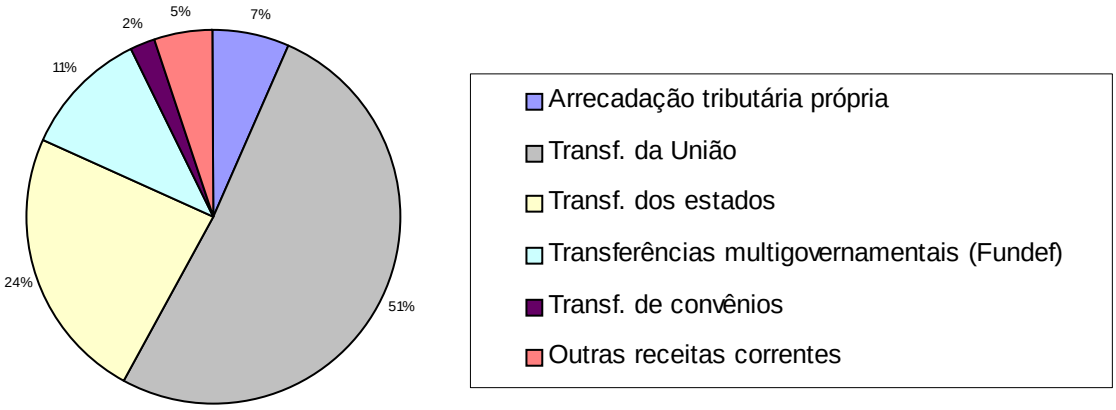
[169] O conceito de transferências intergovernamentais formalmente regulamentadas utilizado neste estudo foi adaptado de Prado *et al.* (2003). Como discutido no capítulo metodológico, ele é bastante amplo para atender as especificidades da saúde. No Brasil, as receitas obtidas do FUNDEF são um tipo especial de transferência regular ou legal e as únicas transferências que podem ser classificadas como multigovernamentais. Este fundo, voltado para o financiamento do ensino fundamental, é composto por receitas de origem tripartite (União, estados e municípios). É um caso peculiar de transferência intergovernamental, já que o município aporta recursos orçamentários próprios para o fundo, mesmo sendo essa receita originária de transferências da União e dos estados.

[170] Para efeito da análise dos principais componentes das receitas correntes das esferas subnacionais de governo, as receitas da dívida ativa, multas e juros de tributos foram agregadas às receitas tributárias – taxas, impostos (incluindo o IRRF, ou seja, pagos pelas esferas subnacionais, suas autarquias e fundações) e contribuições de melhoria - diretamente arrecadados pelos governos. Diferentemente de outros estudos, optou-se por não se agregarem as receitas das contribuições às receitas de arrecadação tributária próprias dos orçamentos municipais e estaduais. Essas receitas são analisadas de forma isolada, já que tratam-se de recursos para fins exclusivos de pagamento de benefícios aos funcionários públicos, seguindo as normas previstas nos sistemas próprios de previdência e assistência social. Sua arrecadação é feita mediante o desconto na folha de pagamento dos servidores e não demandam o mesmo esforço fiscal que os demais tributos. As contribuições de melhoria, classificadas como receitas tributárias no Manual de Receitas Públicas da Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, MF, STN, 2004), são assim denominadas por se tratarem de recursos adquiridos de proprietários de imóveis beneficiados por obras públicas. Decorrem, portanto, do poder de tributar servindo a fins mais gerais e não ao interesse de categorias profissionais específicas.

[171] As transferências correntes de convênios (forma de contrato utilizada entre entes governamentais) foram classificadas como transferências discricionárias (também denominadas como transferências voluntárias ou negociadas), já que, do ponto de vista do orçamento cedente, derivam da lógica do processo orçamentário, resultam de negociações entre autoridades centrais ou intermediárias de governo (no caso dos estados) e os governos subnacionais e seus representantes no Legislativo e não guardam correlação com os fluxos legais. Segundo Prado *et al.* (2003), em tese, essas transferências deveriam ser utilizadas para complementar as transferências regulamentadas (de caráter mais estrutural) por apresentarem maior flexibilidade e possibilidades de ajustes de curto prazo.

As outras receitas correntes incluem todas as demais fontes de recursos que, isoladamente, não respondem por 1% da receita corrente total dos municípios[172]. A essas foram acrescidas as receitas classificadas como “diversas” nos orçamentos municipais. Embora representem um conjunto bastante heterogêneo, sua participação não desprezível no agregado da receita corrente municipal indica uma maior diversificação das fontes de receitas públicas municipais em parte dos municípios.

Gráfico 5.1 Composição percentual das receitas correntes municipais - Brasil - 2002



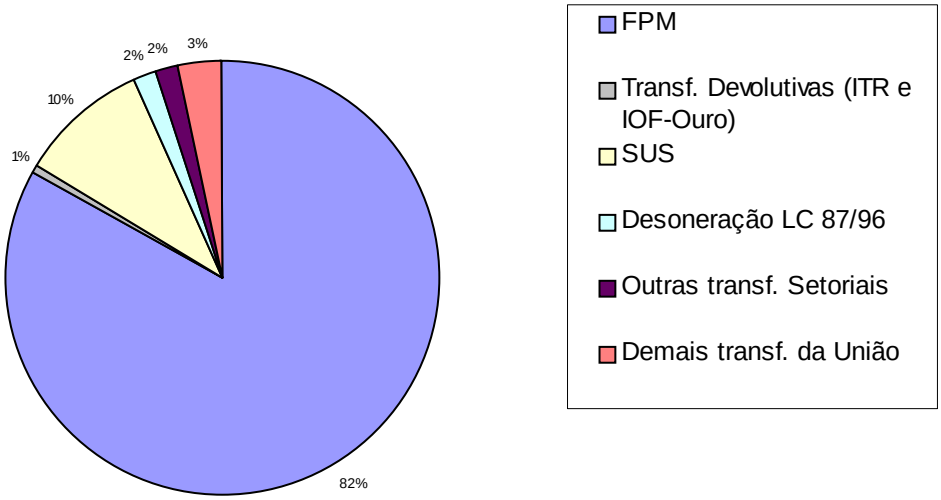
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Se analisarmos com mais profundidade as receitas correntes oriundas dos fluxos financeiros formalmente regulamentados de outras esferas de governo, veremos a importância dos recursos federais do SUS transferidos na modalidade “fundo a fundo”. Esses recursos incluem: o PAB fixo e ampliado, o PAB variável, os recursos de alta e média complexidade (SIA/SIH), o FAEC e recursos voltados para o financiamento de outros programas do MS (Quadro 3 do volume 2). Em 2002, eles são a segunda principal fonte de recursos transferidos do nível federal para o conjunto de municípios (cerca de 10%

[172] Estas incluem a receita de contribuições, a receita patrimonial, a receita agropecuária, a receita industrial, a receita de serviços, as transferências intragovernamentais, as transferências provenientes de outros municípios, as transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas.

do total das transferências *per capita* da União), perdendo apenas para o FPM (cerca de 82% das transferências federais) (Gráfico 5.2).

Gráfico 5.2 Composição percentual das receitas correntes municipais referentes às transferências regulares da União - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

No âmbito das transferências intergovernamentais legais totais, as transferências do SUS são a quarta principal fonte de receitas (cerca de 6% do total das transferências intergovernamentais *per capita*). A proporção das receitas federais do SUS é somente um pouco inferior ao somatório da participação percentual de todos os demais recursos transferidos[173]. As principais transferências intergovernamentais, informadas através do SIOPS pelos municípios, são o FPM (49% das transferências intergovernamentais *per capita*), seguido do ICMS (24%) e das transferências do FUNDEF (13%).

É preciso ter cautela ao se compararem as receitas do SUS com os fluxos do FUNDEF. Na verdade, esses recursos são de natureza e lógica distributiva muito distinta.

[173] Essas receitas incluem as transferências de outros municípios, todas as demais transferências da União (ITR, IOF-Ouro, transferências compensatórias e outros fluxos setoriais voltados para a área de saneamento, educação e assistência social) e dos estados (IPVA, IPI-Exportação, saneamento, salário educação, entre outros).

Pelas suas características peculiares, os recursos do FUNDEF são compostos por outras transferências legais da União e estados que fazem parte da receita disponível dos orçamentos municipais (Oliveira, 2003). Na sua totalidade, o FUNDEF não representa uma fonte nova de recursos tributários para o município, a não ser pelos recursos transferidos pela União para fins de complementação das dotações por aluno nas esferas subnacionais que não atingem o valor mínimo de recursos estabelecido em Lei Federal. Analisando-se as transferências do FUNDEF informadas pelos municípios através do SIOPS em 2002, verifica-se que as receitas provenientes das deduções são mais importantes que os recursos de complementação da União na composição dos recursos do Fundo. Esta última representa somente 2,7% de seu montante global[174]. Pode-se dizer, portanto, que as receitas SUS desempenham um papel mais relevante que o FUNDEF como fonte de receita corrente orçamentária para os municípios brasileiros, já que não agregam outros recursos previamente adquiridos.

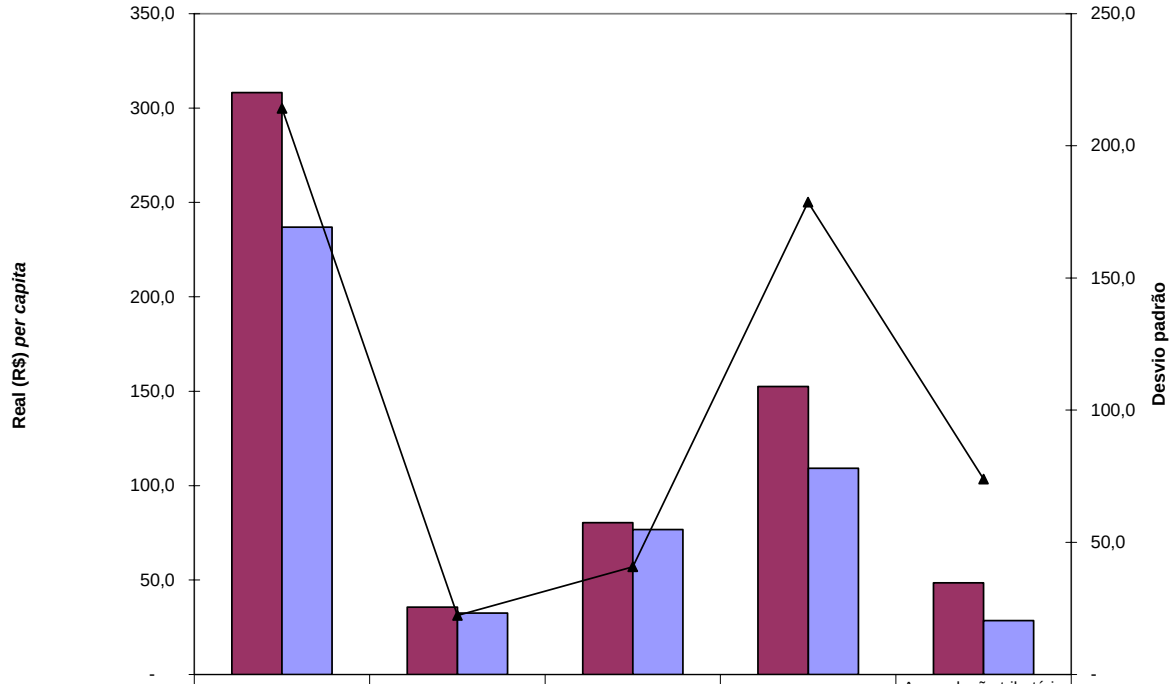
O Gráfico 5.3 ilustra o comportamento do universo dos municípios em relação aos principais componentes de suas receitas correntes (FPM, ICMS, FUNDEF, SUS e arrecadação tributária própria). Verifica-se o alto grau de dispersão dos valores municipais em relação à média dessas receitas devido à diversidade de fatores que interferem na sua obtenção.

Mesmo com DP elevados, as diferenças entre os valores médios e medianos das receitas municipais oriundas das transferências funcionalmente seletivas – SUS e FUNDEF – são relativamente menores nos municípios. Isso porque os fluxos redistributivos setoriais são orientados de forma a garantir aos municípios patamares mínimos de recursos necessários para o cumprimento de determinadas responsabilidades. No caso do FUNDEF, sua lógica redistributiva interna está montada de forma a proporcionar um valor mínimo por aluno matriculado na rede de ensino público fundamental. No SUS, existem recursos voltados para o financiamento das ações e serviços de atenção básica (PAB fixo e ampliado) distribuídos unicamente segundo critério populacional.

---

[174] Destaca-se que, em cerca de 37% dos municípios analisados, a receita do FUNDEF com as deduções das transferências da União e dos estados é negativa em 2002. Esses municípios aportam recursos próprios para a composição do Fundo, mas não possuem número suficiente de alunos matriculados em sua rede pública municipal para o retorno da receita deduzida. Esses recursos acabam indo para outros municípios com maior rede de ensino fundamental ou para os governos estaduais.

Gráfico 5.3 Medidas de tendência central e dispersão das principais fontes de receitas correntes municipais *per capita* - Brasil - 2002



	FPM	SUS	Fundef	ICMS	Arrecadação tributária própria
Média	308,2	35,6	80,4	152,5	48,5
Mediana	236,8	32,5	76,7	109,2	28,5
Desvio Padrão	214,2	22,3	40,8	178,7	73,9

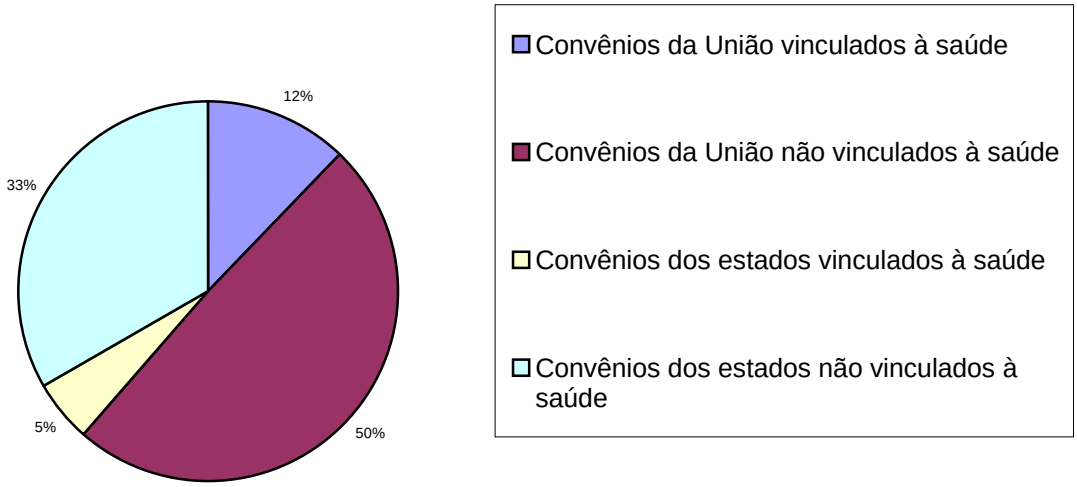
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os dados obtidos através do SIOPS não deixam dúvidas quanto à importância do SUS como fonte regular de ingresso orçamentário para os municípios brasileiros. Em 2002, no mínimo 52% dos governos locais possuem valores relativos às transferências federais do SUS na modalidade "fundo a fundo" superiores à arrecadação tributária própria. Comparando-as com outras transferências legais de tributos, no mínimo 12% dos municípios apresentam receitas federais do SUS superiores ao FUNDEF, 13% superiores ao ICMS e 1,5% ao FPM, principal fonte de receita municipal.

As transferências na modalidade "fundo a fundo" são predominantes em 2002, representando a principal forma de repasse de recursos financeiros federais voltados exclusivamente para o financiamento descentralizado SUS. Os critérios e condicionantes atrelados à distribuição dos recursos para os municípios são instrumentos potentes de

indução e coordenação da política utilizados pelo MS[175]. Mesmo assim, não podemos ignorar a importância relativa que os convênios da saúde têm na totalidade das transferências correntes discricionárias. Os convênios estabelecidos com a União para a área da saúde representam 12% das receitas correntes municipais *per capita* oriundas de convênios e os estabelecidos com os estados 5% (Gráfico 5.4).

Gráfico 5.4 Composição percentual das transferências correntes municipais oriundas de convênios - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Também para os convênios, observa-se um alto grau de dispersão das receitas municipais em torno da média. Os valores medianos iguais a zero estão associados à ausência de ingresso orçamentário de convênios para maioria dos municípios brasileiros. Como já apontado, os convênios e, particularmente, aqueles relativos à saúde, só têm importância para um número restrito de municípios. Nesse aspecto, destaca-se que 79% dos

[175] Esse argumento é elaborado por vários estudiosos sobre o tema e é uma das teses defendidas por Machado (2005) em seu trabalho de doutoramento.

municípios da base não informaram receitas correntes de convênios da União[176] e 88% de convênios dos estados para o SUS.

As principais fontes de receitas de capital para os municípios brasileiros são as transferências intergovernamentais que exigem a celebração de convênios. Os convênios da União representam 39% do total das receitas de capital *per capita* do país, a segunda principal fonte são as transferências intergovernamentais da União (24%), a terceira os convênios com os estados (16,7%) e a quarta as transferências dos estados (cerca de 9%). Toda transferência intergovernamental de receitas de capital é tratada neste estudo como transferência voluntária, independente ou não da exigência de convênio, já que esses fluxos não são regidos por critérios legalmente estabelecidos e estão submetidos à intensa negociação política a cada ciclo orçamentário[177].

Para as receitas de capital, chamam atenção a ausência de ingresso orçamentário e os baixos valores *per capita* informados pelos municípios na maioria de seus grandes componentes: 94,3% dos municípios não possuem receitas de amortizações de empréstimos, 91% de operações de crédito e 60% de alienação de bens. Mesmo para as principais fontes de receitas de capital - as transferências discricionárias da União e dos estados –, a ausência de informação é significativa. Do total de municípios do banco, 50% não informaram ingresso de convênios da União, 64% de transferências intergovernamentais da União, 66% de convênios dos estados e 80% de transferências intergovernamentais dos estados[178]. Esses dados indicam que a receita de capital só constitui ingresso orçamentário em alguns municípios: um privilégio de poucos.

Em relação à saúde, as receitas de capital são muito pouco significativas, se comparadas a outros setores. Em 2002, cerca de 58% do ingresso orçamentário dos municípios de receita de capital possuem alguma especificação de destinação do gasto. Os

---

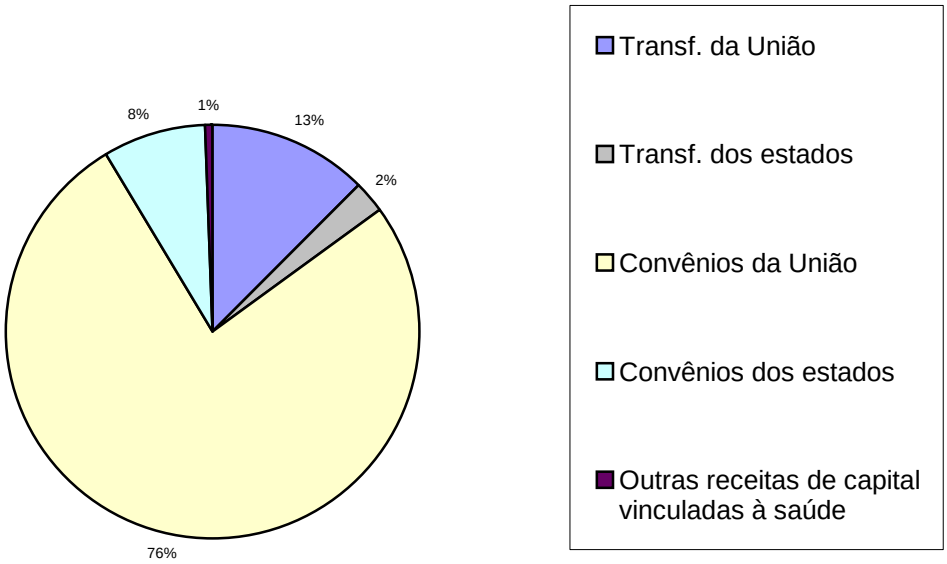
[176] Os convênios da União para o SUS incluem as transferências do Ministério da Saúde para a área de saneamento e geralmente envolvem contrapartida de recursos.

[177] Aqui se coloca um problema metodológico que dificulta a comparação dos achados desta pesquisa com outros estudos. Optou-se por tratar diferentemente as receitas correntes das receitas de capital. Tal distinção não fica clara, por exemplo, no estudo coordenado por Prado (2003, 2003 a). O conceito de transferência intergovernamental discricionária (ou voluntária) é o único que se aplica às transferências de capital. O mesmo não se pode dizer das transferências de recursos correntes que, do ponto de vista do orçamento cedente, dividem-se em legais e discricionárias (ou voluntárias).

[178] As transferências intergovernamentais de capital não exigem a celebração de convênios e geralmente não estão associadas a contrapartidas dos orçamentos locais. Tanto as transferências intergovernamentais de capital como as realizadas mediante convênios são tratadas neste estudo como transferências discricionárias.

recursos voltados para o SUS representam cerca de 14,5% deste total. Destaca-se que, nesse ano, somente 27% dos municípios da base informam algum ingresso de receita de capital com destino vinculado à saúde. As principais fontes dessas receitas são os convênios da União (76% das receitas de capital total vinculadas à saúde) e as transferências da União (13%) (Gráfico 5.5). Outras receitas como as operações de crédito destinadas à saúde, as transferências oriundas de outros municípios e aquelas provenientes de instituições privadas, do exterior e de pessoas têm uma participação quase irrelevante.

Gráfico 5.5 Composição percentual das receitas de capital municipais com destino vinculado à saúde - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

O valor médio das receitas de capital totais com destino vinculado à saúde é de R$ 4,20 *per capita* (DP 13), dos convênios da União vinculados à saúde R$ 3,27 *per capita* (DP 11,82), das transferências da União R$ 0,54 *per capita* (DP 4,78). As transferências de capital voltadas para a saúde representam cerca de 21% das receitas discricionárias de capital provenientes do nível federal - 16,5% do total das receitas de capital de convênios da União e 4,4% do total das receitas de transferências da União - e 6,5% das transferências voluntárias de capital provenientes dos estados – 4% do total das receitas de capital de

convênios dos estados e 2,5% das transferências estaduais - não ultrapassando 8% das receitas totais de capital informadas pelos municípios.

Como enfatizado, a União utiliza preferencialmente o mecanismo de celebração de convênios para o repasse de receitas de capital. A maior parte da receita corrente é transferida segundo critérios formalmente regulamentados. Não por acaso, os valores relativos aos convênios de capital, atrelados ou não á saúde, em média, superam os convênios firmados para transferências correntes. Tendo em vista que esse é o principal mecanismo utilizado, os fluxos financeiros decorrentes dos convênios de capital são incapazes de suprir as carências de investimentos das redes de serviços públicos de saúde dos municípios brasileiros.

As transferências discricionárias, de receitas correntes e de capital, analisadas nesse item, nos fazem refletir sobre a importância das negociações que se dão entre o Executivo e o Legislativo na área da saúde. É através da aprovação de Emendas Parlamentares que uma parte dessas receitas chega aos municípios. Poucos são os estudos que se preocupam com esse tema, e ainda há um grande espaço para pesquisas sobre o processo decisório envolvendo as Emendas ao Orçamento da União e suas repercussões sobre o financiamento da saúde no Brasil[179].

Embora relevantes, os valores observados no conjunto de municípios não permitem evidenciar as desigualdades orçamentárias que se apresentam no território nacional. Em um país como o Brasil, com expressivas desigualdades regionais, faz-se necessário compreender como se distribuem as diversas fontes de receitas orçamentárias dos municípios agregados por localização geográfica (região e UF). Esse recorte é mais adequado para aferir os resultados dos fatores que interferem na apropriação das receitas e no sistema de partilha da federação brasileira, vinculados ou não à saúde, em nível inter-regional e interestadual, assim como no interior de cada UF.

5.2 Municípios agregados por localização geográfica – região e UF

A Tabela 11 do volume 2 evidencia as expressivas diferenças dos valores médios e medianos das receitas realizadas totais, correntes e de capital *per capita* nos municípios

agrupados por região e UF. Ela demonstra que os municípios que apresentam menor receita total *per capita*, tanto em termos médios como medianos, localizam-se na região Nordeste e Norte e os com maior receita total *per capita* na região Centro-Oeste, seguida da região Sul e Sudeste.

Em relação às receitas correntes *per capita*, os municípios se comportam de forma similar à receita total. Os maiores valores encontram-se na região Sul e Centro-Oeste (valores muito similares), seguidas da região Sudeste. No entanto, as receitas de capital apresentam comportamento díspare. A disponibilidade de receitas de capital é maior nos grupos de municípios das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, seguido da região Nordeste e, por último, da região Sudeste. Os municípios situados no RS, SP, RJ, MT e MS são os que apresentam os valores mais elevados de receitas correntes *per capita* e os localizados nos estados do MA, RR, PA, PE e AP os menores. Os estados que mais se destacam em relação às receitas de capital são TO, RO, AM e MT[180].

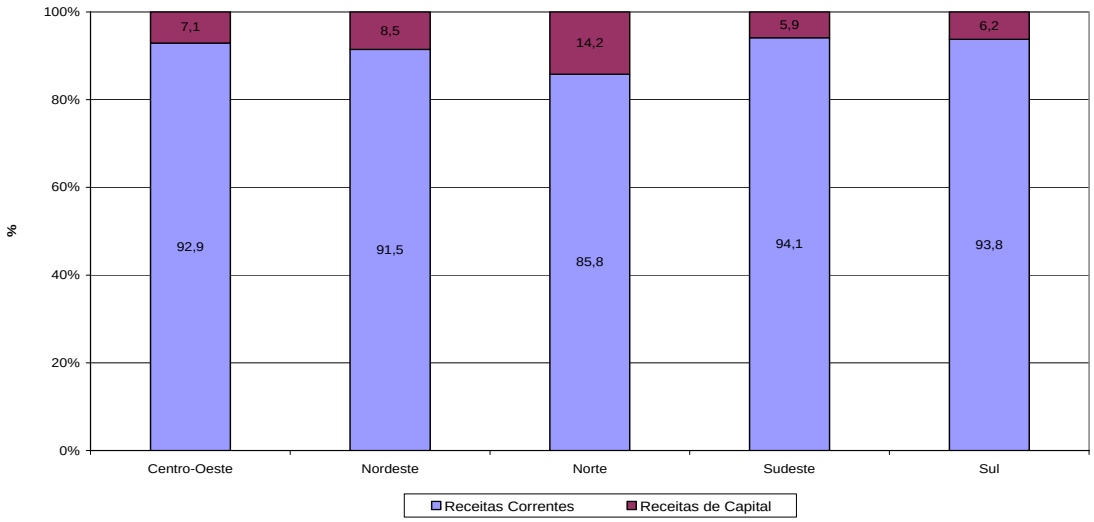
Interessante verificar que, se as medidas de tendência central das receitas correntes nos municípios das regiões Norte e Nordeste são similares, as diferenças entre as receitas de capital são significativas. Os maiores ingressos de receitas de capital em alguns municípios da região Norte determinam um incremento orçamentário que os distancia da região Nordeste. O Gráfico 5.6 demonstra como em 2002 a proporção das receitas de capital nos orçamentos municipais é relativamente maior nos municípios localizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

---

[179] Sobre a relação Executivo-Legislativo na área da saúde consultar Baptista (2003) e para uma discussão sobre os processos de negociação das Emendas Parlamentares na Comissão Mista do Orçamento no Brasil, ver Souza C. (2003).

[180] O grupo de municípios situados no estado de Roraima apresenta um valor médio de receita de capital *per capita* extremamente elevado. A média é influenciada pela receita de capital observada no município de Iracema (R$ 1.171 *per capita*).

Gráfico 5.6 Composição percentual das receitas municipais segundo categoria econômica nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

O indicador utilizado para medir o grau de heterogeneidade interna dos grupos mostra grandes disparidades das finanças públicas municipais classificadas por categoria econômica em todas as regiões e estados (Tabela 11 do volume 2). Os DP mais expressivos, no caso das receitas correntes, situam-se nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, particularmente, nos estados do RJ e MT e, em relação às receitas de capital, nas regiões Norte e Sul, em que se destacam os estados de RR, TO e PR.

Considerando-se a influência dos valores extremamente elevados em todos os subconjuntos de municípios e a distribuição gráfica dos valores observados, optou-se por verificar o quanto cada agrupamento se aproxima, ou se distancia, da mediana nacional. Na Tabela 12 do volume 2, os valores medianos das receitas totais, correntes e de capital, dos diversos agrupamentos municipais foram convertidos em receitas relativas. Em todos os estados das regiões Centro-Oeste e Sul, em SP, no RJ e no ES, os municípios apresentam receita corrente *per capita* maior que 100% do agregado nacional. Na região Norte e Nordeste, somente nos estados de TO e RN os valores encontrados são similares à mediana Brasil.

O comportamento dos municípios agrupados por UF em relação às receitas de capital é mais oscilante em cada região devido à elevada concentração dos recursos.

Embora alguns estados da região Norte apresentem valores bem superiores dos demais, em outros, o ingresso de receita de capital para a maior parte dos municípios neles situados é muito baixo. Os estados que mais se destacam são TO, RO e AM.

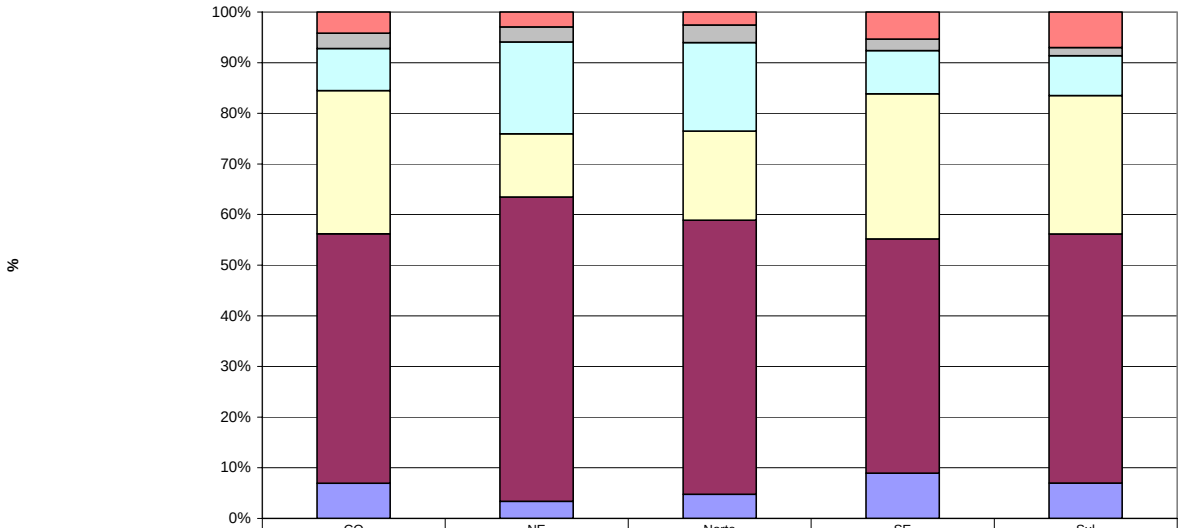
Esses achados confirmam o argumento de que as complexas relações fiscais e orçamentárias que se estabelecem entre os governos na federação brasileira são ineficazes do ponto de vista da redução das desigualdades que se verificam entre municípios situados em distintas regiões e estados do país. Mesmo que alguns de seus municípios se beneficiem das regras de obtenção das receitas de capital, as receitas correntes municipais das regiões Norte e Nordeste permanecem bem aquém das verificadas mais ao sul do país.

Além disso, a heterogeneidade das finanças públicas municipais no interior dos estados é também muito expressiva. No balanço orçamentário final, nota-se a perpetuação da distribuição desigual das bases tributárias e dos graus diferenciados dos governos municipais em explorá-las. A manutenção da iniqüidade inter-regional, interestadual e intra-estadual em relação à renda e à produção econômica resulta em condições bastante desfavoráveis do ponto de vista capacidade local de financiamento das ações e serviços de saúde entre os extremos Norte-Nordeste e Sul-Sudeste do Brasil.

No entanto os dados sugerem uma situação de destaque dos municípios da região Centro-Oeste. Essa região merece um estudo à parte, tendo em vista a especificidade de seu desenvolvimento recente e à importância que os agronegócios têm adquirido na economia nacional. O fato é que os municípios situados mais ao centro apresentam características orçamentárias que os aproximam daqueles localizados no eixo mais dinâmico e desenvolvido do país, o que pode ser visto quando as receitas públicas municipais são analisadas com mais detalhe.

A participação relativa de cada componente da receita corrente varia nos diversos grupos de municípios (Gráfico 5.7). Em média, as principais fontes de receitas correntes dos municípios agrupadas por região são as transferências intergovernamentais da União. No entanto, nos municípios situados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, a importância dessas transferências é menor. Elas respondem por 46,2% das receitas correntes totais *per capita* dos municípios do Sudeste e por cerca de 49% dos municípios do Sul e Centro-Oeste.

Gráfico 5.7 Composição percentual das receitas correntes nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Outras receitas correntes	4,2	2,9	2,6	5,3	7,0
Transf. de convênios	3,1	3,0	3,5	2,3	1,6
Transferências Multigovernamentais	8,3	18,1	17,5	8,5	7,9
Transferências dos Estados	28,3	12,5	17,6	28,7	27,4
Transferências da União	49,2	60,1	54,1	46,3	49,2
Arrecadação tributária própria	6,9	3,3	4,8	8,9	7,0

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Essas três regiões têm um padrão semelhante no que se refere às suas principais fontes de receitas. Nelas, a importância das transferências intergovernamentais dos estados e da arrecadação tributária própria é proporcionalmente mais elevada que no Norte e Nordeste. Os municípios que apresentam maior proporção de receitas oriundas das transferências intergovernamentais dos estados situam-se no RJ, SP, ES, MT, MS e AM (Tabela 13 do volume 2). Em relação à arrecadação tributária própria, destacam-se os municípios situados no RJ, SP, MS, SC e RS. No entanto, mesmo para esses municípios, a receita de tributos diretamente arrecadados (incluindo a dívida ativa, multas e juros de mora) não chega a 13% da receita corrente total *per capita*. A maior proporção destas receitas encontra-se no RJ: 12,5% da receita corrente total.

No Sul, a participação de outras receitas correntes[181], como aquelas oriundas de contribuições e da receita patrimonial, é um pouco mais expressiva, denotando maior

[181] As outras receitas correntes incluem: receita patrimonial, receita agropecuária, receita industrial, receita de contribuições, receita de serviços, transferências intragovernamentais, transferências dos municípios e transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas.

variedade de fontes de receitas correntes nos municípios situados nesta região. Entre os estados com maior proporção de outras receitas, destacam-se o RJ (17%) e o RS (8%).

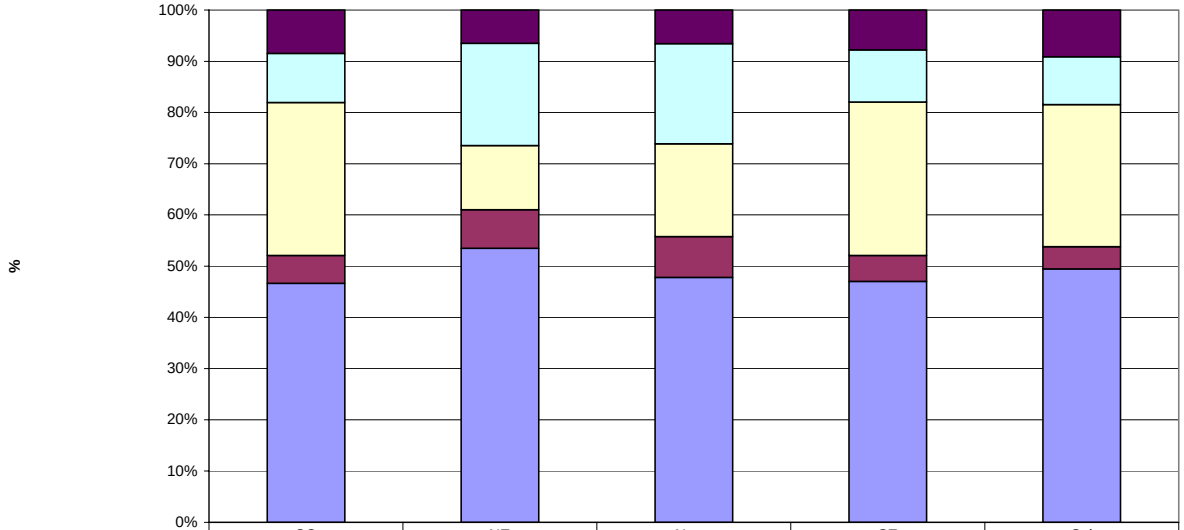
Os municípios das regiões Nordeste e Norte se diferenciam pela maior proporção de receitas obtidas das transferências do FUNDEF. Com exceção de Sergipe, as transferências multigovernamentais são mais importantes que o total das transferências estaduais nos municípios situados em todos os estados do Nordeste (18% do total) [182]. No Norte, elas representam 17,5% das receitas correntes totais *per capita* dos municípios. Os municípios que possuem maior proporção de suas receitas oriundas do FUNDEF situam-se no AC, MA, PA e CE.

Destaca-se, ainda, a maior importância das transferências discricionárias de receitas correntes, mediante a celebração de convênios realizados principalmente com a União, para os municípios do Norte, Nordeste e também para Centro-Oeste. Os municípios situados em RR, AC e MS são os que apresentam os maiores percentuais destas receitas.

A importância das transferências SUS pode ser averiguada quando decompomos as transferências legais da União. Como já esperado, os recursos provenientes da cota-parte do FPM são as principais fontes de transferências intergovernamentais em todos os agregados regionais, sendo que a cota-parte do ICMS é mais relevante para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul do país (Gráfico 5.8). Com exceção do RJ, em todos os agregados municipais por UF, o FPM supera proporcionalmente o ICMS nas transferências intergovernamentais totais (Tabela 14 do volume 2). No entanto, chama atenção o fato de as transferências federais do SUS na modalidade “fundo a fundo” serem, em média, mais elevadas do que todas as demais transferências legais, oriundas da União e dos estados nos municípios das regiões Norte e Nordeste. Isso indica a limitação de outros fluxos de caráter devolutivo, compensatório e redistributivo, transferidos regularmente da União e dos estados para os municípios destas regiões. Os agregados municipais por UF que apresentam maior proporção de transferências SUS no total de transferências intergovernamentais são RR, MA, AL, RO e PA.

[182] É claro que, nesse caso, 15% da receita do ICMS abatida pelos municípios para composição do FUNDEF retornam ao município na forma de receitas vinculadas à educação.

Gráfico 5.8 Composição percentual das transferências correntes intergovernamentais legais nos municípios agrupados por região - Brasil – 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Outras transf. Intergov.	8,5	6,5	6,6	7,8	9,1
FUNDEF	9,6	20,0	19,6	10,2	9,3
ICMS	29,9	12,5	18,1	29,9	27,7
SUS	5,4	7,5	8,0	5,1	4,4
FPM	46,7	53,5	47,8	47,0	49,4

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os Gráficos 1 a 3 do volume 2 demonstram o comportamento dos grupos de municípios por localização geográfica em relação às principais fontes de receitas correntes: cota-parte do FPM, cota-parte do ICMS, transferências do FUNDEF, transferências SUS e receita de tributos diretamente arrecadados. Observa-se o seguinte padrão de distribuição dessas receitas:

1- receitas provenientes da cota-parte do ICMS e do FPM são mais expressivas, em valores medianos, nos municípios situados nas regiões Sul, seguidos do Centro-Oeste e Sudeste. Não há diferenças substantivas entre esses grupos no que se refere aos valores medianos da arrecadação tributária própria. As diferenças observadas nos valores médios dessas fontes de receitas se dão pela influência de valores extremos. Os DP são sempre muito significativos e maiores nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, se comparados à região Sul.

2- fluxos setoriais (SUS e FUNDEF) seguem sentido oposto ao da arrecadação tributária própria, da transferência do ICMS e do FPM. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as receitas médias e medianas do SUS e FUNDEF são maiores do

que nas regiões Sudeste e Sul. Em relação às transferências federais do SUS, os DP são significativos sendo menores no Centro-Oeste.

3- municípios das regiões Norte e Nordeste se diferenciam principalmente em relação aos tributos que têm maior relação com a apropriação econômica e aos fluxos redistributivos típicos. Enquanto os valores médios e medianos das receitas de arrecadação tributária própria e do ICMS são mais expressivos no Norte, os municípios do Nordeste são os que apresentam maior ingresso orçamentário de FPM.

Observam-se também diferenças significativas entre os valores médios e medianos e DP dessas receitas nos 26 grupos de municípios por UF (Tabela 15 do volume 2).

A fim de aferir a redistribuição fiscal por meio dos principais recursos legalmente transferidos, a relação entre os valores observados e a mediana nacional foi analisada nos diversos agrupamentos de municípios segundo localização geográfica (Tabela 16 do volume 2). Tal como sugerido por Prado *et al.*(2003), a capacidade de redistribuição fiscal de uma dada transferência intergovernamental está associada aos critérios de rateio utilizados que as associam mais ou menos à distribuição irregular das bases tributárias locais e pode ser avaliada comparando-se a disponibilidade dos recursos transferidos com aqueles oriundos da arrecadação tributária própria. Os resultados são muito interessantes.

O ICMS, que na sua maior parte (75%) é um fluxo devolutivo, possui forte associação com a base produtiva local e segue o padrão da arrecadação direta de tributos. No caso do FPM, os critérios de partilha privilegiam o Sul e o Centro-Oeste. No Sudeste, principalmente MG e SP. Há de se destacar, contudo, que as diferenças na apropriação da cota-parte do FPM são menos expressivas entre as regiões e os estados do que aquelas decorrentes unicamente da disponibilidade das bases tributárias. As deficiências relacionadas ao FPM são nítidas: ele não consegue compensar de forma adequada a elevada proporcionalidade das bases tributárias no Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Em relação às transferências setoriais, o sentido da distribuição dos tributos é mais favorável às regiões menos desenvolvidas, sendo que o FUNDEF privilegia mais o Nordeste e o Norte do que o SUS, provavelmente devido ao crescimento de matrículas observado até o início da década e aos recursos de complementação da União (Oliveira,

2003)[183]. Em alguns estados, as transferências federais do SUS tendem a "compensar" as baixas receitas do ICMS (como no caso MA e PI) e até do FPM (como por exemplo, no RJ). As diferenças na disponibilidade dos recursos voltados para a saúde são menos significativas do que aquelas decorrentes da apropriação econômica. O que tudo indica é que a ampla variedade de critérios que rege a distribuição de recursos do SUS em 2002 (população, cobertura de programas, oferta e produção de serviços, entre outros) tende a uma repartição mais igualitária entre regiões e UF com padrões de desenvolvimento diferenciado. Cabe destacar que os municípios situados no RS são aqueles que menos se beneficiam dos critérios de partilha dos recursos do SUS em 2002.

O padrão acima observado, como já evidenciado por outros estudos (Prado 2003; Prado *et al.*, 2003), demonstra que o FPM, cuja finalidade precípua é a equalização das receitas disponíveis, tem servido mais para aproximar as regiões Norte e Nordeste do que para diminuir as diferenças existentes entre as receitas próprias destas regiões e o Sul-Sudeste do país. O ICMS, com capacidade redistributiva fiscal mais limitada, já que apenas 25% de seu fluxo pode seguir uma orientação não devolutiva, é fundamental nas regiões e estados mais desenvolvidos do ponto de vista econômico, criando uma relação maior de dependência e aproximando os governos locais das instâncias intermediárias de governo.

O SUS, por sua vez, mesmo com direcionalidade distinta, não tem volume de recursos financeiros suficiente, se comparado a outras transferências (FPM e ICMS), para fazer a redistribuição fiscal necessária de modo a diminuir as desigualdades das receitas correntes *per capita* entre as regiões e UF. Além disso, como sua função no sistema de transferências é a viabilização da política de saúde no âmbito municipal, e não a equalização da receita disponível dessas esferas de governo (função inerente ao FPM), as transferências da União devem prover recursos para o custeio da rede de serviços pública e credenciada, que apresenta maior oferta e complexidade nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Essa é uma limitação que se coloca à redistribuição dos recursos fiscais destinados exclusivamente ao financiamento da saúde no âmbito local. Um dilema intrínseco da política de saúde. Os recursos federais do SUS não podem deixar de seguir a oferta

[183] A redistribuição do FUNDEF pode se dar no sentido dos governos municipais para os governos estaduais, se o estado for o principal responsável pelas matriculas. Este é o caso de RR, onde a instância estadual é a

extremamente concentrada de serviços de saúde especializados e de alta complexidade (ambulatoriais e hospitalares), que se encontram justamente nos municípios com maior capacidade de apropriação das bases tributárias e, por isso, os principais arrecadadores e beneficiários dos mecanismos de devolução de tributos. Esses municípios servem na maioria das vezes como pólos de referência para atendimento de pacientes oriundos de outras localidades.

Mesmo com as limitações associadas à natureza do próprio fluxo - uma partilha que se destina a fins específicos, marcada por importantes condicionantes no gasto - dado a importância que têm nos orçamentos municipais, os recursos transferidos na modalidade "fundo a fundo" acabam proporcionando um efeito de diminuição das diferenças nas receitas disponíveis que não pode deixar de ser valorizado. Na Tabela 17 do volume 2 podemos perceber o quão relevantes são as transferências SUS para os municípios do Nordeste e Norte. Considerando-se o universo dos municípios do Nordeste, verifica-se que, no mínimo, 83% dos municípios ali situados possuem receita oriunda das transferências SUS superiores à arrecadação tributária própria. Em alguns estados, essa proporção chega à perto de 100% dos municípios que informaram o SIOPS em 2002, como no PI e na PB. Na região Norte, no mínimo em 66% dos municípios existentes em 2002, o SUS é mais importante do que a arrecadação. O Sul é a região onde as transferências SUS são menos significativas em relação à arrecadação. No Centro-Oeste, chama a atenção o estado de GO, onde as transferências SUS são mais importantes do que a receita de tributos diretamente arrecadados em 59% dos municípios da base.

Se fizermos essa mesma comparação, considerando-se as transferências do FUNDEF, da Cota-Parte do ICMS e da Cota-Parte do FPM, é possível averiguar que:

1- no Centro-Oeste e Sudeste, o número de municípios que têm ingresso orçamentário proveniente do SUS maior do que o FUNDEF é mais significativo que as demais regiões, principalmente devido aos estados de GO, SP e ES;

2- na região Nordeste, chama atenção a proporção de municípios que têm receita SUS superior ao ICMS, particularmente no PI e MA;

3- para cerca de 19% dos municípios da base situados no RJ, a receita SUS supera a do FPM.

---

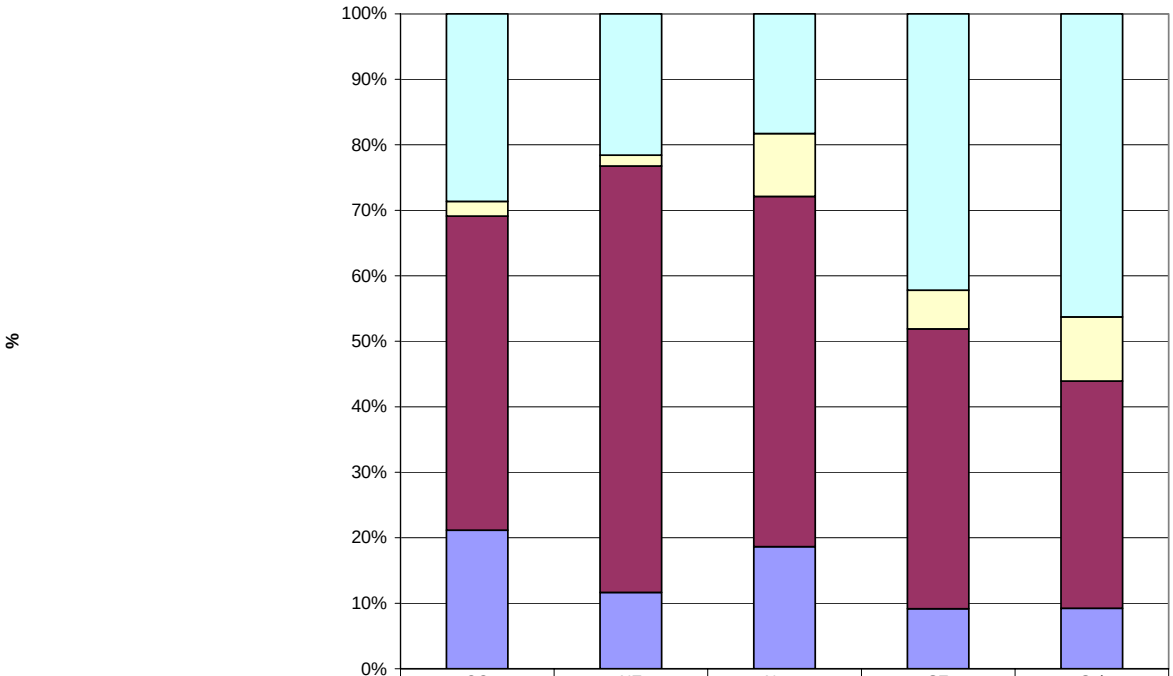
principal responsável pela provisão do ensino fundamental (Oliveira, 2003).

A importância do SUS nos orçamentos municipais nos revela o quanto as economias locais são dependentes das transferências de recursos da saúde provenientes da União. Não é de surpreender as dificuldades relatadas por muitos Secretários de Saúde, em seus embates com os Secretários de Fazenda e Prefeitos, para preservar a seletividade do uso e garantir maior grau de autonomia na execução dos recursos do Fundo Municipal de Saúde[184].

Nos municípios situados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, particularmente nos estados de GO, RO, TO e PI, as receitas da saúde são também um importante componente das receitas correntes discricionárias da União (Gráfico 5.9). Como fonte de receitas de convênios celebrados com os governos estaduais, a participação do SUS é bem menor, destacando-se um pouco mais nas regiões Sul e Norte, particularmente, nos estados do PA e RS (Tabelas 18 e 19 do volume 2)[185]. No entanto, como a heterogeneidade dos municípios é grande no interior das próprias UF, percebe-se que os convênios da saúde só são relevantes para poucos municípios nas regiões e estados acima mencionados.

[184] Esse é um dos aspectos ressaltados pelos Secretários Municipais de Saúde em inquérito realizado com todos os municípios habilitados em GPMS na NOB SUS 01/96 em 2000 (Viana *et al.*, 2002 c).
[185] Interessante perceber que, embora os convênios celebrados com os estados tenham um peso maior nos municípios do Sudeste, tais convênios não estão relacionados à saúde.

Gráfico 5.9 Composição percentual das transferências correntes oriundas de convênios nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Convênios dos estados não vinculados à saúde	28,7	21,6	18,3	42,2	46,3
Convênios dos estados vinculados à saúde	2,2	1,6	9,6	5,9	9,8
Convênios da União não vinculados à saúde	47,9	65,1	53,5	42,7	34,7
Convênios da União vinculados à saúde	21,2	11,6	18,7	9,2	9,2

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

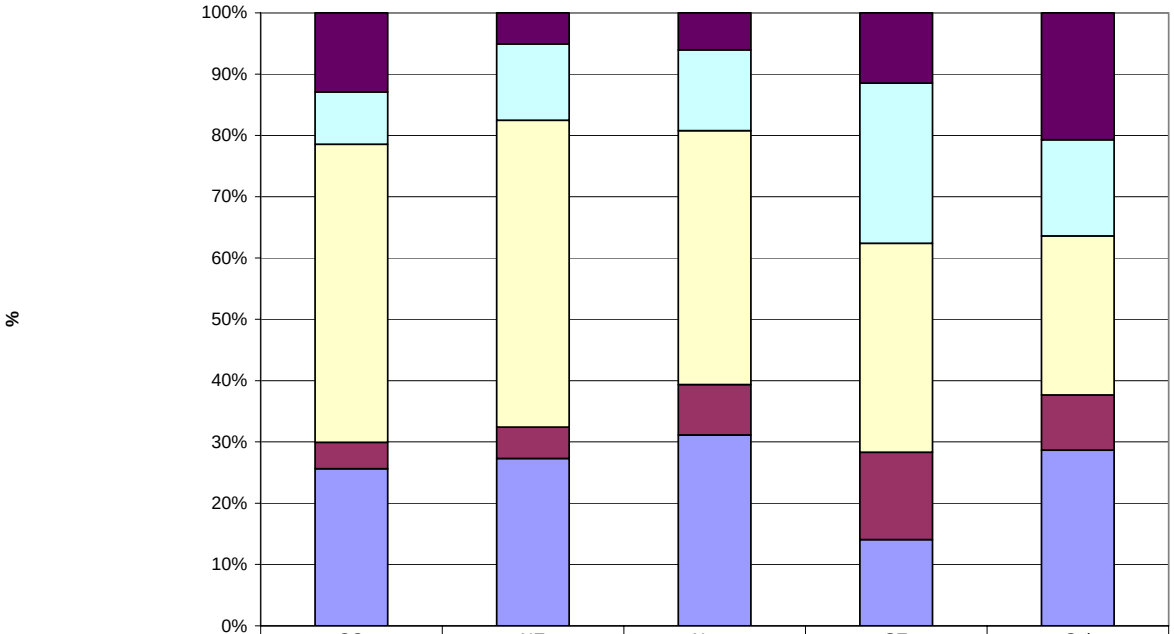
Em relação às receitas de capital, o detalhamento de sua composição demonstra claramente a importância das transferências discricionárias da União e dos estados, realizadas ou não mediante a celebração de convênios, em todas as regiões (Gráfico 5.10). A região Sul é a que apresenta uma maior variedade da participação de outras fontes de receitas de capital[186].

Nos municípios situados nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, as principais fontes de receitas de capital são os convênios com a União. Eles representam, respectivamente, 50%, 48,6% e 41,4% do total da receita de capital nestes grupos. Para os municípios do Sudeste, os convênios com os estados também são relevantes (26%) e, para a região Sul, predominam as transferências da União (28%). Destaca-se que a região Norte é

[186] As outras receitas de capital incluem as operações de crédito, alienação de bens, amortização de empréstimos e outras transferências de capital (intragovernamentais, de outros municípios, de instituições privadas, do exterior e de pessoas).

aquela que apresenta as maiores médias para os principais componentes das transferências de capital e, junto com a região Nordeste, as únicas que apresentam medianas de convênios de capital da União maior que zero (Tabela 20 do volume 2). Os DP, no entanto, são muito significativos em todas as regiões e UF. Os estados que possuem municípios com maior disponibilidade de receita de capital *per capita* são o AC, AM, AP, RO e AL.

Gráfico 5.10 Composição percentual das receitas de capital nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Outras receitas de capital	12,9	5,1	6,0	11,5	20,7
Convênios dos Estados	8,5	12,4	13,2	26,1	15,7
Convênios da União	48,6	50,1	41,4	34,1	25,9
Transf. dos Estados	4,3	5,1	8,2	14,3	9,0
Transf. da União	25,6	27,3	31,2	14,1	28,7

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

As regiões onde a saúde mais sobressai são o Nordeste, o Centro-Oeste e o Norte, sendo que, nos estados do AP e AL, as receitas de capital voltadas para o SUS chegam a representar 24% do total da receita de capital *per capita* informada pelos municípios (Gráficos 4 e 5 do volume 2). A maior parte desses recursos provém dos convênios estabelecidos com a União.

Como a receita de capital é extremamente concentrada e baixa para a maioria dos municípios brasileiros, a saúde só tem importância para algumas poucas jurisdições

situadas nessas regiões e UF. A Tabela 21 do volume 2 demonstra que AL é o único estado do Brasil onde, em 2002, 50% de seus municípios informam algum ingresso de receita de capital destinada ao SUS (mediana maior que zero). Os maiores valores médios de receitas de capital *per capita* vinculadas à saúde encontram-se na região Norte, seguida da região Centro-Oeste e Nordeste, destacando-se os estados do AC, AL, AM, RO e RN.

As receitas discricionárias de capital vinculadas à saúde, que se originam principalmente de convênios da União, seguem a mesma direção das transferências federais de receitas correntes do SUS, sejam representadas por critérios de partilha formalmente regulamentados ou não. Sabe-se que a maior parte dos recursos transferidos pelo MS aos municípios para investimentos em infra-estrutura, equipamentos e desenvolvimento institucional nessa época, são originários de "Projetos Internacionais" – tais como o REFORSUS, o PROFAE e o VIGISUS[187] – financiados a partir de empréstimos obtidos junto a agências como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento. Embora haja certa priorização dos investimentos da saúde nas regiões Norte e Nordeste, contidas nas próprias regras de alocação dos projetos do MS voltados para investimentos, essas receitas não são suficientes para reverter a concentração da oferta de equipamentos e profissionais de saúde qualificados existente nas regiões Sudeste e Sul do país e potencializar a redistribuição dos recursos a favor dessas regiões.

Mais uma vez, a região Centro-Oeste é um caso a parte. Os dados consolidados nesse item sugerem que os municípios situados na região têm se fortalecido não só pela arrecadação direta de tributos e pelo esforço fiscal de seus governos estaduais (importância do ICMS), mas também pela orientação da partilha de recursos fiscais, sejam eles formalmente regulamentados ou transferidos na forma de convênios, vinculados ou não a políticas específicas. Os municípios aí localizados, portanto, têm se beneficiado das regras que modelam o federalismo fiscal no Brasil. Receitas correntes e de capital se agregam tornando os orçamentos desses municípios relativamente mais robustos e aproximando-os em termos de capacidade de financiamento do pólo economicamente mais desenvolvido do Brasil.

---

[187] O mais importante deles é o projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), que envolveu no total mais de US$500 milhões de dólares de empréstimos do Banco Mundial e do BID para recuperação física, tecnológica e gerencial da rede de serviços de saúde no país.

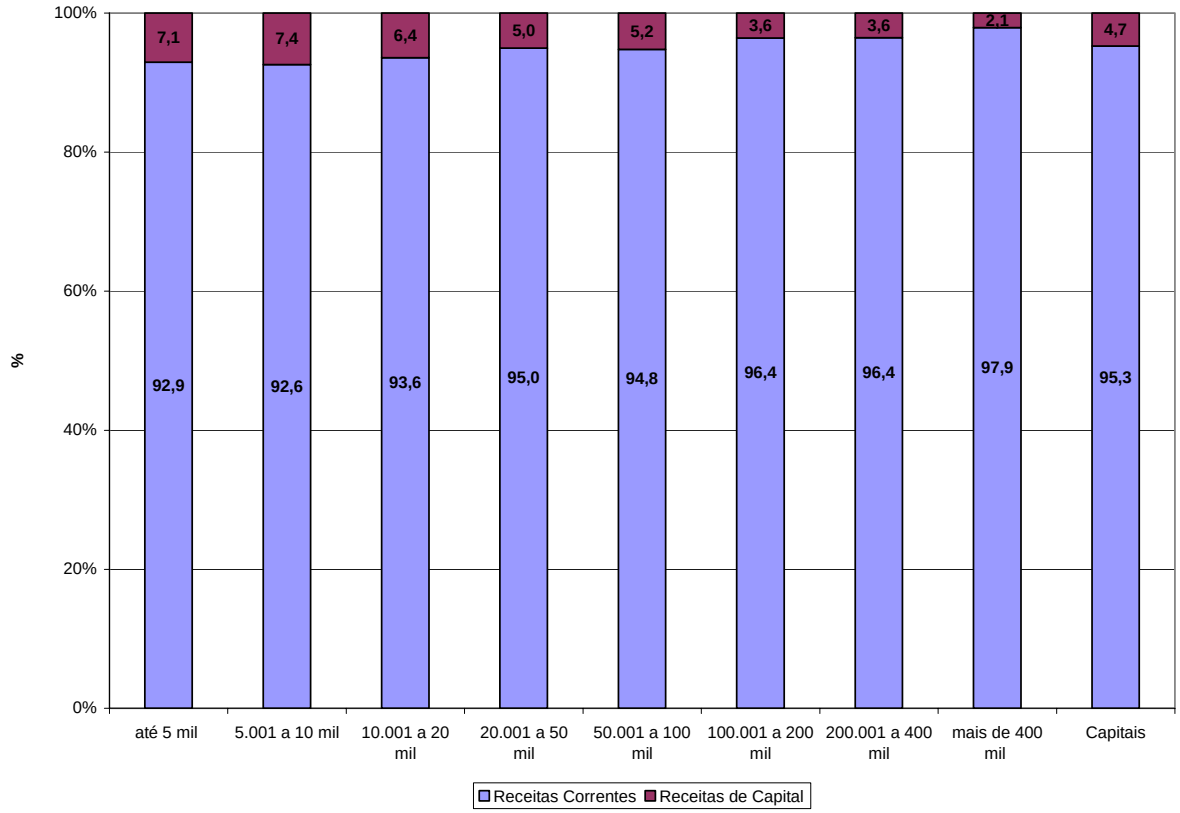
5.3 Municípios agregados por porte populacional e capitais

Os dados obtidos a partir do SIOPS revelam importantes desigualdades na disponibilidade e composição das receitas orçamentárias dos municípios agregados por classes de tamanho populacional e por condição de capital do estado em 2002. Aqueles que apresentam os menores valores, médios e medianos, de receita realizada total *per capita* possuem porte médio, situando-se na faixa de mais de 20 mil até 100 mil habitantes e os que apresentam a maior receita total *per capita,* os micromunicípios, seguidos das pequenas municipalidades (de 5.001 até 10 mil habitantes) e das capitais (Gráfico 6 do volume 2).

A mesma tendência pode ser identificada quando a distribuição das receitas correntes é analisada nos diferentes grupos de municípios (Gráfico 7 do volume 2). São os municípios muito pequenos e pequenos, seguidos das capitais aqueles que apresentam os maiores valores médios e medianos de receita corrente *per capita*. Os municípios grandes (com mais de 100 mil habitantes), por sua vez, apresentam valores superiores aos municípios médios. Isso não ocorre com as receitas de capital. As receitas de capital *per capita* decrescem gradativamente com o crescimento do porte populacional dos municípios, chegando a um valor mínimo nos municípios com mais de 400 mil habitantes (Gráfico 8 do volume 2). As capitais apresentam valores medianos similares aos municípios de porte médio.

As receitas de capital têm uma participação extremamente limitada nos orçamentos de todos os subconjuntos municipais (Gráfico 5.11). Como já enfatizado, ela é baixa e concentrada, estando ausente na maior parte das jurisdições locais. Se os municípios de porte médio apresentam valores de receita de capital *per capita* relativamente superiores aos grandes, esses recursos não são suficientes para diminuir as desigualdades orçamentárias finais existentes entre eles. Além disso, os municípios pequenos são os principais beneficiários das regras que condicionam o ingresso dos dois grandes grupos de receitas públicas classificadas por categoria econômica. O gráfico abaixo ilustra a distribuição proporcional das receitas municipais correntes e de capital no total das receitas informadas em 2002. A proporção de receitas correntes é sempre maior que 92% da receita total em todos os agrupamentos. No entanto, a proporção da receita de capital é ligeiramente maior nos municípios pequenos e médios se comparados aos grandes e às capitais.

Gráfico 5.11 Composição percentual das receitas municipais segundo categoria econômica nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Ressalta-se a grande heterogeneidade dos grupos. Os DP são sempre muito expressivos, encontrando-se ainda mais elevados nos municípios muito pequenos. Esse é o agrupamento que concentra o maior número de municípios brasileiros e onde se localiza a maior quantidade de registros *outliers* na base construída a partir do SIOPS. Com esse grau de desigualdade interna, é preciso ter muito cuidado no uso de valores médios. É preferível se trabalhar com a mediana como medida de tendência central para efeito de comparação e aferição das distâncias que separam esses agrupamentos.

Assim, os valores medianos das receitas realizadas totais, correntes e de capital *per capita* observados em cada subconjunto foram transformados em valores relativos. Os resultados podem ser vistos na Tabela 5.1. Eles demonstram que se as diferenças orçamentárias entre os grupos de municípios são grandes em relação às receitas correntes, elas são ainda maiores nas receitas de capital. O diferencial das receitas relativas é sempre favorável aos municípios com até 10 mil habitantes. Em relação às receitas correntes, os

municípios que possuem menor valor relativo são de porte médio e às receitas de capital, os municípios grandes.

Tabela 5.1 Receitas municipais *per capita* relativas - corrente, de capital e total. Razão entre os valores medianos observados nos municípios agrupados por porte populacional e capitais e a mediana nacional - Brasil – 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Receitas Correntes	Receitas de Capital	Receitas totais
até 5 mil	167,7	202,9	168,5
5.001 a 10 mil	102,9	124,4	103,7
10.001 a 20 mil	85,1	93,6	84,6
20.001 a 50 mil	74,8	59,3	73,9
50.001 a 100 mil	75,0	53,7	73,2
100.001 a 200 mil	87,1	43,8	83,2
200.001 a 400 mil	89,8	54,2	84,2
mais de 400 mil	102,6	27,9	96,6
Capitais	102,3	60,0	96,0
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Não é fácil avaliar as desigualdades na disponibilidade de recursos e composição dos orçamentos municipais considerando-se apenas o critério populacional. Isso porque a associação da variação do tamanho do município com demandas por serviços públicos e necessidades de receita fiscal não é direta. Alguns argumentos sustentam a hipótese de que a concentração da população nos espaços urbanos gera necessidades maiores de recursos *per capita*: a) os custos mais elevados na prestação de serviços associados aos patamares salariais diferenciados; b) a concentração de serviços públicos; c) os custos adicionais relacionados à concentração urbana (ex: infra-estrutura de transportes); d) a maior concentração de população carente (Prado, 2003 b).

Embora os “custos da metropolização” não possam ser desprezados, na saúde, municípios pequenos podem ter necessidades mais elevadas de receitas para o custeio de serviços em função das dificuldades que enfrentam para o pagamento dos salários dos profissionais e manutenção de determinados equipamentos. As demandas na saúde são muito diversificadas e existem vários fatores que interferem na procura e nos custos associados à prestação de ações e serviços. De qualquer forma, defender uma situação

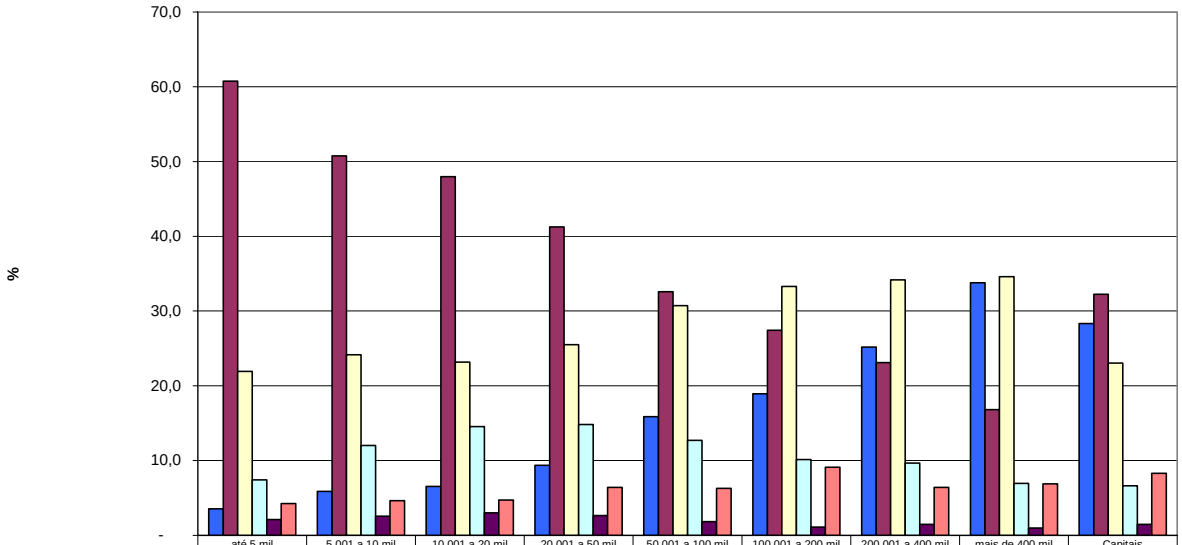
completamente inversa, em que a distribuição de receitas seja tão mais favorável para as pequenas municipalidades, como a que se verifica no caso brasileiro, parece pouco razoável.

