

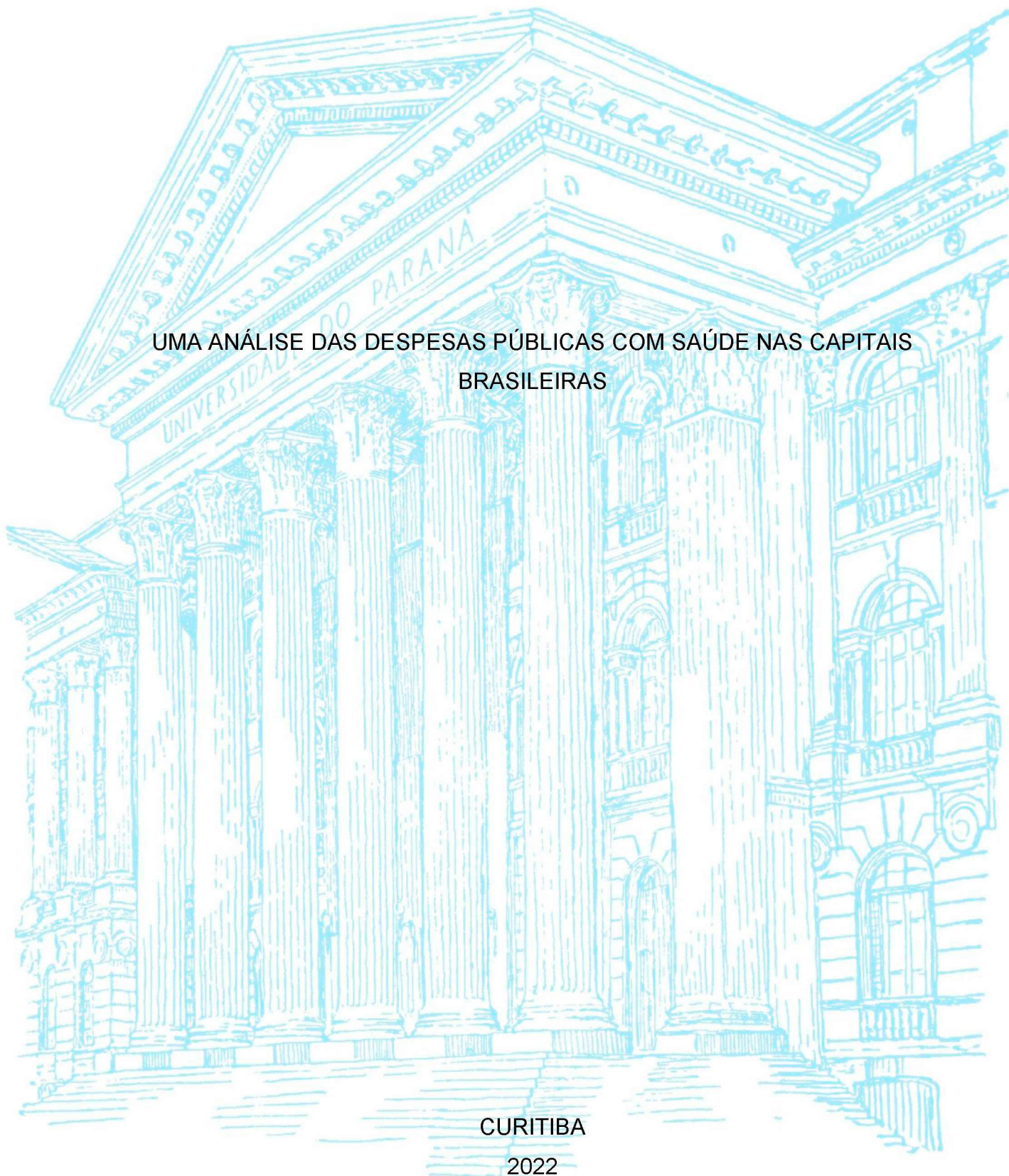
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GABRIEL MURARI DE ANDRADE

UMA ANÁLISE DAS DESPESAS PÚBLICAS COM SAÚDE NAS CAPITAIS
BRASILEIRAS

CURITIBA

2022



GABRIEL MURARI DE ANDRADE

UMA ANÁLISE DAS DESPESAS PÚBLICAS COM SAÚDE NAS CAPITAIS
BRASILEIRAS

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Ciências Econômicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Economia.

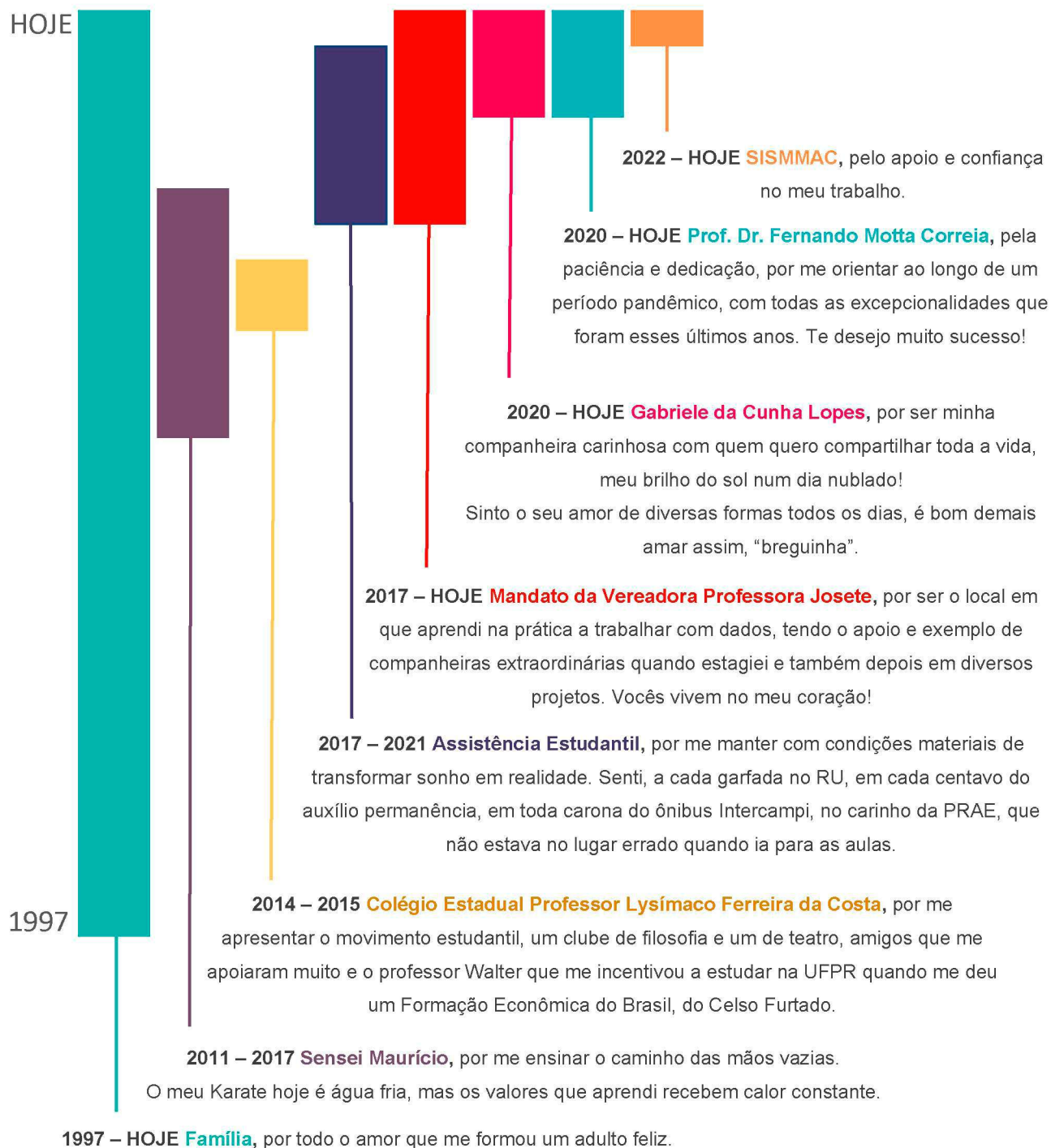
Orientador: Prof. Dr. Fernando Motta Correia

CURITIBA

2022

AGRADECIMENTOS

Nesta linha do tempo, quero dizer o meu muito obrigado...



Meu esforço não seria nada sem vocês.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais brasileiras. Como fundamentação teórica, respaldou-se da conceituação do federalismo e orçamento público, das teorias do federalismo fiscal, determinantes dos gastos públicos e gastos públicos em saúde e federalismo. Os dados secundários para realização da pesquisa foram extraídos da base de dados da Tesouro Nacional. Foram analisadas 26 capitais brasileiras sobre o número de habitantes, a Receita Corrente Líquida (RCL) e as despesas liquidadas com saúde entre 2008 e 2017. Os valores foram deflacionados de junho do ano corrente para junho de 2018 a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Os gráficos e tabelas foram elaborados com auxílio dos *softwares R e MS Excel*. A partir da análise descritiva dos dados, obteve-se que durante o período de análise (2008-2017), os grupos cumpriram com o mínimo constitucional de 15%. Pode-se destacar que há influência das variáveis socioeconômicas sobre os gastos, uma vez que os grupos das capitais categorizadas como médias e das com mais de 2 milhões de habitantes possuem maior proporção de despesa em relação aos demais. Conclui-se que as variáveis demográficas possuem influência na determinação da despesa com saúde, assim como os socioeconômicos.

