



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)**  
**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E**  
**GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS (FACE)**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ATUARIAIS (CCA)**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS (PPGCont)**

**HELDER KIYOSHI KASHIWAKURA**

**RETRATO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE A**  
**ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS E A SUA RELAÇÃO COM A**  
**INFRAESTRUTURA BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS**

**BRASÍLIA**  
**2019**

Professora Doutora Márcia Abrahão Moura

**Reitora da Universidade de Brasília**

Professor Doutor Enrique Huelva Unternbäumen

**Vice-Reitor da Universidade de Brasília**

Professora Doutora Adalene Moreira Silva

**Decana de Pós-Graduação**

Professor Doutor Eduardo Tadeu Vieira

**Diretor da Faculdade de Economia, Administração,  
Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas**

Professor Doutor Paulo César de Melo Mendes

**Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais**

Professor Doutor César Augusto Tibúrcio Silva

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis**

**HELDER KIYOSHI KASHIWAKURA**

**RETRATO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE A  
ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS E A SUA RELAÇÃO COM A  
INFRAESTRUTURA BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências Contábeis.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa de Oliveira Gonçalves

Área de Concentração: Mensuração Contábil

Linha de Pesquisa: Impactos da Contabilidade no Setor Público, nas Organizações e na Sociedade

**BRASÍLIA**

**2019**

**Divisão de Serviços Técnicos**

**Catálogo da Publicação na Fonte. UnB / Biblioteca Central**

Kashiwakura, Helder Kiyoshi.

Retrato da atenção básica no Brasil: um estudo sobre a alocação de recursos financeiros e a sua relação com a infraestrutura básica de saúde dos municípios/ Helder Kiyoshi Kashiwakura. -- Brasília, 2019.

262 f.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Andréa de Oliveira Gonçalves.

Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE). Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCont).

1. Atenção primária à saúde. 2. Atenção básica. 3. Gastos em saúde nos municípios. 4. Infraestrutura da atenção básica. I. Gonçalves, Andréa de Oliveira. II. Universidade de Brasília. III. Título.

**HELDER KIYOSHI KASHIWAKURA**

**RETRATO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: UM ESTUDO SOBRE A  
ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS E A SUA RELAÇÃO COM A  
INFRAESTRUTURA BÁSICA DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Ciências Contábeis.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa de Oliveira Gonçalves  
Universidade de Brasília  
Orientadora

---

Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva  
Universidade de Brasília  
Membro Interno

---

Prof. Dr. Ricardo Rocha de Azevedo  
Universidade Federal de Uberlândia  
Membro Externo

---

Prof. Dr. André Nunes  
Universidade de Brasília  
Membro Interno

Brasília-DF, 28 de fevereiro de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, inicialmente, a Deus, por me dar forças, ouvir as minhas orações e pela oportunidade de realizar mais um projeto na minha vida.

À minha esposa, Luciane, que por 31 anos divide as minhas vitórias, fazendo parte de mais uma conquista. Pela paciência, pelo incentivo, pelo companheirismo, sempre me apoiando.

Às minhas filhas Gabriella e Emanuella. Pela compreensão e pelo carinho. Sempre ao meu lado. Especialmente à Gabriella, que me auxiliou na pesquisa qualitativa, onde sua participação foi fundamental.

Aos meus pais, Keniti e Kiyoko, pelo exemplo de vida.

Aos meus sogros, Geraldo (in memoriam) e Leida (in memoriam), pelo carinho e pelo apoio.

À minha orientadora, Prof. Dr.<sup>a</sup> Andréa Gonçalves, pelo ensinamento, confiança e o apoio para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço aos avaliadores do projeto de qualificação, Prof. Dr.<sup>a</sup> Leila Göttens e Prof. Dr. André Nunes, pelas valiosas contribuições.

Agradeço aos avaliadores da banca de defesa final, Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva, Prof. Dr. Ricardo Rocha Azevedo e Prof. Dr. André Nunes por aceitarem participar da banca de avaliação e pelas importantes contribuições apresentadas por ocasião da defesa.

Aos coordenadores do Programa, pelo apoio sempre demonstrados.

Aos professores do programa, com os quais tive a oportunidade de aprender muito.

A administração superior da Universidade de Brasília e ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais pela autorização de afastamento para capacitação, no período de março de 2017 a março de 2019, o que foi fundamental para o sucesso desta empreitada.

Agradeço às servidoras Inez e Sara do PPGCont, sempre prestativas.

Aos diretores, professores e técnicos da FACE, em especial aos professores e técnicos do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, pelo apoio e pelo incentivo.

Aos chefes e coordenadores do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, pelo incentivo, amparo e suporte.

Aos meus colegas e amigos da turma, por todo o apoio, dedicação e união durante o curso.

Aos demais amigos e colegas, pelo incentivo, apoio e sugestões.

Ao servidor Wesley Trigueiro, do SIOPS/MS, pelo apoio prestado no levantamento e disponibilização dos dados orçamentários e financeiros para esta pesquisa. Seu auxílio foi fundamental.

Aos colegas Matheus Costa, José Bonifácio de Araújo, Wanderson Bittencourt e Guilherme Ferreira pelas orientações com os softwares estatísticos.

À Inez Guedes, pela cuidadosa revisão do texto.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para realização deste trabalho.

## RESUMO

O escopo desta tese foi analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros, em uma amostra composta por todos os 5.570 municípios. Na perspectiva explicativa, a pesquisa buscou relacionar variáveis por meio da análise de correspondência e da regressão quantílica, cujos resultados se alinham com a hipótese diretriz, no sentido de que “o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* leva a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde”. As correspondências entre a tipologia e as variáveis representativas dos gastos mostram que tipologias 1 -Reprovado e 2-Rudimentar estão relacionadas com menores gastos *per capita* nessas variáveis, e vice-versa. De forma semelhante, os resultados da regressão quantílica convergem para a hipótese diretriz no tocante às variáveis representativas de gastos, que apresentam relação positiva com a tipologia da infraestrutura, considerando-se os coeficientes com significância de pelo menos 10%, no quantil 0,5, nos dois ciclos. Os resultados corroboram a literatura, que defende a necessidade de se melhorar a governança dos recursos da saúde, aspecto evidenciado, de certo modo, quando se verifica que os municípios com condições socioeconômicas com indicadores (PIB *per capita* e IDHM) piores possuem infraestrutura na atenção básica nas categorias 1 -Reprovado e 2-Rudimentar, que são inferiores. O estudo destaca, também, outro aspecto relevante, referente à distribuição dos recursos, ou seja, onde e como esses são aplicados: ao apresentar a média de gastos municipais por estado, verifica-se grande desigualdade entre as regiões Norte e Nordeste do país e as demais regiões, o que evidencia que aspectos relacionados à governança orçamentária, como a multiplicidade de atores e os múltiplos critérios de descentralização de recursos (alocação), trazem dificuldades de coordenação entre os entes públicos.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Atenção básica; Gastos em saúde nos municípios; Infraestrutura da atenção básica.

## ABSTRACT

The scope of this thesis was to analyze the relationship between the allocation of financial resources and the typology of local basic health infrastructure in Brazilian municipalities, in a sample composed of all 5,570 municipalities. In the explanatory perspective, the research sought to relate variables through correspondence analysis and quantile regression, whose results are aligned with the guiding hypothesis, that "the greater expenditure of per capita financial resources leads to a better infrastructure of local health facilities ". The correspondences between the typology and the representative variables of the expenditures show that typologies 1 - Disapproved and 2 - Rudimentary are related to lower expenditures per capita in these variables, and vice versa. Similarly, the results of the quantum regression converge with the guideline hypothesis for the variables that represent expenses, which present a positive relation with the infrastructure typology, considering the coefficients with significance of at least 10%, in the quantile 0.5, in both cycles. The results corroborate with the literature, which argues for the need to improve the governance of health resources, an aspect evidenced to a certain extent when it is verified that municipalities with socioeconomic conditions with worse indicators (GDP per capita and HDI) have infrastructure in the primary attention in categories 1 - Disapproved and 2 - Rudimentary, which are inferior. The study also highlights another relevant aspect related to the distribution of resources, that is, where and how they are applied: when presenting the average municipal expenditure by state, there is a great inequality between the North and Northeast regions of the country and the other regions, which shows the tendency that aspects related to budget governance, such as the great multiplicity of actors and the multiple criteria of resource decentralization (allocation), bring difficulties of coordination among public entities.

**Keywords:** Primary health care; Basic health attention; Health expenditures in municipalities; Basic care infrastructure.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo, entre países, do PIB <i>per capita</i> , gasto e desempenho em saúde, de 2001 a 2006	72
Tabela 2 - Comparativo, entre países, do PIB <i>per capita</i> , gasto e desempenho em saúde, de 2014 a 2017	73
Tabela 3 - Gastos totais na atenção básica por esfera de governo (Despesa liquidada)	123
Tabela 4 - Participação dos entes no financiamento da atenção básica nos municípios	124
Tabela 5 - Gastos por esfera de governo (2012), em R\$ bilhões	125
Tabela 6 - Gastos por esfera de governo (2017), em R\$ bilhões	125
Tabela 7 - Participação dos gastos por subfunção	128
Tabela 8 - Gastos em saúde na atenção básica, nas subfunções vinculadas e total (em R\$ bilhões)	129
Tabela 9 - Participação dos gastos em saúde por categoria econômica nos municípios	130
Tabela 10 - Coeficientes dos escores fatoriais (ciclo 1 e ciclo 2)	137
Tabela 11 - Evolução da Tipologia	138
Tabela 12 - Escores por dimensão (ciclo 1 e ciclo2)	138
Tabela 13 - Evolução da tipologia das UBS por município	140
Tabela 14 - Tipologia das UBS por regiões geográficas (ciclo 1 e ciclo 2)	141
Tabela 15 - Tipologia por porte populacional do município (ciclo 1 e ciclo 2) – proporção por população	142
Tabela 16 - Tipologia por porte populacional do município (ciclo 1 e ciclo 2) – proporção por tipologia	143
Tabela 17 - Média de gastos na AB e tipologia (escore final)	145
Tabela 18 - Pares de variáveis testados na análise de correspondência (ciclo 1)	149
Tabela 19 - Pares de variáveis testados na análise de correspondência (ciclo 2)	149
Tabela 20 - Correspondência entre variáveis e população (ciclo 1 e ciclo 2)	167
Tabela 21 - Correspondência entre variáveis e tipologia (ciclo 1)	167
Tabela 22 - Correspondência entre variáveis e tipologia (ciclo 2)	167
Tabela 23 - Resultados da regressão quantílica - Categoria econômica (Modelo RQ1)	175
Tabela 24- Resultados da regressão quantílica - Subfunção (Modelo RQ2)	176
Tabela 25 - Resultados da regressão quantílica - Blocos de gasto na AB (Modelo RQ3)	177
Tabela 26 - Resultados da regressão quantílica - Blocos de gasto totais (Modelo RQ4)	178

Tabela 27 - Resultados da regressão quantílica - Gastos totais e Blocos de gasto totais (Modelo RQ5)	179
Tabela 28 - Efeito das variáveis de gastos sobre a tipologia	181
Tabela 29 - Efeito das variáveis de controle sobre a tipologia	185
Tabela 30 - Cálculo da variável classificação dos municípios segundo gastos na AB e tipologia das UBS	187
Tabela 31 - Distribuição dos municípios referentes às tipologias 1 e 2	190

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Restrições e respostas do sistema de saúde	43
Quadro 2 - Agrupamento 3: variáveis relacionadas à governança	53
Quadro 3 - Agrupamento 3: variáveis relacionadas à governança orçamentária	53
Quadro 4 - Rol dos doze princípios de governança orçamentária	55
Quadro 5 - Relação das dimensões e respectivas variáveis do PMAQ-AB selecionadas para a tipologia de UBS	80
Quadro 6 - Características para cada tipologia de UBS	82
Quadro 7 - Variáveis sobre gastos	84
Quadro 8 - Variáveis de controle utilizadas	87
Quadro 9 - Quadro geral das variáveis utilizadas no estudo	87
Quadro 10 - Modelo de análise da pesquisa	92
Quadro 11 - Compreensão da política	92
Quadro 12 - Composição de recursos	93
Quadro 13 - Tipologia da infraestrutura	93
Quadro 14 - Relação entre as variáveis tipologia da infraestrutura e gastos em saúde	94
Quadro 15 - Normas analisadas	96
Quadro 16 - Princípios de governança orçamentária	97
Quadro 17 - Palavras-chave utilizadas na identificação dos princípios de governança orçamentária	99
Quadro 18 - Incidência dos princípios de governança orçamentária na legislação relativa ao financiamento da saúde, por cronologia das normas	101
Quadro 19 - Incidência dos princípios de governança orçamentária e instrumentos no financiamento da saúde	104
Quadro 20 - Ocorrência do princípio 1A (delimitação de fronteiras de recursos)	106
Quadro 21 - Aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde.	118
Quadro 22 - Identificação das variáveis (análise de correspondência)	148
Quadro 23 - Relação das dimensões e respectivas variáveis do PMAQ-AB selecionadas para a tipologia de UBS	215

## LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 1 - Cálculo do escore final (ciclo 1)	137
Equação 2 - Cálculo do escore final (ciclo 2)	138
Equação 3 - Modelo matemático	172
Equação 4 - Quantil condicional	172
Equação 5 - Cálculo da mediana para cada tipologia	173
Equação 6 - Escore 1	217
Equação 7 - Escore 2	217

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Framework</i> do sistema de cuidados primários	37
Figura 2 - Diagrama - o papel das relações federativas na governança do SUS	49
Figura 3 - Alocação de recursos na atenção básica (ciclo 1)	133
Figura 4 - Alocação de recursos federais na AB (ciclo 1)	134
Figura 5 - Alocação de recursos na atenção básica (ciclo 2)	134
Figura 6 - Alocação de recursos federais na AB (ciclo 2)	135
Figura 7 - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 1)	146
Figura 8 - Distribuição da tipologia por media de escore das UBS por estado (ciclo 2)	147
Figura 9 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS (ciclo 1)	188
Figura 10 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS (ciclo 2)	188
Figura 11 - Alocação de recursos na atenção básica por estado (ciclo 1)	244
Figura 12 - Alocação de recursos na atenção básica por município (ciclo 1)	244
Figura 13 - Alocação de recursos na atenção básica por estado (ciclo 2)	245
Figura 14 - Alocação de recursos na atenção básica por município (ciclo 2)	245
Figura 15 - Distribuição da tipologia por escore das UBS por estado (ciclo 1)	246
Figura 16 - Distribuição da tipologia por escore das UBS por município (ciclo 1)	246
Figura 17 - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 2)	247
Figura 18 - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por município (ciclo 2)	247
Figura 19 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por estado (ciclo 1)	248
Figura 20 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por município (ciclo 1)	248
Figura 21 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por estado (ciclo 2)	249
Figura 22 - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por município (ciclo 2)	249

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Histograma (escore final, ciclo 1 – 2012)	89
Gráfico 2 - Histograma (escore final, ciclo 2 – 2014)	90
Gráfico 3 - Evolução da tipologia (UBS)	140
Gráfico 4 - Evolução da tipologia (municípios)	141
Gráfico 5 - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa total com recursos do município	151
Gráfico 6 - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa total da União no município	152
Gráfico 7 - Correspondência entre tipologia das UBS e IDHM	153
Gráfico 8 - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa federal na atenção básica	154
Gráfico 9 - Correspondência entre tipologia das UBS e PIB <i>per capita</i>	155
Gráfico 10 - Correspondência entre população do município e despesa total com atenção básica	156
Gráfico 11 - Correspondência entre população do município e PIB <i>per capita</i>	157
Gráfico 12 - Correspondência entre população do município e despesa federal com atenção básica	158
Gráfico 13 - Correspondência entre população do município e IDHM	159
Gráfico 14 - Correspondência entre população do município e índice de mortalidade de 5 a 74 anos no município	160
Gráfico 15 - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa federal com atenção básica no município	161
Gráfico 16 - Correspondência entre população do município e despesa total com atenção básica.	162
Gráfico 17 - Correspondência entre população do município e PIB <i>per capita</i>	163
Gráfico 18 - Correspondência entre população do município e IDHM	164
Gráfico 19 - Correspondência entre população do município e despesa federal com atenção básica	165
Gráfico 20 - Correspondência entre população do município e índice de mortalidade de 5 a 74 anos do município	166

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Correspondência
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
AMQ	Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BM	Banco Mundial
CGES	Coordenação Geral de Economia da Saúde
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPR	<i>Common Pool Resource</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
ECR	Emenda Constitucional de Revisão
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDS	Índice de desempenho da saúde
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual

LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
MTO	Manual Técnico de Orçamento
NOAS	Normas de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PPC	Paridade do poder de compra
PAB	Pisos de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RQ	Regressão Quantílica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRO	Sistema de Recursos Orçamentários
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
WB	The World Bank Group (Banco Mundial)
WHO	World Health Organization (sigla, em inglês, equivalente a OMS)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1.1 Estudos relacionados</b>	17
<b>1.2 Justificativa e relevância do estudo</b>	18
<b>1.3 Contribuições do estudo</b>	20
<b>1.4 Limitações metodológicas</b>	21
<b>1.5 Estrutura da tese</b>	22
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	24
<b>2.1 Saúde como direito fundamental</b>	24
<i>2.1.1 Definição da seguridade social e regulamentação do Sistema Único de Saúde</i>	26
<b>2.2 Atenção básica à saúde</b>	29
<i>2.2.1 Histórico na utilização da atenção básica</i>	29
<i>2.2.2 Terminologia para cuidados básicos</i>	29
<i>2.2.3 Significado dos termos atenção primária/básica à saúde</i>	30
<i>2.2.4 Funcionamento da atenção básica</i>	33
<i>2.2.5 Infraestrutura da atenção básica</i>	35
<b>2.3 Governança pública</b>	39
<i>2.3.1 Rede de políticas públicas como estrutura de governança</i>	39
<i>2.3.2 Governança na saúde</i>	41
<i>2.3.2.1 Governança regional na saúde</i>	44
<i>2.3.2.2 Distribuição de competências</i>	45
<i>2.3.2.3 Governança federativa</i>	46
<i>2.3.3 Governança orçamentária</i>	49
<i>2.3.3.1 Estrutura de governança orçamentária brasileira</i>	50
<i>2.3.3.2 Princípios de governança definidos por Ostrom</i>	51
<i>2.3.3.3 Doze princípios aplicáveis à governança de recursos orçamentários</i>	54
<b>2.4 Alocação de recursos financeiros na saúde</b>	62
<i>2.4.1 Informações no processo orçamentário</i>	62
<i>2.4.2 Processo orçamentário das despesas públicas</i>	63
<i>2.4.3 Regulamentação do financiamento e o repasse de recursos aos municípios</i>	65
<i>2.4.3.1 Critérios de repasse de recursos</i>	67
<i>2.4.3.2 Processo de repasse de recursos</i>	70

<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	75
<b>3.1 Caracterização da pesquisa</b>	75
<b>3.2 Amostragem dos dados</b>	76
<b>3.4 Técnicas de análise dos dados</b>	78
<i>3.4.1 Tipologia da modelagem da infraestrutura</i>	78
<i>3.4.2 Alocação de recursos</i>	82
<i>3.4.3 Variáveis de controle</i>	85
<b>3.5 Técnicas da análise dos dados em conjunto</b>	88
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	95
<b>4.1 Contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde</b>	95
<b>4.2 Composição dos recursos financeiros alocados pelo governo para a área de saúde, no período de 2002 a 2017</b>	123
<i>4.2.1 Análise por blocos de gasto</i>	123
<i>4.2.1.1 Gastos por esfera nos municípios</i>	125
<i>4.2.2 Análise por subfunção</i>	128
<i>4.2.3 Análise por categoria econômica</i>	130
<b>4.3 Infraestrutura básica local de saúde e sua tipologia</b>	136
<i>4.3.1 Cálculo da tipologia para as Unidades Básicas de Saúde</i>	136
<i>4.3.2 Características das UBS</i>	139
<b>4.4 Estrutura de gastos e tipologia da infraestrutura básica local de saúde</b>	147
<i>4.4.1 Análise de correspondência entre tipologia da infraestrutura e gastos em saúde (ciclos 1 e 2)</i>	150
<i>4.4.2 Evidências apontadas por meio da análise de correspondência</i>	166
<i>4.4.3 Análise por meio da regressão quantílica</i>	172
<i>4.4.3.1 Análise do comportamento das variáveis de controle</i>	185
<i>4.4.4 Análise dos municípios em relação à tipologia e às variáveis de controle IDHM e PIB per capita</i>	189
<b>5 CONCLUSÕES</b>	193
<b>REFERÊNCIAS</b>	201
<b>APÊNDICES</b>	213

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde não é apenas um direito fundamental, mas também uma preocupação da sociedade brasileira. No Brasil, onde o sistema de saúde é universal, com uma população atendida de quase 200 milhões de pessoas, a saúde representa um grande desafio, tanto pelo montante aplicado, quanto pelas necessidades de prestação de um serviço que busque atender necessidades desiguais da população assistida, ou, ainda, pelos desafios apresentados na urgência de coordenação de um sistema que envolve todos os entes públicos da Federação.

O círculo das políticas públicas de saúde, contudo, depende de recursos orçamentários e financeiros, resultantes de negociações em arenas de decisão em que os interesses são, por vezes, divergentes e contrapostos, em que usuários possuem níveis de entendimento e acesso diferenciado às informações. Tais características ensejam a necessidade de instituições previsíveis, transparentes e esclarecidas, que formam a governança do setor.

O acesso à saúde é direito fundamental de todo cidadão, e o Estado tem o dever constitucional de provê-la, conforme destacado em vários capítulos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), especialmente em seu artigo 6.º.

A dimensão das responsabilidades do sistema de saúde público brasileiro, gerido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela CF/88, pode ser verificada em razão do potencial de usuários de quase 200 milhões de pessoas. Embora caiba ao setor privado atuar de forma complementar ao serviço público de saúde, 70% da população brasileira (BRASIL, 2013) depende do SUS, como único meio de acesso aos serviços de saúde, o que mostra o desafio de se financiar o sistema.

A saúde é, também, um indutor para o desenvolvimento de uma nação. Além de ser um direito essencial, é financiado, em grande parte, por recursos públicos. Os gastos totais públicos correspondem a 43% do total gasto em saúde no país, equivalendo a 3,5% do PIB (BRASIL, 2013). Observa-se, assim, a relevância do tema não somente na sua dimensão social, ao preconizar atendimento potencial para uma população de aproximadamente 140 milhões de pessoas, mas também no vulto dos recursos utilizados.

Outro aspecto relacionado à própria forma de prestação dos serviços de saúde é a estrutura e a organização desses serviços. Segundo a CF/88, a saúde no Brasil é uma responsabilidade compartilhada entre todos os entes federativos, cujo financiamento é realizado, em grande parte, pela União, ao partilhar os recursos entre estados e municípios.

Com a criação do SUS, e sua regulamentação pela Lei n.º 8.080/1990, a atenção básica de saúde, ou primária, passou a representar a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro. Nos anos 1990, com a implementação do SUS, o processo de descentralização na área da saúde foi aprofundado, com a redefinição do papel dos municípios no conjunto de diretrizes básicas do setor, alterando o quadro da prestação de serviços da atenção básica. Tal processo, na gestão local da saúde, redefiniu as responsabilidades e as competências de cada nível de governo, atribuindo aos municípios um papel mais central. Sob esse enfoque, a atenção básica de saúde representa importante papel que é desempenhado pelos governos locais.

Observa-se, ainda, que as intervenções mais direcionadas ao social foram seguidas pelo redesenho institucional realizado a partir da CF/88, que conferiu ao governo federal a capacidade de coordenar as políticas sociais no âmbito dos governos locais, mesmo com a descentralização fiscal (ARRETCHE, 2004; SOUSA, 2014). Os governos locais passaram, assim, a ter maior relevância nos cuidados com a Saúde. Desse modo, a gestão dos recursos relacionados aos cuidados com a saúde, apesar de compartilhada por todos os entes federativos, continua sendo de responsabilidade da União, no que diz respeito ao planejamento, à coordenação e ao controle das ações, priorizando-se a execução com os municípios.

Nos últimos anos, mesmo com todo esse progresso na saúde, a operação dos serviços de saúde ainda não é satisfatória, dado que há algumas ineficiências, como o desperdício de recursos para a prestação de serviços, a subutilização dos leitos hospitalares e o gasto pouco eficaz dos recursos públicos. Guerra (2013) afirma que 30% de todo o dinheiro investido é consumido com desperdícios, retrabalho, ineficiência e processos excessivamente complexos. Por exemplo, das pessoas que não conseguiram atendimento de saúde na primeira vez em que o procuraram, 38,8% alegaram que não havia médico atendendo e 32,7% informaram não ter conseguido vaga ou senha para atendimento (IBGE, 2015a). Desse modo, vê-se que, apesar de um grande esforço, os sistemas de saúde ainda necessitam de aprimoramentos e de adequações na gestão e no controle dos recursos, principalmente aqueles destinados à infraestrutura de saúde para a atenção básica.

Em países que possuem sistema universal de saúde e que investem parte do PIB nesse setor, há considerável preocupação com a eficiência, a efetividade e a equidade nos gastos. Por si só, um maior nível de dispêndios não é condição suficiente para proporcionar melhores condições de saúde (HSIAO, 2007).

Nos países mais pobres, como o Brasil, é premente a necessidade de se estender o acesso aos serviços de saúde, de forma igualitária, a toda a população, melhorando a qualidade

do atendimento e buscando formas de suprir o financiamento setorial, em concorrência com outras exigências de desenvolvimento social e econômico (PIOLA *et al.*, 2013).

Por isso, várias questões são levantadas acerca da gestão dos recursos financeiros públicos, tais como a execução adequada ao planejamento, a utilização do recurso de acordo com as normas legais e as necessidades do usuário, e a definição correta das prioridades, aspectos esses que permitem perceber a importância de uma adequada estrutura de governança.

Todavia, permanecem dúvidas quanto à efetividade das políticas de saúde. Alguns estudos mostram as deficiências, relacionadas à alocação dos recursos, à incapacidade de um atendimento equitativo e universal ou mesmo à má gestão dos recursos e da infraestrutura de saúde. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013), realizada pelo IBGE, demonstram que a maior parcela das pessoas (47,9%) indicou as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como o tipo de estabelecimento que procuravam quando precisavam de atendimento de saúde. O consultório particular ou clínica privada foi indicado por 20,6% das pessoas (IBGE, 2015a).

Verifica-se, assim, que as inquietações apontadas são recorrentes em vários estudos, e não devem ser consideradas somente com relação ao montante de gastos, mas também como esses gastos estão sendo executados, o que depende de uma boa governança orçamentária.

Nesse aspecto, o papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos. O Banco Mundial (2003), por exemplo, argumenta que a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis, se as instituições orçamentárias responsáveis pela formulação, execução e monitoramento não são adequadas.

Considerações e inquietações como as abordadas (necessidade de eficiência e efetividade, deficiência de governança, falhas na gestão dos recursos) suscitam estudos que possam contribuir academicamente para o desenvolvimento da Contabilidade, no sentido do desenvolvimento de pesquisas relacionadas à qualidade do gasto público, buscando-se entender e interpretar como o gasto está sendo realizado. É a partir dessa preocupação que surge o interesse por esta investigação.

Com o advento do novo milênio, o setor público brasileiro vem apresentando algumas mudanças que merecem destaque na gestão de recursos públicos, tais como a busca pela transparência, pelo equilíbrio fiscal e pelo cumprimento de metas para atender a sociedade, entre outras (LUCENA, 2011). A CF/88 trouxe profundas alterações de ordem normativo-social, que impactaram diretamente as políticas públicas, como as ocorridas no pacto federativo,

nos princípios de proteção social e nas regras da administração pública (LIMA, MACHADO e GERASSI, 2015; SOUSA, 2014).

No âmbito da saúde, não só em nível nacional, há motivos para se preocupar com a adequada gestão de recursos públicos. Devido ao crescimento dos gastos com saúde, esses têm sido alvo de preocupação em muitos países. De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (PAHO, 2007a), os gastos com saúde representavam 3% do PIB mundial em 1948, e passaram para 8,7% do PIB em 2004. No período de 1998 a 2003, a taxa média anual de crescimento desses gastos (5,7%) superou a taxa média de crescimento da economia mundial, que foi de 3,6% (HSIAO, 2007; PIOLA *et al.*, 2012).

No Brasil, para se ter uma ideia da magnitude desse crescimento, as transferências federais para os cuidados básicos cresceram proporcionalmente entre 1995 e 2002 (de 11% para cerca de 20% das transferências totais), tendo, posteriormente, estabilizado em torno de 17%. Em valores *per capita* constantes (2010), a despesa do Ministério da Saúde (MS) com a atenção primária à saúde (APS) passou de R\$ 27,03, em 1995, para R\$ 50,06, em 2010. Ocorreram também mudanças na composição de gastos em nível estadual e municipal (GRAGNOLATI *et al.*, 2013).

Diante dessas constatações, um aspecto importante é saber como o financiamento dos serviços de saúde ocorre, e se os recursos disponibilizados refletem a infraestrutura disponibilizada para os usuários. Para isso, é importante que sejam observadas as normas constitucionais e legais que tratam de financiamento, especialmente a EC n.º 29/2000 e a LC n.º 141/2012, aprovadas com o objetivo de elevar o montante de recursos destinados à saúde. A EC n.º 29/2000 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que cada um dos entes da Federação estaria obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde. A LC n.º 141/2012, por sua vez, regulamentou a EC n.º 29/2000, doze anos depois.

De acordo com Gragnolati *et al.* (2013), as discussões sobre cobertura dos serviços de saúde tendem a focar o acesso e o custo dos serviços para os diferentes grupos. Entretanto, tal enfoque pode não captar adequadamente o quanto as melhorias nessa cobertura se traduzem em melhores resultados na saúde. Em outras palavras, segundo os autores, o foco não deve ser apenas o acesso das pessoas aos serviços, mas também a adequação e a execução desses serviços, para que se realizem os potenciais ganhos em saúde.

Apesar de haver um senso comum sobre a necessidade de aumento no montante de recursos públicos destinados à melhoria das condições de saúde da população, resultados de investigações levam a considerar que o aumento de recursos não é suficiente para a melhoria

dos resultados dos serviços públicos de saúde (DIAZ, 2012; DIAS, MATIAS-PEREIRA e PAMPLONA, 2012; DIAS *et al.*, 2013). Para tanto, deve haver uma melhoria na qualidade do gasto público, o que reforça a necessidade de estudos que apresentem um diagnóstico da situação dos serviços de saúde.

Os cuidados com a saúde envolvem diversos aspectos, como o montante de recursos públicos despendidos, a parcela da população que necessita desses serviços e a gestão adequada dos recursos destinados, de modo que, para que sejam atendidos, há a necessidade de que a sociedade e os próprios gestores e formuladores de políticas públicas os conheçam.

É visível que as responsabilidades dos municípios cresceram, mas esse fator não é o único a ser levado em consideração. Há que ser observado, por exemplo, se o aumento da responsabilidade por parte dos municípios propiciou condições financeiras e orçamentárias mais favoráveis, ou se os instrumentos normativos evoluíram, também, no sentido de favorecer todo o ciclo de políticas públicas de saúde, dentro de um sistema integrado e coordenado.

Um dado importante é que mais da metade das cidades brasileiras (52,9%) não oferece infraestrutura básica de saúde, segundo dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE (2015b), realizada entre 2014 e 2015, o que faz com que pacientes da atenção básica desses locais procure internação ou realização de exames médicos em unidades hospitalares de outros municípios.

Assim, para que um serviço seja executado, é necessário que haja disponibilidade de infraestrutura básica adequada, como equipamentos e instalações. Sob esse enfoque, os recursos devem ser devidamente geridos e controlados a ponto de se verificar efetivamente as consequências resultantes, por meio da verificação de como se estrutura a composição dos equipamentos básicos de saúde locais, diante dos recursos disponibilizados.

Nesse sentido, a governança orçamentária — sistema orçamentário governado por instituições — mostra-se imprescindível para o desenvolvimento de atividades relativas à alocação dos recursos orçamentários e financeiros. Sob esse enfoque, vislumbra-se a possibilidade do desenvolvimento de uma análise da alocação de recursos por meio da avaliação da incidência dos princípios de governança, tais como delimitação de recursos, definição de usuários, regras de alocação e monitoramento de usuários e recursos.

Questão importante é colocada pelo Banco Mundial (2003), ao constatar que a má gestão orçamentária tem sido constantemente apontada como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento encontram dificuldades em traduzir os gastos públicos em serviços efetivos. Aspectos como esses evidenciam a necessidade de se analisar o

gasto público sob a ótica de sua qualidade. No caso desta investigação, procura-se entender as relações do que foi gasto com a infraestrutura de atenção básica existente.

Portanto esta pesquisa procura abordar dois aspectos essenciais aos cuidados com a saúde no Brasil: a alocação de recursos financeiros públicos na atenção básica à saúde e sua relação com as características da infraestrutura básica local de saúde.

Embora pareça lógico que um maior nível de gasto gere maiores investimentos em infraestrutura, estudos mostram que essa relação não é necessariamente clara em países em desenvolvimento. De acordo com Filmer, Hammer e Pritchett (1997), há forte correlação entre o aumento das despesas com a atenção básica e o melhor acesso à saúde. No entanto, países que ainda não atingiram a maturidade em termos de governança não apresentam forte correlação nesse aspecto, devido à existência de outros fatores que interferem na gestão do sistema de saúde (ATUN, 2004).

Uma forma de se certificar se é adequada a governança pública de um Estado ou de um ente público subnacional é pelo nível em que os gastos estão diretamente relacionados aos resultados (MACINKO e STARFIELD, 2003; RAJKUMAR e SWAROOP, 2008). Outra corrente sugere que é possível a verificação por meio da estrutura (VUORI, 1991; VIEIRA DA SILVA e FORMIGLI, 1994; MOURA *et al.*, 2010; SCHOLZ *et al.*, 2015), que, sendo adequada, favorece a oferta de serviços oportunos e de qualidade.

Considerando os aspectos abordados, especificamente a preocupação com a alocação de recursos financeiros e com a infraestrutura básica de saúde, este estudo propõe a análise da seguinte questão central: *qual a relação existente entre a alocação dos recursos financeiros públicos na atenção básica à saúde e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros?*.

Sob essa perspectiva, esta tese objetiva *analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros públicos na atenção básica à saúde e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros*. Nesse sentido, define-se, aqui, que a alocação dos recursos financeiros é a execução das despesas pelos municípios na prestação de serviços públicos de saúde locais, e se compreende por tipologia da infraestrutura básica local de saúde a classificação da infraestrutura física, como postos ou centros de saúde e unidades básicas de saúde (UBS), além dos equipamentos necessários para a prestação de serviços básicos de saúde.

Do ponto de vista específico, objetiva-se:

1) descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na AB, considerando-se as alterações promovidas pela EC n.º 29/2000 e pela LC n.º 141/2012;

2) identificar a composição dos recursos financeiros alocados para a área de saúde no período de 2002 a 2017, considerando-se as alterações promovidas pela EC n.º 29/2000 e pela LC n.º 141/2012;

3) descrever a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros;

4) caracterizar a relação entre o comportamento da alocação dos recursos financeiros públicos em saúde e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros.

Com base nesses objetivos, a hipótese diretriz que se pretende demonstrar e comprovar é a de que **o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* leva a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde.**

### 1.1 Estudos relacionados

Rajkumar & Swaroop (2008) estudaram as relações entre as despesas governamentais, a estrutura de governança orçamentária e os resultados alcançados por determinadas políticas públicas. Segundo os autores, uma boa governança dos recursos públicos é essencial para o desenvolvimento de uma sociedade. Os resultados da investigação evidenciam que as instituições orçamentárias interferem, de forma substancial, nas políticas públicas, tendo-se concluído que, em áreas como a saúde básica, uma explicação para a efetividade das despesas públicas na provisão de melhores condições sociais é a qualidade da governança dos recursos públicos. Tal descoberta mostra-se útil em países com recursos escassos e resultados pobres de gestão de políticas públicas, como o Brasil.

O estudo de David (2015), realizado nos municípios brasileiros, entre 2007 e 2010, teve por objetivo estimar o efeito dos gastos no desempenho da APS e a eficiência econômica dessa, e, ainda, averiguar possíveis disparidades, por meio do método econométrico de regressão quantílica, para estimar o efeito na variável resposta (desempenho da APS) de variáveis explicativas (gasto em saúde, IDHM, proporção de casas com banheiro e água encanada), nos diversos percentis da distribuição condicional. As evidências geradas nesse estudo apontaram os seguintes resultados: i) nos municípios brasileiros, a APS tem melhor desempenho do que os demais níveis de cuidado; ii) há uma relação positiva entre gasto e desempenho da APS; e iii) há grandes disparidades regionais em relação ao gasto e ao desempenho da APS no Brasil.

Ressalte-se, também, o trabalho de Varela e Farina (2007), que apresenta uma análise a partir de categorias dos municípios paulistas em termos de gastos em saúde com recursos próprios por habitante, transferências do SUS por habitante, tipologia da estrutura do SUS e índice de esforço da APS. Este trabalho inova ao utilizar, como amostra, a integralidade dos municípios de todo o Brasil, além da base de microdados de todas as UBS existentes nos municípios brasileiros.

É importante mencionar o trabalho de Giovanella *et al.* (2015), que estabeleceu uma tipologia da infraestrutura de saúde dos municípios brasileiros. Porém o trabalho, embora englobe todos os municípios brasileiros, não relaciona a infraestrutura com a alocação de gastos.

Foram realizados vários outros estudos sobre infraestrutura de saúde, entre os quais os de Scatena e Tanaka (1998), Guimarães *et al.* (2002), Simões *et al.* (2004), Moura *et al.* (2010), Gomes (2015), Gomes *et al.* (2015) e Amaral *et al.* (2017), que analisaram a distribuição e a qualidade da infraestrutura básica de saúde disponível em regiões específicas, porém nenhum deles estabeleceu relação da infraestrutura com os gastos públicos.

## **1.2 Justificativa e relevância do estudo no campo das Ciências Contábeis**

No que concerne à relevância do tema desta tese para a linha de pesquisa, esta investigação busca relacionar alocações de recursos financeiros e orçamentários com a infraestrutura básica de saúde disponibilizada, ao tratar das finanças públicas na perspectiva da qualidade do gasto.

A saúde, além de ser uma das funções essenciais do Estado, representa, em praticamente todos os países, invariavelmente, um dos maiores orçamentos. Mesmo em países onde predomina o sistema privado, a saúde pública é questão sensível, tanto em termos de montante de recursos, quanto de população coberta. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, segundo Reis *et al.* (2016), 47,1% dos gastos em saúde é público.

Assim, mesmo que se conhecesse exatamente quais políticas são eficazes para garantir o melhor nível de saúde à população, não seria possível implementar todas elas, tendo em vista que as necessidades de saúde não são finitas, e os recursos para atendê-las são limitados (MAYNARD & BLOOR, 1998; NEWDICK, 2005; FERRAZ e VIEIRA, 2009) e, melhor, precisam ser bem utilizados.

Observa-se que, em 2007, o Banco Mundial destacou que 11% dos gastos da administração pública concentravam-se na área da saúde e, naquela época, já alertava sobre a

necessidade de se aumentar a eficiência e a efetividade na utilização dos recursos, ressaltando a importância da responsabilização dos agentes e a necessidade de se estabelecer sistemas de monitoração robustos, que visassem à melhoria do desempenho organizacional. Entretanto, os sistemas deveriam fornecer informações úteis e claras para a utilização interna e para a comparação entre as unidades (BANCO MUNDIAL, 2007).

É nesse sentido que se confirma a relevância das Ciências Contábeis, quando as informações contábeis são utilizadas para a melhoria na tomada de decisões. Assim, este trabalho demonstra sua relevância e sua contribuição para o campo das finanças públicas, ao oferecer ferramentas que possam contribuir para a melhoria na qualidade do gasto público, ao vislumbrar a produção de informações que auxiliem a melhorar os mecanismos de governança dos recursos públicos, ao sugerir novas maneiras de se analisar os recursos orçamentários alocados na atenção básica.

Este trabalho contribui, ainda, no sentido de proporcionar alternativas de produção de informações que possam ser aproveitadas no controle social, no monitoramento e na responsabilização dos agentes públicos, e de revelar como os recursos são alocados, por exemplo, nas esferas subnacionais.

No delineamento utilizado nesta tese, a contabilidade é abordada na função de controle, responsável pela geração de conhecimento comum entre os agentes envolvidos, ao minimizar a incerteza e a assimetria informacional, em ambiente de informações incompletas e imperfeitas, em que os usuários possuem limitações cognitivas e de processamento (SUNDER, 1997; DIAS, 2016).

No campo da contabilidade, a informação é relevante se fizer diferença aos usuários para a tomada de decisão (HENDRIKSEN e VAN BREDA, 1999). No contexto das políticas públicas de saúde, há uma grande assimetria de informação, devido ao elevado número de atores, com complexos critérios na alocação de recursos e usuários com diferentes níveis de acesso e entendimento.

Assim, este estudo busca relacionar infraestrutura e financiamento com o intuito de explicar melhor o contexto de alocação de recursos públicos em políticas de saúde em relação à infraestrutura básica de saúde. A contribuição prática da pesquisa pode ser explicada pela melhoria do nível de informação para os formuladores de políticas públicas de saúde e gestores da área, fornecendo à comunidade mais subsídios para o exercício do controle social e, sobretudo, maiores conhecimentos aos interessados.

O termo alocação significa distribuição de recursos de acordo com metodologias específicas que obedecem a fatores como diferenças na estrutura de sexo e idade, outras

necessidades de uso de serviços e variações regionais no custo da atenção médica (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1976; PORTO *et al.*, 2003; ANDRADE *et al.*, 2004). O termo gasto, por outro lado, significa a execução orçamentária das despesas (BRASIL, 2017), de acordo com as diretrizes da Resolução n.º 322/2003 do CNS (BRASIL, 2003, PIOLA *et al.*, 2016).

Como diferenciais da abordagem proposta neste estudo, vislumbram-se:

a) o fato de se ter como objeto de estudo a União e a totalidade dos municípios brasileiros, que, com a descentralização do poder instituída na CF/88, ganharam maior relevância no cenário de prestação de serviços públicos, e, também, por serem os responsáveis pela prestação de serviços de atenção básica à saúde;

b) o avanço ao se abordar a relação entre a alocação de recursos financeiros públicos em saúde e a infraestrutura básica local de saúde, pois os trabalhos anteriores, normalmente, abordaram somente a aplicação dos recursos — com foco na análise da eficiência, especialmente em países do globo —, ou apenas a infraestrutura, sem analisarem a relação entre esses dois fatores.

### **1.3 Contribuições do estudo**

O trabalho busca relacionar a alocação de recursos financeiros e orçamentários em relação à infraestrutura de saúde. A pesquisa preenche uma lacuna teórica que vai além do trabalho de Giovanella *et al.* (2015), que tratou da tipologia das unidades básicas de saúde, mas não abordou os gastos alocados na atenção básica à saúde. Assim, este trabalho inova no campo das finanças públicas e, conseqüentemente na contabilidade, ao tratar da perspectiva dos gastos públicos sob a ótica da qualidade do gasto, buscando tratar o reflexo do volume de gastos na infraestrutura disponibilizada e o entendimento da relação entre os gastos efetuados e a infraestrutura disponibilizada para a prestação dos serviços de saúde, na totalidade dos municípios brasileiros. Especificamente sobre este tipo de análise, não foram observados trabalhos empíricos tratando dessa relação. Os trabalhos normalmente analisam o gasto público sob a ótica da eficiência ou dos resultados, como o de Rajkumar e Swaroop (2008).

Em termos de análise sob a perspectiva da governança, Starfield (2002, 2005), Atun (2004), Kringos (2010), entre outros, realizaram trabalhos que mostram a importância da infraestrutura para a prestação de serviços; no entanto, não tratam empiricamente de alocação de gastos ou do relacionamento da infraestrutura com os gastos realizados. Assim, este estudo supre a falta de estudos específicos no campo das Ciências Sociais.

Dessa forma, este estudo poderá, ainda, contribuir, a partir do entendimento das relações entre infraestrutura e gastos públicos, para a melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, para o processo de avaliação quanto ao planejamento e à execução das políticas públicas no país e, especialmente, para a evidenciação do potencial de informação dos dados gerados pelo setor público e pelas instituições envolvidas com a saúde pública.

Por meio da elaboração de conhecimento sobre a alocação de recursos financeiros em serviços públicos de saúde, este estudo poderá auxiliar na alocação de recursos públicos de modo mais eficiente, eficaz e efetivo. Também, poderá indicar novas ações para os gestores do SUS, como forma de colaborar para a maior efetividade dos seus serviços, a partir da ampliação dos conhecimentos sobre gastos em saúde e sua relação com a infraestrutura de saúde dos governos locais.

Ao procurar expor aspectos que podem dificultar ou facilitar a governança dos recursos orçamentários, esta pesquisa fornece possíveis maneiras de se entender e de se analisar as variáveis presentes nas relações pertinentes às políticas de saúde, com base nas informações contidas em bancos de dados públicos.

#### **1.4 Limitações metodológicas**

Um dos desafios deste estudo está na sua delimitação: as variáveis escolhidas, a multidisciplinaridade do tema, assim como o referencial teórico, podem conduzir a uma variedade de enfoques interpretativos e, conseqüentemente, levar a diferentes abordagens sobre os resultados.

Assim, esta pesquisa está sujeita a limitações impostas pelas bases de dados disponíveis sobre gastos em saúde e sobre a infraestrutura básica de saúde dos municípios, em vista da ausência de dados em municípios que não os disponibilizaram, relativos à alocação de recursos financeiros para a APS no SIOPS e às UBS não avaliadas pelo PMAQ-AB.

Nesta tese, procurou-se trabalhar a integridade da amostra dos municípios brasileiros (5.570), aspecto que, a despeito de trazer relevância à pesquisa, leva à diminuição da possibilidade de resultados mais assertivos e pontuais, como, por exemplo, a identificação de como um ente subnacional possa se classificar dentro de um nível de governança.

Uma importante limitação é que as variáveis relacionadas à infraestrutura possuem somente dois ciclos de observação, o que impõe limites às análises quantitativas. As variáveis sobre gastos públicos, especialmente de municípios, possuem distribuição não normal e podem

apresentar heterocedasticidade, o que dificulta a utilização dos métodos tradicionais de estimação, que utilizam mínimos quadrados ordinários (MQO).

Outra limitação é que o modelo ou as variáveis selecionadas para o cálculo do escore final das unidades básicas de saúde podem não representar, de modo adequado, a classificação da tipologia.

É importante ressaltar, também, que os dois tipos de análise, a análise de correspondência (AC) e a regressão quantílica (RQ), se complementam, tendo em vista que as duas técnicas possuem limitações metodológicas e informacionais. A AC foi utilizada com o fim de se obter a correspondência entre categorias das variáveis analisadas, ou seja, se há correspondência de cada categoria de uma variável X com outra categoria da variável Y. A RQ foi utilizada para se obter a influência ou o efeito de uma variável independente sobre a variável dependente, permitindo verificar o sentido, a magnitude e o comportamento ao longo da curva de distribuição da variável dependente.

### **1.5 Estrutura da tese**

Este estudo está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo, que se encerra com este subitem, traz a contextualização do tema, a construção do problema de pesquisa, os objetivos, a hipótese diretriz, a justificativa, as contribuições e esta estrutura.

O capítulo 2 apresenta o referencial teórico utilizado na tese, com aspectos relacionados a fundamentos jurídico-legais da saúde, governança orçamentária, atenção básica e contexto de repasse de recursos financeiros públicos para a APS. O referencial teórico estrutura-se nos aspectos jurídicos do direito à saúde e à seguridade social; na própria APS, que é o tipo de atenção em que se analisa a infraestrutura; na governança orçamentária, que engloba o arranjo institucional do financiamento à saúde, e, por fim, no financiamento da saúde em si. Esses são os fatores necessários para melhor entender e interpretar os resultados do estudo das relações entre gastos e infraestrutura na atenção básica à saúde. Portanto os resultados da tese estão ancorados na Governança Orçamentária.

O capítulo 3 expõe o percurso metodológico, apresentando a tipologia da pesquisa, a amostragem dos dados e as técnicas de coleta e análise de dados.

O capítulo 4 traz os resultados e as discussões no tocante a contexto da alocação de recursos financeiros na área da saúde, evolução e composição dos recursos financeiros para a saúde, infraestrutura básica local de saúde e sua tipologia, e relação entre o comportamento dos

recursos financeiros alocados em saúde e a tipologia da infraestrutura local de saúde, por meio de técnicas de análise multivariada e regressão quantílica.

Para que se analise a relação entre financiamento e infraestrutura, é necessário que se conheça o arcabouço normativo em que se fundamenta o financiamento da saúde e como esse arcabouço se estrutura em termos de restrições e incentivos necessários à melhor gestão dos recursos públicos. É preciso, igualmente, entender-se o comportamento da alocação dos recursos orçamentários, tanto em função do tempo, como de sua composição. É essencial e oportuno, ainda, identificar a composição da infraestrutura e suas características.

Por fim, as considerações finais são apresentadas no capítulo 5, com apresentação das conclusões evidenciadas pelos resultados, das principais contribuições do estudo e das sugestões para trabalhos futuros.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao se estudar o financiamento e a infraestrutura da atenção básica, é fundamental tratar dos aspectos que influenciam, tanto positivamente, quanto negativamente, a alocação dos recursos financeiros e orçamentários. Nesse aspecto, o entendimento da governança, como o conjunto de regras ou arranjos institucionais que governam o processo de alocação de recursos orçamentários ou financeiros, é essencial para se entender como se desenvolve esse processo.

Neste tópico, são apresentados os arcabouços teóricos sobre os princípios jurídico-legais do sistema de saúde, a governança orçamentária, a atenção básica e o processo de alocação de recursos orçamentários.

### 2.1 A saúde como direito fundamental

Para Noronha e Pereira (2013), a saúde, no Brasil, é fundamentada nos conceitos de direito e de justiça. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral da ONU, na Resolução 217-A, de 10 de dezembro de 1948, o direito à saúde é reconhecido como resultado do direito ao bem-estar.

Artigo 25 - 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ONU, 1948).

No entanto, o direito à saúde torna-se mais explícito no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais — aprovado pela Assembleia Geral da ONU, por meio da Resolução 2200 A (XXI), de 16 de dezembro de 1966, em vigor, para o Brasil, desde 24 de abril de 1992, na forma de seu art. 27, § 2.º, e promulgado pelo Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992, que assim define:

Artigo 12

1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:
  - a) a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o são desenvolvimento da criança;
  - b) o melhoramento de todos os aspectos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;
  - c) a profilaxia, o tratamento e o controle das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras;
  - d) a criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença (ONU, 1966).

A visão formulada pela Organização Mundial de Saúde, em 1946, evidencia a importância da saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (OMS, 1946). A CF/88, em seu art. 196, reafirma essa premissa de modo mais abrangente:

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).

Os direitos sociais são definidos e assegurados no artigo 6.º da CF/88, que estabelece que “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988).

A Carta Magna estabeleceu, também, as garantias fundamentais a todo cidadão, ao institucionalizar seus direitos, fornecendo a base do sistema de saúde brasileiro, no Título VIII - da Ordem Social, que a integra, conceitualmente, sob a denominação de seguridade social. Nesse título, está contido o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, conforme expresso no art. 194 (Brasil, 1988).

É necessário observar, ainda, os pilares ou a base do instituto da seguridade social, que se encontram enunciados no art. 3º, que define os objetivos fundamentais da República:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Além da universalidade do direito à saúde, prevista no art. 196, a CF/88 estabeleceu, entre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, declarou a saúde como integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social (PIOLA *et al.*, 2013).

O artigo 196 da CF/88 considera três aspectos: a relação direito e dever, a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, e o acesso universal e igualitário. É certo que o direito à saúde e à justiça social configura-se como um dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal, sendo um direito público e um dever do Estado garanti-lo (NORONHA e PEREIRA, 2013), conforme o mandamento constitucional.

### 2.1.1 A definição da seguridade social e a regulamentação do Sistema Único de Saúde

A CF/88 reservou um capítulo específico para a seguridade social, do artigo 194 ao artigo 204, o que reforça o compromisso com o princípio da proteção social, indicando também fontes de custeio do sistema. A seguridade social, segundo o art. 194 da Carta Magna, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Além dos dispositivos constitucionais, há, ainda, um conjunto de leis e normas, como a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e a Lei n.º 8.142/1990, a Lei n.º 8.212/1991 (Lei Orgânica da Seguridade Social) e a Lei n.º 8.213/1991, a Lei n.º 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social) e a EC n.º 29/2000. Também, existem o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, a LC n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012, que tratam de questões relativas ao financiamento do SUS, além da EC n.º 86/2015, que estabeleceu nova regra sobre o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde no SUS.

O parágrafo único do artigo 194 da CF/88 estabelece que compete ao Poder Público a organização da seguridade social, com base na universalidade da cobertura e do atendimento, na uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, na seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, na irredutibilidade do valor dos benefícios, na equidade na forma de participação no custeio, na diversidade da base de financiamento e no caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, 1988; BRASIL, 2013c).

Ao criar o conceito de seguridade social (saúde, assistência e previdência), objetivando a garantia dos princípios fundamentais, a Carta da República instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu art. 198, com base em três principais alicerces:

- descentralização com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal);
- atendimento integral com prioridade para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico), sem prejuízo dos serviços assistenciais (postos de saúde, hospitais e ambulatórios);
- participação da comunidade na definição de prioridades e no controle do uso do dinheiro público (BRASIL, 2013c).

Assim, além do princípio da universalidade na cobertura, a saúde organiza-se, também, pelo princípio da integralidade. Portanto universalidade e integralidade são princípios organizativos fundamentais para compreender o gasto e a necessidade de financiamento do SUS (Brasil, 2013c).

Ainda considerando as previsões constitucionais referentes à seguridade social e, portanto, à saúde, em especial, ressalte-se que os serviços são, por vezes, inacessíveis ou muito caros para os mais necessitados e, quando acessados, sua qualidade é ruim para melhorar a situação daqueles que mais precisam (WORLD BANK, 2004). Esse problema não pode ser resolvido, simplesmente, com o ajuste das alocações de subsídios. De acordo com Ibrahim (2017), certas medidas foram tomadas para garantir a prestação de serviços de qualidade e sua acessibilidade aos pobres nos países menos desenvolvidos, como a descentralização e a cobertura universal, que são apontadas como importantes soluções.

A descentralização pode aumentar o poder dos clientes e a participação dos pobres na produção de bens e serviços básicos, melhorar o monitoramento e reduzir a corrupção, além de quebrar o monopólio do poder federal em nível nacional, aproximando a tomada de decisões do povo. Isso fortalece a responsabilidade do governo perante os cidadãos, envolvendo-os no monitoramento do desempenho do governo (SHAH, 2006), o que pode ajudar a melhorar a prestação de serviços públicos, especialmente os de saúde.

A vantagem da descentralização é que a melhor informação local (de que os níveis superiores carecem) pode ser usada na seleção e no direcionamento de programas governamentais e pode gerar a redução da autoridade dos burocratas centrais, que não enfrentam pressões de responsabilidade diretamente dos cidadãos. Ainda, deixa a tomada de decisões nas mãos daqueles que não apenas possuem informações locais, mas que também podem aumentar a flexibilidade dos programas públicos em resposta às condições locais (MEHROTRA, 2006).

A descentralização bem-sucedida requer a combinação de três elementos, que garantirão a prestação eficaz de serviços: (i) governo central em funcionamento, (ii) autoridade local fortalecida e (iii) participação dos atores e usuários. Sem autoridade estatal efetiva, o governo central não pode devolver o poder à autoridade local. Portanto a descentralização pressupõe a coordenação entre os três níveis de governo e exige maior regulamentação, para garantir transparência, responsabilidade e representação. Finalmente, ao criar as autoridades locais, o governo central, também, deve criar mecanismos institucionais para assegurar que a participação dos cidadãos possa ser ouvida por meio de mecanismos formais (MEHROTRA, 2006).

A descentralização do orçamento e das responsabilidades pela prestação de serviços básicos colocam a tomada de decisão mais próxima das pessoas e reforçam a implementação dos serviços. No entanto, a descentralização não é uma solução única para tudo (ajuste de tamanho único). Para que seja bem-sucedida, de acordo com o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP, 2003), a descentralização necessita de uma autoridade central capaz, autoridades locais empenhadas e financeiramente capacitadas e cidadãos engajados em uma sociedade civil bem organizada.

Outro fator apontado para que os serviços públicos alcancem os pobres é que esses serviços precisam estar disponíveis universalmente, ou seja, a cobertura universal dos serviços sociais básicos é uma das poucas maneiras de se fornecer à maioria das pessoas pobres os fundamentos para um padrão de vida decente (UNICEF, 1996). A cobertura parcial raramente ajuda os pobres, pois os não pobres capturam os benefícios (UNICEF, 1996). À medida que se aumenta a cobertura de programas amplamente direcionados, os pobres também começam a compartilhar os benefícios.

Assim, cobrir toda a população seria uma estratégia-chave para garantir o acesso de pessoas pobres a serviços básicos, como os de saúde. Conforme Ibrahim (2017), os mais ricos possuem meios políticos para usufruir serviços cuja acessibilidade é difícil e, frequentemente, estão cientes dos serviços disponíveis, ao passo que os mais pobres normalmente possuem dificuldades de acesso a informações, o que faz com que sejam os últimos a se beneficiarem dos serviços públicos quando esses não são universais. Segundo o autor, caso os serviços sociais básicos fossem universais, todos os indivíduos teriam acesso a serviços de saúde preventivos e básicos (IBRAHIM, 2017).

De acordo com o UNDP (2003), mesmo nos países desenvolvidos, a intervenção do governo na cobertura universal foi uma estratégia fundamental para a prestação de serviços sociais básicos. Somente quando os governos intervieram, os serviços públicos, como a saúde, tornaram-se universais no Canadá e em países da Europa.

Observa-se, assim, que há um conjunto normativo que fornece as garantias para as políticas de saúde. No entanto, uma questão muito importante, que merece reflexão e debate, é o embate entre a eficiência e a equidade, ambos princípios constitucionais. A eficiência está ligada ao melhor aproveitamento dos recursos, ao passo que a equidade está relacionada aos objetivos do próprio Estado.

## **2.2 Atenção básica à saúde**

### **2.2.1 Histórico na utilização da atenção básica**

De acordo com Piola *et al.* (2013), mesmo antes da promulgação da CF/1988, havia a necessidade de se transformar a atenção básica à saúde (doravante AB) em porta de entrada do sistema público de saúde. Assim, a assistência à saúde teria início na AB, que seria o primeiro nível de atendimento, podendo a população ser encaminhada (referenciada), quando necessário, para os outros níveis de maior complexidade (denominados de média e de alta complexidade). Após o atendimento em outros níveis, a pessoa seria, novamente, encaminhada (contrarreferenciada) para acompanhamento na AB.

Para isso, seria necessário haver a expansão da cobertura da AB para todas as regiões do país. Assim, desde 1994, o MS, a partir da avaliação de experiências bem-sucedidas em alguns estados e municípios, resolveu adotar e apoiar o modelo de Saúde da Família, que deveria ser estendido a todo o território nacional, com a criação de incentivos para os municípios que passassem a adotá-lo. A proposta, inicialmente, ficou conhecida como Programa Saúde da Família (PSF) e, atualmente, tem sido denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) (PIOLA *et al.*, 2013).

### **2.2.2 A terminologia para cuidados básicos**

As diferentes interpretações da abrangência e do escopo da atenção básica, nos diversos países e continentes, além de sua complexidade conceitual e da evolução de sua implementação, levaram à utilização de diferentes termos para denominar essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Tal polissemia pode ser comprovada tanto na literatura internacional quanto na nacional (Brasil, 2011).

Na literatura nacional, há extensa discussão acerca da utilização dos termos atenção básica à saúde ou atenção primária à saúde (APS). O termo atenção primária está associado à visão de Fausto (2005), que foca, predominantemente, nas reformas latino-americanas, que eram incompatíveis com as diretrizes abrangentes do SUS. Para Heimann e Mendonça (2005), essa denominação teria sido adotada com vistas à defesa de um modelo de atenção que se diferenciasse de uma proposição preventivista e se aproximasse da lógica da determinação social da doença.

A respeito da distinção entre os conceitos de atenção primária, atenção básica e saúde da família, Gil (2006) argumenta que os termos são usados como sinônimos, indicando uma

perspectiva de unidades locais de saúde ou nível de atenção. Ao se analisar as publicações, observa-se que as organizações OMS, OPAS, CONASS e CONASEMS utilizam a denominação APS. O MS, em seus documentos e normas, utilizava, predominantemente, a terminologia atenção básica, tendo como principal estratégia o PSF. Segundo o CONASS (2007), o termo atenção básica, utilizado pelo MS, é resultante da necessidade de se diferenciar a proposta da saúde da família da proposta dos cuidados primários de saúde, mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde; assim, no Brasil, inicialmente, foi utilizada a nomenclatura atenção básica (AB) para definir a APS, termo usado em nível internacional.

Por outro lado, Arouca (2003) afirma que, embora não haja dados que permitam precisar o motivo pelo qual o SUS, na contracorrente internacional, decidiu utilizar a nomenclatura atenção básica, por meio da regulamentação de suas normas operacionais básicas, os indícios apontam para uma opção ideológica na determinação das “matrizes discursivas” envolvidas na conformação de um discurso contra-hegemônico, em conformidade com as premissas do movimento preventivista.

De acordo com Mello *et al.* (2009), a literatura derivada desse movimento corrobora essa opção ao utilizar o termo atenção básica, em vez de atenção primária, o que pode ser encarado como um posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área de saúde.

No entanto, mais recentemente, no Brasil, o próprio MS tem utilizado os termos atenção básica e atenção primária como sinônimos, sem que haja uma explicação definida. Para Mello *et al.* (2009), isso se deve ao amadurecimento acadêmico da medicina de família no país, o que faz pensar na influência de uma maior aproximação com a literatura internacional.

### **2.2.3 O significado dos termos atenção primária/básica à saúde**

A compreensão da expressão terminológica atenção primária à saúde, ou APS, varia ao longo do tempo, nos diferentes contextos políticos e socioeconômicos. O predomínio de uma concepção mais abrangente ou de uma concepção restrita e seletiva relaciona-se às particularidades dos sistemas de saúde, implementados sob interesses conflitantes (CASTRO e MACHADO, 2012).