A situação revelada a partir dos dados do SIOPS em 2002 não é uma novidade para os estudiosos das finanças públicas brasileiras. Há muito se sabe que ela é decorrência, principalmente, das regras que interferem na distribuição do principal tributo transferido para os municípios: o FPM. O principal objetivo dessas análises é, através do detalhamento das receitas orçamentárias municipais, identificar o comportamento das diversas fontes de recursos e averiguar se as transferências do SUS seguem um sentido diferente e se contribuem para a correção das desigualdades na capacidade de financiamento existentes entre municípios com diferentes tamanhos de população.

Os principais componentes das receitas correntes nos municípios distribuídos por faixas populacionais e capitais encontram-se no gráfico a seguir (Gráfico 5.12) [188]. Ele revela um perfil de distribuição de receitas bastante similar entre os micromunicípios e aqueles com até 50 mil habitantes As diferenças são mais significativas entre os municípios com mais de 50 mil habitantes incluindo as capitais. A tendência geral é que, quanto mais populoso o município, maior é a proporção das receitas de arrecadação direta de tributos e as transferências dos estados no orçamento municipal. Por outro lado, quanto menor o município, maior é o peso das transferências da União.

[188] As outras receitas correntes incluem os demais componentes das receitas correntes municipais: receita patrimonial, receita de contribuições, receita agropecuária, receita industrial, receita de serviços, transferências intragovernamentais, transferências dos municípios, transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas e receitas diversas.

Gráfico 5.12 Composição percentual das receitas correntes nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Arrecadação tributária própria	3,5	5,9	6,5	9,4	15,9	18,9	25,2	33,8	28,3
Transferências da União	60,8	50,8	48,0	41,2	32,6	27,4	23,1	16,8	32,2
Transferências dos Estados	21,9	24,1	23,2	25,5	30,7	33,3	34,2	34,6	23,1
Transf. Multigovernamentais	7,4	12,0	14,5	14,8	12,7	10,1	9,7	6,9	6,6
Transf. de convênios	2,1	2,6	3,0	2,6	1,8	1,1	1,5	1,0	1,5
Outras receitas	4,3	4,6	4,7	6,4	6,3	9,1	6,4	6,9	8,3

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

O seguinte padrão pode ser observado nos agrupamentos:

1- nos municípios com população até 50 mil habitantes destacam-se as transferências intergovernamentais da União como fontes de receitas correntes. A participação dessas transferências nas receitas correntes totais é somente um pouco menor nos municípios com população de 20 mil até 50 mil habitantes. A segunda principal fonte de receitas correntes nesses municípios são as transferências dos estados;

2- nos municípios com população maior que 50 mil até 100 mil habitantes, a principal fonte de tributos ainda provém da União, no entanto, a participação das transferências dos estados é quase tão significativa quanto à da União. Diferentemente dos municípios pequenos, a importância do FUNDEF (transferências multigovernamentais) é menor que a arrecadação tributária própria no total da receita corrente realizada;

3- os municípios grandes apresentam perfil diferenciado na distribuição relativa de suas principais fontes de receitas. Nesses grupos, as transferências dos estados são as principais fontes de recursos. No entanto, somente nos municípios com mais de 400 mil habitantes as receitas oriundas da arrecadação tributária própria adquirem peso tão

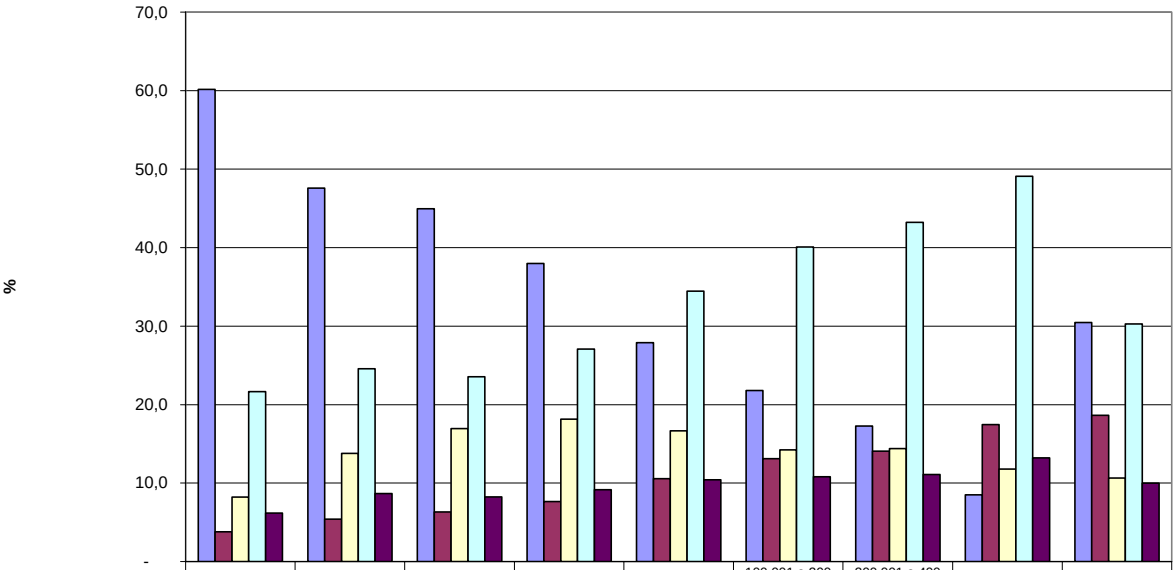
significativo quanto o das transferências intergovernamentais. A arrecadação é proporcionalmente maior nesses municípios, se comparados às capitais;

4- as capitais apresentam perfil que agrega características dos pequenos e dos grandes municípios. As transferências da União são as principais fontes de recursos, a arrecadação tributária própria, a segunda; e as transferências dos estados, a terceira.

Há de se destacar a maior variedade na composição das receitas correntes nos municípios mais populosos e capitais. Por sua vez, as transferências discricionárias mediante a celebração de convênios são proporcionalmente mais elevadas nos municípios pequenos.

É na decomposição das transferências intergovernamentais legais que o SUS se faz mais presente. As transferências federais da saúde na modalidade “fundo a fundo” são particularmente significativas nos municípios grandes e nas capitais. Nesses grupos de municípios, essas transferências são relativamente mais importantes do que o somatório das demais transferências da União e dos estados (redistributivas, devolutivas e setoriais). Além disso, nos municípios com mais de 400 mil habitantes, a participação relativa das transferências federais do SUS no total das transferências intergovernamentais é maior do que o FPM (Gráfico 5.13).

Gráfico 5.13 Composição percentual das transferências correntes intergovernamentais legais nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
FPM	60,2	47,6	45,0	38,0	27,9	21,8	17,3	8,5	30,5
SUS	3,8	5,4	6,3	7,6	10,6	13,1	14,1	17,4	18,6
FUNDEF	8,2	13,8	16,9	18,1	16,7	14,2	14,4	11,8	10,7
ICMS	21,6	24,5	23,6	27,1	34,5	40,1	43,2	49,1	30,3
Outras transf. Intergov.	6,2	8,7	8,2	9,2	10,4	10,8	11,1	13,2	10,0

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os Gráficos 9 a 11 do volume 2 representam as curvas de distribuição dos valores médios, medianos e o desvio padrão (DP) das principais fontes de receitas correntes nos municípios diferenciados por porte e capitais. Elas nos indicam que:

1- as transferências federais do SUS seguem uma tendência semelhante à da arrecadação tributária própria, ou seja, a receita *per capita* SUS cresce, em termos médios e medianos, principalmente dos municípios médios para as capitais. No entanto, nos municípios muito pequenos, as receitas *per capita* do SUS são maiores, se comparadas aos municípios pequenos e médios. A arrecadação própria também é mais sensível em relação à variação do tamanho da população do que o SUS, indicando que existem regras na saúde que garantem um fluxo importante de recursos para os municípios com menos de 5 mil habitantes e que os limites para expansão dos recursos da saúde em função do porte são maiores do que os da arrecadação direta de tributos. Em termos medianos, as transferências *per capita* SUS são mais elevadas que a arrecadação nos grupos de municípios com população até 50 mil habitantes;

2- embora o ICMS seja uma fonte de receita proporcionalmente mais significativa para os municípios maiores e as capitais, os valores médios da cota-parte do ICMS *per capita* são relativamente altos nos micromunicípios. Em termos medianos, o ICMS nesses municípios só não é mais elevado, se comparados aos municípios com mais de 400 mil habitantes. Isso nos mostra que o efeito de redistribuição do ICMS não é desprezível. Por outro lado, chama atenção para a importância que esses municípios têm em relação à distribuição das bases tributárias que servem como critério para repartição simples do ICMS. Se compararmos os valores das receitas de arrecadação tributária própria nos municípios muito pequenos, veremos que eles são maiores do que os apresentados pelos municípios com mais de 10 mil até 50 mil habitantes. A suposição de que as localidades menores têm menor capacidade de arrecadação, que embasou a criação das regras de rateio do FPM, é, portanto, altamente questionável em 2002, considerando-se as transferências do ICMS (tributo fundamentalmente devolutivo) e a receita da arrecadação direta;

3- as receitas do FPM e do FUNDEF *per capita* seguem um sentido oposto ao das transferências federais do SUS. Os recursos diminuem em função do aumento do porte populacional dos municípios, elevando-se novamente nas capitais no caso do FPM. Interessante notar que as receitas das transferências SUS *per capita* são superiores em média e em valores medianos ao FPM nos municípios com mais de 400 mil habitantes;

4- há grande heterogeneidade interna dos agrupamentos municipais em todos as cinco principais fontes de receitas correntes dos municípios. Em geral, observa-se que, quanto maior a média, maior o DP. Exceção seja feita ao ICMS, cujo DP mais elevado pode ser percebido nos municípios com mais de 50 mil até 100 mil habitantes

Visando a medir a redistribuição fiscal associada aos critérios que determinam as principais transferências regulares da União e dos estados para os municípios, foi analisada, nas diversas classes de tamanho de municípios e nas capitais, a relação entre os valores observados e a mediana nacional (Tabela 5.2). A disponibilidade dos diferentes tipos de transferência foi comparada com a arrecadação tributária própria, verificando-se o quanto cada agrupamento se aproxima ou distancia do padrão nacional.

Tabela 5.2 Receitas municipais *per capita* relativas - arrecadação tributária própria, FPM, ICMS, SUS e FUNDEF. Razão entre os valores medianos observados nos municípios agrupados por porte populacional e capitais e a mediana nacional - Brasil – 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Arrecadação tributária própria	ICMS	FPM	SUS	FUNDEF
até 5 mil	103,82	160,21	228,57	118,82	100,29
5.001 a 10 mil	89,42	97,88	120,32	100,71	102,13
10.001 a 20 mil	76,72	68,14	93,38	88,76	106,22
20.001 a 50 mil	87,52	67,36	69,25	83,55	102,38
50.001 a 100 mil	222,46	95,98	47,62	97,86	84,53
100.001 a 200 mil	332,38	118,31	38,91	151,25	80,29
200.001 a 400 mil	436,40	119,71	28,02	136,64	68,22
mais de 400 mil	657,80	163,94	14,19	182,68	58,91
Capitais	547,93	102,77	39,58	261,19	55,63
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A tabela acima demonstra que a situação inicial de distribuição das bases de arrecadação dos tributos de competência municipal é claramente favorável aos municípios maiores e às capitais. Como relatam Afonso e Araújo (2001), uma vez que os principais tributos municipais (IPTU e ISS) têm características urbanas, as propriedades mais valorizadas e as atividades de serviços encontram-se particularmente concentradas nos grandes centros.

No entanto, o provável bom desempenho da máquina fazendária dos municípios muito pequenos garante uma apropriação de receita tributária um pouco maior à mediana nacional. Essas jurisdições também apresentam maior valor agregado de operações realizadas por empresas nele situadas do que os pequenos e médios municípios, o que propicia maior devolução do ICMS. Pesquisa recente realizada pelo IBGE demonstra que a proporção de municípios com Código Tributário Municipal implantado e cadastros do IPTU e ISS informatizados, utilizadas como *proxy* da capacidade de administração tributária dos municípios, é mais equilibrada, levando-se em consideração somente o porte populacional dos municípios (IBGE, 2004)[189]. Ainda assim, sozinhos, os governos das

[189] A pesquisa aponta que 92,8% dos municípios com até 5 mil hab têm Código Tributário implantado, 81% cadastro do IPTU e 72% cadastro do ISS informatizados em 2002 (IBGE, 2004). Esses percentuais elevados

pequenas localidades não são capazes de romperem com os fatores estruturais que determinam a arrecadação de tributos no âmbito municipal.

De fato, esses municípios são mais que compensados pelos critérios que determinam o rateio horizontal de recursos fiscais redistributivos no Brasil. O FPM, que mobiliza um volume de recursos bem superior ao da arrecadação tributária própria municipal, tende a elevar substancialmente a capacidade de financiamento dos municípios com menos de 5 mil habitantes

O SUS, seguindo o mesmo sentido da concentração das bases tributárias locais (os grandes municípios e as capitais), compensa um pouco o efeito distorcido da distribuição do FPM para os micromunicípios. A alocação municipal dos recursos da saúde tende a ser mais igualitária nas diferentes classes de tamanho dos municípios do que o recolhimento direto de tributos, o que é coerente com a necessidade de garantir um patamar mínimo de recursos para todas as localidades, independente do número de habitantes existente. No entanto, o SUS também permite um aporte adicional de recursos para os municípios que concentram a maior parte da oferta e, por conta disso, desempenham um papel fundamental na garantia da prestação de serviços regionalizada do SUS, servindo como referência para outras localidades.

As informações obtidas a partir do SIOPS nos indicam que a situação mais crítica do ponto de vista orçamentário é a dos municípios médios (com população maior que 20 mil até 100 mil habitantes). Aparentemente, o que ocorre é o seguinte:

1- nos municípios com 20.001 a 50 mil habitantes, a receita proveniente da arrecadação tributária própria e da devolução do ICMS é baixa. Os fluxos redistributivos, gerais e da saúde (FPM e SUS) não são suficientes para suprir as desigualdades decorrentes da arrecadação, destacando-se que esses municípios são os que menos se apropriam das receitas do SUS;

2- nos municípios com 50.001 até 100 mil habitantes, os efeitos das regras do FPM são decisivos para comprometer o resultado final do sistema de partilha nas finanças públicas municipais. Esses municípios são os que menos se apropriam do FPM e, dado o

---

devem-se, provavelmente, a maior proporção destes municípios nos estados do RS, SC, SP e MG, que também apresentam altas taxas de municípios com cadastro imobiliário e de serviços.

volume de recursos mobilizado neste fluxo, esses municípios acabam sendo penalizados[190]. Em relação ao SUS, eles também não conseguem atingir a mediana nacional.

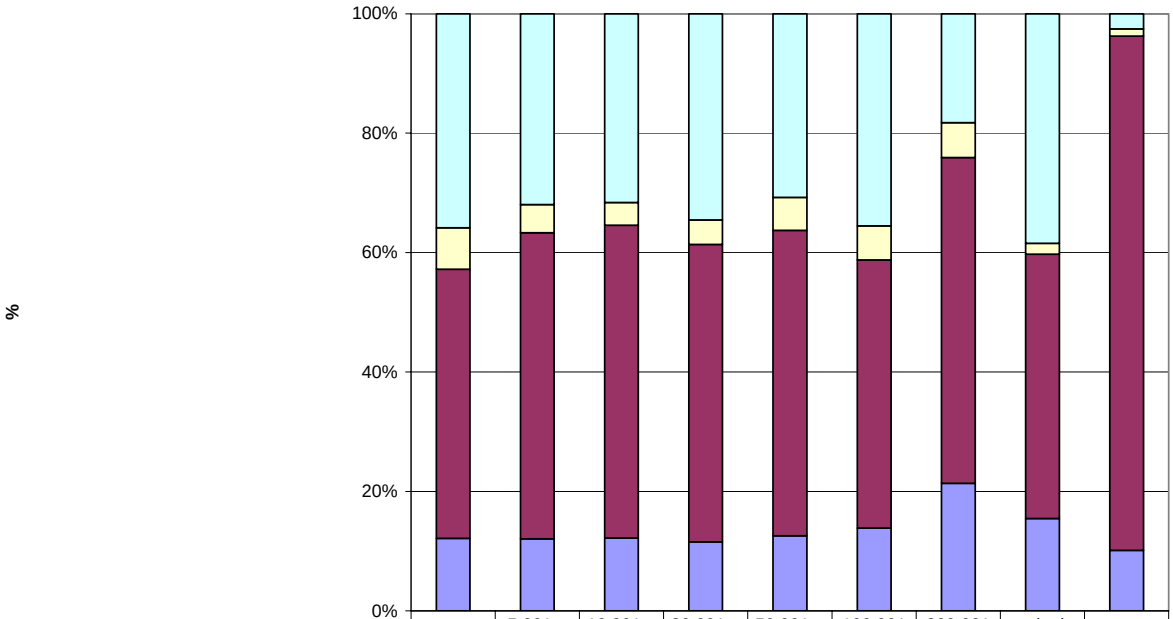
A comparação do SUS com outras fontes de receitas correntes reforça sua importância como fonte regular de ingresso orçamentário para os municípios (Tabela 22 do volume 2). Mais da metade dos municípios brasileiros situados nas classes populacionais até 50 mil habitantes apresenta valores de transferências federais do SUS maiores do que a arrecadação direta de tributos. Em relação às transferências legais, o padrão que se estabelece é que, quanto maior a população, maior é o percentual de municípios no agrupamento com receita *per capita* SUS mais elevada que o FUNDEF, o ICMS e o FPM. Dos 24 municípios com mais de 400 mil habitantes, 19 (79%) apresentam receita SUS maior que o FPM.

Analisando-se com mais detalhe os fluxos de receitas correntes discricionárias, podemos perceber que os convênios, em termos medianos, não variam tão significativamente nos municípios agregados por porte populacional. Em valores médios, no entanto, são mais importantes nos municípios com até 20 mil habitantes (Tabela 23 do volume 2). Nesse caso, os DP são muito elevados devido à influência da concentração dos recursos de convênios e dos valores extremamente elevados apresentados por alguns municípios de pequeno porte.

O gráfico abaixo demonstra que a maior parte dos recursos de convênios nos diferentes agrupamentos municipais atende a outras finalidades que não a saúde (Gráfico 5.14). Observa-se, no entanto, que a participação do SUS nas transferências voluntárias totais é mais significativa nos municípios com mais de 200 mil habitantes Em relação aos convênios voltados para o SUS oriundos dos estados, sua participação no total dos ingressos de convênios é relativamente maior nos municípios muito pequenos.

[190] Aqui é possível perceber que, se o FPM não segue a nenhum critério endógeno que permita identificar a distribuição irregular das bases tributárias no Brasil e seu efeito na arrecadação de tributos, ele também é incapaz de premiar de forma adequada os municípios médios que são responsáveis por uma boa parcela da carga tributária municipal.

Gráfico 5.14 Composição percentual das transferências correntes oriundas de convênios nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



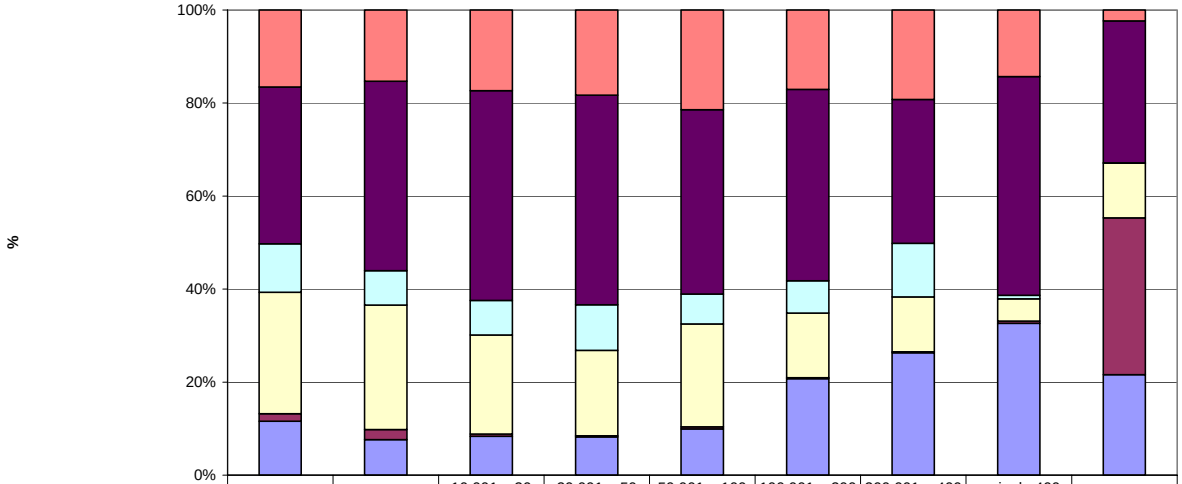
	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Convênios dos estados não vinculados à saúde	35,8	32,0	31,6	34,5	30,7	35,5	18,3	38,5	2,5
Convênios dos estados vinculados à saúde	7,0	4,7	3,8	4,1	5,5	5,7	5,8	1,8	1,2
Convênios da União não vinculados à saúde	45,1	51,3	52,4	49,8	51,2	44,9	54,6	44,3	86,1
Convênios da União vinculados à saúde	12,1	12,0	12,2	11,5	12,6	13,9	21,3	15,4	10,1

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A decomposição das receitas de capital nos municípios agrupados por porte mostra que, independente do tamanho da população, as principais fontes das receitas de capital são os convênios da União (Gráfico 5.15). Nas capitais, no entanto, as transferências efetuadas para empresas públicas, pertencentes à Administração Direta ou Indireta, dentro do próprio município (denominadas transferências intragovernamentais) têm um papel mais relevante. A maior variedade de fontes encontra-se nos municípios grandes e nas capitais[191].

[191] As outras receitas de capital incluem as operações de crédito, alienação de bens, amortização de empréstimos e outras transferências de capital (de outros municípios, de instituições privadas, do exterior e de pessoas).

Gráfico 5.15 Composição percentual das receitas de capital nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



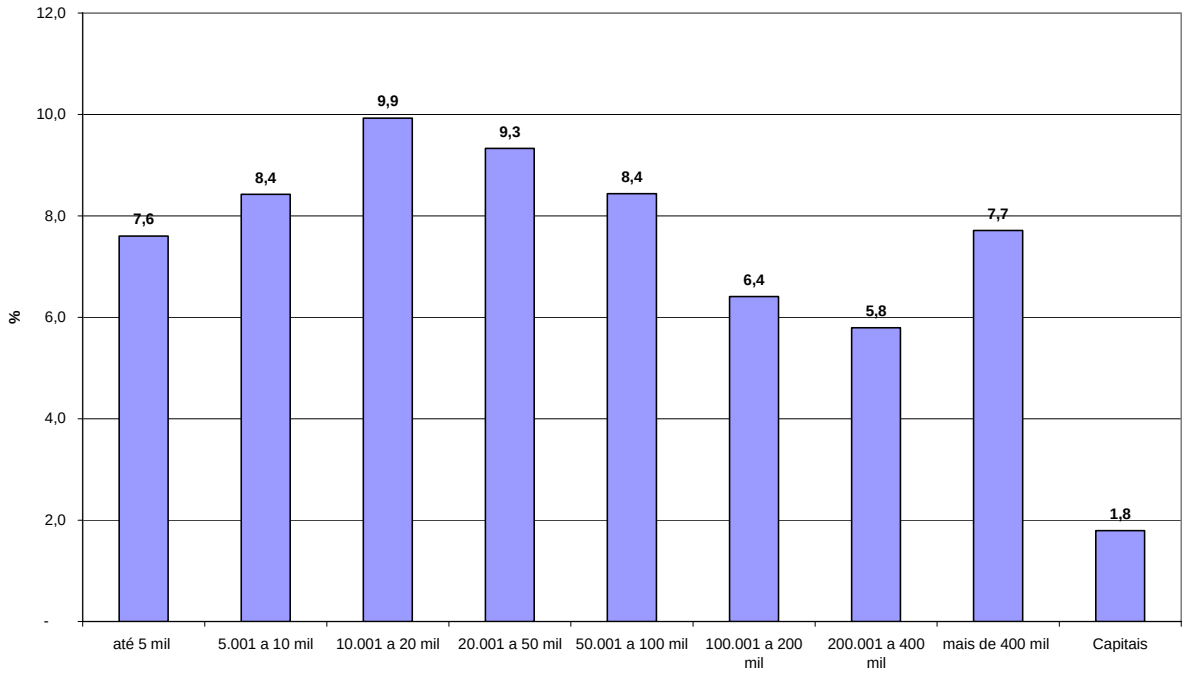
	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Convênios dos Estados	16,5	15,3	17,3	18,3	21,4	17,0	19,2	14,3	2,3
Convênios da União	33,7	40,7	45,1	45,1	39,6	41,2	30,9	47,0	30,5
Transf. dos Estados	10,4	7,4	7,4	9,8	6,4	7,0	11,6	0,8	0,1
Transf. da União	26,1	26,7	21,3	18,4	22,1	13,9	11,8	4,8	11,7
Transf. Intragov.	1,6	2,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,2	0,5	33,7
Outras receitas de capital	11,6	7,6	8,4	8,2	9,9	20,7	26,3	32,6	21,6

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Analisando-se somente as transferências de capital, com exceção das transferências intragovernamentais, os municípios muito pequenos são aqueles que apresentam as maiores médias (Tabela 24 do volume 2). As transferências discricionárias de capital apresentam médias decrescentes conforme o aumento de porte dos municípios, voltando a crescer nas capitais.

A participação da saúde nas receitas totais de capital é mais significativa nos municípios pequenos (particularmente os situados na faixa de 10.001 a 20 mil habitantes) e médios (Gráfico 5.16). Se, aparentemente, existe uma coerência entre os investimentos do SUS com os municípios que apresentam menor disponibilidade de transferências correntes *per capita*, os valores médios e medianos das receitas de capital da saúde revelados neste estudo não são tão animadores.

Gráfico 5.16 Participação proporcional das receitas de capital vinculadas à saúde na receita de capital dos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A Tabela 25 do volume 2 revela medianas de receitas de capital vinculadas à saúde iguais a zero em todos os agrupamentos. Ao contrário do que pensávamos, as maiores médias encontram-se, mais uma vez, nos micromunicípios e decrescem gradativamente com o aumento do porte populacional dos municípios. Estes recursos são insuficientes para suprir as carências de equipamentos nos municípios, particularmente, os municípios de porte médio que poderiam com isso se beneficiar de montantes mais significativos de transferências correntes do SUS na modalidade "fundo a fundo".

5.4 Dados relativos aos estados e DF

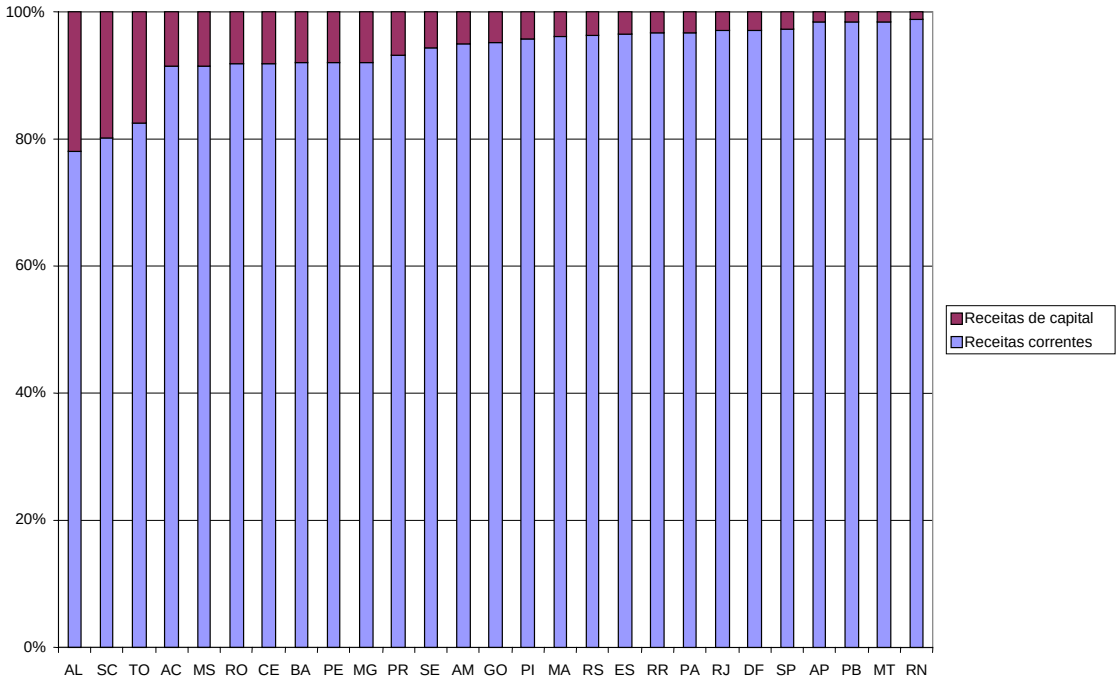
Em 2002, o balanço dos orçamentos dos 26 estados e do DF indica que as receitas totais das UF no Brasil correspondem, em média, a R$ 1 134,80 *per capita*[192] (Tabela 26 do

[192] Os valores das receitas públicas estaduais aqui apresentados representam o montante total apurado em 2002 deduzidas as transferências legais efetuadas aos municípios informadas através de variáveis específicas do SIOPS. Não foram abatidas desse montante as deduções da receita corrente para composição do FUNDEF,

volume 2). Entretanto, as diferenças inter-regionais são muito significativas. A região Norte é onde se verificam os valores mais elevados das receitas totais e correntes *per capita* dos estados (respectivamente, R$ 1 561,00 e R$ 1 456,90). O Norte também se destaca por apresentar a segunda maior média dos estados em relação à receita de capital por habitante (R$ 104,20), valor muito próximo ao observado no Sul do país (R$ 109,00). As menores médias das receitas correntes, por sua vez, encontram-se no Nordeste (R$ 678,00 *per capita*) e das receitas de capital no Sudeste (R$ 39,00 *per capita*).

De forma similar aos municípios, as receitas correntes equivalem a 93,8% do orçamento global dos estados e DF em 2002, sendo as receitas de capital bastante restritas na maioria dos estados. As exceções são AL, SC e TO, em que as receitas de capital chegam a representar quase 20% do total de recursos orçamentários (Gráfico 5.17).

Gráfico 5.17 Composição percentual das receitas dos estados e DF segundo categoria econômica - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

---

que incluem 15% do ICMS, da cota-parte do FPE, do IPI-Exportação e dos recursos relativos à LC 87/1996 (Lei Kandir). Considerando-se as deduções do FUNDEF as receitas totais dos estados e DF caem para R$ 1 033,00 e as receitas correntes para R$ 963,00 *per capita*, uma redução de, respectivamente, 9% e 9,5% dos valores iniciais. Esta redução é menor do que a observada para os municípios.

As desigualdades das finanças públicas interestaduais chamam também atenção. Na Tabela 27 do volume 2, são apresentadas as proporções das receitas das UF e das médias regionais observadas no agregado nacional. Em 19 estados, as receitas correntes situam-se abaixo do padrão nacional. Observa-se que o Norte do país agrega os quatro estados com os valores mais elevados de receitas correntes *per capita* em relação às médias regionais (RR, AC, AP e TO). No entanto, PA e RO apresentam valores bem menos significativos de receitas correntes. Enquanto TO possui receitas de capital quatro vezes acima da média do país, no PA estas representam apenas 26,6%.

O DF é o que mais se diferencia. Ele apresenta uma receita total *per capita* de R$ 3 199,90 em 2002, valor quase três vezes acima do conjunto brasileiro, principalmente devido às suas receitas correntes. Como se verá adiante, possuindo características híbridas, o DF alberga receitas de competência municipal e estadual. Além disso, é beneficiado por algumas formas de transferências intergovernamentais específicas da União para fins de pagamento dos servidores federais que exercem funções de segurança pública, saúde e educação[193].

A disponibilidade e a composição dos recursos orçamentários dos estados e DF refletem as diferenças na capacidade de arrecadação tributária própria e, principalmente, dos diversos critérios e condicionantes que determinam o rateio de tributos da União. Analisando-se com mais profundidade as receitas correntes das UF, é possível perceber a importância da arrecadação direta de tributos (incluindo a dívida ativa e o pagamento de multas e juros de mora)[194] como fonte de recursos orçamentários (Tabela 28 do volume 2). Isso não surpreende tendo em vista o papel desempenhado por essas instâncias de governo na carga tributária brasileira. Dados recentemente divulgados pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda brasileiro indicam que os estados são responsáveis por

[193] Essas transferências são tratadas neste estudo como um tipo de transferência de caráter regular, mesmo não estando definidas por Lei Federal.

[194] Para todos os estados, a principal fonte de arrecadação tributária própria é o ICMS. O Acre é o que apresenta a menor proporção de receitas de tributos proveniente do ICMS (cerca de 73% do total). Nesse estado, o IRRF representa quase 21% do total de tributos diretamente arrecadados. O DF, pelas características que lhe são peculiares, tem nos tributos de competência municipal, fontes importantes de receitas, particularmente, o ISS e o IPTU.

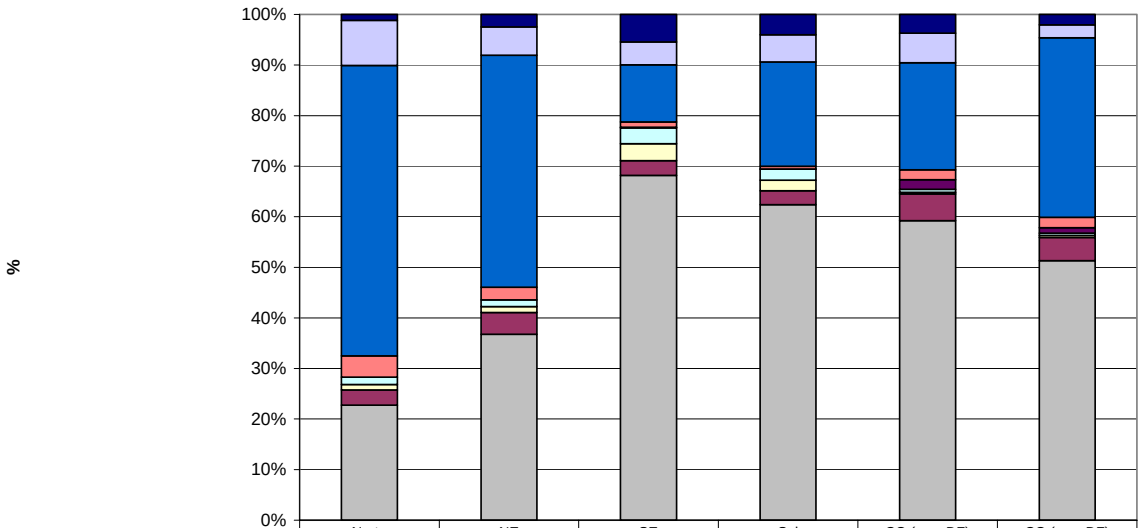
cerca de 26% da carga tributária bruta nacional[195] no período de 2000 a 2004 (Brasil, STN, 2005).

No entanto, a participação dos tributos de competência própria e o grau de dependência das esferas intermediárias de governo em relação à União variam em função de sua localização (Gráfico 5.18). Os estados que possuem maior proporção de suas receitas correntes oriundas das transferências da União situam-se na região Norte, seguida da região Nordeste. O AP é o que apresenta a maior relação de dependência: cerca de 71% de sua receita corrente *per capita* total tem origem nas transferências legais da União. No Nordeste, a maior proporção de transferências federais se dá no PI (58%). A exceção, na região Norte, é o estado do AM e, na região Nordeste, a BA que apresentam percentuais de transferências bem menos expressivos (respectivamente, 22,5% e 26,8% do total).

As transferências multigovernamentais correspondentes ao FUNDEF são também importantes fontes de recursos para os estados situados no Norte, em especial, RR e AP e no Nordeste, particularmente, PI e RN. Esses achados são coincidentes com os apresentados por Oliveira (2003). O autor indica que, na época, os governos estaduais destas regiões detinham um papel relevante na oferta do ensino fundamental e acabavam sendo beneficiados pelos critérios de partilha do FUNDEF.

[195] O conceito de carga tributária bruta é considerado mais abrangente por relacionar a arrecadação tributária com o produto interno bruto (Brasil, STN, 2005). No seu cálculo, não são descontadas as restituições ou ressarcimentos de impostos, o imposto de renda de pessoa física retido na fonte pelos estados é imputado à União e não estão incluídas o pagamento de multas e juros de mora.

Gráfico 5.18 Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF por região - Brasil - 2002



	Norte	NE	SE	Sul	CO (sem DF)	CO (com DF)
Outras receitas	1,2	2,5	5,5	4,0	3,7	2,0
T. Multigov.	8,9	5,6	4,5	5,4	5,9	2,6
Transf. da União	57,3	45,7	11,3	20,6	21,1	35,5
Convênios da União	4,2	2,5	1,1	0,5	2,0	2,1
Tranf. Inst. Priv., do exterior e de pessoas	0,0	0,0	0,1	0,0	1,9	1,1
Receita de Serviços	1,5	1,3	3,1	2,2	0,6	0,5
Receita Patrimonial	1,1	1,2	3,4	2,1	0,3	0,4
Receitas de Contribuições	3,0	4,3	2,9	2,7	5,3	4,6
Arrecadação tributária própria	22,7	36,6	68,2	62,3	59,1	51,3

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

De outro lado, os estados situados no Sudeste, Sul e Centro-Oeste são os que apresentam os valores mais elevados de arrecadação tributária própria e, em conseqüência, as menores relações de dependência orçamentária à União. A proporção da arrecadação direta de tributos na receita corrente total é, respectivamente, 69,2% no Sudeste, 62,3% e cerca de 59% no Centro-Oeste (excluindo-se o DF), sendo os estados de SP e do ES os que possuem percentuais mais elevados em 2002[196]. A maior capacidade de arrecadação tributária desses governos explica a importância das transferências do ICMS como fonte orçamentária para os municípios situados nas regiões centro-sul do país. O melhor desempenho da máquina fazendária dos estados nas regiões mais ricas do país tende a estreitar os laços de dependência financeira das jurisdições locais situadas em seus

[196] Destaca-se que SP é o estado que possui maior volume de arrecadação do ICMS, contribuindo de forma significativa para a carga tributária bruta nacional (Brasil, STN, 2005).

territórios político-administrativos e a aumentar o poder de indução e coordenação estadual pela via do financiamento público.

No RJ, a participação de outras receitas correntes[197], dos recursos provenientes da prestação de serviços e da receita patrimonial na receita corrente total é mais significativa, o que indica maior diversidade de fontes orçamentárias. Em 2002, o SIOPS não apresentava abertura que permitisse a informação de recebimento de recursos relativos às transferências da compensação financeira pela exploração de recursos naturais, incluindo o petróleo. Isso pode explicar o maior percentual de receitas diversas no estado do RJ.

Destaca-se, ainda, a maior importância das transferências discricionárias de recursos da União, mediante a celebração de convênios, nas regiões Norte e Nordeste. Os estados de RR, AC, PI e AL são os que mais se destacam neste aspecto.

O detalhamento das receitas de transferências correntes legais nos estados e DF permite compreender melhor o peso dos recursos específicos da saúde como fonte regular de tributos. Entretanto, como relatado em outros capítulos, a importância das transferências federais do SUS na modalidade “fundo a fundo” para as esferas intermediárias de governo deve ser analisada com cuidado tendo em vista a feição municipalista do processo de descentralização do financiamento da saúde no Brasil. Mesmo contendo os mesmos macro-componentes – PAB fixo e ampliado, PAB variável, alta e média complexidade, FAEC e outros programas financiados “fundo a fundo” -, os tipos de programas, ações e serviços financiados, assim como os critérios e condicionantes embutidos na distribuição das receitas da União para o nível estadual são distintos dos municípios (Quadro 4 do volume 2).

Na Tabela 29 do volume 2 são apresentadas as participações percentuais de diversas fontes nas transferências intergovernamentais legais *per capita* totais dos estados e DF. Fica fácil perceber que o FPE é particularmente relevante para os estados situados nas regiões Norte (82% do total), Nordeste (77,5%) e em menor proporção para o Centro-Oeste (58%, não incluindo o DF). Isso é explicado pela manutenção de um critério exclusivo nos coeficientes estaduais de rateio do FPE, fixados após a promulgação da Constituição

[197] As outras receitas correntes incluem: as receitas agropecuárias, as receitas industriais, as oriundas de transferências intragovernamentais, de outros estados e de municípios e as receitas diversas.

Federal de 1988, que privilegiam as regiões Norte e Nordeste e, em menor grau, a região Centro-Oeste (Prado *et al.*, 2003).

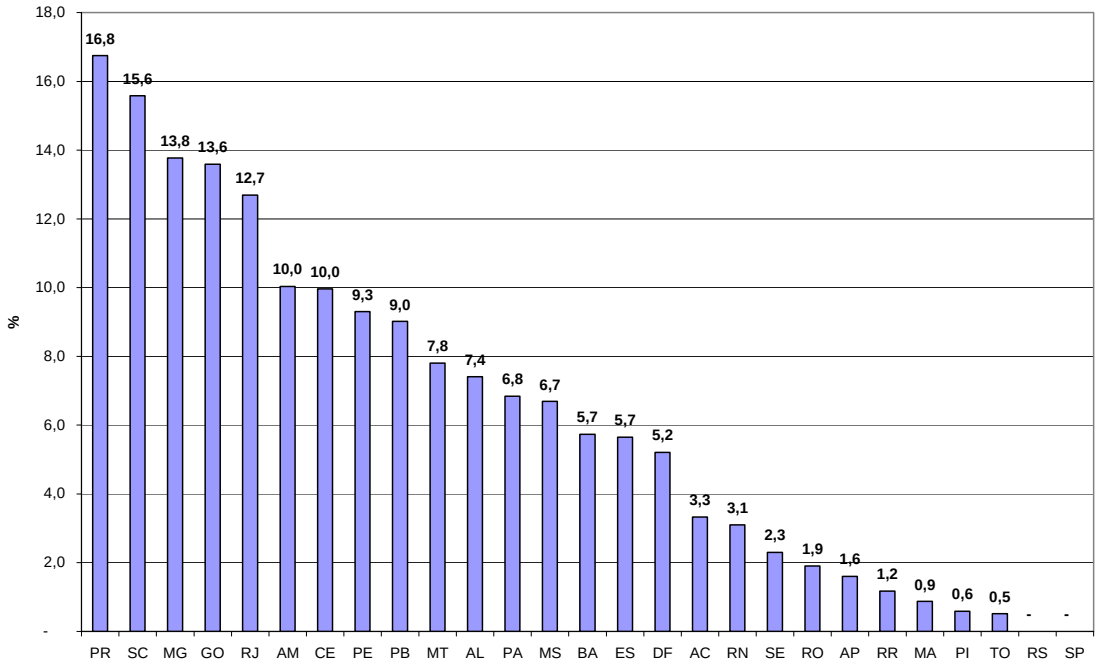
Nas regiões Sudeste e Sul, que concentram os principais estados exportadores do país, as transferências compensatórias – LC 87/1996 e IPI-Exportação- desempenham um papel mais significativo na composição orçamentária estadual. Elas são responsáveis por, respectivamente, 22,6% e 19,3% das transferências intergovernamentais legais, chegando a 45% em SP.

O DF, por sua vez, é um caso singular, já que a maior proporção das transferências da União está atrelada ao pagamento dos funcionários públicos federais que atuam nessa jurisdição (82,4%). Segundo os dados do SIOPS, esses recursos se distribuem em 2002 para atender prioritariamente às funções de segurança pública (40% das transferências da União voltadas para o pagamento de pessoal), em segundo lugar, à educação (26,5%) e, em terceiro, à saúde (15,6%). Cabe ressaltar que o DF tem atualmente grande autonomia para redistribuição destes recursos entre as três funções.

O SUS ocupa um papel mais importante como fonte regular de transferência intergovernamental nos estados situados no Sul (12% das transferências intergovernamentais legais), Sudeste (8,7%) e Centro-Oeste do país (9,3% excluindo-se o DF), mesmo considerando os problemas relativos à falta de informação detalhada dos recursos da saúde nos estados do RS e SP[198]. Os maiores percentuais de receita de transferência federal do SUS acrescido das receitas provenientes da prestação de serviços podem ser observados no PR, SC, MG, GO e RJ (Gráfico 5.19). Em SC estas receitas são tão importantes quanto o principal fluxo redistributivo do país para os estados: o FPE.

[198] O RS é o único estado que não informou o SIOPS em 2002. SP, por sua vez, não informou ingresso de receita de serviços de saúde e de transferências federais da saúde neste ano. As informações fornecidas por SP não são coerentes com aquelas obtidas a partir do Fundo Nacional de Saúde e não condizem com a habilitação do estado na GASE em 2002. Observando-se a tabela 29 do volume 2, verifica-se no RS uma proporção elevada de recursos classificados como “demais transferências da União” e, em SP, como “outras transferências setoriais”. Não se pode determinar com clareza se essas receitas, nos dois casos, incluem pelo menos em parte as transferências federais de recursos do SUS efetuadas em 2002.

Gráfico 5.19 Participação proporcional das transferências federais do SUS e de serviços de saúde nas transferências intergovernamentais legais dos estados e DF - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Em que pese a menor importância relativa do SUS nas regiões Norte e Nordeste, não podemos deixar de notar que em alguns estados dessas regiões os valores *per capita* das transferências federais e a receitas de serviços de saúde são mais expressivos do que os encontrados no Sudeste, chegando a superar as transferências compensatórias da União (IPI-Exportação e LC 87/96)[199] (Tabela 30 do volume 2).

A redistribuição fiscal proporcionada pelo SUS nos governos estaduais foi aferida comparando-o com a arrecadação tributária própria e com outras transferências intergovernamentais de caráter regular (transferências compensatórias, FPE e FUNDEF). Os resultados estão expostos na Tabela 31 do volume 2. Observa-se que o FPE segue sentido oposto à arrecadação direta de tributos e aos fluxos compensatórios da União, sendo principalmente significativo no Norte do país. Nessa região, o FPE tende a recompor mais que proporcionalmente os orçamentos de estados com baixa arrecadação tributária,

[199] São exceções os estados da BA, MA, PB, PE, PI e PA.

especialmente os ex-territórios e TO e acaba sendo o principal responsável pelos valores mais expressivos de suas receitas correntes *per capita*. Os efeitos redistributivos do FPE para o Nordeste são menos significativos. Como resultado final, temos a manutenção das desigualdades das receitas correntes *per capita* entre estados situados em distintas ou nas mesmas regiões do país.

Esses achados são coincidentes com os de Prado *et al.* (2003). Os autores afirmam que o FPE tem um efeito redistributivo inequívoco principalmente em função da incorporação do inverso da renda no cálculo dos coeficientes estaduais de rateio, beneficiando principalmente a região Norte. Por outro lado, evidenciam que os critérios de distribuição utilizados acabam agravando a situação gerada pela distribuição irregular das bases tributárias entre os estados, exatamente em regiões que quer beneficiar como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Os fluxos específicos do SUS não têm um sentido nítido. Ao mesmo tempo que se concentram nos estados do Sul também acabam sendo relevantes para muitos estados do Norte e Nordeste, para o DF e GO no Centro-Oeste e para MG no Sudeste. Foi enfatizado em capítulos anteriores que, em grande parte, os repasses federais regulares do SUS para as UF estão sujeitos às negociações intergovernamentais que se dão no âmbito da CIB e não existem, até o final de 2002, recursos da União especialmente voltados para o desempenho das funções gestoras, de coordenação e regulação, reservadas para essas instâncias na legislação e normatização do SUS.

Pode-se dizer que o impacto da partilha legal de recursos do SUS nos orçamentos estaduais é bastante variável e reflete um conjunto amplo de fatores.

1- A situação de habilitação da UF nas normas vigentes – NOB 01/96 e NOAS 01/02 – ao longo de 2002. Somente os estados habilitados em GPSE podem receber recursos da União voltados para o custeio de alta e média complexidade no SUS[200], sendo as prerrogativas financeiras para os estados habilitados em GASE quase insignificantes[201]. Ressalta-se que poucas UF permanecem habilitadas ao longo de todo o ano de 2002 na GPSE (somente AL, DF, PA, PR e SC que já estavam habilitadas em GPSE na NOB 01/96)

[200] Em grande parte, esses recursos estão voltados para o pagamento dos prestadores privados credenciados ao SUS nos municípios não habilitados em GPSM.

[201] As principais prerrogativas financeiras dos estados habilitados em GASE referem-se aos recursos do PAB fixo relativos aos municípios não habilitados em PAB que são de número desprezível ao final de 2002.

e que a maior parte das novas habilitações em GPSE na NOAS 01/02 ocorrem no segundo semestre de 2002[202] (Quadro 4.4).

2- Os modelos de descentralização implantados e os acordos estabelecidos entre as esferas subnacionais de governo no que se refere à divisão de responsabilidade sobre a gestão dos recursos federais transferidos[203]. Os conflitos intergovernamentais se evidenciam principalmente quando as negociações envolvem municípios habilitados na condição de GPSM.

Oliveira (2002) leva em consideração os seguintes critérios para classificar o modelo de descentralização da assistência à saúde nos estados ao final de 2001:

a) índice de transferência de recursos para os municípios em GPSM (< 50% baixo, entre 50% e 60% médio e > 60% alto);

b) percentual de municípios habilitados em GPSM (<15% dos municípios do estado, baixo; entre 15% e 25% dos municípios do estado, médio e > que 25% dos municípios do estado em GPSM, alto);

c) situação de habilitação da capital do estado;

d) percentual de população residente em municípios habilitados em GPSM;

e) implantação da PPI sob coordenação do estado.

Foram considerados estados centralizados aqueles que apresentavam baixo índice de transferência de recursos para os municípios e baixo percentual de municípios habilitados em GPSM (AC, AP, AM, TO, BA, PE e SE) e estados descentralizados aqueles que apresentavam alto índice de transferência de recursos para os municípios e alto percentual de municípios habilitados em GPSM (PA e RJ). Os demais estados (RO, RR, AL, CE, MA, PB, RN, PI, MT, MS, GO, SP, MG, ES, PR, SC e RS) encontravam-se em fases intermediárias da descentralização.

A autora demonstra em praticamente todas as UF alguma partilha de responsabilidade entre os governos subnacionais em relação à gestão dos recursos federais transferidos de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar. Os pactos obedecem a

---

[202] MG e RS habilitaram-se em GPSE da NOAS em dezembro de 2002, sendo as prerrogativas financeiras atreladas à habilitação implantadas a partir de janeiro de 2003.

[203] Os acordos estabelecidos entre as esferas subnacionais de governo a partir da NOB 01/96, no que se refere à gestão dos recursos federais transferidos na modalidade "fundo a fundo" são denominados por Oliveira (2002) e Viana *et al.* (2002 a) como "pactos de gestão".

critérios diversos, mais ou menos organizativos para o sistema de saúde, em que se destacam: a natureza dos prestadores do SUS existentes nos municípios; o tipo e nível de complexidade dos serviços prestados; o perfil e território político-administrativo de abrangência dos prestadores; o tamanho e importância do município em GPSM; critérios político-partidários (Oliveira, 2002). A maior dificuldade encontrada para a descentralização da gestão dos recursos se dá em relação aos serviços de propriedade estadual. Como resultado, pode-se dizer que a habilitação dos municípios em GPSM na NOB 01/96 não significou a gestão completa dos recursos federais transferidos para a assistência. Em 2001, nos estados do CE, AP, RR, PE e SE, os municípios habilitados em GPSM geriam menos do que 50% do montante global transferidos.

No período considerado nesse estudo, a maior parte dos municípios habilitados em GPSM segue os pactos estabelecidos na NOB 01/96 e poucos se enquadram nas diretrizes do comando único relacionado à gestão municipal completa dos recursos assistenciais transferidos pela União. Isso se deve às residências dos próprios estados e municípios na implantação dos princípios normativos da NOAS 01/02 e às dificuldades encontradas para o desmonte dos acordos de partilha previamente estabelecidos. Faltam, no entanto, estudos mais aprofundados dos modelos de descentralização e pactos de gestão na vigência da NOAS.

3- O peso e o perfil da oferta, que permanece sob administração da esfera estadual, as diferenças entre os valores definidos nos tetos estaduais de alta e média complexidade e as transferências efetuadas diretamente do FNS para os Fundos dos municípios habilitados em GPSM. Pereira (2004), através da análise dos dispêndios dos recursos federais segundo tipo de prestador e UF no período de 1997 a 2003, ressalta a importância da produção e faturamento dos serviços de natureza pública estadual, de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, em muitos estados. Entre eles destacam-se os estados no Norte e Nordeste (especialmente o AC, AP, RR, AM, PB, PI e PE) e o DF.

4- A adesão dos estados a programas e estratégias específicas do MS vinculados aos recursos do PAB variável e de outros programas financiados com recursos “fundo a fundo”, não necessariamente atrelados à habilitação nas condições de gestão da NOB 01/96 ou NOAS 01/02, assim como o estágio de descentralização municipal de alguns programas. Destaca-se que os tipos de programas e estratégias cuja implantação nos estados é induzida

pelo MS são de natureza bastante distinta dos municípios. No PAB variável, sobressaem os recursos voltados para a Epidemiologia e Controle de Doenças (52% das transferências *per capita* do PAB variável para os estados e DF), o Programa de Co-financiamento para Custeio de Unidades Assistenciais Próprias dos Estados (22,8%), os recursos para Tratamento Fora do Domicílio (10,2%) e a Farmácia Básica (8,6%). Em relação às transferências de outros programas, a maior parte dos recursos não tem classificação precisa, sendo declarados no SIOPS como "outros" (77,1%). No entanto não podemos desprezar os recursos transferidos para os estados com a finalidade de aquisição de medicamentos excepcionais que, em 2002, representam cerca de 17% das transferências federais *per capita* de outros programas.

Em relação às transferências correntes voluntárias, realizadas mediante a celebração de convênios, os maiores valores *per capita* de receitas destinadas à saúde encontram-se nos estados do PI, SP, RR e MA (Tabela 32 do volume 2). Em SP, no entanto, esses dados podem estar superestimados em função da ausência de informações relativas às transferências correntes da União para o SUS[204]. Os recursos provêm prioritariamente da União e somente no RJ os convênios realizados com os estados parecem ter alguma importância na área da saúde, superando as receitas de convênios provenientes do nível federal.

O Gráfico 5.20 indica a importância dos convênios voltados para o SUS no total das transferências correntes discricionárias da União. Observa-se que os estados de SC e RS não possuem informações quanto aos componentes das receitas de convênios. No caso de SC, o estado não informou ingresso de convênios em 2002 através do SIOPS e do RS, os dados obtidos do COREM/STN/MF não permitem o detalhamento dessas receitas.

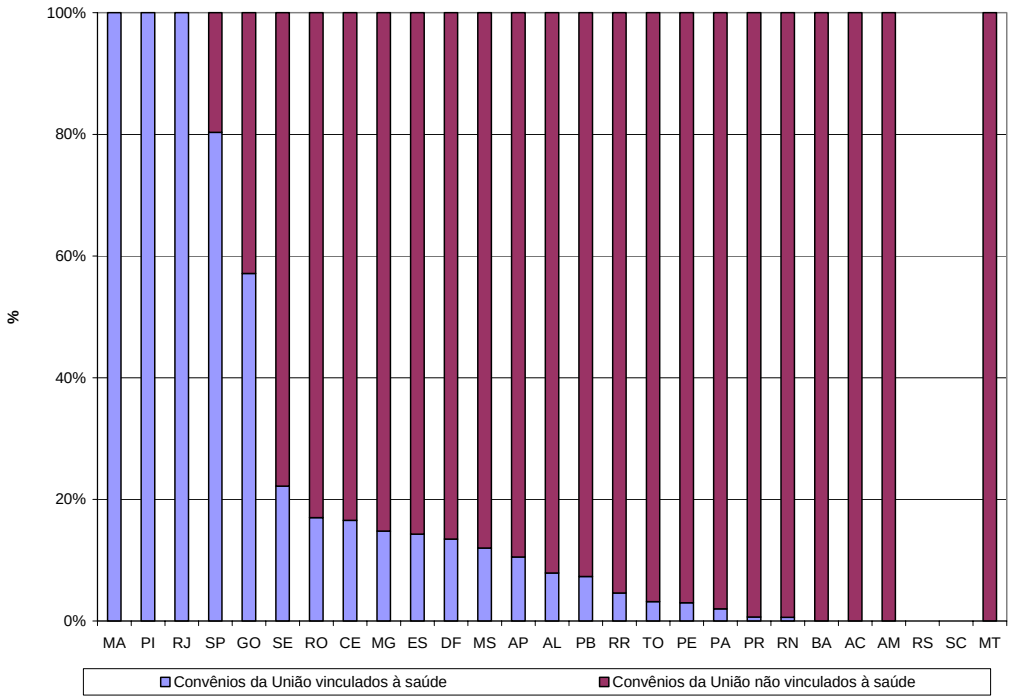
Interessante notar que, embora as transferências convênios da saúde *per capita* não sejam tão significativas no RJ e em GO se comparados a outros estados, elas possuem relevância no total das transferências correntes voluntárias da União em 2002. Por outro lado, em estados que possuem maior volume de receitas de convênios *per capita* como RR

[204] Como já apontado, SP não informa ingresso orçamentário de receitas de transferências regulares da União na modalidade "fundo a fundo" e de prestação de serviços, o que não condiz com os dados fornecidos pelo Fundo Nacional de Saúde.

e AC os recursos da saúde são inexpressivos frente aos convênios vinculados a outros setores da política pública[205].

Os dados indicam que os fluxos de convênios da União privilegiam estados com menor receita *per capita* proveniente das transferências regulares de recursos do SUS, entre eles o PI e o MA. Provavelmente, os convênios, cujos recursos muitas vezes provém da aprovação de Emendas Parlamentares, são a forma encontrada por alguns governos para ampliar suas receitas destinadas exclusivamente ao SUS, já que não conseguem aderir a critérios e condicionantes formalmente regulamentados. Essas receitas remetem à discussão das relações que se estabelecem entre o Executivo e o Legislativo na área da saúde visando à suplementação orçamentária da União e ao aumento de repasses do SUS para governos específicos.

Gráfico 5.20 Composição percentual das transferências correntes oriundas de convênios dos estados e DF por UF - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

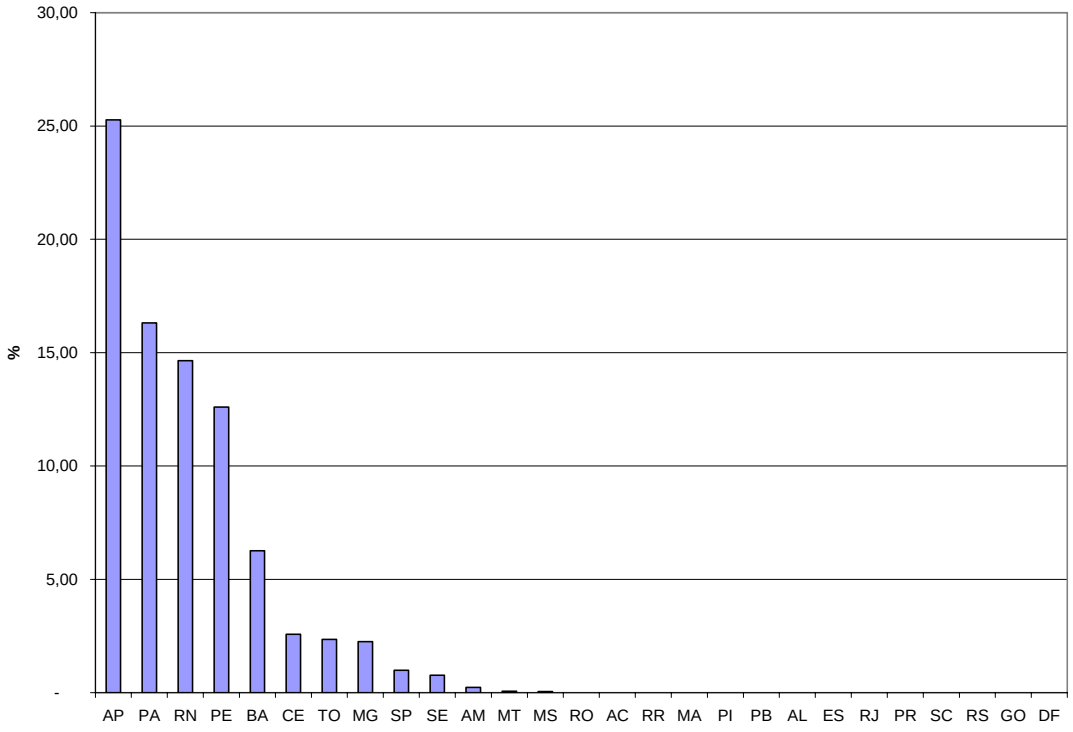
[205] RR destaca-se como um estado que tem se beneficiado de transferências correntes de convênios. No entanto, os recursos da saúde não chegam a alcançar 5% do total da receita de convênios por habitante.

Por último, os resultados da análise dos componentes do SUS nas receitas de capital dos estados são apresentados. O padrão de distribuição das fontes de recursos de capital nos estados difere do observado nos municípios. As principais fontes de receitas de capital da maioria dos estados são as operações de crédito (47,2% do total da receita de capital dos estados e DF) e, em segundo lugar, as transferências de capital efetuadas mediante a celebração de convênios com a União (27,4%). A saúde, por sua vez, responde por uma parcela pequena desses recursos.

Somente 13 estados informam algum ingresso de receita de capital com destino vinculado à saúde em 2002 (Tabela 33 do volume 2). Com exceção do AP, a maior parte dos recursos de capital voltados para o SUS é proveniente de convênios estabelecidos com a União. Mesmo sendo as operações de crédito as fontes mais importantes de receitas de capital dos estados, nenhum deles informa a obtenção dessas receitas para arcar com despesas relacionadas à saúde.

Os maiores valores *per capita* de receitas de capital vinculadas à saúde encontram-se na região Norte e Nordeste, particularmente, nos estados do AP, TO, PE, BA e PA. No entanto, somente no AP e PA essas receitas representam mais do que 15% dos ingressos orçamentários de capital verificados em 2002 (Gráfico 5.21).

Gráfico 5.21 Participação proporcional das receitas de capital vinculadas à saúde na receita de capital dos estados e DF por UF - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Em oposição, no caso de TO, os recursos da saúde não chegam a alcançar 5% das receitas totais de capital. Por outro lado, tendo em vista que a receita de capital é baixa na maioria dos estados, para alguns, a saúde acaba tendo algum papel no montante global dessas receitas, como é o caso do RN.

6. A VINCULAÇÃO DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E AS DIFERENÇAS NO ACESSO AOS RECURSOS PÚBLICOS PARA O FINANCIAMENTO DO SUS

6.1 Dados relativos ao universo dos municípios

Neste item, procura-se aprofundar a análise das receitas realizadas dos governos municipais vinculadas ao financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS em 2002, quer sejam as que se destinam à saúde no ingresso orçamentário - compreendidas neste estudo como receitas seletivas ou exclusivas da saúde – ou as que, por efeito dos dispositivos da EC 29/2000 e regulamentação específica, tenham percentual mínimo direcionado a gastos em saúde durante a execução das despesas orçamentárias. Para isso, foi calculada, para cada município, a proporção do total de suas receitas correntes *per capita* vinculadas à saúde que se expressa no indicador taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais[206].

O mesmo indicador foi desdobrado, considerando-se a proporção de receitas exclusivas da saúde no total das receitas correntes - taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário[207] - e a proporção de receitas vinculadas à saúde segundo o estabelecido pela EC 29 (aplicando-se o percentual de 15% de vinculação[208]) - taxa mínima de vinculação à saúde estabelecido pela EC 29. No primeiro caso, quanto mais elevado é o grau de vinculação, maior é a importância dos recursos do SUS nos orçamentos locais, obtidos, principalmente, por meio das transferências intergovernamentais da União, da celebração de convênios e da prestação direta de serviços. No segundo caso, a dependência dos municípios em relação às receitas diretamente arrecadadas ou transferidas de forma livre do ponto de vista do orçamento receptor é mais significativa.

---

[206] É preciso lembrar que optou-se por trabalhar com o total de receitas realizadas sem os abatimentos das deduções do FUNDEF. Estas, diferentemente das transferências legais aos municípios informadas pelos governos estaduais através do SIOPS, são calculadas automaticamente pelo sistema e podem não representar o efetivamente aportado pelo município ao fundo. Além disso, a vinculação à saúde estabelecida pela EC 29 não é posterior à vinculação da educação. Ambas incidem sobre as mesmas bases de receitas próprias. As taxas de vinculação à saúde, calculadas sobre as receitas efetivamente disponíveis, implicariam percentuais de vinculação superiores aos aqui apontados. A terminologia adotada no indicador – taxa mínima de vinculação – procura reforçar essa idéia e alertar para o limite da informação.

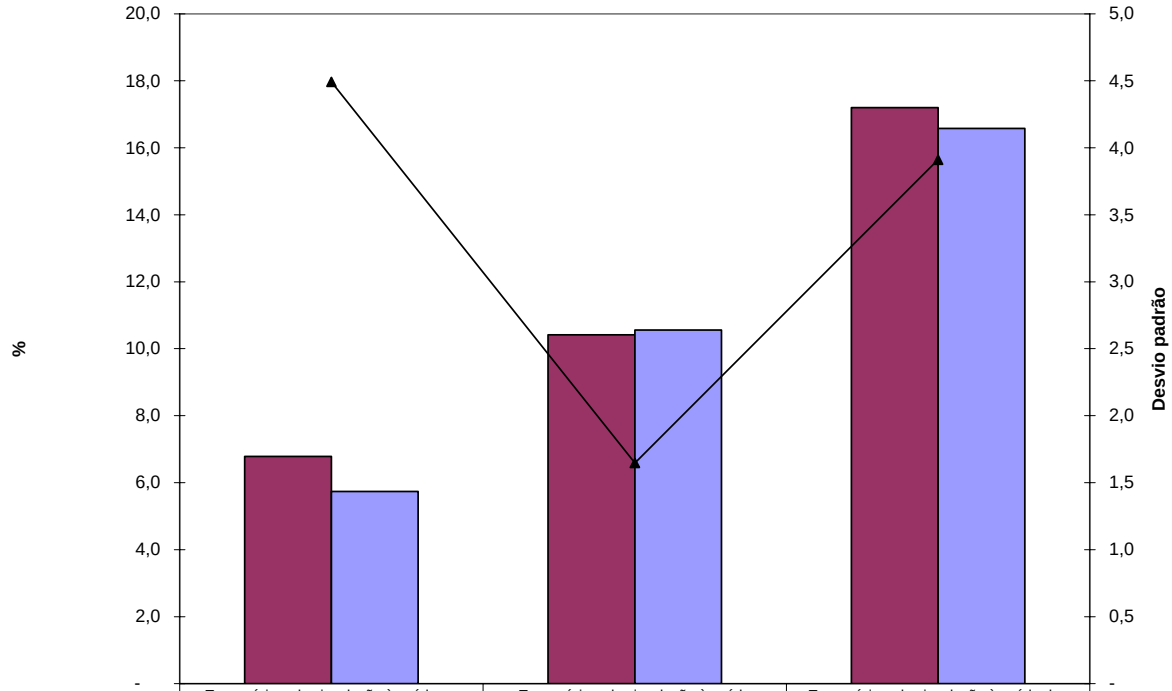
[207] Procurou-se aqui diferenciar as receitas que não podem ser utilizadas para outras finalidades, além da saúde, daquelas cujo destino final não é determinado no ingresso orçamentário.