Palavras-chave: Despesas Públicas. Federalismo Fiscal. Capitais brasileiras.

ABSTRACT

This work aims to analyze the behavior and evolution of public health expenditures in Brazilian capitais. As a theoretical foundation, it was supported by the conceptualization of federalism and public budget, theories of fiscal federalism, determinants of public spending and public spending on health and federalism. The secondary data for carrying out the research were extracted from the National Treasury database. 26 Brazilian capitais were analyzed on the number of inhabitants, the Net Current Revenue (RCL) and the settled expenses with health between 2008 and 2017. The values were deflated from June of the current year to June 2018 based on the National Consumer Price Index. Broad Consumer (IPCA). The graphs and tables were prepared with the aid of R and MS Excel software. From the descriptive analysis of the data, it was found that during the period of analysis (2008-2017), the groups complied with the constitutional minimum of 15%. It can be highlighted that there is an influence of socioeconomic variables on expenditures, since the groups of capitais categorized as medium and those with more than 2 million inhabitants have a higher proportion of expenditure in relation to the others. It is concluded that demographic variables have an influence on the determination of health expenditure, as well as socioeconomic variables.

Keywords: Public Expenditure. Fiscal Federalism. Brazilian capitais.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – RAZÃO DESPESA COM SAÚDE E RECEITA CORRENTE LÍQUIDA POR GRUPO DE CAPITAIS.....	35
GRÁFICO 2 – DESPESAS COM SAÚDE PER CAPITA POR GRUPO DE CAPITAIS	36
GRÁFICO 3 - COMPOSIÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM SUBFUNÇÕES.....	38

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – POPULAÇÃO MÉDIA NAS CAPITALS BRASILEIRAS ENTRE 2008 E 2017	32
TABELA 2 - MÉDIA DAS DESPESAS COM SAÚDE ENTRE 2008 E 2017	34

LISTA DE SIGLAS

SUS	- Sistema Único de Saúde
FPE	- Fundo de Participação dos Estados
FPM	- Fundo de Participação dos Municípios
LRF	- Lei de Responsabilidade Fiscal
FUNDEB	- Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica
LRF	- Lei de Responsabilidade Fiscal
RCL	- Receita Corrente Líquida
IPCA	- Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
ASPS	- Ações e Serviços Públicos de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 O FEDERALISMO E O ORÇAMENTO PÚBLICO	17
2.2 TEORIAS DO FEDERALISMO FISCAL	21
2.2.1 O papel da execução dos gastos públicos no desempenho institucional do federalismo fiscal.....	21
2.2.2 A Descentralização Fiscal e as Teorias de Primeira Geração.....	23
2.2.3 A Descentralização Fiscal e as Teorias de Segunda Geração.....	25
2.3 DETERMINANTES DOS GASTOS PÚBLICOS	27
2.4 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E FEDERALISMO.....	29
3 METODOLOGIA	31
4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A partir de um pacto de adoção de poder descentralizado, o federalismo é uma forma de organização do Estado que prevê autonomia aos estados-membros, cedendo soberania a um ente central. O federalismo fiscal diz respeito a administração fiscal dos entes federados, que possuem um próprio orçamento e poder de decisão em relação a suas despesas (SOARES; MACHADO, 2018).

Não obstante, existem alguns determinantes para a execução dos gastos públicos. Fisher (1964) propôs um modelo com três grupos que envolvem os fatores que determinam os gastos públicos, sendo eles: i) as variáveis socioeconômicas; ii) as variáveis políticas; e iii) as variáveis demográficas. Em relação a despesa com saúde dos municípios, outros critérios podem ser levados em consideração na administração das despesas, como por exemplo, o desempenho no período anterior e a previsão de investimentos (LIMA, 2007).

Nesse sentido, a busca pelo entendimento do comportamento e a evolução dos gastos com saúde pública pode ser evidenciada, principalmente em relação a estudos voltados para as capitais brasileiras por apresentarem maior densidade populacional e características distintas entre si (LIMA, 2007). Portanto, apresenta-se o objetivo de pesquisa desta monografia: “Analisar o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais brasileiras”.

Este trabalho inicia-se pela fundamentação teórica, respaldada no federalismo fiscal e orçamento público, incluindo as teorias do federalismo fiscal, os determinantes dos gastos públicos e gastos públicos em saúde e federalismo. Em sequência, apresenta-se a metodologia desta pesquisa, ou seja, como deu-se a obtenção e manuseio dos dados secundários. Apresenta-se a análise descritiva dos dados obtidos e ilustrados por meio de gráficos e tabelas. Por fim, apresenta-se as considerações finais deste estudo e as referências utilizadas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para atingir o objetivo desta pesquisa de analisar o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais brasileiras, é necessário a fundamentação teórica pautada no federalismo fiscal, no orçamento público e bem como nas teorias do federalismo fiscal, isso porque, contribuirá com a discussão sobre as despesas públicas com a saúde nas capitais brasileiras.

2.1 O FEDERALISMO E O ORÇAMENTO PÚBLICO

Esta seção tem como objetivo mapear o ambiente institucional das finanças públicas municipais e tem como base o conceito do federalismo fiscal para que haja discussão do orçamento.

O federalismo é uma forma de organização do Estado. A partir de um pacto, o Estado que adota esta distribuição territorial do poder o tem descentralizado, e suas unidades, os chamados estados-membros, são autônomos entre si cedendo sua soberania a um ente central. Indissolúvel, esta sociedade de estados é mais estável que uma confederação e tem o poder mais descentralizado que um estado unitário, por não haver hierarquia entre os entes. Desta forma, mais de um governo exerce poder no mesmo local e sobre as mesmas pessoas (SOARES; MACHADO, 2018).

Esta forma de estado tem ao menos duas esferas de governo, sendo elas um governo central e seus estados membro. A organização de um Estado Federal é expressa em sua constituição, que define os entes federativos, suas competências, forma e sistema de governo e seus poderes (SOARES; MACHADO, 2018). Tal pacto não permite a secessão, a separação dos entes em estados soberanos, e os entes mantêm o equilíbrio federativo com seus representantes participando da vontade nacional.

Dentro dos limites constitucionais, os estados-membros desse tipo de sociedade podem, além de participar da tomada de decisões do poder central, legislar – esta é a autonomia política das unidades federadas. Estes também têm autonomia financeira, com orçamento e arrecadação próprios, com sua gerência independente das outras esferas do governo. A constituição garante aos entes federados também a autonomia administrativa, por isso pode se organizar seus órgãos e definir as formas de executar suas políticas públicas.

De acordo com o Soares e Machado (2018), os Estados federais podem ser classificados de acordo com o processo que levou a sua formação, sendo estes, os seguintes: i) a agregação: quando estados soberanos se unem e se tornam entes autônomos de uma Federação; e ia) a segregação: quando um estado unitário se divide em entes que passam a ter autonomia. O estado federal pode se organizar das seguintes maneiras: i) modelo cooperativo: organização na qual os entes trabalham em conjunto com o governo central em seus objetivos; e o si) modelo competitivo (ou dual), em oposição ao anterior, não existe sobreposição de competências que são rigidamente definidas.

A República Federativa do Brasil é a União, soberana, de seus estados-membro (Estados, Distrito Federal e Municípios) autônomos. A origem do federalismo no Brasil é a segregação de um Estado único, a qual instituiu a república como forma de governo e o sistema presidencialista, ambos a partir da primeira Constituição Republicana em 1891. Ou seja, o federalismo é adotado no Brasil em um momento de descentralização do poder. Esta descentralização foi essencial para garantir a unidade nacional. Desde então, a forma federativa de estado é adotada no país, que descentralizou ainda mais o poder na Constituição de 1988, quando os municípios passaram a ser entes da Federação.

Há uma divisão de competências constitucionalmente estabelecidas aos entes. Esta divisão é cooperativa e definida a partir de fatores geográficos, econômicos e políticos. As competências são definidas nos âmbitos administrativo, legislativo e tributário.

Quanto a questão administrativa, ou seja, a prestação de serviços definidos como função dos governos, as competências são classificadas entre exclusivas, locais, residuais e comuns (SOARES; MACHADO, 2018). No caso da União, compete a prestação de serviços exclusivos, indelegáveis por diversos fatores, como por exemplo o controle monetário, a defesa nacional e a diplomacia. Aos municípios são definidas as responsabilidades de prestar serviços de interesse local, como o transporte coletivo, a proteção do patrimônio histórico e os anos iniciais da educação infantil. Aquilo que não foi delimitado como competindo ao interesse local dos municípios nem exclusivo da União, é reservado aos estados, como a instituição de regiões metropolitanas e a exploração de serviços de gás. Assim, é possível dizer que no quesito administração, as competências da União são as exclusivas, as dos municípios as locais e as dos estados as residuais. Ao distrito federal são atribuídas

competências de municípios e estados. Os entes e o governo central no Brasil cooperam, ou seja, existem matérias da administração pública de competência comum, como a saúde, a educação, a proteção do meio ambiente e o combate à pobreza.