Atun (2004), ao buscar uma definição para cuidados primários, afirma que a tarefa é repleta de dificuldades. Uma tentativa de fazê-lo nos Estados Unidos da América produziu ao menos 92 definições. Da mesma forma, na Europa, a definição de APS varia de país para país. As definições de cuidados primários podem ser consideradas em termos de conceito, nível,

conteúdo de serviços, processo e associação de equipe. Ao final de seu trabalho, o referido autor realizou uma compilação de conceitos de cuidados primários, utilizando várias abordagens, como:

- atenção primária definida como um nível de cuidados (*primary care defined as a level of care*);
- atenção primária em termos de conteúdo (*primary care in terms of content*);
- atenção primária como um processo-chave (*primary care as a key process*); e
- atenção primária definida em termos de associação de equipe (*primary care defined in terms of team membership*).

Para Starfield (2002), a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar. Esse nível de atenção organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, com base no contexto no qual a doença existe, objetivando a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde. No plano internacional, nos anos 1970, a OMS e o UNICEF desempenharam papel importante na difusão do conceito de APS. A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, convocada pela OMS juntamente com o UNICEF, realizada em setembro de 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, é considerada um marco histórico na discussão da APS abrangente (OMS/UNICEF, 1978).

Na Declaração de Alma-Ata, a atenção primária, ao ser aprovada como a principal estratégia para se atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (Assembleia Mundial da Saúde, 1977), foi definida como:

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são o ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade. Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS, 1978).

De acordo com Starfield (2002),

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. [...] A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela

integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Almedida e Macinko (2006) afirmam que o principal objetivo da atenção primária seria o de porta de entrada no sistema de saúde, sobretudo nos países mais ricos, numa perspectiva de racionalizar custos e diminuir a sobreutilização dos serviços especializados e mais caros, ou seja, o acesso dos usuários aos serviços especializados e hospitalares só seria garantido a partir de uma referência formal do nível básico, exceto em casos de urgência ou emergência.

No Brasil, o MS, também, definiu a atenção básica, ou primária, como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999), conceito que inclui alguns elementos da definição de atenção primária elaborada por Starfield, tais como porta de entrada e elenco de serviços. No entanto, outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária, não são consideradas (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

Para Giovanella *et al.* (2015), independentemente das variações conceituais e de escopo das ações desenvolvidas na atenção primária, percebe-se que há um consenso de que as ações de APS são destinadas a resolver grande parte dos problemas de saúde da população em geral e são desenvolvidas em serviços de saúde ambulatoriais não especializados, organizados para ofertar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Sob esse enfoque, um sistema integrado de atenção básica deveria resolver a maioria dos problemas de saúde da população e referir, para os demais níveis, apenas aquela parcela dos usuários dos serviços básicos, que “realmente” tem “necessidade” da atenção especializada. Assim, o “valor preditivo positivo” da atenção especializada seria melhorado, porque a população atendida (referida pela atenção básica) teria uma prevalência elevada de doença. Essa “triagem”, efetuada pelo nível básico, seria particularmente importante para evitar intervenções especializadas desnecessárias, mais caras, ou que poderiam provocar efeitos adversos ou indesejáveis (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

#### 2.2.4 O funcionamento da atenção básica

A Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) definiu a atenção básica (AB), ou primária (APS), como cuidados essenciais e universalmente acessíveis, na comunidade, a indivíduos e a famílias, com um custo suportável para a população.

O CONASS (Brasil, 2015), com base em Unger e Killingsworth (1986), apresenta três interpretações para a APS. Na primeira, a interpretação como *atenção primária seletiva* entende a atenção básica como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica. Na segunda, a interpretação como *nível primário do sistema* de saúde, conceitua a atenção básica como a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde. Aqui, a AB é vista como forma de se minimizar os custos econômicos da provisão da saúde e de se satisfazer as demandas da população referentes ao primeiro nível de atenção (BRASIL, 2015). Na terceira, a interpretação como *estratégia de organização do sistema* de atenção à saúde é compreendida como forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da AB como parte e coordenadora de uma rede de atenção à saúde (RAS) (BRASIL, 2015).

Em síntese, na primeira interpretação, a AB aparece como um programa focalizado em pessoas e em regiões pobres; na segunda, é possível reconhecê-la como o primeiro nível de atenção do sistema; na terceira, tem-se a AB como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental (BRASIL, 2015).

Assim, de acordo com o CONASS, a AB como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais: a *resolutividade*, a *coordenação* e a *responsabilização*. O papel da *resolutividade*, inerente ao nível de cuidados básicos, significa que tais cuidados devem ser resolutivos e capacitados, para atender a 90% da demanda da AB (BRASIL, 2015). Para Mendes (2002), o papel de *coordenação* expressa o exercício, pela AB, de centro de comunicação das RAS, significando a capacidade de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. Por fim, a função de *responsabilização* implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e do exercício da gestão de base populacional, tendo em vista a responsabilização econômica e sanitária atinente a essa população (BRASIL, 2015).

Além de sua relação com melhores resultados de saúde, a maior utilização de médicos de cuidados primários foi associada com menores custos totais de serviços de saúde. Observou-se que localidades com índices mais altos de médicos de AB apresentaram custos de cuidados médicos muito mais baixos do que outras localidades, o que possivelmente se deve, em parte, a melhores cuidados preventivos e menores taxas de hospitalização (STARFIELD, 2005). De maneira específica, poder-se-ia esperar maior ênfase na atenção primária no sentido de reduzir os custos de cuidados médicos, melhorar a saúde mediante o acesso a serviços mais adequados e minimizar as desigualdades na saúde da população.

Atun (2004), também, constatou que sistemas de saúde em países de baixa renda, com forte orientação para cuidados básicos, tendem a ser mais pró-pobres, equitativos e acessíveis. Conforme o autor, no nível operacional, a maioria dos estudos que comparam os serviços que podem ser prestados como de AB aos serviços especializados mostra que o uso de médicos de cuidados básicos reduz os custos e aumenta a satisfação do paciente, sem efeitos adversos na qualidade dos cuidados ou nos resultados do paciente.

Questão importante a ser observada em relação às políticas de saúde é a desigualdade e a pobreza, a exemplo da influência que a desigualdade provoca na probabilidade de uma criança morrer. De acordo com Ferraz e Vieira (2009), estudo realizado em 1996 constatou que uma criança de 5 anos de idade possuía 33 vezes maior chance de morrer a cada mil nascidos vivos no Brasil, ao se comparar o quintil de menor renda com o quintil de maior renda (OMS, 2007). Da mesma forma, outro estudo citado pelos autores evidenciou que a mortalidade por doenças cardiovasculares em adultos é mais frequente nas populações menos privilegiadas socioeconomicamente. De acordo com os autores, essa probabilidade poderia estar relacionada ao número de médicos e à taxa de pobreza.

Filmer *et al.* (1997) afirmam que, em sete de dez casos analisados, o quintil mais pobre beneficia-se, proporcionalmente, mais das instalações de nível inferior do que dos hospitais, ao passo que o quintil mais rico beneficia-se, proporcionalmente, mais dos gastos hospitalares. Assim, estudos recentes tendem a confirmar descobertas anteriores sobre o impacto distributivo de gastos de nível mais baixo *versus* cuidados hospitalares, não porque aqueles são sempre fortemente pró-pobres, mas porque os gastos hospitalares são quase sempre fortemente pró-ricos (FILMER, HAMMER e PRITCHET, 1997).

Uma preocupação relevante para aqueles que lutam contra a pobreza é garantir que os recursos cheguem a grupos pobres e marginais. De acordo com o UNICEF (1996), para que os governos garantam que os pobres recebam pelo menos uma parte equitativa dos benefícios dos serviços sociais, especialmente os de saúde, dois fatores são preponderantes: quando há

investimento em serviços básicos, como cuidados básicos de saúde e educação primária, o número de pobres beneficiados aumenta drasticamente; todavia, se o investimento é usado para fornecer níveis mais altos de serviço, como ensino superior e atenção à saúde de alta complexidade, cai o número de pobres que se beneficiam. Isso indica que a distribuição de recursos no nível primário é bem menos desigual.

### **2.2.5 A infraestrutura da atenção básica**

A infraestrutura é formada por recursos humanos, instalações e equipamentos, representando a capacidade de um sistema que possibilita a oferta de serviços na AB. A estrutura é, assim, o elemento capacitador do sistema. Kringos *et al.* (2010) destacam que, quando a AB dispõe, de maneira coordenada e contínua, e com aplicação eficiente de recursos, de *infraestrutura adequada* para facilitar o acesso ao *diversificado escopo de serviços*, tais serviços contribuem para a *equidade em saúde*.

Scholz *et al.* (2015), ao tomar por base Savigny (2009), afirmam que o papel da infraestrutura de instalações de saúde é um componente importante de um sistema de saúde, que não deve ser subestimado. O termo infraestrutura, nesse caso, é utilizado de várias maneiras para descrever os *elementos estruturais* dos sistemas.

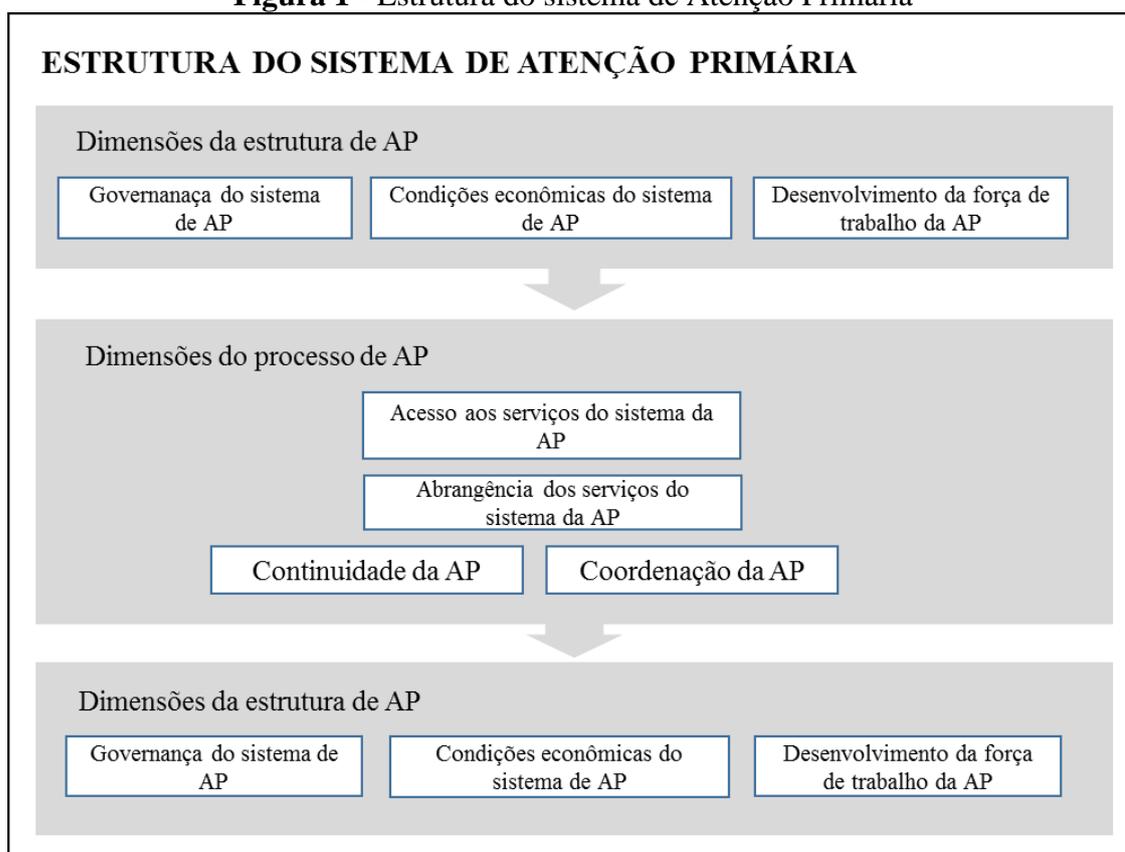
No contexto de um sistema de saúde e em referência aos serviços de saúde, Donabedian (1980, 1982) define infraestrutura da instalação como o total de todos os componentes físicos, técnicos e organizacionais ativos que são requisitos para a prestação de cuidados de serviços de saúde, que pode ser visto como um dos principais componentes da qualidade estrutural de um sistema de saúde. Conforme esse autor, uma estrutura adequada favorece a oferta de serviços oportunos e de qualidade, de forma que a estrutura seria um dos componentes para a análise do desempenho dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988). Para a avaliação da qualidade em saúde, Donabedian (*op. cit.*) propôs um esquema sistêmico de análise (estrutura, processo e resultado), em que a *estrutura* refere-se às condições relativamente estáveis dos serviços de saúde, entre as quais os instrumentos, os recursos materiais e humanos e o contexto físico e organizacional no qual são realizadas as ações de saúde. Segundo o autor, esses indicadores revelariam condições estruturais para a qualidade da prestação de serviços (DONABEDIAN, 1988; GIOVANELLA *et al.*, 2015).

A abordagem de Donabedian (1980) embasa-se no modelo sistêmico, em que a estrutura corresponde àquilo que é relativamente estável no sistema (os recursos ou insumos financeiros, humanos e materiais utilizados) e ao conjunto de atividades e procedimentos

empregados no manejo dos recursos, além de corresponder aos resultados das alterações verificadas, relacionadas a um efeito no estado de saúde dos indivíduos ou a mudanças de comportamentos, conhecimentos ou satisfação dos usuários dos serviços (MOURA *et al.*, 2010).

Starfield (2002), também, apoia-se na concepção sistêmica de Donabedian na avaliação de serviços de APS, ao considerar aspectos individuais e populacionais na análise da qualidade da atenção, incluindo nela elementos de *estrutura*, processo e resultados. Dessa forma, a autora, ao valorizar a estrutura como um dos componentes para a análise do sistema de serviços de saúde, salienta a influência do comportamento individual e do ambiente físico, político, econômico e social. A estrutura passa a ser vista como capacidade, como recurso necessário para o oferecimento dos serviços. Na estrutura, estão a análise de pessoal (que considera a educação e o treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço) e a análise da instalação e equipamentos (que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação) (MOURA *et al.*, 2010). Conforme Lima (2016), a operacionalização do conceito de APS por meio de atributos permite identificar o grau de orientação à APS, comparar sistemas ou tipos de serviços e realizar a associação entre presença de atributos e efetividade da atenção.

De acordo com Kringos *et al.* (2010), em outra forma de abordagem, a *estrutura* de um sistema de atenção primária seria descrita por sua governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho. O *processo* de um sistema de atenção primária seria definido por acesso, abrangência, continuidade e coordenação dos cuidados. O *resultado* seria descrito por qualidade e eficiência de atendimento.

**Figura 1 - Estrutura do sistema de Atenção Primária**

Fonte: Kringos *et al.* (2010). Nota: AP - Atenção Primária.

Os pressupostos de validade — relativos à ideia de que uma boa estrutura leva a um processo e a um bom resultado — são a maior fraqueza da abordagem estrutural (VUORI, 1991; MOURA *et al.*, 2010). Conforme ponderam os autores, no caso da saúde, as cadeias que ligam a estrutura aos resultados são longas e apresentam ligações fracas, insustentáveis logicamente e não comprovadas. Assim, as melhores condições podem ser mal utilizadas.

Como a abordagem estrutural, a abordagem de processo também tem sido muito criticada pela impossibilidade do estabelecimento de relações causais entre os procedimentos realizados e a melhoria das condições de saúde das pessoas. A avaliação de resultados seria, então, de maior validade para medir a qualidade da atenção prestada.

Entretanto, em que pese a aparente primazia da abordagem de resultados, Moura *et al.* (2010) defendem que a melhoria da atenção à saúde ocorre no nível do processo ou da estrutura, pois os resultados são sempre consequência de algo (estrutura); assim, para seu alcance, devem-se identificar as ações corretivas necessárias nos serviços e nas práticas sanitárias.

No Brasil, no que se refere ao aspecto normativo, a PNAB preconizou a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde como itens necessários à realização das ações de APS, em que se destaca a existência de uma lista de componentes que devem estar presentes

em cada unidade de saúde: os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados (BRASIL, 2006; MOURA *et al.*, 2010)

Desse modo, a capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação desses serviços (VIACAVA *et al.*, 2012), ou seja, seus elementos capacitadores consistiriam em recursos necessários para o oferecimento dos serviços.

Starfield (2002) aponta, pelo menos, dez *componentes estruturais principais*, entre os quais se destacam:

- *pessoal*: inclui todos os envolvidos na prestação do serviço, sua educação e seu treinamento;
- *instalações e equipamentos*: incluem os prédios, a exemplo de hospitais, clínicas ou centros/postos de saúde e consultórios); e
- *componentes físicos das instalações*: englobam elementos como instrumental laboratorial e tecnologia para diagnóstico ou tratamento.

De acordo com Starfield (2002), estudos sobre a avaliação da APS, estruturados a partir do esquema proposto por Donabedian, reforçam a importância do componente estrutura ou capacidade como elemento que possibilita a oferta de serviços de melhor qualidade na APS, entre os quais se incluem recursos humanos, instalações e equipamentos.

No Brasil, principalmente a partir de 2000, diferentes iniciativas de avaliação da APS vêm sendo implantadas com a expansão da rede de serviços, entre as quais a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), de 2005 (Brasil, 2005), posteriormente adaptada para Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para autoavaliação das equipes de atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Conforme Moura *et al.* (2010), no entanto, o fato de poucos estudos abordarem a avaliação da estrutura, considerando os componentes estrutura física, equipamentos e recursos humanos, dificulta qualquer tarefa de comparação dos achados. Tal argumento vem reforçar, portanto, a importância da contribuição desta pesquisa e corroborar a dificuldade de se encontrar parâmetros de análise.

## 2.3 Governança pública

A governança pública diz respeito ao compartilhamento e à responsabilização de diversos atores, que não integram o Estado, na busca pela satisfação das necessidades públicas, os quais se referem ao setor empresarial, às organizações sem fins lucrativos e à sociedade (KETTLE, 2002). O modelo da governança pública seria, então, uma superação do modelo de administração pública gerencial e do governo empreendedor, podendo ser considerado, ainda, um modelo paralelo ou sinônimo do próprio modelo gerencial (ALCÂNTARA *et al.*, 2015).

Estudos demonstram que a governança está intimamente ligada a benefícios obtidos nas políticas públicas, que, além de redução de custos, proveem o melhor aproveitamento dos recursos e a satisfação da população atendida pelos serviços.

O papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos. Segundo o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias, que envolvem formulação, execução e monitoramento dos recursos orçamentários, apresentam-se com deficiência. Conforme esse órgão, a deficiência na gestão orçamentária vem sendo, continuamente, apontada como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento têm dificuldades em transformar gastos públicos em serviços efetivos.

Ainda de acordo com o Banco Mundial (2007), a boa governança é resumida pela formulação de políticas previsíveis, abertas e esclarecidas (com processos transparentes), uma burocracia imbuída de um *ethos* profissional e uma forte sociedade civil participante de assuntos públicos, em que todos os atores se comportam em consonância com a lei.

### 2.3.1 Redes de políticas públicas como estruturas de governança

Para lidar com os problemas resultantes da governança democrática, os atores políticos apegaram-se ao antigo ideal da democracia representativa apoiada por formas de conhecimento técnico embasadas nas novas teorias da racionalidade. Uma nova *governança de mercados e redes* difundiu-se pelo mundo, o que, segundo Bevir (2011), dificultou os governos representativos a dirigirem o processo político, ao mesmo tempo que um conhecimento técnico ilusório tornou mais difícil a participação democrática. Ainda segundo esse autor, a democracia contemporânea passou a sofrer com os limites obscuros da *accountability*, enquanto a legitimidade tornou-se declinante.

Na ciência política atual, de acordo com Schneider (2005), dois conceitos, “rede” e “governança”, têm atrás de si um caminho impressionante. Ambos surgiram durante os anos 1970, principalmente na sociologia, e se espalharam, durante os anos 1980 e 1990, também para outras disciplinas das ciências sociais. Esses conceitos, segundo o autor, colocam em questão as estruturas e os contextos das relações entre Estado e sociedade, que, no discurso teórico dos anos 1980 e 1990, foram enriquecidos com novos significados e se constituíram em referentes da transformação do Estado e da relação modificada entre Estado e sociedade, o que faz com que a solução de problemas políticos modernos e relevantes, por meio de políticas públicas, somente seja possível com base em novas estruturas políticas.

Schneider (2005) argumenta que a produção de políticas públicas, a problematização e o processamento político de um problema social não são mais assuntos exclusivos de uma hierarquia governamental e administrativa integrada, mas da que se encontra em redes, nas quais estão envolvidas organizações públicas e privadas. O autor salienta que a existência de uma considerável literatura sobre redes de políticas públicas permite algumas generalizações empíricas a respeito da estrutura de produção de políticas em democracias modernas.

1. O denominador mais comum de todas as análises de redes de políticas públicas é que a formulação de políticas públicas não é mais atribuída somente à ação do Estado enquanto ator singular e monolítico, mas também resulta da interação de muitos atores distintos. A própria esfera estatal é entendida como um sistema de múltiplos atores.

2. Na formulação e na implementação de políticas públicas, além de muitos atores públicos, estão envolvidos atores privados de distintos setores sociais e áreas.

3. O próprio conceito de rede refere-se a vínculos diretos e indiretos relativamente duradouros, por meio dos quais os atores envolvidos estão integrados na formulação de políticas públicas.

4. Embora muitos atores estejam envolvidos, direta e indiretamente, na produção de políticas, existe entre eles diferença de poder e influência.

5. Posições de poder e influência não são determinadas apenas mediante *status* político-institucional formal, mas também por vínculos informais (por exemplo, comunicação, intercâmbio de recursos, interação estratégica).

Schneider (2005) afirma, ainda, que redes de políticas públicas são novas *formas de governança política* que refletem uma relação modificada entre Estado e sociedade e que são mecanismos de mobilização de recursos políticos em situações em que a capacidade de tomada de decisão, de formulação e de execução de programas é amplamente distribuída ou dispersa entre atores públicos e privados.

Ferrari, com base em Börzel (1998), traz uma definição um pouco mais ampla para o conceito de redes de políticas públicas. Segundo a autora, redes de políticas públicas consistem em um conjunto relativamente estável de relações de natureza interdependente e não hierárquica entre diversos atores, os quais compartilham interesses comuns referentes a uma política e trocam recursos entre si para atingir tais interesses, reconhecendo que a cooperação é o melhor meio de alcançá-los.

Quanto à visão das *redes como estrutura de governança*, essas redes surgem como alternativas às hierarquias e ao mercado. O mercado apresenta lógica imediatista, sem expectativa de relações futuras entre as partes, não altruísta, refletindo a racionalidade autointeressada e independente dos atores. A hierarquia internaliza as transações e os fluxos de recursos, com grande relação de dependência entre seus atores, que demonstram problemas com flutuações agudas no ambiente externo e mudanças não previstas (FERRARI, 2008).

### **2.3.2 Governança na saúde**

Uma dificuldade fundamental em encontrar uma definição consensual para a governança no setor da saúde, para Savedoff (2011), é que a governança opera em diversos níveis. Em nível mais amplo, tem-se uma governança operacionalizada em termos de atores políticos que contestam e colaboram para o estabelecimento de políticas públicas específicas para cada sociedade. Dessa forma, há a tendência de concentração nos princípios normativos que norteiam o debate político e social. Um país possui uma boa governança quando seu setor público opera de acordo com princípios de transparência, responsabilidade, previsibilidade, capacidade de resposta e participação. Kringos *et al.* (2010), ao pesquisarem sobre indicadores de estrutura, processos e resultados, incluem a governança como parte da estrutura de um sistema de atenção primária. De acordo com os autores, a estrutura de um sistema de atenção primária seria descrita por sua governança, pelas condições econômicas e pelo desenvolvimento da força de trabalho.

Rajkumar e Swaroop (2008), ao analisar os resultados sobre gastos públicos, governança e resultados, concluíram que o impacto do gasto público nos resultados é maior quando há boa governança, porém esse impacto poderia estar bem abaixo de seu verdadeiro pleno potencial. A ineficiência nos gastos poderia, ainda, ser devida a uma variedade de razões, incluindo a possível substituíbilidade entre gastos públicos e privados. Entretanto, esses autores concluíram que os gastos públicos praticamente não têm impacto sobre os resultados de saúde e educação em países mal governados. Afirmam que os resultados apresentados em seu estudo

têm implicações importantes para melhorar a eficácia do desenvolvimento dos gastos públicos. De acordo com os autores, as lições são particularmente relevantes para os países em desenvolvimento (como é o caso do Brasil), onde o gasto público em educação e saúde é relativamente baixo, e o estado de governança é frequentemente pobre.

Em países em desenvolvimento, nem sempre as relações entre gastos e resultados são totalmente claras. De acordo com Filmer *et al.* (1997), os dados internacionais sistemáticos que sustentam forte correlação entre o aumento das despesas de APS ou o acesso e os melhores resultados de saúde não são fortes em países que ainda não atingiram a maturidade em termos de governança.

De acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), é difícil encontrar relação entre gasto público e resultados, como mortalidade infantil, por exemplo. Pesquisas realizadas por essa instituição revelam que o aspecto que realmente influi nos resultados, de maneira direta, em função da alocação de recursos, é a boa governança existente em um país.

Gastos maiores não necessariamente traduzem melhores resultados de saúde, embora haja evidências de relação positiva entre gastos públicos com saúde e indicadores de saúde selecionados. Os resultados de saúde variam, ainda, em relação aos grupos de renda, com os pobres, geralmente, recebendo menos serviços e tendo piores resultados de saúde. Como no caso de serviços de saúde e resultados de saúde, os gastos com saúde não são favoráveis aos pobres. A qualidade das instituições do país, também, desempenha papel fundamental na determinação da eficácia dos gastos com a saúde (RAJKUMAR e SWAROOP, 2002; SCHIEBER *et al.*, 2006).

De acordo com o Banco Mundial (2004), para que os serviços funcionem, é necessário mudar as relações institucionais entre os atores-chave, haja vista que ajustar os insumos sem reformar as instituições que produzem ineficiências não levará a melhorias sustentáveis. Essa é uma indicação clara do papel das instituições na prestação de serviços para os pobres, ou seja, o sucesso na prestação desses serviços depende da prestação de contas e da boa governança por parte das instituições. O Banco Mundial (WORLD BANK, 2004) afirma que os serviços bem-sucedidos para pessoas pobres emergem de relações institucionais em que os atores, incluídos indivíduos, organizações, governo e empresas, são responsáveis uns com os outros. Além dos aspectos citados, Ibrahim (2017) afirma que políticas e arranjos políticos são importantes para se determinar a provisão bem-sucedida de serviços sociais em qualquer país, particularmente nos países menos desenvolvidos.

Para Ibrahim (2017), é importante identificar os principais obstáculos, politicamente e administrativamente motivados, ao fornecimento de **serviços** sociais **básicos** nos países menos

desenvolvidos. Ghai (2003) afirma que os obstáculos nunca são financeiros e que o fortalecimento da capacidade do governo de planejar, organizar, implementar e monitorar programas de serviços básicos deve ser uma prioridade-chave, já que não há substituto para a liderança do Estado.

Mils (2014), ao analisar, brevemente, as principais deficiências dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda, afirma que a má qualidade e a cobertura desigual revelam que as deficiências são mais fortes que as respostas a melhorias. O autor listou, nos níveis existentes dentro de qualquer sistema de saúde, desde a comunidade até o nível global, as principais restrições do sistema em cada nível e as respostas (soluções) mais comuns a essas restrições. Esses problemas foram selecionados por vários motivos, que envolvem funções críticas do sistema de saúde (como financiamento e prestação de cuidados de saúde) e que recebem considerável destaque nos debates internacionais sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde.

**Quadro 1 - Restrições e respostas do sistema de saúde**

Nível do sistema de saúde	Restrições (problemas)	Respostas (soluções)
<b>Prestação de serviços</b>	Escassez e má distribuição de pessoal devidamente qualificado, especialmente ao nível dos cuidados básicos	<b>Aumentar o número de profissionais de saúde</b> , implementar a troca de tarefas (por exemplo, treinando agentes comunitários de saúde para tratar doenças comuns), aumentar as permissões para o trabalho em áreas remotas
	Fraca orientação técnica, gerenciamento de programas e supervisão	Reforçar a formação e a supervisão, assim como a gestão de contratos
	Falta de equipamentos e infraestrutura, incluindo pouca acessibilidade aos serviços de saúde	<b>Renovar, atualizar e expandir instalações públicas</b> , contratar organizações não governamentais para fornecer serviços
<b>Política e gestão estratégica no setor de saúde</b>	Sistemas fracos e excessivamente centralizados para planejamento e gerenciamento	<b>Descentralizar</b> o planejamento e o gerenciamento
<b>Política governamental</b>	Comunicação limitada e infraestrutura de transporte	Não é vista como questão de cuidados de saúde
<b>Ambiente político e físico</b>	Governança e estrutura geral de políticas (por exemplo, corrupção, governo fraco, Estado de Direito fraco e aplicabilidade dos contratos, instabilidade política e insegurança, setores sociais sem prioridade nas decisões de financiamento, estrutura fraca para a <b>prestação pública de contas</b> , falta de liberdade de imprensa)	Incentivar melhoria dos mecanismos de gestão e <b>responsabilização</b> , incentivando o crescimento em organizações cívicas e apoiando uma mídia ativa e informada
<b>Global</b>	Estruturas fragmentadas de governança e gestão para a saúde global	<b>Melhorar a coordenação global</b>

Fonte: Adaptado de Mils (2014).

Observa-se que algumas restrições estão relacionadas à infraestrutura e outras à própria deficiência na governança. Verificam-se, desse modo, importantes restrições que são evidenciadas na prestação de serviços de atenção básica no Brasil, como deficiência de equipamentos e infraestrutura (LIMA, 2016; GIOVANELLA *et al.*, 2015), escassez e má distribuição de pessoal (LIMA, 2016), sistemas excessivamente centralizados para planejamento e gerenciamento e estrutura fraca para a prestação pública de contas (BANCO MUNDIAL, 2017; BRASIL, 2017).

De forma geral, pesquisas mostram que, em longo prazo, a boa governança está associada com crescimento robusto, menor desigualdade de renda, redução da mortalidade infantil e do analfabetismo, além de melhora na competitividade do país e no clima de investimento, e maior resiliência do setor financeiro (WORLD BANK, 2007).

No Brasil, onde a organização é federativa e os municípios possuem autonomia administrativa, a governança da saúde passa, necessariamente, por uma complexidade maior, envolvendo a governança federativa, a regional e a orçamentária, em que haja, obrigatoriamente, a distribuição de competências entre os entes públicos.

### **2.3.2.1 A governança regional na saúde**

A governança na saúde, de acordo com Lima *et al.* (2016), expressa relações de *dependência, interação e acordos* estabelecidos entre diversos atores (relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade). Seus interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns (negociados), assegurando (ou não) o direito ao acesso universal à saúde.

Entretanto, no Brasil, os fatores que condicionam esses processos de governança na saúde não se expressam de modo homogêneo no território nacional, considerando a existência de uma diversidade regional bastante significativa. Lima *et al.* (2016) entendem como elementos-chaves da governança voltada para a consolidação do SUS:

1. a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e à articulação de atores, serviços e ações em prol da universalização nas regiões de saúde;
2. o fortalecimento da capacidade do Estado na condução da política regional de saúde, requerendo o reforço da lógica territorial e o aprimoramento das funções de planejamento, regulação, financiamento e prestação nos diversos campos de atenção à saúde (assistência à saúde, vigilância, produção e incorporação de tecnologias e insumos, formação e gestão da força de trabalho em saúde);

3. o reforço da lógica pública orientada pelas necessidades e demandas de saúde da população nas regiões.

A experiência internacional demonstra que a organização dos sistemas em *redes de atenção regionalizadas* reduz os riscos de fragmentação do sistema, melhora sua eficiência global, evita a multiplicação de infraestrutura e de serviços, responde, de forma satisfatória, às necessidades e às expectativas das pessoas, melhorando, conseqüentemente, o custo e as efetividades dos serviços de saúde. Tais experiências, também, evidenciam que esses sistemas contribuem na redução no número de hospitalizações desnecessárias, diminuindo o tempo de permanência hospitalar e a utilização de serviços e exames hospitalares; também, há a produção de economias de escala e de escopo, o aumento na produtividade do sistema, a melhoria da qualidade da atenção, a produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada e a geração de maior efetividade clínica, facilitando a utilização de diferentes níveis de atenção e o aumento da satisfação dos usuários (OPAS/OMS, 2011; LIMA, 2016).

No caso do Brasil, a presença de uma direção única em cada esfera de governo, em vista da existência de 5.570 municípios, torna o sistema fragmentado, o que decorre dessa descentralização, a qual, aliada à falta de homogeneidade dos municípios, levou o Governo Federal a estabelecer as Comissões Intergestores Regionais (CIR), como instâncias decisórias e participativas na execução de políticas públicas de saúde. Tais instâncias preservam a autonomia dos municípios, tornando, portanto, a governança mais complexa. Entretanto, cabe ressaltar que as CIR são importantes instâncias de decisão e de coordenação dentro dos estados.

### **2.3.2.2 Distribuição de competências**

A CF/88 define os fundamentos da organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelece que a distribuição de competências entre as esferas de governo deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma regionalizada, com o objetivo de integrar as ações e os serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2016a).

A configuração das relações intergovernamentais do SUS é definida na CF/88 e na Lei n.º 8.080/1990, que aborda o tema mais detalhadamente (BRASIL, 2016a). Objetivando definir o acesso à saúde como universal, integral e equânime, tem-se uma arquitetura de organização federativa que combina um conjunto de competências comuns ou concorrentes de cada esfera.

Desse modo, cabe às três esferas, em conjunto, a definição de mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, o monitoramento do nível de saúde da população, a

elaboração de normas para a regulamentação da contratação de serviços privados, o gerenciamento de recursos orçamentários e financeiros, a definição de políticas de recursos humanos, a realização de planejamento de curto e médio prazo e a promoção da articulação de políticas e planos de saúde (BRASIL, 2016a).

De forma específica, cabe à União as atribuições de natureza estratégica para o desenvolvimento da política de saúde, em âmbito nacional, tais como a formulação e o apoio para a implementação e a avaliação de políticas prioritárias e, também, a elaboração do planejamento estratégico do SUS. Os estados possuem responsabilidades típicas de articulação sistêmica a serem exercidas por meio de atividades de planejamento e de coordenação regional de políticas, programas, ações e serviços de saúde presentes em seus territórios (BRASIL, 2016a).

Por fim, cabe aos municípios a prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, quando possível, dos de média e alta complexidade. Assim, os municípios seriam a esfera de contato mais direta com a população (BRASIL, 2016a).

Essa distribuição de competências indica uma orientação para a construção de um modelo de relações intergovernamentais fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, com participação de estados e municípios, com protagonismo na organização e na gestão das políticas no campo da saúde, padrão que confere ao modelo uma característica única: um sistema universal em um federalismo tripartite de base local, cuja autonomia é garantida constitucionalmente (BRASIL, 2016a).

### **2.3.2.3 Governança federativa**

Um aspecto importante, ausente em grande parte dos países considerados modelos para análise em estudo sobre teorias de desempenho de políticas públicas, é a questão do federalismo, dado que a maioria desses países apresenta pequenas dimensões territoriais, não sendo, portanto, países com estrutura federativa, como o Brasil, aspecto que faz com que modelos bem-sucedidos em outros países nem sempre sejam totalmente adequados aqui.

Levando em conta aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS possui, assim, uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder com vistas a assegurar a participação dos estados e dos municípios na elaboração das políticas e dos programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada de decisão nos rumos da política de saúde no país (BRASIL, 2016a).

Como instâncias de decisão, as comissões intergestores exercem um importante papel ao atuar como fórum de negociação e pactuação entre os entes das três esferas de governo. Nesse modelo, o MS, as SES e as SMS são as *autoridades sanitárias* responsáveis pela condução da política de saúde em suas respectivas esferas de governo. No âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é um fórum de negociação e de pactuação entre os representantes dos gestores das três esferas de governo. Assim, integram a CIT os representantes da direção do MS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2012; 2016a).

Finalmente, as CIR compõem as instâncias de governança federativa do SUS — CIB e CIT —, conforme o art. 30, incisos II e III, do Decreto n.º 7.508/2011, em que os gestores municipais e o gestor estadual tomam as decisões relativas ao planejamento e à gestão do SUS no âmbito das regiões de saúde (BRASIL, 2011a; 2016a).

A governança federativa do SUS é composta, também, por conselhos e conferências de saúde, espaços de atuação da sociedade, visando à elaboração da política de saúde nas três esferas de governo, como também à formulação de estratégias para o controle da execução da política de saúde.

A dinâmica da governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, como a sociedade civil (que gera a demanda), a iniciativa privada, as instituições de ensino e de pesquisa, os Poderes Legislativo e Judiciário, os órgãos de controle, fiscalização e defesa dos direitos e outros órgãos do Poder Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento. Sob essa lógica, a iniciativa privada encontra-se no círculo mais externo, enfatizando seu caráter complementar ou suplementar de oferta e demanda, que se apresenta como provedora de bens e de serviços a ser incorporada ao sistema quando há insuficiência de oferta pelo Estado (BRASIL, 2016a).

O *complexo nuclear* do diagrama da Figura 2 é composto por órgãos governamentais do setor de saúde e de instâncias componentes do SUS — em consonância com a Lei n.º 8.142/1990 — e está em permanente interação com outras estruturas e instâncias da administração pública, com atores e instituições representativas da sociedade civil organizada e com organizações do mercado. Assim, na medida em que a construção dessa política passa pela articulação com outras políticas governamentais, dialoga com as demandas de diversos grupos sociais pela garantia de direitos e requer a aquisição de insumos e de produtos provenientes das estruturas produtivas do Complexo Econômico-Industrial da saúde. Nesse

complexo nuclear, são definidas as diretrizes políticas para o setor e pactuadas as formas de operá-las (BRASIL, 2016a).

No *círculo intermediário*, estão os órgãos governamentais externos ao setor, que também influenciam o sistema específico da saúde, os quais compreendem atores políticos, como os chefes de órgãos do Poder Executivo (Presidente, Governador e Prefeito), os gestores/formuladores de políticas (ministros e secretários) e outros órgãos governamentais (Ministério Público, órgãos de controle e fiscalização, entre outros), que tratam de políticas públicas conectadas por princípios, públicos-alvo, arrecadação e gastos, fiscalização e defesa de direitos, influenciando as *determinantes* e *condicionantes* da saúde e o *financiamento* do setor (BRASIL, 2016a).

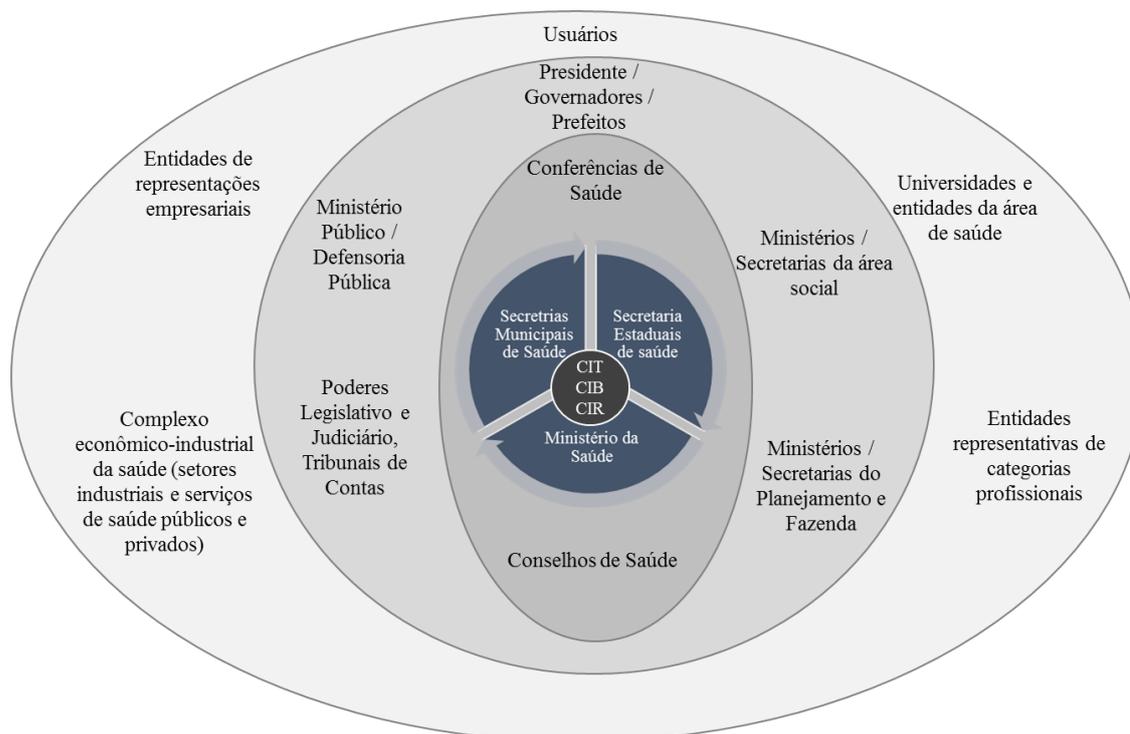
No *círculo externo*, está a *sociedade civil organizada*, dotada de representação política nas instâncias de participação social, mas não limitada a ela, cujo protagonismo possibilita a busca de outros canais legítimos para defender seus direitos. Trata-se, assim, de um *modelo de governança ampliada do setor de saúde*, em que os atores sociais possuem um papel que transcende a representação no conselho (BRASIL, 2016a). Esse conjunto de atores sociais interage, de forma legítima, nas decisões da política de saúde e nas demais políticas públicas a ela relacionadas, atuando em espaços e instâncias oficiais.

Nesse sentido, os atores sociais influenciam a governança federativa do SUS, contribuindo na produção de debates, na realização de fóruns setoriais, na elaboração e na divulgação de documentos de referência e na realização de estudos e pesquisas.

Outro componente do círculo externo é o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, que é influenciado pelo nível de desenvolvimento e de articulação entre os diversos componentes e as políticas que estruturam o setor de saúde de forma interdependente, contribuindo para o acesso do usuário a ações e serviços de acordo com as necessidades de saúde (GADELHA, 2003; BRASIL, 2016a).

O diagrama da Figura 2, a seguir, mostra onde e como são estabelecidas as escolhas do governo e da sociedade no que se refere à saúde pública.

**Figura 2 - O papel das relações federativas na governança do SUS**



Fonte: Brasil (2016a).

### 2.3.3 Governança orçamentária

A governança orçamentária é entendida por Barcelos (2012) como o conjunto de regras (instituições formais e informais) que orientam as relações políticas, econômicas e sociais subjacentes ao processo de alocação de recursos no setor público. Nesse conceito de governança, é incluído o modo de interpretar e aplicar tais regras, uma vez que as instituições orçamentárias são concebidas e executadas por atores humanos.

Mais especificamente, *governança orçamentária* diz respeito ao *conjunto de instituições* que definem o modo pelo qual as transações orçamentárias são discutidas, acordadas, implementadas, monitoradas, fiscalizadas e cumpridas. *Instituições orçamentárias*, por seu turno, correspondem à *coleção de regras* que governam o processo orçamentário ao longo de suas mais variadas instâncias (VON HAGEN, 2007). Assim, cabe ao arranjo de governança orçamentária estabelecer as restrições e os incentivos necessários ao adequado aproveitamento dos recursos públicos (BARCELOS, 2012). Ainda de acordo com esse autor, a capacidade do Estado (ou o sucesso de suas políticas públicas) depende, substancialmente, de uma *adequada governança* de seus *recursos orçamentários*. Se os recursos orçamentários não são disponibilizados em quantidades suficientes ou se não chegam oportunamente às organizações envolvidas em sua realização, dificilmente os objetivos pretendidos pelo Estado poderão ser alcançados.

A literatura recente sobre finanças públicas, segundo o autor, tem revelado os recursos orçamentários como bens que apresentam características especialmente problemáticas: alta rivalidade no consumo (subtrabilidade) e substancial dificuldade de controle do acesso a eles (exclusão do consumo). Aqueles bens que apresentam ambas as propriedades são denominados “recursos comuns”; sua sustentabilidade depende, fundamentalmente, de um regime de governança adequado.

Com efeito, em casos de ausência ou de deficiência excessiva nos regimes de governança, o aproveitamento dos recursos tende a gerar resultados socialmente indesejáveis, tais como a sobre-exploração, o congestionamento ou a interdição<sup>1</sup>, os quais poderão resultar na completa degradação do sistema orçamentário e na falência da capacidade do Estado de gerir suas políticas públicas. Portanto, se o consumo dos recursos levar à sua exaustão ou se esses forem utilizados de maneira improdutiva, ilegal ou injusta, não podendo ser alocados em favor de programas orçamentários em prol da resolução de problemas sociais, o próprio Estado e suas políticas públicas alcançarão resultados trágicos.

Nesse sentido, Ostrom (1990), em suas pesquisas, revelou que a presença de certos princípios de governança pode promover uma gestão bem-sucedida<sup>2</sup> dos recursos comuns, evitando-se, assim, a sua utilização predatória. Dessa forma, a sustentabilidade dos mais variados sistemas sociais depende do modo como os princípios de governança atuam na regulação da utilização de recursos (BARCELOS, 2012).

### **2.3.3.1 A estrutura de governança orçamentária brasileira**

A respeito da estrutura de governança orçamentária no Brasil, Barcelos (2012) afirma que, a partir de 1964, é possível perceber o surgimento de grandes marcos institucionais influentes na governança orçamentária, que orientam as decisões orçamentárias produzidas em todos os demais níveis.

O primeiro marco é a Lei n.º 4.320/1964, que estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 1964), a partir da qual o processo de alocação de recursos públicos do País lhe está formalmente submetido.

---

<sup>1</sup> No sentido de que, mesmo estando disponíveis em alguma quantidade e sendo necessários à solução de problemas comuns à sociedade, haveria proibição à aplicação dos recursos, os quais permaneceriam enclausurados em uma espécie de cofre de propriedade coletiva (BARCELOS, 2012).

<sup>2</sup> Por princípios de governança capazes de promover uma gestão bem-sucedida, entendem-se aqueles capazes de evitar que os usuários sobreutilizem os recursos e aqueles que podem distribuir resultados e benefícios de forma justa e de perdurar ao longo do tempo (AGRAWAL, 2002; BARCELOS, 2012).

O segundo marco é a CF/88, que dedicou os artigos de 165 a 169 à matéria orçamentária<sup>3</sup>. Todavia, para além desses artigos, a CF/88 reconfigurou as relações entre os elementos que constituem o sistema orçamentário, ao estabelecer disposições acerca dos direitos e das garantias fundamentais do cidadão, da organização do Estado e das instituições democráticas. A CF/88 encontra-se inserida em um contexto institucional que inclui até mesmo normas e práticas não formalizadas (BARCELOS, 2012).

O terceiro marco é a LC n.º 101/2000 (conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF), a qual, com a intenção de promover um amplo ajuste fiscal, estabeleceu inúmeras normas sobre finanças públicas, voltadas para a gestão fiscal responsável. Com a promulgação da LRF, reformulou-se o arcabouço jurídico nacional, por meio da institucionalização do equilíbrio das contas públicas como código de conduta fiscal aplicável a todos os entes da Federação.

Assim, a LRF e o processo de reforma gerencial dos orçamentos são eventos intimamente conectados e que se complementam para gerar a configuração de princípios de governança orçamentária. Apesar de não revogarem formalmente os diplomas representados pela Lei n.º 4.320/1964 e pela CF/88, acredita-se que tanto as mudanças produzidas pela reforma gerencial dos processos de planejamento e orçamento como as decorrentes da LRF alteraram a configuração da governança do sistema orçamentário (BARCELOS, 2012).

### **2.3.3.2 Princípios de governança definidos por Ostrom**

Ostrom (1990), com base em suas pesquisas com instituições efetivas e autogovernadas, desenvolveu princípios que levariam sistemas de recursos comuns a níveis mais elevados de sustentabilidade e de governança sobre as mudanças institucionais (PINTO, 2014).

Os princípios são os descritos a seguir, a partir da síntese elaborada por Pinto (2014):

1. Definição clara dos usuários, assim como dos limites do próprio recurso comum. Sem definir os limites dos recursos e sem impedir a sua utilização por oportunistas, abre-se espaço para que eles sejam usufruídos por usuários ilegítimos.
2. Ajuste de regras, com a restrição de tempo, lugar, tecnologia e/ou quantidade de recursos às condições locais e às regras requeridas.

---

<sup>3</sup> Esses normativos estão situados na Seção II – Dos Orçamentos, Capítulo II – Finanças Públicas, do Título VI – Da Tributação e do Orçamento.

3. Modificação de regras por meio da participação, em seu processo de elaboração, de usuários e indivíduos afetados por elas, para melhor ajustá-las às características específicas de sua situação.

4. Monitoramento, por meio de agentes responsáveis, das condições dos recursos comuns e do comportamento dos apropriadores.

5. Sanções proporcionais aplicadas aos infratores, dependendo da gravidade e do contexto da ofensa.

6. Mecanismos formais ou informais de resolução de conflitos e de discussão sobre o que é considerado infração, a exemplo de tribunais ou autoridades legitimadas.

7. Reconhecimento mínimo, pelas autoridades governamentais, dos direitos de organização de usuários, havendo legitimidade nas instituições criadas por eles.

8. Consideração de que, se os sistemas de recurso comum integram sistemas maiores, a apropriação, a provisão, o monitoramento, a fiscalização, a resolução de conflitos e as atividades de governança são organizados em *camadas múltiplas integradas*.

Na tentativa de sintetizar variáveis usadas pelas teorias dos recursos comuns, Agrawal (2003) agrupou os achados de diversos autores em condições críticas de viabilização da sustentabilidade dos *commons*, conforme os quatro agrupamentos a seguir:

1. características do sistema de recursos;
2. características dos grupos que dependem do sistema de recursos (apropriadores);
3. arranjos institucionais; e
4. ambiente externo.

Para o caso específico desta investigação, interessa o agrupamento 3, que se relaciona à governança dos recursos comuns (caso dos recursos orçamentários). Com relação a tal agrupamento, Agrawal (2007) afirma que as regras fáceis de entendimento e de aplicação, localmente constituídas e que levam em conta diferentes tipos de infração, são mais prováveis de levar a uma governança efetiva, ajudando na resolução de conflitos e na responsabilização de usuários e agentes. Entretanto, é necessário ter um entendimento do que cada variável significa, uma vez que regras podem ter diferentes interpretações a partir do que significa regra, local, criação e aplicação (PINTO, 2014).

No Quadro 2 a seguir, são apresentadas as variáveis relacionadas à *governança* (agrupamento 3), representadas pelas especificidades dos arranjos institucionais em que os sistemas de recursos são geridos.

### Quadro 2 - Agrupamento 3: variáveis relacionadas à governança

<b>Agrupamento 3 – Especificidades dos arranjos institucionais em que os sistemas de recursos são geridos</b>	
1. Entendimento das regras	Regras simples e fáceis de entender (B&P)
2. Procedência das regras	Regras de gestão e acesso definidas localmente (RW, EO, B&P)
3. Aplicação ( <i>enforcement</i> ) das regras	Facilidade de aplicação ( <i>enforcement</i> ) das regras (RW, EO, B&P)
4. Proporcionalidade de sanções	Sanções proporcionais (RW, EO)
5. Disponibilidade de adjudicação de baixo custo	Disponibilidade de adjudicação de baixo custo (EO)
6. Prestação de contas, aos usuários, por monitores e outros nessa função	Prestação de contas, aos usuários, por monitores e outros nessa função (EO, B&P)
<b>Agrupamentos 1 e 3 – Relação entre características do sistema de recursos e das especificidades dos arranjos institucionais em que os sistemas de recursos são geridos</b>	
7. Ajuste de limites de coleta com a regeneração de recursos	Ajuste de limites de coleta com a regeneração de recursos (RW, EO)

Fonte: Adaptado de Pinto (2014).

Notas: Abreviações: Wade (1994) - RW, Ostrom (1990) - EO, and Baland & Platteau (1996) - B&P (Agrawal, 2003, p. 253).

É importante relatar que Agrawal (2007) estudou variáveis destinadas à análise de sistemas de recursos comuns autogovernados. No caso de recursos orçamentários, há uma complexa relação de atores, em vários níveis, que são responsáveis pela captação, pela distribuição e pela execução dos recursos. Os recursos são “produzidos” por atores que não participam diretamente de sua utilização, ou seja, há o papel dos contribuintes e dos usuários dos serviços públicos (PINTO, 2014). Entre esses dois atores, há ainda outros, como os que geram os recursos (*guardians* ou *savers*) e os que executam as políticas públicas (*spenders*), bem como os responsáveis pelo controle e monitoramento dos recursos e serviços. No Quadro 3, são apresentadas as variáveis adaptadas para a governança orçamentária.

### Quadro 3 - Agrupamento 3: variáveis relacionadas à governança orçamentária

<b>Agrupamento 3 – Especificidades dos arranjos institucionais em que os sistemas de recursos orçamentários são geridos</b>	
<b>Variáveis</b>	<b>Condições críticas para o sucesso</b>
1. Entendimento das regras	Regras simples e fáceis de entender
2. Procedência das regras	Regras de gestão e acesso definidas com a participação de todos os atores ou representantes
3. Aplicação ( <i>enforcement</i> ) das regras	Facilidade de aplicação ( <i>enforcement</i> ) das regras
4. Proporcionalidade de sanções	Sanções proporcionais
5. Disponibilidade de adjudicação de baixo custo	Disponibilidade de adjudicação de baixo custo
6. Monitoramento e prestação de contas	Prestação de contas aos órgãos de controle
<b>Agrupamentos 1 e 3 – Relação entre características do sistema de recursos e das especificidades dos arranjos institucionais em que os sistemas de recursos orçamentários são geridos</b>	
7. Adequação das despesas à arrecadação	Manutenção do equilíbrio fiscal das contas públicas

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Pinto (2014).

Barcelos (2012), ao estudar e identificar os princípios de governança que poderiam ser entendidos como relevantes para a coordenação das transações orçamentárias governamentais,

afirma que, naturalmente, não há uma resposta única e definitiva. Segundo ele, parte influente da literatura sobre a orçamentação reconhece que os recursos públicos estão sujeitos ao que Garrett Hardin (1968) denominou de “tragédia dos recursos comuns”, uma vez que os recursos orçamentários são marcados tanto por alta subtrabilidade quanto por substancial dificuldade de controle de acesso (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012).

A sustentabilidade de recursos finitos sob condições de controle de acesso complexas exige regras de manejo que sejam capazes de resolver uma série de problemas de ação coletiva. A sobrevivência de um sistema de recursos comuns (como é caso do sistema orçamentário) demanda uma estrutura de governança fundada em princípios que superem os incentivos ao comportamento oportunista individual e fomentem a conduta racional, do ponto de vista coletivo e intertemporal (BARCELOS, 2012).

Sob o ponto de vista analítico, os recursos comuns seriam aqueles que simultaneamente se caracterizam por alta taxa de subtrabilidade (alta rivalidade no consumo) e dificuldade de controle de acesso (exclusão problemática). Barcelos (2012) destaca a noção de “*commons* orçamentário”, como um construto útil para análise e reflexão a respeito dos problemas que envolvem as finanças públicas, não sendo uma noção nova e nem incomum.

### **2.3.3.3 Doze princípios aplicáveis à governança de recursos orçamentários**

A maior parte dos sistemas de recursos naturais pode ser classificada como sistema de recursos de uso comum (ou *common pool resource* – CPR). Todavia, o conceito de CPR não se aplica, exclusivamente, ao caso de recursos naturais. Ao contrário, exemplos de CPR incluem, também, inúmeros sistemas concebidos pelo homem, tais como tesouro governamental, rede de computação baseada na internet, geração compartilhada de conhecimento e fundos para projetos de investimentos (OSTROM, 2002; BARCELOS, 2012).

Com fundamento, principalmente nos trabalhos de Ostrom, Barcelos (2012) enumera doze princípios de governança, cuja presença costuma ser relacionada ao sucesso dos sistemas de recursos comuns (podendo ser naturais ou não) e cuja ausência parece estar associada a resultados coletivamente indesejados.

No Quadro 4, a seguir, são condensadas informações sobre cada um dos doze princípios.

**Quadro 4 - Rol dos doze princípios de governança orçamentária**

<b>Princípios e racionalidades</b>	
<b>P1(A)</b>	<b>Delimitação de fronteiras de recursos.</b> Refere-se ao esforço de classificar e de especificar os recursos orçamentários, a fim de que se possa determinar os detalhes relacionados a sua origem, aplicação, finalidade e outros atributos das transações orçamentárias. São classificações orçamentárias fundamentais. Em um sistema de governança orçamentária, é fundamental que se definam tais recursos e seus principais atributos, e que sejam definidos os limites e direitos de sua utilização.
<b>P1(B)</b>	<b>Delimitação de fronteiras de usuários.</b> Relaciona-se ao esforço de se definir jurisdições, direitos e deveres a serem observados pelos indivíduos e organizações que participam do processo orçamentário. Em um sistema de recursos orçamentários, é fundamental que se determine quais são os usuários que o constituem, seus papéis e o modo de acesso.
<b>P2(A)</b>	<b>Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.</b> Sistemas orçamentários amplos, especialmente em regimes federativos, tendem a enfrentar uma enorme variedade de contextos, tanto no aspecto territorial quanto no setorial, demandando um grau substancial de flexibilidade na concepção e na aplicação das regras de governança. Em geral, a realidade dos espaços, das estruturas e dos agentes em que os recursos orçamentários transformam-se em políticas públicas costuma ser muito heterogênea. Em tais sistemas, é desejável que as regras pertinentes à provisão e à apropriação de recursos apresentem alguma congruência com a diversidade e a dinâmica das condições, concedendo espaços de adaptação.
<b>P2(B)</b>	<b>Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).</b> Relaciona-se à ideia de que a sustentabilidade de um sistema orçamentário depende não apenas da conservação dos recursos públicos, mas também da preservação de condições de vida digna dos usuários que deles dependem. Assim, haverá congruência entre usuários e recursos, se as regras de governança orçamentária forem capazes de evitar, simultaneamente, tanto a penúria dos usuários quanto a sobreutilização dos recursos que constituem o sistema. Em tais sistemas, é desejável haver alguma congruência entre a sustentabilidade política (necessidades dos usuários) e a sustentabilidade fiscal (conservação dos recursos).
<b>P3(A)</b>	<b>Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).</b> Refere-se à ideia de que os indivíduos e as organizações tendem a aderir e a defender melhor as decisões das quais participam. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja arranjos de decisão que promovam o exercício compartilhado do poder decisório, de forma que alguma parcela dos usuários possa participar das decisões que os afetam.
<b>P3(B)</b>	<b>Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).</b> Relaciona-se à noção de que os indivíduos e as organizações deveriam poder participar da concepção e propor mudanças nas regras que os governam. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja arranjos de decisão que promovam o exercício compartilhado do poder de conceber e de mudar regras, de forma que parcela dos usuários possa participar da elaboração e da alteração das regras.
<b>P3(C)</b>	<b>Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos).</b> Refere-se à ideia de que as decisões orçamentárias e seus impactos deveriam ser observáveis e mensuráveis por todos os atores do sistema. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja algum grau de observabilidade das decisões, por meio da evidenciação e do reporte das condições correntes e futuras do sistema orçamentário (tanto em relação aos usuários quanto aos recursos).
<b>P4</b>	<b>Monitoramento de usuários e recursos.</b> o comportamento dos atores orçamentários está sujeito a desvios, e os recursos sob suas responsabilidades estão expostos à utilização inadequada, requerendo ações de monitoramento. Em um sistema de recursos orçamentários, é necessário que haja algum grau de monitoramento de usuários e de recursos, a fim de se reconhecer eventuais desvios de comportamento e de condições esperadas, respectivamente.
<b>P5</b>	<b>Sanções graduais.</b> Os atores orçamentários que cometem infrações contra o sistema devem sofrer sanções proporcionais à gravidade de seus atos, a fim de desencorajar desvios de comportamento sistemáticos, promovendo a noção coletiva de justiça. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja previsão de punições graduais aplicáveis contra atores orçamentários que infringem as regras.

(continuação)

<b>Princípios e racionalidades</b>	
<b>P6</b>	<b>Instrumentos para resolução de conflitos.</b> liga-se à noção de que os conflitos orçamentários precisam ser resolvidos de forma rápida e com custo reduzido, a fim de se evitar dificuldades na construção de consensos fundamentais ao processo alocativo. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que se instituem mecanismos para a solução de controvérsias entre atores.
<b>P7</b>	<b>Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.</b> Diz respeito à ideia de que instâncias orçamentárias paralelas e subordinadas precisam de certa autoridade e autonomia para decidir sobre as questões que lhes são diretamente inerentes. Em um sistema de recursos orçamentários de grande amplitude, é importante que os atores que operam em subsistemas conexos disponham de prerrogativas decisórias próprias e que suas deliberações não sejam postas em xeque ou desconsideradas pelas jurisdições superiores ou subsequentes.
<b>P8</b>	<b>Governança baseada em instituições acopladas.</b> Relaciona-se à ideia de que, em sistemas orçamentários amplos, em que muitas jurisdições atuam de maneira relativamente autônoma, tornam-se necessários mecanismos de coordenação, inclusive não hierárquicos, que permitam aos atores orçamentários cumprir seus papéis de forma cooperada e integrada. Em tais sistemas, é desejável que os inúmeros e distintos atores operem em múltiplas camadas de organizações aninhadas (arquitetura policêntrica e multinível).

Fonte: Adaptado de Barcelos (2012).

A seguir, considerando-se o disposto, anteriormente, no Quadro 4, são esmiuçados os doze princípios de governança orçamentária.

No que se refere aos **princípios 1A e 1B: fronteiras de recursos e de usuários claramente definidas**, tem-se que a delimitação de fronteiras de recursos em um Sistema de Recursos Orçamentários (SRO) implica definir, claramente, a constituição do sistema orçamentário, incluindo a qualidade e a quantidade dos recursos a ele inerentes. Além da impossibilidade de recursos orçamentários serem utilizados fora do orçamento, recursos extraorçamentários não devem “contaminar” o sistema (BARCELOS, 2012).

Dessa forma, é necessária a definição da origem e do tipo de recurso que entra no sistema orçamentário, assim como são imprescindíveis informações a respeito dos recursos que estão sendo aplicados, da finalidade para a qual são aplicados e em favor de quem. Nesse aspecto, um dos mecanismos mais importantes na determinação da composição do SRO seria o sistema de classificação orçamentária.

As classificações orçamentárias são mecanismos de categorização que permitem especificar os atributos intrínsecos dos recursos, tais como a origem, os direitos sobre a propriedade, a destinação e a forma de aplicação, os impactos sobre outros sistemas, o modo de utilização de seus benefícios e outros aspectos que os exprimem e os particularizam. Assim, o processo de definição de fronteiras de recursos é um exercício de especificação do sistema, de suas necessidades, de seus estoques de bens e do fluxo dos benefícios que ele gera.