[208] Optou-se por aplicar o percentual de 15% de vinculação na base 2002, mesmo considerando-se a progressividade da vinculação prevista na EC 29. Estudo conduzido por Faveret (2002) demonstra que, em 2000, a maior parte dos municípios brasileiros aplicava mais do que 15% de seus recursos próprios em saúde.

As regras do financiamento da política de saúde resultam, em média, numa vinculação à saúde de pelo menos 17% das receitas correntes orçamentárias totais *per capita* dos municípios em 2002. O valor mediano é somente um pouco menor (16,6%) e o desvio padrão, nesse caso, pouco expressivo (3,9) (Gráfico 6.1). Enquanto a vinculação de recursos estabelecida pela EC 29 resulta em uma apropriação de 10,4% das receitas correntes municipais totais (desvio padrão de 1,6; valor mínimo de 1,7% e máximo de 14,5%), os recursos exclusivos da saúde representam 6,8% (desvio padrão de 4,5; valor mínimo de 0 e máximo de 49%).

As diferenças observadas nos desvios padrão dos dois grandes tipos de recursos vinculados à saúde – no ingresso e no dispêndio orçamentário - podem ser explicadas pela maior homogeneidade dos municípios no que se refere à participação proporcional das fontes de receitas livres no orçamento corrente global. A variação entre o valor mínimo e máximo e as distâncias interquartílicas das receitas vinculadas à saúde pela EC 29 é maior do que no caso das receitas exclusivas da saúde (Quadro 6.1). Embora a disponibilidade dessas receitas (impostos, transferências intergovernamentais da União e dos estados, dívida ativa, multas e juros de mora dos impostos vinculados) varie significativamente, o impacto sobre a vinculação de recursos que a EC 29 acarreta não acompanha esta variação. O mesmo não pode ser dito sobre as receitas seletivas da saúde. A proporção destes recursos sobre a receita corrente total dos municípios apresenta comportamento mais instável.

Gráfico 6.1 Medidas de tendência central e dispersão das taxas mínimas de vinculação à saúde das receitas correntes municipais *per capita* (em valores %) - Brasil – 2002



	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais
Média	6,8	10,4	17,2
Mediana	5,7	10,6	16,6
Desvio padrão	4,5	1,6	3,9

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A maior vinculação de receitas correntes acarretada pela EC 29 reflete a importância destas fontes de recursos no orçamento municipal. No Quadro 6.1 estão expressas as medidas de tendência central e dispersão das receitas vinculadas à saúde. Mesmo tendo sido aplicado o percentual mínimo de vinculação estabelecido (15%), os valores médios e medianos das receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29 são significativamente maiores[209]. Essas receitas representam cerca de 65% da receita total *per capita* que deve ser orientada para suprir as necessidades de gastos dos governos locais com o SUS. Depreende-se que as principais fontes de recursos das prefeituras municipais para o financiamento das ações e serviços de saúde são oriundas das receitas próprias de seus orçamentos correntes (diretamente arrecadados ou transferidos regularmente por outras esferas de governo –

[209] Ressalta-se que a EC 29/2000 e regulamentação complementar não definem a aplicação de percentual mínimo por fonte e sim para o montante global de recursos vinculados. Para efeito deste estudo, no entanto,

FPM e ICMS) e, mesmo considerando a importância dos recursos SUS, na sua maioria, as jurisdições locais são menos dependentes dos recursos de origem setorial. Isso é facilmente explicado pelo perfil dos municípios do Brasil, na sua maioria de pequeno porte cuja principal fonte de recursos é a transferência do FPM.

Quadro 6.1 Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes municipais vinculadas à saúde - em Real (R$) *per capita* – Brasil – 2002

Tendência central e dispersão	Receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário	Receitas vinculadas à saúde pela EC 29 (15% de vinculação)	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
Mínimo	0	14,8	38,5
Máximo	482,5	915,1	989,6
Média	42,4	78,2	120,6
Mediana	37,8	64,0	105,1
Percentil 25	25,8	45,7	81,3
Percentil 75	50,6	94,4	143,6
Desvio padrão	25,5	50,3	58,6

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A Tabela 34 do volume 2 apresenta o número e a proporção de municípios do banco de dados da pesquisa que informaram através do SIOPS não obter ingresso de diferentes componentes das receitas correntes vinculadas à saúde em 2002. Destaca-se que, do total de municípios analisados, 5 não informaram ingresso orçamentário de receitas seletivas da saúde[210]. A ausência absoluta associada aos baixos valores informados pela maior parte dos municípios explica o observado em alguns dos componentes das receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário (Gráfico 6.2). Os valores são inexpressivos para mais da metade dos municípios brasileiros (medianas iguais a zero) e as médias se aproximam de zero no caso das receitas patrimoniais (remuneração de depósitos bancários do Fundo Municipal de Saúde) das transferências de outros municípios, das transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde, dos convênios dos estados para o SUS e para alguns tipos específicos de transferências

optamos por aplicar o percentual mínimo de vinculação de 15% em cada fonte de receita vinculada à saúde de modo a permitir a comparação entre as parcelas que compõem os recursos da EC 29.

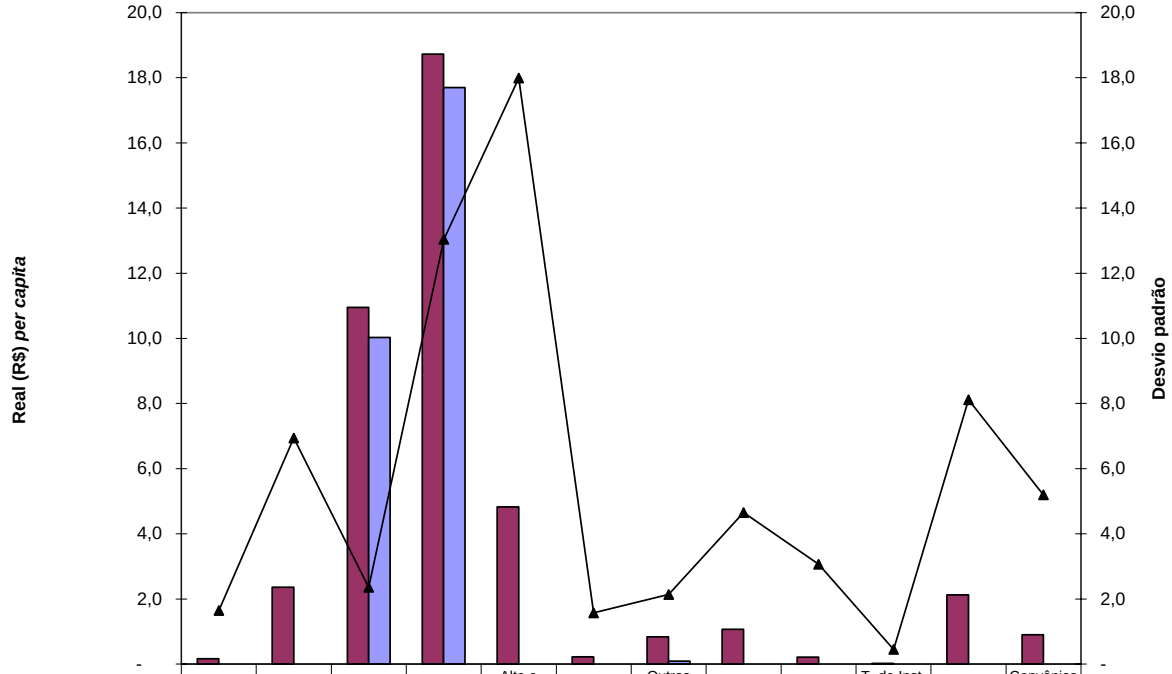
[210] Estes municípios não estavam habilitados nas condições de gestão do SUS e situam-se em MG (Pocrane, São Félix de Minas e São Geraldo da Piedade, com população inferior a 10 mil habitantes), Santa Catarina (Capão Alto, com população inferior a 5 mil hab) e São Paulo (Guararema, com população de cerca de 23 mil habitantes).

intergovernamentais da União, particularmente, o FAEC e outros programas financiados na modalidade “fundo a fundo”.

Os recursos destinados à alta e média complexidade (SIA-SIH) e os decorrentes da contraprestação de serviços são extremamente concentrados. No caso dos primeiros, a concentração se explica pelos condicionantes existentes para o recebimento dos recursos. Somente os municípios habilitados na condição de gestão mais avançada no SUS em 2002 (GPSM da NOB 01/96 ou NOAS 01/02) possuem a prerrogativa para a obtenção das transferências[211]. Já os recursos de serviços de saúde são muito baixos para os municípios não habilitados na condição de GPSM (municípios habilitados na condição de GPAB ou não habilitados) devido às limitações da rede pública municipal existente em seus territórios político-administrativos.

É preciso lembrar que, em 2002, a remuneração direta aos prestadores constitui cerca de 30% das despesas federais com o financiamento das ações e serviços de saúde. Grande parte desses recursos, portanto, não é fonte de receita para os municípios, pois são creditados nas contas dos prestadores privados dos municípios não habilitados na GPSM. Para efeito da análise do financiamento da política de saúde são computados somente como gastos federais.

Gráfico 6.2 Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes municipais *per capita* com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário - Brasil – 2002



	Receita patrim.	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Complex.	FAEC	Outros Programas	T. dos estados	T. dos municípios	T. de Inst. priv., ext. e pess.	Convênios da União	Convênios dos estados
Média	0,2	2,4	10,9	18,7	4,8	0,2	0,8	1,1	0,2	0,0	2,1	0,9
Mediana	-	-	10,0	17,7	-	-	0,1	-	-	-	-	-
Desvio Padrão	1,6	6,9	2,4	13,0	18,0	1,6	2,1	4,7	3,1	0,5	8,1	5,2

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Como já ressaltado no capítulo anterior, as transferências intergovernamentais da União são as principais fontes de recursos setoriais para o universo dos municípios brasileiros. Elas representam, em média, 84% da receita corrente total *per capita* com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário. A baixa participação de outros componentes das receitas totais com destino vinculado à saúde nos sugere:

1- a forte dependência dos municípios em relação aos recursos setoriais transferidos pela União e a baixa cooperação financeira dos estados. Esse é um aspecto peculiar da política de saúde, pois não é por meio de transferências setoriais que os estados atuam no financiamento das ações e serviços no âmbito municipal (exceção seja feita ao estado do RS, como se verá adiante), mas sim de forma indireta, através da definição dos tetos

[211] Esses municípios representam apenas 10,7% da base, ou seja, 562 municípios.

municipais (coordenação da PPI) e dos repasses aos municípios das transferências automáticas efetuadas pela União (no caso dos estados habilitados);

2- a substituição dos mecanismos de transferência "fundo a fundo" em relação à contraprestação de serviços e aos mecanismos conveniais, ocorrida de forma significativa a partir de 1998, que propicia uma maior responsabilização dos municípios na alocação dos recursos entre os prestadores de serviços credenciados ao SUS;

3- a pouca importância dos fluxos de transferência entre municípios que evidencia a baixa cooperação horizontal existente entre as jurisdições locais[212].

Considerando-se somente as transferências federais de recursos do SUS, os recursos do PAB variável e da atenção básica, transferidos segundo critério populacional (PAB fixo e ampliado), são as fontes de receitas exclusivas da saúde mais importantes para a maior parte dos municípios brasileiros. Elas respondem por cerca de 83% do total das receitas municipais *per capita* adquiridas através de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde em 2002 (Gráfico 6.3)[213]. Essas receitas provêm principalmente de programas cuja expansão foi priorizada pelo MS ao longo da segunda metade da década de 1990 (PACS e PSF)[214] e daqueles voltados para a organização e execução das ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças. É através dos recursos voltados para a atenção básica que o SUS adquire um caráter mais regular de receita orçamentária para a maioria dos municípios brasileiros.

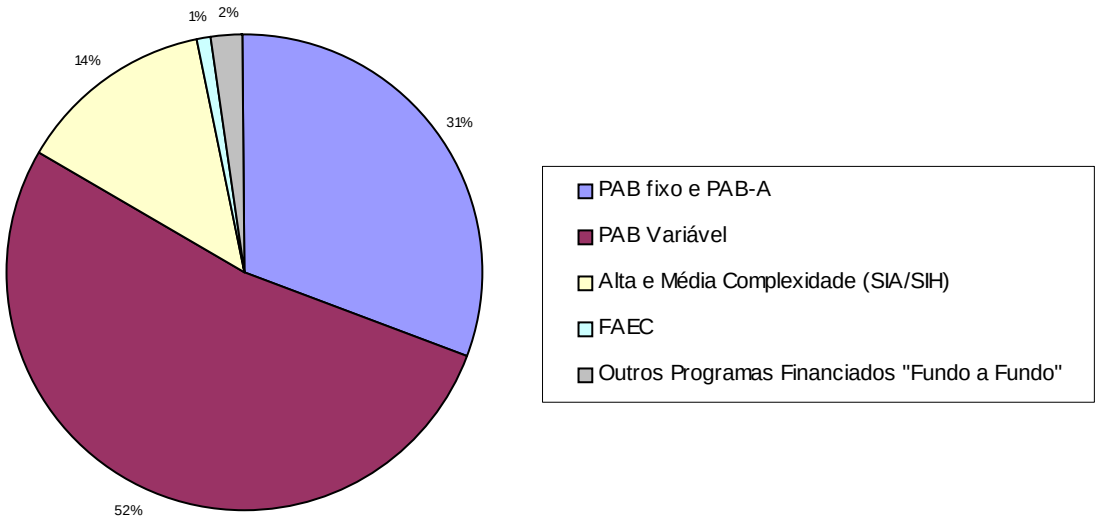
---

[212] Apesar da pesquisa "Perfil dos Municípios Brasileiros", conduzida pelo IBGE, evidenciar que 38,8% dos municípios brasileiros apresentassem algum instrumento de consórcio intermunicipal na área da saúde em 2002 (IBGE, 2004), a falta de regulamentação adequada na época pode ter dificultado os mecanismos de repasse de recursos entre os fundos municipais de saúde.

[213] Interessante verificar que, embora em 2002 as transferências SIA-SIH representem 40% do total da despesa federal com ações e serviços de saúde, o volume mais expressivo dessas receitas não tem um impacto tão abrangente nos orçamentos municipais como os recursos destinados à atenção básica. A explicação para tal fato é a maior concentração da oferta de serviços especializados e de maior complexidade e ao perfil dos municípios habilitados na GPSM.

[214] Em 2002, o PSF atinge uma cobertura populacional de cerca de 30% da população brasileira, ultrapassando 50 milhões de pessoas cobertas e representando cerca de 25% do total dos gastos do MS com atenção básica. Nessa época, 4995 municípios (90% do total existentes) possuíam equipes de PSF e/ou PACS. Sobre a estratégia de implantação do PSF adotada pelo MS na década de 1990 consultar os trabalhos de Viana e Dal Poz (1998), Souza H. (2002), Souza e Sampaio (2002), Fausto (2002) e Machado (2005).

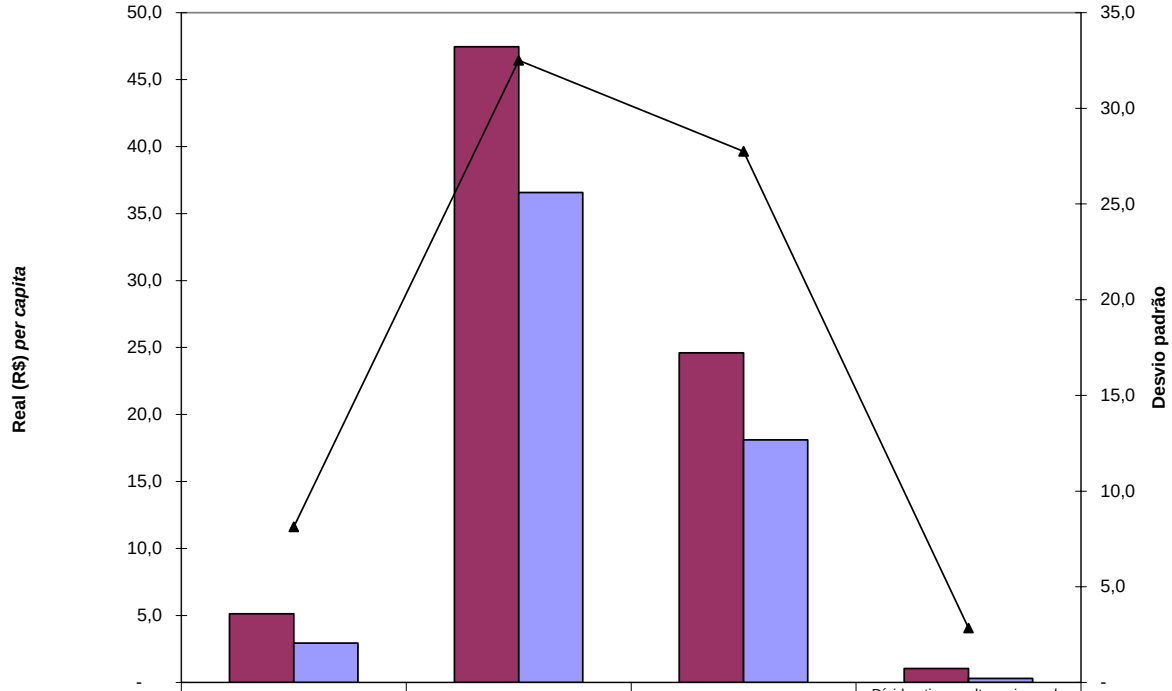
Gráfico 6.3 Composição percentual das receitas municipais oriundas de transferências correntes federais de recursos do SUS - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Seguindo o padrão de distribuição das receitas públicas no Brasil, analisado anteriormente, destacam-se como principais fontes de recursos vinculados à saúde pela EC 29 as transferências intergovernamentais da União e as transferências dos estados (Gráfico 6.4). As transferências da União representam em média para o Brasil cerca de 61% da receita corrente total vinculada à saúde pela EC 29, seguidas das transferências dos estados (31,5%). Se desagregarmos as fontes relativas às transferências intergovernamentais, destacam-se a cota-parte do FPM (59% do total das receitas *per capita* vinculadas pela EC 29), seguida da cota-parte do ICMS (29%), os impostos (6,6%), a cota-parte do IPVA (1,6%), a receita da dívida ativa, multas e juros de mora dos impostos (1,3%), a cota-parte do recurso da Lei Kandir (1,2%), o IPI-Exportação (0,6%) e o ITR (0,4%).

Gráfico 6.4 Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes municipais *per capita* vinculadas à saúde pela EC 29 (aplicado 15% de vinculação)- Brasil - 2002

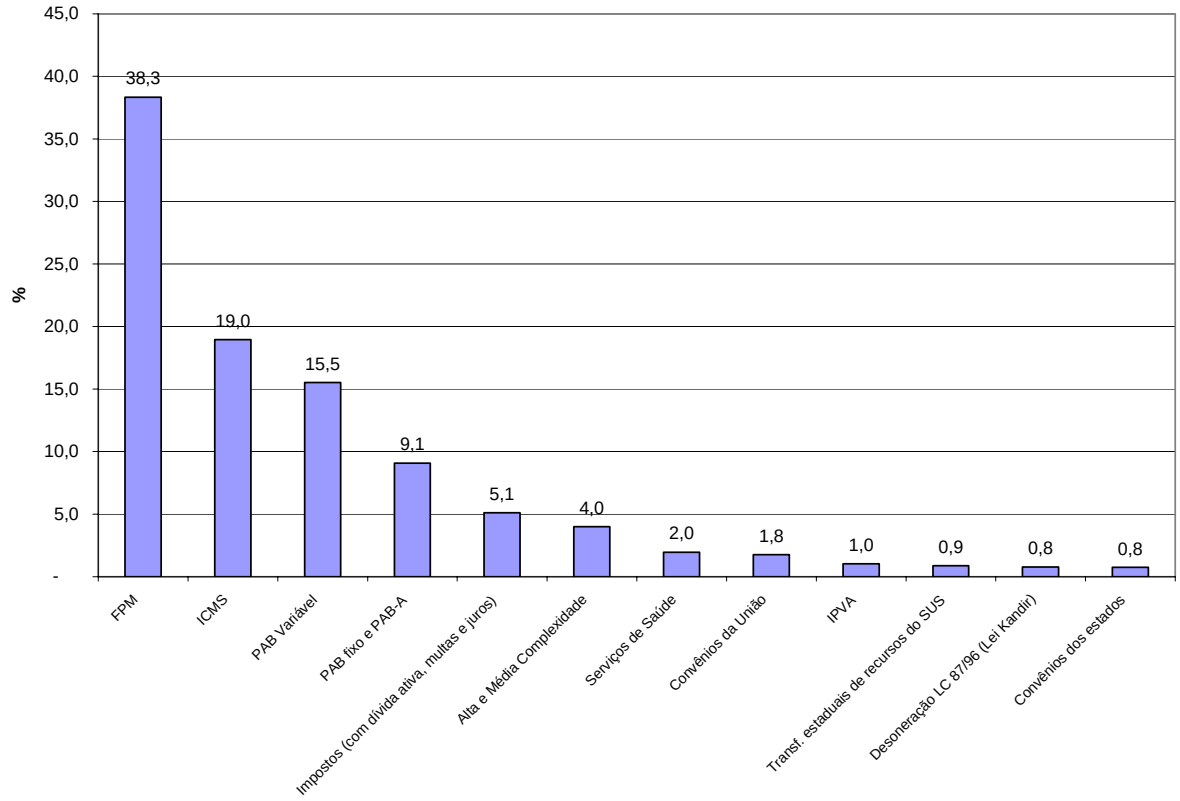


	Impostos	Transf. da União	Transf. dos estados	Dívida ativa, multas e juros de impostos
Média	5,1	47,5	24,6	1,0
Mediana	2,9	36,6	18,1	0,3
Desvio Padrão	8,1	32,5	27,7	2,8

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Analisadas em conjunto, o resultado final dos critérios e condicionantes que determinam o ingresso de receitas vinculadas à saúde pode ser visto no Gráfico 6.5. Os principais componentes dos recursos orçamentários dos municípios vinculados à saúde são: a cota-parte do FPM (38,2% dos recursos totais vinculados à saúde), a cota-parte do ICMS (cerca de 19%), o PAB variável (15,52%), o PAB fixo e ampliado (9%), os impostos, incluindo as receitas da dívida ativa, multas e juros de mora (5,12%), os recursos de alta e média complexidade (4,8%), os serviços de saúde (1,96%), as transferências de convênios da União (1,76%), a cota-parte do IPVA (1%), as transferências dos estados com destino vinculado à saúde (0,88%), as transferências da LC 87/96 (0,78%) e as transferências de convênios dos estados (0,75%). Juntos eles respondem por cerca de 98% dos recursos *per capita* totais vinculados à saúde.

Gráfico 6.5 Participação proporcional dos principais componentes das receitas correntes municipais vinculadas à saúde - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os dados acima nos indicam que o financiamento descentralizado da saúde no Brasil remete a uma complexa relação de interdependência fiscal das três esferas de governo. Embora a diversidade de fontes aponte para múltiplos caminhos na origem dos recursos orçamentários orientados para suprir as necessidades de gastos em saúde no âmbito local, existem muitos entraves para a redistribuição de tributos entre os municípios e para expansão efetiva dessas receitas. Esses entraves estão relacionados às questões endógenas da própria política de saúde (regras para a distribuição dos recursos setoriais) e do sistema mais geral de repartição de competências e partilha de receitas públicas não atreladas exclusivamente ao setor da saúde (questões mais amplas inerentes ao federalismo fiscal).

Qualquer que seja a origem – fiscal ou setorial –, para a maioria dos governos municipais, as principais fontes de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS provêm da União. O estreitamento da relação entre municípios e estados no

financiamento da saúde se dá em decorrência do ICMS e não através de mecanismos de transferências condicionadas. Dessa forma, a possibilidade de interferência das Secretarias Estaduais quanto à expansão dos recursos exclusivos da saúde é mais limitada, atrelada aos recursos repassados pela União e ainda muito pouco explorada.

No caso do FPM, excetuando-se os dispositivos que restringem os gastos com pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal válidos para todas as áreas da política pública, não existem condicionantes quanto às despesas orçamentárias na saúde. No entanto, em relação aos recursos seletivos, o MS lança mão de diversos instrumentos da política para modelar a assistência à saúde prestada nos municípios. Através do PAB variável, qualquer novo programa atrelado a recursos passa a ser uma fonte adicional de receitas. Há, portanto, um forte estímulo à adesão municipal. Mudanças nos critérios de distribuição desses recursos também podem influenciar a decisão quanto ao momento e magnitude da implantação e expansão do programa pelo gestor local. Por sua vez, alterações nos valores financeiros das Tabelas de Procedimentos do SUS (SIA e SIH-SUS), utilizadas como referência para pagamentos dos prestadores, repercutem nos tetos financeiros dos municípios e nos montantes transferidos para a alta e média complexidade, assim como nos recursos do FAEC, o que tende a modificar o padrão de oferta e cobertura de serviços locais[215].

Assume-se, neste estudo, que o poder indutório do MS é tão maior quanto mais significativa for a relação de dependência do município às transferências intergovernamentais na saúde. Por outro lado, quanto menor for a participação dessas receitas no orçamento corrente, maior poder decisório terá o município no gasto em saúde. Distintos graus de dependência são obtidos pela variação na composição das receitas orçamentárias. Para uma avaliação mais detalhada das finanças públicas municipais, os municípios foram novamente agregados por localização e porte populacional.

---

[215] Para uma discussão dos instrumentos utilizados pelo MS para regulação da política nacional de saúde, atrelados à normatização e ao financiamento do SUS, consultar Machado (2002). A autora ressalta quatro principais estratégias utilizadas pelo MS para interferir no montante e aplicação dos recursos transferidos para os níveis locais de governo: 1- as condições e requisitos para efetivação das transferências; 2- os critérios de definição, o parcelamento e a gestão dos tetos financeiros; 3- a criação do FAEC; 4- a administração da tabela de remuneração dos prestadores do SUS.

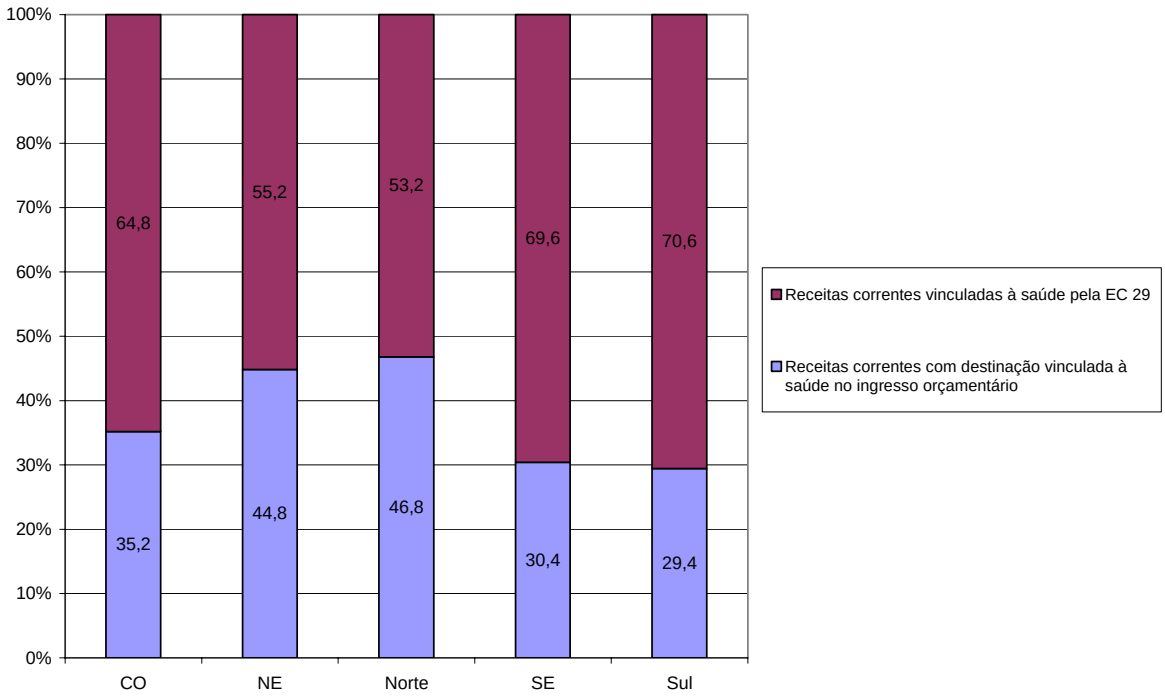
6.2 Municípios agregados por localização geográfica – região e UF

O padrão regional de distribuição das receitas correntes municipais se reflete nas taxas de vinculação orçamentária à saúde (Tabela 35 do volume 2). Os municípios situados nas regiões e estados do Norte, Centro-Oeste e Nordeste são os que apresentam maior proporção de receitas vinculadas à saúde (mais que 17% do orçamento corrente), tanto em valores médios como medianos, com destaque para os localizados em RR (mais que 24%) e RO (mais que 19%). A taxa mínima de vinculação à saúde observada é de 2% em um município de porte médio situado no estado do PR (Itaipulândia) e a máxima de 54,6% em um município também de porte médio localizado no estado do RJ (Paracambi)[216].

Observa-se que as diferenças entre os municípios agrupados por região e UF são mais significativas quando as receitas vinculadas à saúde são desdobradas. A maior importância dos recursos seletivos da saúde para os municípios situados no Norte e Nordeste pode ser vista no Gráfico 6.6. No Norte, eles representam 46,7% da receita corrente total *per capita* vinculada à saúde e no Nordeste 44,8%. É, portanto, o maior aporte de recursos setorialmente orientados que explica o grau relativamente mais elevado de vinculação à saúde nessas regiões. O efeito da EC 29 na apropriação de recursos para a saúde é mais significativo nos municípios situados nas regiões centro-sul do país, tendo em vista a maior importância dos recursos próprios nas receitas correntes totais desses municípios.

[216] O município de Paracambi, situado na região metropolitana do RJ e habilitado na condição de GPSM em 2002, possui um grande hospital psiquiátrico privado credenciado ao SUS (1952 leitos cadastrados).

Gráfico 6.6 Composição percentual das receitas correntes vinculadas à saúde nos municípios agrupados por região - Brasil -2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota-se que, nos dois casos, a região Norte apresenta os maiores DP indicando uma maior heterogeneidade desse grupo de municípios no que se refere à proporção das receitas correntes vinculadas à saúde como efeito da EC 29 e da normatização específica do SUS (Tabela 35 do volume 2). A vinculação orçamentária à saúde varia mais nos municípios da região Norte devido à maior diversidade na composição orçamentária corrente destes municípios.

Este estudo evidencia que um grau elevado de vinculação à saúde das receitas correntes municipais não garante *per se* um aporte mais expressivo de recursos para suprir as necessidades de gastos locais. Assim, os municípios das regiões Norte e Nordeste apresentam um comprometimento elevado de suas receitas para o financiamento do SUS,

---

Interessante notar que a existência do hospital garante a principal fonte de recursos orçamentários para o município em 2002.

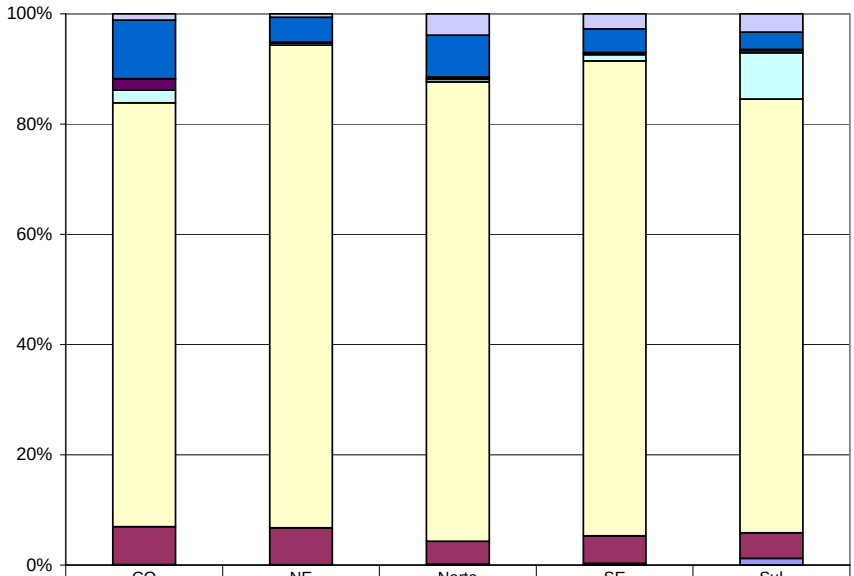
sem com isso ter uma disponibilidade de recursos *per capita* semelhante aos situados no eixo centro-sul do país.

A Tabela 36 do volume 2 apresenta o comportamento dos municípios agrupados por região no que se refere aos recursos vinculados à saúde. Os municípios localizados nas regiões Centro-Oeste são os que apresentam os maiores valores, médios e medianos, de receitas totais *per capita* vinculadas à saúde, seguidos daqueles situados nas regiões Sul e Sudeste. A receita corrente vinculada à saúde pela EC 29 segue o padrão de distribuição regional das receitas correntes totais vinculadas à saúde. Sabe-se que essas regiões são as que apresentam municípios com maiores volumes de receitas de impostos e transferências intergovernamentais livres no ingresso orçamentário, garantindo a eles, portanto, maior disponibilidade de receitas voltadas para o SUS. Em todas as regiões os DP são significativos, tanto para as receitas seletivas como para as vinculadas pela EC 29, principalmente naquelas onde se observam as maiores médias[217].

Detalhando-se um pouco mais as fontes de recursos com destino vinculado à saúde por região, podemos perceber que, nos cinco cantos do Brasil, as transferências federais do SUS são as principais fontes de receitas municipais exclusivas da saúde, particularmente, nas regiões Nordeste e Sudeste (Gráfico 6.7). No Centro-Oeste e Norte do país observam-se em média uma maior proporção da receita de convênios da União (respectivamente 10,7% e 7,6%) e no Sul um peso das transferências estaduais de recursos do SUS maior que em outras regiões (8,38%).

[217] Entretanto, no caso das receitas exclusivas da saúde, a dispersão dos municípios é bastante elevada no Sudeste, região que apresenta a média mais baixa destes recursos.

Gráfico 6.7 Composição percentual das receitas correntes com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário nos municípios agrupados por região - Brasil – 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Convênios dos estados	1,1	0,6	3,9	2,8	3,3
Convênios da União	10,7	4,5	7,6	4,3	3,1
Transf. de inst.privadas, do exterior e de pessoas	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Transf. dos municípios	2,1	0,2	0,3	0,3	0,5
Transf. dos estados	2,3	0,4	0,5	1,1	8,4
Transf. da União	76,9	87,6	83,3	86,2	78,7
Serviços de Saúde	6,9	6,7	4,1	5,0	4,6
Receita patrimonial	0,1	0,0	0,2	0,3	1,2

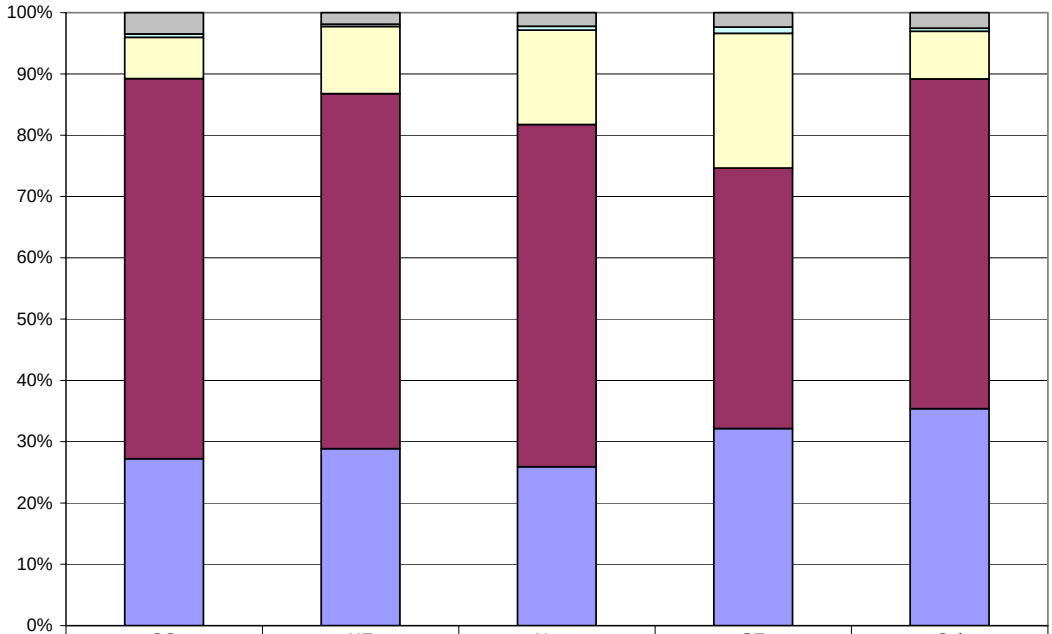
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

O principal componente das transferências federais na modalidade “fundo a fundo” é o PAB variável. No entanto, para as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, o volume de receitas *per capita* e a proporção dessas receitas nas transferências federais totais do SUS é mais significativo (Gráfico 6.8 e a Tabela 37 do volume 2). Isto é explicado pelo processo de implantação e expansão do PACS/PSF observado até o final de 2002. Pesquisas demonstram que o período mais recente de expansão destes programas privilegia a região Sudeste e Sul (Viana *et al.*, 2002 d). No entanto, as baixas coberturas apresentadas nos grandes centros urbanos destas regiões limitam maiores repasses destes recursos. Como apontam Souza e Sampaio (2002), as maiores coberturas do PSF encontram-se nesta época justamente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste[218].

[218] Os autores relatam que, em junho de 2002, as regiões Nordeste e Centro-Oeste possuem, respectivamente, coberturas de 46,5% e 41,4% do PSF, bem aquém do apresentado nas regiões Sudeste (24,7%), Sul (29,7%) e Norte do país (30,7%).

O PAB fixo e ampliado é especialmente importante nos municípios localizados no Sul e Sudeste e os recursos de alta e média complexidade na região Sudeste pela maior capacidade de oferta de serviços do SUS e pela concentração de municípios habilitados em GPSM na região[219].

Gráfico 6.8 Composição percentual das transferências correntes federais de recursos do SUS nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Outros programas	3,48	1,90	2,24	2,36	2,55
FAEC	0,56	0,37	0,61	1,04	0,49
Alta e Média Compl.	6,70	10,96	15,41	21,93	7,77
PAB Variável	62,05	57,90	55,82	42,49	53,80
PAB fixo e PAB-A	27,21	28,88	25,91	32,17	35,39

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Analisando-se conjuntamente as várias fontes de receitas vinculadas à saúde é possível perceber diferenças significativas entre as regiões. O Gráfico 6.9 resume a importância das principais fontes de recursos vinculados para os municípios brasileiros agregados por região. As receitas apresentadas são responsáveis, em média, por mais de 95% da receita corrente total vinculada à saúde, sendo que, no Nordeste, este percentual chega a 99%. Como tendência geral, a cota-parte do FPM representa a principal fonte de

[219] Em 2002, 49% dos municípios que informaram o SIOPS, aptos a receber os recursos de alta e média complexidade (habilitados em GPSM) situam-se no Sudeste.

receita corrente para o financiamento local da saúde, atingindo a maior proporção nos municípios do Nordeste (42%). No entanto, excetuando-se o FPM, podemos observar em ordem decrescente de importância:

1- na região Centro-Oeste – a cota-parte do ICMS (22,3%), o PAB variável (16,7%), o PAB fixo e ampliado (7,36%), os impostos (5,44%) e os convênios com a União para a saúde (3,75%). Ressalta-se que as transferências de alta e média complexidade (1,81%) têm importância menor que os serviços de saúde (2,4%) devido ao perfil de habilitação municipal à época nesta região.

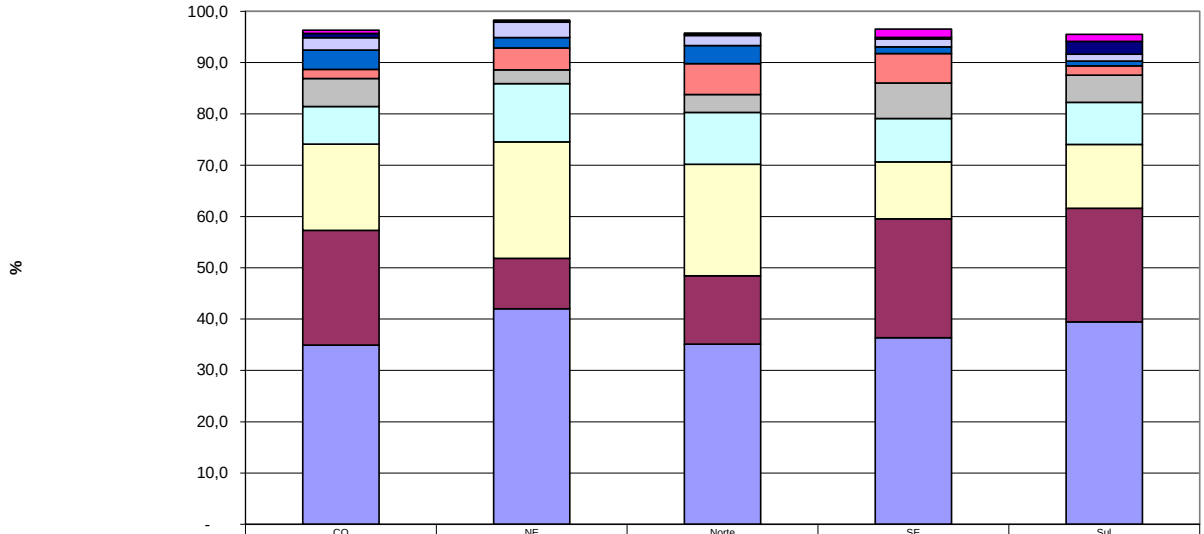
2- na região Nordeste - o PAB variável (22,72%), o PAB fixo e ampliado (11,34%), a cota-parte do ICMS (9,83%) e os recursos de alta e média complexidade (4,3%). As transferências SIA/SIH são mais importantes que os impostos (2,68%), os serviços de saúde (3%) e os convênios da União (2%).

3- na região Norte – o PAB variável (21,7%), a cota-parte do ICMS (13,3%), o PAB fixo e ampliado (10,1%), os recursos de alta e média complexidade (6%), os convênios da União (3,5%). Os convênios estabelecidos com a União para o SUS são mais importantes que as receitas de impostos vinculadas pela EC 29 (3,4%).

4- na região Sudeste – a cota-parte do ICMS (23%), o PAB variável (11,13%), o PAB fixo e ampliado (8,43%), as transferências de alta e média complexidade (5,75%) e os impostos (7%).

5- na região Sul – a cota-parte do ICMS (24,3%), o PAB variável (12,46%), o PAB fixo e ampliado (8,2%), os impostos (5,3%), as transferências estaduais de recursos do SUS (2,47%) e as transferências federais de alta e média complexidade do SUS (1,8%).

Gráfico 6.9 Participação proporcional dos principais componentes das receitas correntes vinculadas à saúde nos municípios agrupados por região - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
IPVA	0,7	0,2	0,3	1,6	1,4
T. estaduais do SUS	0,8	0,2	0,2	0,3	2,5
Serviços de Saúde	2,4	3,0	1,9	1,5	1,4
Convênios da União	3,7	2,0	3,5	1,3	0,9
Alta e Média Compl.	1,8	4,3	6,0	5,7	1,8
Impostos (com dívida ativa, multas e juros)	5,4	2,7	3,5	6,9	5,3
PAB fixo e PAB-A	7,4	11,3	10,1	8,4	8,2
PAB Variável	16,8	22,7	21,8	11,1	12,5
ICMS	22,4	9,8	13,3	23,2	22,1
FPM	34,9	42,0	35,1	36,4	39,5

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os municípios apresentam importantes diferenças no interior das regiões (comparando-se estados da mesma região) e no interior de cada estado no que se refere ao padrão receitas orçamentárias correntes voltadas para o financiamento da saúde (Tabelas 37 e 38 do volume 2). As dispersões dos valores em torno da média são muito significativas e indicam que nem sempre a maioria dos municípios situada em cada estado responde pelo padrão regional observado. Serão aqui abordados os achados mais relevantes em cada região.

Nos estados do Centro-Oeste, não parece haver grandes discrepâncias entre os valores medianos das receitas correntes municipais vinculadas à saúde. No entanto, os municípios situados no MT se destacam dos demais por apresentarem a maior média de receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29. A fonte de recursos que mais responde por esta elevação da média no MT são as transferências intergovernamentais oriundas da União (FPM) e dos estados (ICMS). Os municípios situados no MS, por sua vez, apresentam valores um pouco inferiores aos da região em relação às receitas com destino

vinculado à saúde, explicadas, principalmente, pela menor disponibilidade de receitas do PAB variável.

As maiores variações dos valores médios e medianos das receitas vinculadas à saúde e seus dois grandes componentes por estado podem ser observadas no Nordeste. Em AL, CE, RN, MA, PI e PB, os municípios se destacam por apresentarem valores superiores aos da região no que se refere à receita com destino vinculado à saúde. Para a maioria desses estados, a principal fonte de recursos vinculados é o PAB variável, com exceção dos municípios situados nos estados do MA e CE, que apresentam receitas mais elevadas de alta e média complexidade. Ainda na região Nordeste, os estados que mais se destacam em relação aos recursos vinculados à saúde pela EC 29 são a RN, SE e PB. No RN e na PB, o maior volume das transferências intergovernamentais da União respondem pelas diferenças observadas entre os agrupamentos. Em Sudeste, as receitas de transferências dos estados e da arrecadação direta de impostos sobressaem.

Na região Norte, os municípios que apresentam média e mediana de receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário superiores ao da região situam-se em RO, RR, AC e TO. No AC, RR e TO, os recursos do PAB variável são responsáveis pela elevação dos valores observados. Em RO, os recursos de alta e média complexidade, elevados em poucos municípios desse estado, e os convênios (também em RR os recursos de convênios são mais significativos) respondem por essas diferenças. Em relação aos recursos vinculados à saúde pela EC 29, os municípios localizados em TO apresentam maiores receitas de transferências intergovernamentais da União. O DP, neste estado, é bastante significativo.

No Sudeste, chamam atenção os municípios do estado do RJ pelo alto valor médio de receitas seletivas da saúde. Nesse estado, os recursos para o financiamento da alta e média complexidade no SUS são significativamente superiores aos demais estados do Sudeste, o que é compreensível em função da capacidade de oferta e do percentual elevado de municípios habilitados em GPSM. Em relação às receitas vinculadas à saúde pela EC 29, os municípios de SP e RJ se destacam, principalmente, pela maior arrecadação de impostos e pelos valores mais elevados de receitas oriundas das transferências de intergovernamentais dos estados.

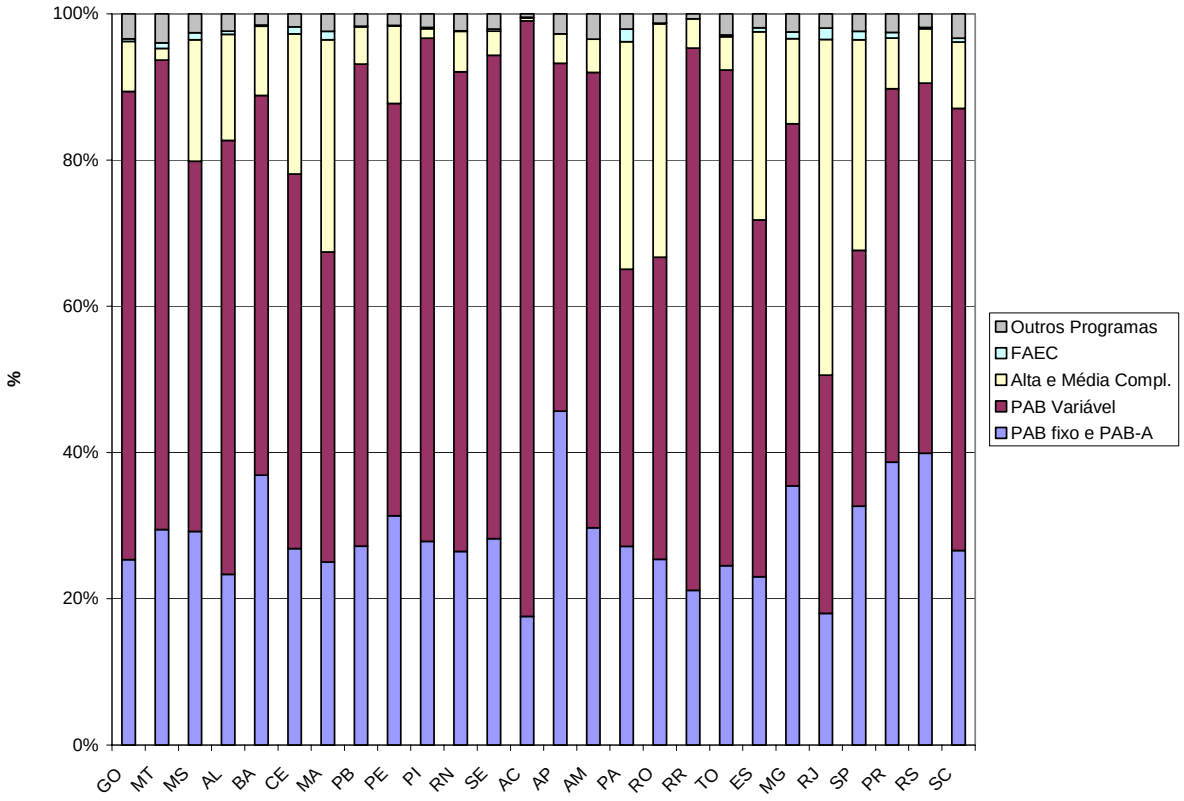
As diferenças observadas nos recursos exclusivos da saúde não são tão significativas na região Sul. No entanto, examinando-se os componentes dessas receitas, verifica-se que os municípios do RS são os únicos que apresentam mais do que 50% de seus municípios com ingresso de transferências estaduais de recursos para o SUS, receitas que, em valores *per capita*, superam as transferências federais de alta e média complexidade. No período analisado, o Governo do RS realizava um repasse direto do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais vinculados ao projeto denominado "Municipalização Solidária"[220]. Os municípios aí situados também se diferenciam pelas transferências intergovernamentais da União e dos estados vinculadas à saúde pela EC 29.

Sinteticamente, os estados que apresentam valores mais expressivos de recursos para a saúde são o RJ, MT, GO, SP, RS, MS e SC. Municípios localizados nesses estados possuem receitas provenientes da arrecadação direta de impostos, da cota-parte do FPM e/ou do ICMS superiores aos de outros estados do país, o que aumenta sua capacidade relativa de gasto com o SUS. Embora as transferências federais na modalidade "fundo a fundo" sejam as principais fontes de receitas exclusivas da saúde, os convênios com a União para o SUS são particularmente importantes nos estados de RR, GO e RO.

Os estados que apresentam as maiores médias (com DP também elevados) de transferências federais do SUS são o RJ, AC, RO e AL. Entretanto, existe grande diversidade no interior dos estados no que se refere aos componentes das transferências automáticas da União destinadas exclusivamente para a saúde (Gráfico 6.10). A localização não garante o mesmo repasse de recursos federais para SUS, pois ela reflete a adesão voluntária dos municípios e suas possibilidades de atendimento dos critérios e condicionantes estabelecidos.

[220] Entre os critérios adotados para a transferência de recursos do "Municipalização Solidária" destacam-se: a população total; a população menor de 14 anos e maior que 60 anos; o inverso da capacidade instalada; a mortalidade infantil; prioridades municipais definidas pelo Orçamento Participativo; inverso da arrecadação *per capita* municipal e proporção direta do volume de recursos na área da saúde. Estes últimos critérios são adotados a partir das informações do SIOPS/DATASUS/MS (Pelegrini *et al*., 2005).

Gráfico 6.10 Composição percentual das transferências correntes federais de recursos do SUS nos municípios agrupados por UF - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

As análises acima indicam que, embora os critérios que regem a apropriação de receitas exclusivas da saúde pelos municípios, principalmente referentes ao PAB variável, tenham propiciado uma certa redistribuição de recursos fiscais na saúde privilegiando aqueles situados em regiões carentes como Norte e Nordeste, eles não foram suficientes para romper com as desigualdades inter e intra-regionais das receitas públicas municipais decorrentes da menor arrecadação direta de impostos e de transferências livres da União e estados.

Como resultado, os municípios do Norte e Nordeste são aqueles que possuem menores chances de ampliação dos recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação mínima de 15% estabelecida pela EC 29, já que a disponibilidade dessas fontes é menor que em outras regiões. A fragilidade dos municípios da região Nordeste é ainda maior, se comparada à região Norte. Por outro lado, para garantirem maior aporte de recursos para saúde, esses municípios devem comprometer uma parcela mais elevada de

suas receitas livres. Faveret (2002) evidencia que, em 2000, a região Nordeste já apresentava uma proporção elevada de municípios (36% do total do Brasil) com gastos de receitas próprias em saúde superiores a 30%, o que comprova que o volume repassado pela União para o financiamento do SUS nesses municípios é claramente insuficiente para suprir as necessidades de gastos locais em saúde. Ressalta-se que as receitas do SUS nos municípios situados nas regiões Norte e Nordeste têm um peso menor do que outros tributos seletivos (Gráfico 12 do volume 2).

No capítulo anterior, vimos que as receitas de capital são muito baixas para a maioria dos municípios brasileiros e não favorecem a ampliação da rede própria de serviços públicos de saúde, que poderia gerar demandas por alterações nos tetos financeiros estaduais e municipais (recursos SIA-SIH). Na falta de investimento público, a expansão das receitas de alta e média complexidade pode ser reivindicada pelos municípios habilitados em GPSM por meio do credenciamento de novos serviços privados, o que estimula a privatização da oferta de maior complexidade no SUS nesses municípios. As mudanças dos tetos financeiros dos estados e municípios não parecem acompanhar o crescimento da rede de serviços credenciada de alta e média complexidade e as elevações de custos dos serviços ocorridas na última década no país[221], embora alguns estudos identifiquem incrementos das parcelas de alta e média complexidade transferidas aos municípios do Nordeste e Norte no período de 1998 a 2002 (Machado, 2005).

Neste aspecto o caso da BA é emblemático. Apresentando "sobras" de teto freqüentes no início da década de 2000, já que a informação da produção e o faturamento através do SIA-SIH/SUS dos municípios habilitados em GPAB não permitiam a execução do montante de recursos previstos e, contemplado com um aumento de teto financeiro por Emenda Parlamentar, o Secretário de Estado de Saúde decidiu aumentar o montante de recursos destinados ao financiamento da alta e média complexidade dos municípios habilitados em GPSM. Essa decisão acabou permitindo um incremento importante da receita destinada à saúde nesses municípios[222].

---

[221] Machado (2005) ressalta as críticas freqüentes aos baixos valores estabelecidos nas Tabelas de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS. No entanto, a falta de sistemas confiáveis de avaliação de custos dificulta tanto a revisão dos valores fixados pelo gestor federal, como a análise da pertinência das reivindicações por aumento da remuneração pelos gestores subnacionais.

[222] Essas informações foram fornecidas por membros da equipe técnica que atuavam no Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência no início da década.

Em que pesem os prováveis incrementos de receita municipal em municípios habilitados em GPSM situados nos estados do Norte e Nordeste, promovidos por aumentos diferenciais de teto financeiro nestas regiões, pelas regras do financiamento setorial vigentes em 2002, a principal fonte para incremento de recursos provém da implantação de programas relacionados à atenção básica, principalmente o PACS/PSF[223]. Por serem mais dependentes das receitas exclusivas da saúde para o financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS, os governos municipais das regiões menos desenvolvidas são os que mais estão sujeitos aos processos de indução federal. Esses municípios precisam aderir às regras nacionais para expandir seus recursos e aumentar sua receita destinada à saúde, sofrendo maior influência das decisões federais quanto aos condicionantes na utilização dos recursos. Assim, são estimulados a buscar a ampliação dos recursos para financiamento da saúde implantando ações e serviços cujas normas nem sempre estão adequados à sua realidade, abdicando de parcela de seu poder decisório sobre o direcionamento dos gastos.

A possibilidade de expansão associa-se à capacidade de adesão do município às regras estabelecidas no programa. No caso do PACS/PSF, principal fonte de recursos na atenção básica, se um município já tiver atingido o máximo de cobertura estabelecido terá direito a receber o maior valor por equipe implantada e não haverá mais possibilidade de expansão dos recursos do PAB variável por este caminho. Como demonstra Machado (2005), no período de 1998 a 2002, a vantagem das regiões menos desenvolvidas no recebimento das transferências relativas ao PACS/PSF diminui progressivamente em relação ao Sudeste e Sul[224]. Não é sem explicação que os convênios com a União permanecem como uma fonte alternativa importante de recursos para os municípios destas regiões.

A situação dos municípios das regiões centro-sul é completamente oposta. Como já enfatizado, aqueles localizados na região Centro-Oeste são os que mais se beneficiam das regras que definem a apropriação dos recursos vinculados pela EC 29 e dos critérios de partilha setoriais em 2002. Por outro lado, os municípios das regiões Sudeste e Sul podem

---

[223] É claro que o PAB variável possui um elenco de incentivos muito mais amplo do que aquele relativo ao PACS/PSF, que possuem lógicas de implantação e critérios de rateio distintos. No entanto, o volume repassado destes recursos é bem inferior aos do PACS/PSF.

[224] Os aumentos das transferências federais do PACS/PSF mais favoráveis para Norte e Nordeste ocorrem entre 1998 e 1999. A partir de 2000, os ganhos são relativamente superiores no Sudeste e Sul (Machado, 2005).

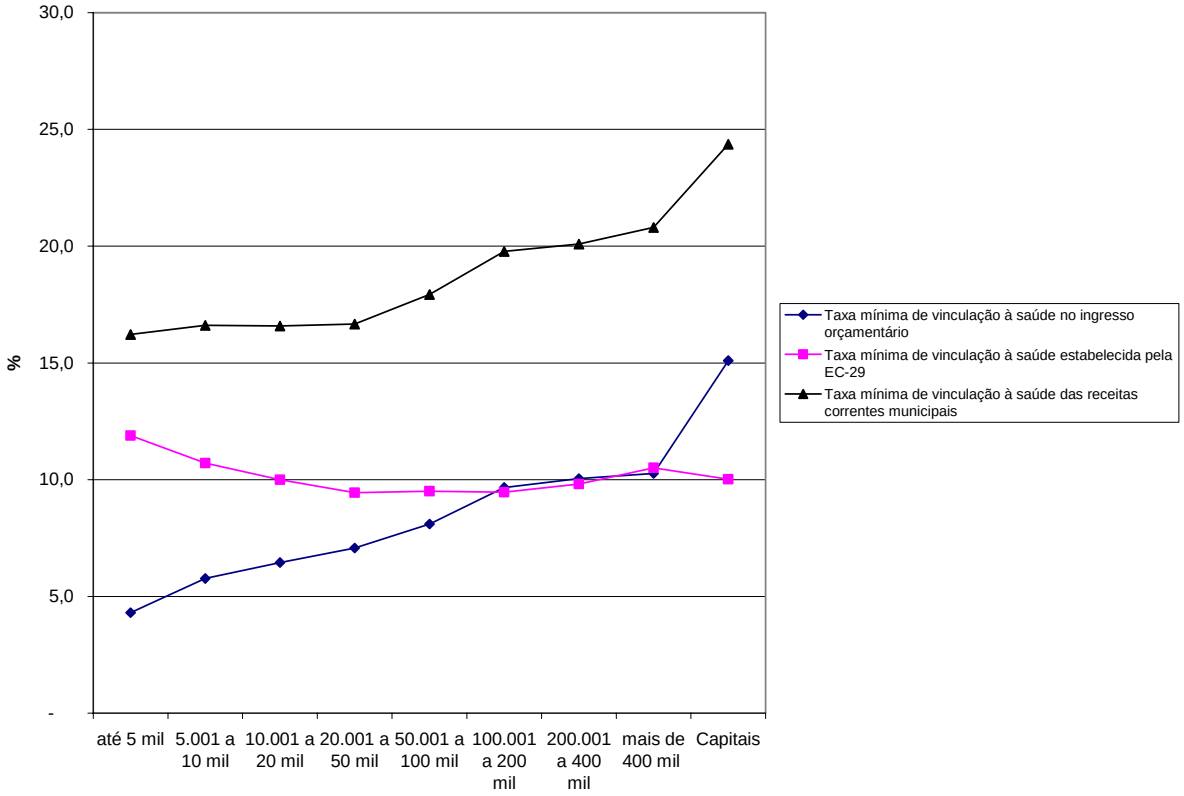
ampliar suas receitas para a saúde por um conjunto de alternativas mais amplas: através de sua receita própria (diretamente arrecada e transferida da União e estados de forma livre) e pela maior adesão aos programas federais voltados para a atenção básica, cuja implantação é ainda limitada como no caso do PSF nos grandes centros urbanos.

Aqui se configura um dos principais dilemas das regras implantadas até 2002 para distribuição dos recursos do SUS no que se refere à sua capacidade de equalização das receitas fiscais dos municípios brasileiros: quanto maior for a adesão dos municípios aos programas nacionais, cuja implantação é induzida pelo gestor federal por meio de incentivos financeiros, menor será o efeito redistributivo que esses incentivos propiciam. Portanto, os efeitos redistributivos das transferências na modalidade "fundo a fundo" do SUS e, particularmente do PAB variável, evidenciados neste estudo são frágeis e temporalmente limitados.

6.3 Municípios agregados por porte populacional e capitais

A taxa de vinculação orçamentária à saúde aumenta em função do porte populacional dos municípios (Tabela 39 do volume 2). Essa tendência pode ser observada, se considerarmos tanto os valores medianos como os valores médios nos diferentes grupos de municípios por classe de tamanho populacional. Enquanto nos municípios muito pequenos a mediana é de cerca de 16,2%, nos municípios com mais de 400 mil habitantes, ela é de 20,8 % (Gráfico 6.11). Os municípios capitais, por sua vez, apresentam percentual de vinculação à saúde maior (mediana igual a 24,3%) do que os com mais de 400.000 habitantes. Nota-se que os maiores desvios encontram-se nos municípios mais populosos e nas capitais, grupos de municípios mais heterogêneos no que se refere à composição de sua receita orçamentária e que, portanto, sofrem impacto diverso das regras que determinam a vinculação de recursos para a saúde.

Gráfico 6.11 Taxas mínimas de vinculação à saúde das receitas correntes *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais (valores medianos em %) - Brasil - 2002



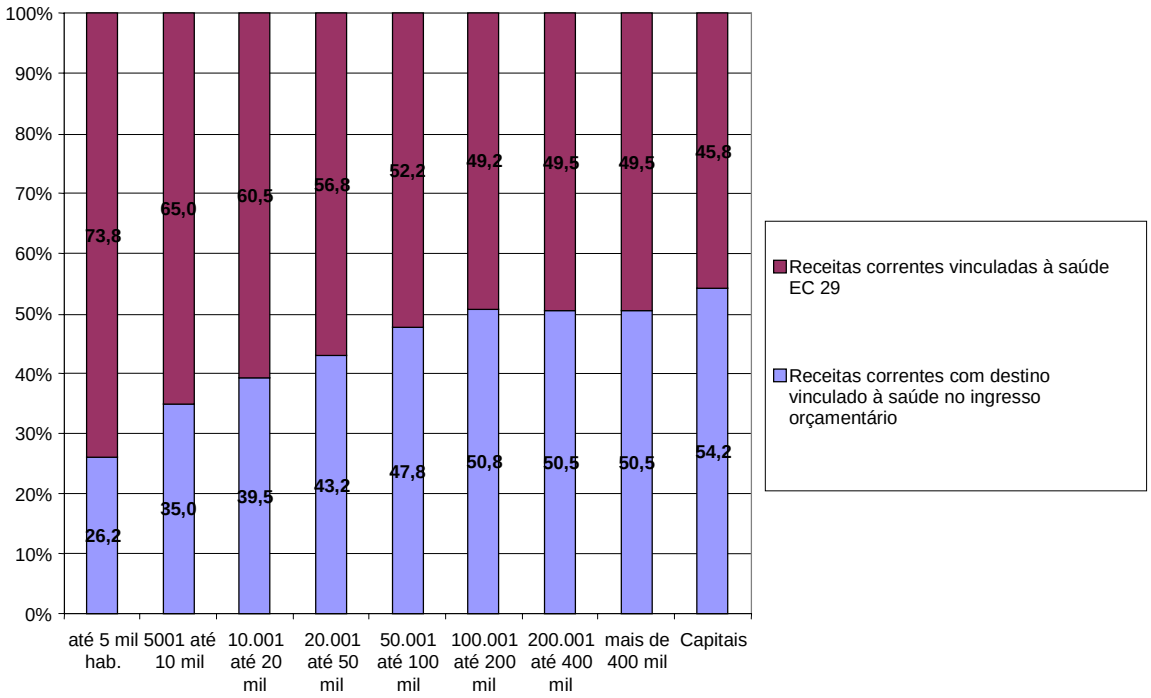
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A mesma tendência pode ser observada considerando-se apenas a taxa de vinculação à saúde no ingresso orçamentário. Esta taxa varia, em termos medianos, de 4,3% até 10,2%, dos municípios muito pequenos para os grandes. Nas capitais, ela gera uma apropriação de pelo menos 13% do orçamento corrente destes municípios, superando bastante a taxa de vinculação decorrente dos dispositivos da EC 29.

O sentido é oposto em relação à taxa mínima de vinculação obtida por efeito da implantação da EC 29. Podemos verificar que ela diminui gradativamente dos micromunicípios para as capitais, sendo que não varia de forma tão significativa nas faixas de tamanho populacional de 20.001 até 400 mil habitantes. Os DP, nesse caso, são baixos, se comparados aos efeitos decorrentes dos ingressos próprios da saúde, o que significa dizer que os grupos de municípios analisados são mais homogêneos no que se refere à proporção de recursos vinculados pela EC 29 no orçamento corrente global.

As diferenças acima descritas são fruto da maior importância que as receitas com destinação exclusiva à saúde têm nos orçamentos dos municípios populosos e nas capitais (Gráfico 6.12). Nesses municípios, as receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário representam em média mais de 50% da receita total vinculada à saúde, sendo que nas capitais este valor atinge a marca de 54%.

Gráfico 6.12 Composição percentual das receitas correntes vinculadas à saúde nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os dados do SIOPS demonstram que, nos municípios com mais de 400 mil habitantes e nas capitais, os recursos do SUS representam cerca de 55% das receitas com finalidades exclusivas (Gráfico 13 do volume 2). Nos municípios pequenos e médios, outras receitas vinculadas a políticas específicas (educação, saneamento, assistência social) cumprem papel também relevante.