A competência legislativa é a do poder de definir normas e segundo o Soares e Machado (2018), é categorizada de duas formas: a privativa e a concorrente. A competência legislativa concorrente é observada nos casos em que a União faz leis gerais e os governos subnacionais as complementam de acordo com os interesses regionais e suas questões específicas. A competência legislativa privativa é observada nos casos em que unicamente o governo central, a União, pode legislar sobre determinado assunto, sem a interferência dos entes.

O federalismo está presente também no âmbito fiscal (SOARES; MACHADO, 2018). Compreender as competências tributárias dos entes federados se faz necessário para abordar o federalismo fiscal no Brasil, e o porquê de ser necessária uma repartição de receitas para equilibrar o poder entre os entes, como será delimitado nos próximos capítulos.

Com autonomia financeira, um orçamento próprio e poder de decisão sobre como arrecadar os tributos que os competem, os entes federados têm a capacidade de custear suas despesas. Ou seja, os entes têm a possibilidade de gerir o financiamento dos bens e serviços públicos que ofertam, podendo cumprir seus deveres constitucionais sem condições muito assimétricas de barganha com outros estados-membro ou o governo central, evitando dependências que causem subordinação política. Como consequência destas autonomias política e administrativa dos governos, que são características do federalismo, junto com a regionalização, há um ganho de eficiência na aplicação de políticas públicas (SOARES; MACHADO, 2018).

As transferências entre os entes da federação são as transferências intergovernamentais, que são classificadas em relação à condicionalidade e à exigência de contrapartidas (SOARES; MACHADO, 2018). Quando a transferência não tem sua aplicação condicionada a nenhum fim específico, trata-se de uma transferência incondicional e pode servir para minimizar um desequilíbrio fiscal vertical, consequência de uma maior eficiência da centralização da arrecadação na União servindo para suprir hiatos fiscais. O Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) são exemplos de transferências

intergovernamentais incondicionais redistributivas. Dessa forma que não tem sua aplicação vinculada a nenhum fim específico e são definidos por fórmulas na tentativa de equilibrar, ou reforçar, a atuação pública entre unidades federativas com capacidade de arrecadação diferenciada (SOARES; MACHADO, 2018). As transferências intergovernamentais condicionais obrigam o ente beneficiário a usar os recursos nas áreas definidas. Este é o caso das transferências do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb), por exemplo.

O orçamento público tem três funções: alocativa, distributiva e a estabilizadora. A função alocativa é a que destina verbas para fins específicos, buscando atender às prioridades da sociedade. A função distributiva busca diminuir desigualdades, da renda dos indivíduos ou do desenvolvimento das regiões. A função estabilizadora está associada a política macroeconômica, sendo instrumento de expansão ou contração fiscal. As três funções podem ser vistas como as diferentes formas do Estado participar da economia com fins de corrigir falhas ou insuficiências do mercado: seja quando as prioridades da sociedade não são viáveis em termos de risco, quando a desigualdade traz pobreza ou quando o mercado precisa de estímulo.

O orçamento público como existe hoje no Brasil começa com as normas gerais para a elaboração e controle, na Lei 4.320 de 1964, que tem dispositivos ainda aplicados em todas as etapas do orçamento. Em suma, esta lei descreve a composição dos orçamentos, a classificação das receitas e despesas, o conteúdo e a forma da proposta orçamentária e entre outros aspectos orçamentários.

Ou seja, o núcleo do que se compreende por orçamento e ainda é utilizado começa com a Lei 4.320 de 1964. Três anos depois surgem então as bases do Orçamento Programa, que em linhas gerais leva em consideração os objetivos do governo para determinado período e transforma o orçamento num instrumento para viabilizar os resultados desejados. Isto é definido pelo Decreto Lei nº 200 de 1967. Enunciando os novos princípios do país e construindo um novo pacto, a Constituição Federal de 1988 além de admitir os Municípios como entes federados estabelece que todas as normas relacionadas com o orçamento público devem estar em harmonia com os seus dispositivos dos Artigos 165 a 169 – a Seção II, Dos Orçamentos.

No contexto de elevado nível de endividamento dos governos, em 2000, é criada a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que “estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências”

(BRASIL, 2000a). Na intenção de guiar os orçamentos públicos ao superávit, a LRF determina, por exemplo, limites para: renúncia de receitas, despesas com pessoal e seguridade social.

Novos dispositivos foram acrescentados à LRF tratando da transparência, com a Lei Complementar nº 131 de 2009, “a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, de acordo com a própria lei (BRASIL, 2009). Ao longo desse processo, composto de mudanças institucionais, é possível observar um processo de descentralização, advindo da segregação federalista. Este trabalho tem como objetivo analisar o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais brasileiras, e por isso, é importante destacar o poder do federalismo fiscal de fornecer capacidades para os entes federados de tomarem suas decisões e realizarem seus processos administrativos.

Dadas as contextualizações, pode-se evidenciar a importância da estrutura federalista e das regras fiscais do orçamento como determinantes na análise das despesas com saúde para as capitais brasileiras. Por isso, os próximos tópicos buscam a conceituação do federalismo fiscal a partir da primeira e segunda geração, para delimitar o papel da descentralização nos gastos públicos, suas contribuições e limitações em face aos gastos públicos.

2.2 TEORIAS DO FEDERALISMO FISCAL

A partir das Teorias do Federalismo Fiscal, explica-se as atribuições dos gastos públicos no desempenho institucional.

2.2.1 O papel da execução dos gastos públicos no desempenho institucional do federalismo fiscal

Segundo Busemeyer (2008) o federalismo fiscal pode ser compreendido como uma política descentralizada que introduz a concorrência interestadual e limita o poder dos governos constituintes de elevar os gastos. A partir desta perspectiva, os princípios que regem a distribuição de gastos são necessários para a execução dos gastos públicos, e conseqüentemente, no desempenho institucional.

Segundo Anderson (2010, p. 10), os princípios que regem a distribuição dos gastos públicos incluem “dar responsabilidade à ordem do governo cuja população se beneficia de um bem público”. Anderson (2010) aponta que as constituições, de maneira geral, atribuem responsabilidades legislativas explicitamente e responsabilidades sobre os gastos implicitamente.

Os princípios que direcionam a distribuição dos gastos públicos oferecem um papel federal para grandes programas redistribuem a riqueza entre a população, assim como devolve quando há forte vantagem orçamentária (Anderson, 2010). Anderson (2010) aponta que os princípios podem ser úteis para países que cumprem as constituições federais e as federações estabelecidas que buscam reajustar as responsabilidades, evidenciando sua abordagem governamental. Para continuar a discussão, é necessário trazer a luz o papel da descentralização fiscal na determinação dos gastos públicos (BUSEMEYER, 2008).

A prática da teoria pode ser confusa porque é difícil traçar limites (ANDERSON, 2010). Por exemplo, há apontamentos de que a descentralização fornece verificações contra a concentração abusiva de poder (ANDERSON, 2010). Enquanto há argumentos que destacam que a centralização pode ser coerente em relação ao bem-estar dos cidadãos (ANDERSON, 2010). Entretanto, cabe ao governo decidir a atribuição de responsabilidades específicas a cada ordem de governo (ANDERSON, 2010).

Para exemplificar, quando estabelecido o federalismo nos Estados Unidos da América, existia uma preocupação com estradas locais. Conforme o passar dos anos, o benefício ficou estritamente local e outras demandas emergiram. Outro exemplo a ser evidenciado é a da administração da saúde. A descentralização facilita o gerenciamento enquanto pode criar tratamentos diferentes. É neste contexto de incompatibilidade de resultados que o papel do governo central se destaca, por razões de equidade e integridade (ANDERSON, 2010).

No entanto, pouco esforço é encontrado no que concerne a operacionalização do termo “descentralização fiscal” (BUSEMEYER, 2008). Em relação a teoria, a descentralização possui teses de competição em tons normativos, ou seja, com propósito de reduzir os gastos e limitar a ilusão fiscal. Um aspecto importante para destacar-se é a ampla visão de diferentes tipos de gastos, que podem variar de acordo com o grau de descentralização fiscal, que por outro lado, provoca dificuldade em adaptação para mudanças macroeconômicas.

O impacto da descentralização fiscal pode ser observado em diferentes tipos de gastos e tal foi feito num estudo realizado por Busemeyer (2008). O modelo teórico apresentado por Busemeyer (2008) demonstrou que sistemas de finanças públicas descentralizados levam a previsão expansiva de bens públicos a nível local, culminando na antecipação da política local. No entanto, associar a descentralização fiscal e gasto público depende, em grande parte, do tipo de gasto em questão. O autor conclui que a nível local, a descentralização fiscal apresenta impactos positivos devido à chamada “corrida ao topo”, conceito que delimita que existe uma competição pelos consumidores/eleitores por sua adesão e entrosamento.