No caso do orçamento federal, por um lado, há complexa classificação voltada à categorização e à representação dessas fronteiras, em que despesas e receitas são classificadas

e apresentadas com base em classificadores estruturados e não estruturados (BARCELOS, 2012). Por outro lado, regras de fronteira de usuários dizem respeito à definição de quem pode utilizar, de quem deve prover, de quem irá gerenciar e de quem poderá excluir os demais usuários de tais direitos, impactando fortemente o nível de confiança e de cooperação mútua entre os participantes (OSTROM, 2008).

Estabelecer fronteiras de usuários em um SRO significa definir, claramente, os atores, seus direitos e deveres (suas jurisdições). Para Barcelos (2012), ao contrário do clássico sistema de recursos naturais comuns, no qual o participante acumula de maneira transparente e simultânea as funções de provedor e de apropriador, no SRO, essa relação não é tão simples. De fato, o SRO na saúde engloba um grande número de atores, que variam em relação a seus papéis e a suas capacidades.

Há, no SRO, a interação de pelo menos quatro grupos de atores (por vezes, com interesses conflitantes). Pelo lado da provisão, há o universo dos contribuintes, munindo o sistema com os recursos necessários. Em um nível logo acima, está o Tesouro Nacional, um ator organizacional de natureza estatal, que age como guardião dos recursos providos pelos contribuintes. Na divisa entre as funções de provisão e de apropriação, há uma autoridade orçamentária, responsável pela coordenação do processo de alocação de recursos, sem abrir mão do resguardo do equilíbrio global do sistema (BARCELOS, 2012).

Pelo lado da apropriação, encontram-se inúmeros indivíduos e organizações setoriais que visam transformar recursos consignados em políticas públicas e, dessa forma, solucionar problemas da coletividade. Ao longo da operacionalização do sistema orçamentário, há atores organizados envolvidos na execução de decisões alocativas, que influenciam o comportamento dos atores, o equilíbrio do sistema e a utilização dos recursos. Na ponta da cadeia de produção do SRO, encontram-se os usuários finais, com expectativas quanto à possibilidade de usufruir tais benefícios (BARCELOS, 2012).

Assim, para o citado autor, quando se consideram os pressupostos comportamentais de “racionalidade limitada” e de “oportunismo” por parte dos atores orçamentários, as condições ambientais típicas de um SRO (complexidade e incerteza) e os atributos dos recursos que o compõem (como a especificidade dos ativos) tornam fundamental a presença de regras claras acerca de quem são considerados atores legítimos.

A ausência ou a insuficiência preponderante dessas demarcações pode resultar em incentivos perversos, tanto para provedores como para apropriadores, criando sérios obstáculos à preservação do *common* orçamentário e à distribuição justa e sustentável de seus recursos (BARCELOS, 2012).

Em relação aos **princípios 2A e 2B: regras orçamentárias são congruentes com as condições locais/setoriais e há congruência entre as múltiplas dimensões da sustentabilidade**, observe-se que a congruência das regras orçamentárias às condições locais/setoriais está relacionada à capacidade das instituições orçamentárias de assimilar a diversidade de contextos das políticas públicas (de suas formas de operar em cada setor/localidade) e de se adaptar às mudanças abruptas imprevisíveis. Regras demasiadamente uniformes e rígidas, centralmente estabelecidas, segundo Barcelos (2012), nem sempre permitem a adaptação às necessidades particulares relevantes que decorrem da diversidade dos espaços políticos, sociais e econômicos abarcados pela atividade orçamentária (com múltiplos programas e ações).

Presume-se, conforme o citado autor, que as instituições orçamentárias englobem regras que visem à *sustentabilidade fiscal* (atenção ao consumo equilibrado dos recursos), à sustentabilidade organizacional (atenção à estrutura produtiva e organizacional das políticas públicas) e à sustentabilidade social e política do sistema (atenção às necessidades básicas dos usuários e legitimidade do sistema representativo). Dessa forma, o regime de governança orçamentária deve ser capaz de evitar a sobreutilização dos recursos e a penúria das condições de vida enfrentadas pelos usuários.

A respeito dos **princípios 3A, 3B e 3C: arranjos de decisão coletiva na mobilização e alocação de recursos, na mudança de regras e informações para decisão coletiva**, deve-se considerar que, para Barcelos (2012), um regime de governança orçamentária contempla o princípio 3A quando o arranjo de decisão coletiva propicia ampla participação dos atores afetados pelas decisões. Em um sistema de recursos orçamentários, é desejável que haja o exercício compartilhado do poder decisório, para que uma parcela dos usuários possa participar das decisões. Tal princípio sugere a institucionalização de instâncias e de canais de acesso para discussão, defesa e contestação da mobilização e aplicação dos recursos, por parte daqueles que são afetados pelas decisões que estão sendo tomadas.

Do mesmo modo, uma participação ampla aumenta a sensibilidade do regime às transformações do seu contexto, reduzindo o tempo e o custo de adaptação. Em um sistema orçamentário, é presumível que haja a participação de parcela dos usuários na elaboração do desenho e na alteração das regras que os afetam. O princípio 3B é evidenciado pelo direito que os atores afetados têm de propor a revisão ou a alteração de regras do regime de governança, por meio de canais acessíveis, rápidos e de custo razoável (BARCELOS, 2012).

O princípio 3C, por sua vez, está conectado à suposição de que as decisões orçamentárias e os seus impactos são observáveis e mensuráveis pelos atores do sistema (ou

por seus representantes), permitindo a identificação de conformidades e de desvios, no curso da ação e na atuação das autoridades responsáveis. A integralidade desse princípio implica que os atores possam reconhecer, de maneira fácil e sistemática, o panorama geral do sistema e associar as condições do sistema às causas correspondentes (BARCELOS, 2012).

Quanto ao **princípio 4: monitoramento de usuários e recursos**, a presença plena dele requer que a fiscalização do comportamento dos atores e o monitoramento das condições reais de um SRO sejam realizados por indivíduos e/ou por organizações efetivamente responsivas aos interesses dos atores legítimos. O comportamento dos atores orçamentários está sujeito a desvios, e os recursos sob suas responsabilidades estão sujeitos à utilização inadequada, requerendo ações de monitoramento (BARCELOS, 2012).

Para o autor, é desejável que haja monitoramento de usuários e de recursos, a fim de se detectar condutas infratoras e desvios em relação às condições esperadas do sistema. Em geral, o monitoramento de um regime orçamentário acontece por meio da análise e do acompanhamento do comportamento dos atores, em relação à situação dos recursos e dos seus impactos na transformação das condições de vida dos beneficiários. É exemplo de monitoramento a existência de sistemas de controle interno e externo e de acompanhamento e avaliação do quadro fiscal e da execução das políticas públicas.

No que tange ao **princípio 5: sanções graduais**, o sistema orçamentário deve prever as sanções e estar autorizado a aplicá-las contra quem se desvia das regras. Essas sanções devem ser realistas e proporcionais ao grau de severidade das infrações cometidas. As punições devem possuir um efeito preventivo, no sentido de desencorajar desvios de comportamento sistemáticos.

O princípio 5 está intimamente relacionado aos princípios 3C e 4, pois seu atendimento depende da presença de mecanismos que têm a propriedade de disparar alertas (*feedbacks*) sempre que a deterioração de algum aspecto do SRO alcance determinados níveis considerados críticos. A presença da gradação na forma de operação do mecanismo permite que os atores tomem consciência das condições do SRO, na medida em que a situação se afasta do equilíbrio desejado. Isso permite o surgimento de inúmeras oportunidades para a ação (antes de um ponto sem retorno) e a proporcionalidade entre a atenção (um custo para o CPRO) e a gravidade da ocorrência (materialidade) (BARCELOS, 2012). Assim, torna-se fundamental garantir que a sanção decorrente de qualquer infração seja percebida corretamente pelos infratores e, também, pelos demais atores.

A capacidade de intensificar as sanções, de modo escalonado, propicia alertar os membros do sistema de que uma desconformidade séria implicará o enfrentamento de sanções cada vez mais penosas (BARCELOS, 2012). Nesse sentido, um regime orçamentário com sanções graduais conterà elementos institucionais que imponham a aplicação coercitiva de penalidades proporcionais à gravidade e/ou à recorrência das ofensas cometidas contra o sistema orçamentário e suas regras.

Em relação ao **princípio 6: instrumentos para resolução de conflitos**, no caso de um SRO, presume-se que haverá arenas especializadas ou outros instrumentos acessíveis, rápidos e de custo razoável, voltados ao tratamento de divergências sobre obtenção e alocação dos recursos. Isso se torna fundamental, já que o acirramento de conflitos pode levar a um bloqueio da execução das políticas públicas e das manutenções/transformações que são operadas por meio dos programas orçamentários (BARCELOS, 2012).

Além de poder englobar atores com interesses opostos, a ambiguidade de regras (e sua incompletude) e a persistente escassez de recursos têm a capacidade de promover uma disputa constante pelos fundos orçamentários. A interpretação dos resultados de políticas públicas e a aplicação das regras de alocação e disposições orçamentárias estão sempre sujeitas a alguma discricionariedade ou interpretação. Portanto podem surgir conclusões opostas tanto sobre o alcance/a frustração das metas compromissadas quanto sobre o cumprimento/a violação das regras que deveriam ser seguidas (BARCELOS, 2012).

Nesse sentido, o princípio reconhece que a presença de mecanismos que promovam a redução de conflitos aumenta a probabilidade de sobrevivência do sistema, com a criação e a manutenção de arenas administrativas, políticas e judiciais (em último caso), independentes e de fácil acesso.

É necessário que o erário possua guardiões que assegurem que a despesa não avance para além do limite dos recursos disponíveis. Dessa forma, a orçamentação pública, sendo um jogo praticado por atores que lidam com a escassez de recursos, comporta a existência de *spenders* e *savers* ou *guardians*. Assim, sempre haverá atores que querem mais do que receberam, e outros que se dedicarão a demonstrar que esses não poderão ter o tanto quanto gostariam (WILDAVSKY, 1964; BARCELOS, 2012).

No entanto, para Barcelos (2012), essa competitiva relação entre atores guardiões dos recursos (como os ministérios de planejamento e de fazenda) e promotores de despesas (como os ministérios setoriais e os grupos de interesses) não deve ser vista como problema. Wildavsky (1964) entendia que a interação entre papéis adversários era complementar, como forma de coordenar os objetivos concorrentes da orçamentação. O comportamento atrelado às funções

de *spender* e *guardian* criaria uma espécie de rotina estabilizadora do processo orçamentário, limitando as chances de desequilíbrios profundos e recorrentes entre as funções básicas da orçamentação. Com isso, *spenders* poderiam focar atenção, conhecimentos, experiências e tecnologias em prol de seus programas, ao passo que *guardians* capitalizariam seus esforços mediante o acompanhamento e a análise da economia, do quadro fiscal e do contexto político, definindo limites globais para as despesas e forçando a obediência a certas metas. Assim, nenhum dos dois poderia empurrar, demasiadamente, as decisões na direção preferida sem que o outro as puxasse de volta para uma situação intermediária (BARCELOS, 2012).

No que concerne ao **princípio 7: legitimidade para decidir e se organizar**, entende-se que esse princípio está fortemente presente na estrutura de governança quando as autoridades superiores respeitam o direito das jurisdições de se auto-organizarem e de decidirem sobre as questões que lhes são inerentes. Nesse caso, haverá incentivos para que as jurisdições de hierarquia inferior desenvolvam suas próprias soluções ao gerenciamento de seus recursos, que tenderão a ser mais funcionais. O princípio 7, também, propõe que atores externos não imponham suas regras ou firam o direito básico dos usuários ao desenvolvimento e à organização de suas próprias instituições (BARCELOS, 2012).

Por fim, acerca do **princípio 8: governança acoplada**, a presença dele ocorre quando um sistema de recursos comuns, intimamente conectado a um sistema social, político ou econômico mais amplo, organiza-se a partir de níveis relativamente interdependentes, e suas atividades de governança são estruturadas por meio de múltiplas camadas institucionais (BARCELOS, 2012).

Em grandes CPR, a cooperação de larga escala pode ser alcançada por meio da decomposição das atividades de gestão dos recursos comuns em camadas jurisdicionais múltiplas, acopladas e relativamente autônomas. Atividades como apropriação, provisão, monitoramento, *enforcement* (fazer cumprir as regras), resolução de conflitos e outras funções da governança podem ser arrançadas em múltiplos níveis organizacionais (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012).

Barcelos (2012) afirma que, no caso de um SRO, o reconhecimento e a facilitação da organização em rede, a construção social dos problemas públicos e o debate coletivo das alternativas de solução na governança orçamentária podem ser vistos como sinais de presença do princípio 8, juntamente com a existência de *uma arquitetura policêntrica e multinível* na dinâmica do processo orçamentário (*múltiplas camadas de atores e organizações*).

Observa-se, assim, que, no caso das políticas públicas de saúde, há uma governança acoplada, com distribuição ampla de competências, inserida em uma governança federativa, o

que, devido à diversidade e à multiplicidade de atores e agentes envolvidos, faz com que todo esse arranjo institucional se assemelhe a uma governança em redes.

## **2.4 Alocação de recursos financeiros na saúde**

A alocação de recursos públicos passa, obrigatoriamente, pela orçamentação pública, tema de relevância no âmbito do estudo das políticas públicas, e refere-se a como a coletividade aloca os recursos com o fim de resolver seus problemas, pois a lei orçamentária não se limita à previsão de desembolso financeiro, sendo o resultado de um processo contínuo de negociação de disputa de interesses. O processo orçamentário, com todo seu arcabouço normativo, é um elemento que pode facilitar ou dificultar a governança nas políticas públicas, como é o caso da saúde.

Os atores envolvidos no processo decisório possuem níveis diferenciados de poder, acesso e processamento de informações, que também estão orientados por preferências e interesses ambíguos, e não meramente técnicos nem objetivos, o que faz com que essas decisões não sigam uma lógica racional pura, mas uma lógica de adequação.

Conforme Newdick (2005), como os recursos são limitados, nem tudo que é desejado pode ser realizado. Se recursos são usados em uma prioridade, eles não podem ser utilizados em outra (por exemplo, alta complexidade em lugar de atenção básica), o que leva os tomadores de decisão a fazerem escolhas, muitas vezes difíceis, especialmente na área de saúde. Para Maynard (1998), o problema central da economia para a sociedade é como conciliar o conflito entre as pessoas com desejos virtualmente ilimitados de bens e serviços e a escassez de recursos (mão de obra, maquinaria e matérias-primas) com que esses bens e serviços podem ser, respectivamente, produzidos e prestados.

### **2.4.1 Informações no processo orçamentário**

As decisões atinentes ao processo orçamentário demandam grande número de informações, ao mesmo tempo complexas e difíceis de serem obtidas e integralmente analisadas de modo tempestivo, tendo em vista as limitações cognitivas e de atenção por parte dos tomadores de decisão no âmbito das políticas públicas e, conseqüentemente, dos subsistemas que lidam com o processo orçamentário.

O objetivo primordial do processo orçamentário, de forma simplista, é o de estimar receitas e fixar despesas para períodos de tempo futuros, e isso faz com que muitas das informações necessárias para elaborar essas previsões sejam embasadas em cenários esperados,

gerando estimativas dependentes do comportamento incerto de outros processos complexos sujeitos ao impacto de inúmeros fatores, que podem ser probabilísticos (BARCELOS, 2012).

Essas peculiaridades não se relacionam apenas ao aspecto da previsão orçamentária, mas também ocorrem no processo de execução, que depende de variáveis que não estão à disposição ou não são possíveis de serem analisadas pelos executores e por aqueles que atuam no planejamento (como taxa de inflação, aumento de custos, atraso de projeto, diminuição de arrecadação tributária), tanto das próprias políticas públicas, quanto do próprio processo orçamentário.

#### **2.4.2 Processo orçamentário das despesas públicas**

As despesas públicas passam por um processo que parte do planejamento, passa pela programação e orçamentação e termina na execução das despesas, que só se encerra na fase de acompanhamento e controle.

No que se refere ao processo de planejamento e orçamentação, a CF/88 fixou uma organização geral para o processo orçamentário fundamentada em uma hierarquia de três leis ordinárias: a Lei do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA)<sup>4</sup> (MENDES, 2008).

A intenção do constituinte foi estabelecer um processo de planejamento no qual o PPA daria os grandes rumos das políticas públicas, fixando os investimentos prioritários e os principais programas de cada ministério. O PPA estabeleceria, portanto, metas qualitativas e quantitativas (MENDES, 2008). Essa sistemática pode agir como um fator que traz certa dificuldade à governança orçamentária para a saúde: a despeito de obrigar os entes públicos a seguirem um processo coordenado de planejamento, exige previsão de inúmeras variáveis, como recursos a serem disponibilizados, demanda de serviços, arrecadação dos entes etc. O próprio processo de planejamento, como será visto no decorrer desse tópico, exige um tempo, desde a formulação de uma política ou programa até a execução final desses.

Caberia, portanto, à LDO desdobrar as metas do PPA ano após ano, colocando-as dentro da moldura da realidade fiscal, estabelecendo as prioridades para o orçamento do exercício seguinte a partir das disponibilidades financeiras do governo (MENDES, 2008). A LDO, portanto, estabeleceria os limites do possível dentro da ampla declaração de intenções contida no PPA. A LOA, por sua vez, seria a execução prática daquelas prioridades, as quais

---

<sup>4</sup> Embora as três leis tenham a mesma hierarquia formal (leis ordinárias), há relação de subordinação entre elas, com o PPA tendo precedência sobre a LDO e a LOA, e a LDO tendo precedência sobre a LOA.

seriam submetidas à realidade fiscal, visto que o ritmo da execução dos projetos e das atividades dependeria da efetiva entrada de recursos fiscais nos cofres do Tesouro Nacional (MENDES, 2008).

Portanto a peça básica para o controle e o acompanhamento das despesas públicas é a Lei Orçamentária Anual (LOA), que utiliza critérios de classificação para que as despesas possam ser identificadas e checadas, tanto pelos órgãos de planejamento, execução e controle, como pelos demais atores privados e pela sociedade em geral.

Teoricamente, essa é a função e a subordinação das peças orçamentárias. Porém, na prática, a situação é bem diferente. Primeiramente, no PPA, são considerados somente os investimentos públicos e as ações de natureza continuada (com pelo menos dois exercícios de duração). A LDO, por seu turno, tem por finalidade desdobrar as metas contidas no PPA. Ressalta-se que os investimentos em saúde não ultrapassam 3% dos gastos totais (SIOPS, 2018). Conclui-se, portanto, que a maior parte dos valores previstos na LOA não está contemplada nos instrumentos prévios (PPA e LDO).

Além dos instrumentos vistos anteriormente, há um complexo sistema de classificação, que funciona como uma moldura rígida e que exige conhecimento por parte dos agentes e atores envolvidos nas políticas públicas de saúde, não permitindo a flexibilidade que os agentes muitas vezes gostariam de ter. Além desse aspecto, os atores envolvidos no monitoramento e no controle social muitas vezes não possuem preparo e conhecimento técnico para analisar a execução das políticas referentes à saúde.

No entanto, esse sistema de classificação orçamentária, embora complexo e repleto de tecnicidades, é útil de ser visto, para que seja entendido mais à frente, nos itens correspondentes à análise dos resultados.

As classificações orçamentárias obedecem a três formas principais: a funcional/estrutura programática, a por natureza de despesas e a institucional, conforme o Manual Técnico de Orçamento (MTO - 2018). Com relação às despesas da saúde, em adição a tais classificações, há outras classificações implantadas por legislações específicas, como a EC n.º 29/2000, a LC n.º 141/2012, as NOB (Normas Operacionais Básicas) e as NOAS (Normas Operacionais da Assistência à Saúde). Essas classificações específicas tornam o controle e o acompanhamento complexo e difícil, ao definir as ações e os serviços públicos de saúde, os blocos de despesa e os pisos de atenção básica (PAB).

Ressalte-se que, para o controle das despesas e da aplicação mínima prevista, o MS, por meio do SIOPS, realiza acompanhamento mediante demonstrativos emitidos por critérios de classificação de despesas (aquelas previstas na legislação orçamentária e nas legislações

específicas da saúde), quais sejam, por natureza da despesa (classificação econômica), por fases da despesa (empenho, liquidação e pagamento) e por blocos de despesa. Observa-se, portanto, que a análise das despesas públicas, sobretudo na função saúde, não é simples, devendo-se atentar para que as classificações orçamentárias e, ainda, aquelas específicas da área de saúde sejam corretamente especificadas e tratadas.

#### **2.4.3 Regulamentação do financiamento e repasse de recursos aos municípios**

O sistema de saúde brasileiro adotou uma forma mista de alocação orçamentária aos municípios, em que uma parte do orçamento é transferido, principalmente, por repasses diretos ao Fundo Municipal de Saúde, a outra parte é paga diretamente aos estabelecimentos prestadores de serviço, conforme sua produção e obedecendo aos valores da tabela padronizada de procedimentos do SUS, e uma terceira fonte de recursos provém da aplicação direta municipal de um percentual mínimo de seus recursos próprios (SOARES *et al.*, 2016).

De acordo com os artigos 195 e 198 da CF/88, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. As fontes de financiamento do setor público municipal de saúde são, basicamente, recursos oriundos das transferências do Fundo Nacional de Saúde e recursos orçamentários próprios.

Esse sistema de financiamento encontra-se normatizado, principalmente, no art. 198 da CF/88 (alterado pela EC n.º 29/2000), na Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), na Lei n.º 8.142/1990, na LC n.º 141/2012, no Decreto n.º 7.508/2011, nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS/SUS n.º 01/1996 e n.º 01/2002 e, também, nas Portarias do Ministério da Saúde GM/MS n.º 399/2006 e 1.091/2006<sup>5</sup>.

Após um período de constantes alterações nas fontes de recursos, ao final do ano 2000, foi introduzida uma importante alteração na forma de financiamento global do sistema de saúde. A EC n.º 29 alterou a CF/88 e acrescentou artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, vinculando recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para serem gastos, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. A aprovação da EC n.º 29 previu que o orçamento federal para a saúde passaria a ter reajustes automáticos segundo a variação do valor nominal do PIB. Além disso, vinculava recursos estaduais e municipais para a saúde, estabelecendo um percentual mínimo dos recursos próprios

---

<sup>5</sup> Existe uma revisão da evolução legislativa do financiamento na cartilha do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011b).

desses níveis de governo para aplicação imediata, um percentual mínimo a ser atingido em 2004 e a regra para essa progressão. Estados e municípios deveriam aplicar, imediatamente, no mínimo, 7% de seus recursos próprios, devendo chegar a 12% e 15%, respectivamente. A diferença existente deveria ser diminuída em um quinto ao ano (MALIK, 2002).

Essa emenda pretendia que fossem alcançados três objetivos: a estabilização dos recursos, sua ampliação e o comprometimento de todos os níveis de governo com o financiamento. Com as alterações da EC n.º 29, o art. 198 da CF/88 detalhou o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde e manteve a vinculação de recursos orçamentários dos três entes da Federação, com a possibilidade de contar com outras fontes de recursos (BRASIL, 1988; 2013).

No entanto, a regulamentação definitiva do art. 198 da CF/88 (e, conseqüentemente, da EC n.º 29/2000) veio somente em janeiro de 2012, com a promulgação da LC n.º 141 (BRASIL, 2012), a qual, ao regulamentar a EC n.º 29/2000 (que acrescentou o § 3.º ao art. 198 da CF/88), definiu, além do percentual de gastos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) — valores mínimos a serem aplicados anualmente — por estados, DF e municípios, os critérios de rateio desses recursos entre estados e municípios, a forma de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, e as normas de cálculo do montante a ser aplicado em saúde pela União. Assim, a LC n.º 141/2012 especificou, com mais detalhes, quais tipos de gastos deveriam ser considerados como da área de saúde, a fim de possibilitar um melhor acompanhamento da prestação de contas dos entes federados (GUERRA, 2013).

Ao consolidar as formas de financiamento, a LC n.º 141 (BRASIL, 2012) reforçou o compromisso entre União, Distrito Federal, estados e municípios no financiamento do SUS, superando algumas resistências às definições da Resolução n.º 322 (CNS, 2003), para apuração do percentual mínimo a ser investido em saúde. A lei, também, definiu os tipos de ações e serviços que podem ser custeados com recursos da saúde (BRASIL, 1988; 2013).

Especificamente sobre o financiamento na esfera municipal, a parte transferida a esses entes deve obedecer ao art. 35 da Lei n.º 8.080/1990, que estabeleceu critérios a serem observados na distribuição dos recursos. Para tanto, foram editadas as NOAS/SUS n.º 01/1996 e 01/2002, que definiram, para os municípios cadastrados, um valor fixo *per capita* que é repassado para atender gastos com assistência básica de saúde da população, e valores variáveis que são repassados de acordo com a adesão a programas específicos de governo, como o PSF (SOARES *et al.*, 2016).

Com relação à parcela aplicada diretamente pelos municípios, deve haver uma observância à LC n.º 141/2012, que obriga a aplicação mínima de 15% do somatório dos impostos municipais e das transferências recebidas do Fundo de Participação dos Municípios/Estados (FPM e FPE) em gastos com saúde. De acordo com Soares *et al.* (2016), o estabelecimento desse patamar mínimo de investimento resultou em uma ampliação da participação dos governos subnacionais na oferta e no atendimento básico de saúde.

#### 2.4.3.1 Critérios de repasse de recursos

O dilema central em ambientes com poucos recursos é a escolha entre proporcionar alto nível de serviço e proteção financeira a um pequeno grupo da população e elevar a cobertura populacional, mas com serviços e proteção financeira mais restritos (TANGCHAROENSATHIEN *et al.*, 2011). Esse é um aspecto relacionado com uma importante medida citada por Ibrahim (2017), a cobertura universal, tomada para garantir a prestação de serviços de qualidade e sua acessibilidade aos pobres nos países menos desenvolvidos.

Observa-se que a própria CF/88 (art. 198) determina o estabelecimento de critérios para o repasse de recursos da saúde. Assim, de acordo com o determinado pela EC n.º 29/2000, a LC n.º 141/2012, em seu art. 17, estabelece critérios para o repasse de recursos da saúde, que devem objetivar a redução das disparidades regionais e das desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde, e garantir a integralidade da atenção à saúde.

A EC n.º 29/2000 (artigo 6.º), ao acrescentar o § 3.º ao artigo 198 da CF/88, estabelece, no inciso II, que a LC deve determinar “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”.

O art. 17 da LC n.º 141/2012 estabelece que:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35<sup>6</sup> da Lei n.º 8.080, de 19 de

---

<sup>6</sup> “Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3.º do art. 198 da Constituição Federal<sup>7</sup>.

No entanto, as ações e os serviços públicos de saúde já estavam estabelecidos na Lei n.º 8.080/1990, que, em seu artigo 6.º, discriminava as ações que compõem o sistema de saúde local: a *vigilância sanitária*, a *vigilância epidemiológica*, a *saúde do trabalhador* e as *ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica*.

Para efeito da aplicação da EC n.º 29/2000, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2.º, da CF/88 e na Lei n.º 8.080/1990, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios (BRASIL, 2016b):

- sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Além de todo o arcabouço jurídico-legal já abordado, as relações internas ao SUS são, também, disciplinadas pelas Normas Operacionais Básicas, as NOB, expedidas pelo MS, nos anos de 1991 a 1996.

Ressalte-se que as normas internas referentes à alocação e à descentralização de recursos orçamentários e financeiros foram consolidadas na Portaria de Consolidação PRT n.º 6, de 28 de setembro de 2017, que consolidou, à época, 152 normas internas (BRASIL, 2017).

A Portaria GM/MS n.º 204, de 29/01/2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Assim, os recursos federais destinados a ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e divididos em seis blocos: 1 - Atenção Básica; 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3 - Vigilância em Saúde; 4 - Assistência

---

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.”

<sup>7</sup> Inciso II do § 3.º do art. 198 da CF/88: “II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29, de 2000).

Farmacêutica; 5 - Gestão do SUS; e 6 - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Esses blocos foram consolidados, ao longo do tempo, nos “blocos de financiamento”, relacionados ao processo de repasse de recursos para os municípios (incluído pela Portaria GM/MS n.º 837, de 23/04/2009).

Com isso, de acordo com Piola *et al.* (2013), objetivava-se um rearranjo das transferências federais que, em vez de serem feitas por uma grande multiplicidade de programas e ações específicos, passariam a ser organizadas por meio desses blocos. Apesar de não diminuir a multiplicidade de repasses, a proposta permitiu que estados e municípios tivessem maior autonomia para realocar os recursos dentro de cada bloco. Para os autores, a discussão continua ainda hoje, visto que as tentativas de agregar melhor o conjunto de transferências, com a definição dos blocos de financiamento, é apenas uma parte da questão; a outra parte é o problema dos mecanismos e critérios de repasses de recursos federais para estados e municípios.

Os blocos de financiamento são constituídos conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos estados, ao DF e aos municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

No entanto, uma nova alteração se processa. Em 28 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria n.º 3.992, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, por meio da qual os recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (ASPS) passaram a ser organizados e transferidos na modalidade fundo a fundo, por meio de apenas 2 blocos: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

### 2.4.3.2 Processo de repasse de recursos

O planejamento das despesas de saúde deve ser realizado segundo critérios legais estabelecidos, que é um requisito de governança ainda mais importante quando se trata de recursos orçamentários. A maior proporção das ações e das despesas de saúde é realizada nos municípios, por ser o ente responsável pelas ações e pelos serviços públicos de saúde na AB, o que faz com que grande parte dos orçamentos federal e estaduais seja destinada a esses entes subnacionais.

Observe-se que, enquanto os governos municipais, principalmente os de pequeno porte, gastam a maior parte dos seus orçamentos de saúde com AB, os governos estaduais, pelo fato de esse tipo de serviço ser exercido nos municípios, gastam uma proporção baixa e decrescente. A proporção de orçamento federal está associada a transferências para os municípios, uma vez que o MS não tem, praticamente, responsabilidade na prestação de serviços de AB (GRAGNOLATI *et al.*, 2013).

Esse cenário tem demonstrado uma tendência de ampliação da responsabilidade do município na execução e no financiamento da política de saúde (MENDES e SANTOS, 2000), em que os recursos transferidos pela União representam montantes significativos para municípios menores, sobretudo para aqueles que possuem pouca arrecadação com tributos. Esses municípios dependem, praticamente, recursos oriundos de transferências federais destinados à APS. Assim, a maior parte dos recursos aplicados pela União financia a prestação de serviços pelos municípios na área da saúde, o que representa uma fonte expressiva de recursos para eles, já que a forma de distribuição dos recursos depende da condição de gestão do município (VARELA e FARINA, 2007).

De acordo com Mendes e Marques (2003), a descentralização da política de saúde para os municípios deve ser entendida de forma relativa, pois os recursos federais compõem a maior parte do financiamento do sistema, aproximadamente 54,6% em 2001, tendo diminuído para 44,7% em 2011 (PIOLA *et al.*, 2013), e, mais ainda, em 2017, para 40,21% (dados da pesquisa).

Os critérios de transferência de parte significativa de tais recursos relacionam-se a ações preconcebidas pelo MS, restringindo a autonomia da gestão municipal quanto à aplicação dos recursos conforme a necessidade de saúde da população pela qual é responsável. No entanto, de acordo com Barros (2003), o processo de descentralização no setor de saúde apresenta a clara característica de fortalecimento da presença dos municípios na APS e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária (VARELA e FARINA, 2007).

Os resultados apresentados por pesquisas anteriores têm demonstrado que o impacto do gasto público nos resultados é maior quando há boa governança. Esse papel da boa governança como chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos, devendo-se observar que a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados pode não levar a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias (que envolvem formulação, execução e monitoramento) não funcionarem de acordo com os princípios de governança recomendados (WORLD BANK, 2003). É por isso que a má gestão orçamentária tem sido apontada, reiteradamente, como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento apresentam dificuldades em traduzir os gastos públicos em serviços efetivos (*op. cit.*).

Conforme já exposto no referencial teórico, pesquisas, também, apontam que nem sempre as relações entre gastos e resultados são plenamente evidentes, nos países em desenvolvimento. Filmer *et al.* (1997) reiteram que a forte correlação entre o aumento das despesas de APS e os melhores resultados de saúde, indicada em dados internacionais sistemáticos, não se verifica em países que ainda não atingiram a maturidade no contexto da governança, devido à dificuldade inerente à desagregação das intervenções socioeconômicas e do sistema de saúde.

É importante sublinhar que, diferentemente do que o senso comum aponta, a principal questão não parece ser a falta de recursos. De acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), somente o aumento de gastos públicos não é suficiente para a melhoria dos resultados apresentados nos serviços de saúde, já que é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda. Em geral, os países que gastam mais recursos em saúde têm menor mortalidade infantil, mas essa associação é impulsionada, em grande parte, pelo fato de que os gastos públicos aumentam com a renda. No entanto, a relação torna-se insignificante quando o PIB *per capita* é controlado.

Assim, mesmo que se conhecesse exatamente quais políticas são eficazes para garantir o melhor nível de saúde à população, não seria possível implementar todas elas, tendo em vista que as necessidades de saúde não são finitas, e os recursos para atendê-las são limitados. É necessário observar que as necessidades de saúde da população são sempre maiores do que a disponibilidade de recursos, obrigando os formuladores de políticas e gestores a realizarem escolhas sobre como e onde aplicar os recursos disponibilizados (NEWDICK, 2005; FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Nesse sentido, Ferraz e Vieira (2009), ao analisar os gastos em saúde de 2001 a 2006, com relação ao percentual do PIB, em gastos *per capita*, observaram que o Brasil gasta mais em saúde que outros países vizinhos com maiores níveis de renda, conforme apresentando na Tabela 1, a seguir.

**Tabela 1** - Comparativo, entre países, do PIB *per capita*, gasto e desempenho em saúde, de 2001 a 2006

País	PIB <i>per capita</i> em dólares, em PPC (2004)	Gasto total em saúde, público e privado, <i>per capita</i> , em PPC (2004)	Total do gasto em saúde, público e privado, como % do PIB (2004)	Probabilidade de uma criança morrer < 5 anos/1.000 nascidos vivos (2005)
Argentina	12.530	1.274	9,6	16
Brasil	7.940	1.520	8,8	33
Chile	10.610	720	6,1	10
Costa Rica	9.220	592	6,6	12
Uruguai	9.030	784	8,2	15
Canadá	30.760	3.173	9,8	6
Reino Unido	31.430	2.560	8,1	6

Fonte: Extraído de Ferraz e Vieira (2009), com base em *World Bank Atlas* (2004) e *World Health Organization* (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Os dados apresentados na Tabela 1, segundo os autores, geraram a falsa impressão de que o Brasil estivesse investindo suficientemente em saúde para as próprias possibilidades econômicas. Entretanto, a análise dos indicadores de saúde da população brasileira em relação aos mesmos países permite constatar que o Brasil, apesar de aparentemente gastar mais em termos *per capita* e percentual do PIB, possui indicadores piores. A Tabela 1 comparou, também, os gastos em saúde e a mortalidade de crianças menores de 5 anos no Brasil com alguns dos países das Américas e, ainda, o Reino Unido, na Europa (FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Diante desses aspectos, os autores defendem que, por mais recursos que sejam destinados à saúde, nunca será possível atender todas as necessidades da população nesse âmbito, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil. Sempre haverá a necessidade de se fazer escolhas, muitas vezes difíceis, na área da saúde (MAYNARD e BLOOR, 1998; FERRAZ e VIEIRA, 2009).

Por meio da Tabela 2, observa-se que a situação evidenciada entre 2001 e 2006 não se alterou, substancialmente, de 2014 a 2017. Utilizando-se outro indicador de resultado na saúde (morte entre 15 e 60 anos), verifica-se que o Brasil não difere muito de outros países em termos de gasto total *per capita* e percentual do PIB. Mesmo que alguns países tenham melhorado no quesito alocação de recursos, o Brasil gasta mais, proporcionalmente ao PIB, do que o Uruguai,

o Chile e a Colômbia, por exemplo. No entanto, o índice de mortalidade no Brasil continua bem pior que nos demais países.

**Tabela 2** - Comparativo, entre países, do PIB *per capita*, gasto e desempenho em saúde, de 2014 a 2017

País	População, em milhares (2016)	PIB <i>per capita</i> , em dólares, em PPC (2017)	Gasto total em saúde, público e privado, <i>per capita</i> em PPC (2014)	Total do gasto em saúde, público e privado, como % do PIB (2014)	Probabilidade de um homem/mulher morrer entre 15 e 60 anos/1.000 (2016)
Argentina	43.000	20.270	1.137	9,6	143/80
Brasil	207.000	15,160	1.318	8,3	194/91
Chile	17.000	23.670	1.749	7,8	114/60
Colômbia	48.000	14.170	962	7,2	182/92
Costa Rica	4.857	16.100	1.389	9,3	126/66
Uruguai	3.444	21,870	1.792	8,26	149/79
Canadá	36.000	46.070	4.641	10,4	76/49
Reino Unido	65.000	42.560	3.377	9,1	81/52
Estados Unidos	322.000	60.200	9.403	17,1	142/86

Fonte: Elaborada pelo autor, com base em *World Bank Atlas* (2017) e *World Health Organization* (WHO). Disponível em: <<http://www.who.int/countries/en/>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

Estudo do Banco Mundial (WORLD BANK, 2003) havia apontado na mesma direção: ao se comparar gasto e indicadores de saúde, como expectativa de vida, mortalidade infantil e mortalidade materna, o Brasil revela um nível médio de desempenho entre os países de renda média e na América Latina. Outros países, como Argentina, Chile e Colômbia (Tabela 2), gastam menos recursos *per capita* ou como porcentagem do PIB, mas conseguem atingir resultados superiores ou iguais em termos de indicadores de saúde para as suas populações, o que evidencia, em geral, que o gasto por si só não auxilia muito na previsão dos resultados relativos ao estado de saúde em países diferentes. No entanto, mesmo controlando por esses fatores, alguns países ostentam um desempenho melhor do que outros com níveis semelhantes de gasto e desenvolvimento econômico. Conforme o Banco Mundial (2007), isso sugere que fatores adicionais podem influenciar a efetividade do gasto público na saúde — como políticas que orientam o gasto segundo as necessidades da população mais pobre —, e a melhor qualidade do gasto pode gerar melhorias dos resultados na área de saúde. Um aspecto apontado é que valores mais altos de gastos em saúde em níveis de alta complexidade podem ter pouco impacto nos indicadores gerais de saúde.

O financiamento é, assim, um importante instrumento do Estado para o cumprimento dos princípios jurídicos da saúde, no sentido de se alcançar os objetivos perseguidos pela CF/88. Nesse espaço entre os objetivos preconizados, a gestão dos recursos e o resultado final das políticas públicas, encontra-se a governança, que vai desde o planejamento, a negociação das

políticas, o financiamento, o monitoramento e a fiscalização até a coordenação e o controle social, ora impondo restrições, ora fornecendo incentivos aos agentes e atores envolvidos.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Nesta seção, apresenta-se o caminho metodológico adotado nesta tese, com a descrição da tipologia da pesquisa, da amostragem, da coleta dos dados e das técnicas de análise.

#### **3.1 Caracterização da pesquisa**

Trata-se de pesquisa explicativa (MALHOTRA e GROVER, 1998; MCNEILL e CHAPMAN, 2005), que busca estabelecer relação entre a alocação de recursos orçamentários ou financeiros e a tipologia da infraestrutura, por meio de manipulação direta entre variáveis, no caso, de tipologia da infraestrutura e de gastos públicos em saúde.

Para a pesquisa documental, foram obtidos dados sobre normas relativas ao financiamento da saúde, infraestrutura de saúde e gastos realizados nos municípios brasileiros, utilizando-se de legislação, documentos sobre financiamento, fontes de dados e informações sobre gastos e caracterização da tipologia da infraestrutura de saúde.

Na perspectiva do problema, utilizou-se tanto a abordagem qualitativa, quanto a quantitativa. Ao envolver metodologias qualitativas, pode-se descrever determinado problema e avaliar a interação de certas variáveis (BARDIN, 1977; RICHARDSON, 1999); ao mesmo tempo, ao envolver características quantitativas, a pesquisa particulariza-se pelo emprego de quantificação, por meio de técnicas estatísticas, como análise de correspondência e de regressão quantílica.

Na abordagem qualitativa (objetivo 1 - descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na AB, considerando-se as alterações promovidas pela EC n.º 29/2000 e pela LC n.º 141/2012), foi realizada a avaliação das normas referentes ao financiamento da saúde, no período de 1988 a 2017, a fim de se verificar a incidência dos princípios de governança orçamentária. Na abordagem quantitativa, por sua vez, foram aplicadas análises de correspondência e de regressão quantílica, no sentido de se identificar a relação entre o comportamento da alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros.

### 3.2 Amostragem de dados

Nesta tese, a amostra de dados orçamentários e financeiros correspondeu a 5.570 municípios. Já a base de dados sobre infraestrutura utilizada compõe-se de dados obtidos sobre Unidades Básicas de Saúde (UBS), referentes ao 1.º ciclo de avaliação (2012) e ao 2.º ciclo de avaliação (2014), disponibilizados pelo PMAQ-AB<sup>8</sup>, no endereço <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>. Para o ciclo 1, observou-se um total de 38.812 UBS, em 5.543 municípios (GIOVANELLA *et al.*, 2015). Para o ciclo 2, foram obtidos dados referentes a 24.997 UBS, situadas em 5.072 municípios.

Ressalte-se que o PMAQ-AB tem, entre seus objetivos, o de incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, ao propor um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (DAB, 2017). O principal objetivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Por meio da instituição de processos contínuos e progressivos, o PMAQ-AB almeja ampliar a capacidade das três esferas de governo na oferta de serviços, com a garantia de um padrão de qualidade comparável em âmbitos nacional, regional e local (BRASIL, 2011b; GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Com a formulação do PMAQ-AB, iniciou-se, em 2011, uma nova etapa do processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no país (BRASIL, 2011b; GIOVANELLA *et al.*, 2015), tendo esse sido organizado em quatro fases que conformam um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade no setor de saúde (BRASIL, 2011b):

- Fase 1 - Adesão e Contratualização;
- Fase 2 - Desenvolvimento;
- Fase 3 - Avaliação externa; e
- Fase 4 - Recontratualização.

---

<sup>8</sup> O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.654, de 19 de julho de 2011, e integrado ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

O programa foi lançado em 2011 e, em 2015, iniciou seu 3.º ciclo, com a participação de todas as equipes de saúde da atenção básica (Saúde da Família e Parametrizada), incluindo as equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas que estão em conformidade com a PNAB. Assim, o 1.º ciclo foi realizado entre os anos de 2011 e 2012, o 2.º ciclo foi realizado de 2013 a 2014 e o 3.º ciclo vem sendo realizado entre os anos de 2016 e 2017, sendo que a base de microdados do 2.º ciclo foi disponibilizada ao público em abril/maio de 2017. A título de esclarecimento, informe-se que equipes parametrizadas são equipes de atenção básica tradicional que foram padronizadas em relação ao tipo de profissional, carga horária e adscrição da população, conforme preconiza a PNAB (REGIÃO e REDES, 2016; BRASIL, 2013; GIOVANELLA *et al.*, 2015).

O instrumento utilizado para a realização da avaliação externa está organizado em três módulos, conforme Giovanella *et al.* (2015):

- Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde<sup>9</sup>, com questões sobre infraestrutura. No ciclo 1 do PMAQ-AB, em 2012, essas questões estiveram direcionadas para a realização de um censo de infraestrutura das UBS do país;
- Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos na UBS, direcionadas à realização da avaliação externa das equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ-AB;
- Módulo III – Entrevista com um usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde.

No que se refere às variáveis sobre infraestrutura das UBS, nesta pesquisa, foram utilizados dados correspondentes ao ciclo 1 (2011/2012) e ao ciclo 2 (2013/2014), conforme estão apresentados no Quadro 5, mais adiante.

Quanto aos dados financeiros/orçamentários, que tratam de despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), esses foram obtidos por meio do SIOPS, na Coordenação Geral de Economia da Saúde (CGES) do MS. São gastos alocados na Função 10 – Saúde (Subfunção 301 – Atenção Básica), como parte das classificações funcional e econômica e dos blocos de despesa (BRASIL, 2016b).

Os dados orçamentários e financeiros, correspondentes a todos os 5.570 municípios brasileiros, foram detalhados por categoria econômica, subfunção e bloco de despesas.

No que se refere às técnicas de coleta dos dados, apresentam-se, a seguir, a infraestrutura básica local de saúde e sua tipologia, e a forma de organização dos dados sobre infraestrutura e alocação de recursos.

Essa diferença da amostra ocorreu devido ao fato de que o 1.º ciclo funcionou como um censo para todo o Brasil, obrigando a participação de todas as UBS. Por sua vez, a participação no 2.º ciclo deu-se por meio da adesão.

Os dados foram solicitados à equipe de apoio do SIOPS/DATASUS, que gerou planilhas em Excel para todos os 5.570 municípios, os quais foram classificados por Execução Financeira por Bloco, por Classificação Econômica da Despesa e por Subfunção da Despesa. Foram disponibilizados dados sobre alocação de recursos para os exercícios financeiros da

---

<sup>9</sup> Esse módulo é um banco de dados organizado pelo DAB/SAS/MS, que contém os dados de infraestrutura, coletados em todo o país por pesquisadores de campo treinados e supervisionados por instituições de ensino superior, no período de junho a novembro de 2012 (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

seguinte forma: por classificação econômica, de 2002 a 2017; por subfunção, de 2002 a 2017; por bloco de despesas, de 2007 a 2017.

Destaque-se que outros dados foram obtidos, tais como índices de atualização monetária (IPCA), população dos municípios brasileiros, informações sobre estabelecimentos de saúde (CNES, UBS), indicadores de qualidade de vida e distribuição de renda (IDHM, Gini), indicadores sobre saúde da população (mortalidade), indicadores sobre serviços de saúde (índice de desenvolvimento da saúde). Para tais dados, estão listados as bases e os endereços onde as informações são disponibilizadas na internet, conforme a seguir.

1 - **DATASUS**: disponibiliza dados sobre execução orçamentária e financeira referentes aos sistemas de saúde, por meio do SIOPS. O portal eletrônico <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> também consolida informações de diferentes fontes governamentais, como o IBGE, com informações demográficas e socioeconômicas, e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com informações sobre recursos físicos e humanos de estabelecimentos de saúde.

2 - **PMAQ-AB** (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica): pode ser acessado por meio do sítio eletrônico do DAB/SAS: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>.

3 - **Região e Redes**: esse portal eletrônico, situado no endereço <<http://www.resbr.net.br/indicadores/view/indicadores.php>>, disponibiliza dados e informações sobre PIB, IDHM, Índice de Gini e desempenho dos sistemas de saúde (IDS).

4 - **IBGE**: o portal eletrônico <<http://www.ibge.gov.br>> disponibiliza informações sobre pesquisas relativas à população, índices de correção monetária, como o IPCA, e malhas digitais de bases cartográficas para elaboração de mapas.

5 - **Portal Brasileiro de Dados Abertos**: disponibiliza informações acerca de programas e dados dos órgãos públicos, como cadastros de estabelecimentos, entre os quais CNES e UBS, no endereço <<http://dados.gov.br>>.

### 3.4 Técnicas de análise dos dados

#### 3.4.1 Tipologia da modelagem da infraestrutura

Na análise da composição dos equipamentos básicos de saúde locais, estabeleceu-se uma classificação para a infraestrutura de saúde disponibilizada, que é a sua tipologia, para a

qual esta pesquisa adota os parâmetros do trabalho de Giovanella *et al.* (2015)<sup>10</sup>, que utiliza a base de dados das UBS, originada do PMAQ-AB, disponibilizada pelo DAB/MS.

Giovanella *et al.* (2015) construíram uma tipologia, a partir de características estruturais das UBS, objetivando auxiliar na tomada de decisão e orientar as ações governamentais com potencial de mudança na estrutura e na qualidade da oferta dos serviços de APS em todo o país. A metodologia utilizada pelos autores permitiu construir uma tipologia das UBS brasileiras, conforme os dados do 1.º ciclo de avaliação do PMAQ-AB. O detalhamento para o cálculo da tipologia das UBS encontra-se no Apêndice A desta tese.

De acordo com Giovanella *et al.* (2015), fez-se uso de um *check list* de itens que foram verificados nas UBS para a avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, em que as dimensões observadas foram:

- 1 - modalidade de UBS e profissionais da equipe;
- 2 - sinalização externa da UBS;
- 3 - acessibilidade à UBS;
- 4 - identificação visual das ações e dos serviços ofertados;
- 5 - horário de funcionamento;
- 6 - características estruturais e ambiência;
- 7 - infraestrutura da unidade de saúde (tipo e número de dependências);
- 8 - reforma, ampliação e reparos;
- 9 - equipamentos, materiais e insumos para a atenção à saúde;
- 10 - equipamentos de TIC e telessaúde; e
- 11 - veículo na UBS.

A partir da análise do instrumento e das frequências simples de todas as 500 variáveis para a construção do modelo, foram selecionadas 29 variáveis do módulo 1 – o instrumento completo com a especificação de todas as 500 variáveis encontra-se definido no instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade (BRASIL, 2012). Tais

---

<sup>10</sup> Tipologia das Unidades Básicas de Saúde brasileiras. O trabalho referenciado é parte da pesquisa *Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil*, que tem como principal objetivo avaliar, sob a perspectiva de diferentes abordagens teórico-metodológicas, os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para a melhoria do acesso, a efetividade e a eficiência das ações e dos serviços no SUS. A pesquisa é financiada com recursos provenientes do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Saúde, por meio da Chamada MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 41/2013. O trabalho insere-se na linha de pesquisa n.º 5 do referido Edital: “identificação e análise de iniciativas inovadoras de melhoria da efetividade e da eficiência dos processos da coordenação e organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto nos fluxos de demanda e estruturação da oferta”.

variáveis foram agrupadas em cinco dimensões de estrutura consideradas essenciais para processos de atenção resolutivos, acessíveis e de qualidade (GIOVANELLA *et al.*, 2015):

- 1 - tipos de equipes;
- 2 - elenco de profissionais;
- 3 - turnos de funcionamento;
- 4 - serviços disponíveis; e
- 5 - infraestrutura.

Ressalte-se que a dimensão infraestrutura apresenta três subdimensões: estrutura física e equipamentos, insumos, e equipamentos de TIC, correspondendo a elementos mínimos indispensáveis para a atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2015). As dimensões e os componentes da tipologia são apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5** - Relação das dimensões e respectivas variáveis do PMAQ-AB selecionadas para a tipologia de UBS

<b>Dimensão</b>	<b>Variáveis selecionadas</b>
Tipos de equipe	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
	Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
	Outras configurações
Elenco de profissionais	Médico
	Enfermeiro
	Cirurgião-dentista
	Técnico ou auxiliar de enfermagem
	Técnico ou auxiliar de saúde bucal
	Agente comunitário de saúde
Turnos de funcionamento	Turnos de atendimento da UBS
	A UBS funciona quantos dias na semana
Serviços disponíveis	Consultas médicas
	Consultas de enfermagem
	Consultas odontológicas
	Dispensação de medicamentos pela farmácia
	Vacinação
Infraestrutura geral	
Estrutura física e equipamentos	Sala de vacina
	Aparelho de nebulização
	Geladeira exclusiva para vacina
	Glicosímetro
Insumos	Vacina tetravalente
Equipamentos de TIC	Computador
	Acesso à internet

Fonte: Giovanella *et al.* (2015).

Para a escolha das variáveis em cada dimensão, buscou-se selecionar um conjunto pequeno de variáveis representativo da dimensão, ressaltando-se que essa escolha esteve

condicionada às variáveis disponíveis no instrumento do censo UBS do PMAQ-AB (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Após a definição das variáveis, determinou-se o “padrão de referência” para cada dimensão apresentada no Quadro 5, que corresponde a itens elementares de estrutura da UBS, necessários para ofertar ações básicas com um mínimo de qualidade e resolutividade<sup>11</sup>.

A partir da definição do “padrão de referência” elementar, foram gerados escores para cada uma das dimensões, conforme metodologia de cálculo apresentada no Apêndice A.

Com base no valor do escore final (EF), as UBS foram agrupadas em cinco tipos:

- 1 - grupo 1, com EF < 0,250;
- 2 - grupo 2, com EF de 0,250 a 0,499;
- 3 - grupo 3, com EF de 0,500 a 0,749;
- 4 - grupo 4, com EF de 0,750 a 0,999;
- 5 - grupo 5, padrão de referência com EF igual a 1.

O grupo 5 corresponde ao grupo de referência, que obteve os valores máximos em todas as dimensões analisadas (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Na definição da tipologia proposta<sup>12</sup>, de acordo com Giovanella *et al.* (2015), a metodologia por ela utilizada permitiu construir uma Tipologia das UBS brasileiras para os dados do PMAQ-AB, a partir de dados referentes ao 1.º e ao 2.º ciclo, de acordo com a descrição do Quadro 6, a seguir.

---

<sup>11</sup> De acordo com Giovanella *et al.* (2015), padrões de qualidade sempre são provisórios, pois, à medida que são alcançados, novas exigências podem (e devem) ser colocadas para ampliar a qualidade em processo contínuo.

<sup>12</sup> A descrição das características, classificação e quantificação foi elaborada por Giovanella *et al.* (2015) para os dados do PMAQ-AB, do 1.º ciclo. No entanto, para este estudo, foram, também, utilizados os dados referentes ao 2.º ciclo, disponibilizados em abril/maio de 2017.

**Quadro 6 - Características para cada tipologia de UBS**

<b>Tipologias</b>	<b>Características</b>
1 - Reprovado	Ausência de estrutura de serviço de saúde. São UBS que não cumprem requisitos mínimos para prestar qualquer atendimento e serem consideradas uma unidade de saúde. São UBS que, por suas precárias condições de infraestrutura, deveriam ser fechadas ou interditas até sua completa reforma, não devendo estar registradas no CNES como UBS independente.
2 - Rudimentar	Importante insuficiência de equipes, do elenco de profissionais, de serviços disponíveis e de equipamentos e insumos. São UBS que sequer realizam atendimento ao grupo materno-infantil e tampouco poderiam ser consideradas prestadoras de uma atenção primária seletiva.
3 - Restrita	Insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde. São UBS que necessitam, principalmente, de investimentos em infraestrutura geral e para a prestação de serviços de saúde bucal.
4 - Regular	São UBS com equipes de saúde da família e saúde bucal que, com baixo investimento para a melhoria da infraestrutura de equipamentos e insumos, alcançariam o padrão de referência. Possuem dificuldade de acesso à internet, que pode requerer investimentos do setor de telecomunicações.
5 - Padrão de Referência	Dispõem de condições elementares para funcionamento e prestação de escopo de ações em atenção básica. Funcionam 5 ou mais dias na semana, em 2 ou 3 turnos de atendimento, e ofertam consultas médicas, enfermagem e odontologia.

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Giovanella *et al.* (2015).

### 3.4.2 Alocação de recursos

Os dados orçamentários/financeiros, referentes à alocação de recursos, foram atualizados monetariamente pelo IPCA<sup>13</sup>, com base no ano de 2017 (mês de dezembro). Para a análise dos gastos, foram calculados valores *per capita* para cada montante anual nos municípios, de acordo com dados da população local disponibilizados pelo IBGE, do período de 2002 a 2017. O cálculo dos valores *per capita* (\_cpt) foi obtido pela divisão do montante alocado anualmente em cada município pela população existente em cada ano (censo ou estimativa do IBGE).

Foram obtidos dados de execução orçamentária por categoria econômica, subfunção e blocos de gastos em saúde para todos os 5.570 municípios brasileiros, fornecidos pela equipe do SIOPS/DATASUS, do MS, por município e por conta-corrente contábil, conforme detalhado nos grupos de classificação seguintes:

Despesas por classificação econômica: de 2002 a 2017;

Despesas por subfunção: de 2002 a 2017;

Despesas por blocos de gastos: 2007 a 2017.

Foram fornecidos pela equipe do SIOPS/DATASUS, arquivos em *Excel*®, com tamanhos variados, de acordo com as classificações orçamentárias descritas a seguir. Observa-

<sup>13</sup> Índice de Preços ao Consumidor Amplo, medido pelo IBGE.

se que foram utilizadas variáveis referentes a categoria econômica, subfunção e blocos de gastos, conforme os arquivos disponibilizados pelo SIOPS, classificadas por:

Categoria econômica (i): arquivos, contendo entre 88 e 450 variáveis detalhando os itens de gastos.

Subfunção (ii): arquivos anuais, contendo entre 58 e 135 variáveis detalhando os itens de gastos. Os arquivos disponibilizados apresentam dados orçamentários de acordo com o seguinte detalhamento:

**2002 a 2004** - dotação atualizada e despesa liquidada.

**2005 a 2007** - dotação, despesa empenhada e despesa liquidada.

**2008 a 2017** - dotação, despesa empenhada e despesa liquidada, despesa paga, despesa orçada.

Bloco de gastos (iii): os itens de gastos foram detalhados em cada arquivo anual contendo entre 627 e 714 variáveis sobre itens de gastos, conforme a disposição a seguir:

**1.º nível** - receita, despesa e movimentação financeira.

**2.º nível** - as *receitas* são apresentadas por esfera de governo, fonte (federal, estadual, outros municípios, operações de crédito, rendimentos e outros, recursos próprios e total); as *despesas* são apresentadas por fase (dotação, empenhada, liquidada, paga, orçada, restos a pagar e outros pagamentos); as informações sobre *movimentação financeira* são classificadas em saldo financeiro anterior e saldo financeiro atual.

Por fim, a seleção das variáveis sobre gastos foi realizada de acordo com o poder de agregação e a relevância do tipo de gasto para o estudo. A variável investimento em saúde, apesar de ter sido selecionada, não foi utilizada no modelo devido à presença elevada de *outliers* (valores discrepantes) e *de missings* (valores ausentes).

O Quadro 7, na sequência, sintetiza as variáveis selecionadas, conforme a classificação orçamentária da despesa.

**Quadro 7 - Variáveis sobre gastos**

<b>Grupos</b>	<b>Código da variável</b>	<b>Conteúdo da variável</b>
Categoria econômica	desp_pess_enc_cpt	despesa de pessoal <i>per capita</i>
	odc_cpt	outras despesas correntes <i>per capita</i>
	desp_cap_cpt	despesa de capital <i>per capita</i>
	invest_cpt	investimento <i>per capita</i>
	desp_geral_cpt	despesa geral <i>per capita</i>
Subfunção	liq_sub_adm_cpt	subfunções administrativas <i>per capita</i>
	liq_sub_vinc_cpt	subfunções vinculadas <i>per capita</i>
	liq_atbas_cpt	despesa com atenção básica <i>per capita</i>
	liq_desp_tot_cpt	despesa total <i>per capita</i>
Bloco de gastos	atbas_fed_cpt	despesa com atenção básica federal <i>per capita</i>
	atbas_est_cpt	despesa com atenção básica estadual <i>per capita</i>
	atbas_rprop_cpt	despesa com atenção básica municipal <i>per capita</i>
	atbas_tot_cpt	despesa total com atenção básica <i>per capita</i>
	tot_fed_cpt	despesa federal total <i>per capita</i>
	tot_est_cpt	despesa estadual total <i>per capita</i>
	tot_rprop_cpt	despesa municipal total <i>per capita</i>
	tot_tot_cpt	despesa total <i>per capita</i>

Fonte: Elaborado pelo autor.

A seguir, apresentam-se a descrição e o significado das variáveis, considerando-se os grupos de classificação.

Quanto às **variáveis por categoria econômica**, trata-se de classificação das despesas relacionadas ou não a aquisições de bens de capital, as quais são divididas em despesas correntes e despesas de capital.

Esse tipo de classificação permite verificar o que é adquirido ou o que é pago na execução da despesa. Nessa classificação, o *elemento de despesa* tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos, material de consumo, serviços de terceiros, obras e instalações, equipamentos e material permanente, e outros, que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins (BRASIL, 2001). Permite verificar, por exemplo, se há predominância justificada de um tipo de gasto, ou qual é a proporção desse tipo de gasto na despesa total.

No que se refere às **variáveis por subfunção**, tem-se que a *subfunção* representa um nível de agregação imediatamente inferior à *função*, e deve evidenciar a natureza da atuação governamental. De acordo com a Portaria MPOG n.º 42, de 14 de abril de 1999, é possível combinar as subfunções a funções diferentes daquelas a elas diretamente relacionadas, o que se denomina matricialidade (BRASIL, 1999; 2017).

Dentro da subfunção atenção básica, podem-se distinguir as subfunções administrativas (apoio), vinculadas (atividades-fim) e as complementares (dívida e previdência). A análise por meio desse tipo de classificação é útil, especialmente quando se verifica as despesas entre as subfunções vinculadas, aquelas aplicadas diretamente nas

atividades-fim, como atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial e vigilância sanitária, por exemplo. Pode-se analisar a proporção ou o comportamento entre gastos com atividades-fim e atividades-meio, atenção básica e demais tipo de atenção.

Com relação às **variáveis por bloco de gastos**, aduz-se que os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde também são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, os quais são subdivididos em seis, como já foram abordados no referencial teórico:

- 1 - Atenção Básica;
- 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- 3 - Vigilância em Saúde;
- 4 - Assistência Farmacêutica;
- 5 - Gestão do SUS; e
- 6 - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados (BRASIL, 2017). Nesse tipo de classificação, é possível analisar a proporção dos recursos que são destinados, por exemplo, para a atenção básica em comparação com outros tipos de atenção, bem como outras atividades complementares ou investimentos na rede. Permite, por exemplo, verificar a proporção de gasto por esfera de governo.

Por fim, foi feito o cálculo de valores *per capita* e a atualização dos valores. Para a análise dos gastos, foram calculados valores *per capita* para cada montante anual nos municípios, de acordo com a população local, dado disponibilizado pelo IBGE (2010). Posteriormente, foi realizada a atualização por índices acumulados de correção, tendo como data-base o mês de dezembro de 2017.

### **3.4.3 Variáveis de controle**

São variáveis que buscam controlar e analisar a influência das condições e características da população e dos entes analisados, como a capacidade de arrecadação, a riqueza, as condições de saúde.

Por meio dos dados, procura-se verificar se os gastos em saúde reforçam ou ajudam a combater as iniquidades ou desigualdades na população. Iniquidades em saúde referem-se a diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos ou regionais distintos, que podem ser determinados por diversos aspectos: investimento desigual de recursos para a saúde,

carência de investimentos em políticas sociais, que pode ser agravada em razão de determinantes demográficos e ambientais, e de acesso aos bens e serviços de saúde (DUARTE *et al.*, 2006).