Se as evidências indicam que o grau de vinculação orçamentária à saúde varia em função do aporte de recursos setoriais para os governos locais, a disponibilidade de receitas

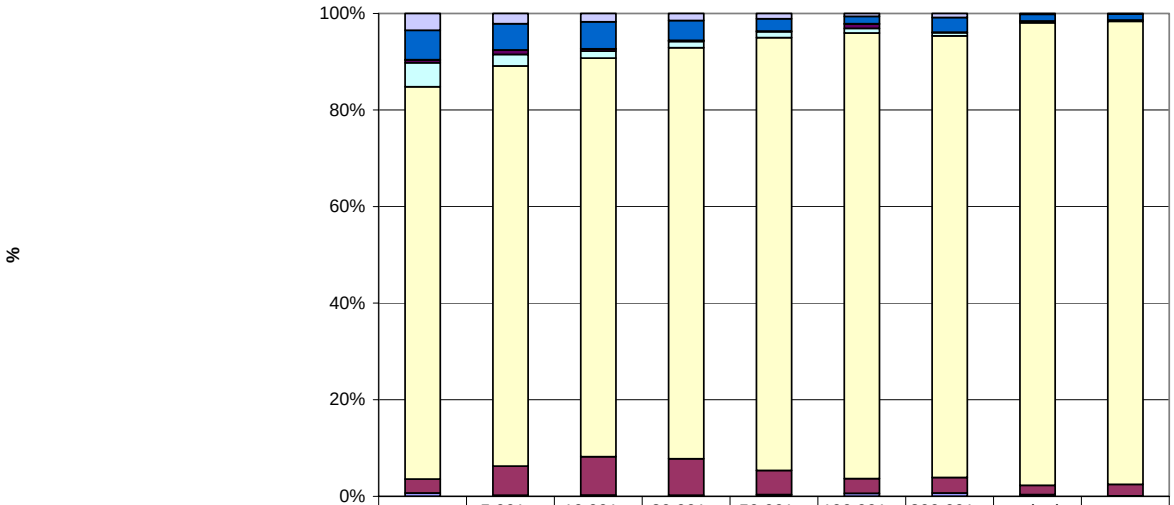
vinculadas à saúde é decorrência da maior ou menor importância que as receitas próprias possuem nos orçamentos dos municípios (Gráficos 14 a 16 e Tabelas 40 e 41 do volume 2). Assim, os municípios muito pequenos, seguidos das capitais e dos municípios grandes são os que apresentam os maiores valores, médios e medianos, das receitas correntes totais vinculadas à saúde e dos recursos destinados à saúde pela EC 29. Os menores valores das receitas exclusivas da saúde, assim como dos recursos próprios vinculados à saúde pela EC 29, encontram-se nos municípios com população de 20.001 até 50 mil habitantes.

Aprofundando-se a análise a respeito dos componentes das receitas do SUS, verifica-se que a principal fonte de recursos seletivos provém das transferências "fundo a fundo" da União em todos os agrupamentos de municípios, particularmente, nos grandes municípios e nas capitais (em média, mais de 80% das receitas correntes com destino vinculado à saúde chegando a 95% nos municípios com mais de 400 mil habitantes e nas capitais) (Gráfico 6.13). As transferências de convênios são mais expressivas nos pequenos municípios, assim como as transferências dos estados[225]. As receitas adquiridas por prestação de serviços, mais significativas nos municípios pequenos e médios, o que pode estar relacionado com o perfil dos municípios habilitados em GPSM e com as características da rede de serviços, já que, em grande parte, os serviços especializados e de alta complexidade do SUS (ambulatoriais e hospitalares) são de natureza privada[226].

[225] Sobre este aspecto, cabe ressaltar que o projeto "Municipalização Solidária" do RS é o principal responsável pelas transferências estaduais de recursos do SUS na modalidade "fundo a fundo" observadas em 2002. Devido aos critérios utilizados para a distribuição dos recursos as transferências tendem a privilegiar os pequenos municípios.

[226] A maior parte dos municípios pequenos e médios está habilitada em GPAB e os serviços especializados e de alta complexidade prestados nos serviços privados situados em seus territórios político-administrativos não compõem fonte de receita orçamentária municipal, sendo creditados direto nas contas destes prestadores pela União.

Gráfico 6.13 Composição percentual das receitas correntes com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Convênios dos estados	3,5	2,1	1,7	1,5	1,1	0,6	0,8	0,2	0,1
Convênios da União	6,1	5,4	5,6	4,1	2,5	1,5	3,1	1,4	1,2
Transf. de inst.privadas, do exterior e de pessoas	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-	0,0
Transf. dos municípios	0,5	0,9	0,4	0,2	0,1	0,9	0,0	0,0	-
Transf. dos estados	5,0	2,4	1,4	1,3	1,2	1,0	0,7	0,3	0,2
Transf. da União	81,2	82,8	82,5	85,1	89,6	92,3	91,4	95,8	95,9
Serviços de Saúde	2,9	6,1	7,9	7,5	5,0	3,0	3,2	1,9	2,4
Receita patrimonial	0,7	0,2	0,3	0,2	0,3	0,6	0,7	0,4	0,1

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

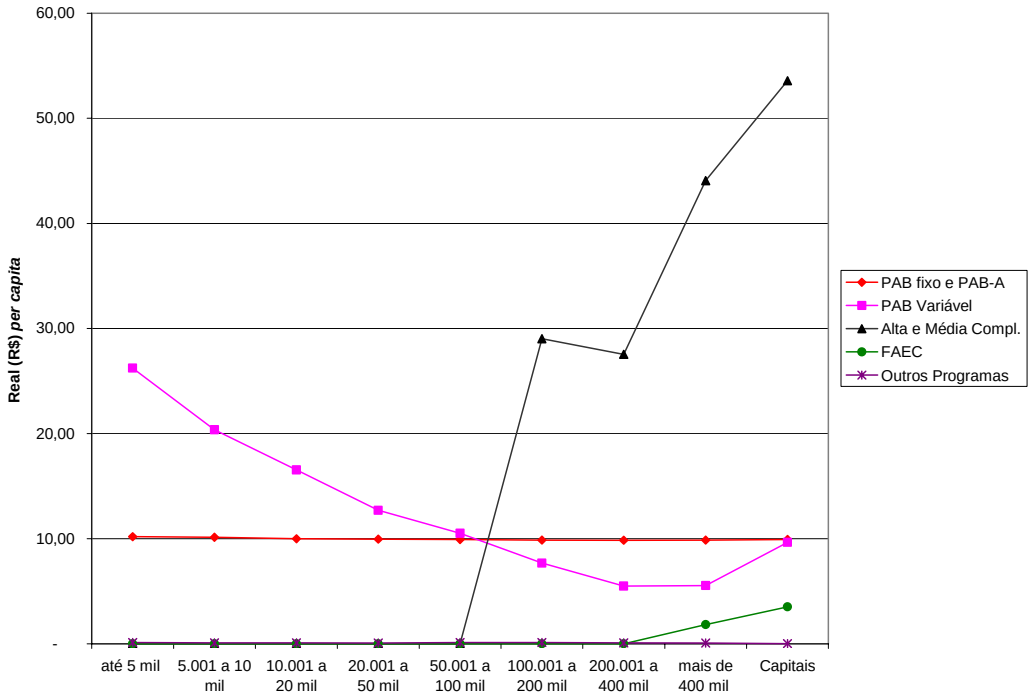
Interessante observar a importância das diferentes fontes de receitas de recursos federais transferidos “fundo a fundo” nos municípios agrupados por classes de tamanho de população. O Gráfico 6.14 ilustra o comportamento dos municípios em relação aos valores medianos dos componentes das transferências federais de recursos do SUS. Como era de esperar, a importância dos recursos que refletem a capacidade instalada e produção (alta e média complexidade e FAEC) é mais significativa nos municípios grandes e capitais (em média, mais de 60% dos recursos oriundos das transferências SUS). Esses grupos apresentam percentual elevado de municípios habilitados em GPSM[227] e concentram grande

[227] De acordo com o perfil dos municípios da base, os municípios aptos a receber recursos de alta e média complexidade na modalidade “fundo a fundo” são na sua maioria de médio porte (31% dos municípios têm população maior que 20 mil até 100 mil habitantes). No entanto, os municípios grandes e as capitais agregam maior proporção de municípios habilitados em GPSM em 2002.

parte da rede SUS. Nos demais agrupamentos, pelo menos 50% dos municípios não informam ingresso de recursos para custeio de rede de serviços especializada na modalidade “fundo a fundo”.

Na atenção básica, os recursos do PAB variável decrescem com o aumento do tamanho da população municipal, tornando-se menos importantes que os transferidos segundo critério *per capita* (PAB fixo e ampliado) nos municípios com mais de 100.000 habitantes. Nota-se que o padrão de distribuição das transferências federais de recursos do SUS nos municípios médios se assemelha aos pequenos municípios, apesar destes últimos e, particularmente, os com população entre 50 e 100 mil habitantes, apresentarem maior proporção de recursos SIA/SIH (Tabela 40 do volume 2). Provavelmente, as características da oferta nos municípios médios impedem que um maior número de municípios neste grupo sejam beneficiados com o aporte de recursos especializados e de alta complexidade.

Gráfico 6.14 Valores medianos dos componentes das transferências federais de recursos do SUS nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Em Real (R$) *per capita* – Brasil- 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

A análise do desvio padrão associado aos componentes das receitas municipais oriundas das transferências federais do SUS indica o grau de dispersão dessas fontes nos

agrupamentos de municípios por porte populacional e condição de capital do estado (Gráfico 17 do volume 2). As principais fontes de recursos vinculados à saúde nos municípios grandes e capitais são aquelas para quais esses grupos de municípios apresentam maior heterogeneidade. Por sua vez, os municípios pequenos apresentam grande dispersão em relação aos recursos do PAB variável, sua principal fonte de receitas "fundo a fundo".

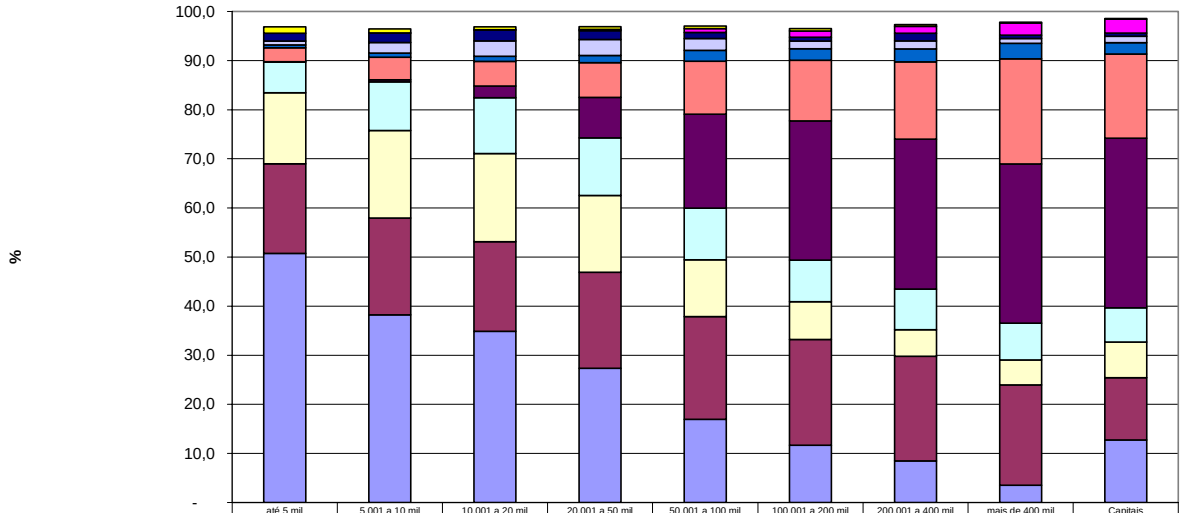
A partir do Gráfico 6.15 é possível verificar a participação percentual das principais fontes de receitas vinculadas à saúde – no ingresso orçamentário e pela EC 29. No total, elas representam mais do que 96% da receita vinculada à saúde. O FPM é a principal fonte de recursos nos municípios com até 50 mil habitantes (particularmente para os muito pequenos), a cota-parte do ICMS, a principal fonte de recursos vinculados dos municípios com população de 50.001 até 100 mil e as transferências destinadas aos serviços de alta e média complexidade no SUS nos municípios grandes e capitais.

Destaca-se ainda que:

1- a cota-parte do ICMS é a segunda principal fonte de recursos nos diversos grupos de municípios analisados, com exceção dos municípios com mais de 400 mil habitantes e as capitais, onde a arrecadação direta de impostos é mais significativa;

2- nos municípios de porte médio, com população de 50.001 a 100 mil habitantes, os recursos de alta e média complexidade são a segunda principal fonte. Os recursos do PAB variável, do PAB fixo e ampliado e os recursos de impostos, nesse caso, são igualmente relevantes.

Gráfico 6.15 Participação proporcional dos principais componentes das receitas correntes vinculadas à saúde nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
T. estaduais do SUS	1,3	0,8	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,2	0,1
FAEC	0,0	0,0	0,1	0,2	0,8	1,3	1,4	2,5	2,8
Convênios da União	1,6	1,9	2,2	1,8	1,2	0,8	1,6	0,7	0,7
Serviços de Saúde	0,8	2,1	3,1	3,3	2,4	1,5	1,6	1,0	1,3
IPVA	0,6	0,9	1,1	1,5	2,2	2,4	2,7	3,2	2,3
Impostos (com dívida ativa, multas e juros)	2,8	4,6	5,0	7,0	10,8	12,3	15,7	21,4	17,1
Alta e Média Complexidade	0,0	0,4	2,4	8,3	19,1	28,4	30,5	32,4	34,5
PAB fixo e PAB-A	6,3	9,9	11,3	11,7	10,5	8,5	8,3	7,5	7,0
PAB Variável	14,5	17,8	18,0	15,7	11,6	7,7	5,4	5,1	7,3
ICMS	18,3	19,7	18,3	19,5	20,9	21,5	21,3	20,4	12,7
FPM	50,7	38,2	34,9	27,4	16,9	11,7	8,5	3,5	12,8

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os dados acima reforçam a importância dos recursos exclusivos da saúde atrelados à capacidade instalada e produção para os municípios grandes e capitais. Nesses municípios, os recursos de alta e média complexidade têm um efeito de redistribuição fiscal relevante, compensando em parte as menores transferências do FPM e aumentando as receitas destinadas à saúde.

Por outro lado, são municípios que, apesar de possuírem um grau de vinculação significativo no ingresso orçamentário, não apresentam uma dependência tão grande em relação ao MS para o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. O poder de interferência do gestor federal sobre o gasto local é provavelmente mais limitado em função dos critérios que regem a alocação dos recursos especializados do SUS e das possibilidades de expansão de receitas próprias (arrecadação direta de impostos e devolução do ICMS) pelo município. Pelo lado da saúde, a maior adesão aos programas federais da atenção básica, especialmente através do aumento de cobertura do PSF, pode

significar um aporte adicional de recursos[228] em que pesem as críticas relacionadas à inadequação do modelo e a resistência de alguns municípios mais populosos e capitais à adoção e expansão destes programas[229].

Nos municípios pequenos, a importância dos recursos exclusivos é menor do que os provenientes das transferências livres da União e dos estados. São o FPM e o ICMS as principais fontes para financiamento local da saúde em 2002. As possibilidades de ampliação de receitas por esforço fiscal próprio são, neste caso, mais restritas. Em relação aos recursos provenientes de transferência "fundo a fundo", estes municípios estão sujeitos aos critérios vigentes para a definição do montante e distribuição dos incentivos financeiros criados pelo MS. Ressalta-se que, em 2002, são os municípios menores aqueles que já apresentam cobertura mais elevada do PSF[230], o que diminui as possibilidades de obtenção de recursos por esta via.

As tentativas de ampliação da rede própria especializada pelos municípios pequenos podem esbarrar nas dificuldades de manutenção dessa mesma rede, levando-se em consideração que a saúde envolve economias de escala e que fatores que influenciam a demanda e a mobilidade dos cidadãos entre jurisdições podem determinar a qualidade e os custos dos serviços prestados. A abrangência populacional pertinente de dado serviço de saúde é função da escala ótima dos recursos e tecnologias envolvidos e não deve ser determinada pelas fronteiras geopolíticas. Assim, é mais prudente para os próprios municípios admitir uma especialização planejada de certas localidades como centros provedores de referência para uma região do que reivindicar uma desconcentração da oferta de serviços que amplie, por um lado, a distribuição dos recursos da União, mas, por outro, gere maior responsabilização sobre a manutenção da alta e média complexidade do sistema.

---

[228] O esforço empenhado pelo MS a partir do início dos anos 2000 para expansão do PSF em grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes) é significativo. O aumento de cobertura nestes municípios é considerado estratégico, levando ao financiamento de pesquisas e a estruturação de um projeto específico voltado para a implantação desses programas (PROESF).

[229] Algumas questões relacionadas às especificidades das regiões metropolitanas brasileiras, tais como as relações de dependência entre os municípios, a imensa mobilidade e deslocamento da população e a distribuição desigual da oferta e cobertura de serviços, tensionam a implantação de modelos de saúde orientados fortemente para a adscrição de clientela. Essas questões foram abordadas em trabalho desenvolvido em conjunto com Noronha e Machado (Noronha *et al.*, 2003).

[230] Souza e Sampaio (2003) apresentam dados da evolução de cobertura do PSF, segundo porte populacional dos municípios brasileiros no período de 1998 a junho de 2002. Quanto menor a população do município, maior é a cobertura do PSF, chegando a 61% em 2002 nos municípios com até 10 mil habitantes

A situação financeira dos municípios de porte médio é, aparentemente, a mais difícil. Se os recursos das transferências federais do SUS têm representado uma fonte de receitas significativa principalmente para os municípios com 50.001 até 100 mil habitantes, ele não consegue suprir suas dificuldades orçamentárias referentes à arrecadação direta de impostos e obtenção do FPM. Recursos de investimentos seriam necessários para ampliação da rede própria especializada nessas jurisdições, além de esforços direcionados para apropriação de maior volume de receitas do PAB variável. Essa não parece ser a direcionalidade atrelada aos recursos de capital e dos incentivos financeiros criados pelo MS no início dos anos 2000. Além disso, em que pesem as baixas coberturas do PSF nos municípios médios em 2002 (34%) e as dificuldades relatadas para implantação do programa, o MS tem focalizado seus esforços de expansão do PSF apenas nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

6.4 Dados relativos aos estados e DF

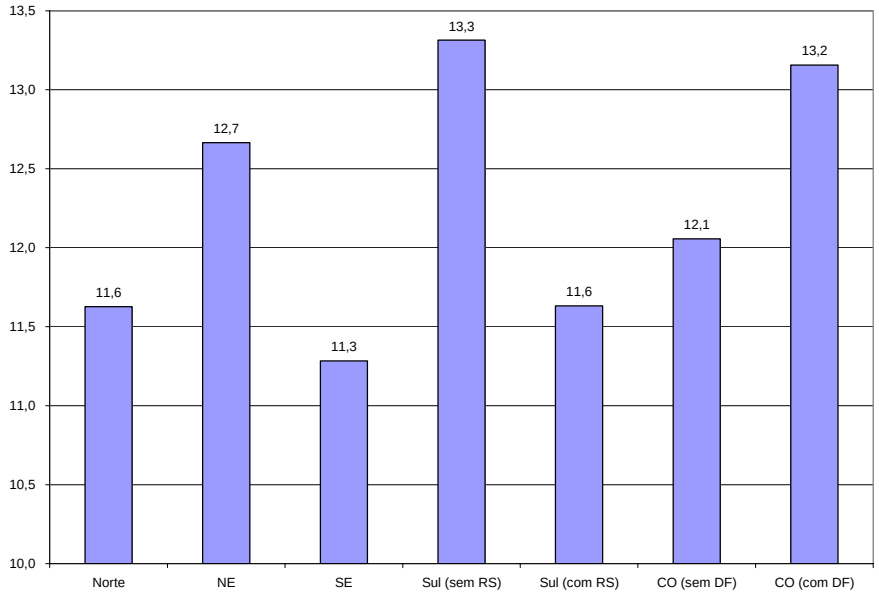
As análises apresentadas neste item seguem a mesma classificação adotada para os municípios. No Quadro 4 do volume 2, são descritas as diversas fontes de receitas estaduais vinculadas à saúde no ingresso orçamentário e aquelas destinadas ao financiamento do SUS por força de determinação da EC 29 e regulamentação complementar. Para cálculo da taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC 29 nos estados, aplica-se o percentual de 12% às respectivas fontes vinculadas. No caso do DF, a resolução n. 322 do CNS define percentuais de vinculação de 15% para as receitas de competência municipal e 12% para as receitas de competência estadual[231].

Observa-se que a taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes totais dos estados e DF é, em média, 12%, valor bem abaixo do apresentado pelos municípios, sendo que os maiores percentuais de vinculação encontram-se nas regiões Sul (se excluirmos o RS, que não possui informações relativas às receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário), seguido do Nordeste e Centro-Oeste (Gráfico 6.16). A média regional do Centro-Oeste é influenciada pelo DF, que apresenta a maior taxa de

[231] As receitas do DF classificadas como de competência municipal e as de competência estadual estão explicitadas no capítulo metodológico (Quadro 5 do volume 2).

vinculação das receitas correntes à saúde (16,4%). Excetuando-se o RS, o menor grau de vinculação encontrado é o do RJ.

Gráfico 6.16 Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes *per capita* dos estados e DF por região (em valores %) - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Quando a taxa de vinculação à saúde é desdobrada torna-se possível verificar que o efeito das regras que definem a distribuição das receitas exclusivas da saúde sobre os orçamentos estaduais é bastante variável entre as UF (Tabela 42 do volume 2). Ele resulta em uma vinculação média de 3% dos orçamentos correntes, variando de 0,4% no TO até 5,4% na PB. O DF, como possui receitas oriundas da União especificamente voltadas para pagamento de funcionários públicos federais que atuam na área da saúde, apresenta um grau de vinculação elevado no ingresso orçamentário, sendo a única UF em que esta proporção supera a apropriação orçamentária provocada pela EC 29.

Em compensação, a variação observada como efeito dos dispositivos da EC 29 não é tão significativa. Ela é em média 9%, sendo o menor valor encontrado no RJ (6,8%) e o maior em RO (10,4%). No RJ, a baixa apropriação de recursos orçamentários definidos pela EC 29 se deve à menor proporção dessas fontes de recursos na receita corrente total do estado. Já vimos que, neste estado, outras receitas provenientes da União (com as relacionadas aos *royalties* de petróleo) acabam tendo uma importância significativa no

orçamento e não sofrem a vinculação estipulada pela EC 29. Isso acaba diminuindo o peso da saúde.

A Tabela 43 e Gráficos 18 e 19 do volume 2 contêm os componentes das receitas correntes estaduais vinculadas à saúde. Em 2002, 72,7% desses recursos provêm de receitas próprias dos estados e DF, denotando o menor grau de dependência dos estados em relação aos recursos seletivos da saúde se comparados aos municípios. No entanto, as variações são significativas entre as regiões e UF. A partir da análise conjunta dos percentuais de vinculação e das receitas *per capita* destinadas ao financiamento do SUS é possível concluir que:

1- embora o grau de vinculação à saúde das receitas correntes dos estados do Nordeste seja relativamente mais elevado do que em outras regiões, as receitas totais vinculadas à saúde são, em média, menos expressivas nessa região. Se as fontes de receitas próprias da saúde têm um papel relevante para alguns estados do Nordeste (particularmente, PB, CE, AL e PE), elas são insuficientes para suprir os menores valores de receitas provenientes da arrecadação tributária própria e das transferências constitucionais (FPE, IPI-Exportação e Lei Kandir) que interferem nos montantes vinculados à saúde destas jurisdições;

2- para SC, PR e GO, as receitas exclusivas da saúde cumprem um papel importante na recomposição das suas bases orçamentárias, principalmente devido aos baixos valores do FPE nas receitas próprias destes estados. A perda de autonomia no direcionamento dos gastos tem como contraface um incremento de recursos que tende a aumentar a capacidade total de gasto em saúde desses governos;

3- no Norte, mesmo que em alguns estados (especialmente, AC, AM, AP), as receitas exclusivas da saúde sejam elevadas comparativamente a outras UF, não representam proporções tão significativas dos orçamentos, já que outras fontes de receitas garantem um incremento substantivo de recursos. Vimos anteriormente que o FPE tem uma atuação de redistribuição fiscal importante para o Norte, embora mantenha as desigualdades intra-regionais. O mesmo não é observado na região Nordeste, que apresenta, em média, menores valores de arrecadação tributária própria e onde o FPE não é tão eficaz na recomposição dos orçamentos.

4- o DF é um caso especial, onde as especificidades das regras que interferem no ingresso das receitas correntes garante aportes mais expressivos de recursos para a saúde. Essa UF possui receita destinada à saúde quatro vezes maior do que a média nacional.

A fim de se aferirem as principais fontes de recursos dos estados e UF, as receitas correntes com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário foram desdobradas em seus principais componentes. Para evitar a influência da ausência das informações detalhadas da saúde no RS e das receitas exclusivas do DF nos agregados regionais, as médias do Sul e Centro-Oeste foram calculadas com e sem a participação destes estados. Os resultados podem ser aferidos na Tabela 44 e Gráficos 20 e 21 do volume 2. Observa-se uma grande variedade na composição das receitas entre as regiões e UF. Deve-se ressaltar que a confiabilidade do detalhamento das receitas da saúde informadas pelos governos estaduais através do SIOPS é inferior a dos municípios. Em que pesem as limitações dos dados coletados, são abordados os principais achados em cada região.

No Centro-Oeste preponderam as receitas de alta e média complexidade acrescidas dos serviços de saúde nos estados do MT (80,2% do total das receitas exclusivas da saúde) e MS (52,2%), sendo que no MS, os convênios da União também são significativos (13,9%). Em GO, os recursos de outros programas financiados através da modalidade "fundo a fundo" são os que apresentam os maiores percentuais (74,8%). O DF, por sua vez, obtém a maior parte de suas receitas próprias da saúde a partir dos recursos da União para pagamento de pessoal (73%), embora as receitas *per capita* das transferências totais do SUS sejam as mais altas do Brasil, destacando-se aquelas provenientes de outros programas financiados "fundo a fundo".

Os estados da região Norte e Nordeste apresentam perfil similar na composição dessas receitas. A principal fonte está relacionada às transferências federais voltadas para o custeio dos serviços de alta e média complexidade do SUS, o que demonstra a importância das unidades estaduais e do papel desempenhado pelo estado no modelo de descentralização adotado e na partilha da gestão dos recursos (o CE é um caso exemplar neste aspecto).

Observa-se que as receitas do PAB variável no Norte e Nordeste são as mais elevadas do país, onde se destacam PE, AC e AP. Estes recursos não são originários do PACS/PSF, mas sim do programa de co-financiamento federal de unidades assistenciais

próprias, no caso de PE[232], e do programa de Epidemiologia e Controle de Doenças, no caso do AC e AP[233]. Interessante notar que, no caso dos estados, nem todas as jurisdições contempladas com aportes mais expressivos de transferências federais do SUS estão habilitadas nas condições de gestão previstas nas normas do SUS vigentes em 2002. Este é o caso de PE, AC e AM, onde os recursos condicionados a determinados programas federais propiciaram o incremento das receitas orçamentárias destinadas à saúde.

Ainda no Nordeste, são significativos os pesos dos convênios da União para o PI (90% do total das receitas setoriais da saúde) e MA (73,8%). Um aspecto que merece ser mais bem investigado refere-se à importância adquirida pelas transferências discricionárias em alguns estados. A hipótese aqui levantada é de que os convênios tendem a compensar as dificuldades que certos estados apresentam para aderir às regras da distribuição dos recursos federais regulares do SUS. As relações que se estabelecem entre o Executivo e o Legislativo no processo de negociação das Emendas Parlamentares podem ser um mecanismo eficaz de ampliação de recursos.

No Sudeste, a proporção de recursos do PAB fixo e dos convênios chamam atenção. Isso se deve à importância que o PAB fixo tem para MG e que os convênios voltados para a saúde possuem para SP. Mesmo considerando que 12 dos 23 municípios que não informaram ingresso de transferência federal do SUS na modalidade "fundo a fundo" localizam-se em MG (municípios que pelas regras vigentes em 2002 não estavam habilitados na NOB 01/96 e NOAS 01/02), os valores apresentados pelo estado de MG

---

[232] PE é o único estado que informa o recebimento deste tipo de transferência em 2002 e, como relata Oliveira (2002), o primeiro a se qualificar para o recebimento desses recursos (qualificação efetuada através de portaria conjunta SE/SAS em 2000). Esse tipo de repasse foi criado em 1999 e estabelece que os serviços ambulatoriais e internações hospitalares, prestados por unidades próprias dos estados, passem a ser custeados por meio de um valor mensal global a ser repassado pelo MS a título de co-financiamento, em adição aos recursos estaduais aplicados nestes serviços.

[233] As portarias ministeriais n.1399, de 15 de dezembro de 1999 e n.950, de 23 de dezembro de 1999, definem os critérios e condicionantes atrelados aos repasses dos recursos voltados para o custeio das ações de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças nos estados e municípios. Ressalta-se que os estados foram classificados em três estrados considerando os distintos perfis epidemiológicos e os custos operacionais para a implantação das ações. Adotam-se valores diferenciados entre estes grupos nos seguintes componentes de financiamento: 1- valor *per capita*/ano; 2- valor km^2/ano; e 3- exigência de contrapartida estadual. O montante global de recursos definido para cada UF (teto financeiro) deve ser repartido entre os estados e municípios, sendo que os municípios certificados não podem receber menos do que 60% dos valores *per capita* estabelecidos. Pelos critérios os estados (e municípios) situados no primeiro estrato – AC, AM, AP, PA, RO, RR e TO – são beneficiados tanto em relação aos montantes referentes aos dois primeiros componentes como pela menor exigência de contrapartida financeira. Observa-se que, pelos critérios, a região da Amazônia Legal é favorecida.

merecem ser questionados, já que, na sua maioria, esses municípios são muito pequenos. Para Minas, as transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoal voltadas para a saúde são relativamente mais elevadas do que a observada em outros estados, provavelmente devido à Fundação Hospitalar existente no estado. Por sua vez, os dados informados pelo estado de SP não parecem confiáveis, tendo em vista que o estado encontra-se habilitado na GASE em 2002 e, por isso, possui prerrogativas financeiras na modalidade "fundo a fundo" da União. Os recursos que aparecem como convênios podem ser de fato receitas obtidas mediante transferências regulares "fundo a fundo" vinculados aos programas e estratégias do MS.

Nos estados do PR e SC, principais beneficiários dos critérios e condicionantes da partilha dos recursos federais do SUS, somente uma parcela muito pequena dos recursos transferidos é informada como receita de alta e média complexidade. O maior montante está atrelado aos recursos de outros programas do MS financiados na modalidade "fundo a fundo" sem classificação específica (declarados como "outros"). Os dados, portanto, não condizem com a condição de gestão destes estados em 2002 (estados habilitados em GPSE ao longo de todo o ano de 2002) nem com o modelo de descentralização e partilha implantado a partir da NOB 01/96, onde os governos estaduais ainda mantêm uma atuação importante na gestão da rede SUS[234].

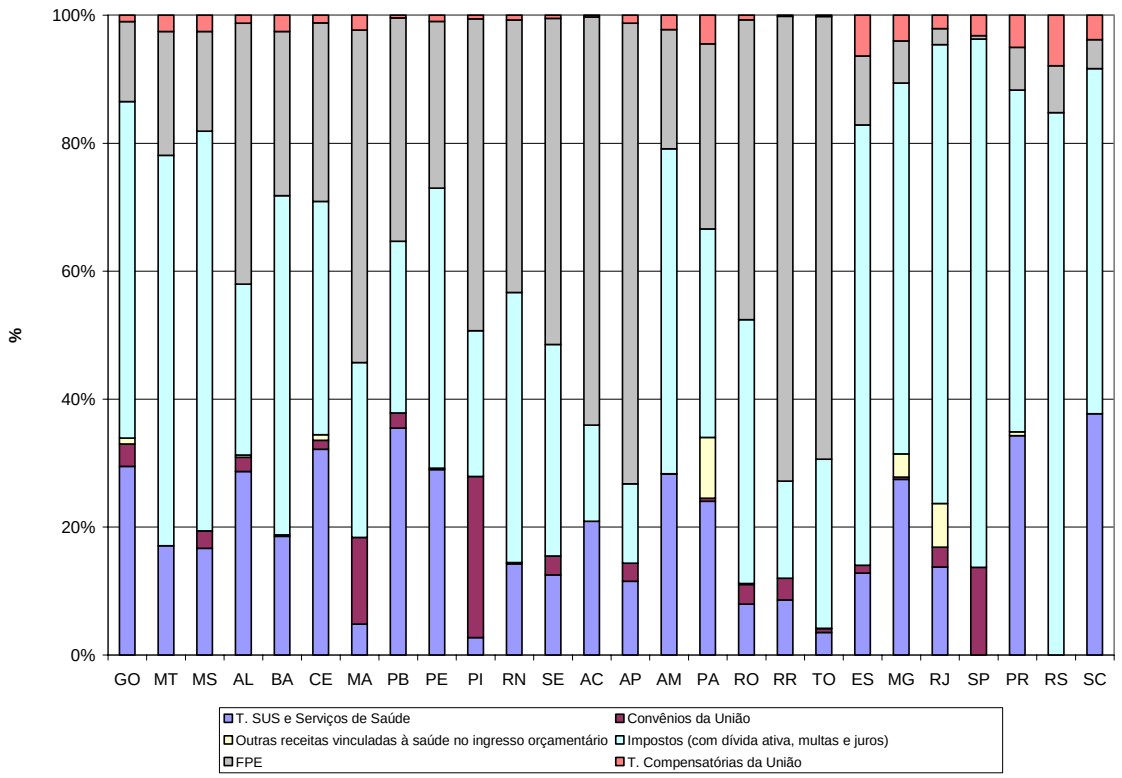
Em relação aos recursos vinculados à saúde pela EC 29, como já esperado, a distribuição das principais fontes de receitas segue a distribuição das receitas próprias dos estados e DF no país. Os estados da região Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam maior participação das fontes de receitas provenientes da arrecadação tributária própria para o financiamento da saúde, enquanto os da região Norte e Nordeste maior participação das receitas provenientes de transferência da União (principalmente o FPE) (Tabela 45 do volume 2). O caso do DF merece ser analisado à parte. Os impostos de base estadual representam a principal fonte de recursos vinculados pela EC 29, seguido dos impostos de base municipal (Gráfico 22 do volume 2).

Por último, a importância das diversas fontes de receitas vinculadas à saúde é analisada em conjunto. Na Tabela 46 e Gráfico 23 do volume 2, são apresentados somente os dados referentes aos governos estaduais (excluído o DF). Neste momento, as

transferências federais do SUS não foram desagregadas nos seus vários componentes pela baixa confiabilidade e dificuldade de interpretação de alguns achados desta pesquisa.

Fica claro que os impostos (incluindo as receitas da dívida ativa, multas e juros de mora) são as principais fontes de recursos para o financiamento da saúde dos governos estaduais brasileiros. Eles respondem por 40,9% das receitas correntes *per capita* vinculadas à saúde nos orçamentos estaduais em 2002. No entanto, na região Sudeste, sua importância é muito mais significativa (71%), chegando a representar 82,6% em SP e 71,7% no RJ (Gráfico 6.17). Esses estados são os que menos dependem da União para o financiamento de suas políticas de saúde. No Sul, embora os recursos originem-se prioritariamente da receita da arrecadação de impostos, as transferências federais do SUS respondem por 37% do montante global, mostrando a alta capacidade de adesão de SC e PR aos critérios e condicionantes das transferências federais do SUS em 2002.

Gráfico 6.17 Composição percentual das receitas correntes dos estados vinculadas à saúde por UF - Brasil - 2002



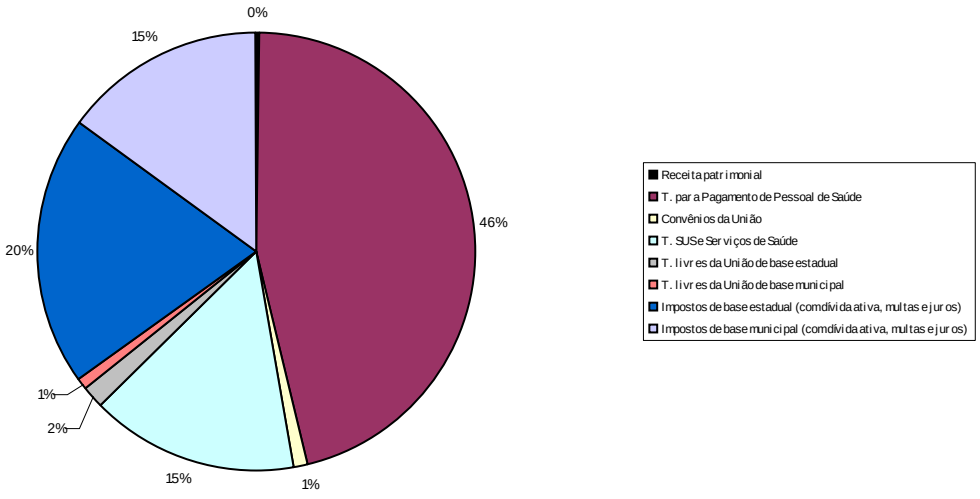
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF.

[234] Sobre este aspecto, consultar o trabalho de Oliveira (2002).

No Norte, o peso do FPE nas receitas vinculadas à saúde é muito expressivo (58,9%), especialmente para os estados de RR, AP e TO. As transferências federais do SUS são relevantes somente para poucos estados dessa região; entre eles AM, PA e AC. O Nordeste apresenta um percentual de recursos originários do FPE também bastante elevado (39%). Porém as transferências federais do SUS nos estados da PB, CE, PE e AL e os convênios para o PI e MA acabam diminuindo a importância dessas fontes em detrimento dos recursos setorialmente orientados.

A participação da arrecadação própria de impostos como fonte de financiamento do SUS no Centro-Oeste é somente um pouco maior ao observado no Sul do país (58,6%). Diferentemente do Sul, nos estados de GO, MT e MS, o FPE também representa um componente importante, e somente o estado de GO tem receitas oriundas de transferências federais do SUS mais expressivas. A análise do DF mostra o quão dependente é essa esfera de governo dos recursos transferidos de forma específica pela União (Gráfico 6.18). Em segundo lugar, aparecem os impostos, principalmente aqueles de base estadual. As transferências do SUS, embora mais significativas do que nos estados, respondem por 15% do montante global das receitas *per capita* destinadas à saúde.

Gráfico 6.18 Composição percentual das receitas correntes do DF vinculadas à saúde – Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Os resultados sugerem limitações das regras que regem as transferências federais do SUS para os estados em 2002. Elas não são capazes de compensar as dificuldades orçamentárias dos estados do Nordeste e são altamente dependentes do modelo de descentralização da assistência adotado (mais ou menos descentralizado para os municípios), o que leva a muitos conflitos entre estados e municípios. Além disso, não existem recursos desenhados para garantir capacidades mínimas de gasto no exercício de determinadas funções.

No entanto, cabe destacar que, em 2004, durante o governo do Presidente Lula, por decisão do MS, todos os estados são habilitados na GPSE pela NOAS 01/02. Isso, possivelmente, acarretou uma mudança substantiva no quadro das receitas públicas estaduais, já que os recursos pagos diretamente pelo MS aos prestadores privados credenciados nos municípios não habilitados em GPSM passam a ser creditados nas contas dos Fundos Estaduais de Saúde de forma regular, independente da informação da produção e faturamento.

O resultado dessas mudanças foge ao escopo deste trabalho, mas de antemão sabe-se que ele será tão mais significativo quanto maior for a diferença entre o teto estadual e os montantes transferidos para o custeio da alta e média complexidade nos municípios habilitados em GPSM. Por outro lado, os fatores relacionados aos conflitos entre as esferas subnacionais de governo observados até o início da década de 2002 se mantêm, tendo em vista que não são criados incentivos específicos para os estados, “livres” da capacidade de oferta e produção, que favoreçam a descentralização de funções de regulação dos prestadores para os municípios em condições de absorvê-las. As dificuldades na criação desses incentivos esbarram na complicada tarefa de definir melhor o papel da instância estadual na provisão de serviços de saúde em um contexto fortemente orientado para municipalização de responsabilidades, instrumentos e recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Se me perguntarem o que é a minha pátria direi:
Não sei. De fato, não sei
Como, por que e quando a minha pátria
Mas sei que a minha pátria é a luz, o sal e a água
Que elaboram e liquefazem a minha mágoa
Em longas lágrimas amargas."

Vinícius de Moraes

É muito difícil compreender a federação brasileira. Os motivos que asseguram a conformação de um Estado tão desigual, marcado pela assimetria de suas instâncias governamentais nos assuntos econômicos e políticos e pelos laços econômicos frouxos entre as regiões do país, não são evidentes. Ao que tudo indica, ao longo da história do federalismo brasileiro, os arranjos tributários tiveram um papel fundamental na acomodação dos conflitos, mantendo os elos existentes entre os entes federativos e garantindo a manutenção do *status quo* na distribuição do poder territorial (o padrão assimétrico e oligárquico), mesmo em momentos de virada dos ciclos políticos.

Mas o que a década de 1990 nos sugere? Quais os traços marcantes do federalismo fiscal consolidado no Brasil no contexto de redemocratização da sociedade brasileira, de abertura da economia aos mercados externos e da hegemonia das políticas macroeconômicas voltadas para a estabilidade da moeda? Quais as relações e os resultados do federalismo fiscal e da forma de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS implantados neste período? O que a análise dos orçamentos municipais e estaduais em 2002 nos revela? Quais os limites e desafios existentes?

A revisão da literatura efetuada na pesquisa indica a plasticidade da engenharia fiscal no Brasil, que, simultaneamente, promove a descentralização e permite a recentralização de receitas, atende a múltiplas funções e adota formatos diversos de partilha de recursos financeiros entre os governos. No entanto, se do ponto de vista teórico, esse padrão possibilita a amenização de tensões federativas, os resultados finais desse modelo flexível e diversificado para o financiamento do SUS são insatisfatórios. Ele não foi capaz de gerar a "*cidadania social*" nem a "*diversidade regional*" a que se referem Banting & Corbett [2002?], pois não há garantias para a oferta de um conjunto de serviços e benefícios comuns aos cidadãos nas diferentes regiões do país e a autonomia decisória dos entes

subnacionais, sendo restrita, impossibilita a adequação regional no destino dos recursos tributários.

Especialistas enfatizam os problemas de ordem institucional de nosso sistema tributário, que, frente à sua incapacidade de compensar desequilíbrios fiscais e orçamentários mais permanentes e estruturais dos diferentes níveis de governo, por vezes, agrava-os. Dentre os vários fatores assinalados, destacam-se:

1) permanência de dificuldades relativas à ampliação da carga tributária e da progressividade do sistema devido às características dos principais tributos vigentes;
2) defasagem do modelo adotado, já que suas bases remontam a uma conjuntura política e econômica bastante diversa (segunda metade da década de 1960);
3) inadequação dos critérios de redistribuição do sistema de partilha, incapaz de atender aos requisitos da equalização fiscal frente às mudanças econômicas e demográficas verificadas no país desde o final dos anos 70;
4) ausência de planejamento integrado dos diversos subsistemas de transferência, assim como fixação dos coeficientes de distribuição dos Fundos de Participação, o que dificulta a correção das desigualdades na receita disponível entre os estados e municípios situados em distintas regiões do país. Como resultado final, o conjunto das transferências cria e reproduz desigualdades tão grandes ou maiores do que aquelas decorrentes da distribuição irregular das bases tributárias e da capacidade dos governos em explorá-las;
5) insuficiência de mecanismos redistributivos que levem em conta as necessidades de recursos fiscais, uma vez que a capacidade econômica e de renda local, o esforço fiscal das esferas subnacionais e as diferenças nas demandas e custos dos serviços interferem na capacidade de financiamento descentralizado de políticas setoriais e na oferta de serviços;
6) fragilidade das conexões orçamentárias entre as esferas estaduais e municipais e entre instâncias do mesmo nível de governo, o que não favorece a integração de políticas específicas no âmbito regional e estadual;
7) desequilíbrios verticais e limites impostos à atuação do governo central, decorrentes da descentralização tributária e da ausência de um plano nacional que garanta as condições

adequadas à transferência de encargos sociais por meio de participação da União nesse processo.

Mas se os fatores de ordem institucional são relevantes, o contexto político e econômico da década de 1990 exacerbou os efeitos distorcidos do sistema tributário sobre a receita disponível e a capacidade de gasto das instâncias governamentais. Nesse sentido, o federalismo fiscal pragmático brasileiro, seguindo a terminologia proposta por Fiori (1995), não obedeceu à expansão do papel do Estado na proteção social e não promoveu a superação das desigualdades regionais, tendo seguido, principalmente, aos ditames da política macroeconômica de estabilização e aos ajustes estruturais da economia impostos por agentes externos, organismos multilaterais e interesses privados.

Como a descentralização tributária e a ampliação dos direitos e da responsabilidade do Estado foram inscritas na Constituição de 1988, anteriormente à estabilização monetária, assiste-se ao longo da década à implementação de vários dispositivos pela área fazendária da União que possibilitaram a recuperação de sua receita disponível e o financiamento das altas taxas de juros, a contenção dos gastos públicos nas esferas subnacionais e o superávit fiscal. Portanto, a ditadura da política econômica na década de 1990 não permitiu que a descentralização de recursos e encargos sociais se realizasse plenamente no Brasil, pois ela comprometia as variáveis de controle da inflação e atração de capital externo.

Lamentavelmente, nesses longos anos, predomina a visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da idéia de direito social ou valor humano. Desvios no uso de recursos da Seguridade Social, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do MS marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e transferências correntes federais realizadas para os estados e municípios.

Outro aspecto importante do federalismo fiscal nos anos 90 é que ele demonstrou a força da União e dos interesses políticos, econômicos e loco-regionais por ela representados, a fragilidade das esferas subnacionais e suas máquinas administrativas, dos valores federativos e da própria federação brasileira.

Almeida (2005: 38) afirma que *"a idéia de que é no centro do sistema político que se pode discernir com mais nitidez as soluções mais adequadas dos problemas da agenda pública é uma representação arraigada das elites políticas, burocráticas e profissionais do país"*. Existe, portanto, uma cultura centralizadora dos dirigentes nos três níveis de

governo, e os impulsos descentralizadores também induzem a movimentos contrários. Isso ajuda a explicar a convergência de ambos os aspectos – centralização e descentralização – na dimensão fiscal e na própria política de saúde.

Por outro lado, o pêndulo da centralização e descentralização, comum em sistemas federativos, no Brasil, quando oscila, ou se faz à custa do autoritarismo e da ruptura dos acordos previamente estabelecidos ou nos conduz a um liberalismo excessivo, com a perda dos mecanismos de integração nacional. Diferentemente de outros países, a Constituição e as Leis Federais não se traduzem como garantias para o pacto federativo, o que contribui para um clima de incertezas e tensões permanentes. Os canais de negociação intergovernamental também são insuficientes para a criação de mecanismos de coordenação e cooperação que expressem objetivos comuns e diminuam a competição entre os entes federados por recursos financeiros. Ainda aqui, o grau de tolerância às desigualdades regionais acaba comprometendo os princípios de interdependência e autonomia, pois não há precisão da eqüidade ou dos padrões nacionais que se quer alcançar nem das capacidades institucionais que se quer promover por meio do sistema tributário, no qual a saúde se insere.

Nesta pesquisa, procurou-se aferir, de forma integrada, os critérios e condicionantes que regem a distribuição, apropriação e uso do universo das receitas destinadas à saúde, revelando o impacto da vinculação estabelecida pela EC 29 e da normatização do MS nos orçamentos municipais e estaduais. Os resultados indicam efeitos contraditórios de um financiamento público da saúde que reagiu e se institucionalizou numa federação marcada por profundas desigualdades e desequilíbrios fiscais e em uma conjuntura política e econômica adversa à expansão do acesso às ações e serviços do SUS.

Em primeiro lugar, destaca-se a importância das receitas exclusivas da saúde nos orçamentos dos executivos locais. Mesmo chegando com atraso (de forma significativa, apenas após nove anos da publicação das Leis 8080 e 8142), as transferências federais da saúde são mais importantes do que a arrecadação tributária própria em cerca de 52% dos municípios brasileiros em 2002.

Em estudo realizado anteriormente com Viana e Oliveira, é levantada a hipótese de que a crescente democratização e politização no processo de descentralização da política de saúde no Brasil dos anos 90 permitiram que o SUS ganhasse estabilidade, neutralizando

possíveis coalizões anti-reformas em um contexto contrário à universalização do sistema de saúde (Viana *et al.*, 2002 a). A implantação do SUS se faz, gradativamente, a partir da incorporação de atores políticos nas arenas decisórias nacionais e estaduais (prefeitos, governadores e secretários de saúde) e a consolidação de espaços de negociação e pactuação de interesses – entre a sociedade e o Estado (Conselhos de Saúde) e entre os agentes federativos (Comissões e Conselhos de Gestores).

Este trabalho confirma hipóteses anteriores de que o SUS transformou-se em fonte regular de receita orçamentária para milhares de prefeituras municipais (entre outros, Dain, 2000). Assim, tornou-se importante para grande parte dos dirigentes locais, que implantam a política buscando também maiores aportes de recursos públicos para arcar com seus compromissos de governo. Os espaços decisórios ampliados e os recursos financeiros transferidos aos cofres públicos dos municípios acoplam poder e dinheiro, contribuindo para a adesão e implantação da política de saúde no nível local, mesmo que com tropeços.

Em segundo lugar, evidencia-se a complexidade do financiamento das ações e dos serviços descentralizados do SUS. A saúde é sustentada por uma grande variedade de recursos próprios e setoriais que remetem a uma teia de relações e interdependência fiscal e orçamentária envolvendo os três níveis de governo. Entretanto, mesmo considerando a diversidade de fontes tributárias e as múltiplas possibilidades para obtenção de recursos destinados à saúde, os entraves para a redistribuição fiscal e para expansão efetiva dessas receitas permanecem no início dos anos 2000. No balanço orçamentário final das esferas subnacionais, verifica-se que as diferenças nas receitas totais vinculadas à saúde são expressivas entre os municípios agrupados por região, UF, porte populacional e capitais, entre os estados e o DF.

As transferências federais do SUS, seguindo caminho oposto ao da arrecadação tributária, do FPM e do ICMS nos municípios distribuídos por localização geográfica e compensando o privilégio dos micromunicípios na distribuição do FPM, não têm volume suficiente para equilibrar as condições de financiamento local da saúde. Os dados indicam que os recursos transferidos através do PAB variável são os principais responsáveis pela redistribuição fiscal a favor daqueles situados em regiões carentes como o Norte e o Nordeste. Já as transferências voltadas para o custeio dos serviços de alta e média complexidade redistribuem recursos para os municípios grandes e as capitais. Infelizmente,

isso não foi suficiente para romper as desigualdades inter e intra-regionais das receitas públicas municipais, nem com a situação desfavorável dos municípios médios, ambas decorrentes das diferenças na arrecadação direta de impostos e de apropriação de outras transferências não exclusivas da saúde oriundas da União e estados (respectivamente, do FPM e ICMS).

Como resultado, os municípios do Norte, Nordeste e os com população de 20 mil a 100 mil habitantes, se comparados a outros grupos:

a) possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação estabelecida pela EC 29, já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa;
b) precisam empreender maior esforço fiscal e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantirem a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde; e
c) são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do MS.

No âmbito estadual, em que pesem as limitações dos dados analisados, percebem-se importantes diferenças entre as regiões devido à capacidade de arrecadação do ICMS e apropriação do FPE, sendo particularmente crítica a situação dos estados do Nordeste. Em grande parte, os repasses federais regulares do SUS para as UF estão atrelados ao modelo de descentralização e partilha de funções adotado, induzindo a freqüentes disputas entre municípios e estados, especialmente no que se refere à apropriação das transferências voltadas para o custeio das ações e serviços de alta e média complexidade. Ressalta-se que, até o final de 2002, não existiam recursos da União voltados para o desempenho das funções de coordenação e regulação, reservadas para essas instâncias na legislação e normatização do SUS. Assim, os recursos federais voltados para a saúde nos estados não tinham um sentido nítido, submetendo-se aos processos de ajustes regionais da política. Ao mesmo tempo em que privilegiavam os estados do Sul também acabavam sendo relevantes para alguns estados do Norte e Nordeste, para o DF e GO no Centro-Oeste e para MG no Sudeste. A situação do DF é ímpar em conseqüência da especificidade de sua competência tributária (agrega bases estaduais e municipais) e da existência de modalidades de

transferências exclusivas (transferências para pagamento de funcionários públicos federais que atuam no setor da saúde).

Consoante as regras vigentes, o grau de vinculação orçamentária à saúde das esferas subnacionais no Brasil é semelhante ao observado em outros países, como os estudados por Watts (1996). No entanto, a vinculação brasileira mantém a heterogeneidade nas condições de financiamento descentralizado do SUS, sendo acompanhada pela fragmentação dos dispositivos de transferência e forte determinação no uso dos recursos. Essa é a contraface perversa do incremento das transferências regulares da saúde, mantidas as condições do federalismo fiscal: sem a garantia de patamares semelhantes de recursos públicos no nível municipal e estadual, há perda da autonomia alocativa e segmentação da gestão orçamentária dos tributos destinados à saúde.

Em terceiro lugar, ressalta-se a fragilidade dos mecanismos de descentralização do financiamento da política de saúde implantados de 1990 a 2002. Se houve avanços, esses foram temporalmente limitados e não alteraram as condições institucionais subjacentes dos municípios e estados beneficiados pelas transferências de recursos, por quatro razões principais:

1) aumento das transferências correntes federais não acompanhado de investimentos mais substantivos do governo central na rede pública de serviços. Isso é fundamental quando se quer diminuir o grau de desigualdade nas condições de oferta e de acesso aos recursos de custeio;
2) critérios que regem a distribuição dos principais mecanismos de transferência federal no SUS - o PAB variável e os recursos voltados para a alta e média complexidade – condicionados à implantação de programas e à série histórica de produção e faturamento. No primeiro caso, os efeitos redistributivos para as regiões Norte e Nordeste se esgotam à medida que elas aderem aos programas (como é o caso do PACS/PSF), além disso, os fluxos são freqüentemente alterados,uma vez que há mudanças nos critérios de rateio. No segundo, somente municípios com capacidade instalada prévia (própria ou privada credenciada) e de informação possuem maior chance de obtenção de receitas. O repasse desses recursos, portanto, se não acompanhado por investimentos na rede pública, reproduz as distorções no

perfil da oferta e distribuição espacial da rede de serviços e induz ao credenciamento de novos serviços privados pelos municípios e estados;

3) transferências federais que desconsideram as possibilidades reais de aporte de recursos e ampliação de gasto a partir das receitas próprias das esferas subnacionais e nas quais o volume de recursos transferido é insuficiente para superar as limitações orçamentárias das jurisdições menos desenvolvidas. Aqui os desafios que se colocam para o setor da saúde são enormes, pois evocam a alteração da política macroeconômica em vigor, a priorização da saúde enquanto política pública e mudanças das regras institucionais do federalismo fiscal brasileiro;
4) pouca participação dos estados no financiamento setorial, quer seja pelo aporte de receitas próprias quer pelo incremento das transferências aos municípios. Também não foram suficientemente explorados os mecanismos de transferências horizontais de recursos no SUS – intermunicipais e interestaduais. A falta desses mecanismos compromete as relações entre os entes subnacionais e dificulta a integração e regionalização dos serviços.

Entretanto, em que pese as limitações dos fluxos setoriais da saúde, é preciso considerar que, atualmente, o esforço verificado no SUS, em constituir um sistema único mantendo a diversidade local, tem sido utilizado como exemplo modelar para outras áreas da política social, como pode ser freqüentemente observado nos discursos ministrados pelo Subchefe de Assuntos Federativos da Presidência da República, Vicente Trevas[235]. Os movimentos de renegociação e aperfeiçoamento dos mecanismos de transferência intergovernamental de recursos federais verificados ao longo do processo de implantação do SUS refletem o amadurecimento das relações federativas no interior da política de saúde.

Assim, não por acaso, o fechamento desta tese se dá em momento no qual se encontra em discussão nova proposta para as transferências intergovernamentais de recursos correntes no SUS. Não seria pertinente sua análise, já que foge ao período de estudo, e ainda existem muitas indefinições a respeito. No entanto, essa pesquisa permite a identificação de algumas escolhas políticas que deverão ser enfrentadas na moldagem de

[235] Agradeço à Professora Sulamis Dain por ter chamado minha atenção sobre esse aspecto na leitura atenta que fez à versão final da tese.

um sistema de partilha que vise a garantir um financiamento adequado da política de saúde em nível subnacional, através da suplementação e da equalização fiscal.

Uma importante decisão refere-se à parcela de recursos da União que, do orçamento do MS, se destinará ao financiamento público das ações e serviços descentralizados de saúde, tornando-se, portanto, transferências obrigatórias do governo central para o setor. Como indicado neste estudo, essa é uma questão que permanece em aberto, não tendo sido regulamentada no SUS.

Outra está relacionada à eleição de critérios que permitam extrair dos recursos financeiros transferidos pelo governo central o mais amplo efeito de redução das desigualdades nas receitas destinadas à saúde nos estados e municípios. Aqui, as escolhas envolverão variáveis e parâmetros para mensuração das necessidades de recursos fiscais, considerando-se a receita própria vinculada à saúde pela EC 29 e as demandas diferenciadas por ações e serviços de saúde, de natureza, complexidade e custos diversos. Como, na saúde, verifica-se um grau elevado de compartilhamento de responsabilidades e funções entre estados e municípios, é conveniente que o estabelecimento dos padrões de oferta e cobertura nas regiões e da eqüidade no financiamento considerem a atuação integrada destas duas instâncias.

Uma terceira escolha diz respeito às formas como o sistema permitirá a realização de compensações financeiras em virtude da especialização de funções municipais e estaduais no sistema e dos efeitos de economia de escala de determinados serviços. Sobre esse aspecto, convém lembrar que existem formas de cooperação intergovernamental por meio de transferências financeiras dos estados e entre instâncias do mesmo nível de governo, pouco implantadas até o momento. As compensações intermunicipais podem prescindir da atuação da União, desde que o estado atue como o principal ente regulador e coordenador.

Não menos relevante é a definição do modo como se efetuará a fiscalização, a avaliação e a prestação de contas dos governos na utilização dos recursos da saúde e a atuação dos diferentes órgãos – sistema de auditoria, Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Tribunais de Conta - nesse processo. Mais do que instituir penalidades ressalta-se a importância desses mecanismos para a aquisição de um padrão redistributivo dinâmico pelas transferências intergovernamentais do SUS. É condição de qualidade e

eficiência do sistema que ele contemple revisões periódicas em função de alterações relevantes nas condições socioeconômicas e demandas por serviços, desde que os fluxos de recursos mantenham certa regularidade e dêem estabilidade ao processo de elaboração e execução orçamentária local.

Por último, serão necessários novos recursos de investimento para permitir uma oferta à saúde adequada e menos desigual nas diferentes regiões do país. Esses recursos são quase uma dívida da União perante os estados e municípios que experimentaram, no início dos anos 2000, o planejamento integrado de suas redes de serviços, expressos nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos, requisitos para habilitação dos estados e municípios na NOAS 01/02, que não foram implementados devido à ausência de garantias financeiras.

Essas decisões não são simples. Por um lado, envolvem um processo de negociação intenso entre atores políticos do Executivo, do Legislativo e da sociedade, mas também um esforço de resgate das funções de planejamento e programação na área da saúde. Sem tais requisitos, corre-se o risco de, mais uma vez, experimentarmos um federalismo sem plano, pouco fundamentado e sem visão de futuro.

Por fim, cabe enfatizar que o levantamento empírico realizado na tese abre um leque de possibilidades para investigações futuras. Ao longo do texto, procurou-se chamar atenção para os achados da pesquisa que merecem ser aprofundados. Entre eles, destaca-se a importância dos mecanismos conveniais como forma de obtenção de receitas destinadas à saúde para alguns municípios e estados brasileiros, que apresentam menor disponibilidade de receitas vinculadas à saúde como efeito das regras da EC 29 e da normatização do SUS. Provavelmente, as transferências discricionárias e as negociações que envolvem a aprovação de Emendas Parlamentares são a forma encontrada por alguns governos para ampliar suas receitas destinadas exclusivamente ao SUS, já que não conseguem aderir aos critérios e condicionantes formalmente regulamentados. Isso remete aos resultados das relações que se estabelecem entre o Executivo e o Legislativo e das negociações políticas para a compensação de desequilíbrios federativos e financiamento público da saúde.

Os estudos da macropolítica nos induzem quase sempre a uma visão pessimista da realidade brasileira, já que trazem à tona problemas estruturais e de difícil solução. As raízes dos problemas, não resolvidas do ponto de vista das regras que informam o

federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, são as desigualdades socioeconômicas, que, como sugere Carvalho (2004), se apresentam na atualidade como o *"equivalente à escravidão no século XIX"*. Mas os resultados deste trabalho não indicam um "sinal fechado", ainda mais se pensarmos num horizonte longínquo, e não de curto prazo.

Uma descentralização de recursos e de encargos na saúde, imperfeita e incompleta, foi conduzida pelo MS e implantada no Brasil. Regiões menos desenvolvidas foram agraciadas com novas fontes regulares de recursos para o SUS e estão experimentando, pela primeira vez, a gestão orçamentária de receitas vinculadas à saúde. Os princípios do SUS permanecem, assim como os esforços de alguns dirigentes municipais e estaduais para implementá-los. Não se podem desprezar os avanços na saúde freqüentemente evidenciados em inquéritos populacionais mais amplos e em estudos de caso sobre políticas de saúde específicas.

Além disso, *"todo futuro es fabuloso"*, como diria o escritor Alejo Carpentier, pois é imprevisível, e nada impede que possamos realizar outras escolhas políticas. Afinal, a federação brasileira possui poucos anos de experiência republicana associada a uma prática democrática ampliada. Quem sabe se uma nova política econômica, mais inclusiva e amparada na proteção social dos cidadãos, seja ainda possível e possa resgatar a solidariedade esgarçada da nação? Ou uma União, comprometida com a formulação e a implantação de um projeto de desenvolvimento regional ancorado na soberania de seus membros possa estreitar os laços econômicos da federação e conduzir a discussão sobre mudanças nas regras institucionais, hoje tão necessárias? E, por que, não? Numa federação mais amadurecida, governos subnacionais responsáveis pelo bem-estar e pelos interesses de suas próprias populações, possam interessar-se por projetos mais ambiciosos, que escapem às suas fronteiras geopolíticas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz (Relator) et al. Descentralização e pacto federativo. *Cadernos ENAP*, Brasília, v.1, n.1, p. 17-33, 1993.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SAMUELS, David. *Os barões da federação:*os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: HUCITEC/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998. 253 p.

_____. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004. (Mimeografado, 107 p.)

_____. A nova política dos governadores. *Lua Nova*, São Paulo, v. 40, n. 41, p. 137-166, 1997.

_____. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: HOFMEISTER, Wilhelm; CARNEIRO, José Mário Brasiliense (Orgs.). *Federalismo na Alemanha e no Brasil*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 2001. p. 95-105. (Série Debates, v. I, n. 22).

_____. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, Maria Victoria; KERCHE, Fábio; VANNUCHI, Paulo (Orgs.). *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 225-265.

AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros. Notas dos organizadores. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares e SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 6-9.

AFONSO, José Roberto Rodrigues. *Brasil:* d*escentralização fiscal e avanços das políticas sociais.* In: Seminário Regional de Política Fiscal, 15., 2003, Santiago de Chile. Santiago de Chile: CEPAL, Organização das Nações Unidas, 2003. Sesión 6. 23 p. Disponível em: <http://www.eclac.cl/ilpes/noticias/paginas/2/11542/JRobertoAfonso.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

AFONSO, José Roberto Rodrigues; ARAUJO, Erika Amorim. *A capacidade de gasto dos municípios brasileiros*: arrecadação própria e receita disponível, junho de 2001. Disponível em: <http://federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/estudos/e0001530.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

AFONSO, José Roberto Rodrigues; LOBO, Thereza. Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília: IPEA, n. 14, 1996.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.

_____. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais.* São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 13-40.

_____. Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, 2005

ALMEIDA, Sandra Cristina Filgueiras; CAVALCANTI, Carlos Eduardo Gonçalves. As contribuições sociais e a reforma tributária. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 97-128.

ARAUJO, Érika; OLIVEIRA, Paulo André. Federalismo fiscal; Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. *Informe-se*, Rio de Janeiro: BNDES, n.28, 2001.

ARRETCHE, Marta T.S. *Estado federativo e políticas sociais*: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: REVAN/ São Paulo: FAPESP, 2000. 302 p.

_____. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 45, n.3, p. 431-458, 2002b.

_____. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 331-345, 2003.

_____. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade*: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 127-152.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação Social*, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25- 48, 2002a.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Análise da Seguridade Social em 2005*. Brasília: Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social, 2006. 56 p. Disponível em: http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/arqs-pdfs/Positiva.pdf. Acesso em 10 de julho de 2006.

AZEVEDO, Sérgio; MELO, Marcus André. A política da reforma tributária: federalismo e mudança constitucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 12, n. 35, p. 75-100, 1997.

BAHL, Roy. *Intergovernmental transfers in developing and transition countries: principles and practice*. Fiscal Policy Training Program 2001. Fiscal Decentralization Course. Atlanta: World Bank Institute/ Georgia: Georgia State University, 1998, 26 p. Disponível em: <http://www1.worldbank.org/wbiep/decentralization/Courses/Atlanta%207.23.01/bahl1998.pdf>. Acesso em 01 maio 2006.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: AUCLAIR, Céline; CARRASCO, Carlos H. Gadsden (Ed.). *Federalismo y políticas de salud*: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Ottawa: Foro de Federaciones/ Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, [2002?]. p. 5-41.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. *Políticas de saúde no pós-constituinte*: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Seguridade social no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 3, p. 99-118, 1998.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. *O princípio de subsidiariedade*: conceito e evolução. Rio de Janeiro: Forense, 2000. 95 p.

BARRERA, Aglas Watson; ROARELLI, Maria Liz de Medeiros. Relações fiscais intergovernamentais. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 129-160.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. *Política de saúde no Brasil: d*iagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n.401).

BOOTHE, Paul. Tributação, gastos e compartilhamento nas federações: a evidência da Austrália e do Canadá. In: BOOTHE, Paul (Ed.). *Relações fiscais em países federais*: quatro artigos. Ottawa: Foro de Federaciones; Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, [2004?]. p. 7-20.

BRASIL. Decreto Lei n. 1881, de 27 de agosto de 1981. Altera a Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966, cria a Reserva do Fundo de Participação dos Municípios - FPM a dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 28 ago. 1981, p. 16237. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 1, de 1 de março de 1994. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias para incluir os dispositivos sobre o Fundo Social de Emergência, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 2 mar. 1994, p.2957. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 14, de 12 de novembro de 1996. Modifica os arts. 34, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e dá nova redação ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 13 nov. 1996, p.18109. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 18, de 1 de dezembro de 1965. Reforma do Sistema tributário. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 6 dez. 1965, p.12375. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Lei Complementar n.62, de 28 de dezembro de 1989. Estabelece normas sobre o cálculo, a entrega e o controle das liberações dos recursos dos Fundos de Participação e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 29 dez. 1989, p. 24777. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Lei Complementar n.º 101 de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 05 de maio 2000, p. 1. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Lei Complementar n.º 87 de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 16 de maio 1996, p. 18261. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Lei n.º 9424, de 24 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, § 7°, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 26 dez. 1996, p. 28442. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Lei Ordinária n.º 5172, de 25 de outubro de 1966. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios. *Diário Oficial[da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 27 out.1966, p. 12452. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Portaria nº 163, de 4 de maio de 2001. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 7 maio 2001, p. 15-20. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portarias325e519.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Bases de dados nacionais sobre as finanças dos estados e municípios do Brasil*. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *O que você precisa saber sobre o FPM e FPE.* Brasília, nov. 1998. 39 p.