2.2.2 A Descentralização Fiscal e as Teorias de Primeira Geração

A questão que circunda a descentralização fiscal, que parte da teoria do federalismo fiscal, de acordo com Slavinskaite (2015, p. 87) é a seguinte: “Qual é a alocação ideal de responsabilidades econômicas entre diferentes camadas de governo?”. É nesse sentido que a descentralização fiscal emerge, na tentativa de oferecer uma escolha de um sistema de governança, que ampare a extensão da participação política, a proteção dos direitos individuais e o desenvolvimento de diversas virtudes cívicas (OATES, 1999).

A descentralização fiscal tem como prioridade a prestação de bens e serviços cuja consumação está limitada às suas próprias jurisdições (OATES, 1999). De modo que, as instituições são avaliadas em termos de seu impacto na eficiência na alocação de recursos e na distribuição dos resultados (OATES, 1999). A premissa é de que, como aponta Oates (1999), se os governos estaduais e locais estiverem próximos do povo, conseqüentemente, serão receptivos às preferências particulares e sejam capazes de encontrar novas e melhores maneiras de fornecer esses serviços.

A descentralização fiscal, para a primeira geração, diz respeito a estrutura vertical do setor público, fazendo parte de sua composição a atribuição de funções aos níveis governamentais, os ganhos previdenciários da descentralização fiscal e o uso de instrumentos fiscais (OATES, 1999). Enquanto o governo centralizado tem responsabilidade básica pela estabilização macroeconômica, como por exemplo, que providencie serviços para toda a população do país, o governo descentralizado prevê o aumento do bem-estar econômico acima da previsão nacional (OATES, 1999).

A teoria da primeira geração da descentralização fiscal está presente no marco temporal de 1950 a 1980 (SLAVINSKAITE, 2015). De acordo com Slavinskaite (2015) é composta por autores como: Tiebout (1956), Musgrave e Musgrave (1959), Oates (1972), Olson (1969) e Brennan e Buchanan (1980). Para a primeira geração, o conceito diz respeito a uma política voltada para a transferência de poderes fiscais e responsabilidade dos governos nacionais para os subnacionais (SLAVINSKAITE, 2015).

Musgrave e Musgrave (1959) introduziu três diferentes categorias de finanças públicas, sendo estas: i) economia; ii) distribuição de renda e iii) alocação de recursos. Respectivamente, estas são chamadas como funções de governo de alocação, distribuição e estabilização. A função de alocação tem como argumento de que os governos locais produzem bens sociais para seus círculos eleitorais (MUSGRAVE; MUSGRAVE, 1959). Enquanto a função de distribuição diz respeito da redistribuição conduzida pelo governo nacional. Já a função de estabilização aborda que as políticas fiscais e monetárias devem ser coordenadas pelo governo nacional para manter a estabilização econômica (SLAVINSKAITE, 2015).

Tiebout (1956) estabilizou a hipótese de que a mobilidade gerada pela descentralização pode atender a demanda por bens públicos estritos sejam reconhecidos e atendidos, fazendo com que a preferência seja revelada. Tal hipótese ficou conhecida como classificação de Tiebout (1956). Nesse sentido, Oates (1972), apontou que o que importa são os benefícios dos bens públicos impuros, ou seja, os não excludentes e não rivais, e os bens públicos puros, aqueles que unem o subconjunto populacional. Tal apontamento levou ao teorema da descentralização, conceituado pelo “consumo definido sobre subconjuntos geográficos da população total, e para o qual os custos de prover cada nível de produção do bem em cada jurisdição são os mesmos para o governo central ou do governo local” (SLAVINSKAITE, 2015, p. 89).

Para Slavinskaite (2015, p. 91), cinco princípios de descentralização fiscal podem ser deduzidos da teoria da primeira geração. O primeiro diz respeito dos vínculos entre o país e os bens públicos, que para a primeira geração, são mais eficientemente fornecidos pelo governo nacional. O segundo princípio propõe o alinhamento entre as fronteiras geográficas e políticas, como dos governos de segunda categoria (estados) e do terceiro escalão. O terceiro prevê que o tamanho da jurisdição deve estabelecer o tamanho da oferta dos bens e serviços públicos. O

quarto princípio é apontado por Slavinskaite (2015) como a atribuição da responsabilidade da prestação dos serviços, ou seja, estabilização de transparência, caso contrário, resultará em sobreposição de serviços prestados ao público. E por último, o quinto princípio também diz respeito a responsabilização dos serviços, mas em relação a jurisdição, que pode ser de diferentes economias de escala e capacidades administrativas entre governos no mesmo nível.

Portanto, podemos apontar que a teoria da primeira geração da descentralização fiscal delimita que as responsabilidades de prestação de serviços são desempenhadas em nível mais baixo do governo por demonstrar um eficiente desenvolvimento (SLAVINSKAITE, 2015). Como vantagem da descentralização, podemos citar o estímulo a adesão de preferências para os serviços públicos locais, enquanto pode proteger projetos locais (SLAVINSKAITE, 2015). Discorrida as características que envolvem a descentralização assumidas pelas teorias de primeira geração, encaminha-se o debate e discussão das teorias de segunda geração sobre o federalismo fiscal.

2.2.3 A Descentralização Fiscal e as Teorias de Segunda Geração

As teorias de Segunda Geração sobre a descentralização fiscal são compostas pelas contribuições teóricas dos autores Weingast (1995), Seabright (1996), Lockwood (2002), Besley e Coate (2003), Petchey e Levchenkova (2002) e Wagner (2007). Tendo como início o ano de 1980, as teorias da segunda geração estão sendo desenvolvidas até hoje e baseiam-se em noções da teoria da empresa, da economia da informação, do problema do principal agente e da teoria do contrato (OATES, 2005; SLAVINSKAITE, 2015).

O desenvolvimento das teorias da segunda geração fundamenta-se nos processos políticos e comportamento dos agentes políticos, assim como das informações assimétricas e dos agentes políticos (SLAVINSKAITE, 2015). As teorias compostas pela segunda geração preocupam-se com o quão longe a descentralização pode ir, e pode ser destacada como uma característica desta visão da descentralização fiscal (SLAVINSKAITE, 2015). As contribuições giram das perspectivas do agente principal e para a economia dos contratos incompletos de custo de transação (SLAVINSKAITE, 2015).

As motivações por trás da elaboração das teorias em questão são os incentivos e os conhecimentos, isto porque contribuem com a eficiência econômica e a adesão das preferências e gostos locais, pois acredita-se que tal conhecimento é crucial para alavancar a eficiência econômica (BUSEMEYER, 2008; SLAVINSKAITE, 2015). As motivações estão relacionadas a inspiração do raiar das teorias da segunda geração, isso porque, os governos locais devem ter responsabilidade dos principais serviços públicos, de forma que os cidadãos consigam pressioná-los a atendê-los (HAYEK, 1945; TIEBOUT, 1956).

Para as teorias da segunda geração, a principal vantagem da descentralização fiscal é a melhoraria da prestação de contas, o que é fundamental para a governança de qualidade (SLAVINSKAITE, 2015). Quando o governo central se preocupa com gestão macroeconômica e o policiamento do mercado comum no país, aumenta-se a responsabilidade e a transparência do sistema governamental descentralizado (HAYEK, 1945).

Dada contextualização das teorias a segunda geração, Seabright (1996) apresenta uma análise do federalismo fiscal chamada “contrato incompleto”. O autor argumenta que as eleições são inverificáveis, na qual a descentralização tem papel de repartir a responsabilidade política. Nesta perspectiva de análise, Lockwood (2002) e Besley e Coate (2003) partem o teorema de descentralização e Oates (2005) para analisar a teoria, apontando que existe a possibilidade da prestação de serviços públicos em bases diferentes a partir de uma centralização nacional, determinadas pela legislação central. Enquanto isso, Lockwood (2002) apresenta um modelo de legislação nacional na qual são tomadas enquanto primitivas, de maneira que a eficiência da centralização e da descentralização sejam investigadas para então, serem utilizadas.

As teorias da segunda geração possuem uma perspectiva da descentralização de eficiência dos arranjos, burlando a escolha ineficiente de projetos que não atendam às necessidades locais (OATES, 2005) Nesse sentido, Wagner (2007) apresenta o governo policêntrico, com objetivo de afastar a atenção dos “níveis” de governo. De forma que os focos dos governos centrais correspondam as demandas por serviços prestados publicamente de forma integrada na economia de mercado.

Diferenças cercam as teorias da primeira e da segunda geração sobre o federalismo fiscal e a descentralização. Os problemas de pesquisa desenvolvidos na primeira geração culminam no apoio geral da adesão da descentralização, enquanto

na segunda geração, emerge no problema de pesquisa o quanto longe tem ido a prática (SLAVINSKAITE, 2015). Percebe-se que existe uma verticalização da estruturação do setor público, atrelado a hierarquização das atividades organizacionais na primeira geração. Enquanto na segunda geração das teorias elencadas, existe uma fluidez entre o governo central e local, a fim de buscar-se pela efetividade fiscal. Essencialmente diferentes, pode-se destacar uma troca entre centralização e descentralização que emboca as teorias de ambas as gerações (OATES, 2005). Portanto, tal volatilidade de problema de pesquisa nos leva a discussão dos fatores que determinam os gastos públicos, como os socioeconômicos, demográficos e políticos.