Figueiredo *et al.* (2003) observa que o estado de saúde da população brasileira apresenta-se díspar entre os estados e regiões do país, consequência das diferenças no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população, que, de certa forma, estão relacionadas às divergências nas condições socioeconômicas, nos hábitos e nas condições de vida. Segundo os autores, a desigualdade social em saúde parece não só contribuir como também alimentar o ciclo de desigualdade e pobreza vigente.

Na perspectiva de Sen (2002), a equidade na saúde ajuda a promover a justiça social, requer perspectivas múltiplas, como a distribuição da assistência à saúde, evitando-se a discriminação ou a restrição do acesso aos cuidados de saúde, em razão, por exemplo, das condições socioeconômicas ou geográficas.

A importância da utilização das variáveis de controle é demonstrada ao se considerar que as condições socioeconômicas (WHO, 2007) influem nos resultados da saúde, pois alertam para a necessidade de atenção para as UBS localizadas em regiões com grande desigualdade socioeconômica e baixos índices sociais. Os usuários residentes de municípios com deficiências socioeconômicas acentuadas são apenas duplamente: 1 - são possuidores de desvantagens socioeconômicas (elevado índice de pobreza e baixo IDHM e PIB *per capita*, por exemplo) e 2 - os gastos em políticas públicas, como as de saúde, não refletem nos resultados de maneira positiva (WHO, 2007; FERRAZ e VIEIRA, 2009; WORLD BANK, 2003), o que mostra, também, a importância de se analisar o efeito das variáveis de resultados (mortes evitáveis entre zero e 4 anos; mortes evitáveis entre 5 e 74 anos).

Ao se incluir as variáveis de controle na análise, busca-se verificar como ocorre a alocação de recursos e a distribuição da tipologia segundo as características dos entes (o PIB e o índice de desempenho da saúde - IDS), assim como as condições da população atendida nas localidades (por meio do índice de Gini da renda e do IDHM, por exemplo).

Como variáveis de controle, foram utilizadas as listadas a seguir, no Quadro 8.

**Quadro 8 – Variáveis de controle utilizadas**

Variável	Objetivo ou justificativa
população do município	Identificar os municípios em termos populacionais
PIB <i>per capita</i>	Identificar municípios ricos e pobres
índice de Gini da renda <i>per capita</i>	Identificar municípios em termos de desigualdade de renda
IDHM	Identificar municípios em termos de desenvolvimento social
mortes evitáveis de 0 a 4 anos	Identificar municípios em termos de resultado dos serviços de saúde
mortes evitáveis de 5 a 74 anos	Identificar municípios em termos de resultado dos serviços de saúde
índice de desenvolvimento da saúde em 2015	Identificar municípios em termos de desenvolvimento dos serviços de saúde

Fonte: O autor.

Nesse sentido, as variáveis de controle, mostradas no Quadro 8, podem auxiliar na análise de como os recursos são aplicados, se para combater, manter ou agravar a iniquidade das políticas de saúde, de acordo com o que é preconizado no art. 3.º da Carta Constitucional.

Nesta investigação, as variáveis que indicam resultado foram chamadas genericamente de variáveis de controle, e as utilizadas no estudo estão discriminadas no Quadro 9.

**Quadro 9 - Quadro geral das variáveis utilizadas no estudo**

Identificação	Observações	Significado	Origem
co_munic	Variável-chave	código do município	IBGE
co_uf	Variável-chave	código da UF	IBGE
no_munic	Variável-chave	nome do município	IBGE
escore1p	Dimensões da variável dependente	dimensão tipo de equipe	Dados da pesquisa
escore2p		dimensão elenco de profissionais	
escore3p		dimensão turnos de funcionamento	
escore4p		dimensão serviços disponíveis	
escore5p		dimensão infraestrutura	
escore_final	Variável dependente	escore final das UBS	
fx_esc_final		categorias de escore final	Dados da pesquisa
ano	Ano trabalhado	ano correspondente ao dado	Bases utilizadas
desp_corr_cpt	Variáveis independentes por categoria econômica	despesa corrente	SIOPS
desp_pess_enc_cpt		despesa de pessoal	
odc_cpt		outras despesas correntes	
desp_cap_cpt		despesa de capital	
invest_cpt		investimento	
desp_geral_cpt		despesa geral	
liq_sub_adm_cpt	Variáveis independentes por subfunção	subfunções administrativas	SIOPS
liq_sub_vinc_cpt		subfunções vinculadas	
liq_atbas_cpt		despesa com atenção básica	
liq_desp_tot_cpt		despesa total	

(continuação)

Identificação	Observações	Significado	Origem
atbas_fed_cpt	Variáveis independentes por blocos de gastos	despesa com atenção básica federal	SIOPS
atbas_est_cpt		despesa com atenção básica estadual	
atbas_rprop_cpt		despesa com atenção básica municipal	
atbas_tot_cpt		despesa total com atenção básica	
tot_fed_cpt		despesa federal total	
tot_est_cpt		despesa estadual total	
tot_rprop_cpt		despesa municipal total	
tot_tot_cpt		despesa total	
pop2012ln/pop2014ln	Variáveis de controle	população do município	IBGE
pib_cpt		PIB <i>per capita</i>	DATASUS
gini_renda_cpt_2010		índice de Gini da renda <i>per capita</i>	Região e Redes
idhm_2010		IDHM	Região e Redes
ind_mort_0a4_10000		mortes evitáveis de 0 a 4 anos	DATASUS
ind_mort_5a74_1000		mortes evitáveis de 5 a 74 anos	DATASUS
IDS		índice de desenvolvimento da saúde em 2015	Região e Redes

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: As variáveis população (pop2012ln/pop2014ln) sofreram transformação logarítmica para diminuir a variabilidade. As variáveis *per capita* (\_cpt) foram obtidas pela divisão do valor original de cada ano referente a cada município pela população (IBGE) do município dentro daquele ano (senso ou estimativa do IBGE). As variáveis de resultado mortes evitáveis foram obtidas pela divisão do número de mortes (dados do DATASUS) pela população do município, tendo sofrido padronização para reduzir a variabilidade, sendo que o índice de mortes evitáveis de 0 a 4 anos (ind\_mort\_0a4\_10000) teve o valor original dividido por 10.000 e o índice de morte evitáveis de 5 a 74 anos (ind\_mort\_5a74\_1000) teve seu valor original dividido por 1.000.

### 3.5 Técnicas da análise dos dados em conjunto

Em um primeiro momento, foi realizada a análise de correspondência (AC). Posteriormente, buscou-se, por meio da análise de regressão quantílica, identificar relações entre as variáveis de despesas com a tipologia das UBS.

Antes de processar a análise de correspondência, procedeu-se à realização do teste qui-quadrado, para esclarecer se a distribuição das variáveis por categoria foi aleatória ou se ocorreu um padrão determinado por interdependência entre as variáveis.

A análise de correspondência foi realizada por pares de variáveis, conforme apresentado nas Tabelas descritivas (18 e 19), que tratam dos resultados do teste qui-quadrado. Foram analisados os gráficos que apresentaram melhor representatividade, isto é, melhor correspondência entre pares de categorias de variáveis.

As análises foram consolidadas em Tabelas (de 20 a 22) de correspondência de categorias de variáveis, de modo a facilitar a visão e a análise dessa correspondência. No presente estudo, a análise de correspondência foi utilizada para complementar as evidências

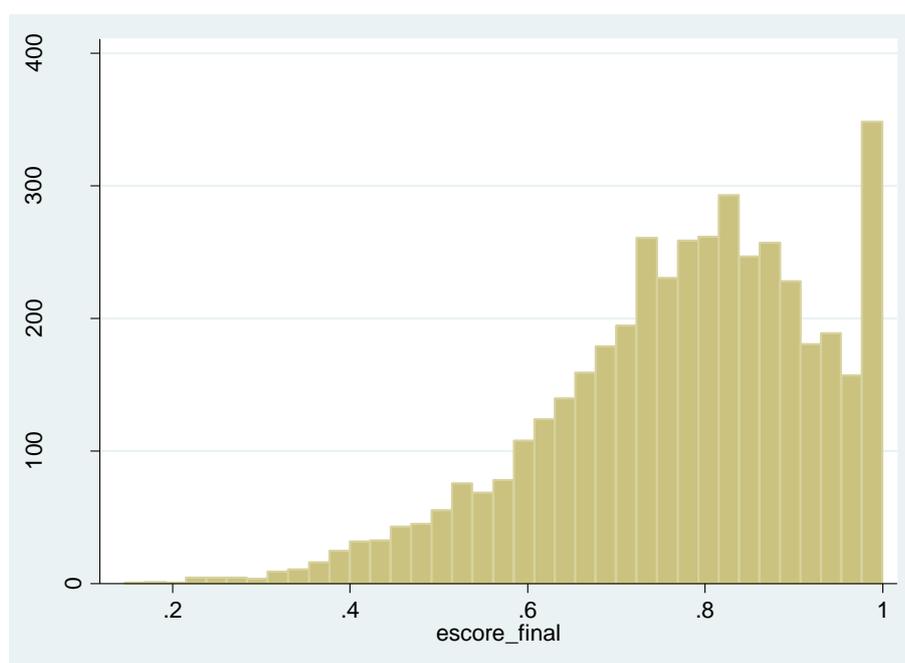
não passíveis de serem verificadas na análise de regressão múltipla, tendo em vista que os pressupostos desse tipo de técnica são mais rigorosos que os daquela.

No segundo momento, realizou-se a análise de regressão quantílica, por meio da qual, a partir da definição da tipologia e da composição dos gastos alocados na atenção básica, buscou-se estabelecer relação entre as variáveis independentes (gastos) e a tipologia (escore das UBS), para verificar como a variável gastos influi na tipologia das UBS. Foram utilizadas, ainda, outras variáveis de controle, que poderiam ser analisadas nessa relação, como o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), o índice de desenvolvimento da saúde (IDS) e o PIB *per capita*, por exemplo.

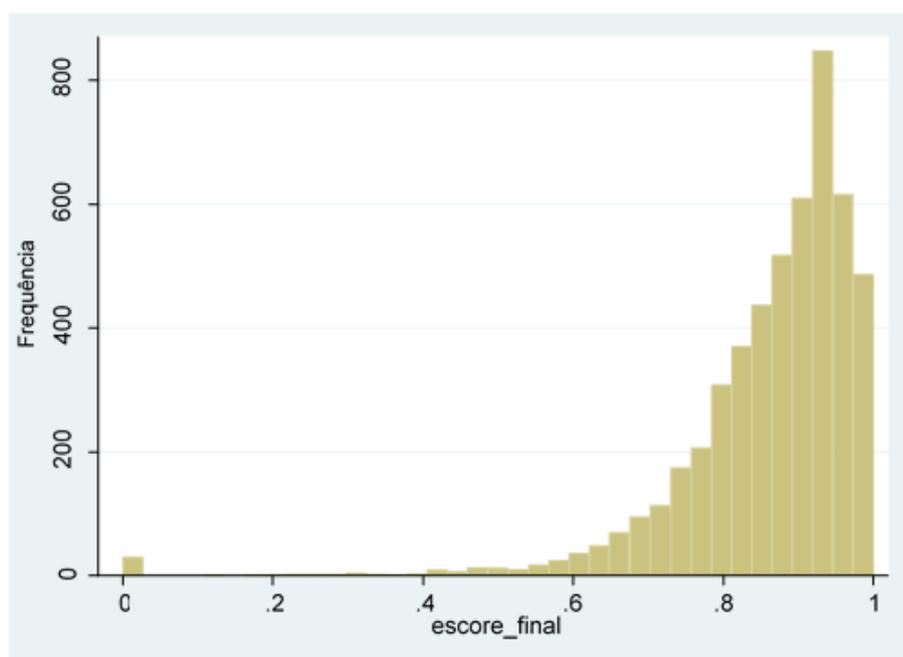
Além disso, a RQ não requer a pressuposição de erros homocedásticos, podendo, portanto, ser utilizada quando a distribuição dos erros é heterocedástica, sendo, ainda, uma técnica robusta à presença de *outliers*. Outra vantagem é que possui uma representação de programação linear, o que facilita a estimação dos parâmetros (KOENKER e BASSET, 1978; HAO e NAIMAN; SANTOS, 2016).

Outro aspecto é que a variável dependente *escore\_final* apresenta distribuição não normal (assimetria negativa, conforme mostrado no Apêndice C - Estatística Descritiva e nos gráficos 1 e 2), o que faz com que a técnica de regressão quantílica seja a mais adequada quando se trabalha com dados não normais e com presença de heterocedasticidade (KOENKER e BASSET, 1978; KOENKER, 2005; HAO e NAIMAN, 2007).

**Gráfico 1** - Histograma (Escore final, ciclo 1 – 2012)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Gráfico 2** - Histograma (Escore final, ciclo 2 – 2014)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Assim, foram testados cinco modelos de regressão, por meio do *software* Stata 13.0, dividindo-se as variáveis independentes pelo tipo de classificação da despesa (orçamentária e de saúde). Os modelos testados foram: por categoria econômica (RQ1), por subfunção (RQ2), atenção básica por esfera de governo (RQ3), totais por esfera de governo (RQ4) e total geral juntamente com totais por esfera de governo (RQ5). A escolha desses modelos de regressão deve-se à possibilidade de existência de multicolinearidade entre as variáveis, impossibilitando a utilização das variáveis referentes a classificações diferentes em um mesmo modelo, como, por exemplo, total de despesas federais e despesas federais com atenção básica.

Foram realizados o teste Jarque-Bera, para a normalidade dos resíduos, o teste VIF (*variance inflation factor*, ou fator de inflação da variância), para a multicolinearidade entre variáveis independentes, e o teste de correlação entre variáveis, para cada modelo. Utilizou-se, ainda, o *software* “R”, para plotagem dos gráficos correspondentes ao comportamento das variáveis, para cada modelo de regressão quantílica testado.

O modelo por categoria econômica (RQ1) permite verificar o efeito comparativo de cada tipo de gasto, por exemplo, se o gasto com pessoal possui mais influência ou não sobre a tipologia do que as despesas correntes em geral. O modelo por subfunção (RQ2) permite verificar o efeito de uma subfunção específica, por exemplo, se o gasto com atenção básica

possui mais influência sobre a tipologia do que o gasto com atenção de média e alta complexidade. O modelo por blocos de gastos (RQ3, RQ4 e RQ5) permite verificar qual esfera possui gasto com maior efeito sobre a tipologia, por exemplo. Adicionalmente, foram elaborados gráficos das variáveis para cada modelo, por meio do *software R*, que se encontram no apêndice.

No sentido de auxiliar a análise das variáveis, foram elaborados mapas do País (cf. Apêndice), que apresentam a distribuição espacial pela média de cada estado, bem como a distribuição por município. Esses mapas foram elaborados por meio da *library (rgdal)* do *software R*, utilizando-se os dados de malhas municipais digitais de bases cartográficas, disponibilizados pelo IBGE (2015, 2016). Os mapas inseridos no Apêndice, incluídos aqueles analisados na tese, referentes a variáveis, são apresentados por municípios e por média de municípios por estado.

A seguir, apresentam-se os Quadros de 10 a 14, que fornecem os detalhes da pesquisa realizada, a delimitação das tipologias da infraestrutura e o mapa dos construtos e das variáveis utilizadas.

**Quadro 10 - Modelo de análise da pesquisa.**

<i>Qual a relação existente entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros?</i>			
Objetivo geral	Analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde, nos municípios brasileiros.		
Objetivos específicos	1- Descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde na AB, considerando-se as alterações promovidas pela EC n.º 29/2000 e pela LC n.º 141/2012.	2- Identificar a composição dos recursos financeiros alocados para a área de saúde, no período de 2002 a 2017, considerando-se as alterações promovidas pela EC n.º 29/2000 e pela LC n.º 141/2012.	3- Descrever a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros.
Construto	Compreensão da política	Composição de recursos	Tipologia da infraestrutura
Métodos	Qualitativo	Quantitativo	Qualitativo; quantitativo
Autores	Bardin (2011); Flick (2009); Richardson (1989)	Hair <i>et al.</i> (2009); Gujarati (2006)	Giovanella <i>et al.</i> (2015).
Técnica de coleta de dados	Documental	Documental	Documental
Técnica de análise de dados	Análise documental/conteúdo	Análítico e descritivo	Descritivo

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 11 - Construto Compreensão da política.**

Construto	Compreensão da política					
Dimensões	IA - Delimitação e especificação de recursos	IB - Delimitação e especificação de usuários	II - Regras de alocação e utilização de recursos	III - Processo de decisão	IV - Processo de controle	V - Coordenação do sistema
Categorias	1A - Delimitação e especificação de recursos	1B - Delimitação e especificação de usuários	2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais 2B - Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social)	3A - Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação) 3B - Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras)	3C - Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos) 4 - Monitoramento de usuários e recursos 5 - Sanções graduais	6 - Instrumentos para resolução de conflitos 7 - Legitimidade para decidir sobre questões inerentes 8 - Governança baseada em instituições acopladas
Fontes	Documental					
Autores de Referência	Barcelos (2012); Ostrom (1990, 2008); Pinto (2014); Agrawal (2003); Bijos (2014); OCDE (2014).					

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 12 - Construto Composição de recursos.**

Construto	Composição de recursos					
Variáveis	Categoria econômica		Subfunção		Blocos de gastos	
	Cód. da variável	Conteúdo da variável	Cód. da variável	Conteúdo da variável	Cód. da variável	Conteúdo da variável
	desp_pess_enc_cpt odc_cpt invest_cpt desp_geral_cpt	despesa de pessoal <i>per capita</i> outras despesas correntes <i>per capita</i> investimento <i>per capita</i> despesa geral <i>per capita</i>	liq_sub_adm_cpt liq_sub_vinc_cpt liq_atbas_cpt liq_desp_tot_cpt	subfunções administrativas <i>per capita</i> subfunções vinculadas <i>per capita</i> despesa com atenção básica <i>per capita</i> despesa total <i>per capita</i>	atbas_fed_cpt atbas_est_cpt atbas_rprop_cpt atbas_tot_cpt tot_fed_cpt tot_est_cpt tot_rprop_cpt	despesa com atenção básica federal <i>per capita</i> despesa com atenção básica estadual <i>per capita</i> despesa com atenção básica municipal <i>per capita</i> despesa total com atenção básica <i>per capita</i> despesa federal total <i>per capita</i> despesa estadual total <i>per capita</i> despesa municipal total <i>per capita</i>
Tipo de análise	Transversal/longitudinal					
Fontes	Documental (MS, SIOPS/DATASUS)					
Autores de referência	Piola <i>et al.</i> (2016); Gragnolati <i>et al.</i> (2016); Atun (2004); Starfield (2002, 2005); Kringos <i>et al.</i> (2010).					

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 13 - Construto Tipologia da Infraestrutura.**

Construto	Tipologia da infraestrutura				
Variável (Tipologia)	Tipologia das UBS (fx_esc_final)				
Categorias	1 - Reprovado	2 - Rudimentar	3 - Restrita	4 - Regular	5 - Padrão de referência
	Ausência de estrutura de serviço de saúde. São UBS que não cumprem requisitos mínimos para prestar qualquer atendimento e serem consideradas uma unidade de saúde. São UBS que, por suas precárias condições de infraestrutura, deveriam ser fechadas ou interditas até sua completa reforma, não devendo estar registradas no CNES como UBS independente.	Importante insuficiência de equipes, do elenco de profissionais, de serviços disponíveis e de equipamentos e insumos. São UBS que sequer realizam atendimento ao grupo materno-infantil e tampouco poderiam ser consideradas prestadoras de uma atenção primária seletiva.	Insuficiência de equipamentos e de equipe de saúde. São UBS que necessitam, principalmente, de investimentos em infraestrutura geral e para a prestação de serviços de saúde bucal.	São UBS com equipes de saúde da família e saúde bucal que, com baixo investimento para a melhoria da infraestrutura de equipamentos e insumos, alcançariam o padrão de referência. Têm dificuldade de acesso à internet, que pode requerer investimentos do setor de telecomunicações.	Dispõem de condições elementares para funcionamento e prestação de escopo de ações em atenção básica. Funcionam 5 ou mais dias na semana, em 2 ou 3 turnos de atendimento, e ofertam consultas médicas, enfermagem e odontologia.
Tipo de análise	Classificação da tipologia da infraestrutura				
Fontes	Documental (MS, PMAQ-AB)				
Autores de referência	Giovannella <i>et al.</i> (2015)				

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Quadro 14 - Relação entre as variáveis tipologia da infraestrutura e gastos em saúde**

Problema	<i>Qual a relação existente entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros?</i>										
Objetivo geral	Analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde, nos municípios brasileiros.										
Objetivo específico	Caracterizar a relação entre o comportamento da alocação dos recursos financeiros públicos em saúde e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros.										
Variável dependente	<b>Tipologia (Escore_final)</b>										
Categorias	1- Reprovado		2- Rudimentar		3- Restrita		4- Regular		5- Padrão de Referência		
Variáveis independentes	<b>Categoria Econômica</b>			<b>Subfunção</b>			<b>Blocos de Gastos</b>				
	<b>Cód. da variável</b>		<b>Conteúdo da variável</b>		<b>Cód. da variável</b>		<b>Conteúdo da variável</b>		<b>Cód. variável</b>		<b>Conteúdo da Variável</b>
	desp_pess_enc_cpt		despesa de pessoal <i>per capita</i>		liq_sub_adm_cpt		subfunções administrativas <i>per capita</i>		atbas_fed_cpt		despesa com atenção básica federal <i>per capita</i>
	odc_cpt		outras despesas correntes <i>per capita</i>		liq_sub_vinc_cpt		subfunções vinculadas <i>per capita</i>		atbas_est_cpt		despesa com atenção básica estadual <i>per capita</i>
	desp_cap_cpt		despesa de capital <i>per capita</i>		liq_atbas_cpt		despesa com atenção básica <i>per capita</i>		atbas_rprop_cpt		despesa com atenção básica municipal <i>per capita</i>
	invest_cpt		investimento <i>per capita</i>						atbas_tot_cpt		despesa total com atenção básica <i>per capita</i>
	desp_geral_cpt		despesa geral <i>per capita</i>		liq_desp_tot_cpt		despesa total <i>per capita</i>		tot_fed_cpt		despesa federal total <i>per capita</i>
									tot_est_cpt		despesa estadual total <i>per capita</i>
								tot_rprop_cpt		despesa municipal total <i>per capita</i>	
Variáveis de controle	população do município	PIB <i>per capita</i> (pib_cpt)	índice gini renda (gini_renda_cpt_2010)	IDHM (idhm_2010)	mortes evitáveis de 0 a 4 anos (ind_mort_0a4_10000)		mortes evitáveis de 5 a 74 anos (ind_mort_5a74_1000)		índice de desenvolv. da saúde em 2015 (IDS)		
Tipo de análise	Relações entre gastos e tipologia da infraestrutura										
Fontes	Documental, MS (PMAQ-AB; DATASUS/SIOPS)										
Técnica de análise de dados	Estatística com análise de correspondência e análise de regressão										
Autores de referência	Gujarati (2006); Varela e Farina (2007); Hair <i>et al.</i> (2005); Koenker e Basset (1978, 1982), Koenker (2005), Hao e Naiman (2007), Koenker e Hallock (2001).										

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O sistema de saúde brasileiro é descentralizado e embasado em responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo. Um aspecto importante é o financiamento, alvo central da legislação e das políticas do SUS, que tem sido uma força determinante na formatação do sistema. Sob o aspecto do financiamento, o SUS envolve um complexo sistema normativo, que exige integração e coordenação entre as esferas de governo, com espaços de negociação onde as decisões devem ser tomadas coletivamente, aspectos que fazem com que a arena de discussão e negociação das políticas de saúde seja uma das mais complexas.

Dividido em quatro seções, este capítulo, ao tratar dos resultados e das discussões, objetiva *analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde, nos municípios brasileiros*.

### 4.1 Contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde

Procura-se, nesta seção, *descrever o atual contexto de alocação de recursos financeiros públicos em saúde nos municípios brasileiros*, por meio da análise documental da incidência dos princípios de governança orçamentária nas normas que tratam de alocação de recursos financeiros nas políticas de saúde.

Se os recursos orçamentários não são disponibilizados em quantidades suficientes ou se não chegam oportunamente às organizações envolvidas em sua realização, dificilmente os objetivos pretendidos pelo Estado poderão ser alcançados. Nesse sentido, estudos revelam que a presença de certos princípios de governança pode promover uma gestão bem-sucedida dos recursos comuns, considerando-se que a sustentabilidade dos sistemas sociais depende do modo como os princípios de governança atuam na regulação da alocação e da utilização de recursos (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012).

Utilizam-se, assim, os princípios formulados por Ostrom (1990, 1998), para preservação de recursos comuns, que mais recentemente foram trabalhados por Barcelos (2012), no sentido de aplicá-los à análise das instituições orçamentárias no Brasil.

Nesse sentido, foi realizada pesquisa documental por meio de análise das normas que tratam de financiamento da saúde (Quadro 15), no período de 1988 a 2017, sob o aspecto das dimensões da governança orçamentária. Essas normas foram coletadas de sítios eletrônicos, fontes oficiais (bibliotecas virtuais) da Presidência da República (Planalto), do Congresso Nacional e do Ministério da Saúde.

**Quadro 15** - Normas analisadas, compreendendo o período de 1988 a 2017

Normas	Ano	Ementa ou conteúdo
Constituição Federal de 1988 e Emendas Constitucionais*	1988	Cria o SUS e define princípios, fontes de recursos, competências etc.
Emenda Constitucional n.º 29	2000	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.
Lei Complementar n.º 141	2012	Regulamenta o § 3.º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, revoga dispositivos da Lei n.º 8.080/1990 e da Lei n.º 8.689/1993, e dá outras providências.
Decreto n.º 7.827	2012	Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do <i>caput</i> do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do <i>caput</i> do art. 159 da CF/88, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n.º 141/2012, e dá outras providências.
Lei n.º 8.080	1990	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
Lei n.º 8.142	1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências.
Decreto n.º 7.508	2011	Regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Lei Complementar n.º 101 (LRF)	2000	Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, e dá outras providências.
Emenda Constitucional n.º 86	2015	Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF/88, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.
Emenda Constitucional n.º 95	2016	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências.
NOB 01/1991- Resolução n.º 258	1991	Regulamenta o sistema de pagamento por produção de serviços, estendendo aos prestadores de serviços públicos o pagamento mediante faturamento, já existente para os prestadores de serviços privados.
NOB 01/1992- Portaria n.º 234	1992	Redefine critérios de alocação de recursos, vinculando sua liberação ao desenvolvimento de planos quinquenais.
NOB 01/1993- Portaria n.º 545. Obs.: revogada pela Portaria n.º 1.580/2012 e pela Portaria de Consolidação n.º 1/2017	1993	Estabelece mecanismos de decisão participativos e de descentralização, demarcando uma etapa da implantação do SUS.
NOB 01/1996- Portaria n.º 2.023 Obs.: revogada pela Portaria n.º 1.580/2012 e pela Portaria de Consolidação n.º 1/2017	1996	Altera os dispositivos da NOB 01/93 quanto às formas de incorporação de estados e municípios ao processo de descentralização, que continua voluntária, estabelecendo dois níveis de autonomia: a Gestão Plena da Atenção Básica, abrangendo a administração das ações básicas de saúde, e a Gestão Plena do Sistema Municipal, abrangendo toda a rede municipal.

(continuação)

Normas	Ano	Ementa ou conteúdo
NOAS-SUS 01/2001 - Portaria n.º 95	2001	Acrescenta novos procedimentos ao conjunto do PAB, possibilitando a criação de regiões de saúde definidas pelo gestor estadual, e adota uma nova sistemática de financiamento das ações de saúde.
NOAS-SUS 01/2002 - Portaria n.º 373 Obs.: revogada pela Portaria n.º 1.580/2012 e pela Portaria de Consolidação n.º 1/2017	2002	Define para os municípios cadastrados um valor fixo <i>per capita</i> que é repassado para atender gastos com assistência básica de saúde da população e valores variáveis que são repassados de acordo com a adesão a programas específicos de governo, como saúde da família.
Portaria de Consolidação n.º 1	2017	Consolida as normas sobre os direitos e os deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS.
Portaria de Consolidação n.º 6	2017	Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS (no total de 152 Portarias do MS sobre o tema).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: Foram objeto de análise, além das EC citadas no quadro, as seguintes: ECR 1/1994, EC 10/1996, EC 12/1996, EC 17/1997, EC 20/1998, EC 21/1999, EC 27/2000, EC37/2002, EC 42/2003, EC 56/2007, EC 68/2011 e EC 93/2016.

No que se refere às dimensões e categorias de análise utilizadas, no Quadro 16, a seguir, essas são descritas e caracterizadas. Conforme demonstrado, os princípios de governança orçamentária foram identificados nas seguintes dimensões ou blocos de princípios: IA - Delimitação e especificação de recursos, IB - Delimitação e especificação de usuários, II - Regras de alocação e utilização de recursos, III - Processo de decisão, IV - Processo de controle e V - Coordenação do sistema.

As categorias foram formuladas a partir dos princípios de governança orçamentária definidos por Barcelos (2012), com base em Ostrom (1990, 1998) e na análise de sistemas de recursos comuns (PINTO, 2014; AGRAWAL, 2003).

Com base nos autores citados, foram utilizadas as categorias teóricas que fundamentaram a análise documental das normas sobre o financiamento da saúde, conforme o Quadro 16.

**Quadro 16 - Princípios de governança orçamentária**

IA - Delimitação e especificação de recursos		
	Princípio	Condições críticas de sucesso
1A	<b>Delimitação de fronteiras de recursos.</b> Definição dos limites da utilização dos recursos, e determinação da composição e dos recursos que entram e saem do sistema orçamentário.	Definição clara das fontes de recursos. Classificação e especificação objetiva dos recursos.
IB - Delimitação e especificação de usuários		
	Princípio	Condições críticas de sucesso
1B	<b>Delimitação de fronteiras de usuários.</b> Definição dos usuários dos recursos, assim como especificação de seus papéis, modo de acesso e condições de permanência em seus postos.	Definição clara dos usuários, com direitos e deveres bem delineados.

(continuação)

<b>II - Regras de alocação e utilização de recursos</b>		
	<b>Princípios</b>	<b>Condições críticas de sucesso</b>
2A	<b>Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.</b> Ajuste das regras às condições locais e estabelecimento de critérios de distribuição de recursos de acordo com as condições do contexto local/setorial.	Regras simples e fáceis de entender (Pinto, 2014). Facilidade de aplicação ( <i>enforcement</i> ) das regras (Pinto, 2014). Alocação justa dos benefícios dos recursos comuns (Pinto, 2014).
2B	<b>Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).</b> Demonstração de congruência entre usuários e recursos pelas regras de governança orçamentária, quando essas são capazes de evitar tanto a penúria dos usuários quanto a sobreutilização dos recursos que constituem o sistema. Evita-se a sobreutilização dos recursos.	
<b>III - Processo de decisão</b>		
	<b>Princípios</b>	<b>Condições críticas de sucesso</b>
3A	<b>Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).</b> Institucionalização de instâncias e canais (mecanismos) coletivos para discussão, defesa e contestação do modo como os recursos são mobilizados e aplicados, promovendo-se o exercício do poder decisório.	Governos centrais não deveriam enfraquecer as autoridades locais (Pinto, 2014). Debate sobre as escolhas orçamentárias inclusivo, participativo e realista (Bijos, 2014). Criação e modificação de regras por meio da participação de indivíduos afetados por elas, para melhor ajustá-las às características específicas de cada situação (Pinto, 2014).
3B	<b>Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).</b> Institucionalização de instâncias e mecanismos de decisão coletiva em que indivíduos e organizações participam da proposição de mudanças nas regras orçamentárias.	
<b>IV - Processo de controle</b>		
	<b>Princípios</b>	<b>Condições críticas de sucesso</b>
3C	<b>Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos).</b> Acessibilidade a informações que forneçam condições para a tomada de decisão coletiva.	Execução orçamentária ativamente planejada, gerenciada e monitorada (BIJOS, 2014). Avaliações de desempenho integram o processo orçamentário (BIJOS, 2014). Prestação de contas aos usuários por parte de monitores e outros nessa função (Pinto, 2014). Monitoramento por meio de agentes responsáveis perante os apropriadores ou os próprios apropriadores, que auditam as condições dos recursos comuns e o comportamento dos apropriadores (Pinto, 2014). Sanções proporcionais, a depender da gravidade e do contexto da ofensa, aplicadas aos infratores pelos apropriadores, por agentes por eles responsáveis ou por ambos (Pinto, 2014).
4	<b>Monitoramento de usuários e recursos.</b> Instrumentos que realizam o monitoramento de programas e de recursos orçamentários, a fim de se reconhecer eventuais desvios de comportamento.	
5	<b>Sanções graduais.</b> Existência de sanções que imponham a aplicação coercitiva de penalidades proporcionais à gravidade das ações dos atores orçamentários usuários dos recursos contra o sistema de recursos orçamentários.	

(continuação)

V - Coordenação do sistema		
	Princípios	Condições críticas de sucesso
6	<b>Instrumentos para resolução de conflitos.</b> Existência de arenas especializadas ou instrumentos acessíveis à resolução de controvérsias relacionadas à alocação de recursos e a divergências entre atores.	Governos centrais não deveriam enfraquecer as autoridades locais (Pinto, 2014). Níveis integrados de apropriação, provisão, fiscalização e governança (Pinto, 2014).
7	<b>Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.</b> Autoridade e autonomia das instâncias orçamentárias para decidir sobre as questões que lhes são diretamente inerentes.	Reconhecimento mínimo, pelas autoridades governamentais (agentes públicos externos), dos direitos dos apropriadores de se organizar e da legitimidade das instituições por eles criadas (conjunto de regras elaboradas), por meio do que eles próprios poderão fiscalizar (Pinto, 2014).
8	<b>Governança baseada em instituições acopladas.</b> Jurisdições relativamente autônomas, por meio de mecanismos de coordenação, que cumprem seus papéis de forma cooperada e interdependente.	Se os sistemas de recurso comum compõem sistemas maiores, a apropriação, a provisão, o monitoramento, a fiscalização, a resolução de conflitos e as atividades de governança são organizados em <i>camadas múltiplas de empreendimentos integrados</i> (Pinto, 2014).

Fonte: Elaborado pelo autor, com base em Barcelos (2012), Pinto (2014), Bijos (2014), Ostrom (1990, 2008), Ostrom (1990, 2007), OCDE (2014).

A partir das categorias de princípios de governança orçamentária formuladas, conforme descrito no Quadro 16, realiza-se a análise documental, utilizando-se os documentos referentes à regulamentação do financiamento da saúde e que tratam de aspectos como definição de fontes de recursos, planejamento, formulação, alocação, repasse, execução e controle, além da fiscalização dos recursos, definidos, anteriormente, no Quadro 15.

Assim, procedeu-se à análise das normas, compreendidas entre 1988 e 2017, por meio da leitura de cada documento, com vistas a identificar a incidência dos princípios de governança orçamentária no arcabouço normativo (no total de 109 páginas). Para tanto, foi feita a identificação das categorias (princípios de governança orçamentária) por meio de palavras-chave (Quadro 17), encontradas em cada norma.

**Quadro 17** - Palavras-chave utilizadas na identificação dos princípios de governança orçamentária

Princípios	Palavras-chave
<b>P1A</b> - Definição dos limites da utilização dos recursos, e determinação da composição e dos recursos que entram e saem do sistema orçamentário.	Recursos; Financiado; Distribuição; Destinados; Receita; Integrar; Aplicados; Custeio; Remanejar; Estabelecidos; Repasse; Base de cálculo; Orçamento; Alíquota; Lei orçamentária
<b>P1B</b> - Definição dos usuários dos recursos, assim como especificação de seus papéis, modo de acesso e condições de permanência em seus postos.	Organizar; Organização; Consideração; Definição; População usuária; Especificidades; Referenciamento do usuário; Necessidades; Identificação; Distributividade; Universalidade
<b>P2A</b> - Ajuste das regras às condições locais e estabelecimento de critérios de distribuição de recursos de acordo com as condições do contexto local/setorial.	Distributividade; Reduzir desigualdades; Realidade local; Especificidades; Perfil demográfico; Critérios; Características; Regionalizado; Referenciamento do usuário; Caráter especializado; Humanização do atendimento; Determinantes sociais; Necessidades; Situações específicas; Dimensões

(continuação)

<b>Princípios</b>	<b>Palavras-chave</b>
<b>P2B</b> - Demonstração de congruência entre usuários e recursos pelas regras de governança orçamentária, quando essas são capazes de evitar tanto a penúria dos usuários quanto a sobreutilização dos recursos que constituem o sistema. Evita-se a sobreutilização dos recursos.	Equidade; Seletividade; Correspondente fonte de custeio; Isentas de contribuição; Alíquota; Base de cálculo; Não-cumulativa; Capacidade de oferta; Não poderá exceder
<b>P3A</b> - Institucionalização de instâncias e canais coletivos para discussão, defesa e contestação do modo como os recursos são mobilizados e aplicados, promovendo-se o exercício do poder decisório.	Caráter descentralizado; Participação; Descentralização político-administrativa; Comissão intergestores; Conselho de saúde; Órgãos deliberativos; Conferência de saúde
<b>P3B</b> - Institucionalização de instâncias em que indivíduos e organizações participam da proposição de mudanças nas regras orçamentárias.	Caráter descentralizado; Participação; Descentralização político-administrativa; Comissão intergestores; Conselho de saúde; Órgãos deliberativos; Conferência de saúde
<b>P3C</b> - Acessibilidade a informações que forneçam condições para a tomada de decisão coletiva.	Informado/ Informados; Informações; Divulgação; Publicação; Publicidade
<b>P4</b> - Instrumentos que realizam o monitoramento de programas e de recursos orçamentários, a fim de se reconhecer eventuais desvios de comportamento.	Fiscalização; Controle; Regulamentação; Avaliação; Acompanhado; Fiscalizado; Órgãos de controle
<b>P5</b> - Existência de sanções que imponham a aplicação coercitiva de penalidades proporcionais à gravidade das ações dos atores orçamentários contra o sistema de recursos orçamentários.	Descumprimento; Suspenso/ suspensão; Infração/infrações; Punido; Não atendimento; Inobservância
<b>P6</b> - Existência de arenas especializadas ou instrumentos acessíveis à resolução de controvérsias relacionadas à alocação de recursos e a divergências entre atores.	Resolução; conflito; controvérsia
<b>P7</b> - Autoridade e autonomia das instâncias orçamentárias para decidir sobre as questões que lhes são diretamente inerentes.	Cada esfera de governo; À União, aos estados, aos municípios; Compete; Em cada jurisdição administrativa; Caberá aos entes federativos; Responsabilidades dos entes; Definição das instâncias
<b>P8</b> - Jurisdições relativamente autônomas, por meio de mecanismos de coordenação, que cumprem seus papéis de forma cooperada e interdependente.	Conjunto integrado; Forma integrada; Rede; Pactuado pelos entes federativos; Integralidade; Conjunto articulado e contínuo; Articulação; Harmonização e coordenação; Integrar e articular

Fonte: Elaborado pelo autor.

Posteriormente, os princípios foram organizados de modo a se obter um panorama geral de como se estrutura o arcabouço normativo, de acordo com o Quadro 18, em que se observa a ocorrência dos princípios no interior de cada norma trabalhada, até o nível de decreto, sem inclusão das normas internas e das Portaria de Consolidação n.º 1 e n.º 6, ambas de 2017.

**Quadro 18** - Incidência dos princípios de governança orçamentária na legislação relativa ao financiamento da saúde, por cronologia das normas

Princípios	P1A	P1B	P2A	P2B	P3A	P3B	P3C	P4	P5	P6	P7	P8	Total
Blocos	I-A	I-B	II		III		IV			V			
CF/88	18	1	5	11	1	1	0	1	1	0	1	3	43
Lei n.º 8.080/1990	9	7	3	1	10	10		7	1		8	10	66
Lei n.º 8.142/1990	3		1		1	2	1	1			1	2	12
ECR 1/1994	3												3
Dec. n.º 1.232/1994	1		1	3			2	3			2	4	16
EC n.º 10/1996	3												3
EC n.º 12/1996	1												1
EC n.º 17/1997	2												2
EC n.º 20/1998	3				1	1							5
EC n.º 21/1999	1												1
EC n.º 27/2000	2												2
EC n.º 29/2000	10		3	0	0			6	3				22
LC n.º 101/2000 (LRF)	16	1		17	2	1	11	25	3		1		77
EC n.º 37/2002	2												2
EC n.º 42/2003	2												2
EC n.º 56/2007	1												1
EC n.º 68/2011	2												2
Dec. n.º 7.508/2011	4	8	5		21	20	7	10	1		17	14	107
LC n.º 141/2012	19		9	7	6	1	9	30	7			2	90
Dec. n.º 7.827/2012	2						2	19	13				36
EC n.º 86/2015	7												7
EC n.º 93/2016	6												6
EC n.º 95/2016	3						1	1					5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>39</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>103</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>511</b>
Consolidado CF/88	66	1	8	11	2	2	1	8	4	0	1	3	107

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se, no Quadro 18, antes mostrado, a identificação das características mais relevantes tendo por base a governança orçamentária, as quais foram analisadas, também, para verificar se elas atuam como vantagens ou desvantagens (aspectos facilitadores ou dificultadores) no financiamento da saúde.

A *governança orçamentária* é entendida por Barcelos (2012) como o conjunto de regras (instituições formais e informais) que orientam as relações políticas, econômicas e sociais subjacentes ao processo de alocação de recursos no setor público.

Nesse sentido, Ostrom (1990) revela que a presença de princípios de governança tem o potencial de promover uma gestão bem-sucedida dos sistemas de recursos comuns, como o orçamentário, evitando subutilização, por exemplo. Dessa forma, a sustentabilidade dos mais variados sistemas sociais depende do modo como os princípios de governança são enfatizados ou negligenciados, como forma de regular as relações entre os agentes e atores envolvidos na gestão dos recursos (BARCELOS, 2012).

Nos resultados, as emendas constitucionais (EC) tratam de princípios relacionados à delimitação de fontes de recursos (P1A - **Delimitação de fronteiras de recursos**), ao passo que o Decreto n.º 7.508/2011 enfatiza as instâncias de decisão coletiva (P3A e P3B - **Arranjos de decisão coletiva**). A LC n.º 141/2012 e o Decreto n.º 7.827/2012 priorizam os mecanismos de monitoramento e fiscalização sobre a alocação de recursos (P4 - **Monitoramento e fiscalização**).

No âmbito das políticas públicas de saúde, se forem considerados os pressupostos comportamentais de “racionalidade limitada” e de “oportunismo” por parte dos atores orçamentários, as condições ambientais típicas, como a complexidade e a incerteza, tornam fundamental a presença de regras claras acerca de quem são considerados atores legítimos (BARCELOS, 2012), o que influi na alocação correta para usuário específicos, daí a importância do princípio 1A.

A forte presença dos princípios 3A e 3B traz legitimidade às decisões nas políticas de saúde, pois os agentes tendem a cumprir melhor as decisões das quais eles se sentem parte (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003). No caso das políticas de saúde, as comissões e os conselhos regulamentados pelo Decreto n.º 7.508/2011 representam uma forma encontrada para legitimar a participação política dos usuários e atores interessados.

Em um sistema de recursos orçamentários, é imprescindível que haja um bom sistema de monitoramento e fiscalização, como preconizado por Ostrom (1990) e Barcelos (2012). Mais importante do que a fiscalização é o monitoramento, pois evitar o dano traz mais benefícios do que simplesmente aplicar penalidades após o fato ocorrido (WADE, 1994; OSTROM, 1990).

Por meio do Quadro 18, já apresentado, e do Quadro 19, a seguir, identifica-se a incidência de 511 ocorrências de princípios nas normas sobre financiamento da saúde, no período de 1988 a 2016, considerando-se, aqui, que as Portarias de Consolidação n.º 1 e n.º 6, de 2017, assim como as normas internas, não foram analisadas quanto à incidência dos princípios orçamentários.

Observa-se que há grande incidência do princípio P1A (Delimitação de fontes de recursos), que trata de definição de origem, delimitação e especificação de fontes de recursos (120/511), e do princípio P4 (Monitoramento de usuários e recursos), que cuida de monitoramento, acompanhamento e fiscalização de agentes e usuários que manuseiem ou utilizem recursos de uso comum (103/511).

O princípio P1A está fortemente presente na CF/88 (18/43). Um aspecto importante é a demonstração de constantes alterações nas fontes de financiamento. Ao se verificar a incidência do princípio 1A, das 120 ocorrências desse princípio, 66 incidiram em normas

constitucionais. A esse respeito, Ostrom (1998) e Barcelos (2012) afirmam que é desejável que um sistema orçamentário delimite claramente os limites e as fontes de recursos, devido à complexidade do processo de alocação de recursos, provocada pela multiplicidade de entes com grandes diversidades sociais e regionais, o que faz com que haja grande assimetria de informações entre órgãos centrais de planejamento e orçamento e órgãos setoriais, entes subnacionais e usuários envolvidos nesse processo. Agrawal (2003), também, afirma que é condição crítica que os limites sejam claramente definidos, o que proporciona transparência na alocação e na distribuição dos recursos, facilitando a atuação dos envolvidos no monitoramento e controle social.

Com referência ao P4, observa-se que a LC n.º 101/2000 (LRF) e a LC n.º 141/2012 priorizam a aplicação desse princípio, o que demonstra a ênfase às atividades de controle, monitoramento e fiscalização dos recursos orçamentários. O Decreto n.º 7.827/2012, que regulamentou a transferência de recursos prevista na LC n.º 141/2012, também enfatiza o princípio P4 e, da mesma forma, o princípio P5, estabelecendo, assim, prioridade aos mecanismos de monitoramento e sanção.

Segundo Ostrom (1990) e Barcelos (2012), um sistema de orçamentário deve possuir regras claras para acompanhamento de fiscalização dos recursos (princípio P4), que definam sanções proporcionais aos usuários ou agentes envolvidos que ajam de forma incorreta ou oportunista, no sentido de desencorajar ações que levem à degradação dos recursos à disposição dos usuários (princípio P5). Esse aspecto proporciona efetividade ao sistema, pois a punição dos pequenos atos, no início, funciona melhor do que somente puni-los com mais rigor ao final de um processo de apuração. Assim, a facilidade de aplicação (*enforcement*) das regras é critério crítico para o sucesso de um sistema de recursos comuns (WADE, 1994; OSTROM, 1990; BALAND e PLATTEAU, 1996), pois se trata de preservação e utilização dos recursos conforme as finalidades e os objetivos planejados.

No intuito de facilitar a visualização dos princípios no decorrer do tempo, o Quadro 19, na sequência, resume a incidência de cada princípio no interior das normas analisadas, discriminada por períodos: até 1999 (antes da aprovação da EC n.º 29), de 2000 a 2011 (da aprovação da EC n.º 29/2000 até a aprovação da LC n.º 141/2012) e após 2012 (depois da aprovação da LC n.º 141/2012).

**Quadro 19** - Incidência dos princípios de governança orçamentária e instrumentos no financiamento da saúde

Princípios		Instrumentos e recursos	Evolução diante da EC n.º 29/1999 e da Lei n.º 141/2012			
			até 1999	de 2000 a 2011	após 2012	Total
<b>IA - Delimitação e especificação de recursos</b>						
1A	Delimitação de fronteiras de recursos.	Fontes ordinárias de tributos; fontes de contribuições	46	37	37	120
<b>IB - Delimitação e especificação de usuários</b>						
1B	Delimitação de fronteiras de usuários.	Usuários do SUS: acesso universal, integral e igualitário	8	9	0	17
<b>II - Regras de alocação e distribuição de recursos</b>						
2A	Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais.	Critérios de descentralização e distribuição de recursos para estados e municípios	10	8	9	27
2B	Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).	Critérios de descentralização e distribuição de recursos para estados e municípios	15	17	7	39
<b>III - Processo de decisão</b>						
3A	Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação).	CNS; CIT	13	23	6	42
3B	Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras).	CNS; CIT	14	21	1	36
<b>IV - Processo de controle</b>						
3C	Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos).	Demonstrações e estimativas de impacto	3	18	12	33
4	Monitoramento de usuários e recursos.	Demonstrações e estimativas de impacto	12	41	50	103
5	Sanções graduais.	Sanções e penalidades	2	7	20	29
<b>V - Coordenação do sistema</b>						
6	Instrumentos para resolução de conflitos.	CNS; CIT				0
7	Legitimidade para decidir sobre questões inerentes.	Cadeia de decisão	12	18		30
8	Governança baseada em instituições acopladas.	Organização do sistema e da rede	19	14	2	35
<b>Total</b>			<b>154</b>	<b>213</b>	<b>144</b>	<b>511</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que, no período de 2000 a 2012, houve ênfase nos mecanismos de decisão coletiva e no monitoramento e fiscalização dos recursos (P3A, P3B, P3C e P4), ao passo que, no período posterior a 2012, houve priorização dos princípios relacionados ao monitoramento de recursos e aplicação de penalidades (P4 e P5). No entanto, ao se conjugar os resultados dos Quadros 18 e 19, verifica-se que grande parte da incidência ocorreu a partir de 2011, com o Decreto n.º 7.508/2011, que regulamentou a Lei n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

Os princípios P3A, P3B, P3C, por outro lado, dizem respeito aos mecanismos de decisão coletiva, aqueles que fazem com que os atores e usuários envolvidos nas decisões se sintam legitimados e cumpram as regras com mais facilidade (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003). Ressalte-se que a maior priorização dos princípios P4 e P5, após 2012, mostra que, mais recentemente, há maior tendência a se fortalecer os mecanismos de monitoramento e sanção, o que foi feito pela LC n.º 141/2012 (LRF) e pelo Decreto n.º 7.827/2012.

Mecanismos como facilidade de aplicação das regras, prestação de contas aos usuários responsáveis pelo monitoramento e sanções proporcionais, se bem aplicados, são condições de sucesso de um sistema de recursos comuns (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003). O importante é que as sanções sejam percebidas por todos, levando ao desestímulo de desvios de conduta (BARCELOS, 2012).

Ressalte-se que o Banco Mundial (2007) chamava atenção para a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de responsabilização, que envolvem prestação de contas, monitoramento e sanções, presentes nos princípios de governança, do que se constata que o Brasil passou por esse processo ao consolidar os aspectos relacionados ao monitoramento e controle dos recursos da saúde, especialmente a partir de 2011.

Após o levantamento da incidência dos princípios, procedeu-se à identificação dos aspectos mais relevantes, analisando-se, em cada bloco de princípios, aqueles que atuavam como vantagens ou desvantagens (aspectos facilitadores ou dificultadores) no financiamento da saúde.

Nessa análise, observa-se que o bloco I (IA - delimitação e especificação de recursos e IB - delimitação e especificação de usuários), que engloba o P1A (Delimitação de fronteiras de recursos) e o P1B (Delimitação de fronteiras de usuários), é muito importante para se compreender o SRO. Por se tratar de definição de recursos e de usuários do sistema, esses princípios estão estabelecidos, principalmente, na CF/88. No caso do P1A, esse é um princípio essencial ao SRO, pois diz respeito às regras de delimitação de recursos.

O Quadro 20, a seguir, demonstra a ocorrência do princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos), ao mostrar a incidência de normas referentes a fontes de financiamento

da saúde (criação, alteração, manutenção e extinção de fontes tributárias e fundos) que dependem de normas constitucionais. Nele, observam-se constantes alterações nas fontes de recursos destinados à saúde, como criação de fundos e de tributos, prorrogação de fundos, extinção de fundos e de tributos.

**Quadro 20** - Ocorrência do princípio 1A (delimitação de fronteiras de recursos).

<b>Norma/Ano</b>	<b>Enquadramento</b>	<b>Conteúdo</b>
CF/88	195, I, II, III, IV, § 1.º	Define fontes de financiamento da seguridade social
CF/88 (ADCT)	55	30% do orçamento da seguridade social para a saúde (excluído o seguro-desemprego)
CF/88 (ADCT)	56	Alíquota de 0,5% da contribuição social como fonte da seguridade social
ECR 1/1994	71	Cria o FSE para 1994 e 1995
ECR 1/1994	72, I, VI, § 1º	FSE Fontes de recursos que integram o FSE
EC 10/1996	71	Prorroga o FSE para 1996 e 1997
EC 10/1996	72, II, III, IV, § 2.º, § 3.º, § 4.º, § 5.º	Fontes de recursos que integram o FSE
EC 10/1996	71	Prorroga o FSE para 1996 e 1997
EC 17/1997	72, I	Fontes de recursos que integram o FSE
EC 20/1998	195, I, II	Altera fontes de financiamento Contribuição social sobre empregador e trabalhador
EC 20/1998	195, § 8.º	Altera fontes de financiamento Contribuição social sobre produtor (isenção para produtor, meeiro e arrendatário rurais e pescador artesanal)
EC 21/1999	75	CPMF (Prorrogação de 1999 a 2001), Alíquota de 0,30% nos primeiros 12 meses e de 0,38% nos meses seguintes. Resultado da alteração de alíquota destinado à Previdência Social
EC 27/2000	76	(DRU - Contribuições Sociais da União) 2000 a 2003
EC 27/2000	76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
EC n.º 29/2000	77, I	União - base corrigida pelo PIB) (Para 2000, é a base 1999; *1,05, corrigido pelo PIB de 2001 a 2004)
EC n.º 29/2000	77, II	Recursos mínimos em ASPS para os estados e DF: 12% da arrecadação dos impostos e transferências
EC n.º 29/2000	77, III	Recursos mínimos em ASPS para os municípios: 15% da arrecadação dos impostos e transferências
EC 37/2002	84	CPMF - Prorrogação até 2004 Alíquota de 0,38%, sendo 0,20% para ASPS
EC 42/2003	76	(DRU) Prorrogação de 2003 a 2007
EC 42/2003	76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
EC 56/2007	76	(DRU) Prorrogação até 2011
EC 68/2011	76	(DRU) Prorrogação até 2015

(continuação)

Norma/Ano	Enquadramento	Conteúdo
EC 68/2011	76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM excetuados
EC 86/2015	166, § 9.º	Limite de 0,6% para emendas parlamentares individuais para ASPS
EC 86/2015	166, § 10	Exclusão do cômputo para cálculo do limite mínimo para ASPS de 15% da receita corrente líquida
EC 93/2016	76	(DRU) Prorrogação até 2023
EC 93/2016	76, § 1.º	(DRU) FPE e FPM passam a ser incluídos na DRU
EC 93/2016	76-A	(DRU) receitas de impostos, taxas e multas dos estados
EC 93/2016	76-A, parágrafo único, incisos I, II e IV	(DRU) Prorrogação até 2023 Exclui ASPS e transferências obrigatórias e voluntárias
EC 93/2016	76-B	(DRU) receitas de impostos, taxas e multas dos municípios
EC 93/2016	76-A, parágrafo único, incisos I e IV	(DRU) Prorrogação até 2023 Exclui ASPS e transferências obrigatórias e voluntárias

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se, por meio do Quadro 20, que, de 1988 a 2000, ocorreram 12 alterações nas fontes de financiamento para a seguridade social, de 2000 a 2011, ocorreram 5 alterações e, após 2012, ocorreram 4 alterações, o que demonstra que a instabilidade tem diminuído no decorrer do tempo.

A falta de regras estáveis e claras dificulta a governança de um sistema orçamentário. Há, no SRO, a interação de pelo menos quatro grupos de atores (por vezes, com interesses conflitantes). Pelo lado da provisão, há o universo dos contribuintes, munindo o sistema com os recursos necessários. Num nível logo acima, está o Tesouro Nacional — ator organizacional de natureza estatal que atua como “guardião dos recursos” providos pelos contribuintes. Na divisa entre as funções de provisão e de apropriação, há uma “autoridade orçamentária”, responsável pela coordenação do processo da alocação de recursos, sem poder abrir mão do resguardo do equilíbrio global do sistema. Pelo lado da apropriação, estão os usuários e a coletividade (BARCELOS, 2012).

A falta de estabilidade acirra a disputa entre guardiões e *spenders*, denominações criadas por Wildavsky (1964), o que provoca subutilização dos recursos, a exemplo dos contingenciamentos orçamentários, ao provocar artificialmente superávit no final do exercício, quando os órgãos setoriais, como o Ministério da Saúde, já não possuem condições operacionais de realizarem despesas até o encerramento do exercício.

Pode-se comprovar que, em relação aos recursos destinados à saúde, a instabilidade das fontes é um aspecto que aumenta a dificuldade na alocação de gastos, tendo em vista a

necessidade de um horizonte temporal para planejamento, aprovação, execução e controle dos programas. Observa-se, no entanto, que, após a EC n.º 29/2000, houve maior estabilização nas fontes de financiamento (Conforme Quadro 20).

As regras referentes ao princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos) estão relacionadas, ainda, ao equilíbrio fiscal, que envolve um horizonte de planejamento necessário, para que não haja escassez de recursos e, também, para que não se provoque a penúria dos usuários.

Wade (1994), Ostrom (1990) e Agrawal (2003) defendem a existência de regras que estabeleçam ajuste de limites de arrecadação de tributos com a regeneração de recursos, que é a capacidade dos contribuintes. Assim, a grande instabilidade observada no período imediatamente posterior à aprovação da CF/88 até o ano de 2000 pode ter colaborado para a dificuldade de alocação de recursos para a saúde nesse período.

Na prática, o fato de as estimativas orçamentárias estarem sujeitas ao risco e à incerteza, dado que são feitas com base em informações complexas e incompletas, produz consequências importantes e inesperadas no processo como um todo (BARCELOS, 2012). Esse aspecto é evidenciado ao se identificar constantes alterações nas fontes de recurso para a saúde, sobretudo antes da aprovação da EC n.º 29/2000.

De acordo com Agrawal (2003), fontes de recursos, além de bem definidas, devem ser previsíveis. Assim, a incidência do princípio 1A no sistema orçamentário da saúde tem atuado como um aspecto que traz dificuldades à governança orçamentária, em vista da instabilidade (criação, alteração e extinção) das fontes de recursos para o financiamento da saúde ao longo do tempo, apesar de maior estabilidade em anos mais recentes.

Por sua vez, o princípio 1B (Delimitação de fronteiras de usuários), definido na própria CF/88, estabelece quem são os usuários dos serviços públicos de saúde, não havendo dificuldades na delimitação, por se tratar de um serviço universal. A Lei n.º 8.080/1990 e o Decreto n.º 7.528/2011 (que a regulamenta) também complementam a definição e a delimitação dos usuários do SUS, buscando atender ao princípio da universalidade. A questão mais sensível, no entanto, é quando se trata das regras para alocação de recursos (Princípio 2A, tratado a seguir), principalmente pela diversidade local e regional em uma Federação composta por 5.570 municípios, onde estão situados os usuários dos serviços de atenção básica. Essa diversidade de usuários dos recursos da saúde e o número de entes podem proporcionar grandes dificuldades na alocação.

As regras de fronteira de usuários dizem respeito à definição acerca de quem pode utilizar, de quem deve prover, de quem irá gerenciar e de quem poderá excluir os demais

usuários de tais direitos, impactando fortemente o nível de confiança e de cooperação mútuas entre os participantes (OSTROM, 2008).

Estabelecer fronteiras de usuários em um SRO significa definir, claramente, os atores, seus direitos e deveres (suas jurisdições). Para Barcelos (2012), ao contrário do clássico sistema de recursos naturais comuns, no qual o participante acumula, de maneira transparente e simultânea, as funções de provedor e de apropriador, no SRO, essa relação não é tão simples. O SRO, na saúde, engloba um grande número de atores, que varia em relação a seus papéis e a suas capacidades. Quando não se possui usuários claramente definidos, a alocação orçamentária passa a ser discricionária, muitas vezes em benefício daqueles que já recebem mais recursos.

Feitas as considerações a respeito do bloco I, é preciso comentar, em relação aos princípios englobados no bloco II, os aspectos facilitadores ou dificultadores no financiamento da saúde.

O bloco II, que trata das regras de alocação e utilização de recursos, é composto pelos princípios 2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais e 2B Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social).

Na observância do princípio 2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais, os entes públicos devem considerar os objetivos definidos na CF/88, para o estabelecimento das políticas públicas. A Lei n.º 8.080/1990, que é a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a Lei n.º 8.142/1990 (também uma LOS), o Decreto n.º 7.508/2011 e a LC n.º 141/2012, que regulamentou a EC n.º 29/2000, também definem critérios a serem seguidos para alocação, distribuição e descentralização de recursos para a saúde.

Ao se analisar a ocorrência desse princípio nas normas reguladoras da saúde, observa-se, primeiramente, que a CF/88 (na parte atualizada pela EC n.º 29/2000) estabeleceu que uma lei complementar (LC n.º 141/2012) definiria os critérios para rateio dos recursos da União para os demais entes, e dos estados para seus respectivos municípios. O que ocorreu, porém, foi que essa lei só foi aprovada em 2012 (LC n.º 141/2012), doze anos após as definições constitucionais, acarretando consequências negativas. Enquanto a lei complementar não era aprovada, permaneciam as regras contidas na Lei n.º 8.080/1990 (art. 35), sem regulamentação. A Lei n.º 8.142/1990, por outro lado, determinava que, enquanto não houvesse regulamentação do art. 35 da Lei n.º 8.080/1990, deveria ser aplicado, exclusivamente, o critério populacional, previsto no parágrafo 1.º do citado artigo, para descentralização dos recursos para a saúde.

Outra questão é que a EC n.º 29/2000 estabeleceu valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sem definição de quais ASPS seriam contemplados, problema que foi tratado apenas com a aprovação da LC n.º 141/2012.

Um terceiro problema relacionado a critério de alocação de recursos é a forma de correção dos valores prevista na EC n.º 29/2000, que provocava divergência de interpretações entre os órgãos envolvidos no planejamento, execução e controle dos recursos (Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde e Advocacia-Geral da União), conforme Decisão n.º 143, de 20 de março de 2002, do Tribunal de Contas da União (TCU). Essa questão perdurou desde a aprovação da EC n.º 29/2000 até 20/03/2002, quando o TCU estabeleceu que o critério de correção dos valores deveria ser realizado pela chamada base móvel, ou seja, a cada ano, ao invés de se utilizar o ano-base de 2000 (Piola *et al.*, 2013).

No entanto, a LC n.º 141/2012 repetiu os mesmos critérios da Lei n.º 8.080/1990 e, ainda, revogou o parágrafo 1.º do artigo 35 da Lei n.º 8.080, o que não resolveu o problema da dificuldade de aplicação dos critérios para o rateio dos recursos. Atualmente, os entes seguem os parâmetros fixados pelos respectivos conselhos de saúde, previsto no art. 20 da LC n.º 141/2012.