_____. Portaria nº 180, de 21 de maio de 2001. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 23 maio 2001. Disponível em: <http://federativo.bndes.gov.br/Destaques/docs_Pagina_LRF/Port_180.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *Receitas Públicas*: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, Coordenação-Geral de Contabilidade, 2004.142p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde*: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Portaria nº 1329, de 12 de novembro de 1999. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 16 nov. 1999, p.23. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/GM_P1329_99prog_pacs_psf.doc>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 16 dez. 1999, p. 21. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/port1399.html>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. Portaria nº 3925, de 13 de novembro de 1998. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 17 nov. 1998, p. 8. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria3925_13_11_98.pdf. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. Portaria nº 950, de 23 de dezembro de 1999. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 24 dez. 1999, p.246. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21245>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS*: manual de preenchimento SIOPS 2002 anual – municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.

_____. *Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS*: manual de preenchimento SIOPS 2002 Anual – UF. Brasília: Ministério da Saúde, 2002 b. 93 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório da Reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde-COFIN/CNS*:- Reunião de 04 e 05.02.2003, 2003. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/Ja%20Foram%20Noticias/131CNS.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *Resolução n. 316*, de 04 de abril de 2002, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/RES316.doc>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *Resolução n. 322*, de 8 de maio de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao322.htm>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Bases de dados nacionais. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da assistência à saúde*: aprofundando a descentralização com eqüidade no último acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Projeto de Lei Complementar nº 1 de 2003 do Senador Roberto Golveia (PT-SP)*. Aprovado na Comissão de Seguridade Social de Família na forma do substitutivo do relator deputado Guilherme Menezes (PT-BA). Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, 2003. Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br/imprensa/noticias/projeto_ec29.doc>. Acesso em: 01 maio 2006.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal. *Carga tributária no Brasil 2004.* Brasília: Secretaria da Receita Federal, 2005. (Estudos Tributários n. 14).

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Con1988br.pdf>. Acesso em: 01 jun.2005.

BRASIL. Lei nº 8142, 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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 31 dez 1990, p. 25694. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01maio 2006.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, 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 República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set 1990, p. 18055. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>. Acesso em: 01 maio 2006.

BURGESS, Michael. Federalism and federation: a reappraisal. In: BURGESS, Michael; GAGNON, Alain-G. (Orgs.). *Comparative federalism and federation*: competing traditions and future directions. Toronto: University of Toronto, 1993. p. 3-14.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso. Gestão intergovernamental e financiamento do Sistema Único de Saúde: apontamentos para os gestores municipais. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). *Gestão municipal de saúde*: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p. 79-109.

CARVALHO, Antônio Ivo; GAWRYSZEWSKI, Virginia; MENDONÇA, Maria Helena; MOISES, Neuza Maria; TOBAR, Frederico. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. *Revista Saúde em Debate*, Londrina, n.38, p. 49-54, 1993.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, José Murilo. Fundamentos da política e da sociedade brasileiras. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (Orgs.). *Sistema político brasileiro*: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer ; São Paulo: Fundação UNESP, 2004. p. 21-33.

COSTA, Nilson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe. Piso de atenção básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafio.* São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 271-297.

DAIN, Sulamis. *A Seguridade Social Brasileira no contexto da política fiscal e social e do federalismo*, 2003. (Mimeografado, 47 p).

_____. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: VALLADARES, Licia; COELHO, Magda Prates (Orgs.). *Governabilidade e pobreza no Brasil.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995c. p. 65-104.

_____. Experiência internacional e especificidade brasileira. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995a. p. 21-41.

_____. O financiamento público na perspectiva da política social. *Economia e Sociedade*, Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, n.17, 2001.

_____. *Do Direito Social à Mercadoria*. Tese (Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

_____. Visões equivocadas de uma reforma prematura. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares e SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995 b. p. 43-74.

DAIN, Sulamis; FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo. Entre o neofederalismo e o ornitorrinco. *Inteligência*, Rio de Janeiro, n. 6, p. 43-52, 1999.

DAIN, Sulamis; FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo; CAVALCANTI, Carlos Eduardo; CARVALHO, Déa; QUADROS, Waldemir Luiz. A avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). *Brasil*: radiografia da saúde. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 2001. p.233-288.

DRAIBE, Sônia Miriam. *Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil:* saúde e educação fundamental. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Econômico da CEPAL. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/ Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1997.

ELAZAR, Daniel J. *Exploring federalism*. Tuscaloosa, AL: University of Alabama, 1987. 335 p.

FAUSTO, Márcia C. R. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde*: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campelo. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

_____. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil*: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FIORI, José Luiz. *O federalismo frente ao desafio da globalização*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 15).

FRANCE, George. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 65-83.

GAGNON, Alain-G. The political uses of federalism. In: BURGESS, Michael; GAGNON, Alain-G. (Orgs.). *Comparative federalism and federation*: competing traditions and future directions. Toronto: University of Toronto press, 1993. p. 15-44.

GARSON, Sol. *Análise do desempenho fiscal dos municípios das áreas metropolitanas*: relatório da atividade 3c do Projeto Análise das Regiões Metropolitanas do Brasil. Rio de Janeiro: Observatório das Metrópoles/Federação de Órgãos para a Assistência Social e Educacional/Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2004.

_____. Planejamento público e responsabilidade fiscal: um edifício em construção. In: *Seminário Regional de Política Fiscal, 15., 2003, Santiago de Chile*. Santiago de Chile: CEPAL, Organização das Nações Unidas, 2003. (Mimeografado, 19 p.)

GERSHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 307-351.

GIBSON, Edward L.; CALVO, Ernesto F.; FALLETI, Tulia G. Federalismo realocativo: sobre-representação legislativa e gastos públicos no hemisfério ocidental. *Opinião Pública*, Campinas, v. IX, n. 1, p. 98-123, 2003.

GOMES, Gustavo Maia; MAC DOWELL, Maria Cristina. *Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios*: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília: IPEA, 2000. (Texto para Discussão n.706).

HAMILTON, Alexander; JAY, John; MADISON, James H. *Os artigos federalistas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. 536 p.

HAMILTON, Lawrance C. *Regression with grafics*: A second course in applied statistics. Belmont, California: Duxbury, 1992. p. 1-28.

HEIMANN, Luiza S. *et al. Quantos Brasis?*: eqüidade para alocação de recursos no SUS. São Paulo: Instituto de Saúde - SES/SP; MS; IDRC; Red; Polis, 2001. 1 CD-Rom.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de assistência médico-sanitária – 2002*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 maio 2006.

_____. *Pesquisa de informações básicas municipais*: perfil dos municípios brasileiros. Finanças públicas 1998-2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 128 p.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/descentralização:dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-83, 1999.

LESSA, Carlos; SALM, Cláudio; SOARES, Laura Tavares; DAIN, Sulamis. Pobreza e política social: uma leitura da questão da exclusão nos anos 90. *Praga- Estudos Marxistas*, São Paulo, n.3, p. 63-87, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo. *Transição x consolidação*: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da Política Nacional de Saúde - 1974/1996. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVI, Lucio. Federalismo. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Orgs.). *Dicionário de política*. 5. ed. Brasília: Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. v. 1, p. 475-486.

LIJPHART, Arend. *Modelos de democracia*: desempenho e padrões de governo em 36 países. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 389 p.

LIMA, Claudia Risso de Araujo. *Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde*: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

LIMA, Luciana Dias. As Comissões Intergestores Bipartite: a CIB do Rio de Janeiro. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 199-252, 2001.

_____. *O processo de implementação de novas estruturas gestoras no Sistema Único de Saúde*: um estudo das relaçõesiIntergovernamentais na CIB do RJ. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LUCCHESE, Patricia Tavares Ribeiro; NASCIMENTO, Álvaro; COHEN, Miriam; VASCONCELOS, Miguel Murat; GARCIA, Márcia. *A gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde.* O diálogo na Comissão Intergestores Tripartite. Projeto Descentralização On Line 2000-2002. Rio de Janeiro: Escola de Governo/ENSP/FIOCRUZ, 2003.

MACHADO, Cristiani Vieira. *Direito universal, política nacional*: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 505-526.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção básica e programa de saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo; COSTA, Nilson do Rosário. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 315-333, 2003.

MÉDICI, André Cezar. Descentralização e gastos em saúde no Brasil. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 297-376.

_____. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil*: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 216 p.

MÉDICI, André Cezar; MACIEL, Marco Cícero. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-92. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p. 41-105.

MELAMED, Clarice; COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MORA, Mônica. *O processo de endividamento dos estados*: problemas e limites à descentralização e à autonomia. 1998. Dissertação (Mestrado em Economia)-Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MORA, Mônica; VARSANO, Ricardo. *Fiscal decentralization and subnational fiscal autonomy in Brazil*: some facts of the nineties. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão n.854).

MORAES, Marcos Ribeiro. *As relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha*: uma análise econômico-institucional. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001. (Série Pesquisas; 22).

NORONHA, Jóse Carvalho; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (Orgs.). *Saúde e Sociedade no Brasil- Anos 80.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.73-111.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Saúde no Brasil*: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 45-94.

NUNES, André. *A alocação eqüitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS:* a receita própria do município como variável moderadora. Relatório de consultoria (Contrato n.130/2003) – Projeto 1.04.21. Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde/ SIOPS, 2004.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto. Fundef e SUS: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. In: REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 203-269.

OLIVEIRA, Fabrício Augusto; REZENDE, Fernando. O Estado e a federação. In: REZENDE, Fernando; TAFNER, Paulo (Ed.). *Brasil*: o estado de uma nação. Rio de Janeiro: IPEA, 2005. p. 253-283

OLIVEIRA, Maria Helena Carvalho Brandão. *Estudo sobre os pactos de gestão estabelecidos entre estados e municípios, a partir da implantação da NOB-SUS 01/96*. 2002. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PEPPE, Atílio Machado; PEREIRA, Eduardo da Silva; BRITO, Frederico Raphael C. Durão; MACEDO, Marcelo Ernandez. Reflexões sobre a federação brasileira. *Revista de Administração Pública (RAP)*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 157-182, 1997.

PEREIRA, Claudia Regina de Andrade. *Relação público-privado no contexto da reforma do estado e da descentralização em saúde*: o caso do setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PIERSON, Paul; LEIBFRIED, Stephan. Multitiered institutions and the making of social policy. In: LEIBFRIED, Stephan; PIERSON, Paul (Orgs.). *European social policy*: b*etween fragmentation and integration.* Washington, D.C.: Brookings Institution, 1995. p. 1-40.

PIOLA, Sérgio Francisco; BIASOTO, Geraldo Júnior. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). *Brasil*: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001. p.219-232.

PORTO, Silvia Marta. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

PORTO, Silvia Marta; TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; MARTINS, Mônica; VIANNA, Solom Magalhães; PIOLA, Sergio; LANDMANN, Scwarcwald Celia; UGÁ, Alícia. Metodologia de alocação eqüitativa de recursos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 65, p. 376-388, 2003.

PRADO, Sérgio. Distribuição intergovernamental de recursos na federação brasileira. In: REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003a. p. 41-125.

_____. Partilha de recursos e desigualdade nas federações: um enfoque metodológico. In: REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: FGV: Konrad Adenauer, 2003 b. p.273-331.

PRADO, Sérgio; CAVALCANTI, Carlos Eduardo G. *A guerra fiscal no Brasil.* São Paulo: FUNDAP/ FAPESP; Brasília: IPEA, 2000. 146 p.

PRADO, Sérgio (Coord.); QUADROS, Waldemir; CAVALCANTI, Carlos Eduardo. *Partilha de recursos na federação brasileira.* São Paulo: FAPESP; FUNDAP/ Brasília: IPEA, 2003. 245 p.

QUADROS, Waldemir Luis. A tributação indireta no Brasil. In: AFFONSO, Rui de Britto Álvares; SILVA, Pedro Luiz Barros (Orgs.). *Reforma tributária e federação*. São Paulo: FUNDAP, 1995. p. 75-96.

REZENDE, Fernando. Modernização tributária e federalismo fiscal. In: REZENDE, Fernando; OLIVEIRA, Fabrício Augusto (Orgs.). *Descentralização e federalismo fiscal no Brasil*: desafios da reforma tributária. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2003. p. 25-38.

REZENDE, Fernando; AFONSO, José Roberto Rodrigues. *A federação brasileira:* fatos, desafios e perspectivas, dezembro de 2001, 71 p. Disponível em: <http://www.federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/estudos/e0002426.pdf>. Acesso em: 01 maio 2006.

REZENDE, Fernando; CUNHA, Armando (Coordenadores); FIGIEREDO, Argelina Cheibub; OLIVEIRA, Fabrício; LIMONGI, Fernando; BIASOTO, Geraldo Junior; DAIN, Sulamis (Colaboradores). *O Orçamento Público e a Transição do Poder*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 160 p.

RIBEIRO, José Aparecido; PIOLA, Sérgio Francisco; SERVO, Luciana Mendes. *Financiamento da saúde*, 2005. (Mimeografado, 27 p.)

SERRA, José; AFONSO, José Roberto Rodrigues. *O federalismo fiscal à brasileira*: algumas reflexões, dezembro de 2001, 29 p. Disponível em: <http://www.federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/estudos/e0001793.pdf> . Acesso em: 01 maio 2006.

SHAH, Anwar. *A fiscal needs approach to equalization transfers in a decentralized federation*. Washington: World Bank, 1994. (Policy Research Working Paper Series n. 1289)

_____. *The new federalism in Brazil*. Washington: World Bank, 1990. (Policy Research Working Paper Series n. 557)

SOARES, Márcia Miranda. Federação, democracia e instituições políticas. *Lua Nova*, São Paulo, n. 44, p. 137-163, 1998.

SOARES, Márcia Miranda; LOURENÇO, Luiz Cláudio. A representação política dos estados na federação brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 19, n. 56, p. 113-154, 2004

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 105-121, 2005.

_____. Federalismo e conflitos distributivos: disputa dos estados por recursos orçamentários federais. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 345-384, 2003a.

_____.Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 44, n.3, p.513-560, 2001 b.

_____. Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências. *Lua Nova*, São Paulo, n. 52, p. 5-28, 2001 a.

_____. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.

_____. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 593-634, 1998.

_____. Políticas públicas e orçamento público: conflitos e cooperação. In: BENEVIDES, Maria Victoria; KERCHE, Fábio; VANNUCHI, Paulo (Orgs.). *Reforma política e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003b. p. 134-161.

SOUZA, Heloíza M.; SAMPAIO, Luiz Fernando R. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. *Recursos humanos em saúde*: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP/IE, 2002. p. 9-32.

SOUZA, Heloíza M. Saúde da família: desafios e conquistas. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 221-240.

SOUZA, Renilson Rehem. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONE, Célia; MANSO, Cid (Orgs.). *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2003a. p. 15-58.

_____. O financiamento federal do SUS: mitos e verdades. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. (Orgs.). *O SUS em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 411-437.

_____. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 449-460, 2003b.

STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 197-251, 1999.

UGÁ, Maria Alicia; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Orgs.). *Saúde e Democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 193-233.

UGÁ, Maria Alícia; PIOLA, Sérgio Francisco; PORTO, Silvia Marta; VIANNA, Solon Magalhães. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, Alicia; SANTOS, Isabela Soares. *Uma análise da eqüidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro*. Relatório de pesquisa do Projeto Justiça no Financiamento do Setor Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; Reino Unido: DFID, 2005.

VARSANO, Ricardo. *A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século*: anotações e reflexões para futuras reformas. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão n.405).

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; DAL POZ, Mario R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al. Avaliação da gestão plena do sistema municipal.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, 2002 c. 1 CD-Rom.

_____. *Indicadores de monitoramento do PSF em grandes centros urbanos.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002d. 1 CD-Rom.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina; LIMA, Luciana Dias. Política de saúde e eqüidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n.1, p. 58-68, 2003.

VIANA, Ana Luiza D`Ávila; HEIMANN, Luiza S.; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim; RODRIGUES, Sergio da Hora. Mudanças significativas no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Suplemento: Saúde e Desigualdade: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI), p. 139-151, 2002b.

VIANA, Ana Luiza D`Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002 a.

VIANNA, Solon et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil*: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

WATTS, Ronald L. *Comparing federal systems in the 1990s*. Ontario: Institute of Intergovernmental Relations, 1996. 126 p.

_____. Processos de ajuste das relações financeiras federais: exemplos da Austrália e do Canadá. In: BOOTHE, Paul (Ed.). *Relações fiscais em países federais*: quatro artigos. Ottawa: Foro de Federaciones/ Ciudad de México: Instituto Nacional para el Federalismo y Desarrollo Municipal, [2004?]. p. 21-45.

VIANNA, Maria Lúcia Werneck. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (Orgs.). *Proteção social*: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 89-122.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2005*: make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Federalismo, Relações Fiscais e Financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais

Luciana Dias de Lima

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva. Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva - área de concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Levcovitz

Volume 2

Rio de Janeiro
2006

SUMÁRIO

QUADROS

QUADRO 1 – CÓDIGO E SIGNIFICADO DAS RECEITAS MUNICIPAIS INFORMADAS ATRAVÉS DO SIOPS..... 7
QUADRO 2 – CÓDIGO E SIGNIFICADO DAS RECEITAS DOS ESTADOS E DF INFORMADAS ATRAVÉS DO SIOPS...11
QUADRO 3 – COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES E DE CAPITAL MUNICIPAIS VINCULADAS À SAÚDE 15
QUADRO 4 – COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES E DE CAPITAL DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE 17
QUADRO 5 – RECEITAIS CORRENTES DO DF VINCULADAS À SAÚDE POR DETERMINAÇÃO DA EC 29 E REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SEGUNDO BASE DE COMPETÊNCIA ESTADUAL E MUNICIPAL.....20

TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR PORTE POPULACIONAL SEGUNDO REGIÃO - BRASIL - 2002.....21
TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR REGIÃO SEGUNDO PORTE POPULACIONAL - BRASIL - 2002.....21
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR PORTE POPULACIONAL SEGUNDO UF - BRASIL - 2002.....22
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR UF SEGUNDO PORTE POPULACIONAL - BRASIL - 2002.....23
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS SEGUNDO REGIÃO - BRASIL - 2002.....24
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR REGIÃO SEGUNDO CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS - BRASIL - 2002.....25
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS SEGUNDO UF - BRASIL - 2002.....25
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR UF SEGUNDO CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS - BRASIL - 2002 27
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS SEGUNDO PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002.....28
TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS ANALISADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS SEGUNDO CONDIÇÃO DE HABILITAÇÃO NO SUS - BRASIL - 2002.....29
TABELA 11 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS MUNICIPAIS - CORRENTE, DE CAPITAL E TOTAL -NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002.....30
TABELA 12 – RECEITAS MUNICIPAIS *PER CAPITA* RELATIVAS - CORRENTE, DE CAPITAL E TOTAL. RAZÃO ENTRE OS VALORES MEDIANOS OBSERVADOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF E A MEDIANA NACIONAL - BRASIL – 2002.....33
TABELA 13 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002.....34

TABELA 14 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES INTERGOVERNAMENTAIS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 35
TABELA 15 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 36
TABELA 16 – RECEITAS MUNICIPAIS *PER CAPITA* RELATIVAS - ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA PRÓPRIA, FPM, ICMS, SUS E FUNDEF. RAZÃO ENTRE OS VALORES MEDIANOS OBSERVADOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF E A MEDIANA NACIONAL - BRASIL - 2002.....39
TABELA 17 – IMPORTÂNCIA DO SUS COMO FONTE DE RECEITA CORRENTE MUNICIPAL. DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS (N., % NA BASE, % BRASIL) POR REGIÃO E UF SEGUNDO CONDIÇÕES ESPECIFICADAS - BRASIL - 2002.....40
TABELA 18 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES ORIUNDAS DE CONVÊNIOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 42
TABELA 19 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES DE CONVÊNIOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002.....43
TABELA 20 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 46
TABELA 21 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS DE CAPITAL *PER CAPITA* VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 49
TABELA 22 – IMPORTÂNCIA DO SUS COMO FONTE DE RECEITA CORRENTE PARA OS MUNICÍPIOS. DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS (N., % NA BASE, % BRASIL) POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS SEGUNDO CONDIÇÕES ESPECIFICADAS - BRASIL - 2002.....54
TABELA 23 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES DE CONVÊNIOS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* -BRASIL - 2002.....55
TABELA 24 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS DE CAPITAL NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002.....56
TABELA 25 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS DE CAPITAL VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* -BRASIL - 2002 57
TABELA 26 – RECEITAS ESTADUAIS - CORRENTES, DE CAPITAL E TOTAL - DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002.....58
TABELA 27 – RECEITAS DOS ESTADOS E DF *PER CAPITA* RELATIVAS - CORRENTE, DE CAPITAL E TOTAL. PROPORÇÃO DOS VALORES OBSERVADOS NOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF EM RELAÇÃO À MÉDIA NACIONAL - BRASIL – 2002.....59
TABELA 28 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002.....60

TABELA 29 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES INTERGOVERNAMENTAIS LEGAIS NOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 62
TABELA 30 – PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 64
TABELA 31 – RECEITAS DOS ESTADOS E DF *PER CAPITA* RELATIVAS - ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA PRÓPRIA, FPE/FPM, TRANSFERÊNCIAS COMPENSATÓRIAS, SUS E FUNDEF. PROPORÇÃO DOS VALORES OBSERVADOS NOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF EM RELAÇÃO À MÉDIA NACIONAL - BRASIL - 2002 65
TABELA 32 – COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF DE CONVÊNIOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 66
TABELA 33 – COMPONENTES DAS RECEITAS DE CAPITAL VINCULADAS À SAÚDE DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 67
TABELA 34 – MUNICÍPIOS QUE INFORMARAM ATRAVÉS DO SIOPS NÃO OBTER INGRESSO DE RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE EM 2002. DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS (N., % NA BASE) SEGUNDO RECEITAS CORRENTES ESPECÍFICAS - BRASIL - 2002 68
TABELA 35 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS TAXAS MÍNIMAS DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES REALIZADAS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM VALORES % - BRASIL - 2002 69
TABELA 36 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 72
TABELA 37 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 75
TABELA 38 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 (APLICADO 15% DE VINCULAÇÃO) NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 80
TABELA 39 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS TAXAS MÍNIMAS DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES REALIZADAS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM VALORES % - BRASIL - 2002 83
TABELA 40 - MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 84
TABELA 41 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DOS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 (APLICADO 15% DE VINCULAÇÃO) NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 86
TABELA 42 – TAXAS MÍNIMAS DE VINCULAÇÃO À SAÚDE DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF POR REGIÃO E UF - EM VALORES % - BRASIL - 2002 87
TABELA 43 – RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* – BRASIL - 2002 88
TABELA 44 – COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 89

TABELA 45 – COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 (APLICADO 12% DE VINCULAÇÃO) POR REGIÃO E UF - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 91
TABELA 46 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS VINCULADAS À SAÚDE POR REGIÃO E UF - BRASIL - 2002 92

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – VALORES MÉDIOS DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL – 2002....94
GRÁFICO 2 – DESVIO PADRÃO DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL – 2002 95
GRÁFICO 3 – VALORES MEDIANOS DAS PRINCIPAIS FONTES DE RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO. EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 96
GRÁFICO 4 – PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DA RECEITA DE CAPITAL VINCULADA À SAÚDE NA RECEITA DE CAPITAL TOTAL DOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL – 2002 97
GRÁFICO 5 – PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL DAS RECEITAS DE CAPITAL VINCULADAS À SAÚDE NA RECEITA DE CAPITAL TOTAL DOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR UF - BRASIL - 2002 98
GRÁFICO 6 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS TOTAIS *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002....99
GRÁFICO 7 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002....100
GRÁFICO 8 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS DE CAPITAL *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002....101
GRÁFICO 9 – VALORES MÉDIOS DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL – 2002....102
GRÁFICO 10 – VALORES MEDIANOS DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS- EM REAL (R$) *PER CAPITA* - BRASIL - 2002 103
GRÁFICO 11 – DESVIO PADRÃO DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL - 2002 104
GRÁFICO 12 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES SELETIVAS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR REGIÃO - BRASIL – 2002 105
GRÁFICO 13 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES SELETIVAS NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 106
GRÁFICO 14 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* VINCULADAS À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 107
GRÁFICO 15 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 108

GRÁFICO 16 – MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL E DISPERSÃO DAS RECEITAS CORRENTES *PER CAPITA* VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 109
GRÁFICO 17 – DESVIO PADRÃO DOS COMPONENTES DAS TRANSFERÊNCIAS CORRENTES FEDERAIS DE RECURSOS DO SUS *PER CAPITA* NOS MUNICÍPIOS AGRUPADOS POR PORTE POPULACIONAL E CAPITAIS - BRASIL – 2002 110
GRÁFICO 18 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE POR REGIÃO - BRASIL – 2002.....111
GRÁFICO 19 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF VINCULADAS À SAÚDE POR UF - BRASIL – 2002 112
GRÁFICO 20 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO POR REGIÃO - BRASIL – 2002 113
GRÁFICO 21 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS E DF COM DESTINO VINCULADO À SAÚDE NO INGRESSO ORÇAMENTÁRIO POR UF - BRASIL – 2002.....114
GRÁFICO 22 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DO DF VINCULADAS À SAÚDE PELA EC 29 - BRASIL – 2002 115
GRÁFICO 23 – COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DAS RECEITAS CORRENTES DOS ESTADOS VINCULADAS À SAÚDE POR REGIÃO - BRASIL – 2002 116

QUADROS

Quadro 1 – Código e significado das receitas municipais informadas através do SIOPS

Código da receita	Significado
1000000000	**Receitas Correntes**
1100000000	**Receita Tributária**
1110000000	**Receita de Impostos**
1112020000	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
1112043100	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
1112080000	Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis
1113050000	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
1113000099	Outros impostos
1120000000	**Taxas**
1130000000	**Contribuições de Melhoria**
1200000000	**Receitas de Contribuições**
1300000000	**Receita Patrimonial**
1325000000	Remuneração de Depósitos Bancários
1325010300	Receita de Remuneração de Depósitos Bancários de Recursos Vinculados - Fundo de Saúde
1325010015	Remuneração de Depósitos Bancários - Saneamento
1325019900	Receita de Remuneração de Outros Depósitos Bancários de Recursos Vinculados
1390000000	Outras Receitas Patrimoniais
1400000000	**Receita Agropecuária**
1500000000	**Receita Industrial**
1600000000	**Receita de Serviços**
1600050000	**Serviços de Saúde**
1600050001	Recebimento pela prestação de serviços de saúde à União (SIA-SIH)
1600050002	Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) ao estado
1600050003	Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) a municípios
1600050004	Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) de consórcios de saúde
1600050005	Serviços de Saúde Instituições Privadas - TUNEP
1600059900	Outros Serviços de Saúde
1600990000	**Outros Serviços**
1700000000	**Transferências Correntes**
1710000000	**Transferências Intragovernamentais**
1720000000	**Transferências Intergovernamentais**
1721000000	Transferências da União
1721010000	Participação na Receita da União
1721010200	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios
1721010500	Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
1721013200	Cota-Parte do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro ou Relativas a Títulos ou Valores Imobiliários - Comercialização do Outro
1721330000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
1721330010	Piso de Atenção Básica Fixo
1721330020	Piso de Atenção Básica Ampliado
1721330030	Piso de Atenção Básica Variável
1721330031	Programa de Saúde da Família
1721330032	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
1721330033	Epidemiologia e Controle de Doenças
1721330034	Programa de Assistência Farmacêutica Básica
1721330035	Programa de Combate às Carências Nutricionais

Código da receita	Significado
1721330036	Ações Básicas de Vigilância Sanitária
1721330038	Descentralização das Unidades de Saúde da FUNASA
1721330039	Incentivo Adicional ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
1721330041	Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas
1721330050	Transferências de Alta e Média Complexidade (SIA/SIH)
1721330051	SIA População Própria
1721330052	SIA População Referenciada
1721330053	SIH População Própria
1721330054	SIH População Referenciada
1721330055	SIA e SIH de Municípios não Habilitados na NOAS (NOB 96)
1721330060	Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-Campanhas)
1721330070	Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo
1721330071	Cadastro Nacional dos Usuários do SUS
1721330072	Programa de Aquisição de Medicamentos Excepcionais
1721330073	Programa de Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental
1721330074	Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária
1721330075	Co-Financiamento da Carga Viral HIV e TCD4/TCD8
1721330076	Financiamento das Atividades de Cadastro e Avaliação de Estabelecimentos de Saúde
1721330077	Assistência à Municípios Declarados em Situação de Calamidade Pública
1721330078	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento e Pesquisa Universitária
1721330079	Complemento FUNASA
1721330081	Incentivo Assistência Ambulatorial, Hospitalar e Apoio Diagnóstico à População Indígena
1721330083	Vacinação Contra Poliomielite
1721330084	Outros Programas
1721340000	Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Assistência Social
1721350000	Transferências de Recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação - FNDE
1721090000	Outras Transferências da União
1721090100	Transferência Financeira do ICMS - Desoneração - L.C. n. 87/96
1721099900	Demais Transferências da União
1721090010	Transferência da União para a área de saneamento
1722000000	Transferências dos Estados
1722010000	Participação na Receita dos Estados
1722010100	Cota-Parte do ICMS
1722010200	Cota-Parte do IPVA
1722010400	Cota-Parte do IPI sobre Exportação
1722019900	Outras participações nas receitas dos estados
1722990000	Outras Transferências dos Estados
1722090001	Transferências do Fundo Estadual de Saúde
1722090002	Contribuições do Estado para Manutenção de Consórcios em Saúde
1722090003	Transferências do Salário Educação
1722990010	Transferência do estado para a área de saneamento
1722990099	Demais Transferências dos Estados
1723000000	Transferências dos Municípios
1723000001	Recebimento pela Prestação de Serviços de Saúde a Outros Municípios
1723000002	Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
1723000003	Recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde
1723000004	Recursos provenientes do Tesouro Municipal
1723990000	Outras Transferências dos Municípios
1724000000	Transferências Multigovernamentais
1724010000	Transferências de Recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério - FUNDEF

Código da receita	Significado
1730000000	**Transferências de Instituições Privadas**
1730000001	Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
1730000099	Outras Transferências de Instituições Privadas
1740000000	**Transferências do Exterior**
1740000001	Transferências do Exterior para Programas de Saúde
1740000002	Transferências do Exterior para Programas de Saneamento
1740000099	Outras Transferências do Exterior
1750000000	**Transferências de Pessoas**
1750000001	Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
1750000099	Outras Transferências de Pessoas
1760000000	**Transferências de Convênios**
1761000000	Transferências de Convênios da União e suas Entidades
1761010000	Transferências de Convênios da União para o Sistema Único de Saúde
1761010011	Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
1761010012	Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
1761010013	Convênios com o REFORSUS
1761010014	Outros Convênios da União para a Área da Saúde
1761050000	Transferências de Convênios da União Destinadas a Programas de Saneamento Básico
1761050001	Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
1761050099	Outros Convênios da União para a Área de Saneamento
1761990000	Outras Transferências de Convênio da União
1762000000	Transferências de Convênios dos Estados e do Distrito Federal e de suas Entidades
1762010000	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
1762000011	Transferências de Convênios dos Estados para a Área de Saneamento
1762990000	Outras Transferências de Convênio dos Estados
1900000000	**Outras Receitas Correntes**
1910000000	**Multas e Juros de Mora**
1911000000	Multas e Juros de Mora dos Tributos
1911380000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU
1911390000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Transmissão de Inter-Vivos de Bens Imóveis - ITBI
1911400000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS
1911000099	Outras receitas de multas e juros de mora - impostos
1911990000	Multas e Juros de Outros Tributos
1930000000	**Receita da Dívida Ativa**
1931000000	Receita da Dívida Ativa Tributária
1931110000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU
1931120000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão de Inter-Vivos de Bens Imóveis - ITBI
1931130000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS
1931000099	Outras receitas da dívida ativa de impostos
1931990000	Receita da Dívida Ativa de Outros Tributos
1990000000	**Receitas Diversas**
2000000000	**Receitas de Capital**
2100000000	**Operações de Crédito**
2100000001	Operações de Crédito destinadas à Saúde
2100000002	Operações de Crédito destinadas à Saneamento
2100000099	Outras Operações de Crédito
2200000000	**Alienação de Bens**
2300000000	**Amortização de Empréstimos**

Código da receita	Significado
2410000000	**Transferências Intragovernamentais**
2420000000	**Transferências Intergovernamentais**
2421000000	Transferências da União
2421010000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
2421000002	Transferências da União para Programas de Saneamento
2421990000	Outras Transferências da União
2422000000	Transferências dos Estados
2422010000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
2422000002	Transferências dos estados para a área de saneamento
2422990000	Outras Transferências dos Estados
2423000000	Transferências dos Municípios
2423010000	Transferências de Recursos Destinadas a Programas de Saúde
2423000002	Transferências de Recursos Destinadas a Programas de Saneamento
2423990000	Outras Transferências dos Municípios
2430000000	**Transferências de Instituições Privadas**
2430000001	Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
2430000099	Outras Transferências de Instituições Privadas
2440000000	**Transferências do Exterior**
2440000001	Transferências do Exterior para Programas de Saúde
2440000002	Transferências do Exterior para Programas de Saneamento
2440000099	Outras Transferências do Exterior
2450000000	**Transferências de Pessoas**
2450000001	Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
2450000099	Outras Transferências de Pessoas
2470000000	**Transferências de Convênios**
2471000000	Transferências de Convênios da União e de suas Entidades
2471010000	Transferências de Convênios da União para o Sistema Único de Saúde
2471010011	Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
2471010012	Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
2471010013	Convênios com o REFORSUS
2471010014	Outros Convênios da União para a Área da Saúde
2471030000	Transferências de Convênios da União destinadas ao Saneamento Básico
2471030010	Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
2471030014	Outros Convênios da União para a Área de Saneamento
2471990000	Outras Transferências de Convênio da União
2472000000	Transferências de Convênios dos Estados e do Distrito Federal e suas Entidades
2472010000	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
2472030000	Transferências de Convênios dos Estados para programas de Saneamento
2472990000	Outras Transferências de Convênios dos Estados
2500000000	**Outras Receitas de Capital**
9000000000	**Deduções da Receita Corrente**
9721010000	**Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - Transferência da União**
9721010200	Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - FPM
9721090100	Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - ICMS-Desoneração - LC 87/96
9722010000	**Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - Transferência dos Estados**
9722010100	Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - ICMS
9722010400	Dedução da Receita para Formação do FUNDEF - IPI-Exportação

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS.

Quadro 2 – Código e significado das receitas dos estados e DF informadas através do SIOPS

Código da receita	Significado
1000000000	**Receitas Correntes**
1100000000	**Receita Tributária**
1110000000	**Receita de Impostos**
1112020000	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (exclusivo do DF)
1112043100	Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
1112050000	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Auto-motores (IPVA)
1112070000	Imposto sobre Transmissão "Causa-Mortis" e Doações de Bens e Direitos (ITCMD)
1112080000	Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI) (exclusivo do DF)
1113000099	Outros impostos
1113020000	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) (100%)
1113050000	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) (exclusivo do DF)
1120000000	**Taxas**
1130000000	**Contribuições de Melhoria**
1200000000	**Receitas de Contribuições**
1300000000	Receita Patrimonial
1325000000	Remuneração de Depósitos Bancários
1325010015	Remuneração de Depósitos Bancários - Saneamento
1325010300	Receita de Remuneração de Depósitos Bancários de Recursos Vinculados - Fundo de Saúde
1325019900	Receita de Remuneração de Outros Depósitos Bancários de Recursos Vinculados
1390000000	Outras Receitas Patrimoniais
1400000000	**Receita Agropecuária**
1500000000	**Receita Industrial**
1600000000	**Receita de Serviços**
1600050000	***Serviços de Saúde***
1600050001	Recebimento pela prestação de serviços a União (SIA-SIH)
1600050003	Recebimento pela prestação de serviços a municípios
1600050005	Serviços de Saúde Instituições Privadas - TUNEP
1600059900	Outros Serviços de Saúde
1600990000	***Outros Serviços***
1700000000	**Transferências Correntes**
1710000000	**Transferências Intragovernamentais**
1720000000	**Transferências Intergovernamentais**
1721000000	Transferências da União
1721010000	Participação na Receita da União
1721010100	Cota-parte do FPE (100%)
1721010200	Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (100%) (exclusivo do DF)
1721010500	Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (exclusivo do DF)
1721011200	Cota-parte do IPI-Exportação (100%)
1721013000	Cota-parte da Contribuição do Salário-Educação
1721013200	Cota-Parte do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro ou Relativas a Títulos ou Valores Imobiliários - Comercialização do Ouro
1721090000	Outras Transferências da União
1721090010	Transferência da União para a área de saneamento
1721090100	Transferência Financeira do ICMS - Desoneração - L.C. n. 87/96
1721099900	Demais Transferências da União
1721099901	Transferência para Pagamento de Pessoal da Educação do DF
1721099902	Transferência para Pagamento de Pessoal de Saúde do DF

Código da receita	Significado
1721099903	Transferência para Pagamento de Pessoal da Segurança Pública do DF
1721330000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
1721330010	Piso de Atenção Básica Fixo
1721330030	Piso de Atenção Básica Variável
1721330031	Programa de Saúde da Família
1721330032	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
1721330033	Epidemiologia e Controle de Doenças
1721330034	Programa de Assistência Farmacêutica Básica
1721330035	Programa de Combate às Carências Nutricionais
1721330036	Ações Básicas de Vigilância Sanitária
1721330037	Programa de Saúde Bucal
1721330042	Programa de Co-financiamento para Custeio de Unidades Assistenciais Próprias
1721330043	Tratamento Fora do Domicílio
1721330050	Transferências de Alta e Média Complexidade (SIA/SIH)
1721330060	Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-Campanhas)
1721330070	Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo
1721330072	Programa de Aquisição de Medicamentos Excepcionais
1721330073	Programa de Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental
1721330074	Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária
1721330075	Co-Financiamento da Carga Viral HIV e TCD4/TCD8
1721330083	Vacinação Contra Poliomielite
1721330084	Outros Programas
1721340000	Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Assistência Social
1721350000	Transferências de Recursos do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação - FNDE
1722000000	Transferências dos Estados
1722000001	Transferência de Outros Estados para a Área da Saúde
1722000002	Transferências do Tesouro Estadual
1722990000	Outras Transferências dos Estados
1722990001	Transferências do Fundo Estadual de Saúde
1722990099	Demais Transferências dos Estados
1723000000	Transferências dos Municípios
1723000001	Recebimento pela Prestação de Serviços de Saúde a Outros Municípios
1723000002	Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
1723000006	Transferências dos Municípios para Aquisição de Medicamentos Excepcionais
1723000010	Transferências dos Municípios para a Área de Saneamento
1723000099	Outras Transferências dos Municípios
1724000000	Transferências Multigovernamentais
1724010000	Transferências de Recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério - FUNDEF
1724020000	Transferências de Recursos da Complementação da União ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério - FUNDEF
1730000000	**Transferências de Instituições Privadas**
1730000001	Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
1730000099	Outras Transferências de Instituições Privadas
1740000000	**Transferências do Exterior**
1740000001	Transferências do Exterior para Programas de Saúde
1740000002	Transferências do Exterior para Programas de Saneamento
1740000099	Outras Transferências do Exterior
1750000000	**Transferências de Pessoas**
1750000001	Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
1750000099	Outras Transferências de Pessoas

Código da receita	Significado
1760000000	**Transferências de Convênios**
1761000000	Transferências de Convênios da União e suas Entidades
1761010000	Transferências de Convênios da União para o Sistema Único de Saúde
1761010011	Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
1761010012	Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
1761010013	Convênios com o REFORSUS
1761010014	Outros Convênios da União para a Área da Saúde
1761050000	Transferências de Convênios da União Destinadas a Programas de Saneamento Básico
1761050001	Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
1761050099	Outros Convênios da União para a Área de Saneamento
1761990000	Outras Transferências de Convênio da União
1762000000	Transferências de Convênios dos Estados e do Distrito Federal e de suas Entidades
1762000011	Transferências de Convênios dos Estados para a Área de Saneamento
1762010000	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
1762990000	Outras Transferências de Convênio dos Estados
1900000000	**Outras Receitas Correntes**
1910000000	**Multas e Juros de Mora**
1911000000	Multas e Juros de Mora dos Tributos
1911000099	Outras receitas de multas e juros de mora - impostos
1911200000	Multas e Juros de Mora sobre o ITCMD
1911380000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU (exclusivo do DF)
1911390000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre a Transmissão de Inter-Vivos de Bens Imóveis - ITBI (exclusivo do DF)
1911400000	Multas e Juros de Mora do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS (exclusivo do DF)
1911410000	Multas e Juros de Mora sobre o IPVA
1911420000	Multas e Juros de Mora sobre o ICMS
1911990000	Multas e Juros de Outros Tributos
1930000000	**Receita da Dívida Ativa**
1931000000	Receita da Dívida Ativa Tributária
1931000099	Outras receitas da dívida ativa de impostos
1931110000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU (exclusivo do DF)
1931120000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre a Transmissão de Inter-Vivos de Bens Imóveis - ITBI (exclusivo do DF)
1931130000	Receita da Dívida Ativa do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS (exclusivo do DF)
1931140000	Receita da Dívida Ativa do IPVA
1931150000	Receita da Dívida Ativa do ICMS
1931200000	Receita da Dívida Ativa do ITCMD
1931990000	Receita da Dívida Ativa de Outros Tributos
1990000000	Receitas Diversas
2000000000	**Receitas de Capital**
2100000000	**Operações de Crédito**
2100000001	Operações de Crédito destinadas à Saúde
2100000002	Operações de Crédito destinadas à Saneamento
2100000099	Outras Operações de Crédito
2200000000	**Alienação de Bens**
2300000000	**Amortização de Empréstimos**
2400000000	**Transferências de Capital**
2410000000	**Transferências Intragovernamentais**
2420000000	**Transferências Intergovernamentais**

Código da receita	Significado
2421000000	Transferências da União
2421010000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
2421990000	Outras Transferências da União
2422000000	Transferências dos Estados
2422000002	Transferências dos estados para a área de saneamento
2422010000	Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde
2422990000	Outras Transferências dos Estados
2423000000	Transferências dos Municípios
2423000002	Transferências de Recursos Destinadas a Programas de Saneamento
2423010000	Transferências de Recursos Destinadas a Programas de Saúde
2423990000	Outras Transferências dos Municípios
2430000000	**´Transferências de Instituições Privadas**
2430000001	Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
2430000099	Outras Transferências de Instituições Privadas
2440000000	**Transferências do Exterior**
2440000001	Transferências do Exterior para Programas de Saúde
2440000002	Transferências do Exterior para Programas de Saneamento
2440000099	Outras Transferências do Exterior
2450000000	**Transferências de Pessoas**
2450000001	Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
2450000099	Outras Transferências de Pessoas
2470000000	**Transferências de Convênios**
2471000000	Transferências de Convênios da União e de suas Entidades
2471010000	Transferências de Convênios da União para o Sistema Único de Saúde
2471010011	Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
2471010012	Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
2471010013	Convênios com o REFORSUS
2471010014	Outros Convênios da União para a Área da Saúde
2471030000	Transferências de Convênios da União destinadas ao Saneamento Básico
2471030010	Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
2471030014	Outros Convênios da União para a Área de Saneamento
2471990000	Outras Transferências de Convênio da União
2472000000	Transferências de Convênios dos Estados e do Distrito Federal e suas Entidades
2472010000	Transferências de Convênios dos Estados para o Sistema Único de Saúde
2472030000	Transferências de Convênios dos Estados para programas de Saneamento
2472990000	Outras Transferências de Convênios dos Estados
2500000000	**Outras Receitas de Capital**
9000000000	**Deduções da Receita Corrente**
9113020000	**Dedução do ICMS para a Formação do FUNDEF (15%)**
9721010000	**Dedução das Transferências da União**
9721010100	Dedução da Cota-Parte do FPE para Formação do FUNDEF (15%)
9721011200	Dedução da Cota-Parte do IPI-Exportação para Formação do FUNDEF (15%)
9721090000	Dedução de Outras Transferências da União
9721090100	Dedução da Lei Complementar 87/96 para o FUNDEF (15%)
3340810000	**Distribuição constitucional ou legal de receitas**
3340810001	Transferências do ICMS
3340810002	Transferências do IPVA
3340810003	Transferências do IPI-Exportação
3340810099	Outras transferências

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS.

Quadro 3 – Componentes das receitas correntes e de capital municipais vinculadas à saúde

Receitas correntes municipais com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário
Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo de Saúde (FS)
Transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde
Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
Transferências do Exterior para Programas de Saúde
Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
Serviços de Saúde
Recebimento pela prestação de serviços de saúde à União (SIA-SIH)
Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) ao estado
Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) a municípios
Recebimento pela prestação de serviços de saúde (SIA-SIH) de consórcios de saúde
Serviços de Saúde Instituições Privadas - TUNEP
Outros Serviços de Saúde
Transferências municipais de recursos do SUS
Recebimento pela Prestação de Serviços de Saúde a Outros Municípios
Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
Recursos provenientes do Fundo Municipal de Saúde
Convênios dos estados para o SUS
Transferências estaduais de recursos do SUS
Transferências do Fundo Estadual de Saúde
Contribuições do Estado para Manutenção de Consórcios em Saúde
Convênios da União para o SUS
Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
Convênios com o REFORSUS
Outros Convênios da União para a Área da Saúde
Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
Transferências federais de recursos do SUS
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo)
Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB ampliado)
Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável)
Transferências de Alta e Média Complexidade (SIA/SIH)
Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-Campanhas)
Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo

Receitas correntes municipais vinculadas à saúde por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar
Receita de impostos vinculada à saúde pela EC 29
Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)
Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI)
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho (IRRF)
Transferências da União vinculadas à saúde pela EC 29
Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
Imposto de Transmissão Rural (ITR)
Recursos compensatórios relacionados à Lei Complementar (LC) 87/1996 (Lei Kandir)
Transferências dos estados vinculadas à saúde pela EC 29
Cota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)
Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Auto-motores (IPVA)
Cota-Parte do IPI sobre Exportação (IPI-Exportação)
Outras receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29
Receita da Dívida Ativa do IPTU
Receita da Dívida Ativa do ITBI
Receita da Dívida Ativa do ISS
Multas e Juros de Mora do IPTU
Multas e Juros de Mora do ITBI
Multas e Juros de Mora do ISS
Receitas de capital municipais vinculadas à saúde
Operações de Crédito destinadas à Saúde
Transferências de capital da União destinadas a programas de saúde
Transferências de capital dos estados destinadas a programas de saúde
Transferências de capital dos municípios destinadas a programas de saúde
Transferências de capital de instituições privadas, do exterior e de pessoas estinadas a programas de saúde
Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
Transferências do Exterior para Programas de Saúde
Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
Transferências de capital de convênios da União para o SUS
Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
Convênios com o REFORSUS
Outros Convênios da União para a Área da Saúde
Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
Transferências de capital de convênios dos estados para o SUS

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria com base em regulamentação específica.

Quadro 4 – Componentes das receitas correntes e de capital dos estados e DF vinculadas à saúde

Receitas correntes dos estados e DF com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário
Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados – Fundo de Saúde (FS)
Transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde
Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
Transferências do Exterior para Programas de Saúde
Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
Serviços de Saúde
Recebimento pela prestação de serviços a União (SIA-SIH)
Recebimento pela prestação de serviços a municípios
Serviços de Saúde Instituições Privadas - TUNEP
Outros Serviços de Saúde
Transferências municipais de recursos do SUS
Recebimento pela Prestação de Serviços a Consórcios de Saúde
Transferências dos Municípios para Aquisição de Medicamentos Excepcionais
Transferências dos Municípios para a Área de Saneamento
Outras Transferências dos Municípios
Convênios dos estados para o SUS
Transferências estaduais de recursos do SUS
Transferência de Outros Estados para a Área da Saúde
Transferências do Fundo Estadual de Saúde
Convênios da União para o SUS
Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
Convênios com o REFORSUS
Outros Convênios da União para a Área da Saúde
Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
Transferência para pagamento de pessoal de saúde do DF
Transferências federais de recursos do SUS
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo)
Piso de Atenção Básica Variável (PAB variável)
Transferências de Alta e Média Complexidade (SIA/SIH)
Transferências do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC-Campanhas)
Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo

Receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar
Receita de impostos vinculada à saúde pela EC 29
Cota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS)(com abatimentos das transferências informadas aos municípios)
Imposto sobre a Propriedade de Veículos Auto-motores (IPVA)(com abatimentos das transferências informadas aos municípios)
Imposto sobre Transmissão "Causa-Mortis" e Doações de Bens e Direitos (ITCMD)
Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (exclusivo do DF)
Imposto sobre Transmissão "Inter Vivos" de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI) (exclusivo do DF)
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) (exclusivo do DF)
Imposto de Renda Retido nas Fontes sobre os Rendimentos do Trabalho
Transferências da União vinculadas à saúde pela EC 29
Cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
Cota-Parte do IPI sobre Exportação (IPI-Exportação)(com abatimentos das transferências informadas aos municípios)
Recursos compensatórios relacionados à Lei Complementar (LC) 87/1996 (Lei Kandir)
Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (exclusivo do DF)
Cota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) (exclusivo do DF)
Outras receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29
Receita da Dívida Ativa do ICMS
Receita da Dívida Ativa do IPVA
Receita da Dívida Ativa do ITCMD
Receita da Dívida Ativa do IPTU (exclusivo do DF)
Receita da Dívida Ativa do IITBI (exclusivo do DF)
Receita da Dívida Ativa do ISS (exclusivo do DF)
Multas e Juros de Mora sobre o ICMS
Multas e Juros de Mora sobre o IPVA
Multas e Juros de Mora sobre o ITCMD
Multas e Juros de Mora do IPTU (exclusivo do DF)
Multas e Juros de Mora do ITBI (exclusivo do DF)
Multas e Juros de Mora do ISS (exclusivo do DF)

Receitas de capital dos estados e DF vinculadas à saúde
Operações de Crédito destinadas à Saúde
Transferências de capital da União destinadas a programas de saúde
Transferências de capital dos estados destinadas a programas de saúde
Transferências de capital dos municípios destinadas a programas de saúde
Transferências de capital de instituições privadas, do exterior e de pessoas destinadas a programas de saúde
Transferências de Instituições Privadas para Programas de Saúde
Transferências do Exterior para Programas de Saúde
Transferências de Pessoas para Programas de Saúde
Transferências de capital de convênios da União para o SUS
Convênios com o Fundo Nacional de Saúde
Convênios com a Fundação Nacional de Saúde
Convênios com o REFORSUS
Outros Convênios da União para a Área da Saúde
Convênios com o Ministério da Saúde para a Área de Saneamento
Transferências de capital de convênios dos estados para o SUS

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria com base em regulamentação específica.

Quadro 5 – Receitais correntes do DF vinculadas à saúde por determinação da EC 29 e regulamentação complementar segundo base de competência estadual e municipal

Receita de impostos vinculada à saúde pela EC 29	
Base estadual	**Base municipal**
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCMD	IPTU
IRRF	ISS
	ITBI
Transferências da União vinculadas à saúde pela EC 29	
Base estadual	**Base municipal**
FPE	FPM
IPI-Exportação (75%)	ITR
Desoneração LC 87/1996 (75%)	IPI-Exportação (25%)
	Desoneração LC 87/1996 (25%)
Outras receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29	
Base estadual	**Base municipal**
Receita da Dívida Ativa do IPVA (50%)	Receita da Dívida Ativa do IPVA (50%)
Receita da Dívida Ativa do ICMS (75%)	Receita da Dívida Ativa do ICMS (25%)
	Receita da Dívida Ativa do IPTU
Receita da Dívida Ativa do ITCMD	Receita da Dívida Ativa do ITBI
	Receita da Dívida Ativa do ISS
Multas e Juros de Mora sobre o IPVA (50%)	Multas e Juros de Mora sobre o IPVA (50%)
Multas e Juros de Mora sobre o ICMS (75%)	Multas e Juros de Mora sobre o ICMS (25%)
	Multas e Juros de Mora do IPTU
Multas e Juros de Mora sobre o ITCMD	Multas e Juros de Mora do ITBI
	Multas e Juros de Mora do ISS

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria com base em regulamentação específica.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos municípios analisados por porte populacional segundo região - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios		Região					Total
		CO	NE	N	SE	S	
até 5 mil	N	141	238	67	414	421	1.281
	%	11,0	18,6	5,2	32,3	32,9	100,0
5.001 a 10 mil	N	101	359	69	401	295	1.225
	%	8,2	29,3	5,6	32,7	24,1	100,0
10.001 a 20 mil	N	104	522	80	329	224	1.259
	%	8,3	41,5	6,4	26,1	17,8	100,0
20.001 a 50 mil	N	59	385	98	272	131	945
	%	6,2	40,7	10,4	28,8	13,9	100,0
50.001 a 100 mil	N	17	93	30	110	54	304
	%	5,6	30,6	9,9	36,2	17,8	100,0
100.001 a 200 mil	N	5	25	7	58	23	118
	%	4,2	21,2	5,9	49,2	19,5	100,0
200.001 a 400 mil	N	3	11	5	34	14	67
	%	4,5	16,4	7,5	50,7	20,9	100,0
mais de 400 mil	N	3	11	3	22	4	43
	%	7,0	25,6	7,0	51,2	9,3	100,0
Total	**N**	**433**	**1.644**	**359**	**1.640**	**1.166**	**5.242**
	%	**8,3**	**31,4**	**6,8**	**31,3**	**22,2**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Tabela 2 – Distribuição dos municípios analisados por região segundo porte populacional - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios		Região					Total
		CO	NE	N	SE	S	
até 5 mil	N	141	238	67	414	421	1.281
	%	32,6	14,5	18,7	25,2	36,1	24,4
5.001 a 10 mil	N	101	359	69	401	295	1.225
	%	23,3	21,8	19,2	24,5	25,3	23,4
10.001 a 20 mil	N	104	522	80	329	224	1.259
	%	24,0	31,8	22,3	20,1	19,2	24,0
20.001 a 50 mil	N	59	385	98	272	131	945
	%	13,6	23,4	27,3	16,6	11,2	18,0
50.001 a 100 mil	N	17	93	30	110	54	304
	%	3,9	5,7	8,4	6,7	4,6	5,8
100.001 a 200 mil	N	5	25	7	58	23	118
	%	1,2	1,5	1,9	3,5	2,0	2,3
200.001 a 400 mil	N	3	11	5	34	14	67
	%	0,7	0,7	1,4	2,1	1,2	1,3
mais de 400 mil	N	3	11	3	22	4	43
	%	0,7	0,7	0,8	1,3	0,3	0,8
Total	**N**	**433**	**1.644**	**359**	**1.640**	**1.166**	**5.242**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Tabela 3 – Distribuição dos municípios analisados por porte populacional segundo UF - Brasil - 2002

UF		Classes de tamanho da população dos municípios								Total
		até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	
AC	N	3	7	6	4	1		1		22
	%	0,2	0,6	0,5	0,4	0,3		1,5		0,4
AL	N	7	21	30	32	4	1		1	96
	%	0,5	1,7	2,4	3,4	1,3	0,8		2,3	1,8
AP	N	6	3	3	1	1		1		15
	%	0,5	0,2	0,2	0,1	0,3		1,5		0,3
AM	N		8	19	19	5			1	52
	%		0,7	1,5	2,0	1,6			2,3	1,0
BA	N	9	64	181	118	25	9	2	2	410
	%	0,7	5,2	14,4	12,5	8,2	7,6	3,0	4,7	7,8
CE	N	1	30	62	66	19	3	2	1	184
	%	0,1	2,4	4,9	7,0	6,3	2,5	3,0	2,3	3,5
ES	N	1	13	31	22	4	3	4		78
	%	0,1	1,1	2,5	2,3	1,3	2,5	6,0		1,5
GO	N	90	49	36	27	10	3	2	1	218
	%	7,0	4,0	2,9	2,9	3,3	2,5	3,0	2,3	4,2
MA	N	10	32	56	47	10	4	1	1	161
	%	0,8	2,6	4,4	5,0	3,3	3,4	1,5	2,3	3,1
MT	N	43	33	39	16	4	1	1	1	138
	%	3,4	2,7	3,1	1,7	1,3	0,8	1,5	2,3	2,6
MS	N	8	19	29	16	3	1		1	77
	%	0,6	1,6	2,3	1,7	1,0	0,8		2,3	1,5
MG	N	236	264	166	108	38	14	6	4	836
	%	18,4	21,6	13,2	11,4	12,5	11,9	9,0	9,3	15,9
PA	N	1	11	24	56	18	4	1	2	117
	%	0,1	0,9	1,9	5,9	5,9	3,4	1,5	4,7	2,2
PB	N	67	61	47	19	5	1	1	1	202
	%	5,2	5,0	3,7	2,0	1,6	0,8	1,5	2,3	3,9
PR	N	88	109	100	49	17	7	5	2	377
	%	6,9	8,9	7,9	5,2	5,6	5,9	7,5	4,7	7,2
PE	N	2	16	63	57	19	4	4	2	167
	%	0,2	1,3	5,0	6,0	6,3	3,4	6,0	4,7	3,2
PI	N	78	66	29	16	3	1		1	194
	%	6,1	5,4	2,3	1,7	1,0	0,8		2,3	3,7
RJ	N	1	7	18	23	12	11	2	8	82
	%	0,1	0,6	1,4	2,4	3,9	9,3	3,0	18,6	1,6
RN	N	53	50	29	16	4	1	1	1	155
	%	4,1	4,1	2,3	1,7	1,3	0,8	1,5	2,3	3,0
RS	N	229	109	63	54	25	9	7	1	497
	%	17,9	8,9	5,0	5,7	8,2	7,6	10,4	2,3	9,5
RO	N	3	5	13	11	4	1	1		38
	%	0,2	0,4	1,0	1,2	1,3	0,8	1,5		0,7
RR	N		9	5				1		15
	%		0,7	0,4				1,5		0,3
SC	N	104	77	61	28	12	7	2	1	292
	%	8,1	6,3	4,8	3,0	3,9	5,9	3,0	2,3	5,6

UF		Classes de tamanho da população dos municípios								Total
		até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	
SP	N	176	117	114	119	56	30	22	10	644
	%	13,7	9,6	9,1	12,6	18,4	25,4	32,8	23,3	12,3
SE	N	11	19	25	14	4	1		1	75
	%	0,9	1,6	2,0	1,5	1,3	0,8		2,3	1,4
TO	N	54	26	10	7	1	2			100
	%	4,2	2,1	0,8	0,7	0,3	1,7			1,9
Total	**N**	**1.281**	**1.225**	**1.259**	**945**	**304**	**118**	**67**	**43**	**5.242**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Tabela 4 – Distribuição dos municípios analisados por UF segundo porte populacional - Brasil - 2002

UF		Classes de tamanho da população dos municípios								Total
		até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	
AC	N	3	7	6	4	1		1		22
	%	13,6	31,8	27,3	18,2	4,5		4,5		100,0
AL	N	7	21	30	32	4	1		1	96
	%	,3	21,9	31,3	33,3	4,2	1,0		1,0	100,0
AP	N	6	3	3	1	1		1		15
	%	40,0	20,0	20,0	6,7	6,7		6,7		100,0
AM	N		8	19	19	5			1	52
	%		15,4	36,5	36,5	9,6			1,9	100,0
BA	N	9	64	181	118	25	9	2	2	410
	%	2,2	15,6	44,1	28,8	6,1	2,2	0,5	0,5	100,0
CE	N	1	30	62	66	19	3	2	1	184
	%	0,5	16,3	33,7	35,9	10,3	1,6	1,1	0,5	100,0
ES	N	1	13	31	22	4	3	4		78
	%	1,3	16,7	39,7	28,2	5,1	3,8	5,1		100,0
GO	N	90	49	36	27	10	3	2	1	218
	%	41,3	22,5	16,5	12,4	4,6	1,4	0,9	0,5	100,0
MA	N	10	32	56	47	10	4	1	1	161
	%	6,2	19,9	34,8	29,2	6,2	2,5	0,6	0,6	100,0
MT	N	43	33	39	16	4	1	1	1	138
	%	31,2	23,9	28,3	11,6	2,9	0,7	0,7	0,7	100,0
MS	N	8	19	29	16	3	1		1	77
	%	10,4	24,7	37,7	20,8	3,9	1,3		1,3	100,0
MG	N	236	264	166	108	38	14	6	4	836
	%	28,2	31,6	19,9	12,9	4,5	1,7	0,7	0,5	100,0
PA	N	1	11	24	56	18	4	1	2	117
	%	0,9	9,4	20,5	47,9	15,4	3,4	0,9	1,7	100,0
PB	N	67	61	47	19	5	1	1	1	202
	%	33,2	30,2	23,3	9,4	2,5	0,5	0,5	0,5	100,0
PR	N	88	109	100	49	17	7	5	2	377
	%	23,3	28,9	26,5	13,0	4,5	1,9	1,3	0,5	100,0
PE	N	2	16	63	57	19	4	4	2	167
	%	1,2	9,6	37,7	34,1	11,4	2,4	2,4	1,2	100,0

UF		Classes de tamanho da população dos municípios								Total
		até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	
PI	N	78	66	29	16	3	1		1	194
	%	40,2	34,0	14,9	8,2	1,5	0,5		0,5	100,0
RJ	N	1	7	18	23	12	11	2	8	82
	%	1,2	8,5	22,0	28,0	14,6	13,4	2,4	9,8	100,0
RN	N	53	50	29	16	4	1	1	1	155
	%	34,2	32,3	18,7	10,3	2,6	0,6	0,6	0,6	100,0
RS	N	229	109	63	54	25	9	7	1	497
	%	46,1	21,9	12,7	10,9	5,0	1,8	1,4	0,2	100,0
RO	N	3	5	13	11	4	1	1		38
	%	7,9	13,2	34,2	28,9	10,5	2,6	2,6		100,0
RR	N		9	5				1		15
	%		60,0	33,3				6,7		100,0
SC	N	104	77	61	28	12	7	2	1	292
	%	35,6	26,4	20,9	9,6	4,1	2,4	0,7	0,3	100,0
SP	N	176	117	114	119	56	30	22	10	644
	%	27,3	18,2	17,7	18,5	8,7	4,7	3,4	1,6	100,0
SE	N	11	19	25	14	4	1		1	75
	%	14,7	25,3	33,3	18,7	5,3	1,3		1,3	100,0
TO	N	54	26	10	7	1	2			100
	%	54,0	26,0	10,0	7,0	1,0	2,0			100,0
Total	**N**	**1.281**	**1.225**	**1.259**	**945**	**304**	**118**	**67**	**43**	**5.242**
	%	**24,4**	**23,4**	**24,0**	**18,0**	**5,8**	**2,3**	**1,3**	**0,8**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS e IBGE. Elaboração própria.

Tabela 5 – Distribuição dos municípios analisados por condição de habilitação no SUS segundo região - Brasil - 2002

Região	Distribuição dos municípios	Condição de habilitação no SUS		
		NH	GPAB	GPSM
CO	N		409	24
	%		8,8	4,3
NE	N	2	1496	146
	%	8,7	32,1	26,0
NO	N	5	283	71
	%	21,7	6,1	12,6
SE	N	14	1350	276
	%	60,9	29,0	49,1
SUL	N	2	1119	45
	%	8,7	24,0	8,0
Total	**N**	**23**	**4657**	**562**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.
Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 6 – Distribuição dos municípios analisados por região segundo condição de habilitação no SUS - Brasil - 2002

Região	Distribuição dos municípios	Condição de habilitação no SUS			Total
		NH	GPAB	GPSM	
CO	N		409	24	**433**
	%		94,5	5,5	**100,0**
NE	N	2	1496	146	**1644**
	%	0,1	91,0	8,9	**100,0**
NO	N	5	283	71	**359**
	%	1,4	78,8	19,8	**100,0**
SE	N	14	1350	276	**1640**
	%	0,9	82,3	16,8	**100,0**
SUL	N	2	1119	45	**1166**
	%	0,2	96,0	3,9	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.
Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 7 – Distribuição dos municípios analisados por condição de habilitação no SUS segundo UF - Brasil - 2002

UF		Condição de habilitação no SUS		
		NH	GPAB	GPSM
AC	N.	3	18	1
	%	13,0	0,4	0,2
AL	N.		81	15
	%		1,7	2,7
AP	N.	1	13	1
	%	4,3	0,3	0,2
AM	N.		45	7
	%		1,0	1,2
BA	N.	1	390	19
	%	4,3	8,4	3,4
CE	N.		154	30
	%		3,3	5,3
ES	N.		43	35
	%		0,9	6,2
GO	N.		204	14
	%		4,4	2,5
MA	N.	1	120	40
	%	4,3	2,6	7,1
MT	N.		137	1
	%		2,9	0,2
MS	N.		68	9
	%		1,5	1,6

UF		Condição de habilitação no SUS		
		NH	**GPAB**	**GPSM**
MG	N.	12	768	56
	%	52,2	16,5	10,0
PA	N.	1	75	41
	%	4,3	1,6	7,3
PB	N.		194	8
	%		4,2	1,4
PR	N.		364	13
	%		7,8	2,3
PE	N.		148	19
	%		3,2	3,4
PI	N.		193	1
	%		4,1	0,2
RJ	N.		60	22
	%		1,3	3,9
RN	N.		143	12
	%		3,1	2,1
RS	N.		485	12
	%		10,4	2,1
RO	N.		27	11
	%		0,6	2,0
RR	N.		14	1
	%		0,3	0,2
SC	N.	2	270	20
	%	8,7	5,8	3,6
SP	N.	2	479	163
	%	8,7	10,3	29,0
SE	N.		73	2
	%		1,6	0,4
TO	N.		91	9
	%		2,0	1,6
Total	**N.**	**23**	**4657**	**562**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 8 – Distribuição dos municípios analisados por UF segundo condição de habilitação no SUS - Brasil - 2002

UF		Condição de habilitação no SUS			Total
		NH	GPAB	GPSM	
AC	N.	3	18	1	22
	%	13,6	81,8	4,5	100,0
AL	N.		81	15	96
	%		84,4	15,6	100,0
AP	N.	1	13	1	15
	%	6,7	86,7	6,7	100,0
AM	N.		45	7	52
	%		86,5	13,5	100,0
BA	N.	1	390	19	410
	%	0,2	95,1	4,6	100,0
CE	N.		154	30	184
	%		83,7	16,3	100,0
ES	N.		43	35	78
	%		55,1	44,9	100,0
GO	N.		204	14	218
	%		93,6	6,4	100,0
MA	N.	1	120	40	161
	%	0,6	74,5	24,8	100,0
MT	N.		137	1	138
	%		99,3	0,7	100,0
MS	N.		68	9	77
	%		88,3	11,7	100,0
MG	N.	12	768	56	836
	%	1,4	91,9	6,7	100,0
PA	N.	1	75	41	117
	%	0,9	64,1	35,0	100,0
PB	N.		194	8	202
	%		96,0	4,0	100,0
PR	N.		364	13	377
	%		96,6	3,4	100,0
PE	N.		148	19	167
	%		88,6	11,4	100,0
PI	N.		193	1	194
	%		99,5	0,5	100,0
RJ	N.		60	22	82
	%		73,2	26,8	100,0
RN	N.		143	12	155
	%		92,3	7,7	100,0
RS	N.		485	12	497
	%		97,6	2,4	100,0
RO	N.		27	11	38
	%		71,1	28,9	100,0
RR	N.		14	1	15
	%		93,3	6,7	100,0
SC	N.	2	270	20	292
	%	0,7	92,5	6,8	100,0

UF		Condição de habilitação no SUS			Total
		NH	GPAB	GPSM	
SP	N.	2	479	163	644
	%	0,3	74,4	25,3	100,0
SE	N.		73	2	75
	%		97,3	2,7	100,0
TO	N.		91	9	100
	%		91,0	9,0	100,0

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.
Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 9 – Distribuição dos municípios analisados por condição de habilitação no SUS segundo porte populacional e capitais - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais		Condição de habilitação no SUS		
		NH	GPAB	GPSM
até 5 mil	N	12	1263	6
	%	52,2	27,2	1,1
5.001 a 10 mil	N	6	1196	23
	%	26,1	25,7	4,2
10.001 a 20 mil	N	3	1175	81
	%	13,0	25,3	14,9
20.001 a 50 mil	N	2	768	175
	%	8,7	16,5	32,2
50.001 a 100 mil	N		178	126
	%		3,8	23,2
100.001 a 200 mil	N		42	75
	%		0,9	13,8
200.001 a 400 mil	N		22	39
	%		0,5	7,2
mais de 400 mil	N		5	19
	%		0,1	3,5
Capitais	N.		8	18
	%		0,2	3,2
Total	**N.**	**23**	**4657**	**562**
	%	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.
Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 10 – Distribuição dos municípios analisados por porte populacional e capitais segundo condição de habilitação no SUS - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais		Condição de habilitação no SUS			Total
		NH	GPAB	GPSM	
até 5 mil	N	12	1263	6	**1281**
	%	0,9	98,6	0,5	**100,0**
5.001 a 10 mil	N	6	1196	23	**1225**
	%	0,5	97,6	1,9	**100,0**
10.001 a 20 mil	N	3	1175	81	**1259**
	%	0,2	93,3	6,4	**100,0**
20.001 a 50 mil	N	2	768	175	**945**
	%	0,2	81,3	18,5	**100,0**
50.001 a 100 mil	N		178	126	**304**
	%		58,6	41,4	**100,0**
100.001 a 200 mil	N		42	75	**117**
	%		35,9	64,1	**100,0**
200.001 a 400 mil	N		22	39	**61**
	%		36,1	63,9	**100,0**
mais de 400 mil	N		5	19	**24**
	%		20,8	79,2	**100,0**
Capitais	N.		8	18	**26**
	%		30,8	69,2	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Nota: GPAB - municípios habilitados na gestão plena da atenção básica e aptos a receber recursos da atenção básica na modalidade *per capita*; GPSM - municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e aptos a receber recursos voltados para a alta e média complexidade na modalidade "fundo a fundo"; NH - municípios não habilitados a receber recursos nas duas formas anteriores.