2.3 DETERMINANTES DOS GASTOS PÚBLICOS

Segundo Morais *et al.* (2018), diversas pesquisas buscaram explicar os determinantes dos gastos o governo. As pesquisas teóricas buscam delimitar a influência de algumas variáveis sobre os determinantes, propondo avaliações dos determinantes socioeconômicos da despesa de governos locais e estaduais (MORAIS *et al.*, 2018).

Em um contexto em que a escolha pública, processo no qual as preferências de indivíduos são concedidas a partir de decisões coletivas, Fisher (1964) delimitou que existem fatores que criam demandas nas despesas governamentais, que conseqüentemente, podem ser quantificados. Desse modo, Fisher (1964) propôs um modelo que busca estabelecer os gastos públicos determinados por fatores agrupados em três grupos: i) as variáveis socioeconômicas; ii) as variáveis políticas; e iii) as variáveis demográficas, a serem contextualizados a seguir.

Os fatores socioeconômicos abrangem tanto fatores econômicos como individuais, sociais e ambientais. A atividade econômica pode ser destacada como um exemplo deste fator e a Lei de Wagner pode ser utilizada para sua fundamentação. Proposta por Adolph Wagner no final do século XIX, a premissa também pode ser chamada de Lei os Dispendios Públicos Crescentes. O argumento é de que os determinantes dos níveis de gastos do governo são as estruturas econômicas e o processo de desenvolvimento do país (WAGNER, 1883). Ou seja, pode-se apontar uma relação entre a gestão dos gastos públicos e o desenvolvimento econômico, de

forma a modular os resultados das políticas públicas (DYE, 1966; PRADO; DA SILVA, 2018).

Estudos tem mostrado a influência que a política parece exercer sobre o desempenho da atividade econômica. Dessa forma, os fatores políticos assumem como determinantes dos gastos públicos a estrutura governamental, a organização partidária e os processos eleitorais (MORAIS *et al.*, 2018). Este fator assume a possibilidade de conexão entre calendário eleitoral e ciclo econômico. Estudos tem buscado evidenciar esse fator por meio de testes com hipóteses, assim como com mapeamento de evidências históricas e estatísticas (SAKURAI, 2009). Neste fator determinante, o Ciclo Político Orçamentário pode ser utilizado para fundamentação. Esta teoria advoga que a economia demonstra uma tendência cíclica para criar condições econômicas favoráveis ao resultado eleitoral esperando. Assim, a interação entre a economia e a política determinam os gastos públicos, influenciando no desempenho e nos movimentos da economia (FIALHO, 1999; SAKURAI, 2009).

Por fim, os fatores demográficos circundam elementos tais como a população, densidade demográfica, faixa etária da população, entre outros. É importante sua percepção e utilização para a previsão e mudanças em relação a necessidade e qualidade das políticas públicas (RODRIGUES, 2010). Mendes e Sampaio de Sousa (2006) identificaram a população como fator determinante na demanda de serviços públicos e corrobora com a sua importância enquanto fator determinante, o fato de permitir a avaliação da alocação e execução os recursos disponíveis (SAKURAI, 2009). Estudos tem demonstrado o efeito negativo da densidade demográfica nos gastos públicos (BORCHERDING; DEACON, 1972; VERBINA; CHOWDHURY, 2004), assim como tem evidenciado a influência dos fatores demográficos positivamente sobre educação e urbanismo (BORCHERDING; DEACON, 1972). Portanto, pode-se apontar que existe influência dos fatores demográficos sobre os gastos públicos.

Os argumentos destacados delimitam os determinantes dos gastos públicos, observados e contextualizados a partir do modelo proposto por Fisher (1964). De forma que conduz este texto a discussão e conexão entre o federalismo e os gastos públicos, com destaque a saúde e foco no Brasil, objetos de estudo neste trabalho.

2.4 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE E O FEDERALISMO

O período que antecede a Constituição Federal do Brasil associava a saúde pública aos socorros, a previdência e assistência. Foi somente após a instauração da Constituição Federal do Brasil (1988) que a saúde foi incorporada como direito social fundamental em seu artigo sexto (BRASIL, 1988). A partir deste marco institucional, passou a ser um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas que assegurem o acesso universal e igualitário, vide artigo 196. Tal fato é reafirmado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) em seu segundo artigo.

Segundo Lima (2007) assumiu-se o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde e instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS). A base do modelo de transferência de recursos assumidos foi de governos federais para os subnacionais e são essas características que os gastos públicos com saúde se entrelaçam com o federalismo fiscal (LIMA, 2007).

Em relação a transferência de recursos, de acordo com a legislação, deve acontecer de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS). Prioriza-se que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial e hospitalar e ademais serviços relacionados a saúde. Outros critérios devem ser observados para transferência de recurso, como por exemplo, perfil demográfico, desempenho no período anterior, previsão de investimentos, entre outros fatos que podem ser observados como determinantes dos gastos públicos com saúde no Brasil (LIMA, 2007).

Foi na Emenda Constitucional 29/2000 (BRASIL, 2000b) que foi instaurado o mínimo de despesas dos entes federativos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, de forma a assegurar recursos mínimos para a saúde. Para os Estados, 12% e para os Municípios 15% foi estabelecido. Enquanto para União, delimitou-se o montante no exercício financeiro do ano anterior, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Além deste marco, a Emenda Constitucional 29/2000 (BRASIL, 2000b) descentralizou o financiamento do SUS e compartilhou responsabilidades sobre a execução de suas políticas, visto que até então as despesas com saúde estavam concentradas na União, o que evidencia o entrosamento da gestão da saúde com o federalismo fiscal.

O Federalismo Fiscal atribuído as despesas com a saúde constituem a forma pela qual a economia do setor público é repartida, compartilhando compromissos e objetivos entre os entes federativos (LIMA, 2007). Por um lado, a função de redistribuição de recursos pode ser utilizada como um importante mecanismo para abater desequilíbrios fiscais. Mas, por outro lado, como apontado por Ribeiro *et al.*, (2018), o processo de descentralização operado a partir dos anos 80 não contou com uma descentralização planejada de encargos. Acarretando, por exemplo, na insuficiência de recursos financeiros é um dos principais problemas enfrentados pelo SUS (PIOLA; DE FRANÇA; NUNES, 2016).

Dado o cenário complexo entre o federalismo fiscal e os gastos com saúde, destacados em estudos anteriores, cabe a administração pública contornar as adversidades e proporcionar melhores resultados. A descentralização fiscal tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária e as diferentes capacidades de arrecadação tributária abriram possibilidades distintas aos gestores (LIMA, 2007). É neste contexto que esta pesquisa contribuirá com a prática, pois analisará o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais do Brasil, a fim de evidenciar o que tem sido feito e possibilidades administrativas.

3 METODOLOGIA

Dado o objetivo de pesquisa, utilizou-se das informações obtidas junto ao banco de dados do Tesouro Nacional (BRASIL, 2022) das 26 capitais brasileiras sobre o número de habitantes, a Receita Corrente Líquida (RCL) e as despesas liquidadas com saúde entre 2008 e 2017. Os valores foram deflacionados de junho do ano corrente para junho de 2018 a partir do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que foi escolhido pelo fato dos municípios o utilizarem para realizar os reajustes como por exemplo, os vencimentos.

As capitais foram agrupadas de acordo com o número médio de habitantes no período: as sete capitais com média de habitantes menor do que 500 mil estão no grupo Pequena; entre 500 mil habitantes a um milhão estão as sete cidades do grupo Média; com um milhão a dois milhões outras sete cidades no grupo Grande; e com mais de dois milhões de habitantes as cinco maiores capitais brasileiras estão no grupo dos “Municípios com mais de 2 milhões de habitantes”.

Para obter os resultados foram utilizados os *softwares R e MS Excel*. Foram calculadas as médias de habitantes para cada uma das capitais no período, possibilitando assim agrupá-las conforme descrito no parágrafo anterior e exposto a seguir na Tabela 1. Foram também calculadas as médias das despesas liquidadas com saúde nas capitais e as médias dos grupos para o mesmo período. Foram feitos os cálculos do percentual das despesas com saúde em relação à RCL e a razão entre despesas com saúde e o número de habitantes. Conforme descrito adiante, as despesas com saúde foram analisadas tendo em vista o percentual gasto com cada subfunção.

4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

A Tabela 1 apresenta a média do número de habitantes no período por capital e a qual grupo pertencem.

Tabela 1 – População média nas capitais brasileiras entre 2008 e 2017

Grupo	Capital	Média de habitantes entre 2008 e 2017
Pequena	Palmas	244.106
	Boa Vista	300.289
	Vitória	340.840
	Rio Branco	348.622
	Macapá	422.667
	Florianópolis	444.034
	Porto Velho	458.138
Média	Cuiabá	566.531
	Aracaju	598.195
	João Pessoa	754.956
	Campo Grande	815.803
	Teresina	828.292
	Natal	838.515
	Maceió	975.638
Grande	São Luís	1.043.262
	Goiânia	1.365.266
	Belém	1.426.425
	Porto Alegre	1.448.864
	Recife	1.583.537
	Curitiba	1.836.759
	Manaus	1.922.877
Superior a 2 milhões de hab.	Belo Horizonte	2.455.390
	Fortaleza	2.536.022
	Salvador	2.862.678
	Rio de Janeiro	6.379.378
	São Paulo	11.580.484

FONTE: Adaptado de Tesouro Nacional (BRASIL, 2022).