A grande multiplicidade de normas é outro aspecto a ser considerado, o qual foi facilitado após a aprovação, em 3 de outubro de 2017, da Portaria de Consolidação n.º 6 do MS, que consolidou as normas internas (152 portarias do MS) sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para ASPS do SUS.

Em suma, são os seguintes os principais aspectos relacionados a esse princípio: a) a existência de critérios complexos e sobrepostos para a alocação de recursos, previstos na Lei n.º 8.080/90, e que não foram regulamentados; b) a falta de definição da alocação de recursos para ASPS por um período de 10 anos; c) a falta de clareza nos critérios de atualização de valores mínimos previstos na EC n.º 29/2000; e d) a existência de grande multiplicidade de normas que tratam de financiamento da saúde.

De acordo com Barcelos (2012) e Ostrom (1990), sistemas orçamentários amplos, especialmente em regimes federativos, tendem a enfrentar uma enorme variedade de contextos, tanto no aspecto territorial quanto no setorial, demandando um grau substancial de flexibilidade na concepção e na aplicação das regras de governança. Em contexto como o do financiamento da saúde, é desejável que as regras de alocação de recursos apresentem congruência com a diversidade das condições locais e dos usuários, devendo, ao mesmo tempo, propiciar a preservação dos recursos e evitar a degradação dos serviços e das condições dos usuários. Como critério crítico para esse princípio, Agrawal (2003) e Baland & Platteau (1996) defendem que as regras de utilização de recursos devem ser claramente definidas, o que evita problemas como a utilização por usuários oportunistas, ou a sobreutilização, ou, ainda, a subutilização.

Para o CONASS (2011b), a adoção prévia de critérios para orientar os repasses tem pelo menos duas vantagens: (a) nos sistemas descentralizados, como é o caso do SUS, em que boa parte dos recursos utilizados na ponta do sistema é oriunda de transferências de outras esferas, a existência de critérios objetivos, previamente definidos, para o repasse de recursos dá maior transparência ao processo de alocação; (b) esse mesmo fato confere maior segurança à instância de governo que recebe os recursos, que poderá estimar, com antecedência, o que vai receber.

Observa-se, portanto, que, após a aprovação da LC n.º 141/2012, ocorreu melhoria e clareza nos critérios de alocação de recursos, o que pode ser interpretado como um aspecto facilitador.

Entretanto, vários aspectos relatados neste princípio atuam como dificultadores da boa governança orçamentária. Ao tratar das inconsistências nos critérios de repasse de recursos, Piola *et al.* (2013) analisam os dispositivos da LC n.º 141/2012, a qual preconiza que o rateio deve observar as necessidades de saúde da população e as dimensões demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, entre outras (art. 17). Para Piola *et al.* (2013), necessidades de saúde têm, pelo menos nas fórmulas de alocação de recursos conhecidas, essas três dimensões como as mais importantes. Os autores questionam como conciliar, em uma mesma fórmula, critérios que premiam a equidade e critérios que premiam a eficiência. Para os autores, seria melhor transferir uma parte maior dos recursos federais com base em critérios de equidade e uma parte menor por meio de metas qualitativas e quantitativas. Conforme esses mesmos autores, não é uma tarefa trivial tentar incorporar, em uma fórmula de distribuição de recursos, quase uma dezena de dimensões e requisitos, a menos que houvesse uma utilização parcial e isolada de diferentes dimensões e critérios. Os autores afirmam que todos os repasses vigentes atenderiam a, pelo menos, um dos critérios previstos.

No que tange ao princípio 2B - Congruência entre usuários e recursos, referente à previsão de mecanismos que proporcionem sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social, esse ocorre na CF/88, na LC n.º 101/2000 (LRF) e na LC n.º 141/2012.

Um critério crítico para esse princípio é que as normas estabeleçam mecanismos que assegurem a sustentabilidade dos recursos orçamentários, e como condições críticas é que as regras sejam simples e fáceis de entender e que haja facilidade de aplicação (PINTO, 2014). Pela observação das normas analisadas, um exemplo é a maior clareza quando a LC n.º 141/2012 especifica a delimitação dos gastos a serem incluídos em ASPS.

Para Barcelos (2012), haverá congruência entre usuários e recursos se o regime de governança orçamentária for capaz de evitar tanto a sobreutilização dos recursos quanto a

penúria das condições de vida enfrentadas pelos usuários. Nesses casos, é presumível que as instituições orçamentárias sejam compostas por regras que persigam concomitantemente a sustentabilidade fiscal (consumo equilibrado dos recursos), a sustentabilidade organizacional (atenção à estrutura produtiva e organizacional do sistema) e a sustentabilidade social e política do sistema (atenção às necessidades básicas dos usuários e legitimidade do sistema representativo).

No que diz respeito ao bloco III (Processo de decisão), esse é composto pelos arranjos de decisão coletiva, subagrupados em P3A - Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação) e P3B - Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras), os quais têm incidência na Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990, na LC n.º 101/2000 (LRF), no Decreto n.º 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012.

Ao se analisar o número de entes subnacionais envolvidos na alocação de recursos da saúde, já se percebe a grande quantidade e diversidade de atores envolvidos, ou seja, pelo menos 5.570 (que equivale ao número de municípios). No entanto, além dos entes públicos envolvidos, há outros atores, sejam representantes de usuários, de entes públicos, de servidores, de profissionais, sejam aqueles que participam da produção e da prestação de serviços privados.

Uma solução para lidar com grande número de atores são os arranjos de decisão coletiva, essenciais para a atuação no ambiente das políticas públicas de saúde, e previstos na própria CF/88, na Lei n.º 8.080/1990, na LC n.º 101/2000 e na LC n.º 141/2012.

A atuação desses atores efetiva-se, primordialmente, por meio de comissões e conselhos. Os entes públicos são representados principalmente nas comissões intergestores, enquanto os demais atores são representados nos conselhos. As Comissões Intergestores são divididas em 486 Comissões Intergestores Regionais (CIR), 26 Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os conselhos são divididos em: 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Verifica-se, portanto, que o número de atores é consideravelmente elevado, mesmo considerando-se a previsão de arranjos de decisão coletiva, como os citados anteriormente. O CONASEMS, por exemplo, possui 5.570 membros. O CNS, em 28/08/2018, possuía 49 representantes, conforme relação disponibilizada em seu sítio eletrônico. Observa-se que a Lei n.º 8.142/1990 dispõe que o CNS, órgão colegiado, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

De acordo com Ostrom (1990) e Barcelos (2012), a concepção e alteração compartilhada das regras favorece a robustez dos regimes de governança, isso porque a participação ampla aumenta a sensibilidade do regime às transformações do seu contexto, reduzindo o tempo e o custo de adaptação. Os agentes envolvidos e os usuários de um sistema orçamentário tendem a aderir e a respeitar melhor as normas de cuja formulação ou alteração eles participam. Contudo, o grande número de envolvidos no sistema de saúde, que se utilizam das arenas de discussão para a defesa de seus interesses (que, muitas vezes, podem ser conflitantes), é um aspecto que pode atuar como um dificultador do sistema de governança.

Segundo Ostrom (1990) e Agrawal (2003), regras de gestão e acesso definidas localmente são condições críticas para o sucesso de uma governança de recursos comuns, pois agentes e usuários cumprem mais facilmente as regras pelas quais eles se sentem legitimados. No entanto, é possível observar, ainda, que a grande diversidade e multiplicidade de atores torna-se um aspecto crítico na condução das políticas de saúde, principalmente as relacionadas à alocação de recursos orçamentários para os entes públicos, especialmente os municípios, o que faz aumentar as chances de conflito e o tempo de negociação na definição das políticas.

Por sua vez, o bloco IV (Processo de controle) agrupa os princípios 3C - Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos), 4 - Monitoramento de usuários e recursos e o 5 - Sanções graduais.

O princípio 3C — Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos) — possui incidência na LC n.º 101/2000, no Decreto n.º 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012, e diz respeito aos instrumentos para que os arranjos de decisão coletiva disponham de informações suficientes e atualizadas, sempre que necessário, as quais devem estar institucionalizadas para permitir esse fluxo constante e suficiente a ser disponibilizado aos tomadores de decisão. Há dois marcos legais importantes relacionados a esse princípio: a LC n.º 101/2000, que, no art. 67, previu a disponibilização de informações, de forma regular, para atuação do conselho de gestão fiscal, e a LC n.º 141/2012, que enfatizou a disponibilização de informações aos conselhos de saúde e aos tribunais de contas em atuação em cada ente público, para que eles pudessem atuar de forma mais efetiva (arts. 17, 19, 31, 39 e 41, por exemplo).

A integralidade de atendimento a esse princípio implica que os atores possam reconhecer, de maneira fácil e sistemática, o panorama que sintetiza o estado geral de um SRO e associar as condições do sistema às causas correspondentes (BARCELOS, 2012), aspecto que atua como facilitador da boa governança orçamentária. Conforme esse autor, o P3C está conectado à suposição de que as decisões orçamentárias e seus impactos são observáveis e mensuráveis pelos atores do sistema, de modo a permitir o reconhecimento não só de

conformidades, mas também de desvios, na relação entre o sistema e os cursos de ação, e as autoridades responsáveis por esses. Isso é de fundamental importância na governança dos recursos da saúde, pois, quanto maior a transparência na utilização dos recursos, menor será a possibilidade de desvios ou de condutas inapropriadas.

Já o princípio 4 (Monitoramento de usuários e recursos) possui incidência na CF/88, na Lei n.º 8.080/1990, na EC n.º 29/2000, no Decreto n.º 7.508/2011, na LC n.º 141/2012 e no Decreto n.º 7.827/2012, e está relacionado aos instrumentos e às medidas disponíveis para o exercício das atividades de monitoração, acompanhamento, fiscalização e controle. O Decreto n.º 7.827/2012 foi um importante marco nesse sentido, ao definir os instrumentos a serem disponibilizados pelo SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), proporcionando meios para a elaboração automática de demonstrativos e para a integração do módulo de acompanhamento e monitoração dos limites aos órgãos de fiscalização e controle com o sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação.

O instrumento é mantido pelo Ministério da Fazenda, com o objetivo de realizar controle dos recursos destinados a ASPS, previstos no art. 198, § 2.º, incisos II e III, da CF e no art. 25 da LC n.º 101/2000. Entretanto, é na LC n.º 141/2012 que houve uma maior preocupação em estabelecer instrumentos que disponibilizassem informações aos tribunais de contas, ao Ministério Público, aos conselhos de saúde e ao Poder Legislativo, no âmbito de atuação de cada ente federativo, conforme os artigos 19, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41 e 42.

De acordo com Ostrom (1990), sistemas de recursos comuns devem possuir mecanismos de monitoramento de usuários, que são pré-condição para a aplicação de sanções para casos de descumprimento das regras, sendo um mecanismo facilitador para a governança. O monitoramento é mais eficaz quando acompanhado de sanções graduais, pois mais importante do que o efeito punitivo é o efeito preventivo de condutas inapropriadas.

O princípio 5 (Sanções graduais), que também integra o bloco IV, possui incidência na LC n.º 101/2000 (LRF), no Decreto 7.827/2011 e na LC n.º 141/2012. A LC n.º 101/2000 estabeleceu sanções aos entes da Federação que não cumprissem os limites de gasto máximos definidos. A Lei n.º 8.080/1990 e o Decreto n.º 7.827/2011 também demonstraram preocupação no estabelecimento de mecanismos sancionatórios para o descumprimento de limites de gasto, mas foi a LC n.º 141/2012 que reforçou as sanções aplicáveis ao descumprimento dos limites de gasto mínimos pelos entes da Federação, conforme os arts. 25, 26, 39 e 46.

A existência de sanções proporcionais é condição crítica para a boa governança de um SRO (AGRAWAL, 2003; OSTROM, 1990). Porém, a previsão de sanções deve estar

previamente acompanhada de um sistema de monitoramento e avaliação (*op. cit.*). De acordo com Barcelos (2012), um SRO deve prever sanções realistas e proporcionais ao grau de severidade das infrações cometidas e estar autorizado a aplicá-las contra quem se desvia das regras, devendo, porém, possuir um efeito preventivo, no sentido de desencorajar desvios de comportamento sistemáticos.

Por fim, quanto à identificação dos aspectos relevantes da incidência dos blocos de princípios no sistema orçamentário, tem-se o bloco V (Coordenação do sistema), formado pelos princípios 6 - Instrumentos para resolução de conflitos, 7 - Legitimidade para decidir sobre questões inerentes e 8 - Governança baseada em instituições acopladas.

Com relação ao princípio 6 (Instrumentos para resolução de conflitos), sua ocorrência não foi identificada explicitamente nas normas sobre financiamento da saúde. É interessante observar, no entanto, que os mecanismos de decisão coletiva, previstos nos princípios 3A e 3B, poderiam, nesse caso, ser interpretados e utilizados como forma de resolução de conflitos entre os entes públicos e demais atores do sistema.

Por sua vez, o princípio 7 (Legitimidade para decidir sobre questões inerentes), que define que as autoridades orçamentárias sejam dotadas de autoridade e de autonomia para tomada de decisões nas questões que lhes são pertinentes, tem incidência na Lei n.º 8.080/1990 e no Decreto 7.508/2011. Entretanto, é neste que houve importante alteração na previsão de atuação dos entes públicos, ao prever que as decisões sejam tomadas após a oitiva dos conselhos de saúde no âmbito de atuação de cada ente, conforme preconizado no art. 15 do mencionado decreto.

De acordo com Barcelos (2012), quando as autoridades superiores respeitam o direito das jurisdições de se auto-organizarem e de decidirem sobre as questões que lhes são inerentes, entende-se que o princípio está fortemente presente na estrutura de governança. Nesse caso, haverá incentivos para que as jurisdições de hierarquia inferior desenvolvam suas próprias soluções ao gerenciamento de seus recursos, que tenderão a ser mais funcionais. Ostrom (1990) e Agrawal (2003) estabelecem como condição crítica de sucesso para a governança de recursos comuns a previsão de regras de gestão e acesso definidas localmente, que, no caso das políticas de saúde, são nos estados, nos municípios e nas regiões de saúde, havendo, ainda, a atuação de comissões intergestores e de conselhos no âmbito dos entes federativos.

Já o princípio 8 (Governança baseada em instituições acopladas) tem incidência na CF/88, na Lei n.º 8.080/1990 e na LC n.º 141/2012. Está estabelecido, primordialmente, na própria CF/88, ao estabelecer que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade (art. 194) e que ASPS integram uma

rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com *direção única em cada esfera de governo* e com *participação da comunidade* (art. 198).

A condução integrada e a coordenação do sistema, inseridas no bloco V, estão previstas, ainda, na Lei n.º 8.080/1990, no Decreto n.º 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012. A Lei n.º 8.080/1990 (art. 30), por sua vez, prevê a participação das comissões intergestores na pactuação de ASPS desempenhados pelos entes federativos. Da mesma forma, o Decreto n.º 7.508/2011 (art. 15) prevê que o processo de planejamento da saúde será ascendente e *integrado, do nível local até o federal*, ouvidos os respectivos *Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros*. Portanto a coordenação do sistema envolve a integração entre os entes federativos, as comissões intergestores e os conselhos, fazendo com que o elevado número de atores envolvidos aumente a complexidade na condução das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, a dificuldade nas decisões sobre alocação de recursos. Os entes públicos, na condução das decisões, como pode ser observado no art. 30 da Lei n.º 8.080/90 e no art. 15 do Decreto n.º 7.508/2011, dependem de pactuações de comissões intergestores e de deliberações dos conselhos, tornando sobremaneira complexa a coordenação do sistema.

Assim, um aspecto que não pode ser olvidado é a necessidade de integração e coordenação entre as três esferas de governo. Nesse sentido, cabe à União o papel de planejar, coordenar e integrar os serviços prestados na atenção básica, e aos municípios cabe o papel principal de executar as políticas de saúde relacionadas à atenção básica; aos estados, por seu turno, cabem as atividades de coordenação regional das políticas de saúde.

Atividades como apropriação, provisão, monitoramento, *enforcement* (cumprimento das regras), resolução de conflitos e outras funções da governança devem ser arranjadas em múltiplos níveis organizacionais, a fim de que sejam exercidas nos menores níveis possíveis (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012). Os autores defendem essa condição como critério crítico para a boa governança. No entanto, a complexidade da rede de atores, o número de entes públicos e o número de arranjos de decisão coletiva fazem com os aspectos abordados nesse princípio atuem como um dificultador da boa governança orçamentária.

Levando-se em conta aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS possui uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder, com vistas a assegurar a participação dos estados e municípios na elaboração das políticas e programas, no planejamento nacional, na alocação

de recursos financeiros e na tomada de decisões nos rumos da política de saúde no país (BRASIL, 2016a).

Essa configuração das relações intergovernamentais do SUS está definida na CF/88 (Capítulo II, seção II) e na Lei n.º 8.080/1990 (Capítulo IV), que contêm os fundamentos da organização federativa da política de saúde no Brasil e estabelecem que a distribuição de competências entre as esferas de Estado deve compatibilizar os princípios de descentralização e unicidade, compondo um sistema de saúde com comandos no âmbito nacional, estadual e local, articulados de forma regionalizada com o objetivo de integrar ASPs em todo o país. (BRASIL, 2016a).

Conforme Schneider (2005), a produção de políticas públicas, a problematização e o processamento político de um problema social não configuram mais um assunto exclusivo de uma hierarquia governamental e administrativa integrada, mas da que se encontra em redes, nas quais estão envolvidas organizações públicas e privadas, como é o caso das políticas de saúde.

O Quadro 21, apresentado na sequência, sintetiza os aspectos que contribuem de modo a facilitar ou dificultar a gestão orçamentária dos recursos da saúde.

**Quadro 21** - Aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde.

<b>Dimensões (Blocos de princípios)</b>	<b>Categorias de análise (Princípios de governança orçamentária)</b>	<b>Norma e aspecto analisado</b>	<b>Contribuição</b>
IA - Delimitação e especificação de recursos	1A - Delimitação de fronteiras de recursos	CF/88 e Emendas Constitucionais (Quadro 20): instabilidade nas fontes de recursos	Dificulta
IB - Delimitação e especificação de usuários	1B - Delimitação de fronteiras de usuários	CF/88, Lei n.º 8.080/1990 e Decreto n.º 7.528/2011: diversidade dos usuários dos recursos da saúde e número de entes que podem trazer dificuldades de alocação.	Dificulta
II - Regras de alocação e utilização de recursos	2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais	CF/88, Lei n.º 8.080/1990, Lei n.º 8.142/1990, Decreto n.º 7.508/2011, LC n.º 141/2012: diversidade de critérios de alocação; complexidade de critérios, falta de definição de gasto e ausência de clareza devido à sobreposição de critérios e ao grande número de normas internas (152)	Dificulta
	2B - Congruência entre usuários e recursos (sustentabilidade fiscal, organizacional, política e social)	CF/88 (arts. 194 e 195), LC N.º 101/2000 (arts 14, 16 e 19), LC n.º 141/2012 (arts. 2.º, 3.º, 4.º e 30)	Facilita
III - Processo de decisão	3A - Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação)	Lei n.º 8.080/1990, na Lei n.º 8.142/1990, na LC n.º 101/2000, no Decreto 7.508/2011 e na LC n.º 141/2012. Presença de 5.570 municípios. As comissões intergestores são divididas em 486 comissões intergestores regionais (CIR), 26 comissões intergestores bipartite (CIB) e, no âmbito nacional, uma Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	Dificulta
	3B - Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras)		
IV - Processo de controle	3C - Informações para decisão coletiva (observabilidade das decisões e de seus impactos)	LC n.º 101/2000, Decreto n.º 7.508/2011 e LC n.º 141/2012.	Facilita
	4 - Monitoramento de usuários e recursos	CF/88, Lei n.º 8.080/1990, EC n.º 29/2000, Dec. 7.508/2011, LC n.º 141/2012 e Dec. 7.827/2012.	Facilita
	5 - Sanções graduais	LC n.º 101/2000, Dec. 7.827/2011 e LC n.º 141/2012.	Facilita
V - Coordenação do sistema	6 - Instrumentos para resolução de conflitos		
	7 - Legitimidade para decidir sobre questões inerentes	Lei n.º 8.080/1990, Decreto n.º 7.508/2011.	Facilita
	8 - Governança baseada em instituições acopladas	CF/88, Lei n.º 8.080/1990 e LC n.º 141/2012: complexidade da rede de atores, número de entes públicos e número de arranjos de decisão coletiva.	Dificulta

Fonte: Elaborado pelo autor.

A respeito do conteúdo do Quadro 21, antes mostrado, foi desenvolvida uma classificação dicotômica de fatores *facilitadores* ou *dificultadores*, que levou à discussão dos aspectos que demonstram o comportamento da gestão orçamentária.

No caso do princípio 1A (Delimitação de fronteiras de recursos), trata-se da instabilidade nas fontes de recursos para a saúde, em decorrência das constantes alterações nas fontes de financiamento da saúde, sobretudo no período de dois anos após a aprovação da CF/88. A instabilidade nas fontes é um aspecto que aumentou a dificuldade na alocação de gastos, em vista da necessidade de um horizonte temporal mínimo para que as políticas públicas sejam negociadas, aprovadas e executadas.

Os autores como Wade (1994), Ostrom (1990) e Agrawal (2003) defendem a importância de regras que estabeleçam ajuste de limites de coleta com a regeneração de recursos. A grande instabilidade observada de 1988 a 2000 concorreu para a dificuldade de alocação de recursos para a saúde nesse período, já que ocorreram 12 alterações constitucionais (por meio de emendas), que acarretaram instabilidade e incerteza nos montantes destinados à saúde para as três esferas de governo.

De acordo com Agrawal (2003), fontes de recursos, além de bem definidas, devem ser previsíveis. Assim, a incidência desse princípio no sistema orçamentário da saúde tem atuado como um aspecto que traz dificuldades à governança orçamentária, dada a instabilidade (criação, alteração e extinção) das fontes de recursos para o financiamento da saúde ao longo do tempo, apesar de maior estabilidade em anos recentes.

Quanto à incidência do princípio 1B (Delimitação de fronteiras de usuários), o aspecto analisado diz respeito à diversidade de usuários e ao número de entes que podem trazer dificuldades de alocação de recursos.

As regras de fronteira de usuários dizem respeito à definição acerca de quem pode utilizar, de quem deve prover, de quem irá gerenciar e de quem poderá excluir os demais usuários de tais direitos, impactando o nível de confiança e de cooperação mútuas entre os participantes (OSTROM, 2008).

Para Barcelos (2012), ao contrário do clássico sistema de recursos naturais comuns, no qual o participante acumula, de forma transparente e simultânea, as funções de provedor e de apropriador, no SRO, essa relação não é tão singela. O sistema de recursos na saúde engloba um grande número de atores, que variam em relação a seus papéis e a suas capacidades. Quando não há usuários claramente definidos, a alocação orçamentária passa a ser discricionária, muitas vezes em benefício daqueles que já recebem mais recursos.

Um aspecto importante, ressaltado por Wildavsky (1964), é a disputa realizada entre aqueles que cuidam da gestão dos recursos do Tesouro Nacional e aqueles que são responsáveis por planejar e executar as políticas públicas. Esse jogo, embora faça parte da gestão dos recursos orçamentários, muitas vezes acaba por dificultar a alocação de recursos por parte dos órgãos setoriais (no caso, o Ministério da Saúde, o SUS e as secretarias estaduais e municipais), pois os *savers* têm interesse em reservar ao máximo os recursos no Tesouro Nacional, enquanto os *spenders* têm interesse em alocar mais recursos para suas políticas públicas. No entanto, é notório que aqueles que estão no papel de *spenders* e outros agentes responsáveis pelo controle social não possuem todas as informações (assimetria de informação) que lhes possibilitem negociar em condições de igualdade.

No tocante ao princípio 2A (Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais), os aspectos analisados são a diversidade de critérios de alocação, a complexidade de critérios, a falta de definição de gasto e a ausência de clareza devido à sobreposição de critérios e ao grande número de normas internas (a Portaria de Consolidação n.º 6, de 2017, consolida 152 portarias do MS sobre descentralização e transferência de recursos aos entes e prestadores de serviço).

Conforme Ostrom (1990) e Barcelos (2012), sistemas orçamentários amplos, em regimes federativos, tendem a enfrentar uma enorme variedade de contextos, tanto no aspecto territorial quanto no setorial, demandando um grau substancial de flexibilidade na concepção e na aplicação das regras de governança. Por outro lado, Baland & Platteau (1996) e Agrawal (2003) defendem que as regras de utilização de recursos devem ser claramente definidas, o que evita problemas, como utilização dos recursos por usuários oportunistas, ou mesmo sobreutilização ou subutilização desses recursos.

Observa-se que, após a aprovação da LC n.º 141/2012, ocorreu melhoria e clareza nos critérios de alocação de recursos, o que pode ser interpretado como um aspecto facilitador. Todavia, vários aspectos relatados nesse princípio atuam como um dificultador da boa governança orçamentária, já tratados, como a existência de critérios complexos e sobrepostos para alocação de recursos, previstos na Lei n.º 8.080/1990, e a existência de grande multiplicidade de normas que tratam de financiamento da saúde, que dificultam, inclusive, a atuação dos órgãos envolvidos no monitoramento e na fiscalização.

Ao tratar das inconsistências nos critérios de repasse de recursos, a partir da análise dos dispositivos da LC n.º 141/2012, Piola *et al.* (2013) argumentam acerca da possibilidade de se conciliar, em um mesmo padrão de distribuição de recursos, critérios que premiam a equidade com aqueles que recompensam a eficiência. Essa dificuldade é evidenciada na

alocação desigual de recursos entre os entes subnacionais, podendo-se verificar grandes disparidades, como municípios que alocam R\$ 50,00 *per capita* anuais e municípios que alocam valores acima de R\$ 3.500,00 *per capita*. Em termos de média de gastos de municípios por estado na atenção básica, observa-se variação de R\$ 207,00 (PA) a R\$ 752,00 (SC), em 2014 (dados da pesquisa).

No que se refere ao bloco III (Processo de decisão), que engloba P3A — Arranjos de decisão coletiva (decisões de mobilização e de alocação) — e P3B — Arranjos de decisão coletiva (mudança de regras) —, o aspecto avaliado trata do grande número de atores, especialmente os municípios (5.570).

Com relação às políticas de saúde, cabe às três esferas, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, elaborar normas para regular a contratação de serviços privados, gerenciar recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas e planos de saúde, entre outros (BRASIL, 2016a). Essas atribuições, das quais participam os entes públicos, são capitaneadas pelas Comissões Intergestores, divididas em 486 CIR, 26 CIB e, em nível nacional, a CIT.

Além do aspecto federativo, a governança orçamentária do SUS é composta, também, por espaços onde a sociedade atua, na política de saúde, nas três esferas de governo, que são espaços institucionais presentes em cada esfera de governo, voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2016a). Esses grupos de atuação estão representados pela seguinte distribuição: 26 Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos estados (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A atuação de órgãos de decisão aproxima os usuários e atores nas negociações sobre as políticas envolvidas. O grande benefício é que as regras de gestão e acesso definidas localmente são condições críticas para o sucesso de uma governança de recursos comuns, pois agentes e usuários cumprem mais facilmente as regras pelas quais se sentem legitimados (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003).

Contudo, com relação ao universo de atores envolvidos nas políticas públicas de saúde no Brasil, verifica-se que o número é consideravelmente elevado, mesmo considerando a previsão de arranjos de decisão coletiva.

Quanto ao bloco V, destaca-se, na análise dos aspectos que facilitam ou dificultam a governança orçamentária na saúde, o princípio 8 (Governança baseada em instituições

acopladas), que diz respeito à complexidade da rede de atores, ao número de entes públicos e de arranjos de decisão coletiva.

Um critério crítico para a existência da boa governança é a necessidade de arranjos institucionais e organizacionais em múltiplos níveis organizacionais, a fim de que sejam exercidos nos menores níveis possíveis (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012). Esse aspecto é particularmente importante para o SUS, em vista dos princípios que guiam a atuação dos atores nas políticas de saúde, como universalização, descentralização, autonomia, e participação e controle social.

A governança na saúde, de acordo com Lima *et al.* (2016), expressa relações de *dependência, interação e acordos* estabelecidos entre diversos atores (relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade), cujos interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns (negociados), de modo a assegurar (ou não) o direito ao acesso universal à saúde.

Observa-se que a dinâmica dessa governança federativa influencia e é influenciada por diferentes atores sociais ou políticos, tais como a sociedade civil, que gera a demanda, a iniciativa privada, as instituições de ensino e pesquisa, os Poderes Legislativo e Judiciário, os órgãos de controle, a fiscalização e a defesa dos direitos, e outros órgãos do Executivo que atuam na área social ou de planejamento e orçamento (BRASIL, 2016a).

Segundo Schneider (2005), as políticas de saúde envolvem o conceito de redes, que são novas *formas de governança política* que refletem uma relação modificada entre Estado e sociedade e que são mecanismos de mobilização de recursos políticos em situações nas quais a capacidade de tomada de decisão, de formulação e implementação de programas é amplamente distribuída ou dispersa entre atores públicos e privados.

Para Lima (2016), somente por meio de planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores, os usuários terão acesso a um sistema de saúde integral e resolutivo.

Uma dificuldade fundamental em se encontrar uma definição consensual para a governança no setor de saúde, para Savedoff (2011), é que a governança opera em diversos níveis. Diante disso, questiona-se se a atuação por meio de comissões e conselhos realmente traz benefícios em termos de equidade, ou seja, se usuários de regiões mais pobres, por exemplo, recebem a devida atenção, ou se mecanismos de decisão coletiva simplesmente mantêm ou reforçam a iniquidade ou a desigualdade na sociedade brasileira.

Desse modo, após a análise da incidência dos princípios de governança orçamentária sobre as normas de financiamento da saúde, passa-se a analisar a composição dos recursos financeiros alocados na saúde.

## 4.2 A composição dos recursos financeiros alocados pelo governo para a área de saúde no período de 2002 a 2017

Este tópico da tese destina-se a identificar a evolução e a composição dos recursos financeiros alocados pelo governo para a área de saúde, no período de 2002 a 2017, de modo a se verificar como vem se comportando a alocação de gastos ao longo do período analisado, de acordo com cada estrutura de classificação, orçamentária ou financeira.

### 4.2.1 Análise por blocos de gasto

Ressalte-se que a classificação por blocos de gasto foi implantada em 2007<sup>14</sup> e não há dados dessa natureza referentes aos municípios nos anos de 2007 e 2008 no SIOPS, o que leva a se efetuar comparações apenas a partir do ano de 2009. Por esse motivo, não foi possível analisar o efeito da EC n.º 29/2000 sobre esse tipo de gasto, nesses dois anos.

**Tabela 3** - Gastos totais na atenção básica por esfera de governo (despesa liquidada)

Ano	Total federal na AB (R\$ bilhões)	Total estadual na AB (R\$ bilhões)	Total municipal na AB (R\$ bilhões)	Total gasto na AB (R\$ bilhões)
2007	14,34	0,12	*	14,46
2008	12,98	1,03	*	14,01
2009	14,16	1,09	14,43	29,68
2010	14,44	0,78	21,15	36,37
2011	15,53	0,61	19,50	35,64
2012	16,86	0,65	21,73	39,24
2013	17,00	0,92	21,77	39,69
2014	16,88	1,26	20,86	39,00
2015	15,82	0,95	19,77	36,54
2016	17,13	1,02	18,19	36,34
2017	16,76	0,86	19,64	37,26

Notas: Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS. \*Não constam dados no SIOPS. Valores atualizados pelo IPCA.

Ao se analisar os gastos somente na AB nos municípios, observa-se que esses apresentaram crescimento maior proporcionalmente quando comparados aos dos demais entes, sobretudo a União: essa apresentou crescimento de R\$ 14,16 bilhões para R\$ 16,76 entre 2009

<sup>14</sup> A título de esclarecimento, a classificação por blocos de gasto foi descontinuada em 2018.

e 2017, ao passo que os municípios apresentaram crescimento de R\$ 14,43 bilhões para R\$ 19,64 bilhões.

Quando se analisa o montante de gastos na AB por blocos de gasto por esfera de governo, entre 2012 e 2017, período após a aprovação da LC n.º 141/2012, verifica-se que houve um decréscimo geral nos valores: o dos municípios, de R\$ 21,73 bilhões para R\$ 19,64 bilhões (-9,6%), foi maior do que o da União, de R\$ 16,86 bilhões para R\$ 16,76 bilhões (-0,59%), enquanto o decréscimo total dos três entes foi de R\$ 39,24 bilhões para R\$ 37,26 bilhões (-5,3%).

**Tabela 4** - Participação dos entes no financiamento da AB nos municípios

Ano	Part. federal na AB/Total gasto na AB (%)	Part. estadual na AB/Total gasto na AB (%)	Part. municipal na AB/Total gasto na AB (%)
2007	99,2	0,8	*
2008	92,6	7,4	*
2009	47,7	3,7	48,6
2010	39,7	2,1	58,2
2011	43,6	1,7	54,7
2012	43,0	1,7	55,4
2013	42,8	2,3	54,8
2014	43,3	3,2	53,5
2015	43,3	2,6	54,1
2016	47,1	2,8	50,1
2017	45,0	2,3	52,7

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS. \*Não constam dados no SIOPS.

Com relação à proporção de gastos de cada esfera na AB em relação ao total de gastos na própria AB, nota-se que o aumento das despesas municipais fica evidenciado no aumento da participação desses entes na AB como um todo, cuja participação passa de 48,6%, em 2009, para 52,7%, em 2017, ao passo que a participação federal, embora praticamente estável, passa de 47,7% para 45,0%.

Entre 2012 a 2017, período após aprovação da LC n.º 141/2012, houve decréscimo da participação dos municípios na AB, de 55,4% para 52,7%, enquanto a participação da União cresceu de 43% para 45%.

A participação da União é relevante para os municípios. Embora essa participação venha decrescendo e a dos municípios venha aumentando ao longo dos anos, observa-se grande dependência dos municípios das regiões mais pobres de recursos federais, a exemplo dos municípios da região Norte, dos quais 47% recebem mais da União do que de arrecadação própria. Na região Centro-Oeste, destaca-se o estado de Goiás, onde a metade das administrações municipais tem menos receitas do que os repasses do SUS (BRASIL, 2013c).

O grau de dependência é menor nas regiões Sul e Sudeste, cujos municípios podem participar com maior volume de recursos próprios no financiamento do SUS. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o comprometimento de recursos orçamentários com a saúde é mais elevado: nos municípios nordestinos, é de 26% do orçamento, o que significa que as administrações municipais da região recebem repasses vinculados a ASPS em maior proporção do que recebem de outras transferências e receitas próprias (BRASIL, 2013c).

#### 4.2.1.1 Gastos por esfera nos municípios

As Tabelas 5 e 6 apresentam uma análise de como os gastos ocorrem entre os três entes (União, estados e municípios). Realiza-se comparação entre os anos de 2017 (situação atual) e 2012 (aprovação da LC n.º 141/2012).

**Tabela 5 - Gastos por esfera de governo (2012), em R\$ bilhões**

Tipo de gasto	União		Estados e DF		Municípios		Total
	(em R\$ bilhões)	%	(em R\$ bilhões)	%	(em R\$ bilhões)	%	
<b>Gasto líquido</b>	29,02	12,19	79,43	33,37	129,54	54,43	<b>237,99</b>
<b>Recursos próprios</b>	97,89	41,13	63,68	26,76	76,41	32,11	237,98
<b>Gasto total (*)</b>	97,95	31,40	84,50	27,08	129,54	41,52	311,98
<b>Valor líquido transferido ou recebido</b>	68,87	70,36	15,75	19,82	53,13	41,01	-

Notas: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS. 1 - Gasto líquido = Gasto total - Transferências efetuadas; 2 - Recursos próprios = Gasto total - Transferências recebidas. 3 - O Gasto total é a despesa orçamentária realizada (liquidada); o Gasto total é cumulativo com as transferências efetuadas e recebidas por outros entes, logo o valor constante em Gasto total é maior do que o gasto efetivamente realizado. Os dados foram obtidos do SIOPS, por categoria econômica, despesa liquidada.

(\*) O gasto total da União = Total das despesas com saúde consideradas em ASPS.

**Tabela 6 - Gastos por esfera de governo (2017), em R\$ bilhões**

Tipo de Gasto	União (Em R\$ bilhões)		Estados e DF (Em R\$ bilhões)		Municípios (Em R\$ bilhões)		Total
	(Em R\$ bilhões)	%	(Em R\$ bilhões)	%	(Em R\$ bilhões)	%	
<b>Gasto líquido</b>	33,96	13,45	75,92	30,07	142,63	56,48	252,51
<b>Recursos próprios</b>	101,58	40,21	68,84	27,25	82,21	32,54	252,63
<b>Gasto total (*)</b>	101,62	30,64	87,42	26,36	142,63	43,00	331,67
<b>Valor líquido transferido ou recebido</b>	67,62	66,57	7,08	9,33	60,42	42,36	-

Notas: Elaborado pelo autor, com base em dados do SIOPS. 1 - Gasto líquido = Gasto total - Transferências efetuadas. 2 - Recursos próprios = Gasto total - Transferências recebidas. 3 - O gasto total é a despesa orçamentária realizada (liquidada); o gasto total é cumulativo com as transferências efetuadas e recebidas por outros entes, logo o valor constante em gasto total é maior do que o gasto efetivamente realizado. 4 - Os dados foram obtidos do SIOPS, por categoria econômica, despesa liquidada.

(\*) O gasto total da União = Total das despesas com saúde consideradas em ASPS.

Por meio das Tabelas 5 e 6, verifica-se que os gastos líquidos e os gastos com recursos próprios realizados por cada ente público, diferentemente das demais análises anteriores, levam em conta os gastos realizados por cada ente *exclusivamente* nos municípios.

O Gasto líquido representa o dispêndio total realizado pelo ente público, subtraídas as transferências realizadas para outros entes, ou seja, o gasto direto realizado pelos próprios entes. O Gasto total representa o gasto realizado no próprio ente, somadas as transferências realizadas para outros entes, ou seja, é o que consta como execução orçamentária total. Assim, a melhor forma de se analisar os gastos de cada ente seria por meio do gasto com recursos próprios, que representa o gasto com as receitas realizadas pelos próprios entes.

Ao se analisar as despesas em saúde com *recursos próprios* para cada ente, em 2017, observa-se que os gastos federais totalizaram R\$ 101,58 bilhões, representando 40,21%, enquanto os estados realizaram gastos totais no valor de R\$ 68,84 bilhões, representando 27,25%, e os municípios, por sua vez, totalizaram R\$ 82,21 bilhões, o que representa 32,54% de um total de gastos em saúde de R\$ 252,63 bilhões para as três esferas de governo.

A Tabela 6 mostra que os municípios gastam mais do que os estados. Em termos de gasto líquido com saúde, ou seja, o gasto efetuado diretamente pelos próprios entes, os municípios representam 56,48% do gasto total da Federação, o que mostra a importância da atuação desses entes para as políticas de saúde, especialmente na AB.

Quando são comparados os gastos de 2017 (Tabela 6) com os de 2012 (Tabela 5), corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2017, percebe-se que os valores totais (soma das três esferas) gastos com recursos próprios em saúde vêm apresentando crescimento real de 6,15%, de R\$ 237,98 bilhões (em 2012) para R\$ 252,63 bilhões (em 2017). Observa-se, também, uma diminuição da participação federal, de 41,13% para 40,21%, em contrapartida a um crescimento da participação dos municípios, de 32,11% para 32,54%.

O esforço dos municípios tem impacto reduzido pela baixa arrecadação própria. A maioria deles tem um alto grau de dependência dos recursos federais, repassados por intermédio do SUS, do fundo de participação e das transferências estaduais. Uma avaliação das condições de financiamento nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, com dados de 2005, revelou que 68% dos municípios do Nordeste recebem do SUS mais do que arrecadam com tributos. Na Paraíba e no Piauí, nenhum município tem arrecadação própria em valor acima dos repasses do SUS (BRASIL, 2013c).

No que se refere às transferências realizadas entre os entes, analisando-se os gastos líquidos e os gastos com recursos próprios, verifica-se que a União aplicou R\$ 33,96 bilhões,

transferindo R\$ 67,66 bilhões para estados e municípios (66,5% dos recursos próprios). Os estados aplicaram R\$ 75,92 bilhões, recebendo R\$ 7,08 bilhões (9,3% do gasto líquido). Por fim, os municípios aplicam diretamente R\$ 142,63 bilhões, recebendo R\$ 60,42 bilhões da União e dos estados, o que representa 42,3% do gasto líquido, ou seja, quase a metade dos recursos alocados nos municípios é originária da União.

A EC n.º 29/2000 foi, sem dúvida, na opinião desses autores, o marco mais importante para a mudança de patamar ocorrida no gasto com ASPS no período analisado, possibilitando um incremento real de 112% no gasto das três esferas. Os gastos totais em 2017 foram de R\$ 252,63 bilhões, o que confirma a tendência de crescimento.<sup>15</sup>

No período de 2000 a 2010, de acordo com Piola *et al.*(2016), pode-se afirmar que a EC n.º 29/2000 foi bem-sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de estados e municípios no financiamento da saúde. De acordo com os autores, em seu estudo, nos anos 1980, a União participava, em média, com 75% dos recursos públicos alocados em saúde; em 1996, essa participação tinha se reduzido significativamente, sendo que a União respondia por 63% do total; no ano 2000, quando a EC n.º 29 foi aprovada, a União respondia por 59,8% dos recursos públicos alocados para o SUS. Desde então, sua participação foi decrescendo, para alcançar 45,1% em 2010. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,6% para 26,4%, enquanto a dos municípios subiu de 21,7% para 28,5% (PIOLA *et al.*, 2016). Essa tendência, como já demonstrado, mantém-se nos dias atuais.

---

<sup>15</sup> Ressalte-se que os dados disponibilizados pelo SIOPS, referentes aos gastos da União, diferentemente dos dados municipais e estaduais, tratam somente do período de 2012 a 2017.

#### 4.2.2 Análise por subfunção

A Tabela 7, a seguir, apresenta os dados da participação dos gastos em saúde por subfunção.

**Tabela 7** - Participação dos gastos por subfunção.

Ano	Participação das subfunções vinculadas/Total das despesas em saúde (%)	Participação da AB/Total das despesas por subfunções vinculadas (%)	Participação da AB/Total das despesas em saúde (%)
2002	65,2	44,4	28,9
2003	77,5	45,6	35,3
2004	80,8	46,3	37,4
2005	78,3	48,9	38,3
2006	78,6	50,6	39,8
2007	77,5	50,8	39,4
2008	78,8	49,9	39,4
2009	79,2	48,1	38,1
2010	78,9	50,1	39,6
2011	79,3	48,9	38,8
2012	80,1	48,7	39,0
2013	79,8	48,9	39,0
2014	79,6	45,8	36,5
2015	79,8	45,3	36,1
2016	80,6	45,6	36,7
2017	81,4	45,3	36,9

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS.

Ao se comparar a participação da AB com o gasto total por períodos (de 2002 a 2012 e de 2012 a 2017), observa-se que, no período anterior a 2012, houve um crescimento da AB de 28,9%, em 2002, para 39%, em 2012, enquanto, no período posterior a 2012, houve um decréscimo, de 39% em 2012 para 36,9% em 2017.

Gagnolati *et al.* (2013), em pesquisa referente ao período de 1970 a 2010, afirmam que os dados disponíveis sugeriam que a proporção do orçamento governamental para a saúde (função orçamento saúde), alocada à subfunção atenção básica, havia aumentado continuamente entre os primeiros anos das décadas de 1970 e 2010, tendo passado de 10% para aproximadamente 20%. Observa-se, por meio da Tabela 7, antes mostrada, que a participação da AB aumenta até 2012 e que, depois desse ano, começa a decrescer, sobretudo a partir de 2014.

**Tabela 8** - Gastos em saúde na AB, nas subfunções vinculadas e total nos municípios (em R\$ bilhões)

Ano	Total gasto em AB (em R\$ bilhões)	Total gasto em subfunções vinculadas (em R\$ bilhões)	Despesa total em saúde (em R\$ bilhões)	Evolução da AB (anual) (%)	Evolução da despesa total (anual) (%)
2002	15,10	34,05	52,23		
2003	18,42	40,39	52,15		
2004	22,13	47,81	59,14		
2005	25,58	52,35	66,87		
2006	30,11	59,52	75,74		
2007	32,42	63,78	82,29		
2008	36,97	74,02	93,94		
2009	38,05	79,06	99,87		
2010	42,70	85,19	107,93		
2011	45,19	92,34	116,49	12,95*	9,32*
2012	49,16	101,00	126,15		
2013	51,45	105,32	131,91		
2014	51,95	113,39	142,41		
2015	48,90	108,01	135,41		
2016	49,73	109,14	135,50		
2017	50,77	111,97	137,58	0,64**	1,74**
<b>Total</b>				<b>336,1</b>	<b>263,4</b>

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS.

Notas: \*Média anual no período de 2002 a 2011; \*\*Média anual no período de 2012 a 2017.

Por meio da Tabela 8, nota-se que houve um acréscimo maior das despesas com AB quando comparadas com as despesas totais. Observa-se, ainda, que o crescimento anual no período anterior a 2012 foi maior do que o do período posterior a 2012.

Ao se comparar os gastos na AB e os gastos totais por períodos (anterior a 2012 e posterior a 2012), verificam-se comportamentos diferentes. Entre 2002 e 2012, houve um crescimento maior dos gastos com a AB, de R\$ 15,10 bilhões para R\$ 49,16 bilhões (225%), quando comparados aos gastos totais em saúde, de R\$ 52,23 bilhões para R\$ 126,15 bilhões (141%). No período posterior a 2012, no entanto, verifica-se que as despesas totais cresceram em proporção maior, de R\$ 126,15 bilhões para R\$ 137,58 bilhões (9,06%), do que na AB, de R\$ 49,16 bilhões para R\$ 50,77 bilhões (3,27%).

De acordo com Travassos *et al.* (2006) e Viacava *et al.* (2012), esse aporte de recursos, associado à mudança no modelo de atenção, que passou a fortalecer a AB, ainda que tenha favorecido a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente pelas populações de menor poder aquisitivo, foi insuficiente para reduzir as enormes desigualdades no acesso e na utilização desses serviços.

### 4.2.3 Análise por categoria econômica

A análise dos gastos por meio da classificação econômica permite verificar o objeto de gasto, como despesas com pessoal e investimentos, por exemplo. A Tabela 9, na sequência, mostra os dados da participação dos gastos em saúde por categoria econômica.

**Tabela 9** - Participação dos gastos em saúde por Categoria Econômica nos municípios.

Ano	Participação das despesas de pessoal e encargos/ Despesa total em saúde	Participação de outras despesas correntes/ Despesa total em saúde	Participação de despesas de investimento/ Despesa total em saúde
	(%)	(%)	(%)
2002	40,3	52,7	7,0
2003	41,6	53,6	4,8
2004	41,6	53,3	5,1
2005	42,3	53,2	4,5
2006	42,9	51,7	5,4
2007	44,7	50,7	4,6
2008	45,3	49,5	5,2
2009	46,3	50,2	3,5
2010	46,3	49,6	4,1
2011	45,5	50,4	4,1
2012	45,6	50,1	4,4
2013	46,1	50,4	3,4
2014	44,3	50,8	5,0
2015	45,3	51,1	3,6
2016	45,3	51,2	3,4
2017	45,5	52,1	2,4

Fonte: Elaborado pelo autor, com base nos dados do SIOPS.

Por meio da Tabela 9, observa-se um decréscimo acentuado da participação dos investimentos, de 7%, em 2002, para 2,4%, em 2017, ao passo que houve um acréscimo nas despesas de pessoal, de 40,3%, em 2002, para 45,5%, em 2017. Os investimentos, como parte das despesas de capital, representam ampliação de infraestrutura, criação ou implantação de nova atividade, ou até mesmo a preservação da capacidade atual. A ausência ou diminuição dos investimentos em uma função ou subfunção pode até mesmo causar diminuição da capacidade atual.

A verificação dos gastos por meio de subfunção (AB) conjugada com categoria econômica é importante ao se buscar relação entre gastos com pessoal na AB. Starfield (2005) e Atun (2004) observaram que, além de sua relação com melhores resultados de saúde, a maior utilização de médicos de cuidados básicos foi associada com menores custos totais de serviços de saúde. Dessa forma, espera-se que maiores gastos com AB devem estar associados com maiores gastos com pessoal e menores gastos totais. Ao longo do tempo, seria esperado o crescimento das despesas com pessoal e a consequente diminuição dos custos totais. Verifica-

se que, de fato, ocorreu, em parte, o que se esperava, ou seja, houve aumento da participação da AB (embora pequena), juntamente com aumento das despesas de pessoal.

Por meio dos levantamentos, observa-se que, após a aprovação da EC n.º 29/2000, durante o período de 2002 a 2012, houve crescimento mais acentuado dos gastos em saúde, evidenciando que houve um esforço claro de aumentar a alocação de gastos em saúde, com reflexo na AB. No entanto, após 2012, período posterior à aprovação da LC n.º 141/2012, houve redução do crescimento das despesas em saúde, com reflexo também na AB, que chegou a apresentar pequena queda de participação.

A capacidade de arrecadação de impostos dos municípios brasileiros, no período de 2002 a 2007, ao relacionar as receitas de impostos com as receitas totais dos municípios, também demonstra o alto grau de dependência dos municípios em relação aos estados e à União. Ressalte-se que, em 86% dos 5.560 municípios, as receitas tributárias próprias não ultrapassam 10% das receitas totais, conforme estudo da OPAS e do MS (BRASIL, 2013c). A situação é mais crítica nas regiões Norte e Nordeste, onde a infraestrutura da AB é inferior e a desigualdade socioeconômica também é maior.

Os dados corroboram a constatação de que o financiamento do SUS teve uma considerável recuperação a partir da implementação da EC n.º 29/2000. A melhoria se deu, basicamente, em razão da maior participação das esferas subnacionais de governo, principalmente os municípios, que respondem por 26% dos recursos do SUS, e também mediante o resgate do protagonismo dos estados, que, em 2008, contribuíam com 23% do financiamento do SUS (UGÁ e PORTO, 2008; VIACAVA *et al.*, 2012).

As evidências corroboram a constatação de Piola *et al.* (2016), ao afirmar que a aprovação da EC n.º 29/2000 trouxe maior volume de recursos para o SUS, mesmo que se possa discutir se os montantes gerados são suficientes, diante das demandas do sistema público. Observou-se, a partir do ano de 2000, incrementos nos aportes federais, ainda que proporcionalmente não tão elevados, levando-se em consideração as variações nos acréscimos dos demais entes federados. No entanto, é nítido um padrão de maior estabilidade no financiamento, uma vez que o volume de recursos cresce de forma contínua.

No entanto, de acordo com a OPAS (BRASIL, 2013c), o *gasto público total*, de apenas 3,6% do PIB, é insuficiente para o SUS nos padrões instituídos pela CF/88, tendo como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade e a integralidade do atendimento à saúde. Na opinião de especialistas daquele órgão, deveria se gastar pelo menos 6% do PIB para equiparar-se a países com sistemas semelhantes (BRASIL, 2013c).

Estima-se que o total gasto com saúde, no Brasil, seja correspondente a aproximadamente 8% do PIB, a maior parte do setor privado. Nos países desenvolvidos, com universalidade no acesso à saúde, pelo menos 70% do financiamento vem do setor público. Na América Latina, porém, a participação do setor público cai a menos de 50%. A participação do Brasil está próxima ao percentual dos Estados Unidos da América, que, no entanto, seguem modelo diferente do brasileiro (BRASIL, 2013c).

Observe-se, contudo, que a principal questão para o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003) não seria a falta de recursos, pois somente o aumento de gastos públicos não é suficiente. Para aquele órgão, é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda.

Autores como Maynard e Bloor (1998), Newdick (2005) e Ferraz e Vieira (2009) defendem que, mesmo que se planejem políticas públicas eficazes, corre-se o risco de sempre ter que se disponibilizar mais recursos, o que independe de se tratar de países economicamente desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Entretanto, estudos também demonstram que a governança está diretamente ligada a benefícios obtidos nas políticas públicas, que, além de redução de custos, dizem respeito ao melhor aproveitamento desses e à satisfação pelos serviços obtidos (WORLD BANK, 2003; RAJKUMAR e SWAROOP, 2008; FILMER *et al.*, 1997).

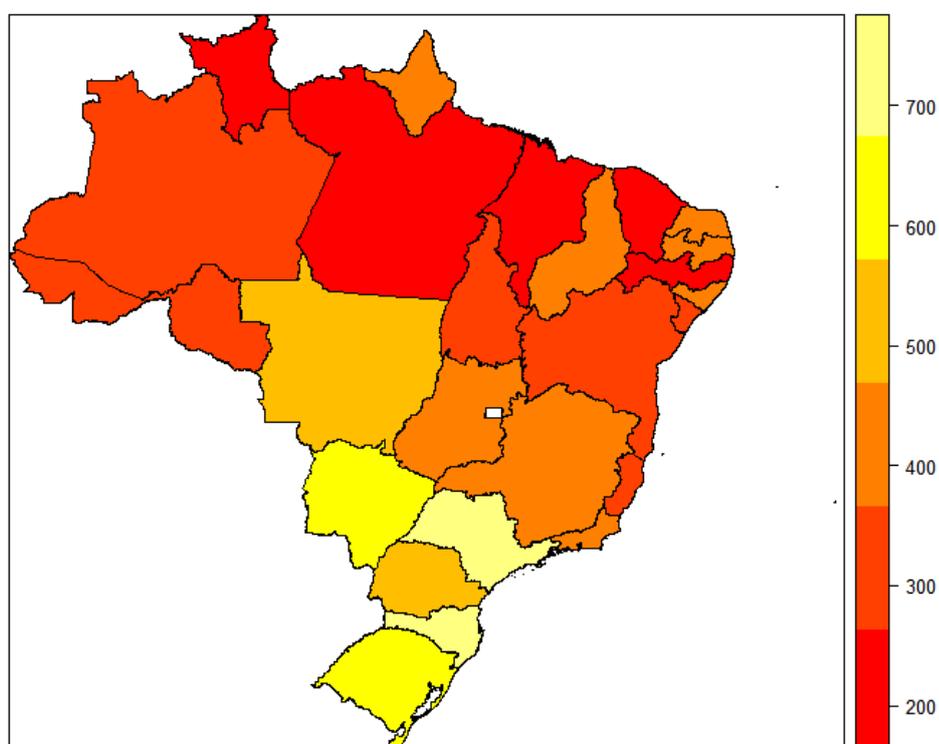
É nesse sentido que o papel da boa governança como elemento-chave para a eficácia do desenvolvimento tem sido enfatizado nos últimos anos. De acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), a alocação de recursos públicos para os bens e serviços adequados não leva a resultados desejáveis se as instituições orçamentárias, que envolvem formulação, execução e monitoramento dos recursos orçamentários, apresentam deficiência. A deficiência na gestão orçamentária vem sendo continuamente apontada como uma das principais razões pelas quais os governos dos países em desenvolvimento têm dificuldades em transformar gastos públicos em serviços efetivos.

O aspecto mais relevante é, portanto, onde e como os recursos são aplicados. Para isso, apresenta-se a média da alocação de recursos dos municípios por estado no território brasileiro. Verifica-se que há grande desigualdade na distribuição dos recursos entre as regiões Norte e Nordeste e as demais regiões. Evidencia-se que não se atende aos princípios preconizados pelo SUS e aos mandamentos constitucionais que determinam o combate às desigualdades regionais, como estabelece o princípio 2A (Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais). De acordo com esse princípio, a realidade dos espaços, das estruturas e dos

agentes, em que os recursos orçamentários transformam-se em políticas públicas, costuma ser muito heterogênea. Em tais sistemas, é desejável que as regras pertinentes à provisão e à apropriação de recursos apresentem alguma congruência com a diversidade e com a dinâmica das condições (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012).

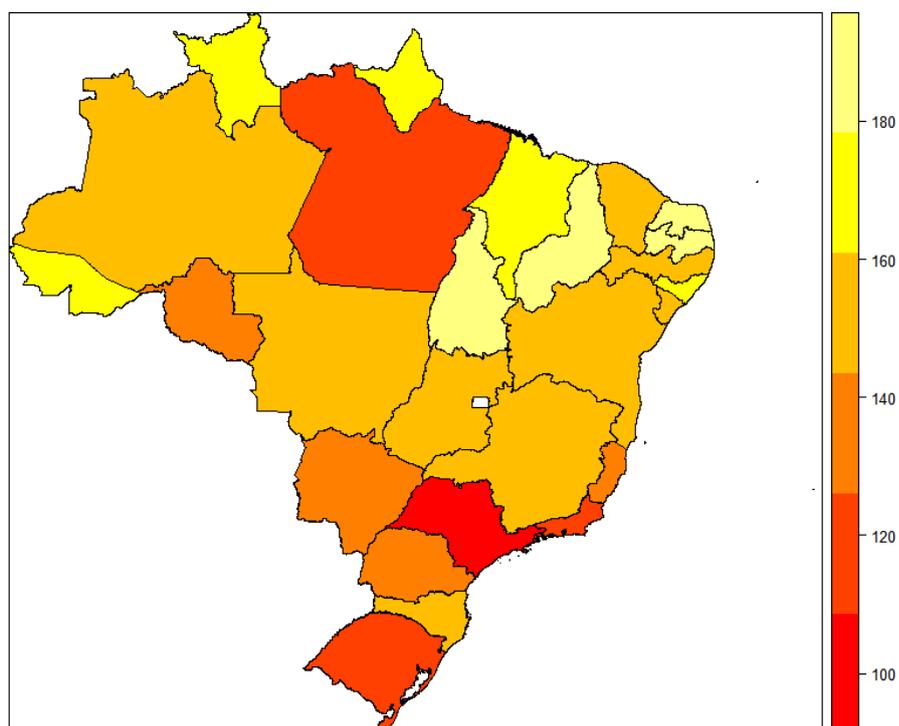
Os mapas das Figuras 3 a 6 mostram a média de alocação de recursos orçamentários por estado da Federação. Observe-se que a região Norte apresenta os piores índices socioeconômicos, com uma área geográfica maior e com uma população dispersa.

**Figura 3** - Alocação de recursos na AB (ciclo 1)



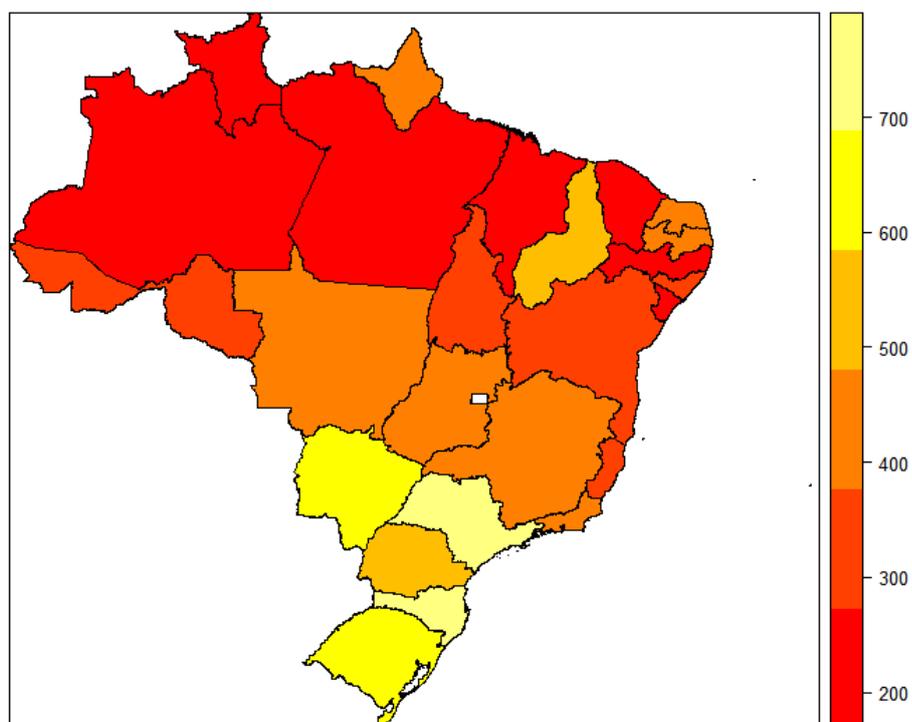
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos em AB nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 4 - Alocação de recursos federais na AB (ciclo 1)**

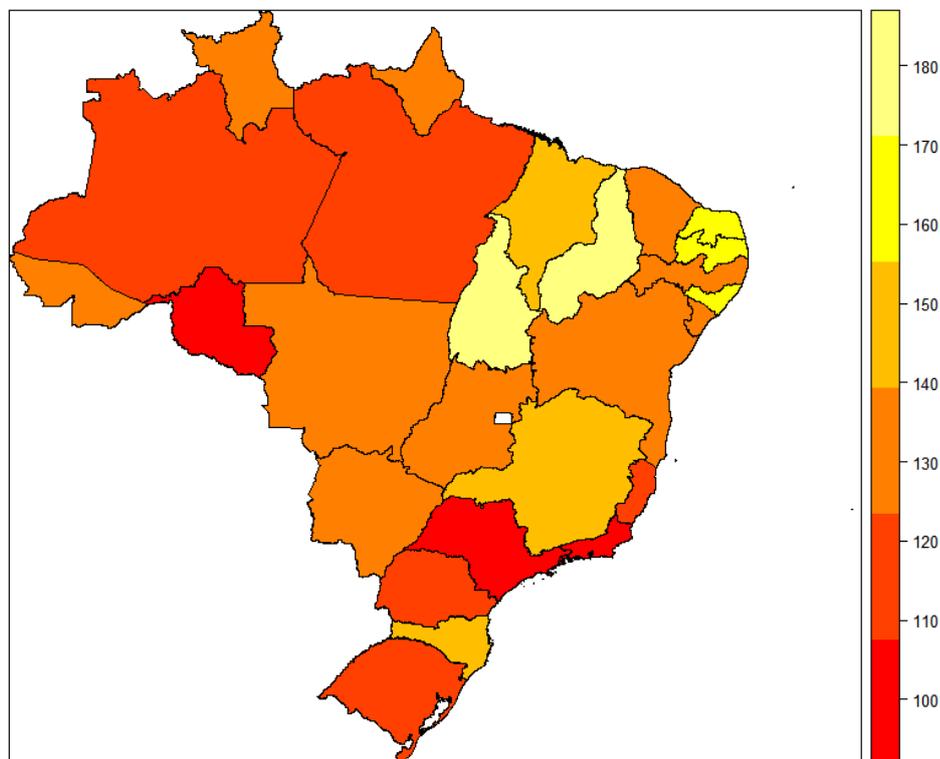
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos federais na AB nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 5 - Alocação de recursos na AB (ciclo 2)**

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos em AB nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 6** - Alocação de recursos federais na AB (ciclo 2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos federais na AB nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

De acordo com as Figuras 3 e 5, observa-se que a região Norte é a que, em média, aloca a menor quantidade de recursos (menos de R\$ 300,00 *per capita* ao ano), seguida pelo Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, esse com a melhor média de alocação (acima de R\$ 500,00 *per capita* ao ano).