Tabela 11 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas municipais - corrente, de capital e total -nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas Correntes	Receitas de Capital	Receitas totais
CO	GO	Média	835,9	40,1	876,0
		Mediana	741,3	21,4	787,0
		Desvio Padrão	410,8	54,7	420,6
	MT	Média	922,7	88,9	1.011,5
		Mediana	766,5	67,5	836,7
		Desvio Padrão	526,0	89,5	550,3
	MS	Média	856,4	60,7	917,1
		Mediana	782,7	53,9	870,4
		Desvio Padrão	305,1	46,5	306,4
	Total	**Média**	**867,2**	**59,3**	**926,5**
		Mediana	**763,5**	**40,3**	**822,9**
		Desvio Padrão	**436,3**	**69,9**	**452,8**
NE	AL	Média	547,0	54,1	601,1
		Mediana	489,4	40,7	548,9
		Desvio Padrão	171,0	50,6	185,7
	BA	Média	516,3	28,2	544,5
		Mediana	474,6	18,6	495,5
		Desvio Padrão	264,1	32,0	269,2
	CE	Média	490,0	45,3	535,3
		Mediana	480,7	34,7	508,5
		Desvio Padrão	115,4	43,4	130,7
	MA	Média	436,7	41,8	478,5
		Mediana	411,9	28,7	445,7
		Desvio Padrão	119,6	46,3	138,3
	PB	Média	626,0	62,1	688,1
		Mediana	532,0	37,0	598,0
		Desvio Padrão	295,5	72,7	329,8
	PE	Média	474,7	19,9	494,6
		Mediana	447,6	8,8	467,5
		Desvio Padrão	182,5	29,6	193,5
	PI	Média	527,0	77,6	604,7
		Mediana	488,2	64,3	555,2
		Desvio Padrão	183,0	72,0	223,9
	RN	Média	718,2	73,8	792,0
		Mediana	619,7	52,1	694,9
		Desvio Padrão	338,1	79,2	371,5
	SE	Média	693,7	25,8	719,6
		Mediana	555,9	14,3	586,4
		Desvio Padrão	384,8	48,1	390,3
	Total	**Média**	**545,0**	**46,3**	**591,3**
		Mediana	**484,3**	**28,6**	**519,2**
		Desvio Padrão	**253,3**	**57,0**	**274,6**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas Correntes	Receitas de Capital	Receitas totais
NO	AC	Média	618,6	74,5	693,1
		Mediana	536,5	56,3	583,5
		Desvio Padrão	306,7	83,3	304,2
	AP	Média	488,0	49,5	537,5
		Mediana	392,0	0,6	495,0
		Desvio Padrão	194,2	98,9	253,4
	AM	Média	521,1	96,5	617,6
		Mediana	499,3	72,9	567,8
		Desvio Padrão	203,8	82,9	251,0
	PA	Média	457,4	43,7	501,1
		Mediana	422,7	27,9	453,0
		Desvio Padrão	172,3	54,6	205,1
	RO	Média	518,2	84,5	602,7
		Mediana	483,9	74,2	555,6
		Desvio Padrão	155,8	67,5	183,3
	RR	Média	446,9	133,4	580,3
		Mediana	400,1	6,4	427,4
		Desvio Padrão	184,6	305,6	462,8
	TO	Média	741,3	126,4	867,7
		Mediana	644,9	91,9	774,4
		Desvio Padrão	337,0	138,7	394,4
	Total	**Média**	**562,9**	**84,6**	**647,5**
		Mediana	**482,8**	**52,2**	**547,7**
		Desvio Padrão	**267,9**	**115,7**	**327,3**
SE	ES	Média	652,0	42,4	694,4
		Mediana	618,7	26,2	655,6
		Desvio Padrão	198,4	55,2	208,9
	MG	Média	682,2	34,2	716,4
		Mediana	580,5	17,7	608,6
		Desvio Padrão	352,7	45,5	365,9
	RJ	Média	1.021,2	56,5	1.077,7
		Mediana	795,5	20,8	862,7
		Desvio Padrão	655,1	90,4	672,2
	SP	Média	956,3	58,5	1.014,7
		Mediana	811,9	37,6	856,6
		Desvio Padrão	489,8	64,5	519,2
	Total	**Média**	**805,4**	**45,2**	**850,6**
		Mediana	**684,6**	**26,2**	**717,9**
		Desvio Padrão	**448,0**	**58,0**	**471,0**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas Correntes	Receitas de Capital	Receitas totais
SUL	PR	Média	801,2	59,8	861,0
		Mediana	701,0	37,7	743,2
		Desvio Padrão	397,7	129,6	474,1
	RS	Média	941,9	44,8	986,7
		Mediana	821,4	30,0	860,0
		Desvio Padrão	383,9	48,7	405,4
	SC	Média	836,9	54,3	891,2
		Mediana	738,3	36,8	781,3
		Desvio Padrão	325,2	65,3	354,2
	Total	**Média**	**870,1**	**52,0**	**922,1**
		Mediana	**765,1**	**33,7**	**809,1**
		Desvio Padrão	**379,8**	**86,8**	**420,8**
Total		**Média**	**726,6**	**50,9**	**777,5**
		Mediana	**616,0**	**30,8**	**662,1**
		Desvio Padrão	**394,8**	**71,9**	**420,5**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 12 – Receitas municipais *per capita* relativas - corrente, de capital e total. Razão entre os valores medianos observados nos municípios agrupados por região e UF e a mediana nacional - Brasil – 2002

Região	UF	Receitas Correntes	Receitas de Capital	Receitas totais
CO	GO	120,3	69,5	118,9
	MT	124,4	218,9	126,4
	MS	127,1	174,7	131,5
	Total	**123,9**	**130,7**	**124,3**
NE	AL	79,4	132,0	82,9
	BA	77,0	60,4	74,8
	CE	78,0	112,4	76,8
	MA	66,9	93,0	67,3
	PB	86,4	119,8	90,3
	PE	72,7	28,5	70,6
	PI	79,3	208,6	83,9
	RN	100,6	168,8	105,0
	SE	90,2	46,3	88,6
	Total	**78,6**	**92,6**	**78,4**
NO	AC	87,1	182,5	88,1
	AP	63,6	1,8	74,8
	AM	81,1	236,4	85,8
	PA	68,6	90,6	68,4
	RO	78,5	240,4	83,9
	RR	64,9	20,6	64,6
	TO	104,7	297,8	117,0
	Total	**78,4**	**169,3**	**82,7**
SE	ES	100,4	85,0	99,0
	MG	94,2	57,2	91,9
	RJ	129,1	67,6	130,3
	SP	131,8	121,9	129,4
	Total	**111,1**	**84,8**	**108,4**
SUL	PR	113,8	122,3	112,3
	RS	133,3	97,2	129,9
	SC	119,8	119,4	118,0
	Total	**124,2**	**109,2**	**122,2**
Total		**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 13 – Composição percentual das receitas correntes nos municípios agrupados por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	Transf. da União	Transf. dos Estados	Transf. Multigov.	Transf. de convênios	Outras receitas correntes	Receitas Correntes
CO	GO	6,0	55,4	25,4	6,6	2,6	4,0	100,0
	MT	7,5	44,7	31,0	10,8	2,9	3,1	100,0
	MS	8,3	40,9	31,1	8,2	4,8	6,7	100,0
	Total	**6,9**	**49,2**	**28,3**	**8,3**	**3,1**	**4,2**	**100,0**
NE	AL	2,9	59,1	11,2	19,7	4,1	3,0	100,0
	BA	4,5	52,4	16,6	19,3	3,5	3,6	100,0
	CE	3,3	56,2	14,5	20,8	1,9	3,3	100,0
	MA	2,5	63,0	7,3	23,7	2,2	1,2	100,0
	PB	2,5	69,8	9,6	13,8	3,0	1,3	100,0
	PE	4,3	55,2	14,1	19,1	4,4	3,0	100,0
	PI	2,5	70,6	5,5	18,9	1,7	0,9	100,0
	RN	2,7	62,3	11,8	14,4	3,8	5,1	100,0
	SE	3,9	54,3	20,1	15,7	1,5	4,6	100,0
	Total	**3,3**	**60,1**	**12,5**	**18,1**	**3,0**	**2,9**	**100,0**
NO	AC	2,3	48,3	14,8	26,4	7,2	1,0	100,0
	AP	4,2	55,6	15,7	16,7	1,3	6,5	100,0
	AM	3,6	44,9	31,0	16,8	0,6	3,2	100,0
	PA	6,0	50,2	15,8	21,6	3,9	2,4	100,0
	RO	5,1	46,0	23,6	16,7	3,6	5,0	100,0
	RR	7,2	46,8	21,5	8,7	14,8	1,0	100,0
	TO	4,5	64,0	12,8	14,2	2,6	1,9	100,0
	Total	**4,8**	**54,1**	**17,6**	**17,5**	**3,5**	**2,6**	**100,0**
SE	ES	8,0	41,4	33,0	9,6	3,9	4,1	100,0
	MG	5,6	57,5	21,4	9,3	2,3	3,9	100,0
	RJ	12,5	22,4	36,0	8,8	3,2	17,2	100,0
	SP	11,6	39,5	34,1	7,7	2,0	5,1	100,0
	Total	**8,9**	**46,3**	**28,7**	**8,5**	**2,3**	**5,3**	**100,0**
SUL	PR	7,0	50,9	23,4	9,3	2,2	7,3	100,0
	RS	6,5	48,2	28,8	7,2	1,2	8,0	100,0
	SC	7,9	48,9	29,5	7,3	1,6	4,8	100,0
	Total	**7,0**	**49,2**	**27,4**	**7,9**	**1,6**	**7,0**	**100,0**
Total		**6,7**	**51,0**	**23,9**	**11,1**	**2,4**	**4,9**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.
Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos.

Tabela 14 – Composição percentual das transferências correntes intergovernamentais nos municípios agrupados por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	FPM	SUS	ICMS	FUNDEF	Outras transf. Intergov.	Transf. Intergov.
CO	GO	52,8	5,9	26,5	7,5	7,3	100,0
	MT	41,6	4,9	32,5	12,5	8,5	100,0
	MS	38,8	5,0	34,4	10,1	11,7	100,0
	Total	**46,7**	**5,4**	**29,9**	**9,6**	**8,5**	**100,0**
NE	AL	51,3	9,4	11,4	21,9	6,0	100,0
	BA	48,5	6,0	17,7	21,8	6,0	100,0
	CE	46,9	8,8	14,5	22,7	7,1	100,0
	MA	49,9	10,3	5,3	25,2	9,3	100,0
	PB	64,2	7,1	9,6	14,8	4,4	100,0
	PE	50,1	8,3	14,4	21,5	5,6	100,0
	PI	61,2	8,2	5,3	19,9	5,5	100,0
	RN	57,9	6,4	11,3	16,2	8,2	100,0
	SE	45,5	5,9	21,8	17,4	9,4	100,0
	Total	**53,5**	**7,5**	**12,5**	**20,0**	**6,5**	**100,0**
NO	AC	39,7	8,8	15,5	29,5	6,5	100,0
	AP	52,9	5,7	17,1	19,0	5,3	100,0
	AM	37,6	7,0	31,8	18,1	5,5	100,0
	PA	40,4	9,3	15,5	24,6	10,2	100,0
	RO	38,2	9,8	25,2	19,3	7,5	100,0
	RR	45,6	13,8	25,9	11,3	3,5	100,0
	TO	60,3	6,6	13,1	15,5	4,5	100,0
	Total	**47,8**	**8,0**	**18,1**	**19,6**	**6,6**	**100,0**
SE	ES	36,3	7,9	34,6	11,5	9,8	100,0
	MG	56,8	5,3	21,6	10,5	5,8	100,0
	RJ	19,9	8,3	50,3	12,9	8,5	100,0
	SP	41,1	4,3	35,7	9,4	9,5	100,0
	Total	**47,0**	**5,1**	**29,9**	**10,2**	**7,8**	**100,0**
SUL	PR	49,6	5,2	24,1	11,1	9,9	100,0
	RS	50,0	3,2	28,9	8,6	9,4	100,0
	SC	48,3	5,5	30,0	8,5	7,7	100,0
	Total	**49,4**	**4,4**	**27,7**	**9,3**	**9,1**	**100,0**
Total		**49,3**	**5,7**	**24,4**	**12,8**	**7,8**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 15 – Medidas de tendência central e dispersão das principais fontes de receitas correntes nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Arrecadação tributária própria*	FPM	SUS	ICMS	FUNDEF
CO	GO	Média	50,4	387,4	43,3	194,5	54,8
		Mediana	35,9	318,2	40,2	155,9	50,9
		Desvio Padrão	75,7	266,1	17,7	173,7	34,8
	MT	Média	69,3	332,4	39,5	259,8	99,9
		Mediana	53,5	218,8	37,1	180,1	86,1
		Desvio Padrão	53,3	265,6	17,1	285,6	53,2
	MS	Média	71,2	270,2	34,7	239,6	70,2
		Mediana	58,0	241,7	29,2	188,9	71,0
		Desvio Padrão	54,7	113,0	18,6	146,9	29,9
	Total	**Média**	**60,1**	**349,0**	**40,5**	**223,3**	**71,9**
		Mediana	**44,1**	**263,1**	**37,6**	**166,4**	**66,6**
		Desvio Padrão	**66,4**	**249,3**	**17,9**	**213,8**	**45,4**
NE	AL	Média	15,7	252,4	46,4	56,1	107,8
		Mediana	10,6	226,2	43,2	41,8	103,5
		Desvio Padrão	18,3	105,2	18,9	56,7	27,2
	BA	Média	23,4	221,3	27,4	80,9	99,6
		Mediana	13,2	218,7	21,4	52,3	98,2
		Desvio Padrão	50,6	72,2	16,2	165,4	31,0
	CE	Média	16,2	210,5	39,7	65,0	102,0
		Mediana	13,4	210,4	32,8	52,8	102,2
		Desvio Padrão	12,5	61,5	27,6	44,7	21,7
	MA	Média	10,8	204,9	42,5	21,7	103,5
		Mediana	9,0	192,6	30,4	16,2	98,0
		Desvio Padrão	11,2	75,9	35,3	18,7	32,0
	PB	Média	15,4	374,7	41,2	56,1	86,2
		Mediana	11,1	287,2	38,9	43,3	84,7
		Desvio Padrão	15,8	244,3	14,9	41,5	26,9
	PE	Média	20,2	210,6	35,0	60,5	90,5
		Mediana	13,1	208,9	33,2	31,8	91,0
		Desvio Padrão	27,3	68,5	15,5	104,4	30,3
	PI	Média	13,3	306,2	41,1	26,3	99,5
		Mediana	11,5	290,9	41,4	20,2	97,6
		Desvio Padrão	8,6	147,7	11,4	28,7	31,6
	RN	Média	19,2	368,3	40,4	72,0	103,1
		Mediana	12,5	291,6	40,0	51,0	100,0
		Desvio Padrão	26,5	211,6	12,5	86,9	36,9
	SE	Média	26,9	284,9	37,1	136,2	108,6
		Mediana	16,3	220,6	35,8	77,4	108,2
		Desvio Padrão	36,7	171,9	11,2	194,1	36,5
	Total	**Média**	**18,2**	**264,8**	**37,1**	**62,0**	**98,9**
		Mediana	**12,3**	**226,7**	**34,5**	**43,7**	**97,7**
		Desvio Padrão	**30,8**	**151,5**	**20,4**	**108,3**	**31,0**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Arrecadação tributária própria*	FPM	SUS	ICMS	FUNDEF
NO	AC	Média	14,0	219,6	48,8	86,0	163,3
		Mediana	10,1	184,7	31,7	73,1	132,3
		Desvio Padrão	13,2	109,1	36,3	39,3	107,3
	AP	Média	20,6	226,9	24,6	73,5	81,6
		Mediana	18,6	171,7	25,9	63,1	72,3
		Desvio Padrão	12,0	132,1	9,2	40,0	41,4
	AM	Média	18,5	181,8	33,7	153,6	87,5
		Mediana	12,9	185,3	26,0	128,2	83,3
		Desvio Padrão	22,9	50,9	16,5	124,3	31,3
	PA	Média	27,6	162,2	37,2	62,0	98,8
		Mediana	11,8	154,3	27,3	45,1	104,0
		Desvio Padrão	54,2	58,0	22,7	71,2	39,5
	RO	Média	26,5	171,1	43,8	112,6	86,5
		Mediana	23,8	153,8	32,4	105,8	81,1
		Desvio Padrão	17,2	87,4	24,1	56,4	32,7
	RR	Média	32,1	156,8	47,4	89,0	39,0
		Mediana	25,1	148,1	42,2	80,0	31,2
		Desvio Padrão	21,1	81,1	21,6	79,7	31,3
	TO	Média	33,4	407,0	44,4	88,1	104,9
		Mediana	22,6	323,5	41,3	73,1	93,9
		Desvio Padrão	44,1	269,9	20,1	73,1	50,4
	Total	**Média**	**26,8**	**240,2**	**40,0**	**91,0**	**98,3**
		Mediana	**16,2**	**178,2**	**33,5**	**71,1**	**91,1**
		Desvio Padrão	**40,8**	**187,4**	**22,6**	**83,4**	**52,0**
SE	ES	Média	52,3	199,2	43,0	189,7	62,8
		Mediana	30,8	200,4	42,5	172,8	57,9
		Desvio Padrão	62,6	64,7	19,1	102,4	22,6
	MG	Média	38,3	342,0	31,7	129,7	63,3
		Mediana	27,9	269,4	28,6	96,5	57,6
		Desvio Padrão	34,5	218,7	20,2	155,1	27,9
	RJ	Média	127,4	137,8	57,3	348,3	89,6
		Mediana	69,9	140,1	37,7	260,6	88,6
		Desvio Padrão	150,1	64,3	65,3	267,0	34,6
	SP	Média	110,8	319,8	33,3	277,3	73,3
		Mediana	73,8	226,0	27,8	225,1	73,1
		Desvio Padrão	134,6	270,8	22,9	268,0	62,0
	Total	**Média**	**71,9**	**316,3**	**34,2**	**201,4**	**68,6**
		Mediana	**44,5**	**239,1**	**29,4**	**145,5**	**62,2**
		Desvio Padrão	**101,8**	**236,9**	**26,0**	**224,5**	**45,1**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Arrecadação tributária própria*	FPM	SUS	ICMS	FUNDEF
SUL	PR	Média	55,7	332,6	35,0	161,5	74,6
		Mediana	43,3	272,6	32,2	138,3	74,0
		Desvio Padrão	45,5	198,4	19,4	96,2	17,8
	RS	Média	61,3	397,3	25,5	229,6	68,2
		Mediana	45,5	323,5	17,6	187,3	65,2
		Desvio Padrão	67,4	252,6	19,3	150,2	32,9
	SC	Média	66,0	347,3	39,3	215,8	61,4
		Mediana	43,6	261,0	37,5	195,5	60,2
		Desvio Padrão	77,8	224,4	18,2	108,4	22,9
	Total	**Média**	**60,6**	**363,8**	**32,0**	**204,1**	**68,6**
		Mediana	**44,1**	**285,9**	**29,6**	**171,4**	**69,0**
		Desvio Padrão	**64,2**	**230,9**	**19,9**	**128,2**	**26,8**
Total		**Média**	**48,5**	**308,2**	**35,6**	**152,5**	**80,4**
		Mediana	**28,5**	**236,8**	**32,5**	**109,2**	**76,7**
		Desvio Padrão	**73,9**	**214,2**	**22,3**	**178,7**	**40,8**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos.

Tabela 16 – Receitas municipais *per capita* relativas - arrecadação tributária própria, FPM, ICMS, SUS e FUNDEF. Razão entre os valores medianos observados nos municípios agrupados por região e UF e a mediana nacional - Brasil - 2002

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	ICMS	FPM	SUS	FUNDEF
CO	GO	125,9	142,8	134,3	123,6	66,3
	MT	187,7	164,9	92,4	114,0	112,2
	MS	203,3	172,9	102,0	89,9	92,5
	Total	**154,6**	**152,3**	**111,1**	**115,6**	**86,8**
NE	AL	37,2	38,2	95,5	132,9	134,9
	BA	46,2	47,8	92,3	65,9	128,0
	CE	47,0	48,4	88,8	101,0	133,2
	MA	31,4	14,8	81,3	93,4	127,7
	PB	39,0	39,7	121,3	119,5	110,3
	PE	45,8	29,1	88,2	102,0	118,5
	PI	40,3	18,5	122,8	127,2	127,2
	RN	43,9	46,7	123,1	123,0	130,3
	SE	57,0	70,8	93,2	110,0	141,0
	Total	**43,3**	**40,0**	**95,7**	**106,1**	**127,4**
NO	AC	35,2	66,9	78,0	97,5	172,4
	AP	65,2	57,8	72,5	79,6	94,3
	AM	45,2	117,4	78,2	79,8	108,6
	PA	41,5	41,2	65,1	84,0	135,6
	RO	83,3	96,9	64,9	99,6	105,7
	RR	88,0	73,3	62,5	129,9	40,7
	TO	79,1	66,9	136,6	126,9	122,4
	Total	**56,7**	**65,1**	**75,2**	**103,0**	**118,7**
SE	ES	108,1	158,2	84,6	130,7	75,5
	MG	97,9	88,3	113,8	87,9	75,1
	RJ	245,0	238,6	59,1	116,0	115,4
	SP	258,6	206,1	95,4	85,4	95,3
	Total	**155,9**	**133,2**	**101,0**	**90,3**	**81,1**
SUL	PR	151,9	126,6	115,1	99,2	96,5
	RS	159,6	171,5	136,6	54,1	85,0
	SC	152,8	178,9	110,2	115,2	78,4
	Total	**154,6**	**156,9**	**120,7**	**91,1**	**90,0**
Total		**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos.

Tabela 17 – Importância do SUS como fonte de receita corrente municipal. Distribuição dos municípios (N., % na base, % Brasil) por região e UF segundo condições especificadas - Brasil - 2002

Região	UF	Municípios com receita de transf. federal do SUS > que a arrecadação tributária própria			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FUNDEF			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o ICMS			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FPM			Municípios do banco	Municípios Brasil
		N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	N.
CO	GO	129	59,2	52,4	87	39,9	35,4	8	3,7	3,3	2	0,9	0,8	218	246
	MT	38	27,5	27,3	12	8,7	8,6	2	1,4	1,4	1	0,7	0,7	138	139
	MS	16	20,8	20,8	14	18,2	18,2	1	1,3	1,3	1	1,3	1,3	77	77
	Total	**183**	**42,3**	**39,6**	**113**	**26,1**	**24,5**	**11**	**2,5**	**2,4**	**4**	**0,9**	**0,9**	**433**	**462**
NE	AL	92	95,8	90,2	5	5,2	4,9	49	51,0	48,0	-	-	-	96	102
	BA	341	83,2	81,8	11	2,7	2,6	19	4,6	4,6	3	0,7	0,7	410	417
	CE	174	94,6	94,6	9	4,9	4,9	39	21,2	21,2	3	1,6	1,6	184	184
	MA	154	95,7	71,0	16	9,9	7,4	120	74,5	55,3	4	2,5	1,8	161	217
	PB	196	97,0	87,9	10	5,0	4,5	73	36,1	32,7	1	0,5	0,4	202	223
	PE	148	88,6	80,0	8	4,8	4,3	74	44,3	40,0	1	0,6	0,5	167	185
	PI	191	98,5	86,0	6	3,1	2,7	166	85,6	74,8	1	0,5	0,5	194	222
	RN	141	91,0	84,4	6	3,9	3,6	35	22,6	21,0	-	-	-	155	167
	SE	64	85,3	85,3	4	5,3	5,3	5	6,7	6,7	-	-	-	75	75
	Total	**1.501**	**91,3**	**83,8**	**75**	**4,6**	**4,2**	**580**	**35,3**	**32,4**	**13**	**0,8**	**0,7**	**1.644**	**1.792**
NO	AC	20	90,9	90,9	-	-	-	2	9,1	9,1	-	-	-	22	22
	AP	10	66,7	62,5	1	6,7	6,3	1	6,7	6,3	-	-	-	15	16
	AM	47	90,4	75,8	3	5,8	4,8	-	-	-	-	-	-	52	62
	PA	99	84,6	69,2	11	9,4	7,7	35	29,9	24,5	2	1,7	1,4	117	143
	RO	33	86,8	63,5	8	21,1	15,4	2	5,3	3,8	1	2,6	1,9	38	52
	RR	10	66,7	66,7	9	60,0	60,0	6	40,0	40,0	-	-	-	15	15
	TO	78	78,0	56,1	14	14,0	10,1	24	24,0	17,3	-	-	-	100	139
	Total	**297**	**82,7**	**66,1**	**46**	**12,8**	**10,2**	**70**	**19,5**	**15,6**	**3**	**0,8**	**0,7**	**359**	**449**

Região	UF	Municípios com receita de transf. federal do SUS > que a arrecadação tributária própria			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FUNDEF			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o ICMS			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FPM			Municípios do banco	Municípios Brasil
		N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	N.
SE	ES	47	60,3	60,3	19	24,4	24,4	-	-	-	-	-	-	78	78
	MG	438	52,4	51,3	83	9,9	9,7	30	3,6	3,5	14	1,7	1,6	836	853
	RJ	18	22,0	19,6	16	19,5	17,4	7	8,5	7,6	16	19,5	17,4	82	92
	SP	85	13,2	13,2	213	33,1	33,0	2	0,3	0,3	21	3,3	3,3	644	645
	Total	**588**	**35,9**	**35,3**	**331**	**20,2**	**19,8**	**39**	**2,4**	**2,3**	**51**	**3,1**	**3,1**	**1.640**	**1.668**
SUL	PR	129	34,2	32,3	20	5,3	5,0	6	1,6	1,5	6	1,6	1,5	377	399
	RS	99	19,9	19,9	56	11,3	11,3	3	0,6	0,6	6	1,2	1,2	497	497
	SC	113	38,7	38,6	51	17,5	17,4	2	0,7	0,7	4	1,4	1,4	292	293
	Total	341	29,2	28,7	127	10,9	10,7	11	0,9	0,9	16	1,4	1,3	1.166	1.189
Total		**2.910**	**55,5**	**52,3**	**692**	**13,2**	**12,4**	**711**	**13,6**	**12,8**	**87**	**1,7**	**1,6**	**5.242**	**5.560**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Tabela 18 – Composição percentual das transferências correntes oriundas de convênios nos municípios agrupados por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	T. de Convênios
CO	GO	31,2	53,3	2,3	13,2	100,0
	MT	17,9	38,8	1,7	41,6	100,0
	MS	10,1	50,6	2,8	36,5	100,0
	Total	**21,2**	**47,9**	**2,2**	**28,7**	**100,0**
NE	AL	12,3	76,7	0,8	10,2	100,0
	BA	12,6	50,0	2,6	34,8	100,0
	CE	18,2	66,5	2,7	12,6	100,0
	MA	14,0	57,2	1,6	27,2	100,0
	PB	5,0	70,2	1,6	23,2	100,0
	PE	8,3	74,1	0,3	17,2	100,0
	PI	24,2	59,3	2,6	13,9	100,0
	RN	10,6	74,2	1,0	14,1	100,0
	SE	6,6	89,8	-	3,6	100,0
	Total	**11,6**	**65,1**	**1,6**	**21,6**	**100,0**
NO	AC	9,0	78,6	1,2	11,1	100,0
	AP	4,4	65,3	-	30,3	100,0
	AM	11,9	23,0	-	65,2	100,0
	PA	15,1	32,1	27,5	25,3	100,0
	RO	32,5	49,0	0,9	17,5	100,0
	RR	14,8	78,3	-	6,8	100,0
	TO	25,6	54,6	4,0	15,8	100,0
	Total	**18,7**	**53,5**	**9,6**	**18,3**	**100,0**
SE	ES	7,5	38,1	2,2	52,3	100,0
	MG	11,6	62,3	1,3	24,8	100,0
	RJ	10,4	58,6	0,9	30,1	100,0
	SP	6,5	18,9	12,6	62,0	100,0
	Total	**9,2**	**42,7**	**5,9**	**42,2**	**100,0**
SUL	PR	8,9	41,0	2,9	47,3	100,0
	RS	9,8	26,7	24,1	39,4	100,0
	SC	9,1	35,1	1,6	54,2	100,0
	Total	**9,2**	**34,7**	**9,8**	**46,3**	**100,0**
Total		**12,1**	**49,3**	**5,2**	**33,4**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 19 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das transferências correntes de convênios nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	T. de Convênios
CO	GO	Média	6,7	11,4	0,5	2,8	21,4
		Mediana	-	-	-	-	11,9
		Desvio Padrão	13,4	23,7	4,4	12,3	32,1
	MT	Média	4,7	10,3	0,4	11,0	26,5
		Mediana	-	-	-	0,5	10,1
		Desvio Padrão	11,1	32,5	3,0	22,1	50,0
	MS	Média	4,1	20,8	1,2	15,0	41,0
		Mediana	-	6,3	-	6,4	25,3
		Desvio Padrão	9,5	34,3	3,2	18,2	47,0
	Total	**Média**	**5,6**	**12,7**	**0,6**	**7,6**	**26,5**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**12,7**
		Desvio Padrão	**12,1**	**29,0**	**3,8**	**17,7**	**41,8**
NE	AL	Média	2,8	17,4	0,2	2,3	22,7
		Mediana	-	0,7	-	-	5,3
		Desvio Padrão	9,3	35,5	1,1	9,8	39,8
	BA	Média	2,3	9,1	0,5	6,3	18,2
		Mediana	-	1,0	-	0,9	8,4
		Desvio Padrão	8,5	16,8	2,5	12,7	24,2
	CE	Média	1,7	6,1	0,2	1,2	9,2
		Mediana	-	-	-	-	2,3
		Desvio Padrão	5,2	19,8	2,0	2,4	21,4
	MA	Média	1,4	5,5	0,2	2,6	9,7
		Mediana	-	-	-	-	
		Desvio Padrão	4,3	12,3	1,0	10,5	17,6
	PB	Média	0,9	13,3	0,3	4,4	18,9
		Mediana	-	1,7	-	-	10,5
		Desvio Padrão	3,7	24,8	2,5	8,9	26,7
	PE	Média	1,7	15,3	0,1	3,6	20,7
		Mediana	-	9,3	-	0,0	14,4
		Desvio Padrão	5,1	20,7	0,3	10,5	23,7
	PI	Média	2,1	5,2	0,2	1,2	8,8
		Mediana	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	15,5	11,7	1,6	4,0	22,7
	RN	Média	2,9	20,2	0,3	3,8	27,2
		Mediana	-	-	-	-	6,2
		Desvio Padrão	9,0	49,9	2,1	9,1	52,7
	SE	Média	0,7	9,2	-	0,4	10,3
		Mediana	-	-	-	-	3,1
		Desvio Padrão	2,0	15,6	-	1,6	15,8
	Total	**Média**	**1,9**	**10,7**	**0,3**	**3,5**	**16,4**
		Mediana	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**5,7**
		Desvio Padrão	**8,3**	**24,6**	**1,9**	**9,6**	**28,8**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	T. de Convênios
NO	AC	Média	4,0	35,2	0,6	5,0	44,7
		Mediana	-	0,3	-	-	16,6
		Desvio Padrão	10,1	71,0	2,6	14,1	82,9
	AP	Média	0,3	4,3	-	2,0	6,5
		Mediana	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	1,1	16,4	-	7,3	18,4
	AM	Média	0,4	0,7	-	2,1	3,2
		Mediana	-	-	-	-	0,6
		Desvio Padrão	2,1	1,6	-	3,8	5,2
	PA	Média	2,7	5,7	4,9	4,5	17,8
		Mediana	-	-		0,5	6,1
		Desvio Padrão	7,7	13,6	21,5	9,2	29,3
	RO	Média	6,0	9,0	0,2	3,2	18,4
		Mediana	-	-	-	-	3,7
		Desvio Padrão	14,9	17,0	0,7	8,6	29,6
	RR	Média	9,8	51,9	-	4,5	66,3
		Mediana	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	38,0	144,4	-	15,9	163,8
	TO	Média	5,0	10,7	0,8	3,1	19,5
		Mediana	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	17,0	43,3	4,9	12,5	55,9
	Total	**Média**	**3,6**	**10,4**	**1,9**	**3,6**	**19,5**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**1,5**
		Desvio Padrão	**13,8**	**43,2**	**12,7**	**10,2**	**53,7**
SE	ES	Média	1,9	9,8	0,6	13,4	25,7
		Mediana	-	1,9	-	9,0	17,2
		Desvio Padrão	6,6	15,8	2,3	16,5	27,3
	MG	Média	1,8	9,9	0,2	4,0	15,9
		Mediana	-	2,2	-	0,1	6,1
		Desvio Padrão	6,6	19,8	1,4	11,9	25,9
	RJ	Média	3,4	19,1	0,3	9,8	32,6
		Mediana	-	3,1	-	-	12,3
		Desvio Padrão	8,5	49,7	2,6	34,2	65,0
	SP	Média	1,2	3,6	2,4	11,8	19,1
		Mediana	-	-	-	4,3	9,3
		Desvio Padrão	4,8	7,8	7,1	25,7	32,1
	Total	**Média**	**1,7**	**7,9**	**1,1**	**7,8**	**18,5**
		Mediana	**-**	**0,6**	**-**	**0,7**	**8,0**
		Desvio Padrão	**6,1**	**19,3**	**4,7**	**20,4**	**31,7**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	T. de Convênios
SUL	PR	Média	1,6	7,3	0,5	8,4	17,8
		Mediana	-	-	-	3,1	8,2
		Desvio Padrão	5,5	15,3	3,0	15,9	28,0
	RS	Média	1,1	3,0	2,7	4,4	11,1
		Mediana	-	-	-	0,9	4,2
		Desvio Padrão	4,5	10,7	7,5	8,9	19,0
	SC	Média	1,2	4,7	0,2	7,3	13,5
		Mediana	-	-	-	1,1	5,7
		Desvio Padrão	6,5	11,0	1,3	15,7	24,4
	Total	**Média**	**1,3**	**4,8**	**1,4**	**6,4**	**13,9**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**1,7**	**5,7**
		Desvio Padrão	**5,4**	**12,6**	**5,4**	**13,4**	**23,7**
Total		**Média**	**2,1**	**8,6**	**0,9**	**5,8**	**17,5**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**6,5**
		Desvio Padrão	**8,1**	**23,3**	**5,2**	**15,4**	**32,4**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 20 – Medidas de tendência central e dispersão dos principais componentes das transferências de capital *per capita* nos municípios agrupados por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Transf. da União	Transf. dos Estados	Convênios da União	Convênios dos Estados
CO	GO	Média	12,4	1,9	17,8	2,1
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	34,3	10,5	35,5	11,0
	MT	Média	22,3	3,6	42,9	7,7
		Mediana	-	-	5,9	-
		Desvio Padrão	48,3	11,9	66,2	18,6
	MS	Média	10,5	2,7	35,0	8,8
		Mediana	-	-	22,7	-
		Desvio Padrão	26,3	14,1	40,7	26,4
	Total	**Média**	**15,2**	**2,6**	**28,8**	**5,1**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**38,4**	**11,7**	**49,5**	**17,4**
NE	AL	Média	6,6	0,2	44,1	0,6
		Mediana	-	-	30,0	-
		Desvio Padrão	21,7	1,5	50,5	3,0
	BA	Média	3,9	1,2	12,7	9,2
		Mediana	-	-	2,9	0,3
		Desvio Padrão	13,4	7,0	22,1	16,1
	CE	Média	12,9	1,3	26,2	3,4
		Mediana	-	-	13,6	-
		Desvio Padrão	32,3	4,3	36,3	8,1
	MA	Média	11,7	9,8	7,5	9,8
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	24,9	20,5	19,9	22,9
	PB	Média	17,2	1,9	35,9	5,1
		Mediana	-	-	20,4	-
		Desvio Padrão	56,6	8,3	51,8	14,8
	PE	Média	5,4	0,6	11,2	1,4
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	19,4	2,6	22,1	4,4
	PI	Média	34,2	2,5	36,1	3,4
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	61,4	6,4	57,9	9,9
	RN	Média	17,7	3,7	36,9	6,9
		Mediana	-	-	10,0	-
		Desvio Padrão	46,2	13,5	56,5	17,6
	SE	Média	7,2	0,7	10,5	5,5
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	17,1	4,7	18,6	42,4
	Total	**Média**	**12,6**	**2,4**	**23,2**	**5,7**
		Mediana	**-**	**-**	**3,6**	**-**
		Desvio Padrão	**37,7**	**9,7**	**41,2**	**16,8**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Transf. da União	Transf. dos Estados	Convênios da União	Convênios dos Estados
NO	AC	Média	7,1	-	55,5	9,4
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	23,5	-	80,1	39,7
	AP	Média	4,1	-	45,3	-
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	12,2	-	99,7	-
	AM	Média	6,5	3,9	52,5	27,5
		Mediana	1,6	-	35,3	8,9
		Desvio Padrão	17,8	16,9	55,6	44,5
	PA	Média	7,8	2,8	18,9	13,0
		Mediana	-	-	6,7	5,6
		Desvio Padrão	31,6	11,6	32,8	21,5
	RO	Média	33,6	0,4	44,9	0,5
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	57,3	1,9	64,8	1,8
	RR	Média	85,3	1,2	25,4	-
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	242,9	4,1	66,0	-
	TO	Média	54,4	19,2	36,4	8,3
		Mediana	7,6	-	-	-
		Desvio Padrão	111,6	55,4	90,4	19,1
	Total	**Média**	**26,3**	**6,9**	**35,0**	**11,2**
		Mediana	**-**	**-**	**6,7**	**-**
		Desvio Padrão	**84,2**	**31,5**	**67,8**	**26,3**
SE	ES	Média	15,4	2,2	19,6	2,7
		Mediana	-	-	0,8	-
		Desvio Padrão	50,9	8,0	28,0	6,4
	MG	Média	4,7	1,0	20,0	5,4
		Mediana	-	-	3,7	-
		Desvio Padrão	15,0	7,5	35,9	16,6
	RJ	Média	6,6	6,7	18,6	14,0
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	20,0	28,7	43,3	34,8
	SP	Média	7,4	14,0	8,6	21,0
		Mediana	-	-	-	0,0
		Desvio Padrão	20,0	32,9	19,2	39,6
	Total	**Média**	**6,4**	**6,4**	**15,4**	**11,8**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**20,5**	**23,2**	**31,0**	**29,6**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Transf. da União	Transf. dos Estados	Convênios da União	Convênios dos Estados
SUL	PR	Média	12,9	7,4	14,3	17,5
		Mediana	-	-	4,0	0,2
		Desvio Padrão	100,6	21,0	20,4	55,2
	RS	Média	17,8	2,0	11,8	1,1
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	30,6	6,6	30,2	6,8
	SC	Média	12,4	5,7	15,4	8,1
		Mediana	-	-	-	-
		Desvio Padrão	46,4	15,4	31,1	17,6
	Total	**Média**	**14,9**	**4,7**	**13,5**	**8,2**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**64,9**	**15,0**	**27,7**	**33,6**
Total		**Média**	**12,3**	**4,5**	**19,9**	**8,5**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**46,3**	**18,2**	**39,5**	**26,3**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 21 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas de capital *per capita* vinculadas à saúde nos municípios agrupados por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
CO	GO	Média	-	0,6	0,2	-	-	3,3	0,1	4,3
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	4,8	2,3	-	-	11,2	1,7	12,3
	MT	Média	-	1,0	-	-	-	7,1	0,6	8,7
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	6,3	-	-	-	19,8	5,1	22,2
	MS	Média	-	1,1	0,0	-	-	1,7	1,1	3,9
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	5,1	0,1	-	-	5,4	4,6	8,9
	Total	**Média**	**-**	**0,8**	**0,1**	**-**	**-**	**4,2**	**0,5**	**5,6**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**-**	**5,4**	**1,7**	**-**	**-**	**14,0**	**3,7**	**15,8**
NE	AL	Média	-	0,6	0,1	-	-	12,3	-	13,0
		Mediana	-	-	-	-	-	1,4	-	4,5
		Desvio Padrão	-	3,0	0,5	-	-	22,9	-	22,8
	BA	Média	-	0,1	-	-	-	1,8	0,7	2,6
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	0,9	-	-	-	6,5	3,8	8,0
	CE	Média	-	0,8	0,1	-	-	3,9	0,5	5,3
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	4,1	1,3	-	-	9,6	2,2	10,6
	MA	Média	-	0,0	0,0	-	-	1,1	0,1	1,3
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	0,3	0,4	-	-	5,0	1,0	5,2

Região	UF	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
NE	PB	Média	-	0,0	-	-	-	3,1	0,1	3,1
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	0,1	-	-	-	9,4	0,8	9,4
	PE	Média	-	0,1	-	-	-	3,1	-	3,2
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	0,6	-	-	-	14,0	-	14,0
	PI	Média	-	0,4	0,1	-	-	6,4	0,4	7,3
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	2,8	1,0	-	-	22,4	1,6	22,5
	RN	Média	-	2,5	0,2	-	-	8,3	0,0	11,1
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	18,3	1,6	-	-	23,0	0,6	29,1
	SE	Média	-	0,0	-	-	-	0,9	-	1,0
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	0,3	-	-	-	5,5	-	5,5
	Total	**Média**	**-**	**0,4**	**0,1**	**-**	**-**	**4,0**	**0,3**	**4,8**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**-**	**6,0**	**0,8**	**-**	**-**	**14,3**	**2,2**	**15,6**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
NO	AC	Média	-	4,4	-	-	-	8,6	0,1	13,1
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	20,7	-	-	-	22,7	0,6	29,4
	AP	Média	-	-	-	-	-	12,1	-	12,1
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	-	-	-	-	30,4	-	30,4
	AM	Média	-	-	0,0	-	-	5,0	0,6	5,6
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	-	0,3	-	-	9,2	3,8	9,7
	PA	Média	-	0,1	-	-	-	4,2	0,7	5,0
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	1,0	-	-	-	14,9	1,8	15,2
	RO	Média	-	0,2	0,1	-	-	11,6	-	12,0
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	1,4	0,6	-	-	21,0	-	21,0
	RR	Média	1,2	-	-	-	-	-	-	1,2
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	4,5	-	-	-	-	-	-	4,5
	TO	Média	-	1,7	0,2	0,02	-	6,6	0,1	8,7
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	9,0	1,9	0,2	-	17,5	1,5	19,6
	Total	**Média**	**0,0**	**0,8**	**0,1**	**0,01**	**-**	**6,2**	**0,3**	**7,5**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,9**	**7,0**	**1,0**	**0,1**	**-**	**17,0**	**1,9**	**18,4**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
SE	ES	Média	-	0,9	0,0	-	-	2,8	0,6	4,3
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	4,7	0,1	-	-	6,8	4,2	8,9
	MG	Média	-	0,2	0,1	-	-	3,3	0,2	3,7
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	2,6	1,8	-	-	11,7	1,7	12,2
	RJ	Média	-	1,1	-	-	0,1	4,5	0,5	6,2
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	-	8,4	-	-	1,1	16,0	4,1	18,2
	SP	Média	0,1	0,7	0,3	0,001	-	1,6	0,8	3,4
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	1,1	3,2	2,4	0,04	-	5,4	3,8	7,7
	Total	**Média**	**0,0**	**0,5**	**0,1**	**0,001**	**0,0**	**2,7**	**0,4**	**3,7**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,7**	**3,5**	**2,0**	**0,02**	**0,2**	**9,9**	**3,0**	**10,9**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
SUL	PR	Média	0,0	0,5	0,1	-	-	2,4	0,4	3,4
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,5	2,3	1,0	-	-	7,2	2,1	8,1
	RS	Média	0,0	0,8	0,2	-	0,0	2,1	0,0	3,1
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,7	3,6	1,8	-	0,3	6,6	0,3	7,7
	SC	Média	0,0	0,4	0,1	-	0,0	0,7	0,4	1,7
		Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,2	3,3	0,6	-	0,0	2,7	2,1	4,7
	Total	**Média**	**0,0**	**0,6**	**0,1**	**-**	**0,0**	**1,8**	**0,2**	**2,8**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,5**	**3,2**	**1,3**	**-**	**0,2**	**6,1**	**1,6**	**7,2**
Total		**Média**	**0,0**	**0,5**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**3,3**	**0,3**	**4,3**
		Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,5**	**4,8**	**1,5**	**0,0**	**0,2**	**11,8**	**2,5**	**13,1**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.
Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento

Tabela 22 – Importância do SUS como fonte de receita corrente para os municípios. Distribuição dos municípios (N., % na base, % Brasil) por porte populacional e capitais segundo condições especificadas - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Municípios com receita de transf. federal do SUS > que a arrecadação tributária própria			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FUNDEF			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o ICMS			Municípios com receita de transf. federal do SUS > que o FPM			Municípios do banco	Municípios Brasil
	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	% na base	% Brasil	N.	N.
até 5 mil	785	61,3	57,2	212,0	16,5	15,5	82,0	6,4	6,0	-	-	-	1281	1372
5.001 a 10 mil	693	56,6	52,7	88,0	7,2	6,7	143,0	11,7	10,9	-	-	-	1225	1314
10.001 a 20 mil	745	59,2	55,1	95,0	7,5	7,0	193,0	15,3	14,3	1	0,1	0,1	1259	1352
20.001 a 50 mil	509	53,9	51,8	114,0	12,1	11,6	185,0	19,6	18,8	3	0,3	0,3	945	982
50.001 a 100 mil	127	41,8	41,0	74,0	24,3	23,9	59,0	19,4	19,0	15	4,9	4,8	304	310
100.001 a 200 mil	34	29,1	28,8	49,0	41,9	41,5	22,0	18,8	18,6	16	13,7	13,6	117	118
200.001 a 400 mil	13	21,3	21,0	29,0	47,5	46,8	12,0	19,7	19,4	23	37,7	37,1	61	62
mais de 400 mil	3	12,5	12,5	14,0	58,3	58,3	6,0	25,0	25,0	19	79,2	79,2	24	24
Capitais	1	3,8	3,8	17,0	65,4	65,4	9,0	34,6	34,6	10	38,5	38,5	26	26
Total	**2910**	**55,5**	**52,3**	**692,0**	**13,2**	**12,4**	**711,0**	**13,6**	**12,8**	**87**	**1,7**	**1,6**	**5242**	**5.560**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Tabela 23 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das transferências correntes de convênios nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em Real (R$) *per capita* -Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	Transf. de Convênios
até 5 mil	Média	2,9	10,6	1,6	8,4	23,5
	Mediana	-	-	-	-	6,6
	Desvio Padrão	11,0	29,7	8,0	19,2	42,6
5.001 a 10 mil	Média	2,1	9,1	0,8	5,7	17,8
	Mediana	-	-	-	-	6,6
	Desvio Padrão	8,0	26,2	5,3	12,2	32,3
10.001 a 20 mil	Média	2,1	9,1	0,7	5,5	17,4
	Mediana	-	-	-	-	7,1
	Desvio Padrão	7,6	22,7	3,5	14,9	31,0
20.001 a 50 mil	Média	1,6	7,0	0,6	4,8	14,0
	Mediana	-	0,3	-	0,2	6,7
	Desvio Padrão	5,9	13,4	2,6	17,0	23,7
50.001 a 100 mil	Média	1,2	5,0	0,5	3,0	9,7
	Mediana	-	0,2	-	0,2	5,3
	Desvio Padrão	3,6	9,9	2,0	7,2	14,2
100.001 a 200 mil	Média	0,9	3,0	0,4	2,4	6,8
	Mediana	-	0,5	-	0,4	4,3
	Desvio Padrão	2,4	5,0	1,7	4,2	7,7
200.001 a 400 mil	Média	1,9	4,8	0,5	1,6	8,8
	Mediana	0,9	1,9	-	0,5	6,4
	Desvio Padrão	4,1	10,0	2,0	2,3	10,6
mais de 400 mil	Média	1,0	2,9	0,1	2,5	6,4
	Mediana	0,7	0,8	-	0,0	4,5
	Desvio Padrão	1,1	4,0	0,3	5,6	7,1
Capitais	Média	1,0	8,7	0,1	0,3	10,1
	Mediana	0,6	2,6	-	-	5,2
	Desvio Padrão	1,3	15,7	0,4	0,8	16,0
Total	**Média**	**2,1**	**8,6**	**0,9**	**5,8**	**17,5**
	Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**6,5**
	Desvio Padrão	**8,1**	**23,3**	**5,2**	**15,4**	**32,4**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 24 – Medidas de tendência central e dispersão dos principais componentes das transferências de capital nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Transf. Intragov.	Transf. da União	Transf. dos Estados	Convênios da União	Convênios dos Estados
até 5 mil	Média	1,4	22,1	8,8	28,6	14,0
	Mediana	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	18,3	57,6	29,8	55,4	41,5
5.001 a 10 mil	Média	1,2	14,9	4,1	22,6	8,5
	Mediana	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	14,6	68,1	15,1	41,1	22,4
10.001 a 20 mil	Média	0,2	8,4	2,9	17,8	6,8
	Mediana	-	-	-	2,9	-
	Desvio Padrão	2,3	23,7	9,0	30,0	16,1
20.001 a 50 mil	Média	0,1	5,2	2,8	12,7	5,1
	Mediana	-	-	-	0,7	-
	Desvio Padrão	1,0	14,5	12,8	24,5	17,1
50.001 a 100 mil	Média	0,1	6,5	1,9	11,7	6,3
	Mediana	-	-	-	1,1	-
	Desvio Padrão	2,4	23,3	6,5	26,0	21,3
100.001 a 200 mil	Média	0,0	3,1	1,6	9,4	3,9
	Mediana	-	-	-	0,7	-
	Desvio Padrão	0,4	8,6	4,9	20,5	9,1
200.001 a 400 mil	Média	0,0	2,6	2,5	6,8	4,2
	Mediana	-	-	-	0,8	0,1
	Desvio Padrão	0,3	7,3	11,2	12,0	9,3
mais de 400 mil	Média	0,1	0,7	0,1	6,5	2,0
	Mediana	-	-	-	1,3	-
	Desvio Padrão	0,4	1,7	0,4	14,6	5,3
Capitais	Média	11,5	4,0	0,0	10,4	0,8
	Mediana	-	-	-	1,1	-
	Desvio Padrão	58,4	16,2	0,1	17,8	2,4
Total	**Média**	**0,7**	**12,3**	**4,5**	**19,9**	**8,5**
	Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
	Desvio Padrão	**12,3**	**46,3**	**18,2**	**39,5**	**26,3**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 25 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas de capital vinculadas à saúde nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em Real (R$) *per capita* -Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
até 5 mil	Média	0,0	0,8	0,2	-	0,0	4,8	0,5	6,4
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,9	7,4	2,3	-	0,0	16,6	3,7	18,8
5.001 a 10 mil	Média	0,0	0,7	0,1	-	-	3,4	0,4	4,7
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,6	4,9	1,6	-	-	11,5	2,7	12,7
10.001 a 20 mil	Média	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	3,1	0,2	3,9
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,1	3,5	0,7	0,1	0,3	10,0	1,5	10,7
20.001 a 50 mil	Média	0,0	0,2	0,0	-	-	2,2	0,2	2,6
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,2	1,4	0,4	-	-	8,5	1,6	8,9
50.001 a 100 mil	Média	0,0	0,3	0,1	0,0	-	2,0	0,2	2,5
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,0	2,4	0,4	0,1	-	6,7	0,7	7,1
100.001 a 200 mil	Média	0,1	0,1	0,1	-	-	1,2	0,1	1,5
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,5	0,5	0,4	-	-	2,9	0,3	3,2
200.001 a 400 mil	Média	-	0,0	0,0	-	-	1,0	0,2	1,3
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	-	0,2	0,1	-	-	2,6	1,0	2,9
mais de 400 mil	Média	0,3	0,0	-	-	-	0,7	0,0	1,1
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	0,3
	Desvio Padrão	1,4	0,2	-	-	-	1,1	0,1	1,7
Capitais	Média	0,0	0,1	0,0	-	-	0,5	0,0	0,6
	Mediana	-	-	-	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,2	0,4	0,0	-	-	1,2	0,0	1,2
Total	**Média**	**0,0**	**0,5**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**3,3**	**0,3**	**4,3**
	Mediana	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
	Desvio Padrão	**0,5**	**4,8**	**1,5**	**0,0**	**0,2**	**11,8**	**2,5**	**13,1**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 26 – Receitas estaduais - correntes, de capital e total - dos estados e DF por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Receitas correntes*	Receitas de Capital	Receitas totais*
CO	DF	3.110,5	89,4	3.199,9
	GO	739,7	38,2	777,8
	MT	985,4	14,8	1.000,2
	MS	1.025,8	94,6	1.120,4
	Total (sem DF)	**916,9**	**49,2**	**966,1**
	Total (com DF)	**1.465,3**	**59,2**	**1.524,6**
NE	AL	605,2	169,3	774,5
	BA	650,3	56,7	706,9
	CE	572,7	50,8	623,6
	MA	578,0	22,8	600,8
	PB	685,0	10,3	695,3
	PE	575,8	49,2	625,0
	PI	550,4	24,5	574,9
	RN	826,4	9,1	835,4
	SE	1.057,4	63,6	1.120,9
	Total	677,9	50,7	728,6
NO	AC	1.935,8	178,6	2.114,5
	AP	1.992,2	32,3	2.024,5
	AM	1.064,2	56,6	1.120,8
	PA	568,9	18,8	587,7
	RO	893,8	79,4	973,2
	RR	2.399,1	79,6	2.478,7
	TO	1.343,9	284,4	1.628,3
	Total	**1.456,9**	**104,2**	**1.561,1**
SE	ES	919,7	32,4	952,2
	MG	701,7	59,9	761,5
	RJ	1.155,3	34,0	1.189,3
	SP	1.069,1	30,0	1.099,2
	Total	**961,5**	**39,1**	**1.000,5**
SUL	PR	863,0	62,7	925,7
	RS	937,0	35,7	972,7
	SC	925,9	228,8	1.154,6
	Total	**908,6**	**109,1**	**1.017,7**
Total		**1.064,1**	**70,6**	**1.134,8**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada).

No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Nota: * Receitas com abatimentos das transferências informadas aos municípios.

Tabela 27 – Receitas dos estados e DF *per capita* relativas - corrente, de capital e total. Proporção dos valores observados nos estados e DF por região e UF em relação à média nacional - Brasil – 2002

Região	UF	Receitas correntes*	Receitas de Capital	Receitas totais*
CO	DF	292,3	126,6	282,0
	GO	69,5	54,1	68,5
	MT	92,6	21,0	88,1
	MS	96,4	134,0	98,7
	Total (sem DF)	**86,2**	**69,7**	**85,1**
	Total (com DF)	**137,7**	**83,9**	**134,4**
NE	AL	56,9	239,8	68,3
	BA	61,1	80,2	62,3
	CE	53,8	72,0	55,0
	MA	54,3	32,3	52,9
	PB	64,4	14,6	61,3
	PE	54,1	69,7	55,1
	PI	51,7	34,7	50,7
	RN	77,7	12,8	73,6
	SE	99,4	90,0	98,8
	Total	**63,7**	**71,8**	**64,2**
NO	AC	181,9	253,0	186,3
	AP	187,2	45,8	178,4
	AM	100,0	80,2	98,8
	PA	53,5	26,6	51,8
	RO	84,0	112,5	85,8
	RR	225,5	112,7	218,4
	TO	126,3	402,7	143,5
	Total	**136,9**	**147,6**	**137,6**
SE	ES	86,4	45,9	83,9
	MG	65,9	84,8	67,1
	RJ	108,6	48,2	104,8
	SP	100,5	42,5	96,9
	Total	**90,3**	**55,3**	**88,2**
SUL	PR	81,1	88,8	81,6
	RS	88,1	50,6	85,7
	SC	87,0	324,0	101,8
	Total	**85,4**	**154,5**	**89,7**
Total		**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada).

No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Nota: * Receitas com abatimentos das transferências informadas aos municípios.

Tabela 28 – Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	Receitas de Contribuições	Receita Patrimonial	Receita de Serviços	Tranf. Inst. Priv., do exterior e de pessoas	Convênios da União	Transf. da União*	T. Multigov.	Outras receitas**	Receitas correntes
CO	DF	44,9	3,4	0,5	0,2	0,1	2,06	48,3	-	0,5	100,0
	GO	65,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,98	21,9	10,2	1,7	100,0
	MT	59,8	4,7	0,2	0,1	-	1,91	25,1	-	7,8	100,0
	MS	52,7	11,2	0,5	1,8	5,6	3,02	16,3	7,4	1,5	100,0
	Total (sem DF)	**58,5**	**5,9**	**0,3**	**0,7**	**2,1**	**2,1**	**21,0**	**5,5**	**3,8**	**100,0**
	Total (com DF)	**51,3**	**4,6**	**0,4**	**0,5**	**1,1**	**2,06**	**35,5**	**2,6**	**2,0**	**100,0**
NE	AL	33,1	2,9	0,7	1,7	-	4,09	56,5	-	1,2	100,0
	BA	48,8	12,2	1,4	1,8	0,0	1,15	26,8	6,1	1,7	100,0
	CE	45,7	0,0	1,5	0,1	-	1,33	41,8	3,8	3,0	100,0
	MA	24,5	5,0	1,9	3,9	-	1,41	51,7	5,3	6,2	100,0
	PB	32,2	2,5	1,5	-	0,0	4,67	49,8	6,6	2,7	100,0
	PE	52,9	0,0	1,0	1,6	0,0	1,01	36,5	6,4	0,5	100,0
	PI	28,8	-	0,1	0,9	-	5,02	58,0	7,1	0,1	100,0
	RN	38,9	3,6	1,4	0,8	-	3,10	40,2	7,1	4,9	100,0
	SE	29,3	8,6	1,1	1,2	-	1,38	50,5	6,5	1,5	100,0
	Total	**36,6**	**4,3**	**1,2**	**1,3**	**0,0**	**2,52**	**45,7**	**5,6**	**2,5**	**100,0**
NO	AC	15,5	3,6	0,4	2,5	-	5,31	63,6	8,6	0,5	100,0
	AP	12,3	-	0,7	1,2	-	3,07	71,0	11,0	0,7	100,0
	AM	51,0	12,3	0,5	3,1	-	1,44	22,5	7,4	0,3	100,0
	PA	39,8	3,2	1,5	1,2	0,0	3,62	43,1	5,0	1,2	100,0
	RO	41,3	4,2	0,6	2,1	-	2,12	49,3	-	0,3	100,0
	RR	13,7	0,5	0,7	0,8	-	7,56	62,6	12,1	2,1	100,0
	TO	22,5	2,7	3,8	0,0	0,0	1,87	57,2	9,2	2,6	100,0
	Total	**22,7**	**3,0**	**1,1**	**1,5**	**0,0**	**4,17**	**57,3**	**8,9**	**1,2**	**100,0**

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	Receitas de Contribuições	Receita Patrimonial	Receita de Serviços	Tranf. Inst. Priv., do exterior e de pessoas	Convênios da União	Transf. da União*	T. Multigov.	Outras receitas**	Receitas correntes
SE	ES	70,8	0,1	0,4	0,0	-	1,00	19,1	7,8	0,8	100,0
	MG	66,9	4,4	0,9	1,2	0,5	0,37	16,3	9,1	0,3	100,0
	RJ	55,6	3,5	7,1	8,6	0,0	0,86	6,4	3,3	14,6	100,0
	SP	80,3	3,7	3,5	1,2	0,0	1,91	6,4	-	3,0	100,0
	Total	**68,2**	**2,9**	**3,4**	**3,1**	**0,1**	**1,10**	**11,3**	**4,5**	**5,5**	**100,0**
SUL	PR	56,9	1,4	2,8	4,9	0,1	0,73	18,1	7,6	7,4	100,0
	RS	64,7	6,7	2,5	1,5	0,0	0,79	19,1	-	4,5	100,0
	SC	65,0	-	1,0	0,3	-	-	24,5	8,7	0,5	100,0
	Total	**62,3**	**2,7**	**2,1**	**2,2**	**0,0**	**0,50**	**20,6**	**5,4**	**4,0**	**100,0**
Total		**41,3**	**3,6**	**1,4**	**1,5**	**0,2**	**2,63**	**40,7**	**6,0**	**2,5**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). Para o RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos, com abatimentos das transferências informadas aos municípios. ** Incluem as receitas agropecuárias, as receitas industriais, as oriundas de transferências intragovernamentais, de outros estados e de municípios e as receitas diversas.

Tabela 29 – Composição percentual das transferências correntes intergovernamentais legais nos estados e DF por região e UF - Brasil - 2002

Região	UF	Cota-parte do FPE e FPM**	T. compensatórias da União	T. devolutivas da União	SUS e serviços de saúde	Outras transf. da União setoriais	T. para pagamento de pessoal do DF**	Demais Transf. da União	T. dos estados e municípios	FUNDEF	Transf. Intergov.*
CO	DF	6,1	1,0	0,0	5,2	1,8	82,4	3,5	-	-	100,0
	GO	48,0	3,8	0,0	13,6	2,9	-	-	-	31,7	100,0
	MT	73,7	9,7	0,0	7,8	2,4	-	5,1	1,4	-	100,0
	MS	52,1	8,5	-	6,7	2,1	-	-	-	30,6	100,0
	Total (sem DF)	**58,1**	**7,4**	**0,0**	**9,3**	**2,5**	**-**	**1,7**	**0,5**	**20,5**	**100,0**
	Total (com DF)	**23,2**	**3,1**	**0,0**	**6,6**	**2,0**	**55,2**	**2,9**	**0,2**	**6,8**	**100,0**
NE	AL	87,7	2,7	-	7,4	0,8	-	1,3	0,0	-	100,0
	BA	66,1	6,5	-	5,7	3,9	-	-	-	17,7	100,0
	CE	72,1	3,1	-	10,0	1,2	-	-	5,8	7,9	100,0
	MA	78,8	3,5	-	0,9	0,5	-	7,0	-	9,3	100,0
	PB	74,0	0,9	-	9,0	4,2	-	0,2	0,0	11,7	100,0
	PE	69,7	2,6	-	9,3	2,3	-	1,6	0,0	14,5	100,0
	PI	86,9	1,0	-	0,6	0,6	-	-	-	10,9	100,0
	RN	77,0	1,4	-	3,1	3,7	-	-	-	14,8	100,0
	SE	77,9	0,8	-	2,3	1,0	-	6,8	-	11,3	100,0
	Total	**77,5**	**2,1**	**-**	**4,9**	**1,9**	**-**	**2,3**	**0,5**	**10,7**	**100,0**
NO	AC	84,6	0,3	-	3,3	0,2	-	-	-	11,6	100,0
	AP	83,3	1,4	0,0	1,6	0,4	-	-	-	13,2	100,0
	AM	55,1	6,6	0,0	10,0	2,0	-	0,0	4,3	22,0	100,0
	PA	68,7	10,6	0,0	6,8	1,1	-	0,2	2,7	9,8	100,0
	RO	93,2	1,4	0,0	1,9	3,1	-	0,4	-	-	100,0
	RR	82,4	0,2	0,0	1,2	0,2	-	-	-	16,0	100,0
	TO	84,1	0,2	-	0,5	1,2	-	0,0	-	13,9	100,0
	Total	**82,0**	**1,4**	**0,0**	**2,4**	**0,7**	**-**	**0,0**	**0,3**	**13,2**	**100,0**

Região	UF	Cota-parte do FPE e FPM**	T. compensatórias da União	T. devolutivas da União	SUS e serviços de saúde	Outras transf. da União setoriais	T. para pagamento de pessoal do DF**	Demais Transf. da União	T. dos estados e municípios	FUNDEF	Transf. Intergov.*
SE	ES	39,6	23,4	-	5,7	2,4	-	-	-	29,0	100,0
	MG	27,5	16,8	0,0	13,8	5,2	-	1,9	0,0	34,8	100,0
	RJ	19,3	16,0	0,0	12,7	18,2	-	0,0	-	33,8	100,0
	SP	7,9	45,8	0,0	-	41,8	-	4,5	0,0	-	100,0
	Total	**28,7**	**22,6**	**0,0**	**8,7**	**10,6**	**-**	**1,1**	**0,0**	**28,4**	**100,0**
SUL	PR	27,3	20,4	0,0	16,8	5,8	-	0,7	0,0	29,1	100,0
	RS	26,2	28,3	-	-	8,5	-	36,4	0,6	-	100,0
	SC	15,6	13,2	-	15,6	4,7	-	25,0	-	25,9	100,0
	Total	**21,9**	**19,3**	**0,0**	**12,0**	**6,0**	**-**	**20,2**	**0,2**	**20,4**	**100,0**
Total		**65,7**	**3,7**	**0,0**	**4,4**	**1,9**	**9,1**	**2,2**	**0,3**	**12,6**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Nota: * Receitas estaduais com abatimentos das transferências informadas aos municípios. ** Receitas exclusivas do DF.

As transferências compensatórias da União incluem o IPI-Exportação e os referentes à LC 87/96 (Lei Kandir); as devolutivas incluem o IOF-ouro e o ITR (fonte de receita somente para o DF); as outras transferências setoriais incluem as transferências para a área de saneamento, os recursos do FNAS e do FNDE (que contém a Cota-parte da contribuição do salário-educação). As transferências intergovernamentais totais incluem os serviços de saúde.