Na Tabela 2 é possível observar as médias durante o período para as despesas liquidadas com saúde, listando as capitais na mesma ordem crescente de habitantes da Tabela 1. Uma observação deve ser feita: não é observada uma proporção regular estrita de gastos com saúde que acompanhe a população das capitais, de forma que uma capital com mais habitantes pode ter uma média de despesas com saúde menor do que uma capital com menos habitantes (numa linha superior da tabela). Por exemplo: a média de despesas com saúde para o período de 2008 a 2017 de Rio Branco é inferior à de Vitória em R\$ 183.920.871,75, diferença que é próxima do dobro do valor despendido por Rio Branco. Vale destacar sobre o exemplo: diferença entre as médias do número de habitantes nos dois municípios é de apenas 8 mil habitantes. Outra diferença observável é entre Salvador e Curitiba, que foram categorizadas em grupos diferentes, mas a cidade com menos habitantes é a qual despendeu mais em saúde no período observado.

Voltando a olhar para os grupos, porém, observamos que conforme as capitais têm mais habitantes, maior é o dispêndio com saúde. Tal comportamento é o esperado, levando em conta a população - fator demográfico, de acordo com Fisher (1964) - como determinante dos gastos públicos. Análise levando em conta a proporção de entre despesas com saúde e habitantes é feita abaixo.

Tabela 2 - Média das Despesas com Saúde entre 2008 e 2017

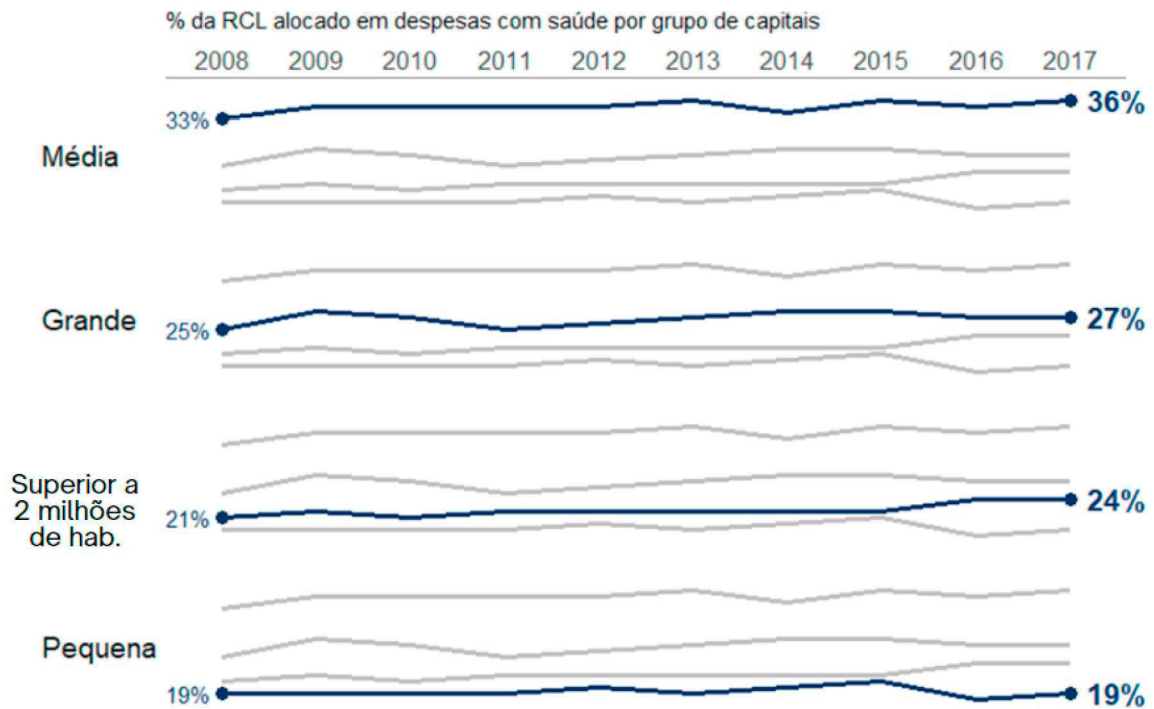
Média das despesas com saúde entre 2008 e 2017				
Grupo	Capital	por capital		por grupo
Pequena	Palmas	R\$	165.425.634,53	
	Boa Vista	R\$	148.229.602,15	
	Vitória	R\$	277.725.515,24	
	Rio Branco	R\$	93.804.643,49	R\$ 196.742.925,84
	Macapá	R\$	120.672.906,59	
	Florianópolis	R\$	258.326.815,90	
	Porto Velho	R\$	226.091.236,47	
Média	Cuiabá	R\$	564.490.173,66	
	Aracaju	R\$	515.186.679,92	
	João Pessoa	R\$	655.565.765,47	
	Campo Grande	R\$	970.382.351,82	R\$ 673.845.544,68
	Teresina	R\$	798.791.631,18	
	Natal	R\$	554.729.529,22	
	Maceió	R\$	585.446.828,85	
Grande	São Luís	R\$	799.013.515,47	
	Goiânia	R\$	1.283.488.324,18	
	Belém	R\$	879.650.365,39	
	Porto Alegre	R\$	1.534.731.147,61	R\$ 1.098.865.325,86
	Recife	R\$	931.578.644,24	
	Curitiba	R\$	1.494.734.100,90	
	Manaus	R\$	768.861.183,21	
Superior a 2 milhões de hab.	Belo Horizonte	R\$	2.772.041.606,05	
	Fortaleza	R\$	1.785.431.174,30	
	Salvador	R\$	1.093.060.084,39	R\$ 3.845.925.765,54
	Rio de Janeiro	R\$	4.284.735.067,88	
	São Paulo	R\$	8.934.211.983,98	

FONTE: Adaptado de Tesouro Nacional (BRASIL, 2022).

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estabeleceu um piso de despesas com saúde para os entes federativos. Aos municípios foi definido que o mínimo de 15% da receita corrente líquida seria aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). As capitais do grupo Média foram as que apresentaram a maior proporção de despesas com ASPS em relação à RCL, com uma média de 35% no período. Já a menor média das despesas foi a das menores capitais, do grupo

Pequena. Conforme ilustrado pelo Gráfico 1, é perceptível uma diferença de aproximadamente dez pontos percentuais entre o primeiro e o segundo grupo que mais aloca despesas com saúde em relação às próprias receitas durante todo o período analisado.

Gráfico 1 – Razão Despesa com Saúde e Receita Corrente Líquida por grupo de capitais



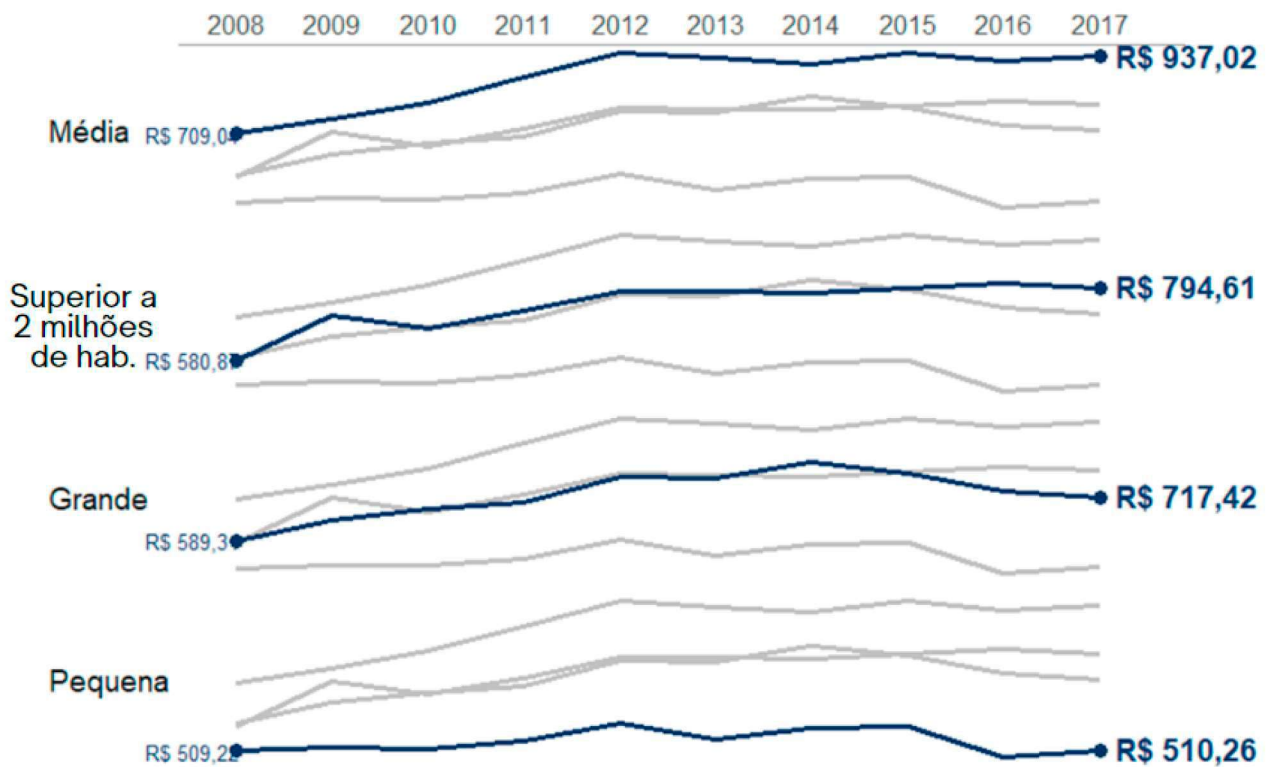
FONTE: Adaptado de Tesouro Nacional (BRASIL, 2022).