Contrastando os mapas das Figuras 3 e 5, nota-se que não houve alterações significativas na alocação de recursos entre os dois ciclos, porém os municípios dos estados de Mato Grosso e Amazonas ainda tiveram decréscimo na média de alocação de recursos na atenção básica. Com relação aos gastos federais na AB (Figuras 4 e 6), observa-se que não há uma forma de compensação da baixa arrecadação dos entes subnacionais, o que pode ser comprovado ao se analisar estados como Amazonas e Pará, por exemplo, que têm menores médias municipais na alocação de gastos totais *per capita* na atenção básica (Figuras 3 e 5) e que, também, possuem baixas médias municipais na alocação de gastos federais *per capita* na atenção básica (Figura 6).

Após a análise dos resultados referentes à alocação de gastos, serão apresentados, na próxima seção, a característica da infraestrutura e os reflexos do financiamento da saúde aos municípios.

### **4.3 Infraestrutura básica local de saúde e sua tipologia**

Esta seção descreve a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros. Aqui, buscou-se trabalhar a tipologia das UBS, incluindo o cálculo, a distribuição e a evolução entre os ciclos pesquisados. A avaliação entre a tipologia e as demais variáveis referentes aos municípios, no entanto, será feita na análise dos resultados referentes ao objetivo 4 (caracterizar a relação entre o comportamento da alocação dos recursos financeiros públicos em saúde e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros), na seção 4.4. O objetivo desta seção é apresentar uma tipologia de classificação das UBS para que seja realizada a análise em conjunto com as variáveis correspondentes aos gastos, mais adiante.

#### **4.3.1 Cálculo da tipologia para as UBS**

A tipologia das UBS é formada por um conjunto de variáveis que expressam vários aspectos da estrutura, como disponibilidade de pessoal, por especialidade e setor, turnos de funcionamento disponíveis, tipos de serviços disponibilizados, material utilizado em termos de suprimentos e material penso, equipamentos, infraestrutura de comunicação e informática, bem como instalações físicas. Cada parte dessa estrutura influi na estrutura de gastos, de forma direta ou indireta.

Quanto a esse aspecto, procedeu-se aos cálculos da tipologia da UBS para o ciclo 1 e para o ciclo 2.

No que se refere ao **cálculo dos escores da tipologia para o ciclo 1**, após a aplicação da metodologia constante no item 3.4.1, foram utilizados os cinco escores obtidos para cada uma das dimensões da tipologia. Depois de aplicada a análise fatorial, obteve-se uma solução com apenas um fator, com os coeficientes de cada dimensão apresentados na Tabela 10, a seguir, com a variabilidade total explicada de 54,05%.

**Tabela 10** - Coeficientes dos escores fatoriais (ciclo 1 e ciclo 2)

Ciclo	Ciclo 1		Ciclo 2		
	Dimensão	Coeficientes		Coeficientes	
		Original	Padronizado <sup>1</sup> (%)	Original	Padronizado <sup>1</sup> (%)
	Tipos de equipes	0,4528	20,60	0,4767	21,58
	Elenco de profissionais	0,5306	24,10	0,5096	23,07
	Turnos de funcionamento	0,2925	13,30	0,3598	16,29
	Serviços disponíveis	0,4863	22,10	0,5065	22,93
	Infraestrutura geral <sup>16</sup>	0,4372	19,90	0,3566	16,14
	<b>Total</b>	2,1996	100,00	2,2091	100,00

Fonte: Elaborada pelo autor, com dados do PMAQ-AB, 2014 e 2016. (1) A soma dos pesos padronizados totaliza 100%.

No cálculo dos escores do ciclo 1, após a determinação dos pesos de cada dimensão com base nos resultados da análise fatorial, calculou-se o escore final de cada unidade de saúde a partir de:

$$Escore = 0,206 * Escore1_{pad} + 0,241 * Escore2_{pad} + 0,133 * Escore3_{pad} + 0,221 * Escore4_{pad} + 0,199 * Escore5_{pad} \quad (\text{Equação 1})$$

Com base no valor do escore final (EF), as UBS foram agrupadas em cinco tipos:

- tipo 1, com EF < 0,250;
- tipo 2, com EF de 0,250 a 0,499;
- tipo 3, com EF de 0,500 a 0,749;
- tipo 4, com EF de 0,750 a 0,999; e
- tipo 5, padrão de referência com escore final igual a 1.

O tipo 5 corresponde ao grupo de referência, que obteve os valores máximos em todas as dimensões analisadas (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Com relação ao **cálculo dos escores da tipologia para o ciclo 2**, após o cálculo de valores para cada dimensão e a aplicação da análise fatorial, a variabilidade total explicada pelo modelo foi de 59,13%, conforme os coeficientes anteriormente apresentados na Tabela 10.

<sup>16</sup> Ressalte-se que houve discrepância entre os resultados apresentados para a dimensão *Infraestrutura geral* – subdimensão *Estrutura física e equipamentos* para as variáveis Aparelho de nebulização, Geladeira exclusiva para vacinas e Glicosímetro. Os valores calculados para percentual de existência nas unidades de saúde foram: Aparelho de nebulização = 76,04%; Geladeira exclusiva para vacinas = 66,05% e Glicosímetro = 83,63%. Enquanto o trabalho de Giovanella *et al.* (2015) apresentou, na Tabela 10 (Do trabalho original citado) - Proporção de UBS por tipo, segundo a dimensão *Infraestrutura Geral – Brasil, 2012*, os seguintes valores: Aparelho de nebulização = 29,1%; Geladeira exclusiva para vacinas = 64,7% e Glicosímetro = 33,8%. Foi realizada consulta à equipe (Ligia Giovanella e Edgar Fusaro), tendo sido informado que poderia haver diferença entre os dados disponibilizados pela Fiocruz e os dados disponibilizados pelo PMAQ-AB. Saliente-se, ainda, que, nas demais tabelas, não foram encontradas discrepâncias.

Para o cálculo dos escores do ciclo 2, depois que foi feita a determinação dos pesos de cada dimensão com base nos resultados da análise fatorial, calculou-se o escore final de cada unidade de saúde a partir de:

$$Escore = 0,2158 * Escore1_{pad} + 0,2307 * Escore2_{pad} + 0,1629 * Escore3_{pad} + 0,2293 * Escore4_{pad} + 0,1614 * Escore5_{pad} \quad (\text{Equação 2})$$

Na Tabela 11, é apresentada a evolução da tipologia das UBS para os ciclos 1 e 2, relacionando-se os cinco tipos definidos.

**Tabela 11 - Evolução da tipologia**

Tipologia	Ciclo 1		Ciclo 2		Δ%
	Número de UBS	%	Número de UBS	%	
Tipo 1 escore < 0,250	1.690	4,35	445	1,80	- 2,55
Tipo 2 escore >= 0,250 e < 0,5	3.639	9,38	138	0,60	- 8,78
Tipo 3 escore >= 0,5 e < 0,75	10.364	26,70	4.200	17,10	- 9,6
Tipo 4 escore >= 0,75 e < 1,0	20.102	51,79	18.816	76,80	25,01
Tipo 5 escore = 1,0	3.017	7,77	900	3,70	- 4,07
<b>Total</b>	<b>38.812</b>	<b>100,00</b>	<b>24.499</b>	<b>100,00</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A seguir, mostram-se os escores com base na dimensão, tanto no ciclo 1 como no ciclo 2, conforme a Tabela 12. Verifica-se que os principais itens de gasto avaliados por meio das dimensões são a infraestrutura física disponível, acompanhada dos itens que dependem de disponibilidade de pessoal, como tipo de equipe, elenco de profissionais e turnos de funcionamento, o que já demonstra que as despesas com pessoal são as mais relevantes na AB.

**Tabela 12 - Escores por dimensão (ciclo 1 e ciclo 2)**

Ciclo 1						
Tipos de UBS	Tipos de equipes	Elenco de profissionais	Turnos de funcionamento	Serviços disponíveis	Infraestrutura geral	Escore final
<b>Total</b>	<b>0,730</b>	<b>0,782</b>	<b>0,865</b>	<b>0,790</b>	<b>0,605</b>	<b>0,749</b>
UBS tipo 1	0,103	0,077	0,333	0,155	0,072	0,133
UBS tipo 2	0,337	0,383	0,618	0,454	0,224	0,389
UBS tipo 3	0,540	0,681	0,843	0,705	0,506	0,644
UBS tipo 4	0,910	0,933	0,946	0,916	0,711	0,882
UBS tipo 5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Ciclo 2						
Tipos de UBS	Tipos de equipes	Elenco de profissionais	Turnos de funcionamento	Serviços disponíveis	Infraestrutura geral	Escore final
<b>Total</b>	<b>0,872</b>	<b>0,867</b>	<b>0,948</b>	<b>0,877</b>	<b>0,670</b>	<b>0,852</b>
UBS tipo 1	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
UBS tipo 2	0,560	0,564	0,364	0,495	0,173	0,452
UBS tipo 3	0,566	0,672	0,915	0,716	0,507	0,672
UBS tipo 4	0,958	0,927	0,980	0,931	0,710	0,908
UBS tipo 5	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

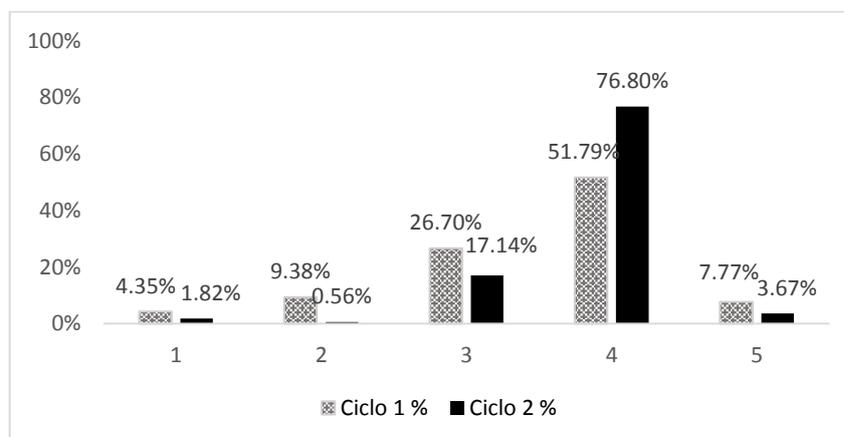
É interessante a constatação, feita por Starfield (2005), de que, além de sua relação com melhores resultados de saúde, a maior utilização de médicos de cuidados básicos foi associada com menores custos totais de serviços de saúde. A autora observou que localidades com índices mais altos de médicos de atenção básica acarretaram custos de cuidados médicos muito mais baixos do que em outras localidades, o que possivelmente se deve, em parte, a melhores cuidados preventivos e menores taxas de hospitalização. De maneira específica, poderia se esperar maior ênfase na atenção básica no sentido de reduzir os custos de cuidados, melhorar a saúde por meio do acesso a serviços mais adequados e reduzir as desigualdades na saúde da população.

Verifica-se, ainda, que, a despeito das deficiências relacionadas à falta de profissionais (LIMA *et al.*, 2016), uma das grandes deficiências é a infraestrutura geral. Contrastando os dados da Tabela 12, verifica-se que, nas UBS tipo 2, esse item avaliado recebe pontuação bem menor do que as demais dimensões: no ciclo 1, o valor apresentado é 0,224, com média de 0,389 para o escore final, ao passo que, no ciclo 2, o valor é 0,173, com média de 0,452 para o escore final das UBS.

#### **4.3.2 Características das UBS**

De acordo com os dados anteriormente mostrados na Tabela 11, a grande maioria das UBS está classificada nas tipologias 4 (51,2% no ciclo 1 e 76,8% no ciclo 2), ou seja, são consideradas *regulares*, o que significa dizer que essas UBS possuem equipes de saúde da família e saúde bucal que, com melhoria da infraestrutura, alcançariam o padrão de referência (GIOVANELLA *et al.*, 2015). Essa distribuição mostra que mais de 75% das UBS possuem pequenas deficiências, restando, portanto, verificar as relações dessa tipologia com os gastos e como se encontra no país.

Observa-se, desse modo, que houve importante alteração na classificação das UBS. A tipologia 3 (restrita), que apresenta insuficiência de equipamentos e equipes de saúde, teve um decréscimo de 26,7% para 17,1%, enquanto a tipologia 4 (regular), que possuem equipes de saúde da família e saúde bucal (que, com uma melhora da infraestrutura, alcançariam o padrão de referência), teve um acréscimo de 51,8% para 76,8%. Essa evolução na classificação da tipologia reflete maior disponibilização de equipamentos e de equipes de saúde, que não estão disponíveis na tipologia 3 (restrita). Contudo um aspecto sensível é verificar como é a distribuição das UBS tipos 1 (reprovado) e 2 (rudimentar), nos ciclos 1 e 2.

**Gráfico 3 - Evolução da tipologia (UBS)**

Fonte: Elaborado pelo autor, com dados do PMAQ-AB, 2014, 2016.

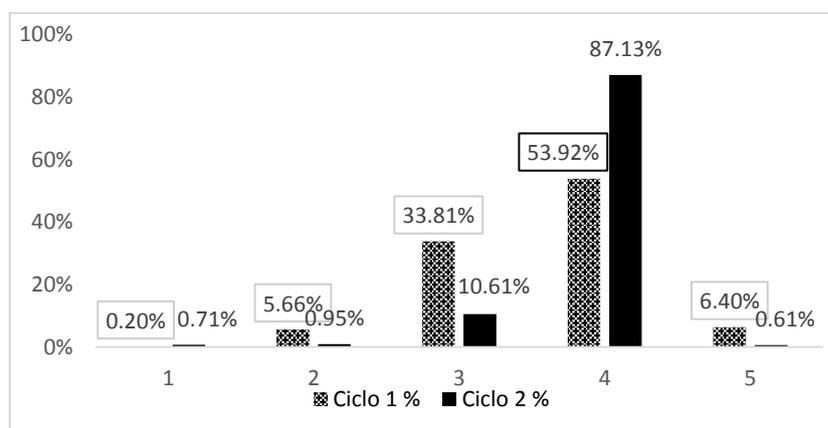
A Tabela 13, a seguir, representam a distribuição da tipologia por município, considerando-se os ciclos 1 e 2. Para obtenção da tipologia por município foi calculada a média dos escores das UBS de cada município.

**Tabela 13 - Evolução da tipologia das UBS por município**

Tipos	Ciclo 1		Ciclo 2	
	Número de municípios	%	Número de municípios	%
Tipo 1 escore < 0,250	11	0,19	36	0,71
Tipo 2 escore $\geq 0,250$ e < 0,5	314	5,66	48	0,95
Tipo 3 escore $\geq 0,5$ e < 0,75	1.874	33,80	538	10,61
Tipo 4 escore $\geq 0,75$ e < 1,0	2.989	53,92	4.419	87,13
Tipo 5 escore = 1,0	355	6,40	31	0,61
<b>Total</b>	<b>5.543</b>	<b>100,00</b>	<b>5.072</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O Gráfico 4, na sequência, mostra a evolução da tipologia das UBS por municípios.

**Gráfico 4 - Evolução da tipologia (municípios)**

Fonte: Elaborado pelo autor, com dados do PMAQ-AB, 2014 e 2016.

Ao se transpor as UBS para os municípios (Tabela 13), pode-se observar que houve evolução, derivada da melhoria da classificação das UBS, já apresentada no Gráficos 3 e 4. Entretanto, como se dá essa distribuição? É o que se aborda a seguir.

**Tabela 14 - Tipologia das UBS por regiões geográficas (ciclo 1 e ciclo 2)**

Ciclo 1													
Tipo de UBS	Grandes regiões geográficas												
	Total		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	1.690	4,4	422	13,1	769	5,3	206	1,7	205	3,2	88	3,3	
2	3.639	9,4	562	17,5	1.321	9,0	980	8,2	625	9,9	151	5,6	
3	10.364	26,7	774	24,1	3.628	24,8	3.771	31,6	1.555	24,6	636	23,5	
4	20.102	51,8	1.330	41,4	8.237	56,3	5.992	50,2	3.024	47,9	1.519	56,1	
5	3.017	7,8	122	3,8	683	4,7	994	8,3	906	14,3	312	11,5	
<b>Total</b>	<b>38.812</b>	<b>100,0</b>	<b>3.210</b>	<b>100,0</b>	<b>14.638</b>	<b>100,0</b>	<b>11.943</b>	<b>100,0</b>	<b>6.315</b>	<b>100,0</b>	<b>2.706</b>	<b>100,0</b>	
Ciclo 2													
Tipo de UBS	Grandes regiões geográficas												
	Total		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	445	1,8	54	3,1	210	2,1	123	1,7	34	0,9	24	1,3	
2	138	0,6	22	1,3	68	0,7	36	0,5	6	0,2	6	0,3	
3	4.200	17,1	372	21,3	1.431	14,4	1.707	23,4	435	11,9	255	13,3	
4	18.816	76,8	1.236	70,9	7.719	77,9	5.324	73,1	3.037	83,4	1.500	78,4	
5	900	3,7	59	3,4	486	4,9	98	1,3	129	3,5	128	6,7	
<b>Total</b>	<b>24.499</b>	<b>100,0</b>	<b>1.743</b>	<b>100,0</b>	<b>9.914</b>	<b>100,0</b>	<b>7.288</b>	<b>100,0</b>	<b>3.641</b>	<b>100,0</b>	<b>1.913</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por meio da Tabela 14, observa-se que as regiões com municípios mais pobres, ou seja, com IDHM e índice de Gini inferiores (Norte e Nordeste), possuem maior proporção de UBS tipo 1 e menor proporção de UBS tipo 5, ao passo que, nas regiões com índices superiores, a proporção é invertida.

Embora com menor proporção do que ocorreu no ciclo 1, observa-se, na Tabela 14, que, no ciclo 2, as regiões com municípios mais pobres (Norte e Nordeste), ou seja, com IDHM e índice de Gini piores, possuem maior proporção de UBS tipo 1.

**Tabela 15** - Tipologia por porte populacional do município (ciclo 1 e ciclo 2) - proporção por população

Ciclo 1														
Tipo de UBS	Porte populacional do município, em 2012, por habitantes													
	Brasil		Até 10.000		Mais de 10.000 a 20.000		Mais de 20.000 a 50.000		Mais de 50.000 a 100.000		Mais de 100.000 a 500.000		Mais de 500.000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1.690	4,4	425	7,0	423	5,5	479	4,9	238	4,7	117	1,8	8	0,2
2	3.639	9,4	682	11,2	844	11,0	1.109	11,4	494	9,7	405	6,1	105	2,9
3	10.364	26,7	1.407	23,0	2.180	28,5	2.622	26,9	1.381	27,2	1.898	28,7	876	24,4
4	20.102	51,8	2.786	45,6	3.852	50,3	5.043	51,7	2.656	52,3	3.653	55,1	2.112	58,8
5	3.017	7,8	808	13,2	352	4,6	501	5,1	313	6,2	551	8,3	492	13,7
<b>Total</b>	<b>38.812</b>	<b>100,0</b>	<b>6108</b>	<b>100,0</b>	<b>7.651</b>	<b>100,0</b>	<b>9.754</b>	<b>100,0</b>	<b>5.082</b>	<b>100,0</b>	<b>6.624</b>	<b>100,0</b>	<b>3.593</b>	<b>100,0</b>
Ciclo 2														
Tipo de UBS	Porte populacional do município, em 2014, por habitantes													
	Brasil		Até 10000		Mais de 10000 a 20000		Mais de 20000 a 50000		Mais de 50000 a 100000		Mais de 100000 a 500000		Mais de 500000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	445	1,8	59	1,6	70	1,5	70	1,1	73	2,2	87	2,1	86	3,6
2	138	0,6	32	0,9	33	0,7	46	0,7	6	0,2	12	0,3	9	0,4
3	4.200	17,1	402	11,1	868	18,0	1.111	17,9	498	15,3	837	20,1	484	20,1
4	18.816	76,8	3.019	83,3	3.665	76,1	4.715	75,8	2.534	77,7	3.105	74,5	1.778	74,0
5	900	3,7	112	3,1	183	3,8	282	4,5	151	4,6	125	3,0	47	2,0
<b>Total</b>	<b>24499</b>	<b>100,0</b>	<b>3.624</b>	<b>100,0</b>	<b>4.819</b>	<b>100,0</b>	<b>6.224</b>	<b>100,0</b>	<b>3.262</b>	<b>100,0</b>	<b>4.166</b>	<b>100,0</b>	<b>2.404</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por meio das Tabelas 15 e 16, com relação ao ciclo 1, verifica-se que há proporcionalmente maior concentração de municípios com UBS classificadas nas tipologias 1 e 2 (reprovado e rudimentar) em municípios com menor porte populacional (até 50.000 habitantes).

**Tabela 16** - Tipologia por porte populacional do município (ciclo 1 e ciclo 2) - proporção por tipologia

Ciclo 1														
Tipo de UBS	Brasil		Porte populacional do município, em 2012, por habitantes											
			Até 10.000		Mais de 10.000 a 20.000		Mais de 20.000 a 50.000		Mais de 50.000 a 100.000		Mais de 100.000 a 500.000		Mais de 500.000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1.690	100,0	425	25,1	423	25,0	479	28,3	238	14,1	117	6,9	8	0,5
2	3.639	100,0	682	18,7	844	23,2	1.109	30,5	494	13,6	405	11,1	105	2,9
3	10.364	100,0	1.407	13,6	2.180	21,0	2.622	25,3	1381	13,3	1.898	18,3	876	8,5
4	20.102	100,0	2.786	13,9	3.852	19,2	5.043	25,1	2656	13,2	3.653	18,2	2.112	10,5
5	3.017	100,0	808	26,8	352	11,7	501	16,6	313	10,4	551	18,3	492	16,3
<b>Total</b>	<b>38.812</b>	<b>100,0</b>	<b>6.108</b>	<b>15,7</b>	<b>7.651</b>	<b>19,7</b>	<b>9.754</b>	<b>25,1</b>	<b>5.082</b>	<b>13,1</b>	<b>6.624</b>	<b>17,1</b>	<b>3.593</b>	<b>9,3</b>

Ciclo 2														
Tipo de UBS	Brasil		Porte populacional do município, em 2014, por habitantes											
			Até 10.000		Mais de 10.000 a 20.000		Mais de 20.000 a 50.000		Mais de 50.000 a 100.000		Mais de 100.000 a 500.000		Mais de 500.000	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	445	100,0	59	13,3	70	15,7	70	15,7	73	16,4	87	19,6	86	19,3
2	138	100,0	32	23,2	33	23,9	46	33,3	6	4,3	12	8,7	9	6,5
3	4.200	100,0	402	9,6	868	20,7	1.111	26,5	498	11,9	837	19,9	484	11,5
4	18.816	100,0	3019	16,0	3.665	19,5	4.715	25,1	2.534	13,5	3105	16,5	1.778	9,4
5	900	100,0	112	12,4	183	20,3	282	31,3	151	16,8	125	13,9	47	5,2
<b>Total</b>	<b>24.499</b>	<b>100</b>	<b>3.624</b>	<b>14,8</b>	<b>4.819</b>	<b>19,7</b>	<b>6.224</b>	<b>25,4</b>	<b>3262</b>	<b>13,3</b>	<b>4.166</b>	<b>17,0</b>	<b>2.404</b>	<b>9,8</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por meio da Tabela 16, verifica-se que a proporção de municípios com UBS classificadas nas tipologias 1 (rudimentar) naqueles de menor porte populacional (população de até 50.000 habitantes) diminuiu no ciclo 2, porém houve aumento na proporção de municípios classificados na tipologia 2 (rudimentar).

Um aspecto de governança que não pode ser deixado de observar é a necessidade de integração e coordenação entre as três esferas de governo. Nesse sentido, o papel da União, de planejar, coordenar e integrar os serviços prestados na atenção básica, é essencial, pois é essa esfera que possui as atribuições estratégicas. Nesse sentido, a governança na saúde, de acordo com Lima *et al.* (2016), expressa relações de *dependência, interação e acordos* estabelecidos entre diversos atores, que estão relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade.

No entanto, ao se analisar resultados evidenciados, constata-se que os serviços de AB não obedecem a um dos princípios elementares da governança, que é a coordenação e integração entre as múltiplas camadas (P8 - Governança acoplada), envolvendo todos os entes que compõem o sistema de saúde como um todo (OSTROM, 1990; BARCELOS, 2012; LIMA, 2016; BRASIL, 2016a). Essa deficiência fica patente quando se verifica que municípios localizados em regiões menos favorecidas, como as regiões Norte e Nordeste, são os que se

classificam nas tipologias de 1 a 3 (reprovada, rudimentar e restrita) de UBS, o que não deixa de ser consequência do montante de recursos alocados.

Levando-se em conta aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS possui uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder, que visam assegurar a participação dos estados e municípios na elaboração das políticas e dos programas, no planejamento nacional, na alocação de recursos financeiros e na tomada de decisões sobre a política de saúde no país (BRASIL, 2016a). Entretanto, verifica-se que deficiência nessa governança, em que a distribuição de recursos se apresenta de forma bastante desigual, o que também se reflete na infraestrutura da atenção básica.

A AB está inserida na *estratégia de organização do sistema* de atenção à saúde, que é compreendida como uma forma de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da AB como parte e como coordenadora de uma RAS (BRASIL, 2015).

Assim, de acordo com o CONASS, a AB como estratégia só existirá se ela cumprir seus três papéis essenciais: a *resolutividade*, a *coordenação* e a *responsabilização*. O papel da resolutividade, inerente ao nível de cuidados básicos, significa que esses devem ser resolutivos e capacitados, para atender a 90% da demanda da AB (BRASIL, 2015).

Para Mendes (2002), o papel de *coordenação* expressa o exercício, pela AB, de centro de comunicação das RAS, significando a capacidade de ter condições de ordenar os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. Por fim, a função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e do exercício da gestão de base populacional, tendo em vista a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população (BRASIL, 2015).

Um aspecto a se considerar é que as condições socioeconômicas (WHO, 2007) influem nos resultados da saúde, pois alertam para a necessidade de atenção para as UBS localizadas em regiões com grande desigualdade socioeconômica e baixos índices sociais. Os usuários residentes de municípios com deficiências socioeconômicas acentuadas são penalizados duplamente: 1 - são possuidores de desvantagens socioeconômicas (elevado índice de pobreza e baixo IDHM e PIB *per capita*, por exemplo) e 2 - os gastos em políticas públicas, como a de saúde, não refletem nos resultados de maneira positiva (WHO, 2007; FERRAZ e VIEIRA, 2009; WORLD BANK, 2003).

Os resultados corroboram a afirmação de que a alocação de mais recursos não é suficiente (WORLD BANK, 2004; MAYNARD e BLOOR, 1998). Ao se analisar os gastos anuais *per capita* por municípios, verifica-se a existência de municípios que alocam valores inferiores a R\$ 50,00 e aqueles que alocam valores superiores a R\$ 3.500,00 (dados da pesquisa). Quando se analisa a média de gastos por estado e a média dos escores, observa-se que nem sempre o estado que possui a maior média de gastos na AB possui a maior média de escore final, a exemplo de Pará, Pernambuco, Paraná e São Paulo, conforme a Tabela 17, que apresenta a comparação da média de gastos alocados na AB por município e o escore final, para o ciclo 2.

**Tabela 17** – Média de gastos na AB e tipologia (escore final)

<b>Estado</b>	<b>Gastos na AB (média <i>per capita</i> anual, em R\$)</b>	<b>Escore final (média)</b>
Pará	207	0,83
Roraima	219	0,66
Pernambuco	233	0,88
Paraná	571	0,85
São Paulo	722	0,84

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Observa-se, na Tabela 17, que a média dos escores do Pará é próxima à de São Paulo, enquanto a média de Pernambuco é ainda maior, embora o montante alocado por aqueles estados não chegue a 1/3 do valor alocado nos municípios do estado de São Paulo. Tal aspecto demonstra que somente o montante de recursos alocados não é suficiente, evidenciando que há aspectos relacionados à governança a serem levados em consideração.

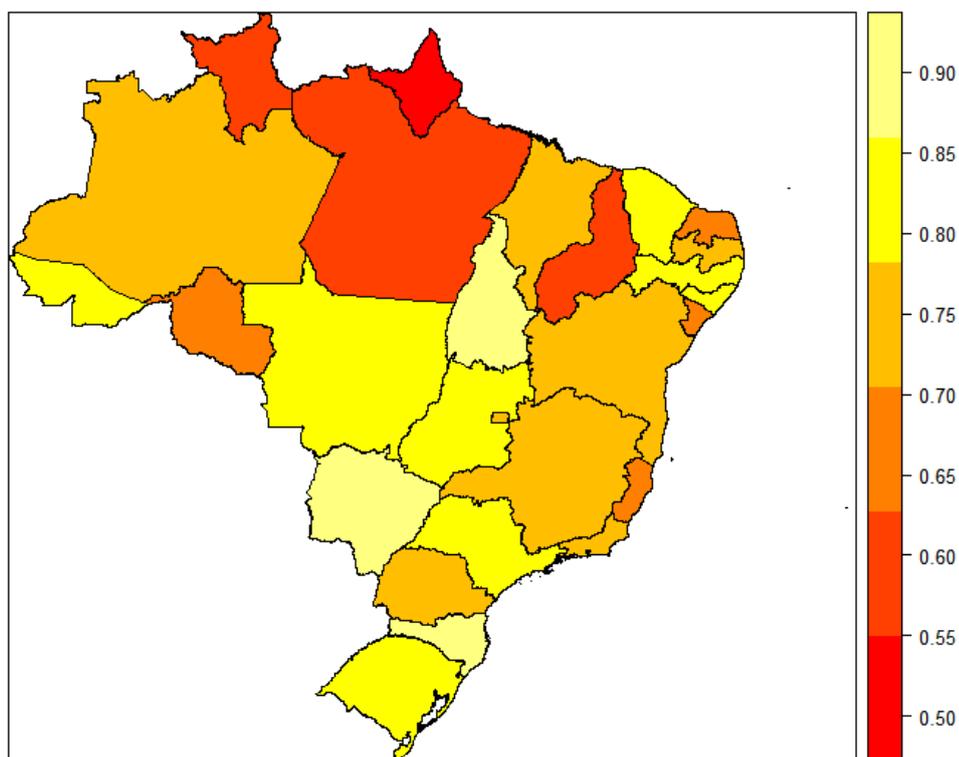
Pelos resultados apresentados na Tabela 17, aspectos relacionados à governança orçamentária, como as dificuldades de coordenação entre os entes públicos e os múltiplos critérios de descentralização de recursos (alocação), mostram que nem sempre a tipologia corresponde à média dos montantes alocados, ou seja, há estados que alocam média elevada de recursos na AB e que não se traduz em uma tipologia mais elevada, como é o caso do estado de São Paulo, que apresenta média de gastos na atenção básica nos municípios de R\$ 722,00, enquanto a média do escore final é 0,84, valor próximo do Estado do Pará (média do escore final de 0,83), cuja média de gastos nos municípios é de R\$ 207,00.

Verifica-se que, da maneira como se encontra a infraestrutura da AB, aliada à distribuição de recursos, não se cumprem os mandamentos definidos na CF/88 para a perfeita coordenação e integração dos sistemas de saúde, como preconiza a governança orçamentária (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012), não se dispondo de uma AB que

facilite o acesso universal ao diversificado escopo de serviços, de maneira coordenada e contínua, mediante a aplicação eficiente de recursos e a prestação de cuidados de alta qualidade, que possam contribuir para a equidade em saúde, como defende Kringos *et al.* (2010), pois uma AB equipada com UBS do tipo 1 e do tipo 2 não está habilitada a coordenar os serviços de saúde da região e muito menos a resolver os problemas da população adscrita.

É interessante evidenciar a tipologia da infraestrutura por meio da distribuição por estado. Observe-se que a região Norte possui os piores índices socioeconômicos, com uma área geográfica maior e com uma população dispersa espacialmente, o que não fica claro quando se analisam puramente os dados estatísticos.

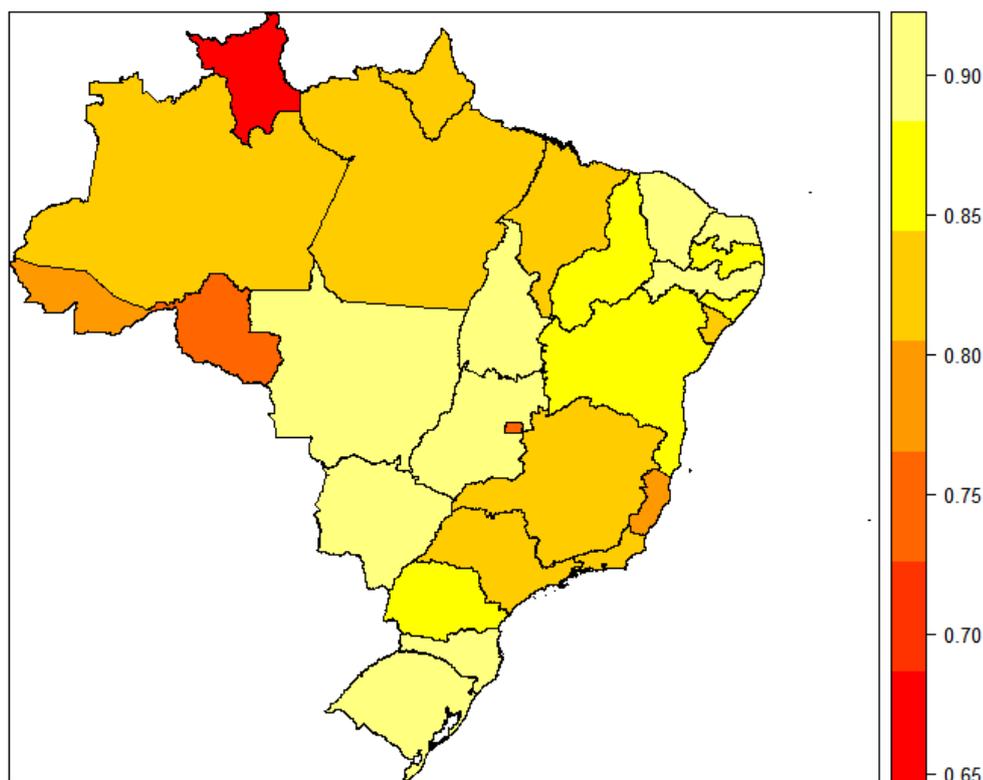
**Figura 7** – Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 1)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios por estado.

**Figura 8** – Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 2).



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios por estado.

Observa-se que a região Norte é a que apresenta a pior média de escore por estado (todos inferiores a 0,85), enquanto as regiões Centro-Oeste e Sul apresentam as melhores médias por estado (todos superiores a 0,85). Nota-se que houve uma sensível melhora na média da tipologia dos municípios, sobretudo nos estados das regiões Norte e Nordeste.

#### **4.4 Alocação de recursos financeiros e tipologia da infraestrutura básica local de saúde**

Nesta seção, busca-se caracterizar a relação entre a estrutura de gastos e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde.

Em um primeiro momento, realizou-se análise de correspondência (AC) entre as variáveis. Posteriormente, buscou-se, por meio da análise de regressão quantílica, identificar relações entre as variáveis de despesas com a tipologia das UBS.

Ressalte-se que os resultados apresentados pelas duas técnicas de análise — análise de correspondência (AC) e regressão quantílica (RQ) — complementam-se. A AC foi utilizada para se obter a correspondência entre categorias das variáveis analisadas. A RQ foi usada com o fim de se obter a influência ou o efeito de uma variável independente sobre a variável

dependente, permitindo verificar o sentido, a magnitude e o comportamento ao longo da curva de distribuição da variável dependente.

As variáveis selecionadas para as análises estão discriminadas na Quadro 22, a seguir.

**Quadro 22** – Identificação das variáveis (análise de correspondência e regressão quantílica).

Identificação	Observações	Significado	Sinal esp.*
escore_final	Variável dependente	escore final das UBS	
desp_pess_enc_cpt	Variáveis	despesa de pessoal <i>per capita</i>	+
odc_cpt	independentes por	outras despesas correntes <i>per capita</i>	+
desp_geral_cpt	categoria econômica	despesa geral <i>per capita</i>	+
liq_sub_adm_cpt	Variáveis	subfunções administrativas <i>per capita</i>	+
liq_sub_vinc_cpt	148 independentes por	subfunções vinculadas <i>per capita</i>	+
liq_atbas_cpt	subfunção	despesa com atenção básica <i>per capita</i>	+
liq_desp_tot_cpt		despesa total <i>per capita</i>	+
atbas_fed_cpt		despesa com atenção básica federal <i>per capita</i>	+
atbas_est_cpt		despesa com atenção básica estadual <i>per capita</i>	+
atbas_rprop_cpt	Variáveis	despesa com atenção básica municipal <i>per capita</i>	+
atbas_tot_cpt	independentes por	despesa total com atenção básica <i>per capita</i>	+
tot_fed_cpt	blocos de gastos	despesa federal total <i>per capita</i>	+
tot_est_cpt		despesa estadual total <i>per capita</i>	+
tot_rprop_cpt		despesa municipal total <i>per capita</i>	+
pop2012ln/pop2014ln	Variável de controle (população)	população do município em 2012 e em 2014	-
pib_cpt		PIB <i>per capita</i>	+
gini_renda_cpt_2010	Variáveis de controle	Índice de Gini de renda em 2010 <i>per capita</i>	-
idhm_2010	(Desenvolv. Social)	IDHM em 2010	+
IDS		Índice de desenvolvimento da saúde em 2015	+
IDS	Variáveis de controle (Desenvolv. Da saúde)	Índice de desenvolvimento da saúde em 2015	+
ind_mort_0a4_10000/ind_mort_10000	Variáveis de controle	Índice de mortes evitáveis entre 0 e 4 anos	-
ind_mort_5a74_1000	(Resultado da saúde)	Índice de mortes evitáveis entre 5 e 74 anos	-

Notas: Fonte: Elaborada pelo autor. \*Efeito sobre a variável dependente.

Para que seja realizada a análise de correspondência, é necessário que as variáveis sejam categóricas. Desse modo, as variáveis utilizadas, inicialmente contínuas, sofreram transformação, buscando-se dividir as categorias em intervalos equidistantes. Ressalta-se que a tipologia das UBS, no entanto, já havia sido categorizada de acordo com Giovanella *et al.* (2015) e a variável população foi embasada em metodologia do IBGE<sup>17</sup>, conforme apresentado no Apêndice B.

Na análise das comparações entre os pares de variáveis constantes das Tabelas 18 e 19, a seguir, verificam-se aqueles que apresentaram as melhores correspondências e os pares

<sup>17</sup> Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2005/2015. Dados da pesquisa, 2019.

que tiveram a hipótese nula de independência não rejeitada no teste qui-quadrado, ou seja, são pares em que as variáveis não possuem correspondência.

**Tabela 18** – Pares de variáveis testados na análise de correspondência (ciclo 1).

Ciclo 1 – 2012						
Seq.	Pares de variáveis		Qui-quadrado	Grau de liberdade – df	P-valor	Obs.
1	fx_esc_final	fx_pop_2012	842,68	24	2,2e-16	*
2	fx_esc_final	fx_med_atbas_tot_cpt2012	133,68	16	2,2e-16	
3	fx_esc_final	fx_med_tot_rprop_cpt2012	222,89	16	2,2e-16	*,**
4	fx_esc_final	fx_med_tot_fed_cpt2012	104,54	16	4,853e-15	*,**
5	fx_esc_final	fx_med_desp_pess_enc_cpt2012	391,49	20	2,2e-16	*
6	fx_esc_final	fx_med_desp_geral_cpt2012	577,13	20	2,2e-16	*
7	fx_esc_final	fx_ind_mort_0a4_10000	37,995	20	0,008868	
8	fx_esc_final	fx_ind_mort_5*74_1000	117,19	20	9,419e-16	
9	fx_esc_final	fx_idhm_2010	188,46	8	2,2e-16	*,**
10	fx_esc_final	fx_gini_renda_cpt_2010	137,73	12	2,2e-16	*
11	fx_esc_final	fx_IDS	317,95	16	2,2e-16	
12	fx_esc_final	fx_med_atbas_fed_cpt2012	142,83	16	2,2e-16	*,**
13	fx_esc_final	fx_med_atbas_rprop_cpt2012	192,9	16	2,2e-16	
14	fx_esc_final	fx_pib_cpt_2012	238,41	20	2,2e-16	*,**
15	fx_pop_2012	fx_med_atbas_tot_cpt2012	961,6	24	2,2e-16	*,**
16	fx_pop_2012	fx_med_tot_rprop_cpt2012	725,02	24	2,2e-16	
17	fx_pop_2012	fx_med_desp_geral_cpt2012	2372,1	30	2,2e-16	
18	fx_pop_2012	fx_pib_cpt_2012	611,44	30	2,2e-16	*,**
19	fx_pop_2012	fx_gini_renda_cpt_2010	383,85	18	2,2e-16	*
20	fx_pop_2012	fx_IDS	1448,3	24	2,2e-16	
21	fx_pop_2012	fx_med_atbas_fed_cpt2012	1823,8	24	2,2e-16	*,**
22	fx_pop_2012	fx_med_atbas_rprop_cpt2012	797,72	24	2,2e-16	*
23	fx_pop_2012	fx_idhm_2010	858,48	12	2,2e-16	*,**
24	fx_pop_2012	fx_ind_mort_5*74_1000	782,86	30	2,2e-16	*,**
25	fx_IDS	fx_ind_mort_0a4_10000	145,1	20	2,2e-16	
26	fx_IDS	fx_ind_mort_5*74_1000	210,24	20	2,2e-16	

Fonte. Elaborado pelo autor, com dados da pesquisa, 2019.

Notas. 1 – A hipótese nula é de independência entre as variáveis. 2 – (\*) Pares de variáveis com melhor correspondência. 3 – (\*\*) Gráficos analisados. 4 – (\*\*\*) Pares com hipótese de independência não rejeitada. 5 – df (*degree-freedom*).

**Tabela 19** - Pares de variáveis testados na análise de correspondência (ciclo 2).

Ciclo 2 – 2014						
Seq.	Pares de Variáveis		Qui-quadrado	Grau de liberdade- df	P-valor	Obs.
1	fx_esc_final	fx_pop_2014	159	24	2,2e-16	*
2	fx_esc_final	fx_med_atbas_tot_cpt2014	83,817	16	3,389e-11	
3	fx_esc_final	fx_med_tot_rprop_cpt2014	27,223	16	0,03907	
4	fx_esc_final	fx_med_tot_fed_cpt2014	134,95	16	2,2e-16	
5	fx_esc_final	fx_med_desp_pess_enc_cpt2014	53,403	20	7,09e-05	
6	fx_esc_final	fx_pib_cpt_2014	37,291	20	0,0108	
7	fx_esc_final	fx_med_desp_geral_cpt2014	68,074	16	2,165e-08	*
8	fx_esc_final	fx_ind_mort_0a4_10000	34,924	20	0,02051	
9	fx_esc_final	fx_ind_mort_5a74_1000	27,901	20	0,1118	***
10	fx_esc_final	fx_idhm_2010	8,8365	8	0,3563	***

(continuação)

Ciclo 2 – 2014						
Seq.	Pares de variáveis		Qui-quadrado	Grau de liberdade - df	P-valor	Obs.
11	fx_esc_final	fx_gini_renda_cpt_2010	11,389	12	0,4959	***
12	fx_esc_final	fx_IDS	48,784	16	3,575e-05	
13	fx_esc_final	fx_med_atbas_fed_cpt2014	182,69	16	2,2e-16	*,**
14	fx_esc_final	fx_med_atbas_rprop_cpt2014	40,838	16	0,0005868	*
15	fx_pop_2014	fx_med_atbas_tot_cpt2014	956,99	24	2,2e-16	*,**
16	fx_pop_2014	fx_med_tot_fed_cpt2014	461,04	24	2,2e-16	*
17	fx_pop_2014	fx_med_tot_rprop_cpt2014	524,2	24	2,2e-16	*
18	fx_pop_2014	fx_med_desp_geral_cpt2014	2127,9	24	2,2e-16	
19	fx_pop_2014	fx_pib_cpt_2014	494,53	30	2,2e-16	*,**
20	fx_pop_2014	fx_idhm_2010	815,64	12	2,2e-16	*,**
21	fx_pop_2014	fx_gini_renda_cpt_2010	383,85	18	2,2e-16	*
22	fx_pop_2014	fx_IDS	1302,7	24	2,2e-16	
23	fx_pop_2014	fx_med_atbas_fed_cpt2014	2021,1	24	2,2e-16	*,**
24	fx_pop_2014	fx_med_atbas_rprop_cpt2014	635,15	24	2,2e-16	
25	fx_pop_2014	fx_ind_mort_5a74_1000	827,57	30	2,2e-16	*,**
26	fx_IDS	fx_ind_mort_0a4_10000	145,1	20	2,2e-16	
27	fx_IDS	fx_ind_mort_5a74_1000	210,24	20	2,2e-16	

Fonte. Elaborado pelo autor, com dados da pesquisa, 2019.

Notas. 1 - A hipótese nula é de independência entre as variáveis. 2 - (\*) Pares de variáveis com melhor correspondência. 3 - (\*\*) Gráficos analisados. 4 - (\*\*\*) Pares com hipótese de independência não rejeitada. 5 - df (*degree-freedom*).

Estatisticamente, observou-se, por meio do teste qui-quadrado, que todos os pares de variáveis do ciclo 1 apresentaram associação (p-valor < 0.05). Para o ciclo 2, no entanto, três pares de variáveis não apresentaram associação (p-valor > 0.05). Os pares foram *fx\_esc\_final* x *fx\_ind\_mort\_5a74\_1000*, *fx\_esc\_final* x *fx\_idhm\_2010* e *fx\_esc\_final* x *fx\_gini\_renda\_cpt\_2010*, o que levou à exclusão desses pares de variáveis, por não serem passíveis de apresentarem correspondência entre suas categorias.

A seguir, são apresentados os gráficos resultantes da análise de correspondência que tiveram a correspondência demonstrada de forma mais clara.

#### 4.4.1 Análise de correspondência entre tipologia da infraestrutura e gastos em saúde (ciclos 1 e 2)

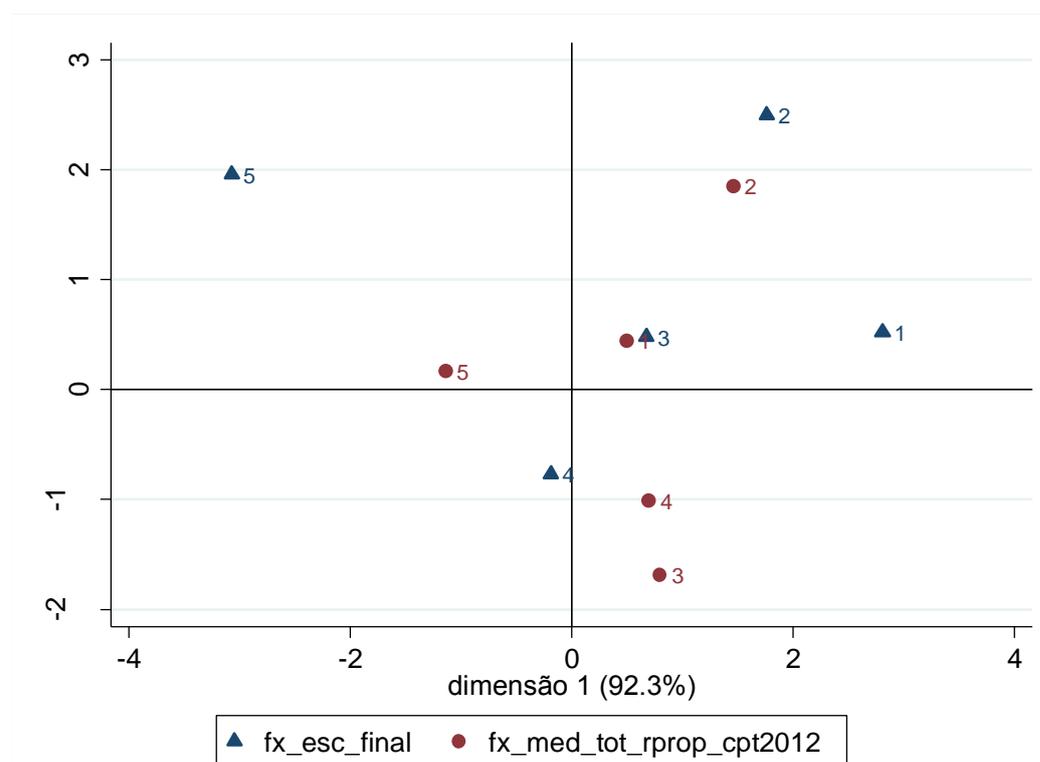
Foram elaborados gráficos, para os ciclos 1 e 2, por meio do *software Stata 13.0*, nos quais constam os percentuais de variação original dos dados, sendo a dimensão 1 (horizontal) a maior, com participação superior a 70% em todos os gráficos analisados. Assim, utiliza-se a dimensão 1 de cada gráfico para a análise gráfica da correspondência, por meio da distância horizontal entre as categorias das variáveis analisadas.

Primeiramente, será apresentada a **análise gráfica do ciclo 1 (2012)**. Ressalte-se que, a partir do Gráfico 5, os algarismos entre parênteses no título dos diversos gráficos apresentados correspondem, respectivamente, à ordem sequencial das variáveis nas Tabelas 18 e 19 (resultados dos testes qui-quadrado), anteriormente mostradas.

Ressalta-se que a comparação entre os dois ciclos é realizada no item 4.4.2 *Evidências apontadas por meio da análise de correspondência*, tabelas 20 a 22, que resume a relação entre as categorias das variáveis apresentadas pelos gráficos (5 a 20) analisados para os dois ciclos.

O Gráfico 5 apresenta a relação entre a tipologia e a despesa *per capita* em saúde com recursos próprios do município, para o ciclo 1.

(3) **Gráfico 5** - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa total com recursos do município.



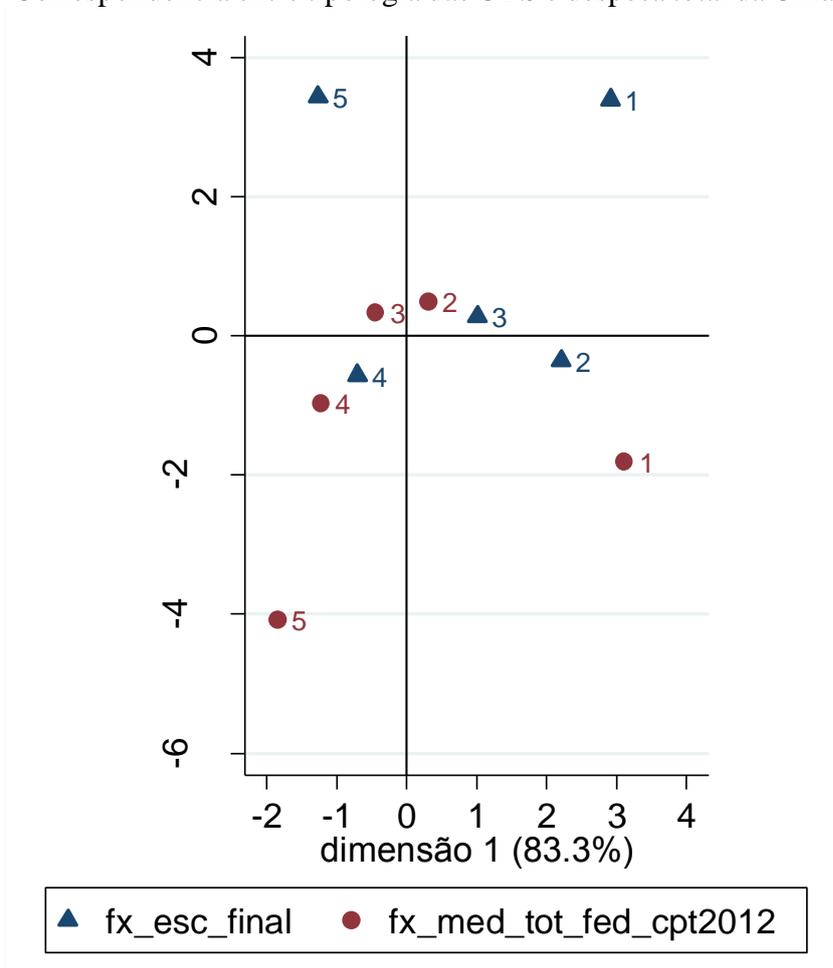
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_med\_tot\_rprop\_cpt2012: categorias de gasto total em saúde do município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 5, explica 92,3 % da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam despesa *per capita* com recursos próprios do município maior (5 - superior a R\$ 400,00), e vice-versa.

A partir do Gráfico 6, mostra-se a correspondência entre a tipologia e a despesa federal *per capita* com saúde.

(4) **Gráfico 6** - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa total da União no município.

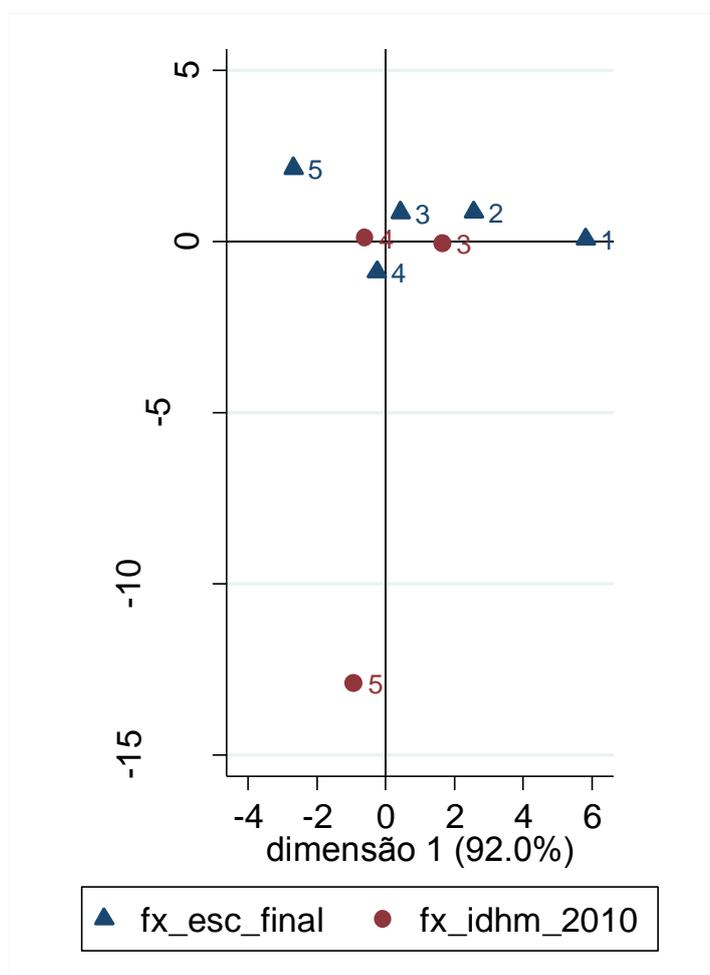


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_med\_tot\_cpt2012: categorias de gasto total da União no município.

A dimensão 1 (horizontal), no gráfico, explica 83,3 % da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam despesa *per capita* federal com saúde maior (4 - entre R\$ 300,00 e R\$ 400,00; 5 - superior a R\$ 400,00).

Observa-se, no Gráfico 7, a correspondência entre a tipologia das UBS e o IDHM do município.

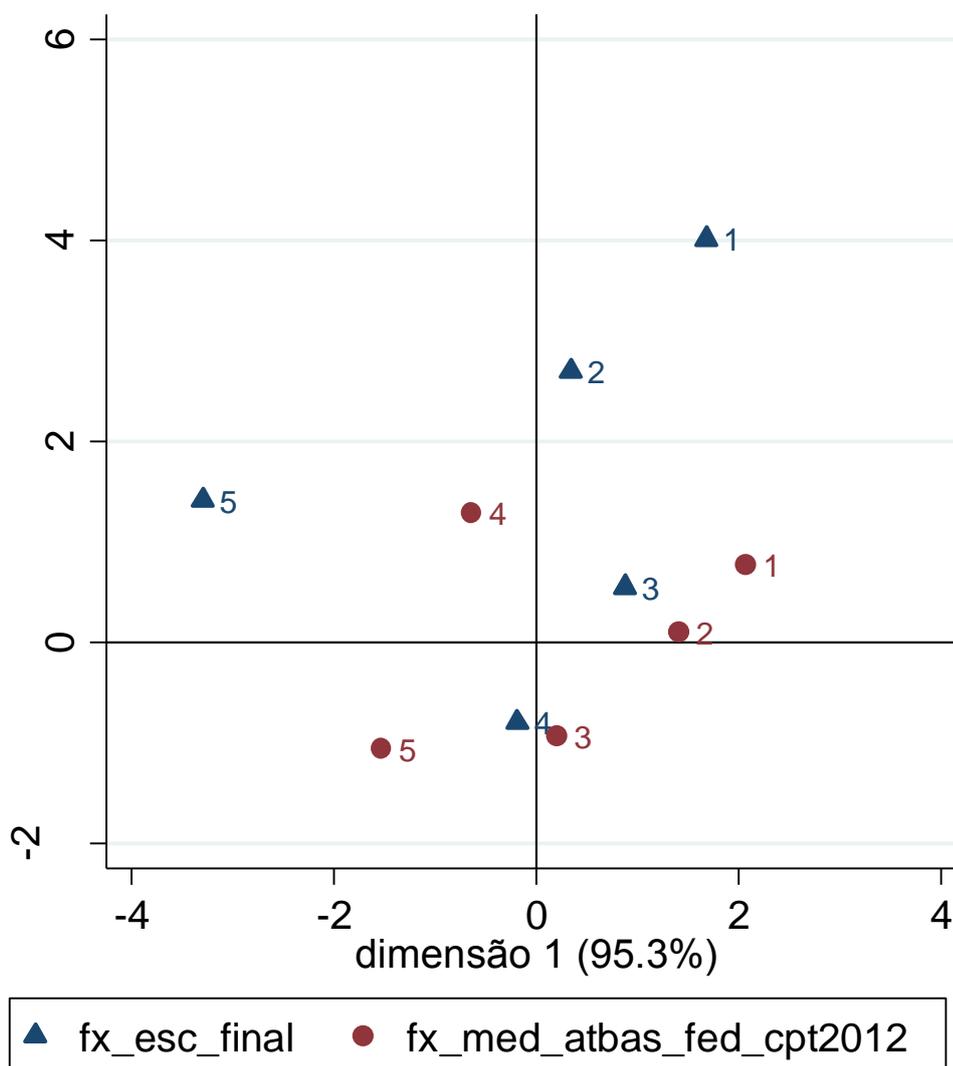
(9) **Gráfico 7** - Correspondência entre tipologia das UBS e IDHM.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_idhm\_2010: categorias de IDHM.

No Gráfico 7, a dimensão 1 (horizontal) explica 92% da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam IDHM maiores (4 - entre 0,6 e 0,8 e 5 - entre 0,8 e 1,0).

Observa-se, a partir do Gráfico 8, a correspondência entre a tipologia e a despesa federal *per capita* na AB.

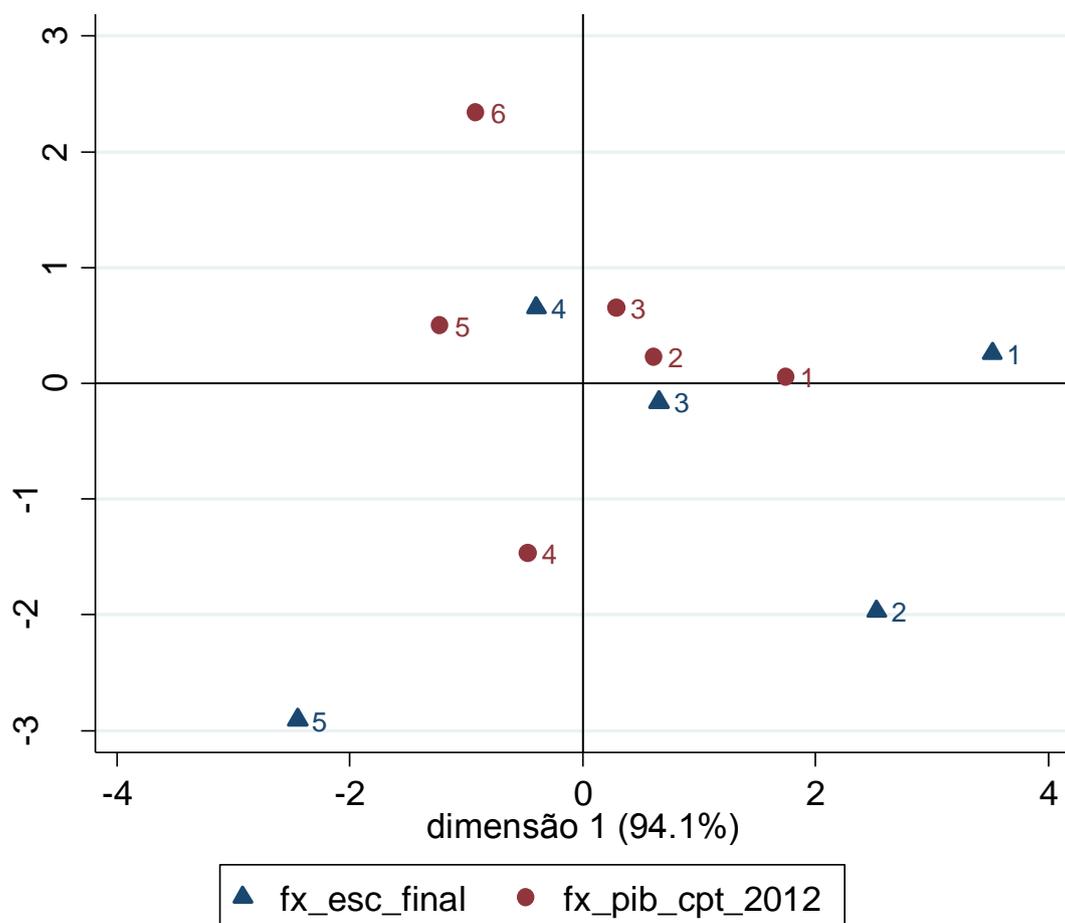
(12) **Gráfico 8** - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa federal na AB

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_med\_atbas\_fed\_cpt2012: categorias de gasto federal na AB.