Tabela 30 – Principais componentes das receitas correntes dos estados e DF por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	T. compensatórias da União	Cota-parte do FPE e FPM**	SUS e serviços de saúde	FUNDEF
CO	DF	1.396,4	14,9	91,7	78,2	-
	GO	480,6	9,0	113,9	32,3	75,2
	MT	589,3	24,3	184,9	19,6	-
	MS	540,1	21,1	129,9	16,7	76,4
	Total (sem DF)	**536,7**	**18,1**	**142,9**	**22,8**	**50,5**
	Total (com DF)	**751,6**	**17,3**	**130,1**	**36,7**	**37,9**
NE	AL	200,1	9,1	300,7	25,4	-
	BA	317,6	14,5	147,2	12,8	39,5
	CE	262,0	8,5	200,1	27,7	22,0
	MA	141,8	11,5	259,6	2,9	30,6
	PB	220,3	3,5	286,0	34,9	45,3
	PE	304,9	6,6	178,2	23,8	37,1
	PI	158,4	3,7	311,2	2,1	39,1
	RN	321,2	5,4	305,7	12,3	58,7
	SE	309,4	4,5	469,9	13,9	68,2
	Total	**248,4**	**7,5**	**273,2**	**17,3**	**37,8**
NO	AC	299,7	4,8	1.216,6	47,9	166,8
	AP	245,8	24,0	1.378,9	26,5	218,7
	AM	542,8	23,6	196,7	35,8	78,5
	PA	226,6	30,5	197,7	19,7	28,2
	RO	369,6	6,3	410,5	8,4	-
	RR	329,7	3,6	1.492,8	21,3	290,1
	TO	302,5	2,1	750,5	4,6	123,7
	Total	**331,0**	**13,6**	**806,2**	**23,4**	**129,4**
SE	ES	651,2	57,8	97,8	14,0	71,8
	MG	469,4	30,8	50,7	25,4	64,0
	RJ	642,9	17,9	21,7	14,2	37,8
	SP	858,2	31,6	5,4	-	-
	Total	**655,4**	**34,5**	**43,9**	**13,4**	**43,4**
SUL	PR	491,5	46,1	61,4	37,7	65,5
	RS	605,9	51,0	47,2	-	-
	SC	601,6	40,9	48,3	48,4	80,6
	Total	**566,3**	**46,0**	**52,3**	**28,7**	**48,7**
Total		**440,0**	**18,8**	**331,7**	**22,4**	**63,6**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos, com abatimentos das transferências informadas aos municípios.
**** Receitas exclusivas do DF.**
As transferências compensatórias da União incluem o IPI-Exportação e os referentes à LC 87/96 (Lei Kandir).

Tabela 31 – Receitas dos estados e DF *per capita* relativas - arrecadação tributária própria, FPE/FPM, transferências compensatórias, SUS e FUNDEF. Proporção dos valores observados nos estados e DF por região e UF em relação à média nacional - Brasil - 2002

Região	UF	Arrecadação tributária própria*	T. compensatórias da União	Cota-parte do FPE e FPM**	SUS e serviços de saúde	FUNDEF
CO	DF	317,4	79,4	27,6	348,3	-
	GO	109,2	47,9	34,3	143,7	118,3
	MT	133,9	129,3	55,8	87,3	-
	MS	122,8	112,3	39,2	74,3	120,0
	Total (sem DF)	**122,0**	**96,5**	**43,1**	**101,7**	**79,4**
	Total (com DF)	**170,8**	**92,3**	**39,2**	**163,4**	**59,6**
NE	AL	45,5	48,6	90,7	113,1	-
	BA	72,2	76,9	44,4	56,9	62,1
	CE	59,5	45,1	60,3	123,2	34,6
	MA	32,2	61,1	78,3	12,9	48,0
	PB	50,1	18,5	86,2	155,3	71,2
	PE	69,3	35,0	53,7	105,9	58,3
	PI	36,0	19,4	93,8	9,3	61,4
	RN	73,0	28,6	92,2	54,8	92,2
	SE	70,3	24,1	141,7	61,8	107,2
	Total	**56,5**	**39,7**	**82,4**	**77,0**	**59,5**
NO	AC	68,1	25,7	366,8	213,2	262,2
	AP	55,9	127,4	415,7	118,2	343,7
	AM	123,4	125,8	59,3	159,6	123,5
	PA	51,5	162,3	59,6	87,7	44,3
	RO	84,0	33,2	123,8	37,3	-
	RR	74,9	19,0	450,1	94,7	456,1
	TO	68,8	11,2	226,3	20,4	194,4
	Total	**75,2**	**72,1**	**243,1**	**104,4**	**203,4**
SE	ES	148,0	307,4	29,5	62,2	112,8
	MG	106,7	164,1	15,3	112,9	100,6
	RJ	146,1	95,1	6,5	63,3	59,5
	SP	195,1	167,9	1,6	-	-
	Total	**149,0**	**183,6**	**13,2**	**59,6**	**68,2**
SUL	PR	111,7	245,0	18,5	168,2	102,9
	RS	137,7	271,5	14,2	-	-
	SC	136,7	217,8	14,6	215,6	126,6
	Total	**128,7**	**244,8**	**15,8**	**127,9**	**76,5**
Total		**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada).

No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Nota: * Inclui a arrecadação direta de impostos, taxas e contribuições de melhoria, a dívida ativa, multas e juros de mora de tributos, com abatimentos das transferências informadas aos municípios.

**** Receitas exclusivas do DF.**

As transferências compensatórias da União incluem o IPI-Exportação e os referentes à LC 87/96 (Lei Kandir).

Tabela 32 – Componentes das transferências correntes dos estados e DF de convênios por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Convênios da União vinculados à saúde*	Convênios da União não vinculados à saúde	Convênios dos estados vinculados à saúde	Convênios dos estados não vinculados à saúde	Transf. de Convênios
CO	DF	5,2	33,1	-	25,7	64,0
	GO	3,8	2,9	-	0,5	7,2
	MT	-	18,4	-	0,4	18,8
	MS	2,7	19,7	-	8,6	31,0
	Total (sem DF)	**2,2**	**13,7**	**-**	**3,2**	**19,0**
	Total (com DF)	**2,9**	**18,5**	**-**	**8,8**	**30,3**
NE	AL	1,9	22,7	-	0,1	24,8
	BA	0,0	7,2	-	0,2	7,5
	CE	1,2	6,1	-	0,3	7,6
	MA	8,1	-	-	-	8,1
	PB	2,3	29,7	-	-	32,0
	PE	0,2	5,6	-	-	5,8
	PI	19,3	-	-	8,3	27,6
	RN	0,2	25,4	-	-	25,6
	SE	3,2	11,4	-	-	14,6
	Total	**4,1**	**12,0**	**-**	**1,0**	**17,1**
NO	AC	-	102,9	-	-	102,9
	AP	6,4	54,7	-	-	61,2
	AM	-	15,4	-	-	15,4
	PA	0,4	20,2	-	-	20,6
	RO	3,2	15,7	-	-	18,9
	RR	8,4	173,1	-	-	181,5
	TO	0,8	24,4	-	-	25,2
	Total	**2,8**	**58,0**	**-**	**-**	**60,8**
SE	ES	1,3	7,9	-	0,1	9,2
	MG	0,3	1,9	0,1	0,3	2,6
	RJ	3,2	-	6,7	-	9,9
	SP	16,4	4,0	-	-	20,4
	Total	**5,3**	**3,4**	**1,7**	**0,1**	**10,5**
SUL	PR	0,0	4,6	-	1,6	6,3
	RS	-	-	-	-	-
	SC	-	-	-	-	-
	Total	**0,0**	**1,5**	**-**	**0,5**	**2,1**
Total		**3,3**	**22,5**	**0,2**	**1,7**	**27,7**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 33 – Componentes das receitas de capital vinculadas à saúde dos estados e DF por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Operações de Crédito destinadas à Saúde	T. da União	T. dos estados	T. dos municípios	T. de inst. privadas, do exterior e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados	Receita de capital total vinculada à saúde
CO	DF	-	-	-	-	-	-	-	-
	GO	-	-	-	-	-	-	-	-
	MT	-	0,0	-	-	-	-	-	0,0
	MS	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0
	Total (sem DF)	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**0,0**	**-**	**0,0**
	Total (com DF)	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**0,0**	**-**	**0,0**
NE	AL	-	-	-	-	-	-	-	-
	BA	-	0,2	-	-	-	3,3	-	3,5
	CE	-	-	-	-	-	1,3	-	1,3
	MA	-	-	-	-	-	-	-	-
	PB	-	-	-	-	-	-	-	-
	PE	-	-	-	-	-	6,2	-	6,2
	PI	-	-	-	-	-	-	-	-
	RN	-	-	-	-	-	1,3	-	1,3
	SE	-	-	-	-	-	0,5	-	0,5
	Total	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**1,4**	**-**	**1,4**
NO	AC	-	-	-	-	-	-	-	-
	AP	-	4,4	-	-	-	3,8	-	8,2
	AM	-	0,0	0,1	-	-	-	-	0,1
	PA	-	0,0	-	-	-	3,0	0,0	3,1
	RO	-	-	-	-	-	-	-	-
	RR	-	-	-	-	-	-	-	-
	TO	-	-	-	-	-	6,7	-	6,7
	Total	**-**	**0,6**	**0,0**	**-**	**-**	**1,9**	**0,0**	**2,6**
SE	ES	-	-	-	-	-	-	-	-
	MG	-	-	-	-	-	1,3	-	1,3
	RJ	-	-	-	-	-	-	-	-
	SP	-	0,3	-	-	-	0,0	-	0,3
	Total	-	0,1	-	-	-	0,3	-	0,4
SUL	PR	-	-	-	-	-	-	-	-
	RS	-	-	-	-	-	-	-	-
	SC	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Total		**-**	**0,2**	**0,0**	**-**	**-**	**1,0**	**0,0**	**1,2**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 34 – Municípios que informaram através do SIOPS não obter ingresso de receitas correntes vinculadas à saúde em 2002. Distribuição dos municípios (N., % na base) segundo receitas correntes específicas - Brasil - 2002

Receitas vinculadas à saúde	N.	% na base
Receitas municipais com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário		
Receita de remuneração de depósitos bancários de recursos vinculados - Fundo de Saúde	4.339	82,8
Transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas para programas de saúde	5.196	99,0
Convênios da União para o SUS	4.153	79,0
Transferências estaduais de recursos do SUS	4.542	86,0
Convênios dos estados para o SUS	4.611	88,0
Transferências municipais de recursos do SUS	5.167	98,6
Serviços de saúde	3.909	74,6
Transferências federais de recursos do SUS	10	0,2
PAB fixo e PAB-A	23	0,4
PAB variável	17	0,3
Transferências de Alta e Média complexidade (SIA/SIH)	4.680	89,3
Transferências do FAEC	4.921	93,9
Outros programas financiados por transferência "fundo a fundo"	1.911	36,5
Receitas municipais vinculadas à saúde na execução das despesas orçamentárias por determinação da EC 29/2000 e regulamentação complementar		
Impostos diretamente arrecadados	-	-
IPTU	152	2,9
ISS	3	0,1
ITBI	178	3,4
IRRF	70	1,3
Transferências intergovernamentais da União	-	-
FPM	-	-
ITR	43	0,8
Transferência Compensatória relacionada à LC 87/1996 (Lei Kandir)	28	0,5
Transferências intergovernamentais dos estados	-	-
ICMS	-	-
IPVA	110	2,1
IPI-Exportação	878	16,7
Outras receitas	286	5,5
Dívida ativa	1.533	29,2
Multas e juros de mora	1.738	33,2
Total	**5.242**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS. Elaboração própria.

Tabela 35 – Medidas de tendência central e dispersão das taxas mínimas de vinculação à saúde das receitas correntes Realizadas nos municípios agrupados por região e UF - em valores % - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência Central e Dispersão	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais
CO	GO	Média	7,4	11,2	18,6
		Mediana	6,4	11,4	18,1
		Desvio padrão	4,0	1,5	3,5
	MT	Média	6,8	10,6	17,4
		Mediana	5,9	10,8	17,1
		Desvio padrão	3,9	1,5	3,3
	MS	Média	6,2	10,5	16,7
		Mediana	4,7	10,3	15,9
		Desvio padrão	4,1	1,3	3,9
	Total	**Média**	**7,0**	**10,9**	**17,9**
		Mediana	**6,0**	**11,0**	**17,3**
		Desvio padrão	**4,0**	**1,5**	**3,6**
NE	AL	Média	9,8	8,8	18,6
		Mediana	8,6	8,8	17,7
		Desvio padrão	4,5	1,2	4,2
	BA	Média	7,3	9,4	16,7
		Mediana	6,2	9,4	15,8
		Desvio padrão	4,2	1,2	4,0
	CE	Média	9,8	9,0	18,8
		Mediana	8,6	9,0	17,7
		Desvio padrão	4,9	1,1	4,3
	MA	Média	10,7	8,2	18,9
		Mediana	8,2	8,2	16,5
		Desvio padrão	7,7	1,4	6,8
	PB	Média	7,8	10,3	18,1
		Mediana	7,3	10,2	17,6
		Desvio padrão	3,7	1,4	3,0
	PE	Média	9,3	9,1	18,4
		Mediana	8,9	9,1	17,8
		Desvio padrão	4,0	1,1	3,8
	PI	Média	8,9	9,7	18,6
		Mediana	8,6	9,7	18,2
		Desvio padrão	3,5	1,1	3,2
	RN	Média	7,5	9,5	17,0
		Mediana	6,9	9,5	16,6
		Desvio padrão	3,7	1,5	3,5
	SE	Média	6,5	9,4	15,9
		Mediana	6,5	9,4	15,7
		Desvio padrão	2,8	1,7	3,0
	Total	**Média**	**8,5**	**9,3**	**17,8**
		Mediana	**7,5**	**9,3**	**17,1**
		Desvio padrão	**4,7**	**1,4**	**4,2**

Região	UF	Tendência Central e Dispersão	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais
NO	AC	Média	8,5	8,1	16,6
		Mediana	8,4	7,9	16,7
		Desvio padrão	3,9	1,6	3,5
	AP	Média	6,1	10,1	16,3
		Mediana	5,8	10,4	16,8
		Desvio padrão	3,3	2,1	3,5
	AM	Média	7,0	10,3	17,2
		Mediana	6,2	10,2	16,7
		Desvio padrão	3,2	1,1	2,8
	PA	Média	10,5	8,3	18,9
		Mediana	9,1	8,2	17,9
		Desvio padrão	5,7	1,5	5,5
	RO	Média	11,7	9,0	20,7
		Mediana	11,3	9,0	19,8
		Desvio padrão	4,4	1,0	4,8
	RR	Média	14,3	9,8	24,1
		Mediana	13,2	9,8	24,6
		Desvio padrão	8,1	2,9	7,6
	TO	Média	7,9	10,4	18,4
		Mediana	6,4	10,8	17,2
		Desvio padrão	4,5	1,7	3,9
	Total	**Média**	**9,3**	**9,4**	**18,7**
		Mediana	**8,0**	**9,3**	**17,7**
		Desvio padrão	**5,2**	**1,8**	**4,9**
SE	ES	Média	7,4	10,5	17,9
		Mediana	7,1	10,6	17,7
		Desvio padrão	3,2	1,0	3,2
	MG	Média	6,1	11,3	17,3
		Mediana	5,0	11,5	16,6
		Desvio padrão	4,2	1,2	3,6
	RJ	Média	8,2	9,3	17,6
		Mediana	5,6	9,3	15,5
		Desvio padrão	8,0	1,8	7,5
	SP	Média	4,6	11,3	15,9
		Mediana	3,6	11,2	15,2
		Desvio padrão	3,4	1,3	3,1
	Total	**Média**	**5,7**	**11,1**	**16,8**
		Mediana	**4,7**	**11,3**	**16,2**
		Desvio padrão	**4,3**	**1,4**	**3,8**

Região	UF	Tendência Central e Dispersão	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais
SUL	PR	Média	5,5	10,8	16,3
		Mediana	4,9	11,0	16,3
		Desvio padrão	3,2	1,5	3,3
	RS	Média	4,5	11,1	15,6
		Mediana	4,0	11,1	15,3
		Desvio padrão	3,0	1,3	2,8
	SC	Média	5,5	11,4	16,9
		Mediana	4,9	11,4	16,8
		Desvio padrão	2,8	1,2	2,5
	Total	**Média**	**5,1**	**11,1**	**16,2**
		Mediana	**4,5**	**11,2**	**16,0**
		Desvio padrão	**3,0**	**1,4**	**2,9**
Total		**Média**	**6,8**	**10,4**	**17,2**
		Mediana	**5,7**	**10,6**	**16,6**
		Desvio padrão	**4,5**	**1,6**	**3,9**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 36 – Medidas de tendência central e dispersão receitas correntes vinculadas à saúde nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário	Receitas vinculadas à saúde pela EC 29 (com 15% de vinculação)	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
CO	GO	Média	54,2	96,4	150,6
		Mediana	48,7	82,2	135,0
		Desvio Padrão	25,6	55,3	66,9
	MT	Média	53,0	101,8	154,9
		Mediana	47,6	81,3	134,7
		Desvio Padrão	26,3	71,9	76,2
	MS	Média	47,7	90,8	138,5
		Mediana	39,0	79,5	130,9
		Desvio Padrão	27,1	38,2	46,0
	Total	**Média**	**52,7**	**97,1**	**149,8**
		Mediana	**47,5**	**81,4**	**134,0**
		Desvio Padrão	**26,1**	**58,7**	**67,0**
NE	AL	Média	50,7	48,9	99,6
		Mediana	45,0	41,8	92,6
		Desvio Padrão	21,0	19,6	31,5
	BA	Média	35,4	49,5	85,0
		Mediana	30,1	43,8	76,4
		Desvio Padrão	20,1	33,8	40,3
	CE	Média	47,4	44,4	91,8
		Mediana	41,5	43,6	86,1
		Desvio Padrão	27,3	13,8	30,4
	MA	Média	45,0	36,2	81,2
		Mediana	33,2	33,4	71,0
		Desvio Padrão	35,4	13,0	36,4
	PB	Média	43,0	67,3	110,3
		Mediana	40,8	52,0	95,5
		Desvio Padrão	15,3	41,4	46,6
	PE	Média	41,5	43,9	85,4
		Mediana	38,4	40,5	81,2
		Desvio Padrão	16,5	21,9	27,0
	PI	Média	44,0	52,1	96,0
		Mediana	42,0	48,9	90,4
		Desvio Padrão	19,4	22,7	33,6
	RN	Média	47,4	69,4	116,7
		Mediana	44,6	57,4	106,7
		Desvio Padrão	19,2	36,4	43,4
	SE	Média	38,0	67,3	105,3
		Mediana	36,8	49,2	87,3
		Desvio Padrão	11,5	45,5	50,4
	Total	**Média**	**42,4**	**52,2**	**94,6**
		Mediana	**38,8**	**44,0**	**85,5**
		Desvio Padrão	**22,3**	**31,4**	**39,9**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário	Receitas vinculadas à saúde pela EC 29 (com 15% de vinculação)	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
NO	AC	Média	53,9	48,4	102,2
		Mediana	33,1	42,6	79,1
		Desvio Padrão	38,7	22,1	56,0
	AP	Média	25,2	49,8	75,0
		Mediana	26,3	46,1	76,4
		Desvio Padrão	9,4	22,8	21,3
	AM	Média	34,6	54,2	88,8
		Mediana	27,6	49,3	80,2
		Desvio Padrão	17,4	24,9	32,7
	PA	Média	47,1	38,8	85,9
		Mediana	38,1	32,9	72,3
		Desvio Padrão	30,8	20,2	42,9
	RO	Média	59,3	47,4	106,7
		Mediana	56,4	44,4	104,8
		Desvio Padrão	23,6	19,3	37,1
	RR	Média	58,8	42,1	101,0
		Mediana	44,2	39,0	95,3
		Desvio Padrão	40,4	17,9	38,9
	TO	Média	52,1	79,9	132,0
		Mediana	43,6	65,5	122,9
		Desvio Padrão	29,9	45,2	56,0
	Total	**Média**	**48,0**	**54,6**	**102,6**
		Mediana	**40,7**	**44,3**	**88,4**
		Desvio Padrão	**29,7**	**34,1**	**49,1**
SE	ES	Média	46,9	68,5	115,3
		Mediana	44,3	65,6	110,6
		Desvio Padrão	20,7	23,2	35,0
	MG	Média	36,4	78,1	114,4
		Mediana	32,6	63,9	101,2
		Desvio Padrão	22,2	44,8	51,4
	RJ	Média	66,5	93,6	160,1
		Mediana	52,9	80,8	147,0
		Desvio Padrão	63,5	51,8	78,9
	SP	Média	39,7	109,6	149,3
		Mediana	35,5	89,2	130,0
		Desvio Padrão	26,1	65,4	73,6
	Total	**Média**	**39,7**	**90,8**	**130,5**
		Mediana	**34,5**	**75,5**	**113,5**
		Desvio Padrão	**28,0**	**55,7**	**64,5**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário	Receitas vinculadas à saúde pela EC 29 (com 15% de vinculação)	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
SUL	PR	Média	40,7	85,1	125,8
		Mediana	37,6	74,9	118,2
		Desvio Padrão	22,7	35,2	45,8
	RS	Média	39,7	107,5	147,3
		Mediana	32,6	90,2	130,5
		Desvio Padrão	25,7	52,4	63,6
	SC	Média	42,4	96,9	139,3
		Mediana	39,8	84,0	124,1
		Desvio Padrão	19,6	44,0	52,2
	Total	**Média**	**40,7**	**97,6**	**138,3**
		Mediana	**36,7**	**83,9**	**124,0**
		Desvio Padrão	**23,4**	**46,3**	**56,3**
Total		**Média**	**42,4**	**78,2**	**120,6**
		Mediana	**37,8**	**64,0**	**105,2**
		Desvio Padrão	**25,5**	**50,4**	**58,7**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 37 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas correntes com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receita patrimonial	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
CO	GO	Média	0,0	2,8	11,0	27,7	3,0	0,1	1,5	0,3	0,7	0,0	6,7	0,5
		Mediana	-	-	10,0	27,4	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,2	8,3	2,3	12,8	12,6	1,3	3,5	2,5	8,2	0,3	13,4	4,4
	MT	Média	0,0	5,1	11,6	25,3	0,6	0,3	1,6	2,5	0,9	0,0	4,7	0,4
		Mediana	-	-	10,2	23,3	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	11,0	3,4	14,1	7,4	1,5	3,0	6,3	5,7	0,0	11,1	3,0
	MS	Média	0,2	3,4	10,1	17,6	5,8	0,3	0,9	1,5	2,7	0,0	4,1	1,2
		Mediana	-	-	9,9	16,5	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,6	7,5	1,6	7,7	17,3	1,5	2,7	3,7	14,0	0,0	9,5	3,2
	Total	**Média**	**0,0**	**3,6**	**11,0**	**25,1**	**2,7**	**0,2**	**1,4**	**1,2**	**1,1**	**0,0**	**5,6**	**0,6**
		Mediana	**-**	**-**	**10,0**	**24,7**	**-**	**-**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,3**	**9,1**	**2,6**	**13,0**	**12,3**	**1,4**	**3,2**	**4,3**	**8,9**	**0,2**	**12,1**	**3,8**
NE	AL	Média	0,0	0,2	10,8	27,5	6,7	0,2	1,1	0,9	0,0	0,1	2,8	0,2
		Mediana	-	-	10,2	28,6	-	-	0,2	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	2,2	1,6	7,9	18,1	1,3	2,1	3,1	0,2	0,9	9,3	1,1
	BA	Média	0,0	5,0	10,1	14,2	2,6	0,0	0,4	0,2	0,1	-	2,3	0,5
		Mediana	-	-	9,9	11,1	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	11,3	1,4	8,2	12,7	0,4	1,2	1,2	1,4	-	8,5	2,5
	CE	Média	0,1	5,4	10,7	20,3	7,6	0,4	0,7	0,1	0,1	-	1,7	0,2
		Mediana	-	0,2	9,9	21,0	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,4	7,2	2,1	6,4	23,7	1,9	2,2	0,7	2,0	-	5,2	2,0
	MA	Média	0,0	1,0	10,6	18,0	12,3	0,5	1,0	0,0	-	-	1,4	0,2
		Mediana	-	-	10,0	15,1	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	4,7	2,3	21,4	26,8	2,0	2,7	0,0	-	-	4,3	1,0

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receita patrimonial	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
NE	PB	Média	0,0	0,6	11,2	27,2	2,1	0,0	0,7	0,0	-	-	0,9	0,3
		Mediana	-	-	10,2	27,5	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,0	2,8	2,0	9,9	11,6	0,4	1,9	0,0	-	-	3,7	2,5
	PE	Média	0,0	4,6	11,0	19,7	3,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	1,7	0,1
		Mediana	-	0,5	10,0	19,4	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,3	6,7	1,8	7,3	13,5	0,2	1,5	0,2	0,3	0,0	5,1	0,3
	PI	Média	0,0	0,2	11,5	28,3	0,5	0,1	0,8	0,1	0,1	0,0	2,1	0,2
		Mediana	-	-	10,3	28,1	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,2	1,8	2,4	7,7	7,5	1,0	2,2	1,3	1,7	0,0	15,5	1,6
	RN	Média	0,0	3,3	10,7	26,5	2,2	0,0	0,9	0,3	0,1	-	2,9	0,3
		Mediana	-	-	10,0	26,7	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	10,5	1,8	9,8	9,8	0,4	2,1	2,2	1,2	-	9,0	2,1
	SE	Média	0,0	0,1	10,5	24,5	1,2	0,1	0,8	0,1	0,0	-	0,7	-
		Mediana	-	-	9,9	24,9	-	-	0,4	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	0,5	1,7	7,6	7,6	0,9	1,2	0,7	0,1	-	2,0	-
	Total	**Média**	**0,0**	**2,8**	**10,7**	**21,5**	**4,1**	**0,1**	**0,7**	**0,2**	**0,1**	**0,0**	**1,9**	**0,3**
		Mediana	**-**	**-**	**10,0**	**21,5**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,2**	**7,8**	**1,9**	**11,6**	**16,0**	**1,1**	**1,9**	**1,3**	**1,2**	**0,2**	**8,3**	**1,9**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receita patrimonial	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
NO	AC	Média	0,4	-	8,6	39,7	0,2	0,0	0,2	0,1	-	-	4,0	0,6
		Mediana	-	-	9,7	21,7	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	1,3	-	3,7	38,9	0,9	0,2	0,7	0,3	-	-	10,1	2,6
	AP	Média	0,0	0,3	11,2	11,7	1,0	-	0,7	0,0	-	-	0,3	-
		Mediana	-	-	9,9	13,6	-	-	0,2	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	0,8	5,0	5,6	3,8	-	1,6	0,0	-	-	1,1	-
	AM	Média	0,0	0,1	10,0	21,0	1,5	0,0	1,2	-	0,3	-	0,4	-
		Mediana	-	-	9,8	15,1	-	-	0,3	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,2	0,5	0,7	15,5	4,1	0,0	2,3	-	2,4	-	2,1	-
	PA	Média	0,0	1,9	10,1	14,1	11,6	0,6	0,8	0,3	0,0	0,1	2,7	4,9
		Mediana	-	-	9,9	12,5	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	6,4	1,4	7,3	18,4	3,5	2,0	0,8	0,0	0,7	7,7	21,5
	RO	Média	0,3	9,0	11,1	18,1	14,0	0,0	0,6	0,0	-	-	6,0	0,2
		Mediana	-	-	10,1	16,1	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,9	12,6	2,3	8,0	22,6	0,1	1,2	0,2	-	-	14,9	0,7
	RR	Média	0,0	0,0	10,0	35,1	1,9	-	0,3	1,6	-	0,0	9,8	-
		Mediana	-	-	9,8	30,6	-	-	0,0	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,1	0,0	0,9	21,3	7,4	-	1,0	6,2	-	0,1	38,0	-
	TO	Média	0,0	1,3	10,9	30,1	2,0	0,1	1,3	0,1	0,3	0,2	5,0	0,8
		Mediana	-	-	10,0	28,3	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,0	6,1	2,5	16,6	6,9	0,8	3,5	1,2	2,9	1,9	17,0	4,9
	Total	**Média**	**0,1**	**2,0**	**10,4**	**22,3**	**6,2**	**0,2**	**0,9**	**0,2**	**0,1**	**0,1**	**3,6**	**1,9**
		Mediana	**-**	**-**	**9,9**	**16,7**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,5**	**6,8**	**2,3**	**17,7**	**14,4**	**2,1**	**2,4**	**1,5**	**1,8**	**1,1**	**13,8**	**12,7**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receita patrimonial	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
SE	ES	Média	0,2	0,9	9,9	21,0	11,1	0,2	0,8	0,2	-	0,0	1,9	0,6
		Mediana	-	-	9,9	22,9	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	1,2	2,8	0,8	10,6	14,2	1,8	1,3	0,9	-	0,0	6,6	2,3
	MG	Média	0,0	2,3	11,2	15,7	3,7	0,3	0,8	0,1	0,1	0,0	1,8	0,2
		Mediana	-	-	10,2	15,0	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,3	6,5	2,9	9,9	16,4	1,5	1,6	1,4	1,7	0,4	6,6	1,4
	RJ	Média	0,3	4,6	10,3	18,7	26,3	0,9	1,1	0,5	-	0,0	3,4	0,3
		Mediana	-	-	9,9	15,3	-	-	-	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	1,3	9,8	1,2	12,4	65,1	3,1	3,0	2,9	-	0,2	8,5	2,6
	SP	Média	0,2	1,4	10,9	11,7	9,6	0,4	0,8	0,9	0,2	0,0	1,2	2,4
		Mediana	-	-	10,1	5,8	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,6	4,7	2,0	11,9	19,7	2,6	2,8	4,9	2,3	0,5	4,8	7,1
	Total	**Média**	**0,1**	**2,0**	**11,0**	**14,5**	**7,5**	**0,4**	**0,8**	**0,5**	**0,1**	**0,0**	**1,7**	**1,1**
		Mediana	**-**	**-**	**10,1**	**12,3**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**0,6**	**6,0**	**2,4**	**11,2**	**23,2**	**2,1**	**2,2**	**3,3**	**1,9**	**0,4**	**6,1**	**4,7**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Receita patrimonial	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
SUL	PR	Média	0,1	3,1	13,6	17,9	2,4	0,3	0,9	0,3	0,1	0,0	1,6	0,5
		Mediana	-	-	13,1	18,1	-	-	0,1	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,4	7,4	3,3	11,4	14,3	1,5	1,8	2,7	2,0	0,0	5,5	3,0
	RS	Média	1,0	1,5	10,2	12,9	1,9	0,0	0,5	7,6	0,4	0,0	1,1	2,7
		Mediana	0,1	-	10,0	6,8	-	-	0,2	3,8	-	-	-	-
		Desvio Padrão	5,1	5,2	0,7	13,4	14,1	0,5	1,0	10,7	2,8	0,7	4,5	7,5
	SC	Média	0,2	1,1	10,5	23,8	3,6	0,2	1,3	0,4	0,0	0,0	1,2	0,2
		Mediana	-	-	10,1	23,6	-	-	0,2	-	-	-	-	-
		Desvio Padrão	0,6	4,0	1,6	13,6	14,3	1,0	2,1	1,2	0,1	0,3	6,5	1,3
	Total	**Média**	**0,5**	**1,9**	**11,3**	**17,2**	**2,5**	**0,2**	**0,8**	**3,4**	**0,2**	**0,0**	**1,3**	**1,4**
		Mediana	**-**	**-**	**10,2**	**15,3**	**-**	**-**	**0,2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**3,4**	**5,8**	**2,6**	**13,6**	**14,2**	**1,0**	**1,6**	**8,0**	**2,1**	**0,5**	**5,4**	**5,4**
Total		**Média**	**0,2**	**2,4**	**10,9**	**18,7**	**4,8**	**0,2**	**0,8**	**1,1**	**0,2**	**0,0**	**2,1**	**0,9**
		Mediana	**-**	**-**	**10,0**	**17,7**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
		Desvio Padrão	**1,6**	**6,9**	**2,4**	**13,0**	**18,0**	**1,6**	**2,1**	**4,7**	**3,1**	**0,5**	**8,1**	**5,2**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 38 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29 (aplicado 15% de vinculação) nos municípios agrupados por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Tendência central e dispersão	Impostos	Transf. da União	Transf. dos estados	Dívida ativa, multas e juros de impostos
CO	GO	Média	6,3	59,3	30,2	0,6
		Mediana	4,7	49,3	24,1	0,0
		Desvio Padrão	9,8	40,1	26,4	2,8
	MT	Média	8,2	52,7	40,1	0,9
		Mediana	6,2	35,7	28,1	0,5
		Desvio Padrão	6,8	40,3	43,0	0,9
	MS	Média	8,3	43,6	37,3	1,6
		Mediana	6,1	38,6	29,6	1,0
		Desvio Padrão	6,3	17,8	22,1	3,3
	Total	**Média**	**7,3**	**54,4**	**34,6**	**0,9**
		Mediana	**5,3**	**42,6**	**25,9**	**0,3**
		Desvio Padrão	**8,4**	**37,6**	**32,3**	**2,5**
NE	AL	Média	1,8	38,3	8,6	0,1
		Mediana	1,2	34,3	6,4	0,0
		Desvio Padrão	1,8	15,9	8,5	0,4
	BA	Média	2,9	33,7	12,5	0,4
		Mediana	1,7	33,4	8,1	0,1
		Desvio Padrão	4,9	10,9	25,1	3,4
	CE	Média	2,2	31,9	10,2	0,1
		Mediana	1,8	31,8	8,3	0,0
		Desvio Padrão	1,6	9,3	6,9	0,2
	MA	Média	1,5	31,1	3,5	0,0
		Mediana	1,3	29,3	2,6	-
		Desvio Padrão	1,4	11,5	3,0	0,3
	PB	Média	2,1	56,3	8,7	0,2
		Mediana	1,6	43,2	6,7	-
		Desvio Padrão	1,7	36,7	6,3	1,1
	PE	Média	2,4	31,8	9,5	0,2
		Mediana	1,6	31,6	5,1	0,1
		Desvio Padrão	3,3	10,4	15,8	0,5
	PI	Média	1,9	46,1	4,1	0,0
		Mediana	1,6	43,9	3,1	-
		Desvio Padrão	1,2	22,1	4,4	0,2
	RN	Média	2,6	55,5	11,2	0,1
		Mediana	1,7	44,0	8,0	-
		Desvio Padrão	3,8	31,8	13,1	0,2
	SE	Média	3,5	43,0	20,6	0,2
		Mediana	1,9	33,6	11,8	0,0
		Desvio Padrão	5,1	25,8	29,1	0,8
	Total	**Média**	**2,3**	**40,0**	**9,6**	**0,2**
		Mediana	**1,6**	**34,3**	**6,8**	**0,0**
		Desvio Padrão	**3,3**	**22,7**	**16,4**	**1,8**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Impostos	Transf. da União	Transf. dos estados	Dívida ativa, multas e juros de impostos
NO	AC	Média	1,7	33,4	13,1	0,1
		Mediana	1,2	28,1	11,7	-
		Desvio Padrão	1,5	16,6	5,9	0,3
	AP	Média	2,8	35,6	11,3	0,1
		Mediana	2,5	27,4	9,6	-
		Desvio Padrão	1,6	20,1	6,0	0,2
	AM	Média	2,5	27,8	23,9	0,1
		Mediana	1,9	28,1	20,0	-
		Desvio Padrão	2,6	7,8	19,5	0,3
	PA	Média	3,2	25,4	10,0	0,2
		Mediana	1,5	23,6	7,5	0,0
		Desvio Padrão	6,8	8,9	11,3	1,0
	RO	Média	2,8	26,1	17,8	0,7
		Mediana	2,4	23,3	17,1	0,5
		Desvio Padrão	1,7	13,3	8,7	0,7
	RR	Média	4,6	23,8	13,6	0,0
		Mediana	3,5	22,4	12,0	-
		Desvio Padrão	3,0	12,1	12,0	0,2
	TO	Média	4,5	61,6	13,6	0,1
		Mediana	2,9	49,0	11,5	-
		Desvio Padrão	6,3	40,6	11,1	0,7
	Total	**Média**	**3,4**	**36,8**	**14,2**	**0,2**
		Mediana	**2,1**	**27,4**	**11,2**	**-**
		Desvio Padrão	**5,3**	**28,1**	**13,0**	**0,7**
SE	ES	Média	5,2	32,0	30,5	0,8
		Mediana	2,7	32,4	27,8	0,5
		Desvio Padrão	7,4	9,9	16,0	1,0
	MG	Média	3,5	52,6	21,4	0,7
		Mediana	2,3	41,6	16,2	0,3
		Desvio Padrão	3,9	33,1	24,1	1,1
	RJ	Média	12,7	22,0	54,5	4,3
		Mediana	6,5	22,4	41,1	1,9
		Desvio Padrão	15,6	10,3	40,3	12,6
	SP	Média	11,7	49,7	45,1	3,0
		Mediana	7,1	35,5	37,3	2,1
		Desvio Padrão	15,1	41,1	40,8	3,9
	Total	**Média**	**7,2**	**48,9**	**32,8**	**1,8**
		Mediana	**4,0**	**37,1**	**24,6**	**0,9**
		Desvio Padrão	**11,3**	**35,9**	**34,5**	**4,0**

Região	UF	Tendência central e dispersão	Impostos	Transf. da União	Transf. dos estados	Dívida ativa, multas e juros de impostos
SUL	PR	Média	5,2	52,0	26,5	1,4
		Mediana	4,0	42,6	23,0	1,0
		Desvio Padrão	4,6	30,1	15,0	1,5
	RS	Média	6,1	61,8	38,0	1,6
		Mediana	4,4	50,3	31,5	1,1
		Desvio Padrão	7,6	38,5	23,7	2,1
	SC	Média	6,1	53,5	35,7	1,6
		Mediana	4,0	40,4	32,5	0,9
		Desvio Padrão	7,5	34,1	17,0	2,9
	Total	**Média**	**5,9**	**56,5**	**33,7**	**1,5**
		Mediana	**4,2**	**44,4**	**28,5**	**1,0**
		Desvio Padrão	**6,7**	**35,1**	**20,2**	**2,2**
Total		**Média**	**5,1**	**47,5**	**24,6**	**1,0**
		Mediana	**2,9**	**36,6**	**18,1**	**0,3**
		Desvio Padrão	**8,1**	**32,5**	**27,7**	**2,8**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 39 – Medidas de tendência central e dispersão das taxas mínimas de vinculação à saúde das receitas correntes realizadas nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em valores % - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência Central e Dispersão	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes municipais
até 5 mil	Média	4,5	11,8	16,3
	Mediana	4,3	11,9	16,2
	Desvio padrão	2,4	1,2	2,3
5.001 a 10 mil	Média	6,1	10,6	16,7
	Mediana	5,8	10,7	16,6
	Desvio padrão	3,2	1,4	3,1
10.001 a 20 mil	Média	7,0	10,0	17,0
	Mediana	6,4	10,0	16,6
	Desvio padrão	3,6	1,3	3,4
20.001 a 50 mil	Média	8,1	9,5	17,6
	Mediana	7,1	9,4	16,7
	Desvio padrão	5,1	1,6	4,5
50.001 a 100 mil	Média	10,1	9,4	19,5
	Mediana	8,1	9,5	17,9
	Desvio padrão	6,7	1,6	5,9
100.001 a 200 mil	Média	11,7	9,5	21,2
	Mediana	9,7	9,5	19,8
	Desvio padrão	8,0	1,8	6,9
200.001 a 400 mil	Média	11,4	9,8	21,2
	Mediana	10,0	9,8	20,1
	Desvio padrão	7,9	1,6	7,0
mais de 400 mil	Média	12,2	10,1	22,3
	Mediana	10,3	10,5	20,8
	Desvio padrão	7,4	1,9	5,8
Capitais	Média	13,2	10,3	23,4
	Mediana	15,1	10,0	24,4
	Desvio padrão	7,9	1,3	6,9
Total	**Média**	**6,8**	**10,4**	**17,2**
	Mediana	**5,7**	**10,6**	**16,6**
	Desvio padrão	**4,5**	**1,6**	**3,9**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 40 - Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas correntes com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Receita patrimonia	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
até 5 mil	Média	0,3	1,4	11,3	25,9	0,1	0,0	0,8	2,3	0,2	0,0	2,9	1,6
	Mediana	-	-	10,2	26,2	-	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	2,8	5,5	2,8	16,8	1,0	0,6	2,0	7,8	3,9	0,8	11,0	8,0
5.001 a 10 mil	Média	0,1	2,4	11,2	20,1	0,5	0,1	0,9	0,9	0,4	0,0	2,1	0,8
	Mediana	-	-	10,1	20,4	-	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,5	7,7	2,5	12,0	4,5	0,6	2,3	3,8	3,7	0,3	8,0	5,3
10.001 a 20 mil	Média	0,1	3,0	10,9	17,2	2,3	0,1	0,7	0,5	0,2	0,0	2,1	0,7
	Mediana	-	-	10,0	16,5	-	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	1,6	7,2	2,2	10,3	11,7	1,6	2,3	2,6	2,8	0,2	7,6	3,5
20.001 a 50 mil	Média	0,1	2,9	10,6	14,2	7,5	0,2	0,8	0,5	0,1	0,0	1,6	0,6
	Mediana	-	-	10,0	12,7	-	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,6	7,3	1,8	8,5	23,2	1,6	1,9	2,3	1,4	0,3	5,9	2,6
50.001 a 100 mil	Média	0,2	2,4	10,6	11,6	19,3	0,8	0,8	0,6	0,1	0,0	1,2	0,5
	Mediana	-	-	9,9	10,5	-	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	0,4	6,7	1,8	7,1	28,7	2,5	1,8	2,3	1,0	0,1	3,6	2,0
100.001 a 200 mil	Média	0,4	1,9	10,4	9,3	34,5	1,5	1,4	0,6	0,6	0,0	0,9	0,4
	Mediana	-	-	9,9	7,7	29,0	-	0,1	-	-	-	-	-
	Desvio Padrão	1,0	8,1	1,5	6,2	37,2	3,4	3,1	2,0	3,7	0,2	2,4	1,7
200.001 a 400 mil	Média	0,4	2,0	10,1	6,6	37,0	1,7	0,7	0,4	0,0	0,0	1,9	0,5
	Mediana	0,0	-	9,8	5,5	27,5	-	0,1	-	-	-	0,9	-
	Desvio Padrão	0,8	4,3	0,9	4,2	37,8	3,3	1,6	1,1	0,0	0,3	4,1	2,0
mais de 400 mil	Média	0,3	1,3	10,4	7,1	45,2	3,4	1,2	0,2	0,0	-	1,0	0,1
	Mediana	-	-	9,9	5,5	44,1	1,8	0,1	-	-	-	0,7	-
	Desvio Padrão	0,5	3,1	1,5	4,5	34,7	4,7	2,8	0,5	0,0	-	1,1	0,3

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Receita patrimonia	Serviços de Saúde	PAB fixo e PAB-A	PAB Variável	Alta e Média Compl.	FAEC	Out. Programas	T. dos estados	T. dos municípios	Transf. de inst.priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
Capitais	Média	0,1	2,0	10,6	11,1	52,7	4,3	0,6	0,2	-	0,0	1,0	0,1
	Mediana	-	-	9,9	9,7	53,6	3,5	0,0	-	-	-	0,6	-
	Desvio Padrão	0,2	6,1	1,9	5,8	52,0	5,0	1,3	0,7	-	0,1	1,3	0,4
Total	**Média**	**0,2**	**2,4**	**10,9**	**18,7**	**4,8**	**0,2**	**0,8**	**1,1**	**0,2**	**0,0**	**2,1**	**0,9**
	Mediana	**-**	**-**	**10,0**	**17,7**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
	Desvio Padrão	**1,6**	**6,9**	**2,4**	**13,0**	**18,0**	**1,6**	**2,1**	**4,7**	**3,1**	**0,5**	**8,1**	**5,2**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.
Nota: * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.

Tabela 41 – Medidas de tendência central e dispersão dos componentes das receitas correntes vinculadas à saúde pela EC 29 (aplicado 15% de vinculação) nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Classes de tamanho da população dos municípios e capitais	Tendência central e dispersão	Impostos	Transf. da União	Transf. dos estados	Dívida ativa, multas e juros de impostos
até 5 mil	Média	4,3	92,4	34,4	0,7
	Mediana	3,1	83,3	27,9	0,3
	Desvio Padrão	6,6	35,3	29,0	2,0
5.001 a 10 mil	Média	4,3	44,4	23,7	0,8
	Mediana	2,6	44,0	17,5	0,2
	Desvio Padrão	8,1	8,9	26,0	2,4
10.001 a 20 mil	Média	3,9	34,3	18,8	0,8
	Mediana	2,4	34,1	12,4	0,2
	Desvio Padrão	4,9	4,7	19,6	1,8
20.001 a 50 mil	Média	5,2	25,7	19,3	1,2
	Mediana	2,6	25,5	12,3	0,3
	Desvio Padrão	8,3	4,0	25,0	2,9
50.001 a 100 mil	Média	8,9	18,0	23,7	2,0
	Mediana	5,4	17,8	18,5	1,2
	Desvio Padrão	11,2	2,9	48,2	3,0
100.001 a 200 mil	Média	12,1	15,3	29,6	2,9
	Mediana	8,9	14,7	23,3	2,2
	Desvio Padrão	11,7	3,0	30,5	3,1
200.001 a 400 mil	Média	16,0	11,4	29,5	3,1
	Mediana	12,8	11,3	23,1	2,5
	Desvio Padrão	14,5	2,7	23,8	2,7
mais de 400 mil	Média	21,6	5,9	33,3	8,2
	Mediana	20,0	5,9	32,6	3,9
	Desvio Padrão	17,3	1,6	22,3	21,6
Capitais	Média	22,8	20,3	23,4	3,4
	Mediana	16,1	14,8	22,1	2,1
	Desvio Padrão	16,6	17,7	12,6	2,4
Total	**Média**	**5,1**	**47,5**	**24,6**	**1,0**
	Mediana	**2,9**	**36,6**	**18,1**	**0,3**
	Desvio Padrão	**8,1**	**32,5**	**27,7**	**2,8**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Tabela 42 – Taxas mínimas de vinculação à saúde das receitas correntes dos estados e DF por região e UF - em valores % - Brasil - 2002

Região	UF	Taxa mínima de vinculação à saúde no ingresso orçamentário	Taxa mínima de vinculação à saúde estabelecida pela EC-29	Taxa mínima de vinculação à saúde das receitas correntes estaduais e do DF
CO	DF	10,3	6,2	16,5
	GO	5,0	9,8	14,8
	MT	2,0	9,6	11,6
	MS	1,9	7,9	9,8
	Total (sem DF)	**3,0**	**9,1**	**12,1**
	Total (com DF)	**4,8**	**8,4**	**13,2**
NE	AL	4,6	10,1	14,6
	BA	2,0	8,6	10,6
	CE	5,2	9,8	15,0
	MA	1,9	8,5	10,4
	PB	5,4	8,9	14,3
	PE	4,2	10,1	14,2
	PI	3,9	10,0	13,9
	RN	1,5	8,9	10,4
	SE	1,6	8,8	10,5
	Total	**3,4**	**9,3**	**12,7**
NO	AC	2,5	9,3	11,8
	AP	1,7	9,9	11,5
	AM	3,4	8,5	11,9
	PA	4,9	9,5	14,4
	RO	1,3	10,4	11,8
	RR	1,2	9,0	10,3
	TO	0,4	9,3	9,7
	Total	**2,2**	**9,4**	**11,6**
SE	ES	1,7	10,2	11,8
	MG	4,1	9,0	13,2
	RJ	2,1	6,8	9,0
	SP	1,5	9,6	11,2
	Total	**2,4**	**8,9**	**11,3**
SUL	PR	4,5	8,3	12,8
	RS	-	8,3	8,3
	SC	5,2	8,6	13,9
	Total (sem RS)	**4,8**	**8,5**	**13,3**
	Total (com RS)	**3,2**	**8,4**	**11,6**
Total		**3,1**	**9,0**	**12,1**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada).
No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Tabela 43 – Receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde por região e UF - em Real (R$) *per capita* – Brasil - 2002

Região	UF	Receitas com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário	Receitas vinculadas à saúde pela EC 29 (com 12% de vinculação)*	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
CO	DF	319,5	192,5	512,0
	GO	37,1	72,3	109,4
	MT	19,6	95,0	114,6
	MS	19,4	80,7	100,1
	Total (sem DF)	**25,4**	**82,6**	**108,0**
	Total (com DF)	**98,9**	**110,1**	**209,0**
NE	AL	27,7	60,8	88,5
	BA	12,9	55,8	68,8
	CE	29,6	56,4	86,0
	MA	11,0	48,9	59,9
	PB	37,2	61,1	98,3
	PE	23,9	58,1	82,0
	PI	21,4	55,2	76,7
	RN	12,5	73,7	86,2
	SE	17,1	93,5	110,6
	Total	**21,5**	**62,6**	**84,1**
NO	AC	47,9	181,0	228,8
	AP	33,0	196,9	229,8
	AM	35,9	90,7	126,6
	PA	27,9	54,1	82,0
	RO	11,8	93,4	105,1
	RR	29,6	216,9	246,6
	TO	5,4	124,7	130,2
	Total	**27,3**	**136,8**	**164,2**
SE	ES	15,3	93,7	108,9
	MG	29,0	63,3	92,3
	RJ	24,5	79,0	103,5
	SP	16,4	103,1	119,5
	Total	**21,3**	**84,8**	**106,1**
SUL	PR	38,4	71,7	110,2
	RS	-	77,4	77,4
	SC	48,4	80,0	128,4
	Total (sem RS)	**43,4**	**75,9**	**119,3**
	Total (com RS)	**28,9**	**76,4**	**105,3**
	Total	**35,3**	**93,7**	**129,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * As receitas de base estadual do DF vinculadas à saúde pela EC 29 possuem 12% de vinculação e as de base municipal 15%.

Tabela 44 – Componentes das receitas correntes dos estados e DF com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário por região e UF - em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Receita patrimonial	Alta e média comp. e Serviços de Saúde*	PAB Fixo	PAB Variável	FAEC	Outros Programas	T. para pagamento de pessoal de saúde**	T. dos estados e DF	T. dos municípios	T. de inst. priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
CO	DF	1,6	9,9	9,9	5,4	3,4	49,5	234,5	-	-	-	5,2	-
	GO	1,0	2,3	-	0,7	1,4	27,7	-	-	-	-	3,8	-
	MT	-	15,7	-	-	-	3,9	-	-	-	-	-	-
	MS	0,0	10,1	-	0,3	0,8	5,4	-	-	-	-	2,7	-
	Total (sem DF)	**0,3**	**9,4**	**-**	**0,3**	**0,8**	**12,3**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2,2**	**-**
	Total (com DF)	**0,7**	**9,5**	**2,5**	**1,6**	**1,4**	**21,6**	**58,6**	**-**	**-**	**-**	**2,9**	**-**
NE	AL	0,3	21,9	0,4	0,4	0,6	2,1	-	-	-	-	1,9	-
	BA	0,2	12,0	-	-	-	0,8	-	-	-	-	0,0	-
	CE	-	21,1	0,4	0,5	1,1	4,6	-	-	0,7	-	1,2	-
	MA	-	0,2	-	1,5	-	1,2	-	-	-	-	8,1	-
	PB	-	27,3	-	4,1	1,9	1,7	-	-	-	-	2,3	-
	PE	-	8,6	-	10,0	-	5,2	-	-	0,0	-	0,2	-
	PI	-	-	-	0,6	-	1,4	-	-	-	-	19,3	-
	RN	-	8,8	-	0,7	-	2,9	-	-	-	-	0,2	-
	SE	-	11,7	-	0,0	0,2	2,0	-	-	-	-	3,2	-
	Total	**0,1**	**12,4**	**0,1**	**2,0**	**0,4**	**2,4**	**-**	**-**	**0,1**	**-**	**4,1**	**-**
NO	AC	-	40,5	-	5,0	-	2,3	-	-	-	-	-	-
	AP	-	21,9	-	1,9	-	2,8	-	-	-	-	6,4	-
	AM	-	24,3	-	5,4	-	6,1	-	-	0,0	-	-	-
	PA	0,0	15,0	0,0	1,5	0,8	2,4	-	7,7	-	-	0,4	-
	RO	0,2	5,0	-	2,0	0,2	1,2	-	-	-	-	3,2	-
	RR	-	18,3	-	0,5	-	2,5	-	-	-	-	8,4	-
	TO	-	0,0	-	1,6	-	3,0	-	-	-	0,0	0,8	-
	Total	**0,0**	**17,8**	**0,0**	**2,6**	**0,1**	**2,9**	**-**	**1,1**	**0,0**	**0,0**	**2,8**	**-**

Região	UF	Receita patrimonial	Alta e média comp. e Serviços de Saúde*	PAB Fixo	PAB Variável	FAEC	Outros Programas	T. para pagamento de pessoal de saúde**	T. dos estados e DF	T. dos municípios	T. de inst. priv., do ext. e de pessoas	Convênios da União*	Convênios dos estados
SE	ES	-	8,8	0,2	1,1	-	3,9	-	-	-	-	1,3	-
	MG	-	5,7	16,8	0,3	2,5	-	-	-	0,0	3,3	0,3	0,1
	RJ	0,4	5,2	0,5	0,4	-	8,1	-	-	-	-	3,2	6,7
	SP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,4	-
	Total	**0,1**	**4,9**	**4,4**	**0,5**	**0,6**	**3,0**	**-**	**-**	**0,0**	**0,8**	**5,3**	**1,7**
SUL	PR	0,7	3,8	-	-	-	34,0	-	-	-	-	0,0	-
	RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SC	-	3,2	-	-	-	45,2	-	-	-	-	-	-
	Total (sem RS)	**0,3**	**3,5**	**-**	**-**	**-**	**39,6**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,0**	**-**
	Total (com RS)	**0,2**	**2,3**	**-**	**-**	**-**	**26,4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,0**	**-**
Total		**0,2**	**11,2**	**1,0**	**1,6**	**0,5**	**8,1**	**8,7**	**0,3**	**0,0**	**0,1**	**3,3**	**0,2**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada).
No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * Transferências federais de alta e média complexidade e serviços de saúde; ** Receitas exclusivas do DF; * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.**

Tabela 45 – Componentes das receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde pela EC 29 (aplicado 12% de vinculação) por região e UF - Em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002

Região	UF	Impostos*	Transf. da União *	Dívida ativa, multas e juros de impostos*
CO	DF	175,9	13,7	2,8
	GO	55,0	14,7	2,5
	MT	69,9	25,1	-
	MS	61,8	18,1	0,7
	Total (sem DF)	**62,2**	**19,3**	**1,1**
	Total (com DF)	**90,7**	**17,9**	**1,5**
NE	AL	23,3	37,2	0,4
	BA	35,3	19,4	1,1
	CE	30,4	25,0	0,9
	MA	15,6	32,5	0,8
	PB	26,3	34,7	0,1
	PE	34,8	22,2	1,1
	PI	17,3	37,8	0,1
	RN	36,3	37,3	0,1
	SE	35,1	56,9	1,4
	Total	**28,3**	**33,7**	**0,7**
NO	AC	34,1	146,6	0,3
	AP	27,9	168,3	0,6
	AM	63,4	26,4	0,9
	PA	26,4	27,4	0,3
	RO	43,1	50,0	0,3
	RR	36,7	179,6	0,6
	TO	33,4	90,3	1,1
	Total	**37,8**	**98,4**	**0,6**
SE	ES	74,4	18,7	0,6
	MG	52,4	9,8	1,1
	RJ	72,7	4,7	1,5
	SP	96,0	4,4	2,7
	Total	**73,9**	**9,4**	**1,5**
SUL	PR	57,2	12,9	1,6
	RS	65,7	11,8	-
	SC	67,7	10,7	1,5
	Total	**63,5**	**11,8**	**1,1**
Total		**46,6**	**42,5**	**0,8**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * As receitas de base estadual do DF vinculadas à saúde pela EC 29 possuem 12% de vinculação e as de base municipal 15%.
As receitas estaduais possuem abatimentos das transferências informadas aos municípios.

Tabela 46 – Composição percentual das receitas correntes dos estados vinculadas à saúde por região e UF - Brasil - 2002

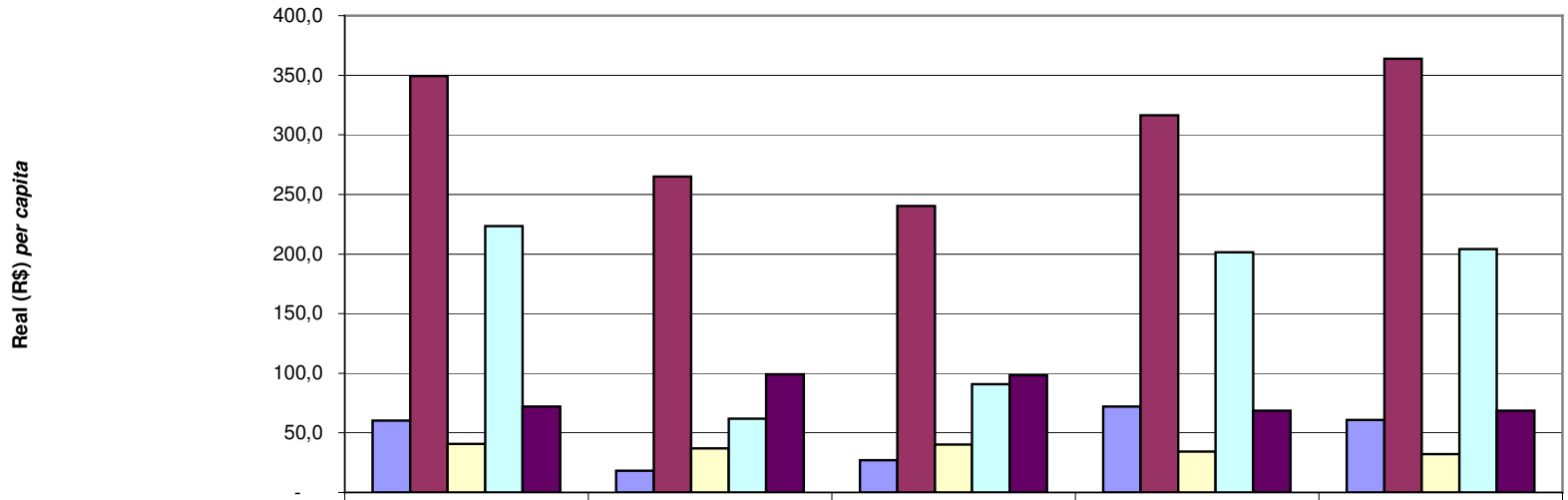
Região	UF	T. SUS e Serviços de Saúde*	Convênios da União**	Outras receitas vinculadas à saúde no ingresso orçamentário***	Impostos (com dívida ativa, multas e juros)	FPE	T. Compensatórias da União	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
CO	GO	29,5	3,5	0,9	52,6	12,5	1,0	100,0
	MT	17,1	-	-	61,0	19,4	2,5	100,0
	MS	16,7	2,7	0,0	62,5	15,6	2,5	100,0
	Total	**21,1**	**2,0**	**0,3**	**58,6**	**15,9**	**2,0**	**100,0**
NE	AL	28,7	2,2	0,4	26,7	40,8	1,2	100,0
	BA	18,6	0,0	0,2	53,0	25,7	2,5	100,0
	CE	32,2	1,4	0,9	36,5	27,9	1,2	100,0
	MA	4,8	13,6	-	27,3	52,0	2,3	100,0
	PB	35,5	2,4	-	26,8	34,9	0,4	100,0
	PE	29,0	0,2	0,0	43,8	26,1	1,0	100,0
	PI	2,7	25,2	-	22,8	48,7	0,6	100,0
	RN	14,3	0,2	-	42,2	42,6	0,7	100,0
	SE	12,5	2,9	-	33,1	51,0	0,5	100,0
	Total	**20,6**	**4,8**	**0,2**	**34,4**	**39,0**	**1,1**	**100,0**
NO	AC	20,9	-	-	15,0	63,8	0,3	100,0
	AP	11,5	2,8	-	12,4	72,0	1,3	100,0
	AM	28,3	-	0,0	50,8	18,6	2,2	100,0
	PA	24,0	0,5	9,5	32,6	28,9	4,5	100,0
	RO	8,0	3,1	0,1	41,3	46,8	0,7	100,0
	RR	8,6	3,4	-	15,2	72,7	0,2	100,0
	TO	3,5	0,6	0,0	26,4	69,2	0,2	100,0
	Total	**14,3**	**1,7**	**0,7**	**23,4**	**58,9**	**1,0**	**100,0**

Região	UF	T. SUS e Serviços de Saúde*	Convênios da União**	Outras receitas vinculadas à saúde no ingresso orçamentário***	Impostos (com dívida ativa, multas e juros)	FPE	T. Compensatórias da União	Receitas correntes totais vinculadas à saúde
SE	ES	12,8	1,2	-	68,8	10,8	6,4	100,0
	MG	27,5	0,4	3,6	57,9	6,6	4,0	100,0
	RJ	13,7	3,1	6,8	71,7	2,5	2,1	100,0
	SP	-	13,7	-	82,6	0,5	3,2	100,0
	Total	**12,6**	**5,0**	**2,5**	**71,0**	**5,0**	**3,9**	**100,0**
SUL	PR	34,3	0,0	0,6	53,4	6,7	5,0	100,0
	RS	-	-	-	84,8	7,3	7,9	100,0
	SC	37,7	-	-	54,0	4,5	3,8	100,0
	Total (sem RS)	**36,1**	**0,0**	**0,3**	**53,7**	**5,5**	**4,4**	**100,0**
	Total (com RS)	**27,3**	**0,0**	**0,2**	**61,3**	**6,0**	**5,2**	**100,0**
Total		**17,8**	**2,8**	**0,7**	**40,9**	**35,8**	**2,0**	**100,0**

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.
Nota: * Transferências federais de alta e média complexidade e serviços de saúde; * Incluem os convênios realizados com o MS para saneamento.**
*****Incluem as transferências intergovernamentais dos estados, DF e municípios, as transferências de instituições privadas, do exterior e de pessoas e os convênios dos estados.**
Em relação aos recursos vinculados à saúde pela EC 29, foram aplicados 12% de vinculação.