O Gráfico 1 demonstra a razão entre despesas liquidadas com saúde e a RCL durante o período analisado, destacando um grupo por vez. Os valores atribuídos aos grupos são as médias dos valores calculados para as capitais que os compõe. A primeira informação importante a notar é que durante o período todo de 2008 a 2017, os grupos cumpriram com o mínimo constitucional de 15%. É relevante destacar também que durante o período analisado as capitais do grupo Média, que proporcionalmente mais alocaram despesas com saúde também apresentaram o maior aumento nesta proporção. A diferença da razão ASPS/RCL para as capitais do grupo Média do início ao fim do período foi de 3,5%, partindo de 33,6% em 2008 para

36,2% em 2017. O grupo Pequena, apesar de ter apresentado crescimento na proporção ao longo do tempo, tinha em 2017 os mesmos 19% de 2008 de ASPS/RCL.

A proporção entre despesas com saúde e habitantes também foi mensurada. O Gráfico 2 é muito semelhante ao Gráfico 1, ao mostrar uma proporção maior vinda dos municípios do grupo Média e a menor razão do grupo Pequena. A proximidade entre as razões dos grupos “Superior a 2 milhões de hab.” e Grande também é observada quando se relaciona as despesas liquidadas com saúde e a quantidade de habitantes dos municípios.

Gráfico 2 – Despesas com Saúde Per capita por grupo de capitais



FONTE: Adaptado de Tesouro Nacional (BRASIL, 2022).

A análise do Gráfico 2 evidencia que as capitais do grupo Média, além de dependerem mais com ASPS em relação à suas receitas, também o fazem em relação à sua população, com cerca de R\$130,00 por habitante a mais do que a média das maiores capitais, as do grupo “Superior a 2 milhões de hab.”. Dentro da amostra temporal, todos os grupos aumentaram e diminuíram as despesas com saúde por

habitante de forma que, ao término do período, obtiveram um valor maior de despesas liquidadas com saúde para sua população do que em 2008. É notável, novamente, que o grupo Média é o que teve o maior crescimento da proporção no período e o grupo Pequena o menor.

Podemos analisar a partir do Gráfico 2 que os fatores demográficos exercem influência sobre a determinação das despesas dos municípios brasileiros, pois o grupo Pequena possui menor despesa pública com saúde em relação aos outros grupos. Isso pode ser explicado pela possibilidade de haver mais adultos nestas cidades que não demandam tratamentos. Assim como podemos destacar que também há influência dos fatores socioeconômicos sobre os gastos, uma vez que os grupos Média e “Superior a 2 milhões de hab.” possuem maior proporção de despesa em relação aos demais, por existir influência da renda da população e da urbanização (MORAIS *et al.*, 2018). Isso pode ser explicado pela possibilidade de existir demanda de crianças e idosos por tratamentos.

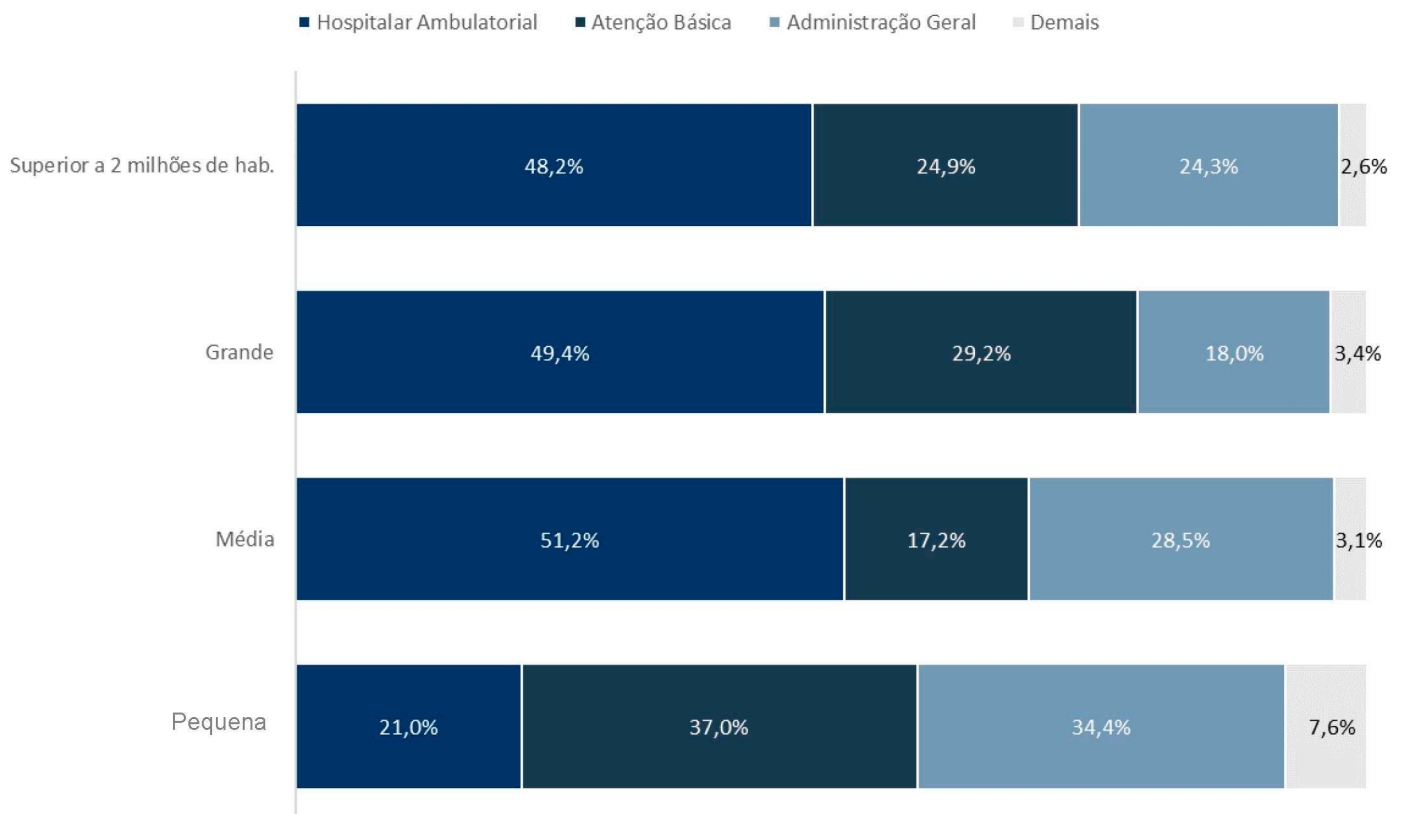
Da observação dos Gráficos 1 e 2, ainda, pode-se extrair uma breve reflexão sobre um dos aspectos da Teoria dos Ciclos Políticos e a Lei de Wagner. Abrangendo cinco anos eleitorais, o período observado inclui eleições municipais (2008, 2012 e 2016) e federais e estaduais (2010 e 2014). Não é observado aumento relevante nos anos de eleição municipal para as despesas com saúde em relação ao número de habitantes ou a RCL, nem indício de comportamento cíclico. Quanto a Lei os Dispendios Públicos Crescentes, ou, Lei de Wagner, foi observado que as despesas com saúde cresceram em todos os grupos, exceto o das menores capitais. A interpretação do Gráfico 3 pode ajudar a entender o motivo.

Para dar continuidade a análise dos dados em face ao objetivo desta pesquisa, a composição das despesas com saúde foi agrupada em quatro subfunções, a partir da conceituação fornecida pelo Ministério da Saúde (2022):

- i) Atenção básica: sendo o nível primário, é constituído principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e apresenta caráter preventivo;
- ii) Hospitalar e ambulatorial: Atenção de nível secundário, envolve atendimento de especialidades. Geralmente os pacientes são encaminhados a partir da UBS. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) se encaixa nesta subfunção;

- iii) Administração geral: atividades administrativas relacionadas ao manejo da saúde pública, que por sua vez, proporcionam a integração entre as subfunções;
- iv) Demais: é a soma das despesas com vigilância epidemiológica, suporte profilático e alimentação e nutrição.

Gráfico 3 - Composição das Ações e Serviços Públicos de Saúde em subfunções



FONTE: Adaptado de Tesouro Nacional (BRASIL, 2022).