A dimensão 1 (horizontal), no gráfico, explica 95,3 % da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam despesa *per capita* federal na AB maior (4 - entre R\$ 150,00 e R\$ 200,00 e 5 - superior a R\$ 200,00).

Observa-se, no Gráfico 9, a correspondência entre a tipologia e o PIB *per capita*.

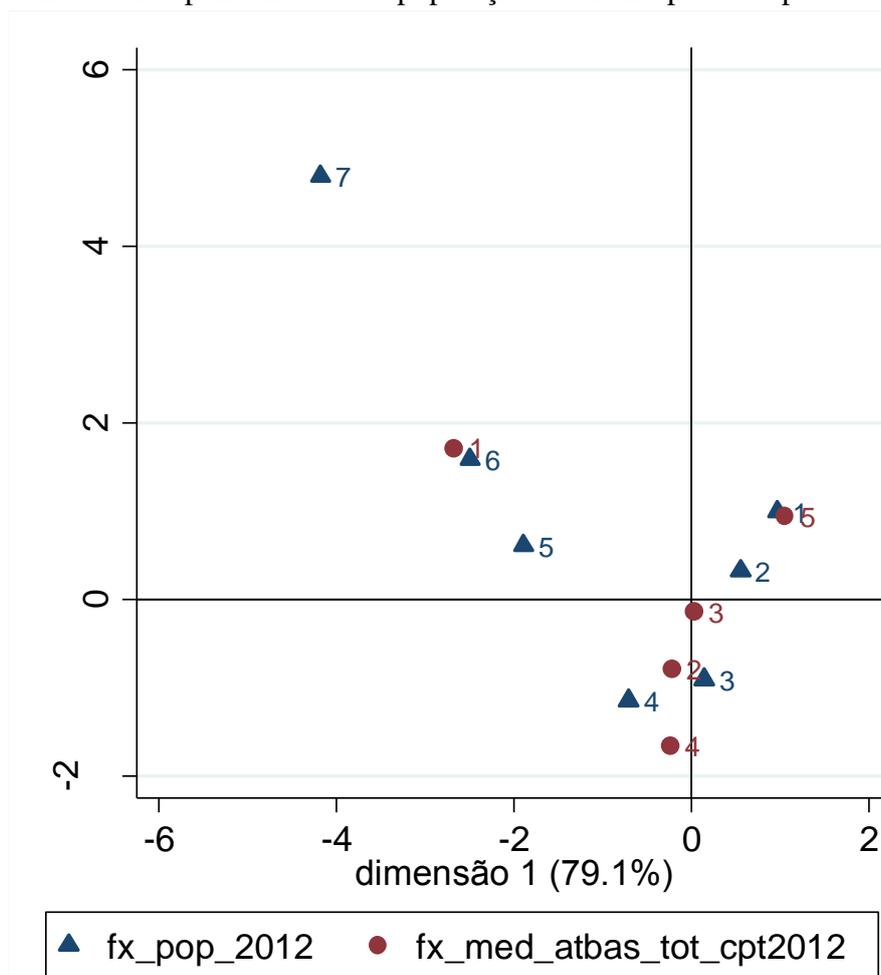
(14) **Gráfico 9** - Correspondência entre tipologia das UBS e PIB *per capita*

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_pib\_cpt2012: categorias de PIB do município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 9, explica 94,1 % da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam PIB *per capita* maiores (4 - entre R\$ 15.000,00 e R\$ 25.000,00; 5 - entre R\$ 25.000,00 e R\$ 50.000,00; 6 - superior a R\$ 50.000,00), e vice-versa.

O Gráfico 10, a seguir, apresenta a relação entre a população do município e a despesa total *per capita* com atenção básica.

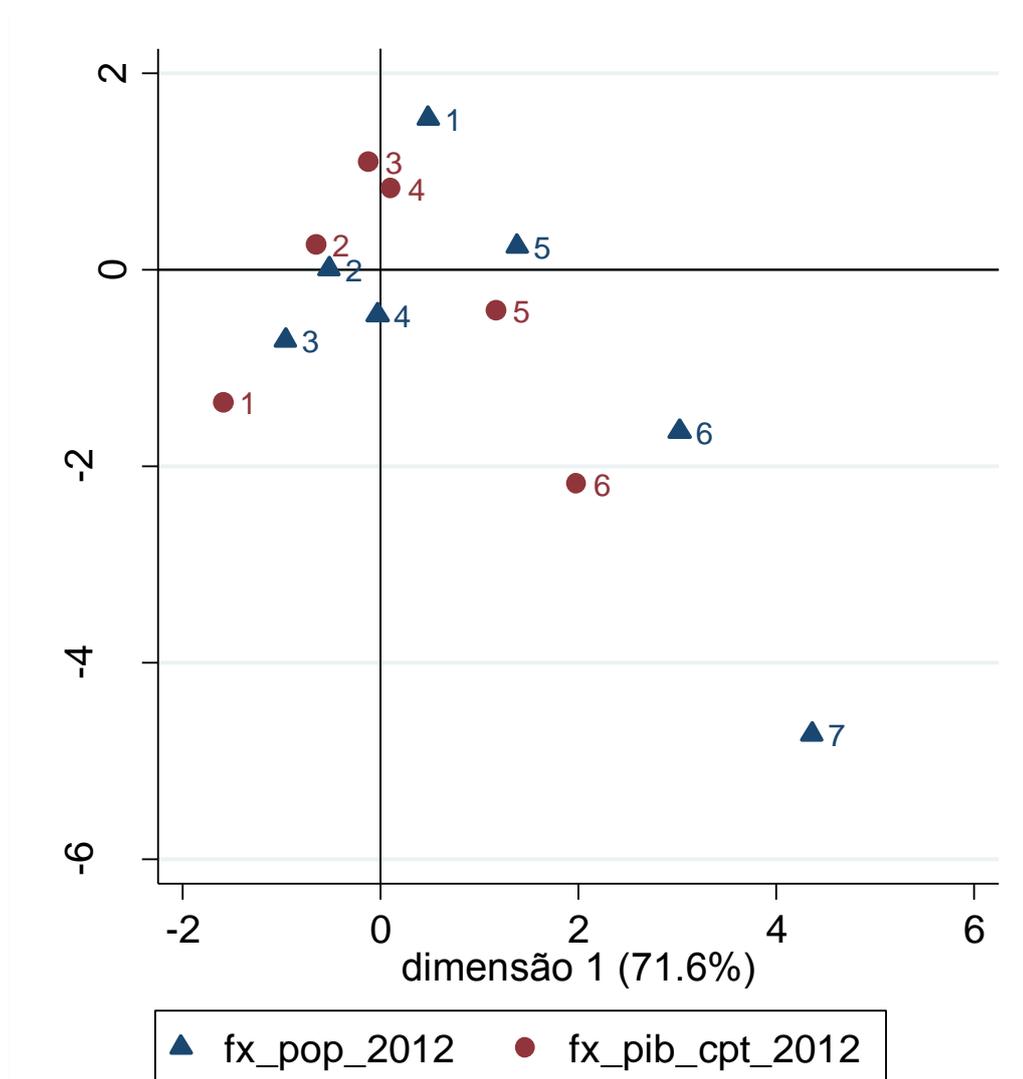
(15) **Gráfico 10** - Correspondência entre população do município e despesa total com AB

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2012: população do município; fx\_med\_atbas\_tot\_cpt2012: categorias de gasto total na AB.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 10, explica 79,1 % da variação original dos dados. O resultado do gráfico evidencia que municípios com população maior (6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam despesa total *per capita* com AB menor (1 - inferior a R\$ 200,00), e vice-versa.

Verifica-se, no Gráfico 11, mostrado a seguir, a correspondência entre a população do município e o PIB *per capita*.

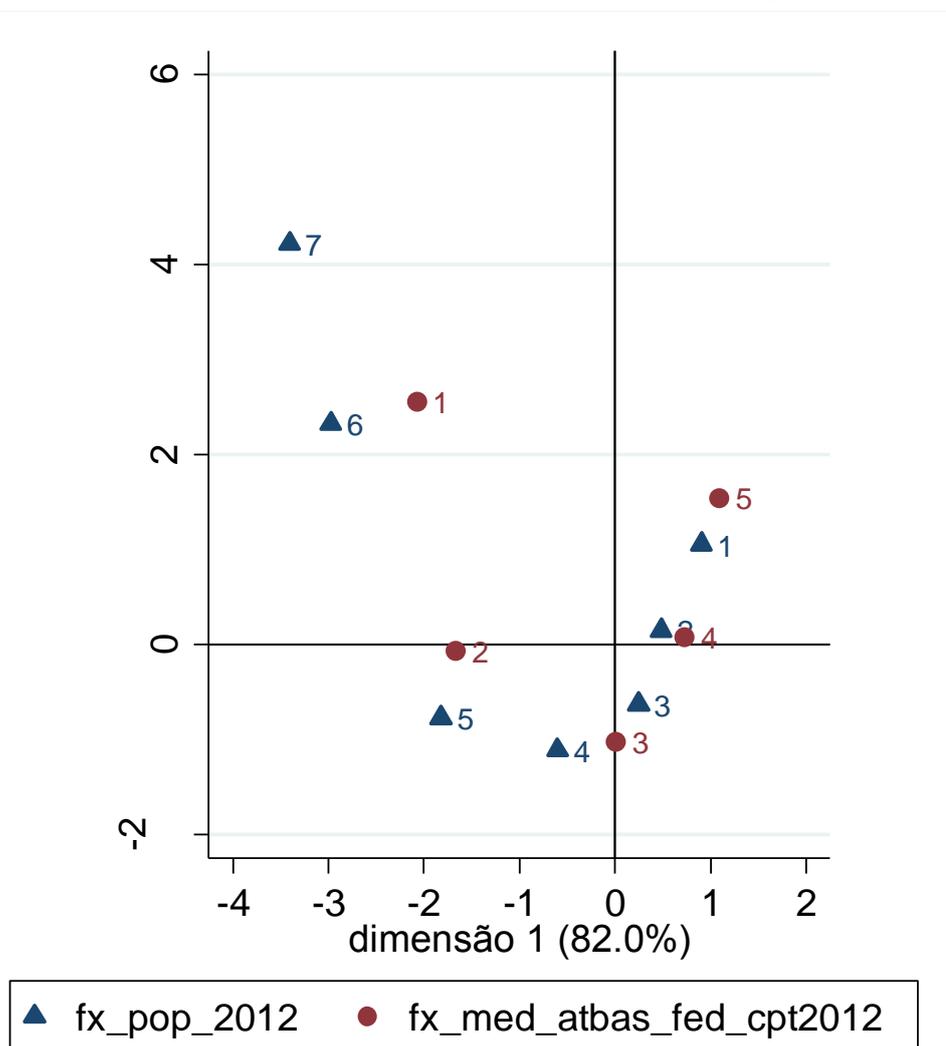
(18) **Gráfico 11** - Correspondência entre população do município e PIB *per capita*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2012: população do município; fx\_pib\_cpt2012: categorias de PIB *per capita* do município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 11, explica 71,6 % da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam PIB *per capita* maior (5 - entre R\$ 25.000,00 e R\$ 50.000,00; 6 - superior a R\$ 50.000,00), apesar de a relação inversa não ser clara nos municípios com população menor.

Ao se realizar a análise de correspondência, observa-se, a partir do Gráfico 12, a correspondência entre população do município e despesa federal com atenção básica.

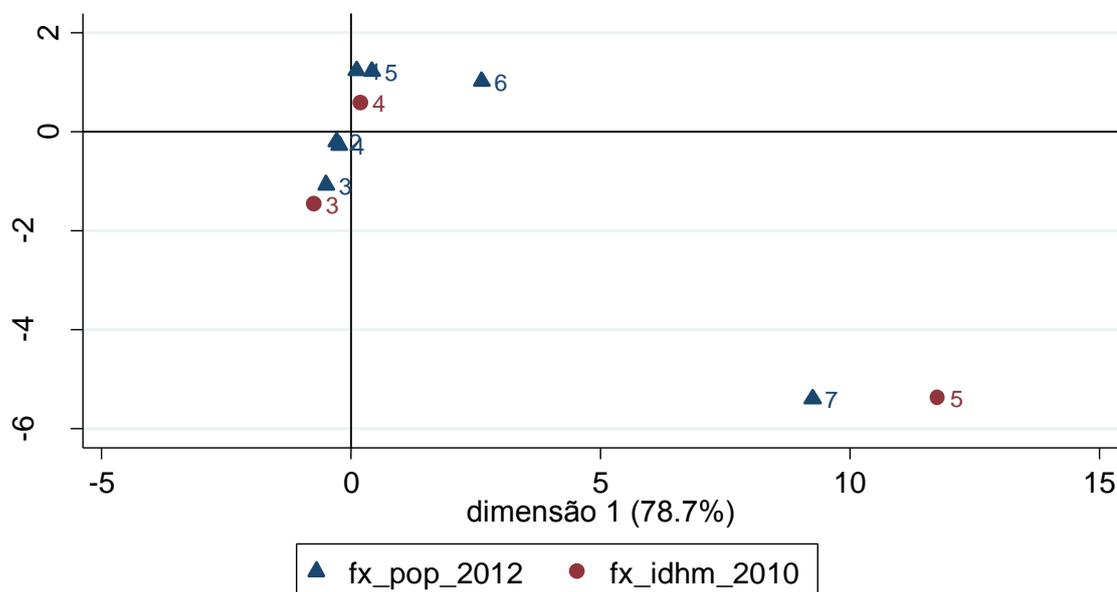
(21) **Gráfico 12** - Correspondência entre população do município e despesa federal com AB

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2012: população do município; fx\_med\_atbas\_fed\_cpt2012: categorias de gasto federal com AB *per capita* no município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 12, explica 82% da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam despesas *per capita* federal com AB menor (1 - inferior a R\$ 50,00; 2 - entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00). Desse modo, o resultado do Gráfico 12 evidencia que municípios menores em termos de população dependem mais de recursos federais na AB.

O Gráfico 13, a seguir, apresenta a correspondência entre a população e o IDHM do município.

(23) **Gráfico 13** - Correspondência entre população do município e IDHM

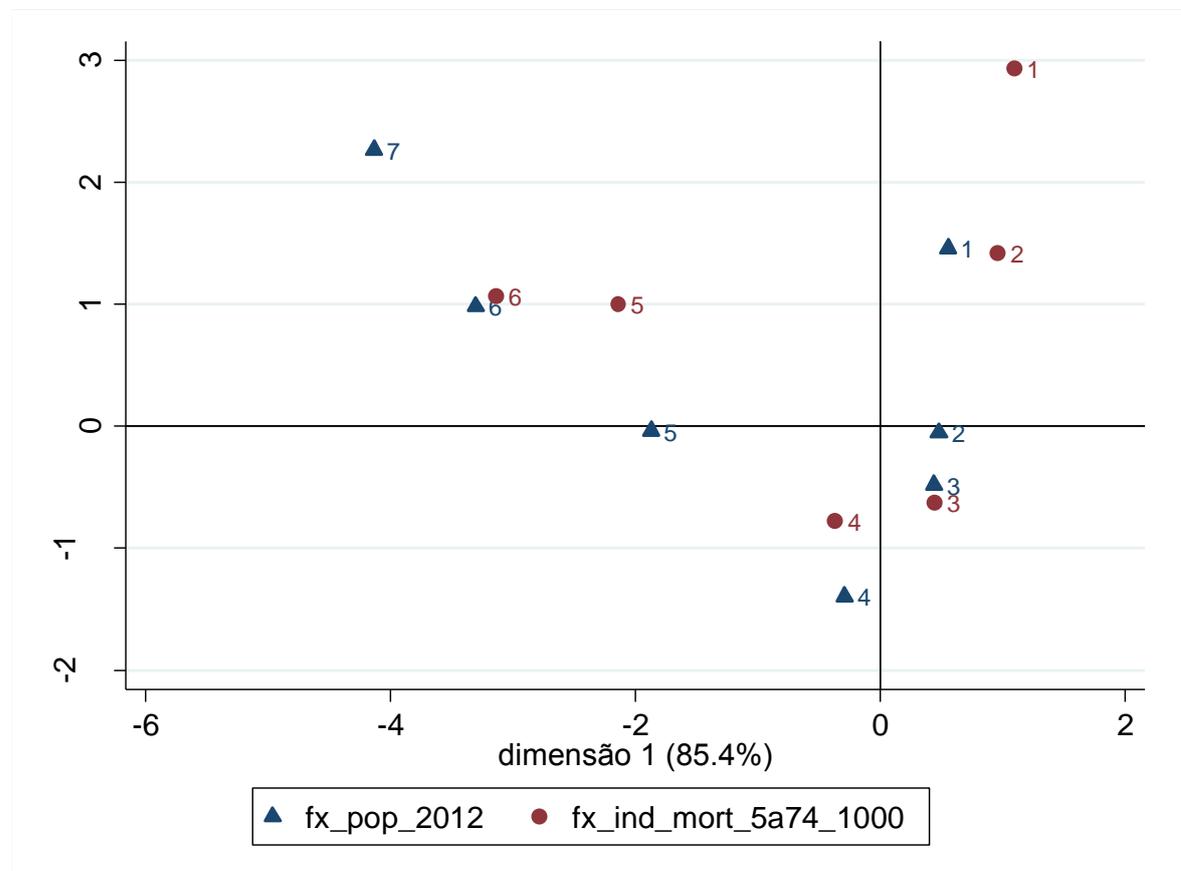
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2012: população do município; fx\_idhm\_2010: categorias de IDHM do município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 13, explica 78,7 % da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com populações maiores (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes) apresentam IDHM maiores (5 - entre 0,8 e 1,0), e vice-versa.

O Gráfico 14, a seguir, apresenta a relação entre a população do município e o índice de mortes evitáveis de 5 a 74 anos de idade no município.

(24) **Gráfico 14** - Correspondência entre população do município e índice de mortalidade de 5 a 74 anos no município



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

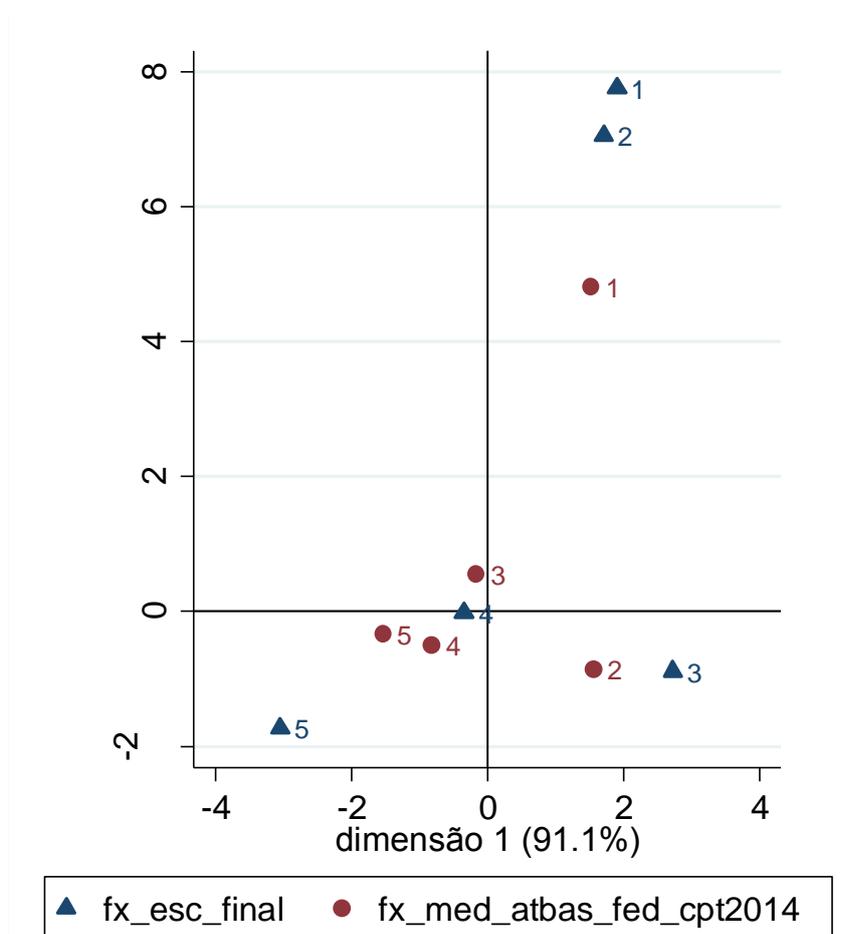
Notas: fx\_pop\_2012: população do município; fx\_ind\_mort\_5a74\_1000: índice de mortalidade de 5 a 74 anos no município.

No Gráfico 14, a dimensão 1 (horizontal) explica 85,4 % da variação original dos dados. Esse gráfico evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam índice de mortes evitáveis maior (5 - entre 4 e 5; 6 - superior a 5), e vice-versa.

A seguir, será apresentada a **análise gráfica do ciclo 2 (2014)**, da mesma forma que no ciclo anterior.

Observa-se, no resultado do Gráfico 15, apresentado na sequência, a correspondência entre a tipologia das UBS e a despesa federal *per capita* com atenção básica no município.

(13) **Gráfico 15** - Correspondência entre tipologia das UBS e despesa federal com AB no município

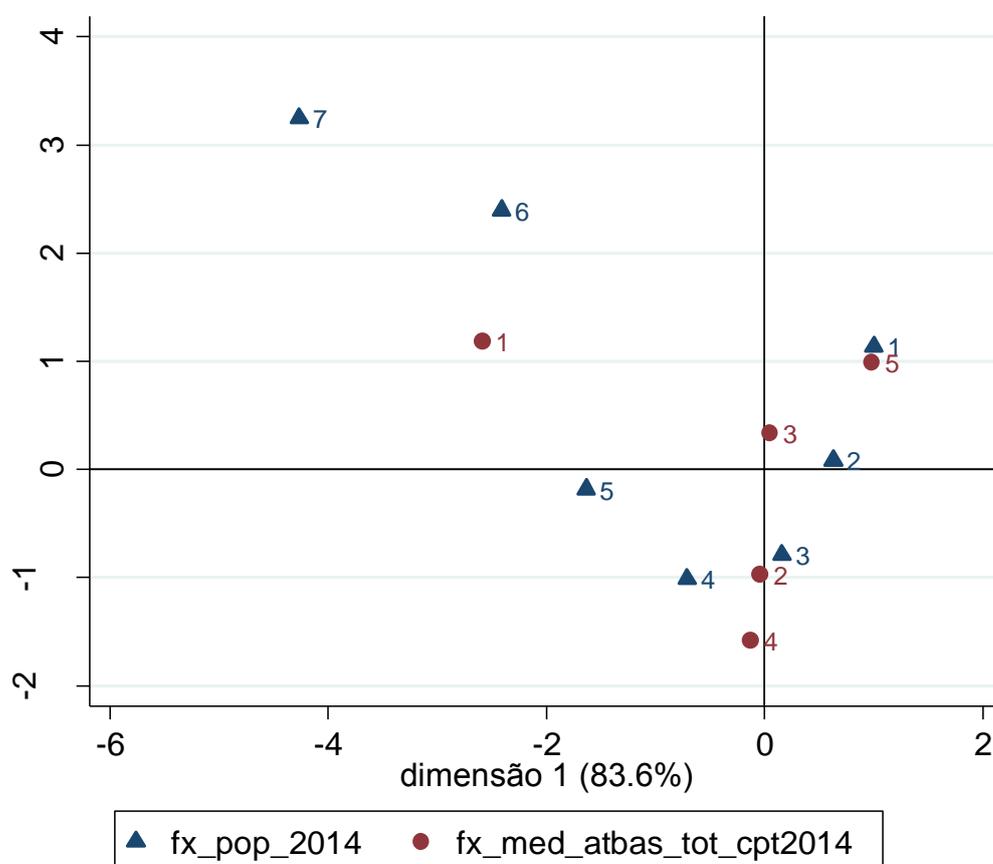


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_esc\_final: tipologia das UBS; fx\_med\_atbas\_fed\_cpt2014: categorias de gasto federal na AB.

No Gráfico 15, a dimensão 1 (horizontal) explica 91,1 % da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com tipologias regular (4) e padrão de referência (5) apresentam despesa *per capita* federal com atenção básica maior (4 - entre R\$ 150,00 e R\$ 200,00 e 5 - superior a R\$ 200,00).

A seguir, o Gráfico 16 apresenta a relação entre a população do município e a despesa total *per capita* com atenção básica.

(15) **Gráfico 16** - Correspondência entre população do município e despesa total com AB

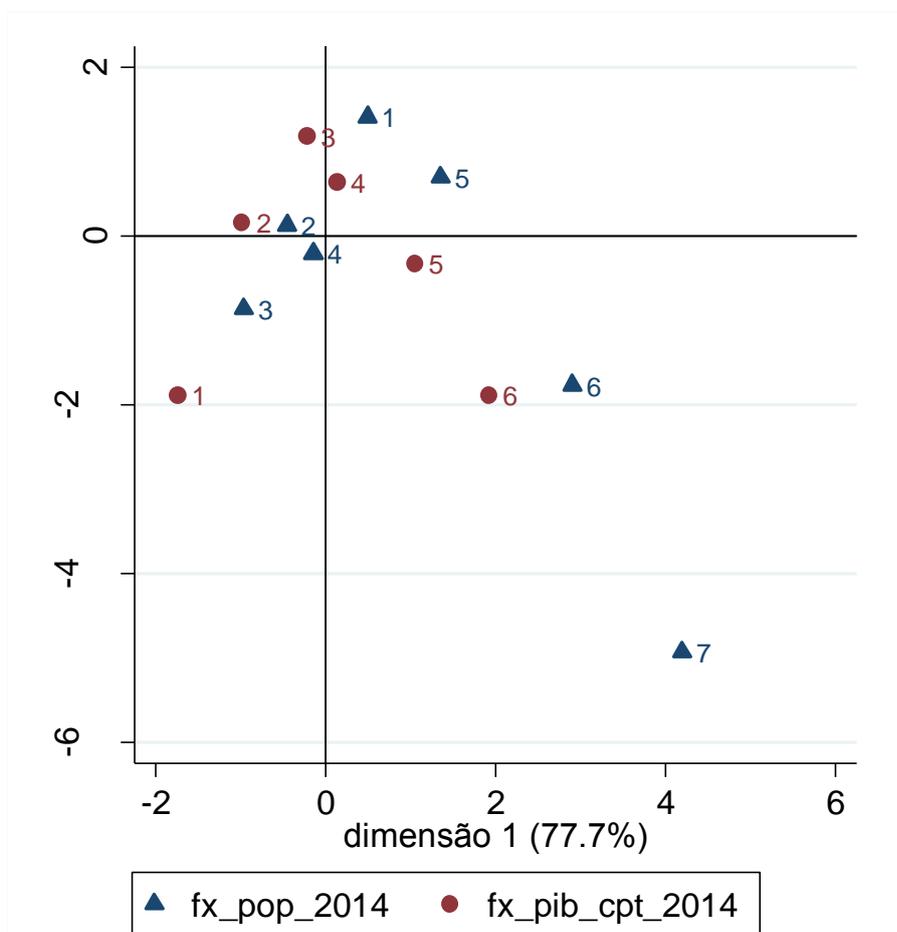
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2014: população do município; fx\_med\_atbas\_tot\_cpt2014: categorias de gasto total na AB.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 16, explica 83,6 % da variação original dos dados. O gráfico evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam despesa total *per capita* com AB menor (1 - inferior a R\$ 200,00), e vice-versa.

Entretanto, nem sempre um aumento dos gastos incide diretamente na despesa *per capita*, pois, caso o aumento ocorra somente em municípios com pequena população, por exemplo, o gasto *per capita* nesses municípios é mais elevado, o que explica que nem sempre o aumento dos gastos totais em determinada conta leva à redução dos gastos *per capita* dessa mesma conta.

Observa-se, no Gráfico 17, a seguir, a correspondência entre a população do município e o PIB *per capita*.

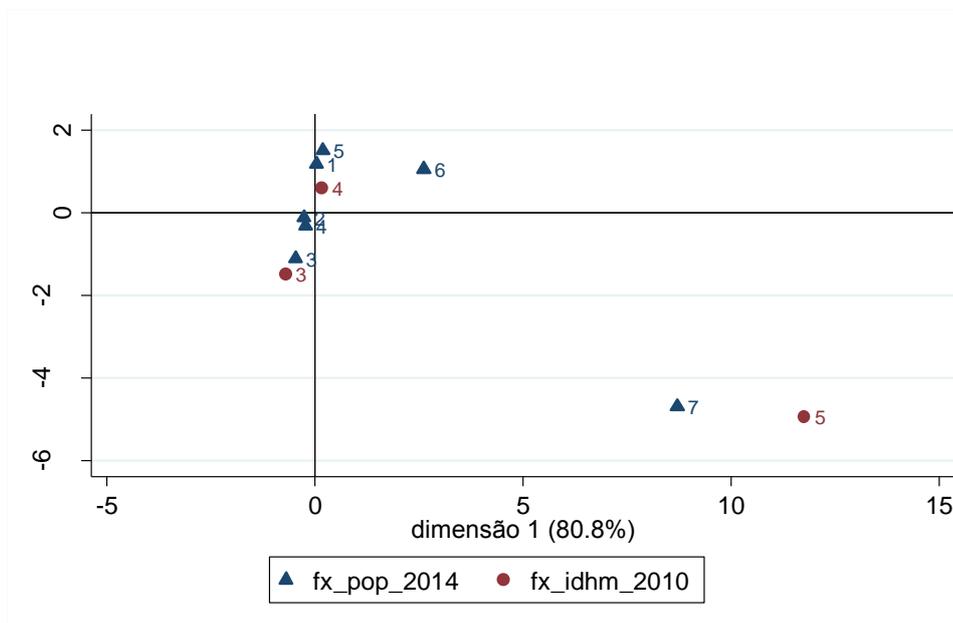
(19) **Gráfico 17** - Correspondência entre população do município e PIB *per capita*

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2014: população do município; fx\_pib\_cpt2014: categorias de PIB *per capita* do município.

Conforme explicitado no Gráfico 17, a dimensão 1 (horizontal) explica 77,7 % da variação original dos dados. O resultado do gráfico evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam PIB *per capita* maior (5 - entre R\$ 25.000,00 e R\$ 50.000,00; 6 - superior a R\$ 50.000,00), apesar de a relação inversa não ser clara nos municípios com população menor.

Verifica-se, no Gráfico 18, a seguir, a correspondência entre a população do município e o IDHM do município.

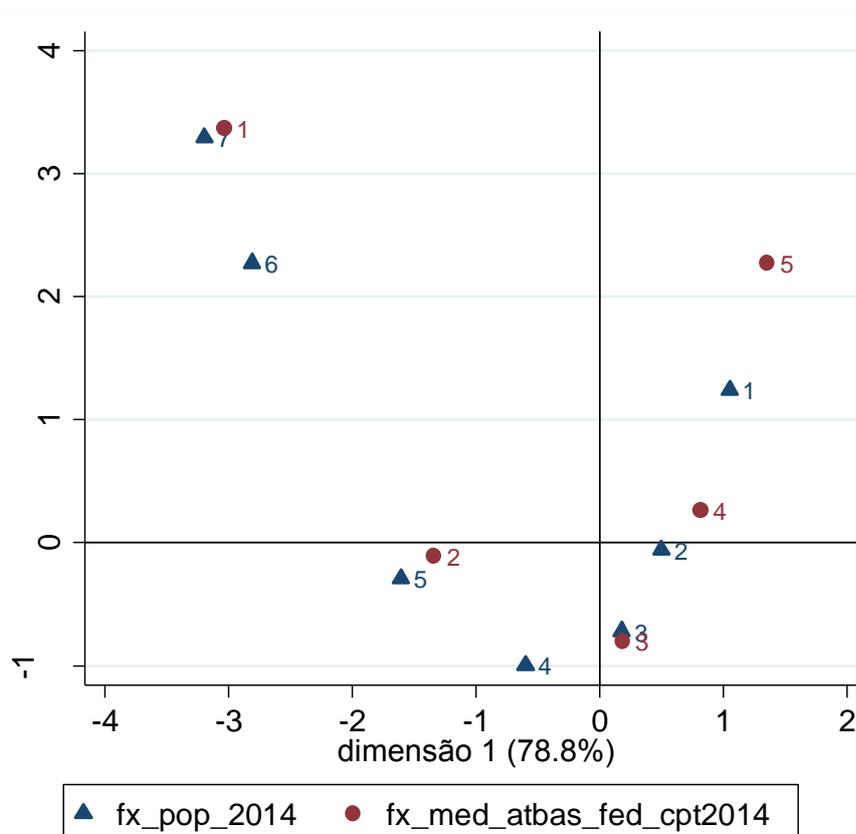
(20) **Gráfico 18** - Correspondência entre população do município e IDHM

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2014: população do município; fx\_idhm\_2010: categorias de IDHM do município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 18, explica 80,8 % da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com população maior (7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam IDHM melhor (5 - entre 0,8 e 1,0), apesar de a relação inversa não ser clara nos municípios com população menor.

No Gráfico 19, na sequência, apresenta-se a relação entre a população do município e a despesa federal *per capita* com atenção básica.

(23) **Gráfico 19** - Correspondência entre população do município e despesa federal com AB

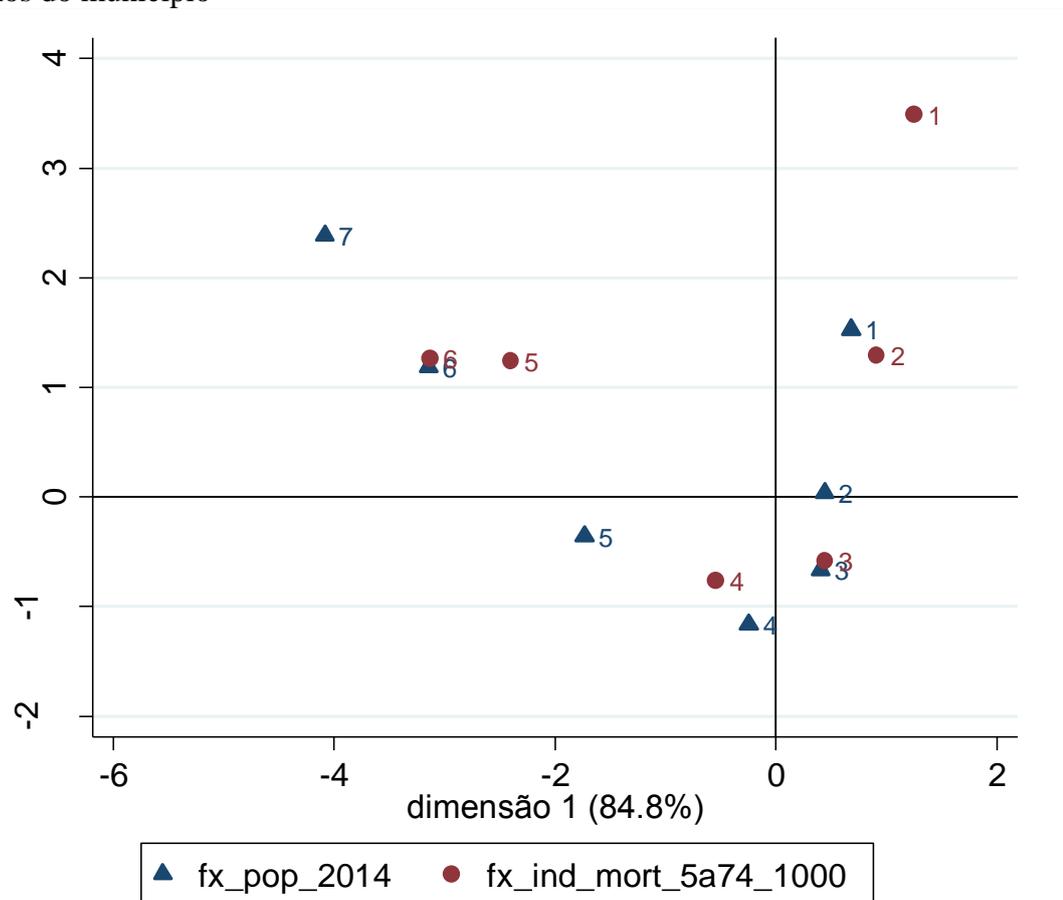
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2014: população do município; fx\_med\_atbas\_fed\_cpt2014: categorias de gasto federal com AB *per capita* no município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 19, explica 78,8 % da variação original dos dados. O resultado evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam despesa federal com AB *per capita* menor (1 - inferior a R\$ 50,00; 2 - entre R\$ 50,00 e R\$ 100,00), e vice-versa.

O Gráfico 20, a seguir, mostra a correspondência entre a população do município e o índice de mortes evitáveis de 5 a 74 anos de idade do município.

(25) **Gráfico 20** - Correspondência entre população do município e índice de mortalidade de 5 a 74 anos do município



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Notas: fx\_pop\_2014: população do município; fx\_ind\_mort\_5a74\_1000: índice de mortalidade de 5 a 74 anos no município.

A dimensão 1 (horizontal), no Gráfico 20, explica 84,8 % da variação original dos dados. O resultado do gráfico evidencia que municípios com população maior (5 - entre 50.000 e 100.000 habitantes; 6 - entre 100.000 e 500.000 habitantes; 7 - mais de 500.000 habitantes) apresentam índice de mortes evitáveis maior (5 - entre 4 e 5; 6 - superior a 5), e vice-versa.

#### 4.4.2 Evidências apontadas por meio da análise de correspondência

A partir da correspondência entre pares de variáveis, foram elaboradas as Tabelas de 20 a 22, que buscam identificar o perfil dos municípios de acordo com a relação entre as categorias das variáveis apresentadas pelos gráficos analisados.

**Tabela 20** - Correspondência entre variáveis e população (ciclo 1).

<b>Ciclo 1</b>									
Variáveis	População	Gasto federal	Gasto com AB	Gasto federal com AB	Gastos próprios com AB	Mortes evitáveis de 5 a 74 anos	PIB	IDHM	Gini
<b>Categorias</b>	1	1	5	5	5	2	-	-	2
	2	3	-	4	4	-	2	-	3
	3	2	3	-	3	3	1	3	-
	4	4	4	3	2	4	4	4	-
	5	5	-	2	-	5	5	-	-
	6	-	1	1	-	6	6	-	-
	7	-	-	-	-	-	-	5	5
<b>Ciclo 2</b>									
Variáveis	População	Gasto federal	Gasto com AB	Gasto federal com AB	Gasto próprio com AB	Mortes evitáveis de 5 a 74 anos	PIB	IDHM	Gini
<b>Categorias</b>	1	-	5	5	5	-	-	-	-
	2	2	-	4	4	2	-	-	2
	3	-	3	-	3	3	2	3	3
	4	3	4	3	-	4	3	-	-
	5	4	-	2	2	5	5	4	4
	6	-	1	1	-	6	6	-	-
	7	5	-	-	1	-	-	5	5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Tabela 21** - Correspondência entre variáveis e tipologia (ciclo 1).

Variáveis	Tipologia	Gasto federal com AB	Gasto federal total	Gasto próprio total	Gasto com pessoal e encargos	Gasto total	Mortes evitáveis de 5 a 74 anos	PIB	IDHM	Gini
<b>Categorias</b>	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-
	2	3	1	2	2	2	-	1	3	4
	3	2	2	3	-	3	3	3	-	-
	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3
	5	5	-	5	6	6	2	5	5	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

**Tabela 22** - Correspondência entre variáveis e tipologia (ciclo 2)

Variáveis	Tipologia	População	Gasto federal com AB	Gasto federal total	Gasto próprio total	Gasto total com AB	Gastos totais
<b>Categorias</b>	1	-	1	1	-	1	-
	2	-	2	2	-	2	-
	3	7	-	-	3	-	2
	4	-	4	-	-	3	4
	5	1	5	5	-	5	6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A seguir, sintetizam-se os resultados apresentados por meio dos gráficos da análise de correspondência, no ciclo 1 (2012) e no ciclo 2 (2014), com as **evidências apresentadas pelas correspondências com a variável população**.

No que se refere às evidências apresentadas no **ciclo 1**, tem-se que municípios com menor porte populacional gastam mais recursos *per capita* com a AB, possuem maiores gastos *per capita* federais na AB e possuem maiores gastos *per capita* com recursos próprios dos municípios na AB. No entanto, possuem menores gastos federais totais *per capita*. Com relação às variáveis de controle, há evidências de que possuem menores índices de PIB, IDHM, índice de Gini de renda e mortes evitáveis de 5 a 74 anos. Ressalte-se, porém, que não foi comprovada relação entre tipologia e população do município.

Quanto às evidências para o **ciclo 2**, nota-se que municípios com menor porte populacional gastam mais recursos *per capita* com a AB, possuem maiores gastos federais *per capita*, maiores gastos *per capita* com recursos próprios na AB e menores gastos federais totais *per capita*. Com relação às variáveis de controle, há evidência de que possuem menores índices de PIB, IDHM, índice de Gini e mortes evitáveis de 5 a 74 anos.

Ao se comparar os **dois ciclos**, observa-se que municípios com menor porte populacional gastam mais recursos totais *per capita* com a AB, possuem maiores gastos *per capita* federais na AB e maiores gastos *per capita* com recursos próprios dos municípios na AB. No entanto, possuem menores gastos federais totais *per capita*. De maneira geral, possuem menores índices de PIB, IDHM e índice de Gini de renda.

No que tange aos resultados mostrados nos gráficos da análise de correspondência com as **evidências apresentadas pelas correspondências com a variável tipologia**, para o **ciclo 1 (2012)**, verifica-se que os municípios com tipologias inferiores possuem menores gastos federais *per capita* na AB, possuem menores gastos totais *per capita* com saúde e menores gastos federais totais *per capita*, além de menores gastos *per capita* com recursos próprios na saúde e menores gastos *per capita* com pessoal e encargos. Com relação às variáveis de controle, há evidência de que possuem índices menores de PIB e IDHM.

Para o **ciclo 2 (2014)**, nota-se que municípios com tipologias inferiores possuem menores gastos federais *per capita* na AB, possuem menores gastos totais *per capita* com saúde, menores gastos totais *per capita* na AB e menores gastos federais totais *per capita* com saúde.

Na comparação entre os **dois ciclos**, destaca-se que municípios com tipologias inferiores possuem menores gastos federais *per capita* na AB, menores gastos totais *per capita* com saúde e menores gastos federais totais *per capita* com saúde.

Com relação às **diferenças evidenciadas entre os dois ciclos**, no ciclo 1, observou-se que municípios com tipologias inferiores possuem menores gastos totais *per capita* com recursos próprios dos municípios em saúde e possuem menores gastos *per capita* com pessoal e encargos. Com relação às variáveis de controle, possuem menores índices de mortes evitáveis de 5 a 74 anos, PIB e IDHM. Porém, possuem maiores índices de Gini de renda. No ciclo 2, há evidência de que municípios com tipologias inferiores possuem menores gastos totais *per capita* na AB. Todavia, não foi possível estabelecer correspondência quanto às variáveis de controle.

Ao se discutir os resultados apresentados por meio da análise de correspondência, verifica-se que esses convergem para a hipótese diretriz (o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* leva a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde). A convergência dos resultados com a hipótese é corroborada pelas correspondências entre a tipologia e as variáveis representativas dos gastos em saúde realizados nos municípios (gastos federais na atenção básica, gastos federais totais em saúde e gastos totais em saúde), que evidenciam que tipologias reprovado (1) e rudimentar (2) estão relacionadas com menores gastos *per capita*.

Com relação ao comportamento dos gastos em relação à população, os gastos totais federais *per capita* em saúde são menores em municípios menores. Tal fato pode ser explicado pela predominância da AB nos municípios menores. No que concerne à tipologia, municípios com tipologias reprovado (1) e rudimentar (2) possuem menores gastos federais na AB, aspecto que merece atenção por parte do governo federal, tendo em vista que as ações estratégicas são de responsabilidade dessa esfera de governo, principalmente quando se observa a necessidade de combate às desigualdades regionais.

Os resultados evidenciados pela variável gastos totais municipais (recursos próprios) em saúde são coerentes com os resultados de Varela e Farina (2007), ao observarem que municípios com maior índice de esforço em AB são aqueles que apresentaram maior valor de despesa com recursos próprios por habitante e que correspondiam aos municípios com estruturas mais simples de atendimento à saúde, indicando que eles investem predominantemente nas ações de promoção e prevenção da saúde, embora a pesquisa citada tenha se restringido aos municípios do estado de São Paulo.

Os achados, de certa forma, corroboram a literatura, que defende que os serviços públicos alcancem os mais pobres. Uma preocupação importante para aqueles que lutam contra a pobreza é garantir que os recursos cheguem a grupos pobres e marginais. Assim, a questão é

como os governos podem garantir que os pobres recebam pelo menos uma parte equitativa dos benefícios dos serviços públicos. De acordo com o UNICEF (1996), dois fatores desempenham um papel importante: 1 - quando o investimento é colocado em **serviços básicos**, como cuidados básicos de saúde e educação primária, o número de pobres beneficiados aumenta drasticamente e 2 - quando o investimento é usado para fornecer níveis mais altos de serviço, como atenção à saúde de alta complexidade, o número de pobres que se beneficia cai. A distribuição de gastos no nível primário é muito menos desigual.

No entanto, quando se observa a alocação de recursos e a infraestrutura, a situação é diferente do que o UNICEF preconiza. Observa-se que as regiões com condições socioeconômicas inferiores possuem infraestrutura também inferior, conforme visualizado na seção referente à análise da infraestrutura da atenção básica (objetivo 3), como ocorre nas regiões Norte e Nordeste.

Na CF/88, a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (artigo 193), que deve ser “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”. Além da universalidade, a CF/88 estabeleceu, entre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade da atenção e a descentralização das ações (PIOLA *et al.*, 2013).

O artigo 196 da Carta Magna considera três aspectos: *a relação direito e dever, a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, e o acesso universal e igualitário*. Os direitos à saúde e à justiça social configuram-se como direitos sociais garantidos na Carta Política, um direito público subjetivo e um impostergável dever do Estado (NORONHA e PEREIRA, 2013).

Saliente-se que, diferentemente do que autores como Reis *et al.* (2016) e OPAS (2013) apontam, a principal questão não é a falta de recursos. De acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), somente o aumento de gastos públicos não é suficiente, pois é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda.

Pesquisas, também, apontam que os sistemas de saúde em países de baixa renda com forte orientação para cuidados básicos tendem a ser mais pró-pobres, equitativos e acessíveis. Ademais, no nível operacional, como já salientado, a maioria dos estudos que comparam serviços que podem ser entregues, como serviços de atenção básica ou serviços especializados, mostra que o uso de médicos de cuidados básicos reduz os custos e aumenta a satisfação do paciente, sem efeitos adversos na qualidade dos cuidados ou nos resultados do paciente (ATUN, 2004). Esse aspecto corrobora que as evidências apontadas pela pesquisa citada, embora

realizada com relação a países, possam ser aplicadas a entes subnacionais, no caso, os municípios. As constatações, embora pareçam contraditórias, dependem do contexto e das condições em que são analisadas, por exemplo, se em países com pouco ou elevado nível de desenvolvimento, se em países com boa ou fraca governança pública.

Ibrahim (2017) aponta como soluções para se alcançar os mais pobres, nos países menos desenvolvidos, a descentralização das políticas de saúde e a cobertura universal. A **descentralização** pode aumentar o poder dos clientes (usuários) e a participação dos pobres na produção de bens e serviços básicos, melhorar o monitoramento e reduzir a corrupção. A descentralização pressupõe a coordenação entre os níveis de governo e exige mais regulamentação para garantir transparência básica, responsabilidade e representação (MEHROTRA, 2006).

A cobertura universal seria uma estratégia para garantir o acesso de pessoas pobres a serviços básicos de saúde, pois, de acordo com Ibrahim (2017), os mais pobres normalmente possuem dificuldades de acesso a informações, de modo que acabam sendo os últimos a serem beneficiados pelos serviços públicos de caráter não universal, enquanto os mais abastados financeiramente têm meios políticos para usufruir serviços de acessibilidade difícil, como os serviços de saúde de alta complexidade.

Estudos indicam que, mesmo nos países desenvolvidos, a intervenção do governo na cobertura universal funcionou como estratégia fundamental para a prestação de serviços sociais básicos. No Canadá e em países da Europa, por exemplo, a universalização dos serviços públicos, como a saúde, somente foi possível depois da intervenção dos governos (UNDP, 2003).

Ao se conjugar os resultados da análise de correspondência com os resultados apresentados nas seções sobre gastos e infraestrutura, verifica-se que municípios de regiões com menores índices econômicos e sociais recebem menos recursos *per capita* e possuem, proporcionalmente, mais infraestrutura nas tipologias reprovado (1), rudimentar (2) e restrita (3), aspecto que se reflete ainda mais nas desigualdades socioeconômicas.

Portanto, por meio da análise de correspondência, fica evidenciada a relação positiva entre gastos e tipologia da infraestrutura, porém há outra questão importante, que é verificar como se dá essa relação nos municípios, levando-se em conta os objetivos elencados na CF/88.

Com relação à segunda parte da análise, por meio de regressão (como verificado no percurso metodológico), a variável dependente *escore\_final* apresenta distribuição não normal (assimetria negativa, conforme o Apêndice C - Estatística Descritiva), o que faz com que a técnica de regressão quantílica seja a mais adequada quando se trabalha com dados não normais

e com presença de heterocedasticidade (KOENKER e BASSET, 1978; KOENKER, 2005; HAO e NAIMAN, 2007).

#### 4.4.3 Análise por meio da regressão quantílica

A análise por meio da regressão quantílica foi realizada com o objetivo de estabelecer a relação entre variáveis representativas de gastos com a tipologia da infraestrutura básica local de saúde. Procura-se verificar o sentido de cada relação, a magnitude e a significância, com estimação dos coeficientes para os quantis 0,10, 0,50 e 0,95.

Quanto ao modelo matemático utilizado, a regressão quantílica pode ser representada de acordo com o modelo formulado por Koenker e Bassett (1978),

$$y_i = \beta_0 + \beta_1(\tau)x_{i1} + \dots + \beta_p(\tau)x_{ip} + e_i \quad (\text{Equação 3})$$

em que  $\beta_0(\tau)$  é a constante da regressão no quantil,  $\tau$ ,  $\beta(\tau)$  são os coeficientes da regressão e  $e_i$  são os erros aleatórios independentes e identicamente distribuídos com quantil de ordem  $\tau$  igual a zero. Assim, o quantil condicional de ordem  $\tau$  de  $X|Y$  é dado por:

$$Q_\tau(Y|X) = \beta_0(\tau) + \beta_1(\tau)x_1 + \dots + \beta_p(\tau)x_p \quad (\text{Equação 4})$$

Assim, na regressão quantílica, podem ser obtidos resultados para cada quantil de interesse, ao fornecer informações sobre mudanças na distribuição da variável dependente, facilitando a interpretação dos resultados para um conjunto de dados que apresentem assimetria, como é o caso da variável *score\_final*, o que possibilita analisar a relação em regiões centrais da distribuição (por meio da mediana), e nas caudas da distribuição condicional, no caso, as tipologias 1, 2 e 5 (KOENKER, 2005; HAO e NAIMAN, 2007; SANTOS, 2016).

Foram analisados os efeitos das variáveis representativas de gasto sobre o *score final*, tendo sido observados os seguintes aspectos: a magnitude da relação ou efeito da variável comparado com outra variável ou outras variáveis do mesmo grupo/modelo, se positivo ou negativo, e a variação ao longo dos quantis.

Como já salientado, as características da variável dependente fazem com que a regressão por meio de mínimos quadrados ordinários (MQO) não seja adequada, porque não permite verificar o efeito das variáveis nas extremidades da amostra, ou seja, para valores relacionados às tipologias 1, 2 e 5.

Uma solução foi identificar a mediana referente a cada tipologia, da seguinte forma: para cada faixa de valores de escore final correspondente a dada tipologia, escolhe-se aquele percentil que identifica a mediana da faixa, conforme indicado a seguir.

$$\text{med}_q = (n_q - n_{q-1}) / 2 \quad (\text{Equação 5})$$

Em que:

$\text{med}_q$  – mediana do quantil  $q$

$n_q$  – elemento extremo superior do quantil  $q$

$n_{q-1}$  – elemento extremo superior do quantil inferior

Os quantis representam as posições na distribuição da variável dependente (*escore\_final*), cuja mediana é calculada como o elemento central da faixa coberta por determinada tipologia.

Para a realização da regressão quantílica, como já observado, é necessária a definição dos quantis para os quais serão estimados os coeficientes da regressão. Uma possível solução para a seleção das faixas a serem utilizadas na regressão quantílica é escolher um quantil inferior, um intermediário e um posterior para a estimação dos resultados da regressão. Com relação aos quantis intermediários, há duas soluções: o quantil 0,5 representa a amostra geral; o quantil 0,6 representa a faixa com maior número de observações, que é a tipologia 4.

Um aspecto a ser considerado é que, embora haja uma separação por faixas de tipologia, trata-se de uma convenção, dado que os valores do escore final são contínuos, o que levaria à escolha do quantil 0,5 como a melhor solução para representar a amostra como um todo.

Conforme já ressaltado, devido à concentração dos *escores\_finais* na tipologia 4, há dificuldade de análise para as tipologias 1, 2 e 5, em razão do baixo número de observações para as referidas tipologias.

Observa-se que, devido à diminuição do tamanho da amostra e ao problema da não normalidade na distribuição da variável dependente, as variáveis independentes tiveram a proporção de não significância aumentada no ciclo 2, quando comparado ao ciclo 1. Porém, mesmo com as limitações e diferenças entre os ciclos 1 e 2, buscou-se efetuar a análise comparativa entre os dois ciclos.

Saliente-se que, quando se comparam os períodos, embora o ciclo 2 seja mais recente, trazendo maior representatividade em relação ao aspecto da atualidade dos gastos, o número de observações disponíveis (como demonstrado na análise de correspondência e no cálculo da tipologia) faz com que os resultados sejam menos significativos ou representativos do que os do ciclo 1.

Embora a regressão quantílica proporcione testar regressões em qualquer posição da distribuição da variável dependente, devido ao grande número de variáveis analisadas, tornar-se-ia difícil interpretar resultados com grande número de quantis, já que as possibilidades de análise em um modelo estão diretamente relacionadas ao número resultante do produto entre o número de quantis e o número de variáveis. Por exemplo, cinco quantis multiplicados por três variáveis resultariam em quinze interpretações possíveis. Por isso, optou-se pela seleção de um quantil inferior (0,10), um intermediário (0,50) e um superior (0,95) para as análises.

Como já referido, o quantil inferior representa o comportamento para as tipologias reprovado e rudimentar (1 e 2), o quantil intermediário representa o comportamento para as tipologias restrita e regular (3 e 4) e o quantil superior representa o comportamento para a tipologia padrão de referência (5).

Ressalte-se que a escolha dos quantis não garante exatidão de resultados para o comportamento das variáveis, mas se busca uma interpretação que possa fornecer evidências ou tendências de comportamento. Observe-se, ainda, que o quantil 0,5 (quantil da mediana) representa, de forma geral, a regressão quantílica *default*, ou seja, para uma regressão quantílica sem especificação de quantil, esse seria o quantil gerado.

Assim, foram testados os modelos de regressão quantílica (de RQ1 a RQ5) por meio do *software Stata 13.0*, tendo sido realizados o teste Jarque-Bera para normalidade dos resíduos, o teste VIF (*variance inflation factor*) para multicolinearidade entre variáveis independentes e a matriz de correlação entre variáveis para cada modelo (cf. Tabelas de 23 a 27). Foi, ainda, utilizado o *software “R”* para plotagem dos gráficos correspondentes ao comportamento das variáveis para cada modelo de regressão quantílica testado.

Analisa-se, portanto, a influência das variáveis sobre gastos na tipologia (variável dependente *escore\_final*) e a influência das variáveis de controle sobre a tipologia. Salienta-se que as análises, após cada resultado, não se referem à discussão, mas se restringem ao comportamento das variáveis.

**Tabela 23** - Resultados da regressão quantílica - Categoria econômica (Modelo RQ1)

		2012						2014					
Quantil		Q0,10		Q0,50		Q0,95		Q0,10		Q0,50		Q0,95	
variável		coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor
<b>Categoria econômica</b>	desp_pess_enc_cpt	0,000136	0,00*	0,000093	0,015**	0,000015	0,346	0,000016	0,623	0,000009	0,454	-0,000005	0,571
	odc_cpt	0,000065	0,02**	0,000056	0,033**	0,000017	0,189	0,000102	0,001*	0,000045	0,004*	0,000007	0,151
	invest_cpt	-0,000079	0,39	0,000041	0,634	-0,000037	0,28	-0,000024	0,785	0,000092	0,002*	0,000015	0,226
Variáveis de controle	pib_cpt	-0,000001	0,03**	0,000000	0,053**	0,000000	0,68	0,000000	0,461	0,000000	0,137	0,000000	0,437
	gini_renda_cpt_2010	-0,418000	0,00*	-0,199000	0*	0,014600	0,52	0,033800	0,679	0,079100	0,056***	0,008220	0,737
	idhm_2010	0,310000	0,00*	0,184000	0*	0,233000	0*	-0,192000	0,013**	-0,013500	0,691	0,013000	0,464
	IDS	0,017200	0,00*	0,013600	0*	0,004310	0,13	0,008890	0,197	0,006400	0,005*	0,003200	0,001*
	ind_mort_0a4_10000/ ind_mort_10000	0,002770	0,58	0,011700	0*	0,004160	0,002*	-0,002670	0,653	0,004190	0,001*	0,000867	0,168
	ind_mort_5a74_1000	-0,002160	0,53	-0,002860	0,285	-0,001830	0,267	0,008080	0,241	-0,000526	0,76	0,001160	0,399
	pop_2012ln/ pop_2014ln	0,028500	0,00*	-0,006820	0,041**	-0,021900	0*	-0,007580	0,165	-0,011800	0*	-0,008450	0*
	constante	0,217000	0,02**	0,746000	0*	0,986000	0*	0,840000	0*	0,921000	0*	1,024000	0*
	N.º de obs.	4254						3996					
R2	0,064700		0,034700		0,102000		0,013700		0,031400		0,030900		
testes	<b>Coef.</b>	<b>P-valor</b>											
Jarque-Bera	353,5	1,7e-77											
VIF médio	1,530												
			<b>Coef.</b>		<b>P-valor</b>								
			4,5e+04		0								
			1,610										

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: \* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \*\*\* significância a 10%.

Por meio do modelo por categoria econômica (RQ1), observa-se, no ciclo 1, que as despesas de pessoal e encargos têm maior influência na tipologia (score\_final) do que outras despesas correntes, e essas apresentam maior influência do que os investimentos. Nota-se, no ciclo 2, que outras despesas correntes passam a ter maior influência do que investimentos, e essas têm maior influência do que despesas de pessoal e encargos. Observa-se que a influência é maior nos quantis inferiores, diminuindo ao longo dos quantis. Os sinais são positivos para o quantil 0,50.

**Tabela 24** - Resultados da regressão quantílica - Subfunção (Modelo RQ2)

		2012						2014							
		Q0,10		Q0,50		Q0,95		Q0,10		Q0,50		Q0,95			
	variável	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor		
Subfunção	liq_sub_adm_cpt	0,000084	0,017**	0,000044	0,052***	0,000046	0,015**	0,000047	0,032**	0,000034	0,066***	0,000018	0,012**		
	liq_sub_vinc_cpt	0,000116	0,005*	0,000111	0*	0,000048	0,039**	0,000061	0,165	0,000019	0,241	-0,000002	0,726		
	liq_atbas_cpt	0,000028	0,533	-0,000033	0,241	-0,000013	0,532	0,000057	0,163	0,000061	0*	0,000020	0,006*		
Variáveis de controle	pib_cpt	-0,000001	0,02**	0,000000	0,04**	0,000000	0,181	-0,000001	0,108	0,000000	0,971	0,000000	0,681		
	gini_renda_cpt_2010	-0,280000	0,037**	-0,190000	0,001*	0,017700	0,64	0,159000	0,159	0,113000	0,004*	0,040600	0,35		
	idhm_2010	0,214000	0,236	-0,047500	0,481	0,266000	0*	-0,199000	0,229	-0,157000	0,022**	-0,008440	0,756		
	IDS	0,017600	0,017**	0,017900	0*	-0,001530	0,704	0,012000	0,083***	0,011800	0,001*	0,002750	0,148		
	ind_mort_0a4_10000/ ind_mort_10000	-0,006480	0,219	0,003740	0,289	0,004610	0,013**	-0,005130	0,479	0,002100	0,177	0,000542	0,537		
	ind_mort_5a74_1000	-0,002350	0,741	-0,000857	0,831	-0,002690	0,266	0,009580	0,244	0,000787	0,805	0,001150	0,463		
	pop_2012ln/ pop_2014ln	0,031300	0,002*	-0,000983	0,873	-0,020100	0*	0,002270	0,786	-0,004170	0,148	-0,006450	0*		
	constante	0,191000	0,156	0,834000	0*	0,947000	0*	0,665000	0*	0,901000	0*	0,998000	0*		
	N.º de obs.	2096						2176							
	R2	0,063000			0,030200			0,092200			0,023100			0,034500	
testes		Coef.		P-valor				Coef.		P-valor					
Jarque-Bera		175,2		9.1e-39				2,2e+04		0					
VIF médio		1,870						1,610							

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: \* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \*\*\* significância a 10%.

Por meio do Modelo RQ2, baseado nos gastos por subfunção, observa-se, no ciclo 1, que as subfunções vinculadas apresentam maior influência na tipologia (escore\_final) do que as funções administrativas, e que essas têm maior influência do que a atenção básica na tipologia. Para o ciclo 2, observa-se que a atenção básica tem maior influência do que as subfunções administrativas, e que essas têm maior influência na tipologia do que as subfunções vinculadas. De maneira geral, a influência é decrescente com o crescimento dos quantis, exceto para a atenção básica, que passa a ter influência maior nos quantis maiores. Os sinais são positivos para o quantil 0,50, exceto para a atenção básica, no ciclo 1.