GRÁFICOS

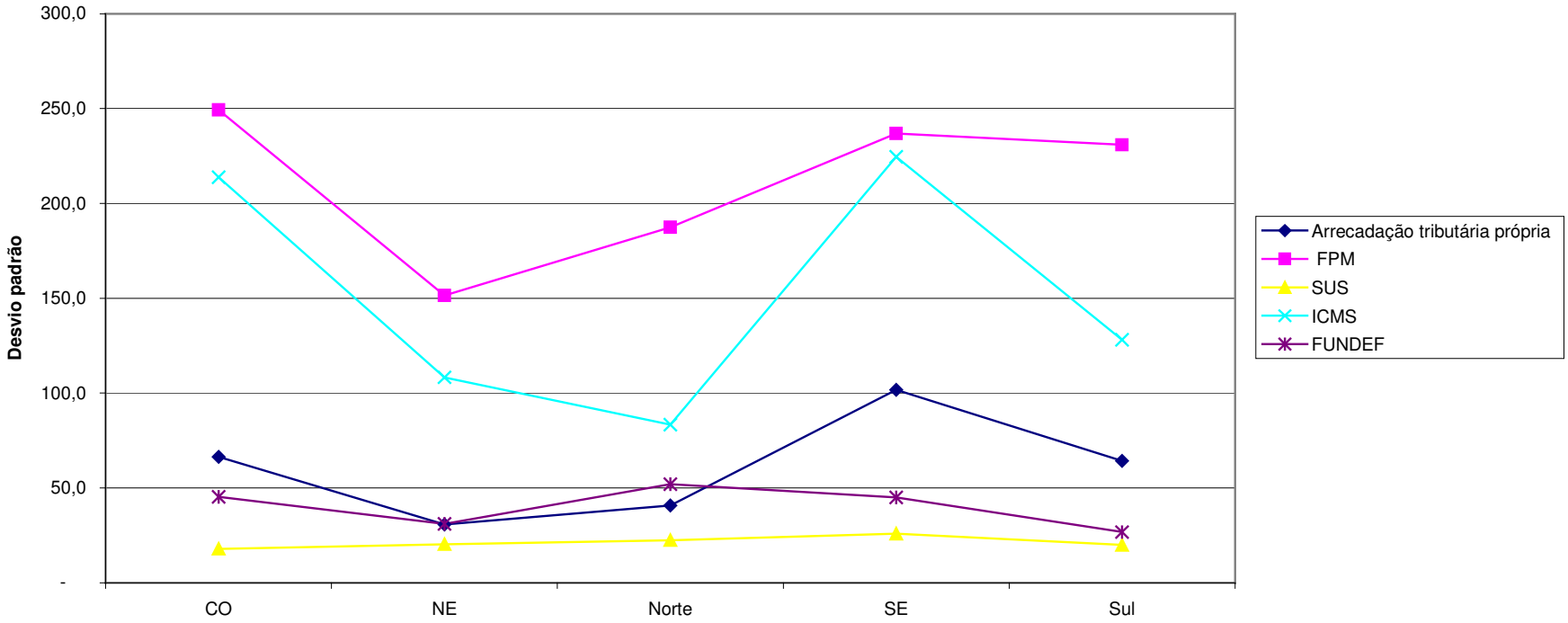
Gráfico 1 – Valores médios dos principais componentes das receitas correntes nos municípios agrupados por região - Em Real (R$) *per capita* - Brasil – 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Arrecadação tributária própria	60,1	18,2	26,8	71,9	60,6
FPM	349,0	264,8	240,2	316,3	363,8
SUS	40,5	37,1	40,0	34,2	32,0
ICMS	223,3	62,0	91,0	201,4	204,1
FUNDEF	71,9	98,9	98,3	68,6	68,6

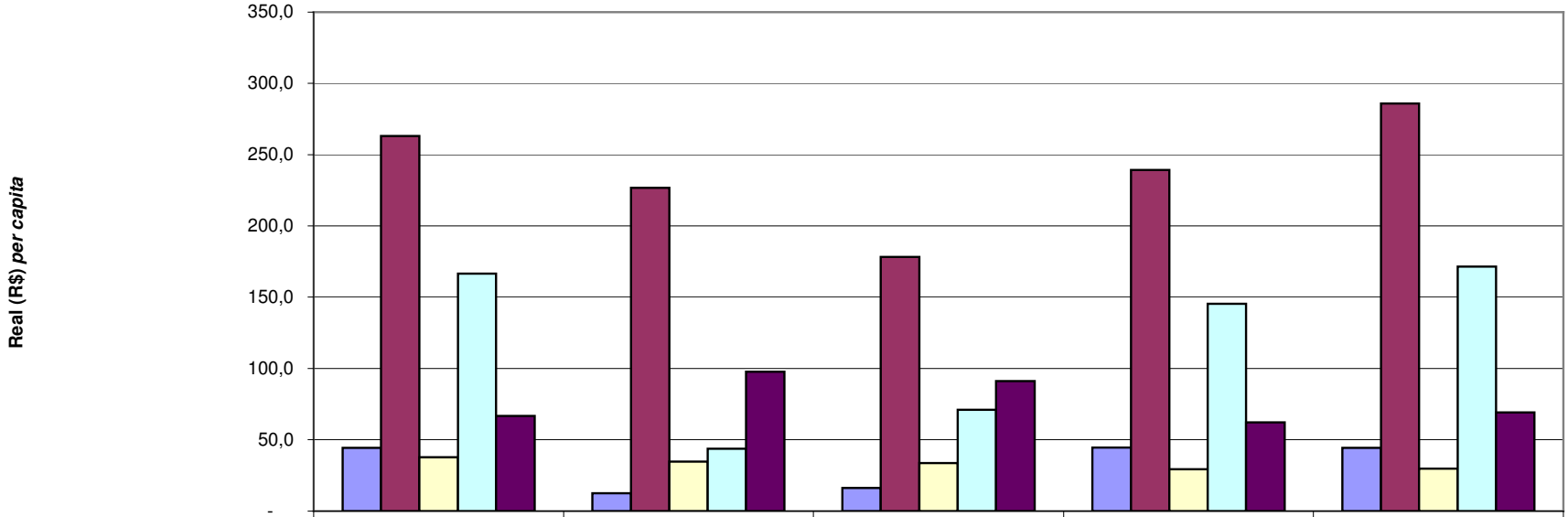
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 2 – Desvio padrão das principais fontes de receitas correntes *per capita* nos municípios agrupados por região - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

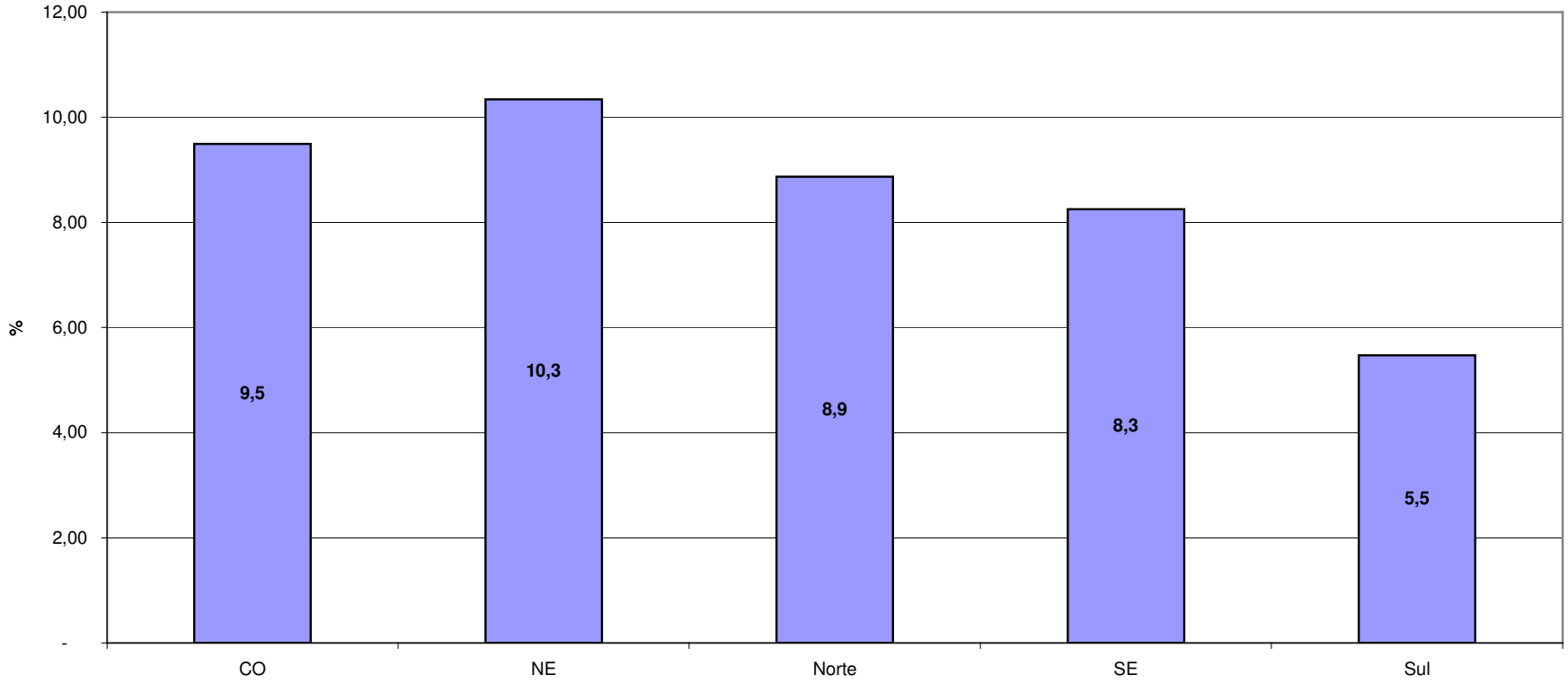
Gráfico 3 – Valores medianos das principais fontes de receitas correntes nos municípios agrupados por região. Em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002



	CO	NE	Norte	SE	Sul
Arrecadação tributária própria	44,1	12,3	16,2	44,5	44,1
FPM	263,1	226,7	178,2	239,1	285,9
SUS	37,6	34,5	33,5	29,4	29,6
ICMS	166,4	43,7	71,1	145,5	171,4
FUNDEF	66,6	97,7	91,1	62,2	69,0

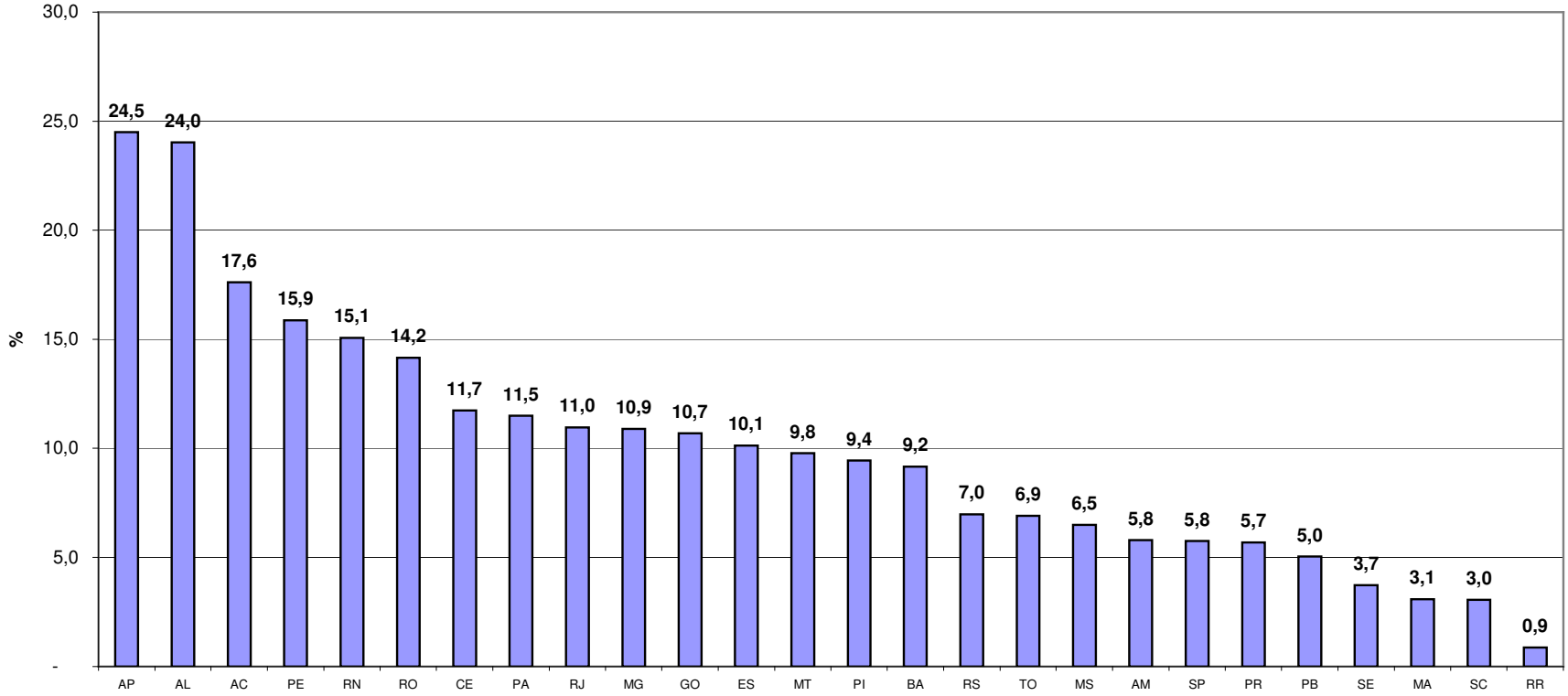
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 4 – Participação proporcional da receita de capital vinculada à saúde na receita de capital total dos municípios agrupados por região - Brasil – 2002



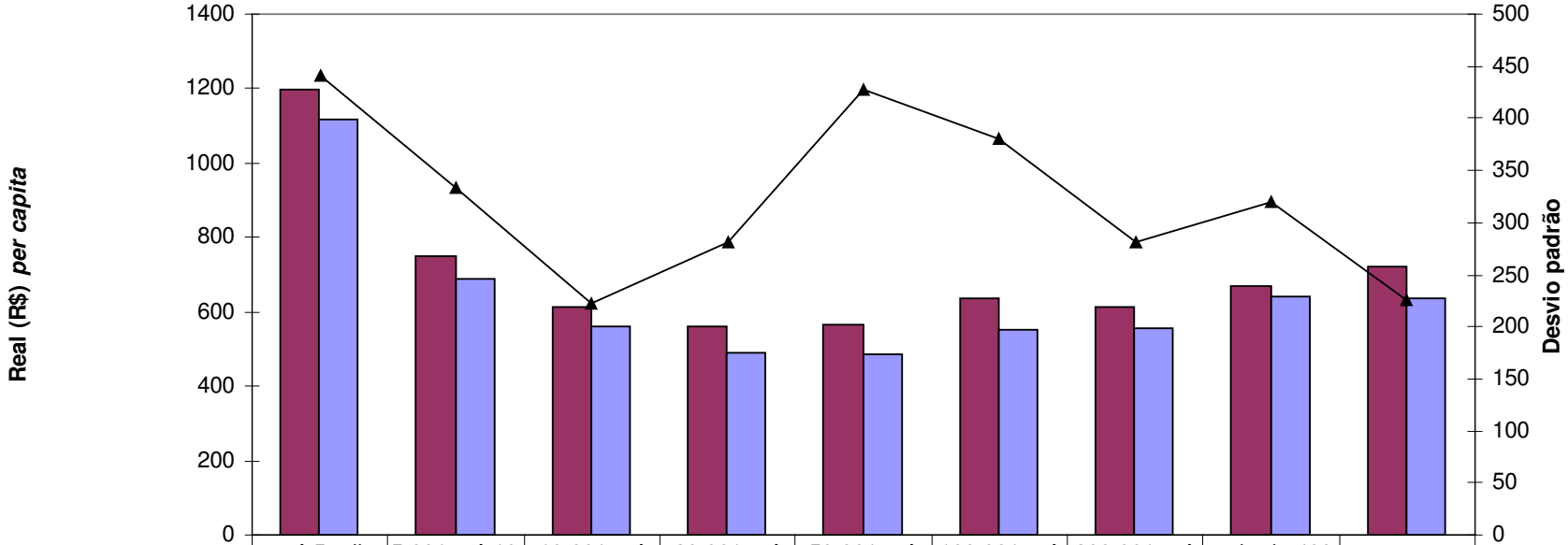
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 5 – Participação proporcional das receitas de capital vinculadas à saúde na receita de capital total dos municípios agrupados por UF - Brasil - 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

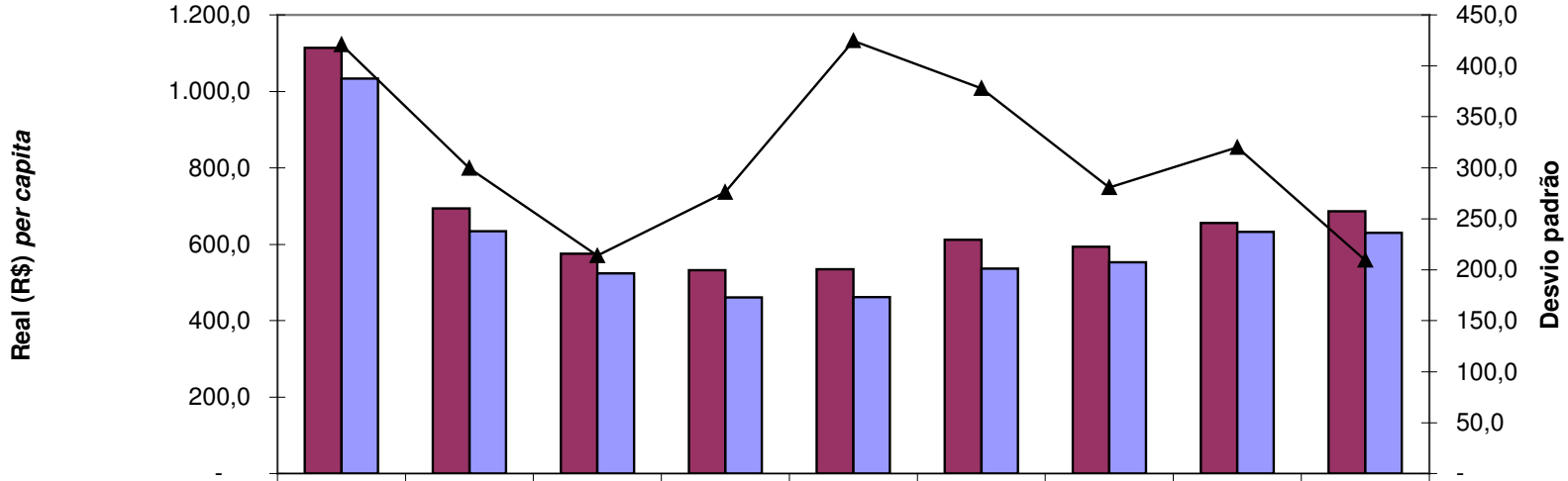
Gráfico 6 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas totais *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil hab.	5.001 até 10 mil	10.001 até 20 mil	20.001 até 50 mil	50.001 até 100 mil	100.001 até 200 mil	200.001 até 400 mil	mais de 400 mil hab.	Capitais
Média	1198,619533	749,5370411	615,0552716	560,5135661	564,1999608	634,8354993	615,0515481	669,4870192	720,3097696
Mediana	1115,307617	686,7967415	559,9770124	489,1500652	484,9255652	550,6317428	557,1932211	639,7009126	635,4474164
Desvio padrão	441,4454367	333,4471107	221,4175075	281,1110916	428,061307	380,8393212	280,6798841	320,620308	226,3530757

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

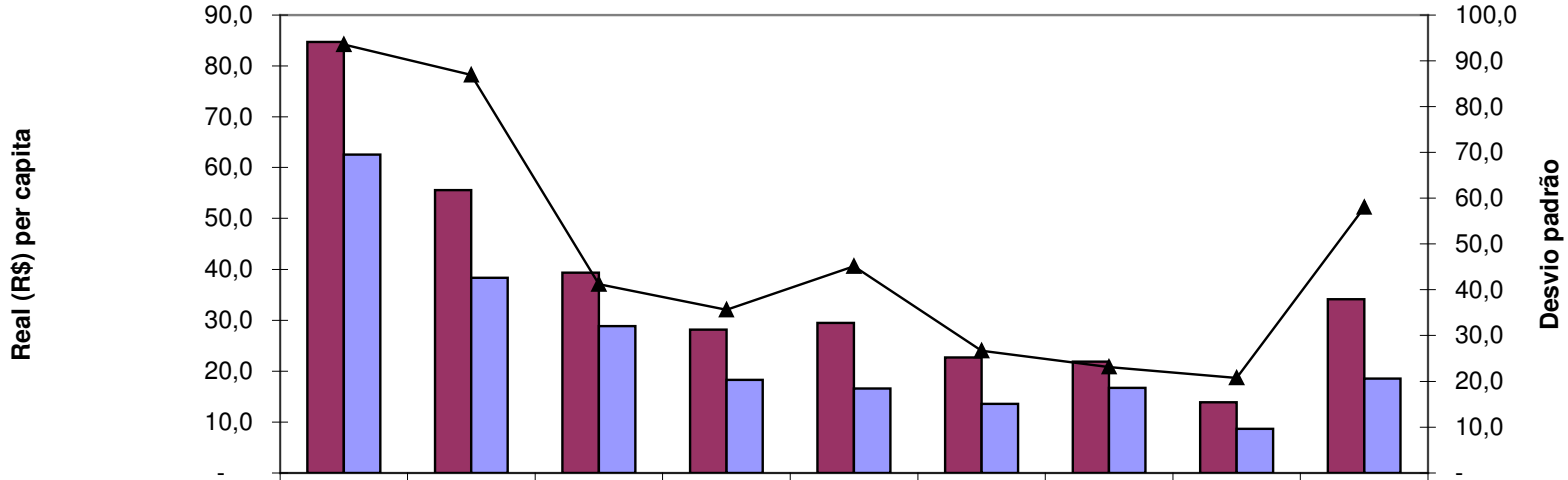
Gráfico 7 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil hab.	5.001 até 10 mil	10.001 até 20 mil	20.001 até 50 mil	50.001 até 100 mil	100.001 até 200 mil	200.001 até 400 mil	mais de 400 mil hab.	Capitais
Média	1.113,9	694,0	575,7	532,4	534,8	612,1	593,2	655,6	686,2
Mediana	1.033,3	633,8	524,3	460,8	462,0	536,9	553,1	632,3	629,9
Desvio padrão	420,8	299,6	213,7	275,8	424,5	378,0	280,7	320,2	209,5

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

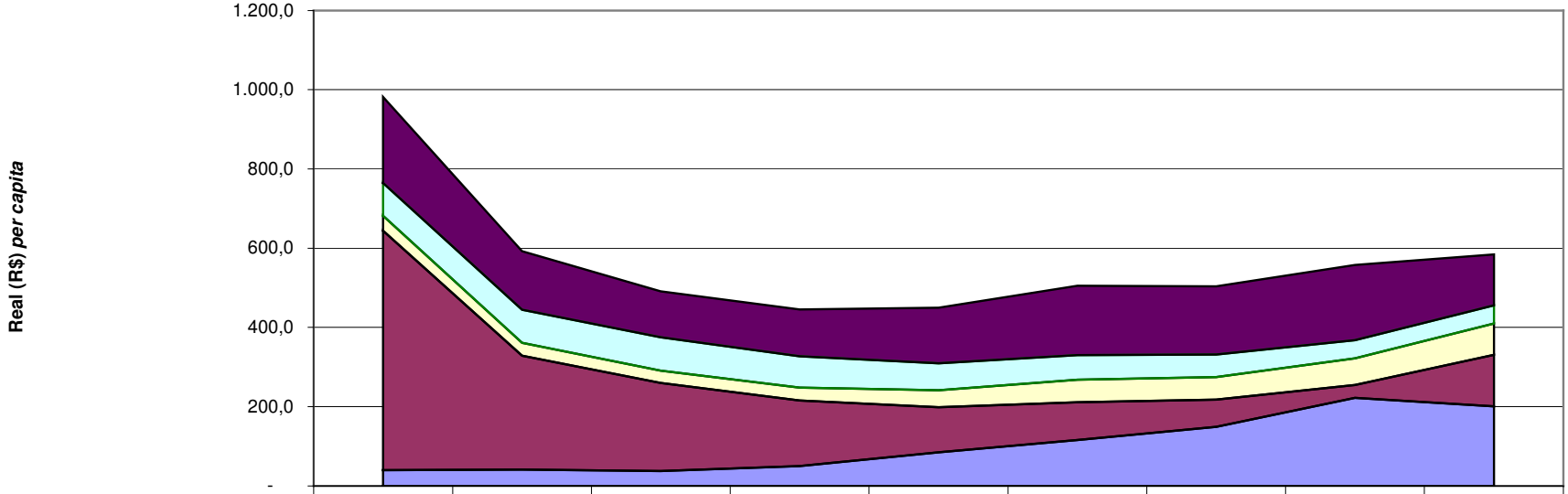
Gráfico 8 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas de capital *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil hab.	5.001 até 10 mil	10.001 até 20 mil	20.001 até 50 mil	50.001 até 100 mil	100.001 até 200 mil	200.001 até 400 mil	mais de 400 mil hab.	Capitais
Média	84,7	55,6	39,4	28,2	29,4	22,7	21,9	13,9	34,1
Mediana	62,6	38,4	28,9	18,3	16,6	13,5	16,7	8,6	18,5
Desvio padrão	93,6	86,9	41,2	35,6	45,2	26,7	23,2	20,8	58,0

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

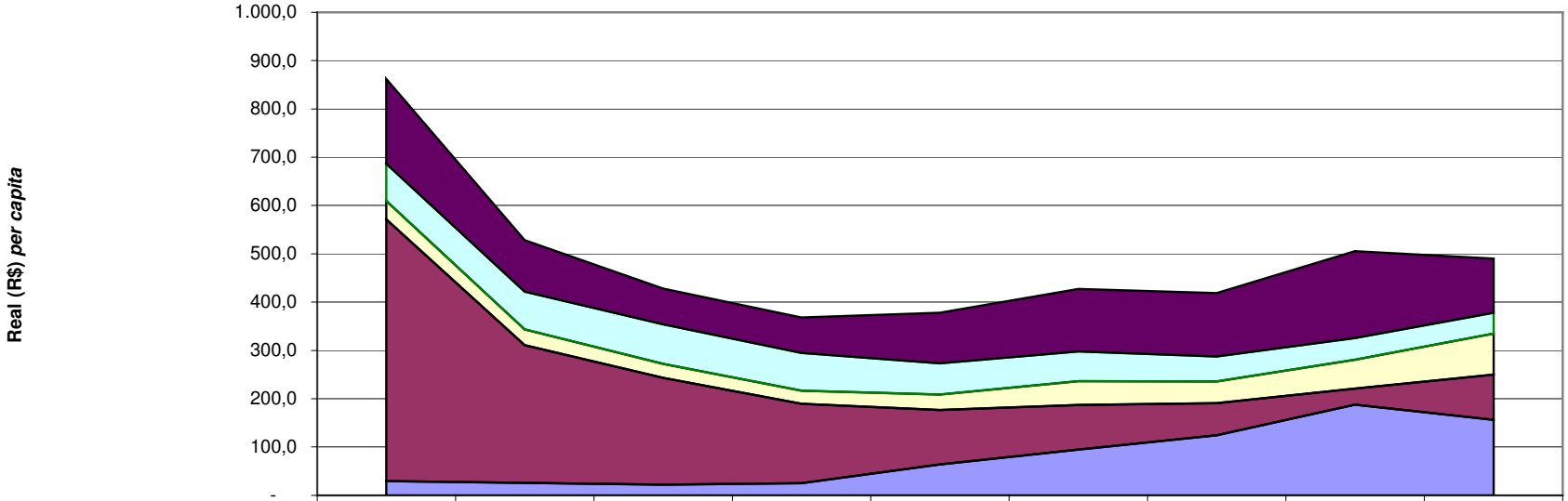
Gráfico 9 – Valores médios dos principais componentes das receitas correntes nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Em Real (R$) *per capita* - Brasil – 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
ICMS	217,5	148,2	116,5	117,7	140,4	174,7	172,0	189,5	129,0
FUNDEF	82,6	83,3	83,7	78,9	67,9	62,1	57,3	45,4	45,4
SUS	38,1	32,7	31,1	33,3	43,1	57,1	56,0	67,4	79,3
FPM	604,3	287,3	222,2	165,1	113,7	95,0	68,8	32,8	129,7
Arrecadação tributária própria	39,5	40,9	37,7	49,9	84,8	115,9	149,4	222,3	200,9

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

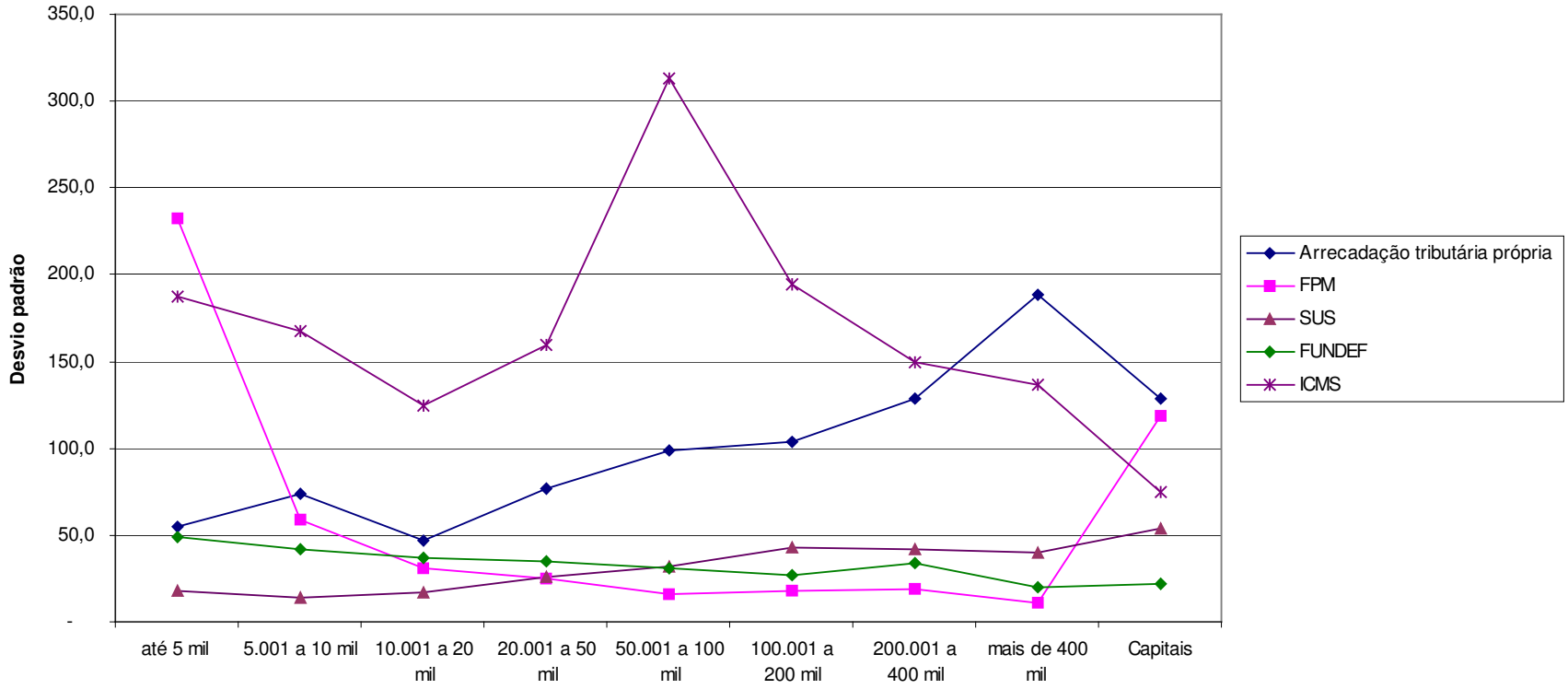
Gráfico 10 – Valores medianos dos principais componentes das receitas correntes nos municípios agrupados por porte populacional e capitais- Em Real (R$) *per capita* - Brasil - 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
ICMS	175,0	106,9	74,4	73,6	104,8	129,2	130,8	179,1	112,3
FUNDEF	77,0	78,4	81,5	78,6	64,9	61,6	52,3	45,2	42,7
SUS	38,6	32,8	28,9	27,2	31,8	49,2	44,4	59,4	84,9
FPM	541,4	285,0	221,2	164,0	112,8	92,2	66,4	33,6	93,8
Arrecadação tributária própria	29,6	25,5	21,9	25,0	63,5	94,8	124,5	187,7	156,3

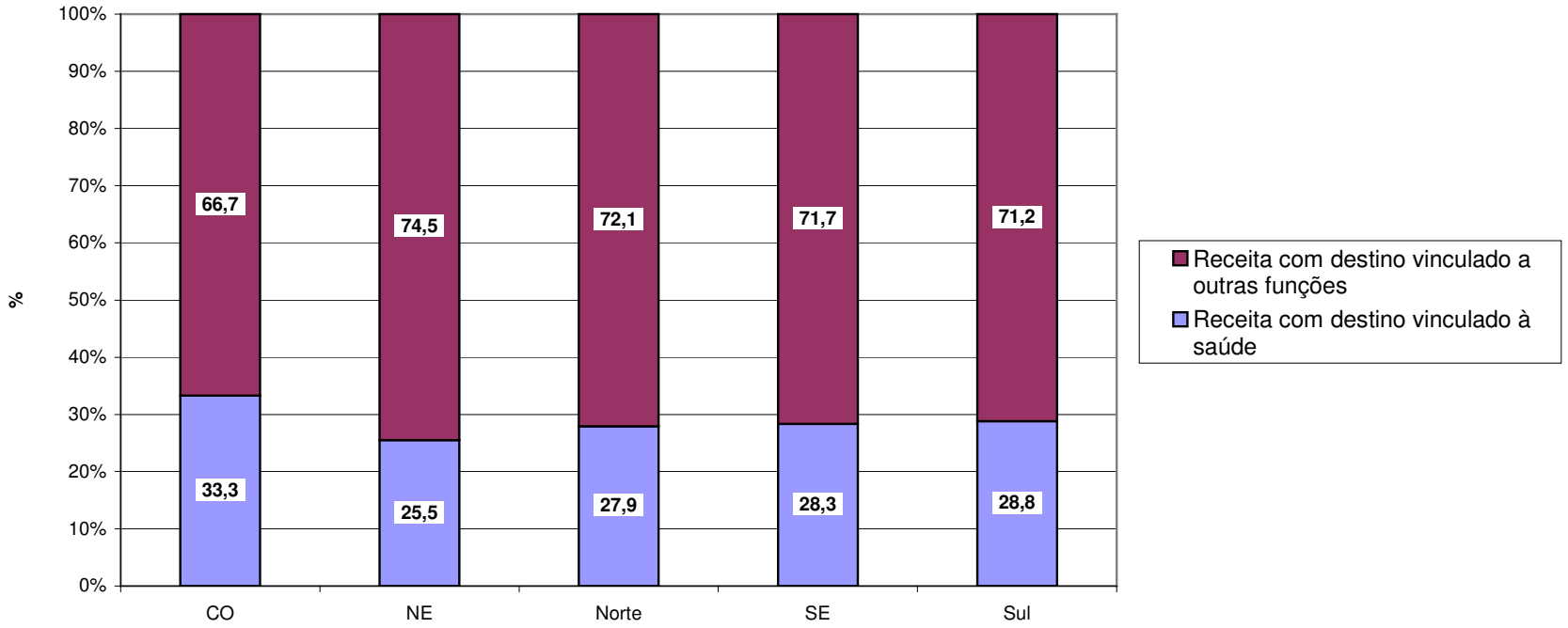
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 11 – Desvio padrão dos principais componentes das receitas correntes *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil - 2002



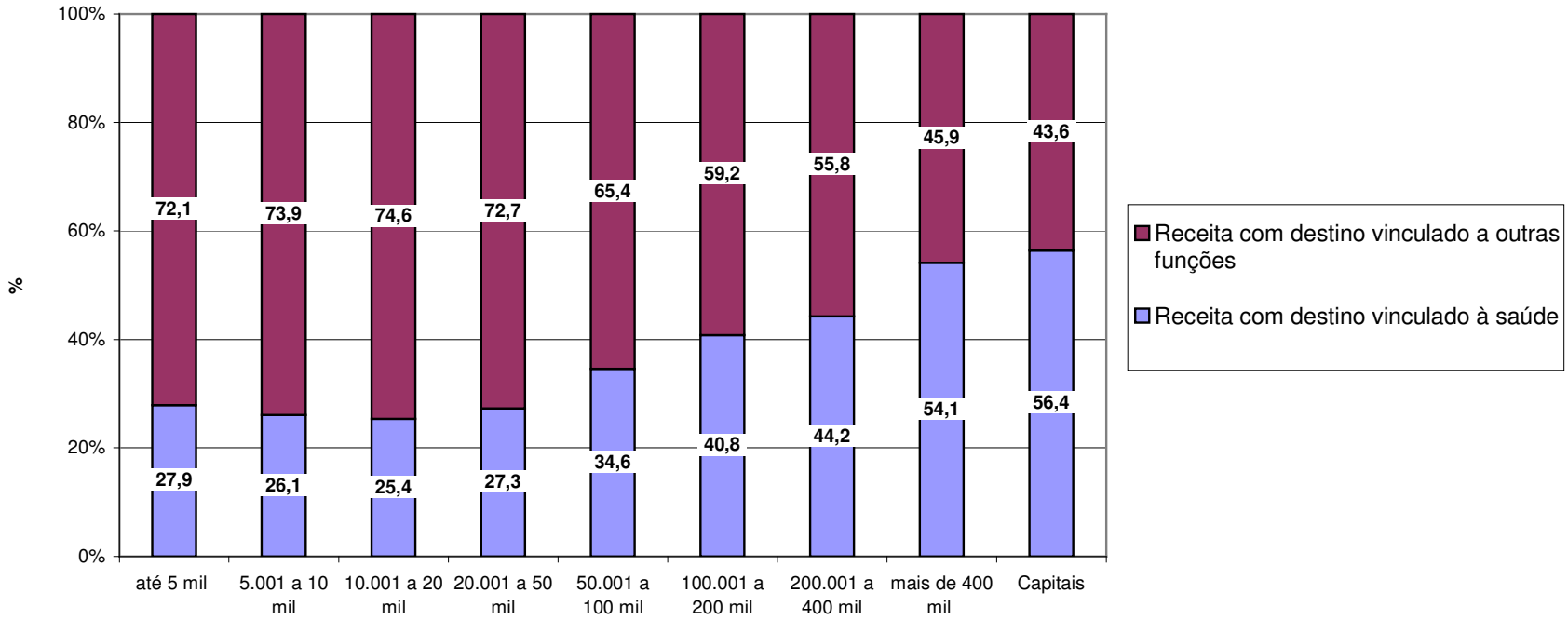
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 12 – Composição percentual das receitas correntes seletivas nos municípios agrupados por região - Brasil – 2002



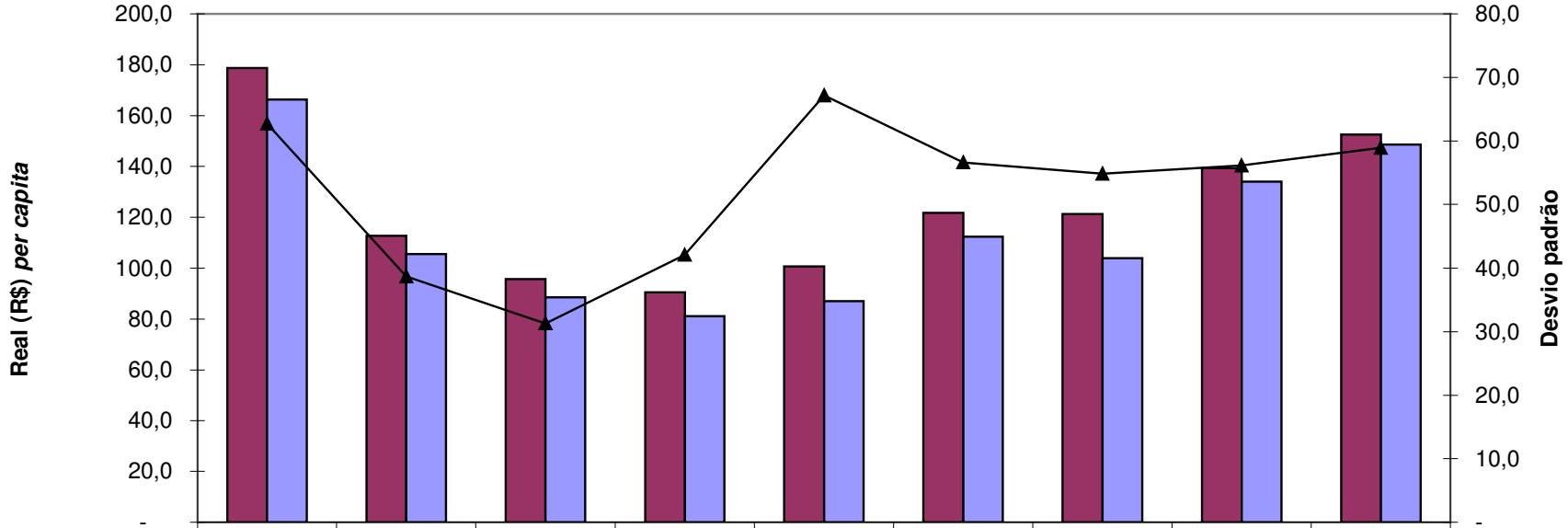
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 13 – Composição percentual das receitas correntes seletivas nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

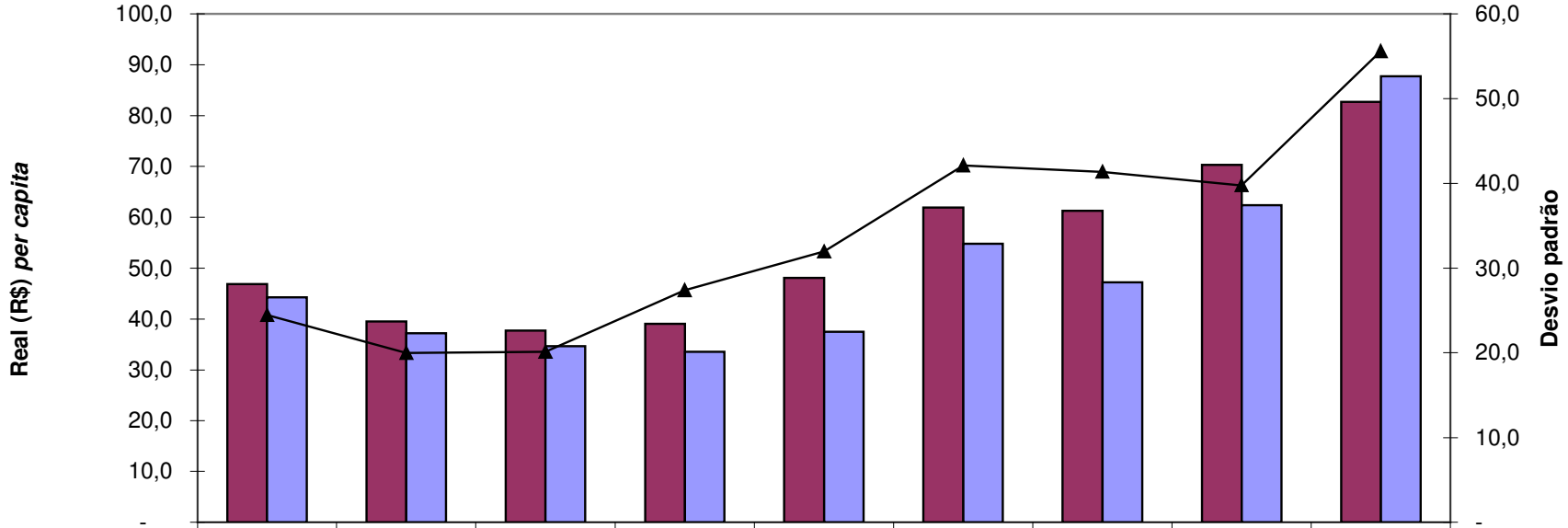
Gráfico 14 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes *per capita* vinculadas à saúde nos municípios agrupados porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Média	178,7	112,7	95,6	90,5	100,7	121,8	121,2	139,3	152,6
Mediana	166,3	105,5	88,5	81,0	86,9	112,3	104,0	134,0	148,5
DP	62,7	38,7	31,3	42,1	67,2	56,6	54,8	56,2	58,9

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

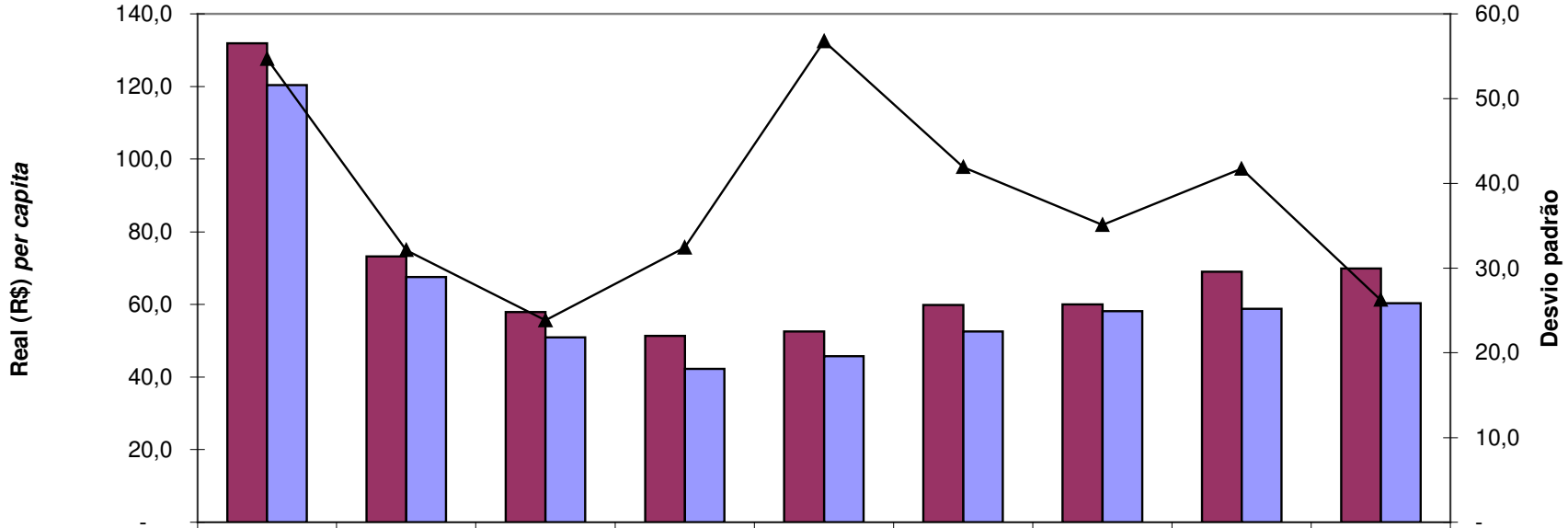
Gráfico 15 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes *per capita* com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário nos municípios agrupados porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Média	46,8	39,5	37,7	39,1	48,1	61,9	61,3	70,3	82,7
Mediana	44,2	37,1	34,6	33,5	37,5	54,8	47,2	62,4	87,7
DP	24,5	20,0	20,1	27,4	31,9	42,1	41,4	39,8	55,6

Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

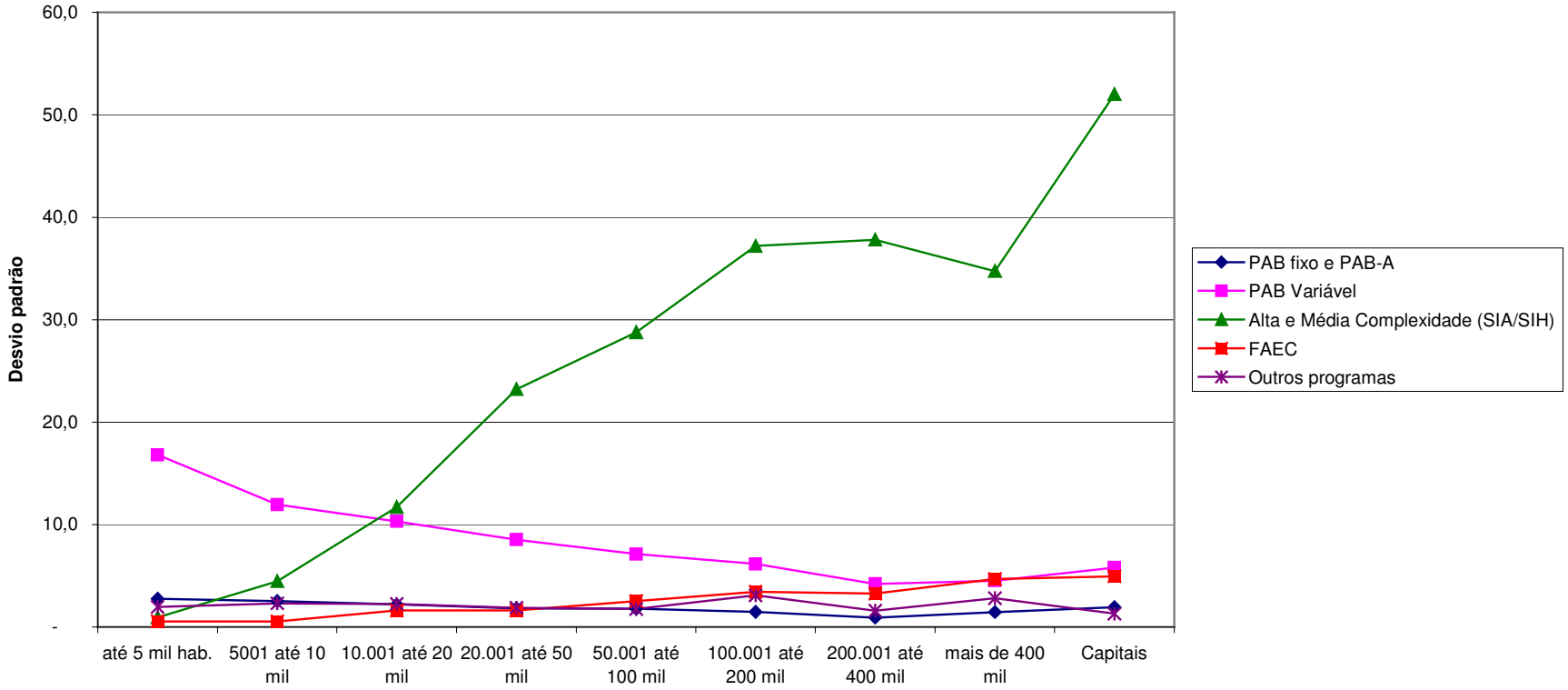
Gráfico 16 – Medidas de tendência central e dispersão das receitas correntes *per capita* vinculadas à saúde pela EC 29 nos municípios agrupados porte populacional e capitais - Brasil – 2002



	até 5 mil	5.001 a 10 mil	10.001 a 20 mil	20.001 a 50 mil	50.001 a 100 mil	100.001 a 200 mil	200.001 a 400 mil	mais de 400 mil	Capitais
Média	131,9	73,2	57,9	51,4	52,6	59,9	60,0	69,0	69,9
Mediana	120,3	67,6	50,9	42,2	45,7	52,5	58,1	58,8	60,3
DP	54,7	32,1	23,8	32,4	56,8	41,9	35,1	41,7	26,3

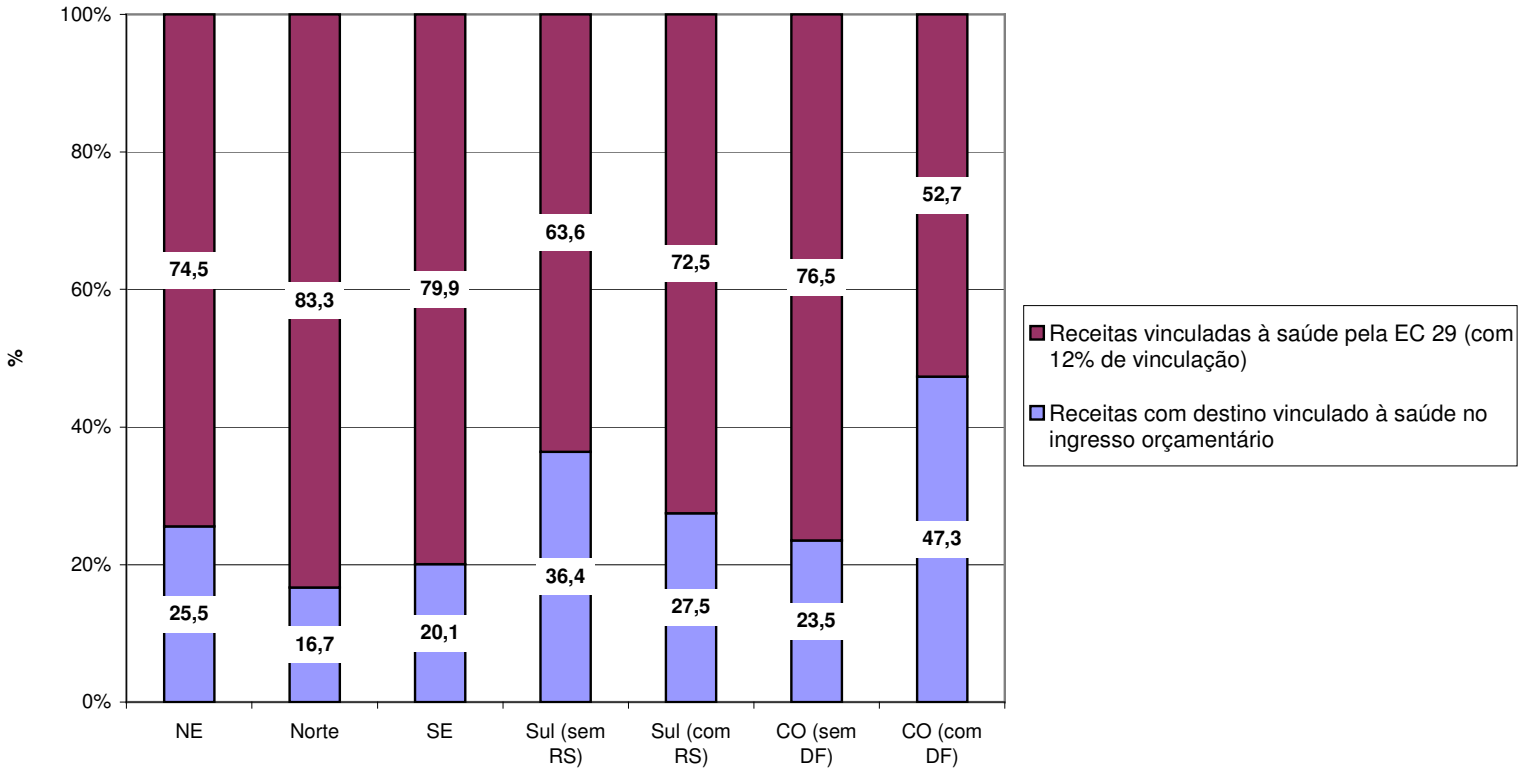
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 17 – Desvio padrão dos componentes das transferências correntes federais de recursos do SUS *per capita* nos municípios agrupados por porte populacional e capitais - Brasil – 2002



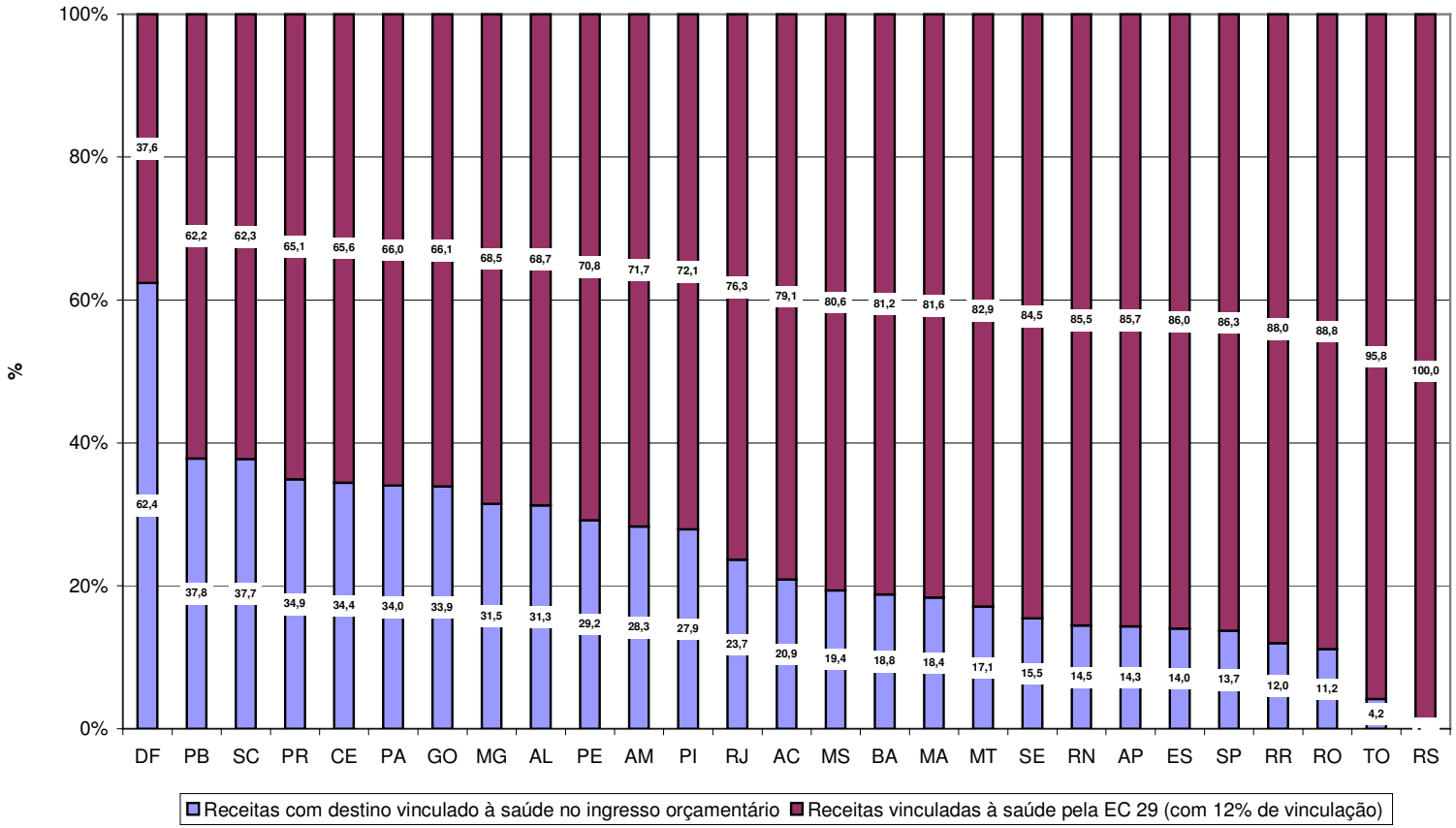
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 18 – Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde por região - Brasil – 2002



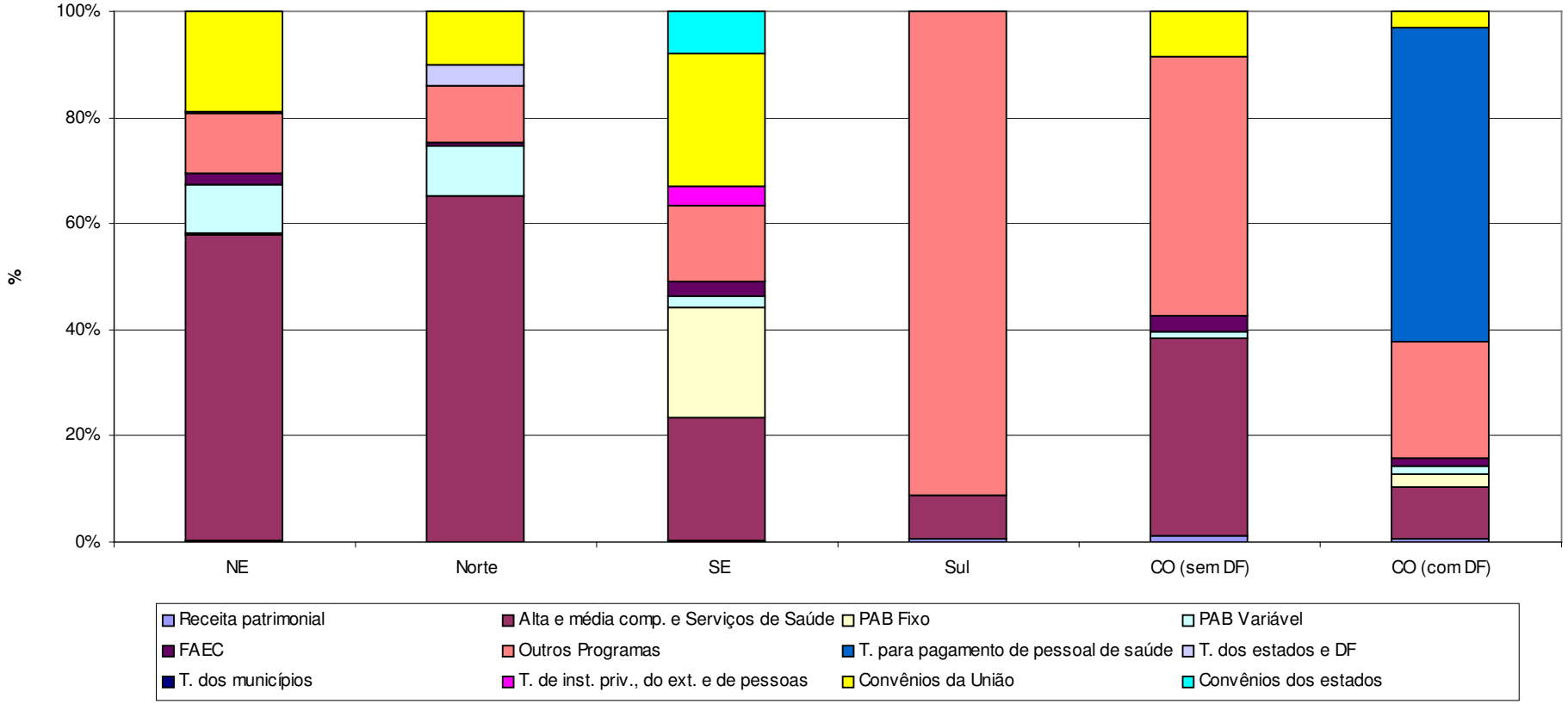
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Gráfico 19 – Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF vinculadas à saúde por UF - Brasil – 2002



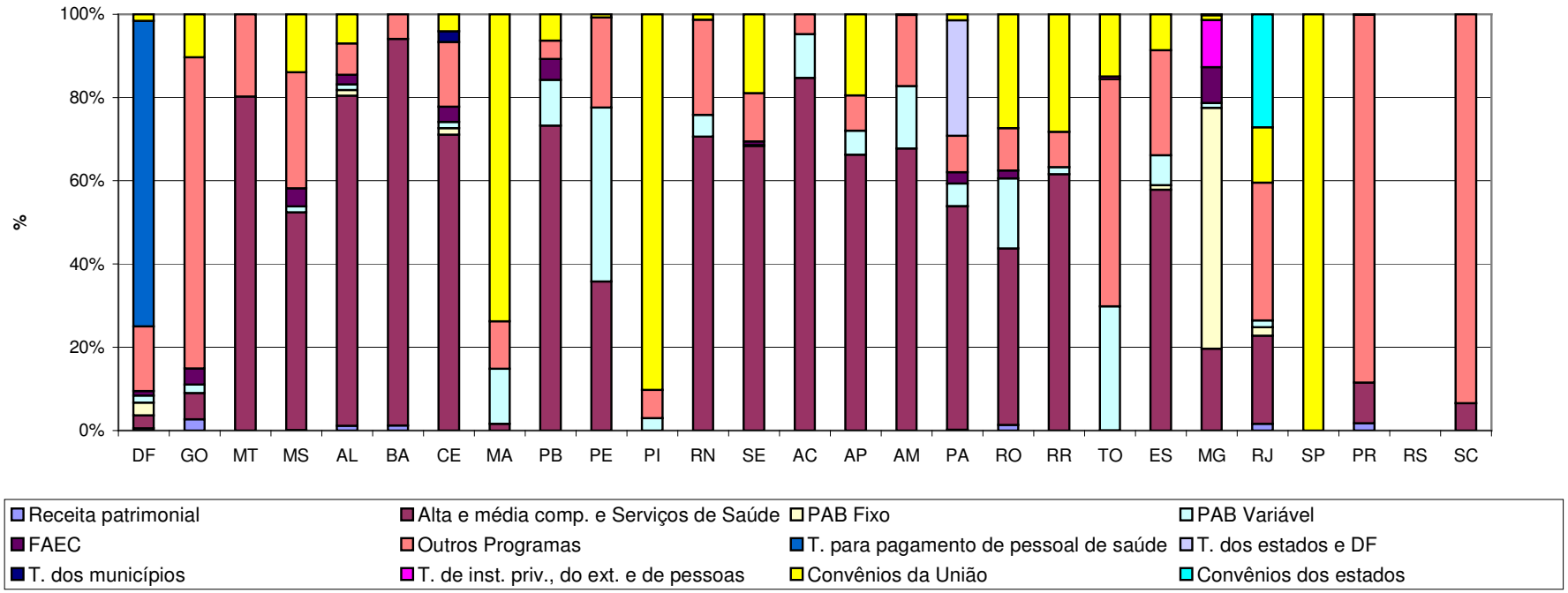
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Gráfico 20 – Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário por região - Brasil – 2002



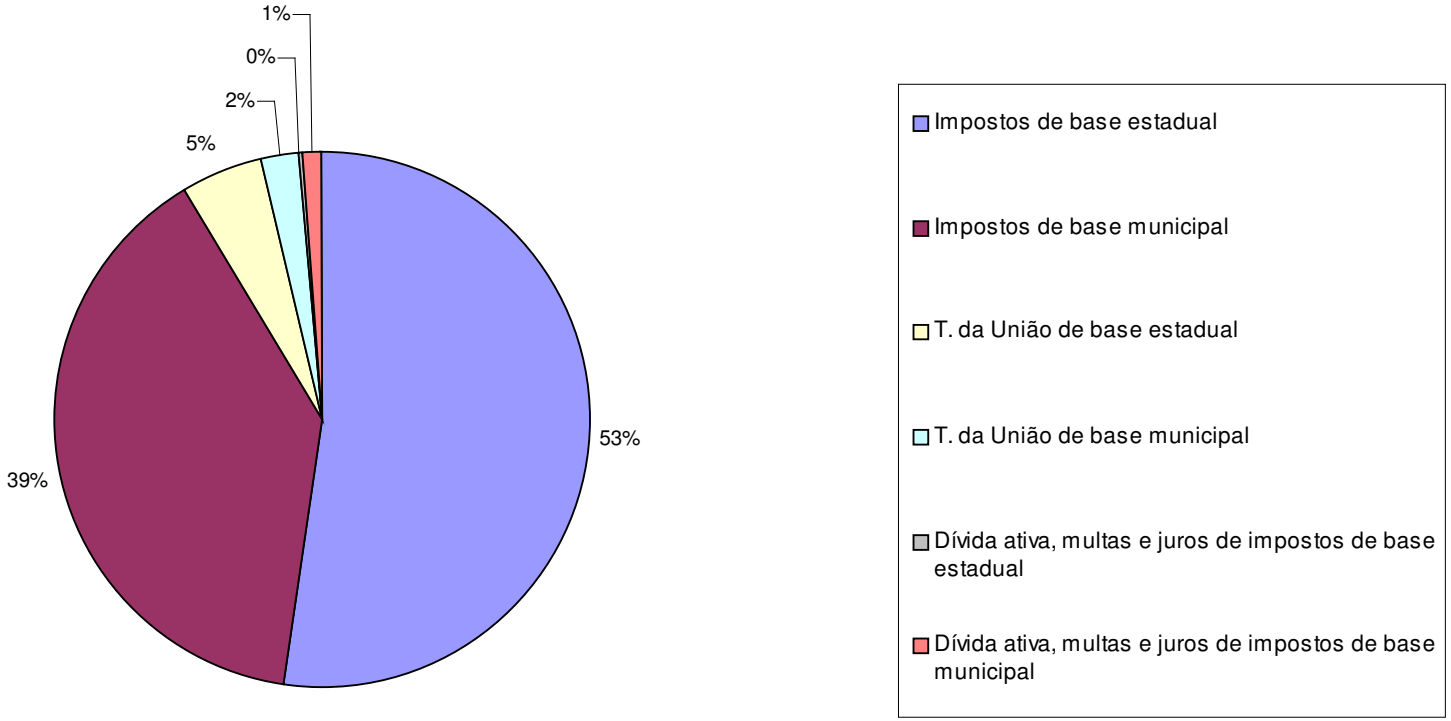
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Gráfico 21 – Composição percentual das receitas correntes dos estados e DF com destino vinculado à saúde no ingresso orçamentário por UF - Brasil – 2002



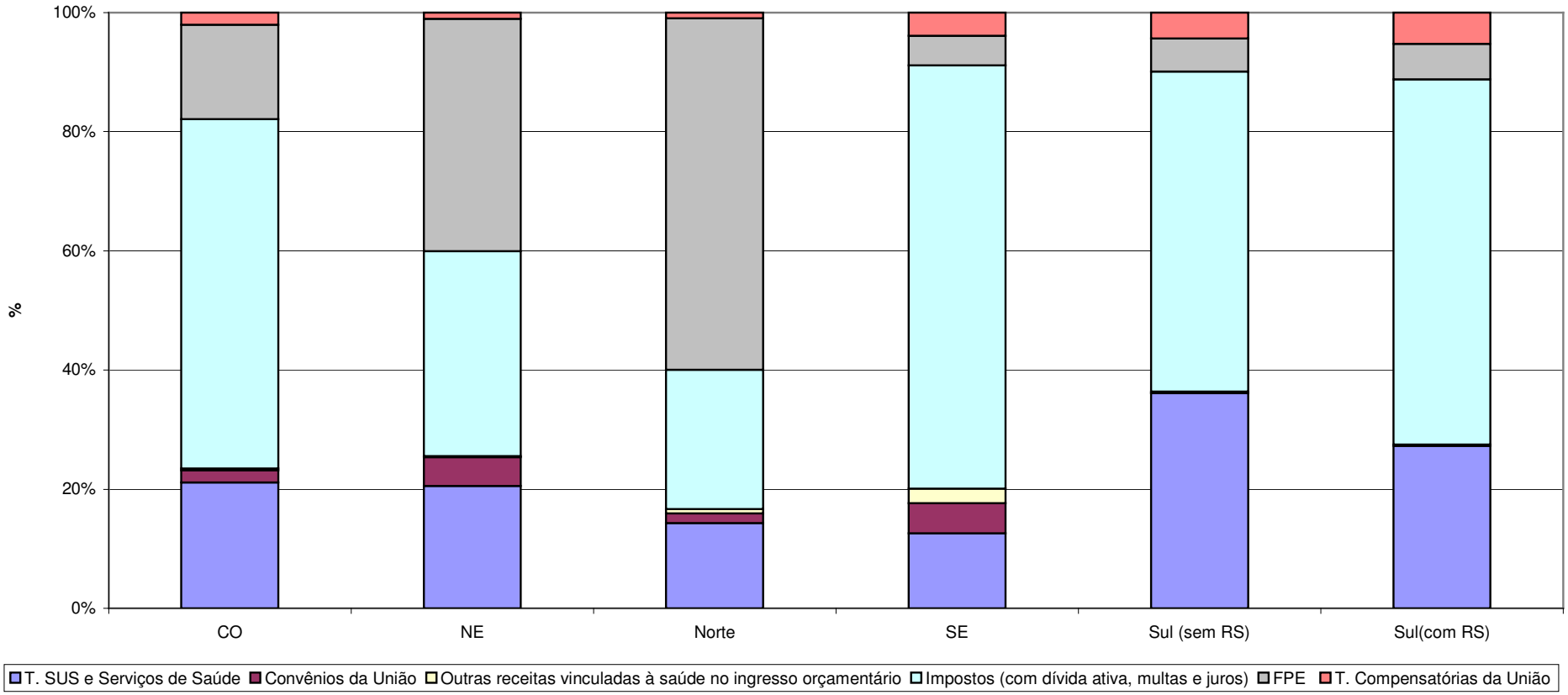
Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.

Gráfico 22 – Composição percentual das receitas correntes do DF vinculadas à saúde pela EC 29 - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias) e IBGE (população estimada). Elaboração própria.

Gráfico 23 – Composição percentual das receitas correntes dos estados vinculadas à saúde por região - Brasil – 2002



Fonte: SIOPS/DATASUS/MS (receitas orçamentárias excetuando-se o RS) e IBGE (população estimada). No caso do RS, as receitas foram obtidas do COREM/STN/MF. Elaboração própria.