Destaca-se no Gráfico 3 o perfil da alocação das despesas com saúde varia de acordo com o número de habitantes das capitais. O grupo Pequena apresentou no período observado o perfil mais distinto, com as maiores proporções de despesas com atenção básica (37%) e demais (7,6%, enquanto os outros grupos alocaram cerca de 3%) e administração geral (34%). As despesas com Hospitalar e Ambulatorial do grupo Pequena foram proporcionalmente as menores. O grupo Média, o que tem o maior gasto por habitante e em relação à RCL com saúde, é o que proporcionalmente

menos alocou recursos com atenção básica e mais direcionou às despesas com Hospitalar e Ambulatorial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar o comportamento e a evolução dos gastos em saúde pública nas capitais brasileiras. A partir da fundamentação teórica, analisou-se dados obtidos a partir da base de dados do Tesouro Nacional de 26 capitais brasileiras sobre o número de habitantes, a Receita Corrente Líquida (RCL) e as despesas liquidadas com saúde entre 2008 e 2017.

As capitais agrupadas como Médias, com média entre 500 mil e um milhão de habitantes no período, foram as que em relação ao número de habitantes e as próprias RCL mais gastaram com saúde e apresentam os maiores crescimentos nestas proporções. As menores capitais se destacaram de outra forma: estagnaram nestas proporções e tiveram os menores dispêndios.

Podemos observar que as variáveis demográficas possuem influência na determinação da despesa com saúde, tanto quanto para menor ou maior orçamento público vide tamanho da população. O grupo com as menores capitais é o que menos dispendeu recursos com saúde em média, e tem a composição distinta das demais, com a maior proporção de gastos com Atenção Básica, por exemplo. As variáveis socioeconômicas também exercem influência principalmente em relação a aspectos urbanísticos e de renda per capita.

Não foi observado aumento relevante nos anos de eleição municipal para as despesas com saúde ou indício de comportamento cíclico relacionado a Teoria dos Ciclos Políticos para as capitais no período observado. Já a Lei dos Dispêndios Públicos Crescentes se mostrou observável na amostra, com crescimento das despesas em saúde em quase todas as capitais no período, exceto pelo grupo das menores.

Este estudo não está isento de limitações. Neste estudo, utilizou-se de médias e proporções para resumir os dados ao longo do tempo, observando tendências centrais do comportamento orçamentário. As contribuições deste trabalho giram em torno do desdobramento teórico e empírico que permeiam o federalismo e os gastos com saúde no Brasil, propondo avanço nas avaliações estatísticas econômicas. A contribuição prática baseia-se na clarificação do que tem sido feito pelos gestores municipais em face aos gastos públicos, o que pode elucidar pontos de melhoria a serem inclusos dentro das possibilidades administrativas. A contribuição social abarca o que concerne as políticas públicas, principalmente em suas etapas de formulação e

avaliação. Na etapa de avaliação, pois observa a administração pública por um determinado tempo e na etapa de formulação, enquanto reformulação das até então assumidas políticas. Neste contexto, sugere-se pesquisas futuras quantitativas que avaliem individualmente os municípios com intuito de aprofundar a análise e que levem em conta outros aspectos para avaliar a execução do orçamento em relação a Teoria dos Ciclos Políticos, como por exemplo a relação entre os partidos dos governantes de diferentes entes federativos. Dado resultados apresentados, sugere-se estudos voltados ao desenvolvimento teórico de como a renda e a urbanização afetam os gastos públicos com saúde, pois demonstrou-se presente na distribuição dos gastos públicos. Além disso, incentiva-se pesquisas da influência dos fatores demográficos sobre a determinação das despesas dos municípios brasileiros, pois demonstrou-se nos resultados obtidos uma diferença orçamentária a ser compreendida e delimita, como demonstrou o Gráfico 2.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, G. *Fiscal Federalism: A Comparative Introduction*. Orford University Press, 2010.
- BESLEY, T.; COATE, S. Centralized versus decentralized provision of local public goods: A political economy approach. *Journal of Public Economics*, v. 87, n. 12, p. 2611–2637, dez. 2003.
- BORCHERDING, T. E.; DEACON, R. T. The Demand for the Services of Non-Federal Governments. *The American Economic Review*, v. 62, n. 5, p. 891–901, 1972.
- BRASIL. **Lei nº4.320**. Brasil, 17 mar. 1694.
- _____. **Decreto Lei nº200**. Brasil, 25 fev. 1967.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil, 1988.
- _____. **Lei nº8.080**. Brasil, 19 set. 1990.
- _____. **Lei Complementar nº101**. Brasil, 4 maio 2000a.
- _____. **Emenda Constitucional nº29**. Brasil, 13 set. 2000b.
- _____. **Lei Complementar nº131**. Brasil, 27 maio 2009.
- _____. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BRENNAN, G.; BUCHANAN, J. *The Power to Tax – Analytical Foundations of a Fiscal Constitution*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- BUSEMEYER, M. R. The Impact of Fiscal Decentralisation on Education and Other Types of Spending. *Swiss Political Science Review*, v. 14, n. 3, p. 451–481, 2008.
- DYE, T. R. *Politics, Economics and the Public: Policy Outcome in the American States*. Chigago: Rand McNally, 1966.
- FIALHO, T. Ciclos Políticos: uma resenha. *Revista de Economia Política*, v. 19, n. 2(74), p. 131–149, 1999.
- FISHER, G. W. Interstate variation in State and Local Government Expenditure. *National Tax Journal*, v. 17, n. 1, p. 57–74, 1964.
- HAYEK, F. A. The Use of Knowledge in Society. *The American Economic Review*, v. 35, n. 4, p. 519–530, 1945.
- LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 511–522, 2007.
- LOCKWOOD, B. Distributive Politics and the Costs of Centralization. *Review of Economic Studies*, v. 69, n. 2, p. 313–337, 2002.
- MENDES, C. C.; SAMPAIO DE SOUSA, M. DA C. Demand for locally provided public services within the median voter’s framework: The case of the Brazilian municipalities. *Applied Economics*, v. 38, n. 3, p. 239–251, 20 fev. 2006.
- MORAIS, L. *et al.* **Determinantes dos Gastos Públicos dos Municípios Brasileiros**. XVIII USP International Conference in Accounting. *Anais...*2018.
- MUSGRAVE, R.; MUSGRAVE, P. *The Theory of Public Finance – A Study in Public Economy*. New York: McGraw-Hill, 1959.
- OATES, W. E. *Fiscal federalism*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1972.
- OATES, W. E. An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, v. XXXVII, p. 1120–1149, 1999.
- OATES, W. E. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. *International Tax and Public Finance*, v. 12, p. 349–373, 2005.

- OLSON, M. The Principle of “Fiscal Equivalence”: The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. **The American Economic Review**, v. 59, n. 2, p. 479–487, 1969.
- PETCHEY, J.; LEVTCHENKOVA, S. **The welfare effects of fiscal equalisation in a federal economy with factor mobility and strategic behaviour**. Mimeo: School of Economics and Finance, Curtin University, 2002.
- PIOLA, S. F.; DE FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da emenda constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no sistema único de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411–421, 1 fev. 2016.
- PORTAL DO GOVERNO BRASILEIRO. **Tesouro Nacional**.
- PRADO, P. H. M.; DA SILVA, C. G. Lei De Wagner, ilusão fiscal e causalidade entre receitas e despesas: Uma análise das finanças públicas Brasileiras. **Economia Aplicada**, v. 22, n. 2, p. 115–140, 2018.
- RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalism and health policy in Brazil: Institutional features and regional inequalities. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1777–1789, 1 jun. 2018.
- RODRIGUES, C. G. **Determinantes da composição do gasto público nos estados brasileiros**. Dissertação de Mestrado—DF: Universidade de Brasília, 2010.
- SAKURAI, S. Ciclos Políticos nas Funções Orçamentárias dos Municípios Brasileiros: Uma Análise para o Período 1990-2005 Via Dados em Painel. **Est. econ.**, v. 39, n. 1, p. 39–58, 2009.
- SEABRIGHT, P. Accountability and decentralisation in government: An incomplete contracts model. **European Economic Review**, v. 40, p. 61–89, 1996.
- SLAVINSKAITE, N. Fiscal Decentralisation and Economic Theory. **Review of Business and Legal Science**, n. 26, p. 87–98, 2015.
- SOARES, M.; MACHADO, J. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.
- TIEBOUT, C. M. A Pure Theory of Local Expenditures. **Journal of Political Economy**, v. 64, n. 5, p. 416–424, 1956.
- VERBINA, I.; CHOWDHURY, A. What determines public education expenditures in Russia? 1. **Economics of Transition**, v. 12, n. 3, p. 489–508, 2004.
- WAGNER, A. H. **Finanzwissenschaft**. [s.l.] C F Winter Leipzig, 1883.
- WAGNER, R. E. **Fiscal Sociology and the Theory of Public Finance: An Exploratory Essay**. Cheltenham: Edward Elgar, 2007.
- WEINGAST, B. The economic role of political institutions: market-preserving federalism and economic development. **Journal of Law, Economics and Organisations**, v. 15, n. 1, p. 1–31, 1995.