**Tabela 25** - Resultados da regressão quantílica - Blocos de gasto na AB (Modelo RQ3)

		2012						2014					
		Q0,10		Q0,50		Q0,95		Q0,10		Q0,50		Q0,95	
	variável	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor
<b>Blocos de gasto na AB</b>	atbas_fed_cpt	0,001270	0*	0,000909	0*	0,000058	0,54	0,000921	0*	0,000378	0*	0,000032	0,19
	atbas_est_cpt	0,000087	0,88	0,000455	0,246	0,000106	0,482	0,000153	0,292	0,000131	0,028**	0,000037	0,427
	atbas_rprop_cpt	-0,000031	0,609	-0,000016	0,576	-0,000006	0,528	0,000002	0,936	0,000011	0,018**	0,000005	0,135
Variáveis de controle	pib_cpt	0,000000	0,189	0,000000	0,672	0,000000	0,583	0,000000	0,586	0,000000	0,001*	0,000000	0,409
	gini_renda_cpt_2010	-0,549000	0,003*	-0,262000	0,009*	-0,016100	0,766	0,022700	0,805	0,061600	0,037**	0,009230	0,519
	idhm_2010	0,773000	0*	0,585000	0*	0,229000	0,002*	0,048500	0,676	0,057500	0,15	0,021800	0,301
	IDS	0,002910	0,777	0,005720	0,401	0,012200	0,028**	0,005950	0,222	0,005600	0,022**	0,002460	0,083***
	ind_mort_0a4_10000/ ind_mort_10000	-0,001280	0,9	0,007240	0,17	0,001030	0,655	-0,004350	0,227	0,004520	0*	0,000936	0,163
	ind_mort_5a74_1000	0,004160	0,623	-0,006530	0,26	-0,000267	0,927	0,008840	0,133	-0,000613	0,838	0,001930	0,045**
	pop_2012ln/ pop_2014ln	0,026900	0,155	0,002680	0,722	-0,018600	0*	0,011500	0,098***	-0,006090	0,001*	-0,008550	0*
	constante	-0,103000	0,662	0,368000	0,004*	0,960000	0*	0,419000	0*	0,797000	0*	1,014000	0*
	N.º de obs.	1055						4030					
	R2	0,125000		0,085500		0,111000		0,038400		0,038000		0,030600	
testes		<b>Coef.</b>	<b>P-valor</b>									<b>Coef.</b>	<b>P-valor</b>
Jarque-Bera		79,38	5,8e-18									4,5e+04	0
VIF médio		1,630										1,510	

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: \* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \*\*\* significância a 10%.

Este modelo, RQ3, utiliza as variáveis referentes a despesas com atenção básica por esfera de governo. Observa-se, de maneira geral, maior influência das despesas federais com atenção básica do que das despesas estaduais na tipologia (score\_final), e que essas têm maior influência do que as despesas municipais na atenção básica (recursos próprios). A influência é decrescente com o crescimento dos quantis. Nota-se que as despesas municipais com recursos próprios no ciclo 1 é negativa, diferentemente do ciclo 2. Os sinais são positivos para o quantil 0,5, exceto para a atenção básica com recursos próprios.

**Tabela 26** - Resultados da regressão quantílica - Blocos de gasto total (Modelo RQ4)

		2012						2014					
		Q0,10		Q0,50		Q0,95		Q0,10		Q0,50		Q0,95	
	variável	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor
<b>Blocos de gasto total</b>	tot_fed_cpt	0,000287	0,003*	0,000236	0*	0,000068	0,055***	0,000184	0,002*	0,000073	0,046**	0,000018	0,334
	tot_est_cpt	-0,000184	0,248	0,000058	0,662	-0,000012	0,908	0,000170	0,14	0,000066	0,232	0,000043	0,089***
	tot_rprop_cpt	-0,000016	0,525	-0,000013	0,522	-0,000005	0,722	-0,000041	0,276	0,000004	0,619	0,000010	0,051***
Variáveis de controle	pib_cpt	0,000000	0,706	0,000000	0,989	0,000000	0,096***	0,000001	0,286	0,000000	0,078***	0,000000	0,61
	gini_renda_cpt_2010	-0,518000	0*	-0,149000	0,091***	0,042900	0,313	-0,104000	0,454	0,033500	0,548	0,010200	0,771
	idhm_2010	0,495000	0,005*	0,514000	0*	0,267000	0,001*	-0,053500	0,757	-0,004450	0,928	0,006020	0,867
	IDS	0,014900	0,114	0,010900	0,008*	0,007930	0,056**	0,013400	0,128	0,008890	0,007*	-0,000154	0,947
	ind_mort_0a4_10000/ ind_mort_10000	-0,000708	0,916	0,013100	0,001*	-0,000458	0,833	0,003180	0,697	0,002940	0,139	0,001070	0,189
	ind_mort_5a74_1000	-0,005490	0,516	-0,011700	0,05**	-0,001420	0,428	0,004150	0,551	-0,002810	0,412	0,001420	0,383
	pop_2012ln/ pop_2014ln	0,000517	0,962	-0,025300	0*	-0,024900	0*	-0,007900	0,529	-0,015900	0*	-0,008220	0*
	constante	0,435000	0*	0,705000	0*	0,979000	0*	0,799000	0*	0,985000	0*	1,024000	0*
	N.º de obs.	<b>1470</b>						<b>1470</b>					
	R2	0,090000		0,067000		0,111000		0,022700		0,039800		0,038300	
testes	<b>Coef.</b>		<b>P-valor</b>		<b>Coef.</b>		<b>P-valor</b>		<b>Coef.</b>		<b>P-valor</b>		
Jarque-Bera	109,6		1,6e-24		2,0e+04		0		1,420				
VIF médio	1,520												

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: \* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \*\*\* significância a 10%.

Este modelo utiliza as variáveis referentes a despesas totais com saúde por esfera de governo. A influência dos gastos federais é maior do que a influência dos gastos estaduais, e a influência desses é maior do que a dos gastos municipais na tipologia (escore\_final). A influência é decrescente com o crescimento dos quantis. Observa-se que os gastos totais em saúde com recursos municipais no ciclo 1 é negativa, diferentemente do ciclo 2. Os sinais são positivos para o quantil 0,5, exceto para gastos totais com recursos próprios.

**Tabela 27** - Resultados da regressão quantílica - Gasto total e Blocos de gasto total (Modelo RQ5)

		2012						2014										
		Q0,10		Q0,50		Q0,95		Q0,10		Q0,50		Q0,95						
	variável	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor	coeficiente	P-valor					
<b>Gasto total e Blocos de gasto total</b>	desp_geral_cpt	0,000137	0,054***	0,000094	0,02**	0,000004	0,851	0,000056	0,19	0,000021	0,063***	0,000000	0,964					
	tot_fed_cpt	0,000166	0,048**	0,000170	0,001*	0,000070	0,034**	0,000158	0,026**	0,000048	0,043**	0,000019	0,378					
	tot_est_cpt	-0,000289	0,17	0,000031	0,881	-0,000034	0,789	0,000204	0,057***	0,000063	0,116	0,000044	0,132					
	tot_rprop_cpt	-0,000050	0,11	-0,000044	0,11	-0,000007	0,634	-0,000043	0,234	0,000004	0,569	0,000010	0,053***					
Variáveis de controle	pib_cpt	0,000000	0,505	0,000000	0,359	0,000000	0,508	0,000000	0,284	0,000000	0,652	0,000000	0,624					
	gini_renda_cpt_2010	-0,501000	0,001*	-0,187000	0,016**	0,038000	0,348	-0,157000	0,365	0,037900	0,548	0,010300	0,732					
	idhm_2010	0,380000	0,09***	0,459000	0*	0,262000	0*	-0,117000	0,401	-0,029500	0,61	0,006770	0,863					
	IDS	0,009150	0,369	0,006760	0,267	0,007280	0,095***	0,007580	0,337	0,007830	0,02*	-0,000108	0,959					
	ind_mort_0a4_10000/ ind_mort_10000	-0,000859	0,919	0,009700	0,037**	-0,000593	0,837	0,004330	0,563	0,002980	0,084***	0,001080	0,058***					
	ind_mort_5a74_1000	-0,005060	0,339	-0,011800	0,021**	-0,001910	0,533	-0,002380	0,853	-0,002160	0,561	0,001410	0,418					
	pop_2012ln/ pop_2014ln	0,012900	0,158	-0,017800	0*	-0,024000	0*	0,001150	0,903	-0,012900	0,001*	-0,008270	0*					
	constante	0,358000	0,01*	0,671000	0*	0,978000	0*	0,776000	0*	0,966000	0*	1,024000	0*					
	N.º de obs.	1470						1664										
	R2	0,095500			0,072700			0,111000			0,024600			0,040700			0,038300	
testes	<b>Coef.</b>	<b>P-valor</b>																
Jarque-Bera	106,4	7,9e-24																
VIF médio	1,850																	
			<b>Coef.</b>		<b>P-valor</b>													
			2,0e+04		0													
			1,730															

Fonte: Elaborado pelo autor. Notas: \* significância a 1%; \*\* significância a 5%; \*\*\* significância a 10%.

No Modelo RQ5, o objetivo é verificar a influência na tipologia (escore\_final) do gasto total em saúde realizado por todas as esferas de governo em conjunto, ou seja, o gasto global em saúde. Verifica-se que a influência do gasto global é intermediária entre o gasto federal e o estadual no ciclo 1, e é intermediária entre o gasto estadual e o municipal no ciclo 2. Essa influência é decrescente com o crescimento dos quantis. Observa-se, no ciclo 1, a influência positiva dos gastos globais e federais, enquanto os gastos municipais exercem influência negativa na tipologia. Os sinais são positivos para o quantil 0,5, exceto para gastos totais com recursos próprios.

Verifica-se que, em geral, a influência das variáveis na tipologia (*escore\_final*) é maior nos quantis inferiores, e menor nos quantis superiores, independentemente da tendência, se positiva ou negativa. O quantil 0,5 é, normalmente, o resultado intermediário e pode ser interpretado como o resultado geral para cada modelo. Vislumbram-se duas formas de se analisar os resultados em conjunto: 1 - a tendência geral e 2 - os resultados a serem observados ou que devem ser trabalhados para determinado objetivo.

Ao se analisar as despesas por categoria econômica, verifica-se que as despesas de pessoal e encargos são as mais relevantes quando se trata de AB e que esse tipo de despesa é predominante em quantis inferiores, como evidenciado por meio do modelo RQ1. Tal fato pode ser explicado pela proporção dessa classificação de despesa em relação ao total das despesas, representando, na AB, 45% das despesas, em média, conforme verificado nos resultados referentes ao objetivo 2 (ao identificar a composição dos recursos financeiros alocados para a área de saúde, no período de 2002 a 2017).

Por essa constatação, as evidências demonstram que as despesas com pessoal e encargos são de grande relevância, sendo a despesa predominante na AB, como demonstram os estudos, ao confirmarem a importância da presença de médicos de cuidados básicos (STARFIELD *et al.*, 2005).

A necessidade de se atentar para a constatação feita por Starfield (2005) é observada por Lima (2016), ao ressaltar que os avanços na cobertura de atenção básica, com mais de 35.000 equipes de saúde da família atuando no país, ainda permanecem importantes desafios, como a presença irregular dos profissionais médicos nas equipes, principalmente em municípios do interior do país.

Mils (2014), no mesmo sentido, ao analisar as principais deficiências dos sistemas de saúde em países de baixa e média renda, verificou que a má qualidade e a cobertura desigual mostram que, no nível de prestação de serviços, a escassez e a má distribuição de pessoal devidamente qualificado podem ser listadas como sérias deficiências apontadas na AB.

Quando se analisam os resultados por subfunção, verifica-se que as despesas com subfunções vinculadas são mais relevantes do que as despesas com subfunções administrativas ou de apoio, e que essas são mais relevantes do que as despesas com AB para o ciclo 1. Nota-se, também, que as despesas com AB são as mais relevantes para o ciclo 2, conforme evidenciado no modelo RQ2.

Por meio do modelo RQ3 (por blocos de gasto), observa-se que as despesas federais na AB são mais relevantes do que as despesas estaduais na AB, e que essas são mais relevantes

do que as municipais. Assim, fica demonstrada a importância dos gastos federais na AB e, em segundo plano, dos gastos estaduais, apesar do valor inferior alocado por essa esfera de governo.

A partir dos resultados do modelo RQ4 (blocos de gasto total por esfera), constata-se a influência mais relevante dos gastos federais e dos estaduais sobre os municipais, quando se verificam gastos totais em saúde. Essa tendência é a mesma evidenciada por meio do modelo RQ3.

De acordo com Starfield (2005), programas de cuidados básicos destinados a melhorar a saúde em populações desfavorecidas, em países menos desenvolvidos, conseguem reduzir as lacunas em saúde entre as populações socialmente privadas e as mais favorecidas socialmente, o que corrobora as evidências do modelo, pois grande parte dos municípios, especialmente os de pequeno porte populacional, devido à sua baixa capacidade tributária, necessita de aporte de recursos federais, em alguns casos maiores do que o seu próprio orçamento.

Verifica-se que os gastos globais possuem influência intermediária, quando se comparam os gastos por esfera de governo, sendo menor do que a influência dos gastos federais no ciclo 1 e menor do que a influência dos gastos estaduais no ciclo 2, conforme evidenciado pelo modelo RQ5 (gastos totais e blocos de gasto total por esfera).

No sentido de facilitar o entendimento dos efeitos das variáveis de gastos sobre a tipologia, são sintetizados, na Tabela 28, os resultados referentes a cada variável por quantil, excluindo-se aqueles resultados não significativos (p-valor acima de 10%).

**Tabela 28** - Efeito das variáveis de gastos sobre a tipologia

Grupo	Variável	2012			2014		
		Q0,10	Q0,50	Q0,95	Q0,10	Q0,50	Q0,95
Categoria econômica	desp_pess_enc_cpt	(+)	(+)				
	odc_cpt	(+)	(+)		(+)	(+)	
	invest_cpt					(+)	
Subfunção	liq_sub_adm_cpt	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
	liq_sub_vinc_cpt	(+)	(+)	(+)			
	liq_atbas_cpt					(+)	(+)
Blocos de gasto na AB	atbas_fed_cpt	(+)	(+)		(+)	(+)	
	atbas_est_cpt					(+)	
	atbas_rprop_cpt					(+)	
Blocos de gasto total	tot_fed_cpt	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
	tot_est_cpt						
	tot_rprop_cpt						
Despesa total	desp_geral_cpt	(+)	(+)			(+)	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: Os coeficientes sem identificação de sinal foram aqueles não significativos (P-valor > 0,1).

Os resultados apresentados na Tabela 28, antes apresentada, evidenciam que os gastos, em geral, influem positivamente a tipologia, apresentando resultado semelhante ao da AC, pois todos os coeficientes com significância (p-valor menor que 10%) apresentaram sinal positivo. A hipótese diretriz (o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* leva a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde) pode ser considerada convergente com os resultados apresentados para as variáveis *despesas correntes*, *despesas administrativas*, *despesa federal na atenção básica*, *despesa federal total em saúde* e *despesa total em saúde*, considerando-se as variáveis que apresentaram coeficientes com significância (p-valor menor do que 10%) no quantil 0,5 nos dois ciclos.

Observa-se, assim, a importância dos gastos federais, que possuem como objetivos, entre outros, garantir o desenvolvimento nacional e reduzir as desigualdades sociais e regionais (art. 3.º da CF/88), especialmente com a AB, cujo tipo de gasto é maior (*per capita*) em municípios menores e que possuem arrecadação menor, ou seja, a União deve investir mais em municípios situados em regiões ou municípios mais pobres (com menores índices IDHM, PIB *per capita* e piores índices de Gini de renda, por exemplo), conforme preceitua a própria CF/88 (art. 198), com o objetivo de reduzir as disparidades regionais.

Assim, há evidência, de maneira geral, de que as variáveis de gasto estão relacionadas à infraestrutura de maneira positiva, o que converge para o entendimento de que alocar mais recursos leva à melhor infraestrutura, porém é necessário observar que há grandes disparidades regionais e sociais no Brasil. Esse aspecto reflete-se, também, nas políticas de saúde, especialmente na atenção básica, quando se observa que, nas regiões Norte e Nordeste, são apresentadas proporções maiores de estruturas nas tipologias reprovado (1), rudimentar (2) e restrita (3). É interessante, ainda, observar que essa infraestrutura também não deixa de refletir a alocação de recursos: há municípios que alocam menos de R\$ 50,00 *per capita* anuais, enquanto outros alocam acima de R\$ 3.500,00. Por exemplo, no ano de 2014, a média alocada por municípios, no estado do Pará, foi de R\$ 207,00, ao passo que a média apresentada por Santa Catarina foi de R\$ 752,00, tendo São Paulo apresentado a média de R\$ 722,00, em gastos *per capita* anuais na AB (dados da pesquisa, 2019).

Porém, de acordo com o Banco Mundial (WORLD BANK, 2003), somente o aumento de gastos públicos não é suficiente. Estudos desse órgão indicam que é difícil encontrar relações consistentes entre aumento nos gastos e resultados que demonstrem a importância de se alocar mais recursos para indivíduos de baixa renda. Em geral, os países que gastam mais recursos em

saúde têm menor mortalidade infantil, associação impulsionada, em grande parte, pelo fato de que os gastos públicos aumentam com a renda.

De acordo com Maynard e Bloor (1998), o problema central da economia é conciliar o conflito entre as pessoas com desejos virtualmente ilimitados de bens e serviços e a escassez de recursos (mão de obra, maquinaria e matérias-primas) com que esses bens podem ser produzidos e os serviços podem ser prestados. Tangcharoensathien *et al.* (2011) afirmam que, em ambientes com poucos recursos, o dilema é a escolha entre proporcionar alto nível de serviço e proteção financeira a um pequeno grupo da população e estender elevado nível de cobertura populacional, mas com serviços e proteção financeira mais restritos, aspecto que precisa ser detidamente observado, pois municípios da região Norte, principalmente, possuem populações mais dispersas e vastas áreas territoriais. Diante desses aspectos, os autores concluem que, por mais recursos que sejam destinados à saúde, nunca seria possível atender todas as necessidades da população, esteja ela em um país economicamente desenvolvido ou em um país em desenvolvimento, como o Brasil, pois sempre haveria a necessidade de se fazer escolhas difíceis, muitas vezes, na área da saúde (MAYNARD e BLOOR, 1998; FERRAZ e VIEIRA, 2009; TANGCHAROENSATHIEN *et al.*, 2011).

Constatou-se, assim, que, em geral, as variáveis referentes a gastos estão relacionadas à infraestrutura. No entanto, conforme alguns autores (WORLD BANK, 2003; FILMER *et al.*, 1997; ATUN, 2004), em países em desenvolvimento, onde as instituições orçamentárias são deficientes, o aumento de gastos, exclusivamente, não garante melhoria nos resultados. Contudo, em países onde há boa governança e as instituições orçamentárias são bem definidas ou implementadas, há grandes possibilidades de os gastos se relacionarem diretamente com os resultados (RAJKUMAR e SWAROOP, 2008; WORLD BANK, 2003, BANCO MUNDIAL, 2007).

No mesmo sentido, os resultados desta investigação tendem a corroborar os estudos do Banco Mundial (2007) e de Ferraz e Vieira (2009), ao constatarem que, mesmo alocando mais recursos que outros países, o Brasil possui indicadores de resultados piores nas políticas de saúde, o que converge para o posicionamento de autores que defendem que a governança orçamentária pode exercer papel fundamental na melhoria da gestão e, conseqüentemente, na melhor alocação de recursos em saúde, sobretudo na infraestrutura de atenção básica.

Desse modo, qualquer país que necessite obter resultados positivamente relacionados aos gastos públicos, ou que necessite aumentar os gastos em determinadas políticas públicas,

como a de saúde, deve enfatizar a melhoria da sua governança, especialmente a orçamentária (BANCO MUNDIAL, 2007; RAJKUMAR e SWAROOP, 2008; FILMER *et al.*, 1997).

No entanto, é possível vislumbrar, após as análises realizadas sobre os princípios de governança, que, ainda que apresente aspectos que dificultam uma melhor governança, o País possui um arranjo institucional que, a despeito da necessidade de ajustes ou melhoria, contém todos os elementos mínimos indispensáveis à boa gestão dos recursos orçamentários.

Os resultados alinham-se à literatura, que defende a necessidade de se melhorar a governança dos recursos da saúde, o que, de certa forma, é evidenciado ao se verificar que as regiões com condições socioeconômicas inferiores (PIB *per capita* e IDHM menores) possuem tendência a terem infraestrutura na AB também inferior (Figuras 7 e 8). Portanto, nesse caso, é necessário que os recursos sejam alocados de forma a atender os mandamentos constitucionais e legais, que, como salientado, contribuem para a melhoria dos resultados da população em saúde (BRASIL, 1988; WHO, 2007; FERRAZ e VIEIRA, 2009; WORLD BANK, 2003).

No mesmo sentido, de acordo com o Banco Mundial (2007), a fórmula para se determinar a distribuição das transferências deve ser orientada por critérios explícitos de políticas de saúde que atenuem as desigualdades inter-regionais nos indicadores de saúde e no acesso a serviços e que busquem a melhoria do desempenho, como maior eficiência e melhor qualidade, medidos por indicadores orientados a resultados.

Considerando os aspectos observados, uma boa governança é fator essencial, como apontam as pesquisas (WORLD BANK, 2003; RAJKUMAR e SWAROOP, 2007; FILMER *et al.*, 1997). As políticas de saúde precisam ser implantadas por meio de uma governança que busque cumprir os princípios de coordenação, integração e universalização do sistema de saúde, procurando atender aos objetivos da República (BRASIL, 1988), subordinando-se aos princípios federativos da descentralização e da autonomia entre os entes subnacionais.

Para que fique mais clara a desigualdade entre as regiões brasileiras e a necessidade de uma governança mais efetiva, é importante observar a situação dos municípios. Por exemplo, na região Norte, 47% dos municípios recebem mais recursos do SUS do que sua arrecadação própria. No Centro-Oeste, destaca-se o estado de Goiás, onde a metade dos municípios possui menos receitas do que os repasses do SUS (BRASIL, 2013c). O montante de gastos federais na atenção básica é relevante para a maioria dos municípios brasileiros. De acordo com o IBGE (2010), 89% dos municípios possuem população com menos de 50.000 habitantes. Normalmente, são municípios com baixa capacidade de arrecadação, localizados em regiões menos favorecidas. Tais aspectos são importantes quando se analisa a infraestrutura

e a alocação de gastos, pois há que se levar em consideração os princípios dos SUS (universalidade, integralidade e igualdade) (BRASIL, 1988), combinados com aqueles critérios estabelecidos na LC n.º 141/2012.

#### 4.4.3.1 Análise do comportamento das variáveis de controle

Para determinar o comportamento das variáveis de controle, analisa-se, inicialmente, os efeitos de cada variável no quantil 0,50, que é o mais representativo, e, posteriormente, analisam-se os efeitos isolados para o quantil 0,10 (tipologias 1 e 2) e para o quantil 0,95 (tipologia 5), conforme os dados apresentados na Tabela 29.

**Tabela 29** - Efeito das variáveis de controle sobre a tipologia

Variável	2012			2014		
	Q0,10	Q0,50	Q0,95	Q0,10	Q0,50	Q0,95
pib_cpt	(-)	0	0		0	
gini_renda_cpt_2010	(-)	(-)			(+)	
idhm_2010	(+)	(+)	(+)		(-)	
IDS	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)
ind_mort_0a4_10000		(+)	(+)		(+)	(+)
ind_mort_5a74_1000		(-)				(+)
pop_2012ln	(+)	(-)	(-)		(-)	(-)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para a obtenção do efeito geral das variáveis de controle sobre a tipologia, foi utilizado o número de ocorrências de efeitos negativo, indiferente ou positivo para cada quantil referente a cada variável, excluindo-se os resultados não significativos (p-valor acima de 10%). Foi considerado, como efeito geral, o efeito de cada variável com maior ocorrência para cada quantil, nos modelos analisados.

Ao se incluir as variáveis de controle na análise, buscou-se verificar como ocorre a alocação de recursos e a distribuição da tipologia segundo as características dos entes (o PIB e o índice de desempenho da saúde - IDS), assim como as condições da população atendida nas localidades (por meio do índice de Gini da renda e do IDHM, por exemplo).

Primeiramente, observa-se que, de forma geral, o PIB não exerce influência na tipologia das UBS. O IDHM exerce influência positiva no ciclo 1, porém tem influência negativa no ciclo 2. O IDS exerce influência positiva nos dois ciclos. Verifica-se que os índices de mortalidade exercem influência positiva nos dois ciclos, de maneira predominante. Finalmente, a população exerce influência negativa nos dois ciclos, de maneira predominante.

Em suma, há evidência de que o tamanho da população está associado negativamente com a tipologia; o IDS está associado positivamente com a tipologia; o índice de mortes evitáveis de 0 a 4 anos está associado positivamente com a tipologia, ao passo que o índice de mortes evitáveis de 5 a 74 anos está associado negativamente, no ciclo 1. Ressalta-se que o PIB e o índice de Gini da renda não tiveram resultados claros quando analisados em relação à tipologia.

Quando se verifica que o IDS está relacionado positivamente com a tipologia, observa-se que o desempenho da saúde segue a lógica de alocação de recursos, ou seja, onde se aloca mais recursos, há melhor infraestrutura e o desempenho, também, é melhor.

Verifica-se que o IDHM está relacionado positivamente com a tipologia, do que se conclui que também reflete a mesma lógica observada para o IDS, ou seja, simplesmente se aloca mais recursos onde o IDHM é melhor, levando a uma infraestrutura também melhor.

Embora se esperasse que os índices de mortalidade estivessem relacionados negativamente com a tipologia, não é possível estabelecer relação, haja vista que esses resultados dependem de outros níveis de atenção.

As variáveis de controle permitem, então, verificar se os gastos em saúde reforçam ou ajudam a combater as iniquidades ou desigualdades na população (DUARTE *et al.*, 2006). Para os autores, o estado de saúde da população brasileira apresenta-se díspar entre os estados e as regiões do país, consequência das diferenças no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população, que, de certa forma, estão relacionadas às disparidades nas condições socioeconômicas, nos hábitos e nas condições de vida. Segundo esses autores, a desigualdade social em saúde não só contribui para o ciclo de desigualdade e pobreza vigente, como também o alimenta.

Ressalte-se que o artigo 17 da LC n.º 141/2012 determina que o rateio dos recursos da União vinculados às ASPS e repassados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios deve observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ASPS.

Considera-se, assim, que a desigualdade e a pobreza são questões importantes a serem observadas em relação às políticas de saúde. Um exemplo evidencia a influência que a desigualdade provoca na probabilidade de uma criança morrer. De acordo com Ferraz e Vieira (2009), estudo realizado em 1996 constatou que uma criança de 5 anos de idade tinha 33 vezes maior chance de morrer a cada mil nascidos vivos no Brasil, ao se comparar o quintil de menor

renda com o quintil de maior renda (WHO, 2007). Essa probabilidade poderia estar relacionada ao número de médicos e à taxa de pobreza.

Entretanto, interessa evidenciar a conjugação entre gastos com a AB e a tipologia da infraestrutura, por meio da média dos municípios, por estado da Federação. Nesse sentido, foi utilizada a variável classificação (class), calculada conforme os critérios apresentados na Tabela 30, a seguir.

**Tabela 30** - Cálculo da variável classificação dos municípios segundo gastos na AB e tipologia das UBS

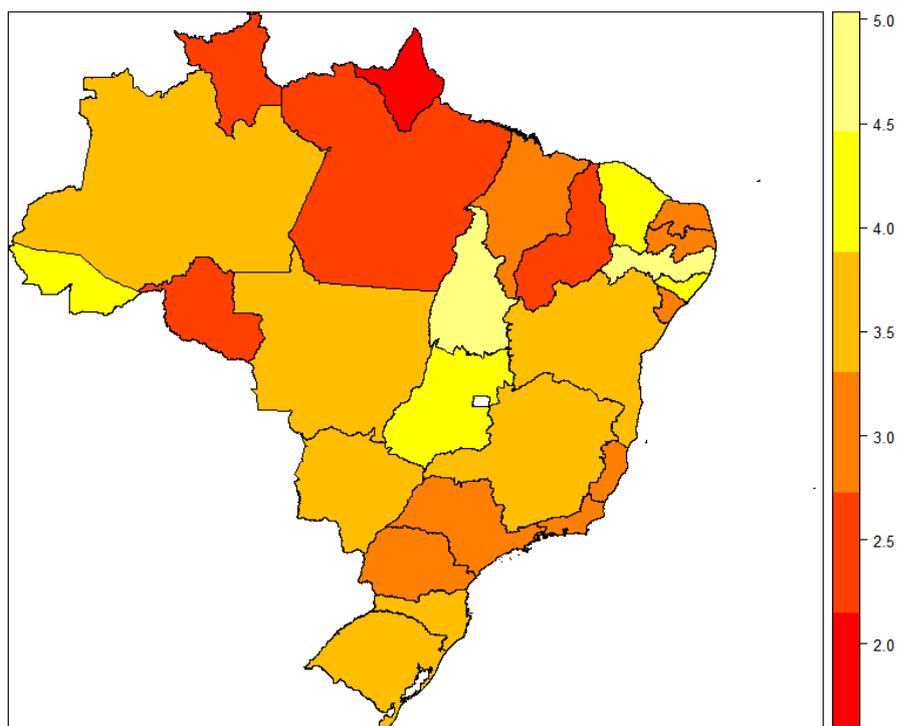
Variável	Gastos na AB	Tipologia das UBS	Número de municípios	%	Número de municípios	%
Cód. da variável	(fx_med_liq_atbas_cpt)	(fx_esc_final)	(ciclo 1)		(ciclo 2)	
1	4 ou 5	1, 2 ou 3	361	7,0	113	2,3
2	1, 2 ou 3	1, 2 ou 3	1.674	32,5	495	10,1
3	4 ou 5	4	719	14,0	1.195	24,3
4	3	4	592	11,5	903	18,4
5	1 ou 2	4	1.461	28,4	2.179	44,3
6	3, 4 ou 5	5	346	6,7	30	0,6
7	1 ou 2	5	-	-	-	-
<b>Total</b>			<b>5.153</b>		<b>4.915</b>	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por meio da Tabela 30, observa-se que as faixas de gastos na AB e a tipologia regular (4) reforçam a constatação de que o aumento de gastos pode não ser a única solução, quando se verifica que há mais UBS nas faixas 1 e 2 (inferior a R\$ 400,00) de gastos *per capita* na AB do que UBS nas faixas de gastos 4 e 5 (superior a R\$ 600,00), ou seja, uma proporção maior de UBS com menor alocação de recursos na mesma tipologia.

Apresenta-se, também, a distribuição da média entre gastos e tipologia (variável class) por estado da Federação. Os mapas das Figuras 9 e 10, na sequência, mostram como se dá a distribuição da média da variável classificação (class) por estados da Federação.

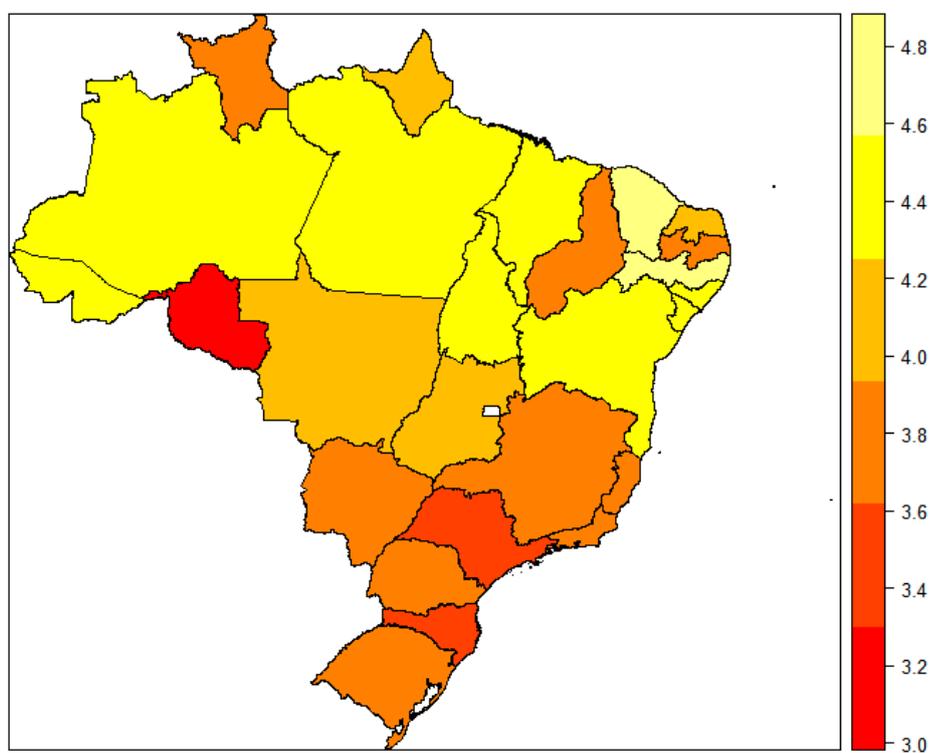
**Figura 9** - Classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS (ciclo 1)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média da classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios por Estado.

**Figura 10** - Classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS (ciclo 2)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nota: A escala da legenda corresponde à média da classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios por Estado.

Observe-se que a região Norte, que possuía estados com menores médias municipais de valores alocados (abaixo de R\$ 300,00 e R\$ 400,00 *per capita* anuais) e a pior infraestrutura, passa a ser a melhor região quando se verifica a classificação conjugada entre recursos e tipologia. Esse fato deve-se a valores muito inferiores alocados nos estados dessa região, quando comparados aos de outras regiões. Por exemplo, observa-se que São Paulo e Santa Catarina passam a ser os estados com piores classificações, devido a serem aqueles estados com valores mais elevados em termos de recursos alocados na AB (superior a R\$ 700,00 *per capita* anuais). Nota-se que houve uma melhora geral na média de classificação dos municípios por estado, principalmente em consequência da melhora da infraestrutura.

Os mapas das Figuras 9 e 10 reforçam a importância das decisões de como alocar os recursos financeiros, ao trazer um dilema importante, que é apontado por Tangcharoensathien *et al.* (2011), relativo à escolha entre proporcionar alto nível de serviço e proteção financeira para um pequeno grupo da população e estender elevado nível de cobertura populacional com serviços mais restritos.

Nas regiões com menores índices de desenvolvimento socioeconômico, como em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, a importância da AB é evidente, pois, além do déficit de recursos de média e alta complexidade nessas regiões, a AB é a que mais beneficia os mais pobres, enquanto os mais ricos são os que mais se beneficiam proporcionalmente dos gastos hospitalares. De acordo com Filmer, Hammer e Pritchett (1997), pesquisas recentes têm confirmado que os gastos hospitalares são quase sempre fortemente pró-ricos.

#### **4.4.4 Análise dos municípios em relação à tipologia e às variáveis de controle IDHM e PIB *per capita***

Por meio da análise dos municípios em relação à tipologia e às variáveis de controle IDHM e PIB *per capita*, buscou-se identificar como a tipologia está relacionada às condições da população atendida na AB.

Ao se realizar análise somente com as tipologias reprovado (1) e rudimentar (2), verifica-se a tendência da distribuição dos municípios em termos de variáveis que representam o nível socioeconômico da população, conforme demonstrado na Tabela 31, a seguir.

**Tabela 31** - Distribuição dos municípios referentes às tipologias 1 e 2

Ano	Tipologia	Região	IDHM_2010		PIB_CPT	
2012	1 e 2		3	4	1 e 2	5 e 6
	325	NO	51	14	16	10
		NE	100	46	105	0
		SE	2	53	15	14
		SU	1	48	11	11
		CO	2	8	4	2
		<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>169</b>	<b>151</b>	<b>37</b>
2014	1 e 2		3	4 e 5	1 e 2	5 e 6
	84	NO	10	8	0	0
		NE	16	6	18	4
		SE	2 (MG)	25	0	10
		SU	0	11	1 (MG)	2
		CO	1 (MT)	5	0	0
		<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>19</b>	<b>16</b>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação aos resultados da RQ, foram observadas as relações ou os efeitos das variáveis, mas é interessante que esses resultados sejam analisados em conjunto com outros resultados evidenciados pelas variáveis.

Os resultados apresentados nos objetivos 2 e 3 (seções 4.2 e 4.3) evidenciaram como ocorre a alocação de recursos nos municípios, assim como o perfil e a distribuição das UBS por tipologia.

No ciclo 1 (2012), dos 325 municípios classificados nas tipologias 1 e 2, 156 possuem idhm\_2010 na categoria 3 (0,4 a 0,6), distribuídos predominantemente nas regiões Norte e Nordeste (151 de 156), enquanto a faixa 4 (0,6 a 0,8) de idhm\_2010 encontra-se com distribuição maior nas regiões Sudeste e Sul (101 de 169), ou seja, municípios com IDHM inferiores localizam-se, predominantemente, nas regiões Norte e Nordeste, ao passo que municípios com IDHM superiores se localizam, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul.

Com relação ao PIB *per capita*, no ciclo 1, dos 325 municípios classificados nas tipologias 1 e 2, 151 possuem PIB *per capita* nas categorias 1 e 2 (até R\$ 10.000,00), com predominância nas regiões Norte e Nordeste (121 de 151), enquanto municípios classificados nas categorias 5 e 6 (mais de R\$ 25.000,00) de PIB *per capita* localizam-se nas regiões Sudeste e Sul (25 de 37).

No ciclo 2 (2014), dos 84 municípios classificados nas tipologias 1 e 2 (reprovado e rudimentar), 29 possuem IDHM 2010 na faixa 3 (0,4 a 0,6), distribuídos predominantemente nas regiões Norte e Nordeste (26 de 29), enquanto a faixa 4 (0,6 a 0,8) de IDHM 2010 encontra-se com distribuição maior nas regiões Sudeste e Sul (36 de 55), ou seja, municípios com IDHM

inferiores localizam-se, predominantemente, nas regiões Norte e Nordeste, enquanto municípios com IDHM superiores situam-se, predominantemente, nas regiões Sudeste e Sul.

No que diz respeito ao PIB *per capita*, no ciclo 2, dos 84 municípios classificados nas tipologias 1 e 2, 19 possuem PIB *per capita* nas categorias 1 e 2 (até R\$ 10.000,00), com predominância na região Nordeste (18 de 19), enquanto municípios classificados nas categorias 5 e 6 (mais de R\$ 25.000,00) de PIB *per capita* se localizam na região Sudeste (10 de 16).

Nesse caso, buscou-se verificar os recursos alocados e a infraestrutura disponibilizada diante das características dos usuários e dos entes analisados.

Saliente-se que, de acordo com Sen (2002), a equidade na saúde ajuda a promover a justiça social e requer variadas perspectivas, como a distribuição da assistência à saúde, evitando-se, assim, a discriminação ou a restrição do acesso aos cuidados de saúde, em razão, por exemplo, das condições socioeconômicas ou geográficas.

É importante, portanto, atentar-se para os princípios do SUS e para a necessidade de atenção às desigualdades regionais nas políticas de saúde. Um exemplo elucidada bem a questão: em 2005, as transferências *per capita* dos recursos do Ministério da Saúde para os estados brasileiros mostravam uma situação que se aproximava de uma distribuição igualitária. Contudo, segundo o CONASS (2011b), uma alocação de recursos igualitária, ainda que tenha as vantagens da aceitabilidade política e da transparência, não significa uma distribuição equitativa, porque não se faz segundo as necessidades em saúde diferenciadas das populações. Ao se utilizar, por exemplo, o IDH como uma *proxy* das necessidades em saúde e a cobertura do Sistema de Saúde Suplementar como uma *proxy* das necessidades socioeconômicas, a distribuição próxima à igualdade torna-se iníqua. Tome-se como exemplo os casos dos estados do Rio Grande do Norte e de São Paulo. O Rio Grande do Norte recebeu do Ministério da Saúde, no ano de 2005, R\$ 125,91 *per capita* e São Paulo recebeu um valor, muito próximo, de R\$ 126,43. Entretanto, o Rio Grande do Norte tem um IDH de 0,705 e uma cobertura de planos privados de 10,3% da população; São Paulo tem um IDH de 0,820 e uma cobertura privada de 37,8% da população (*idem*). Isso mostra que não se pode deixar de observar o nível socioeconômico e a capacidade tributária dos entes envolvidos, o que faz os municípios localizados no estado de São Paulo alocarem recursos próprios em valores superiores.

Pesquisas mostram que programas de cuidados básicos destinados a melhorar a saúde em populações desfavorecidas, em países menos desenvolvidos, conseguiram reduzir as lacunas em saúde entre as populações socialmente privadas e as mais favorecidas socialmente (STARFIELD, 2005), o que deixa clara a necessidade de uma política de saúde que dê atenção

à melhoria das condições de infraestrutura na atenção básica nas regiões menos favorecidas, com grandes desigualdades socioeconômicas, onde há a necessidade de priorização de gastos do orçamento federal na atenção básica.

## CONCLUSÕES

Esta tese teve o escopo de analisar a relação entre a alocação dos recursos financeiros e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros, em uma amostra composta pelos 5.570 municípios brasileiros.

Sob a perspectiva explicativa, a pesquisa, que mostrou o retrato da atenção básica no Brasil, buscou relacionar variáveis por meio da análise de correspondência e da regressão quantílica, que levaram à conclusão de que a hipótese diretriz proposta, de que “o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* leva a uma melhor infraestrutura”, é convergente com os resultados verificados.

No entanto, convém tecer algumas considerações. Em relação ao contexto das normas sobre financiamento, foram observados aspectos que dificultam a governança dos recursos orçamentários, como a instabilidade das fontes, relacionado ao aumento da dificuldade na alocação de gastos. Ainda que tenha havido maior estabilidade após a EC n.º 29/2000, esse aspecto continua a ocorrer ao longo do tempo, a exemplo da EC n.º 86/2015, que adotou, como referência para o patamar mínimo a ser alocado pelo governo federal, a receita corrente líquida (RCL) da União, e não mais a atualização do montante aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB. Outro exemplo é a EC n.º 93/2016, que prorrogou a DRU (desvinculação das receitas da União) até o ano de 2023.

Outra dificuldade é a existência de critérios complexos e sobrepostos, e até contraditórios, para a alocação de recursos orçamentários e financeiros, incluindo a falta de regulamentação de dispositivo legal (Lei n.º 8.080/1990). A falta de definição para ações e serviços de saúde (a EC n.º 29/2000 foi regulamentada 12 anos após sua aprovação) é outro aspecto que trouxe dificuldades ao processo de financiamento da saúde. A ausência de clareza nos critérios de atualização de valores mínimos, que ocorreu no próprio texto da EC n.º 29/2000, é uma dificuldade para a alocação de recursos para a saúde.

Figura, ainda, como obstáculo à governança dos recursos para a saúde a multiplicidade de normas que tratam de financiamento da saúde, com a existência, por exemplo, de 152 normas internas do Ministério da Saúde sobre alocação e distribuição de recursos aos entes públicos e privados.

Observe-se, ademais, que a grande diversidade e multiplicidade de atores envolvidos nas políticas de saúde é um aspecto crítico na condução das políticas do setor, especialmente

na alocação de recursos orçamentários para os entes públicos, principalmente os municípios, aumentando-se as chances de conflito e o tempo de negociação na definição das políticas.

Essas dificuldades, constatadas quando se analisam as normas referentes ao financiamento da saúde, por serem aspectos que dificultam a governança orçamentária, são fatores que prejudicam a relação positiva entre a alocação de recursos e a tipologia da infraestrutura.

Em relação à composição dos recursos financeiros alocados pelo governo para a área de saúde, no período de 2002 a 2017, constatou-se que os recursos totais para a AB tiveram crescimento maior no período de 2002 a 2011, com redução dessa participação no período de 2012 a 2017, mesmo com a aprovação da LC n.º 141/2012.

Esses comportamentos mostram que, logo após a aprovação da EC n.º 29/2000, houve crescimento das despesas com AB mais acentuado do que com as despesas totais, ao passo que, no período posterior à aprovação da LC n.º 141/2012, o crescimento reduziu-se, assim como a participação da AB nas despesas totais.

Ao se comparar os gastos na AB e os gastos totais por períodos (anterior a 2012 e posterior a 2012), verificam-se comportamentos diferentes. Entre 2002 e 2012, houve um crescimento maior dos gastos com a AB, de R\$ 15,10 bilhões para R\$ 49,16 bilhões (225%), quando comparados aos gastos totais em saúde, de R\$ 52,23 bilhões para R\$ 126,15 bilhões (141%). No período posterior a 2012, constatou-se que as despesas totais cresceram em proporção maior, de R\$ 126,15 bilhões para R\$ 137,58 bilhões (9,06%), se comparadas às despesas com AB, de R\$ 49,16 bilhões para R\$ 50,77 bilhões (3,27%).

Outro aspecto relevante é onde e como os recursos são aplicados. A esse respeito, verificou-se que há grande desigualdade na distribuição dos recursos entre municípios das regiões Sudeste e Sul e das regiões Norte e Nordeste, tendo-se evidenciado o não atendimento dos princípios preceituados para o SUS (universalidade da cobertura, integralidade da atenção básica e descentralização das ações) preconizado no princípio 2A - Congruência das regras orçamentárias com as condições locais/setoriais. De acordo com esse princípio, em geral, a realidade em que os recursos orçamentários transformam-se em políticas públicas costuma ser muito heterogênea, de forma que é necessário que as regras pertinentes à provisão e à apropriação de recursos apresentem alguma congruência com a diversidade e com a dinâmica das condições (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012).

Ao se verificar a média de alocação de recursos orçamentários por estado da Federação, observa-se que a região Norte é a que, em média, aloca menos recursos (inferior a

R\$ 300,00 *per capita* ao ano), seguida pelas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, essa com a melhor média de alocação (superior a R\$ 500,00 *per capita* ao ano).

As discrepâncias verificadas entre as médias de gastos entre municípios das regiões Norte e Nordeste e Sul e Sudeste podem ser atribuídas às deficiências ou às limitações já apontadas na governança orçamentária, sobretudo às deficiências de coordenação do sistema ou governança baseada em instituições acopladas, embora haja diversificados mecanismos de decisão coletiva que busquem efetivar a participação dos atores envolvidos nas políticas de saúde.

É importante atentar para o que diz a OPAS (BRASIL, 2013c), para quem o *gasto público total*, de apenas 3,6% do PIB, é insuficiente para o SUS nos padrões instituídos pela CF/88, que tem como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade e a integralidade do atendimento à saúde. Na opinião de especialistas daquele órgão, dever-se-ia gastar pelo menos 6% do PIB para se equiparar a países com sistemas semelhantes (BRASIL, 2013c). Estima-se que o gasto total com saúde, no Brasil, corresponda a, aproximadamente, 8% do PIB, valor cuja maior parte é realizada pelo setor privado. Nos países desenvolvidos, com universalidade no acesso à saúde, pelo menos 70% do financiamento vem do setor público.

Esses números mostram que, embora se possa discutir o aumento de gastos públicos na saúde, o Brasil, mesmo alocando mais recursos que outros países da América Latina, apresenta indicadores piores (Tabelas 1 e 2). O Brasil aloca mais recursos do que o Chile e a Colômbia (percentual do PIB) e a Argentina (gasto *per capita*), porém apresenta pior índice de mortes entre 15 e 60 anos de idade (Tabela 2), o que evidencia, em geral, que o gasto por si só não auxilia muito na previsão dos resultados relativos ao estado de saúde em países diferentes (WORLD BANK, 2003). Isso leva ao entendimento de que a melhoria da governança orçamentária é fator decisivo para melhorar a relação entre os gastos em saúde na atenção básica e a respectiva infraestrutura.

Em relação à tipologia da infraestrutura básica local de saúde nos municípios brasileiros, constatam-se os seguintes resultados: a maioria das UBS está classificada na tipologia 4 (regular) (51,2% no ciclo 1 e 76,8% no ciclo 2), o que significa dizer que essas UBS possuem equipes de saúde da família e de saúde bucal que, com melhoria da infraestrutura, alcançariam a tipologia 5 (padrão de referência).

Quanto a esse aspecto, observou-se que houve uma melhora na classificação das UBS. A tipologia 3 (restrita), que apresenta insuficiência de equipamentos e equipes de saúde, teve decréscimo de 26,7% para 17,1%, enquanto a tipologia 4 (regular), que possui equipes de saúde

da família e de saúde bucal (que, com melhoria da infraestrutura, alcançariam o padrão de referência), teve acréscimo de 51,8% para 76,8%. Essa evolução na classificação da tipologia reflete maior disponibilização de equipamentos e de equipes de saúde.

No entanto, observou-se que as regiões com municípios mais pobres, ou seja, com IDHM e índice de Gini da renda inferiores ou mais desiguais (Norte e Nordeste), possuem maior proporção de UBS tipo 1 e menor proporção de UBS tipo 5, ao passo que a proporção é inversa nas regiões com índices superiores, o que mostra a necessidade de maior atenção aos municípios localizados nessas regiões geográficas. Tal constatação, porém, não quer dizer que, nessas regiões, a relação entre gastos e recursos não siga a evidência verificada de que a alocação de recursos influencia a tipologia. O que se constata é que grande parte dos municípios dessas duas regiões também recebe menos recursos *per capita* na AB, conforme demonstrado nas Figuras 3 e 5. Verificou-se, também, que há proporcionalmente maior concentração de municípios com UBS classificadas nas tipologias 1 e 2 (reprovado e rudimentar) em municípios com menor porte populacional (de até 50.000 habitantes).

Ao se analisar os resultados evidenciados, constatou-se que o sistema de saúde, especialmente na AB, não obedece a um dos princípios elementares da governança, que é a coordenação e integração (preconizado pelo princípio P8 - Governança acoplada) de todos os entes que compõem o sistema de saúde como um todo (OSTROM, 1990; AGRAWAL, 2003; BARCELOS, 2012; LIMA, 2016; BRASIL, 2016a), não se cumprindo, assim, os mandamentos preceituados na CF/88. Essa deficiência acaba por prejudicar os municípios localizados em regiões menos favorecidas, como as regiões Norte e Nordeste, onde estão localizados os municípios com menores índices de desenvolvimento econômico e social.

Considerando-se aspectos relacionados ao federalismo e à descentralização, a governança do SUS possui uma configuração institucional composta por instâncias e mecanismos de compartilhamento de poder que visam assegurar a participação dos estados e dos municípios na elaboração das políticas e programas (BRASIL, 2016a) direcionados à saúde. Entretanto, verifica-se que há deficiência nessa governança, pois a distribuição de recursos é feita de forma bastante desigual, o que também incide na infraestrutura da atenção básica.

Em razão de como se encontra a infraestrutura da AB, aliada à distribuição de recursos, observa-se que não se dispõe de uma AB que facilite o acesso universal ao diversificado escopo de serviços, de maneira coordenada e contínua, mediante a aplicação eficiente de recursos e a prestação de cuidados de alta qualidade, como defendem Kringos *et al.* (2010), pois uma AB equipada com UBS das tipologias reprovado (1) e rudimentar (2) não está habilitada a coordenar

os serviços de saúde da região e muito menos a resolver os problemas da população adscrita (BRASIL, 2015).

Ao se buscar a relação entre a estrutura de gastos e a tipologia da infraestrutura básica local de saúde, fica evidenciado que o montante de gastos federais na atenção básica é relevante para a maioria dos municípios com pequena população, com baixa arrecadação, situada em regiões menos favorecidas (Norte e Nordeste). Tais aspectos são importantes quando se analisa a infraestrutura e a alocação de gastos e quando se consideram os princípios do SUS (universalidade, integralidade e igualdade) (BRASIL, 1988), bem como os critérios de alocação de recursos estabelecidos pela LC n.º 141/2012.

Os resultados evidenciados por meio da análise de correspondência alinham-se com a hipótese de que o maior dispêndio de recursos financeiros *per capita* conduz a uma melhor infraestrutura dos equipamentos locais de saúde. As correspondências entre a tipologia e as variáveis representativas dos gastos (*gastos federais na atenção básica*, *gastos federais totais na saúde* e *gastos totais em saúde*) mostram que tipologias inferiores estão relacionadas com menores gastos *per capita* nessas variáveis, e vice-versa.

De forma semelhante, os resultados da regressão quantílica tendem a ser convergentes com a hipótese diretriz para as variáveis *despesas correntes*, *despesas administrativas*, *despesa federal na atenção básica*, *despesa federal total* e *despesa total em saúde* (considerando-se as variáveis que apresentaram coeficientes com significância de, pelo menos, 10%, no quantil 0,5, nos dois ciclos).

A evidência, em geral, de que as variáveis de gasto estão relacionadas, de maneira positiva, à infraestrutura permite entender que alocar mais recursos leva à melhor infraestrutura. Todavia, observam-se grandes disparidades regionais e sociais no Brasil, o que se reflete, também, nas políticas de saúde, especialmente na AB, quando se verifica que, nas regiões Norte e Nordeste, são apresentadas tipologias 1, 2 e 3 (reprovado, rudimentar e restrita). Constatase, ainda, que a infraestrutura é reflexo, também, da alocação de recursos: há municípios que alocam recursos inferiores a R\$ 50,00 *per capita* anuais e outros que alocam recursos superiores a R\$ 3.500,00. Por exemplo, no ano de 2014, a média alocada por municípios do estado do Pará foi de R\$ 207,00, ao passo que a média apresentada por Santa Catarina foi de R\$ 752,00, em gastos *per capita* anuais na atenção básica (dados da pesquisa, 2019).

Melhorar a cobertura, contudo, não significa despender mais recursos, como evidenciado por alguns resultados apresentados. Ao se analisar a média de gastos nos municípios dos estados de São Paulo, Paraná, Pernambuco e Pará, por exemplo (Tabela 17),

observou-se que a média dos escores do Pará é próxima à de São Paulo, enquanto a média de Pernambuco é ainda maior, embora a média do montante alocado por aqueles estados não chegue a 1/3 da média do valor alocado nos municípios do estado de São Paulo.

Os resultados evidenciam que o aumento de gastos não é a única solução, quando se verifica que há mais UBS nas faixas 1 e 2 (inferior a R\$ 400,00) de alocação de recursos na atenção básica do que UBS nas faixas 4 e 5 (superior a R\$ 600,00), ou seja, uma proporção maior de UBS com menor alocação de recursos na mesma tipologia (Tabela 30).

Assim, os achados corroboram a literatura, que defende a necessidade de se melhorar a governança dos recursos da saúde, aspecto, de certa forma, evidenciado ao se verificar que as regiões com condições socioeconômicas inferiores (PIB *per capita* e IDHM menores) possuem infraestrutura na AB também inferior. Isso comprova que, mesmo com os mecanismos de decisão coletiva e a previsão de coordenação entre todos os entes públicos, existem dificuldades que se refletem na alocação de recursos financeiros nos municípios brasileiros.

Observa-se, pelos resultados apresentados (Tabela 17), que aspectos relacionados à governança orçamentária, como a grande multiplicidade de atores e os múltiplos critérios de descentralização de recursos (alocação), trazem dificuldades de coordenação entre os entes públicos, o que se constata pela falta de correspondência da média dos montantes alocados que nem sempre se traduzem em uma tipologia mais elevada, como ocorre com a média dos escores dos municípios do estado de São Paulo.

Nesse sentido, ressalte-se que o Banco Mundial (2007) alertava, em 2007, para a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de responsabilização, que envolvem prestação de contas, monitoramento e sanções, presentes nos princípios de governança. Contudo, ao se analisar a incidência dos princípios de governança sobre as normas relativas ao financiamento da saúde, constata-se que o Brasil passou por um processo de fortalecimento desses mecanismos, ao consolidar os aspectos relacionados ao monitoramento e ao controle dos recursos da saúde, por meio da LC n.º 141/2012 e do Decreto n.º 7.827/2012, o qual proporcionou instrumentos para acompanhamento e monitoração dos limites mínimos exigidos. Os dois dispositivos legais, também, reforçaram os mecanismos de sanção para o descumprimento de limites de gasto mínimos em saúde pelos entes públicos.

Esta investigação preenche uma lacuna teórica, trazendo inovação no campo das finanças públicas e, conseqüentemente, no das Ciências Contábeis, ao tratar da perspectiva dos gastos públicos sob a ótica da qualidade do gasto, ou seja, do reflexo do volume de gastos na infraestrutura disponibilizada e do entendimento da relação entre os gastos efetuados e a

infraestrutura para a prestação dos serviços de saúde, na totalidade dos municípios brasileiros (5.570). É patente a falta de estudos específicos no campo das Ciências Sociais que tratem dos gastos públicos e de sua relação com a infraestrutura básica de saúde.

Uma contribuição no âmbito das Ciências Contábeis é a de minimizar a assimetria de informações, o que proporciona aperfeiçoamento do controle social e da *accountability*, ao fazer com que a informação contábil pública seja mais bem utilizada, para aprimorar a qualidade na tomada de decisão ou até fornecer alternativas para a melhor interpretação das informações contidas em bancos de dados públicos, com vistas a colaborar para a tomada de decisão. Neste estudo, a contribuição principal é a de fornecer uma nova possibilidade de análise das informações contábeis referentes a gastos públicos em saúde.

No campo das finanças públicas, este trabalho oferece ferramentas que podem contribuir para a melhoria na qualidade do gasto público, ao vislumbrar a produção de informações que auxiliem os atores envolvidos nos mecanismos de governança dos recursos públicos e ao sugerir novas formas de se analisar os recursos orçamentários alocados na atenção básica.

Esta tese contribui, ainda, com a produção de informações que revelam como os recursos são alocados e como essas podem ser aproveitadas no controle social, no monitoramento e na responsabilização dos agentes públicos. A partir do entendimento das relações entre infraestrutura e gastos públicos, a investigação contribui para a melhoria da tomada de decisões dos gestores públicos, o processo de avaliação para planejamento e execução das políticas públicas na atenção básica e a evidenciação do potencial de informação dos dados gerados pelo setor público envolvido com a saúde pública.

As contribuições desta investigação corroboram estudos do Banco Mundial (2007), ao recomendar que sistemas de monitoração robustos devam ser estabelecidos com vistas a melhorar o desempenho organizacional, por meio de informações úteis e claras acerca do desempenho da gestão por parte das unidades de saúde.

Uma importante limitação desta pesquisa, contudo, é que as variáveis relacionadas à infraestrutura possuem apenas dois ciclos de observação, o que dificulta as análises quantitativas. As variáveis sobre gastos públicos, especialmente as referentes aos municípios, possuem distribuição não normal e podem apresentar heterocedasticidade, o que dificulta a utilização dos métodos tradicionais de estimação, que utilizam mínimos quadrados ordinários (MQO).

Este estudo, também, sujeita-se a limitações impostas pelas bases de dados disponíveis sobre gastos em saúde e sobre a infraestrutura básica de saúde dos municípios, em vista da ausência de dados em municípios que não os disponibilizaram, relativos à alocação de recursos financeiros para a AB e para as UBS não avaliadas pelo PMAQ-AB.

Outra limitação é que o modelo ou as variáveis selecionadas para o cálculo do escore final das UBS (tipologia) podem não representar, de modo mais adequado, a classificação da tipologia.

Observam-se, ainda, limitações da regressão quantílica e da análise de correspondência, já que essas técnicas não possibilitam, por exemplo, verificar a *dispersão espacial* dos usuários dos serviços. A análise de correspondência não permite analisar a magnitude das relações entre as categorias de variáveis, pois só analisa as categorias que possuem correspondência. Por sua vez, a regressão quantílica permite verificar a magnitude das relações entre as variáveis envolvidas, mas não permite verificar relações entre possíveis categorias das variáveis analisadas em cada modelo da regressão.

Por fim, para pesquisas futuras, sugere-se que seja utilizado outro conjunto de variáveis para a infraestrutura, que esteja disponível em período maior de tempo, para que se permita a utilização de dados em painel. Sugere-se, também, uma pesquisa de cunho qualitativo, que busque discutir como os princípios de governança podem influir na alocação de recursos nos municípios, levando-se em conta as peculiaridades regionais e locais, ou que procure caracterizar como a atuação dos conselhos de saúde dos municípios afeta o nível de governança orçamentária e a alocação de recursos públicos em saúde.

## REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, Arun. Common resources and institutional sustainability. In: Ostrom *et al.* (Eds.), **The drama of the commons**. Washington, DC: National Academy Press, 2002.
- \_\_\_\_\_. Sustainable Governance of Common-Pool Resources: context, methods, and politics. **Annual Review of Anthropology**, v. 32, outubro, p. 243-262, 2003.
- \_\_\_\_\_. Forests, Governance, and Sustainability: common property theory and its contributions. **International Journal of the Commons**, v. 1, n. 1, outubro, p. 111-136, 2007.
- ALCÂNTARA, Valderí de Castro; PEREIRA, José Roberto; FERREIRA SILVA, Érica Aline. Gestão Social e Governança Pública: aproximações e (de)limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, vol. 17, pp. 11-29, 2015.
- ALMEIDA C; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS, 2006.
- AMARAL, Pedro; LUZ, Luciana; CARDOSO, Francisco; FREITAS, Rosiene. **Distribuição Espacial de Equipamentos de Mamografia no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (RBEUR) (*online*), v. 19, n. 2, p. 326-341, maio/ago. 2017. Disponível em: <[rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/download/5417/pdf](http://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/download/5417/pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2017.
- ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya Valéria Micaela de Souza; MORO, Sueli; RODRIGUES, Cristina Guimarães; OLIVEIRA, Thiago Barros de; MOREIRA, Douglas Rafael. **Metodologia de alocação equitativa de recursos - uma proposta para Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, 2003.
- ARRETCHÉ, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ATUN, R. **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2019.
- BALAND, J. M; PLATTEAU, J. P. **Halting Degradation of Natural Resources: Is There a Role for Rural Communities?** Oxford, UK: Clarendon, 1996.
- BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos**. 2007.
- BARCELOS, Carlos L. K. **Governança Orçamentária e Mudança Institucional: o Caso da Norma Geral de Direito Financeiro - Lei n.º 4.320/64**. Tese – Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENZÉCRI, J. P. **L'Analyse des Données**. Paris: Dunod, 1973, 2 vols.
- BEVIR, Mark. Governança democrática: uma genealogia. **Revista de Sociologia e Política**, v. 19, n. 39, p. 103-114, jun. 2011.

BIJOS, P. R. S. **Governança orçamentária**: uma relevante agenda em ascensão. Brasília: Senado Federal. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle, 2014.

BÖRZEL, Tanja. Organizing Babylon: on the different conceptions of policy networks. **Public Administration**, v. 76, summer 1998, p. 253-273.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm)>. Acesso em 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 set. 2000.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n.º 86, de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. **Diário Oficial da União**. 2015a. Março 2018, Ed. 52, seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 4.320/64, de 17 de março de 1964. **Estatui normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, Estados, Municípios e do Distrito Federal**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, de 23 de março de 1964.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde (LOS) n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.142, de 24 de dezembro de 1996. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e da Valorização do Magistério, na forma prevista no art. 60, § 7º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, e dá outras providências. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 1996b.

\_\_\_\_\_. 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 União**, Brasília, DF, de 05 de maio de 2000.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução n.º 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS n.º 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jan. 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 fev. 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 maio 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996 (NOB 01/96). **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Portaria GM/MS n.º 373, de 26.2.2002 (NOAS/ SUS 01/02). Legislação do SUS. Brasília: Conass, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 322, de 08 de maio de 2003. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 05 de junho de 2003. Ed. 107, seção 1, p. 26. Disponível em: <[http://normas.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/66205226](http://normas.gov.br/materia/-/asset_publisher/NebW5rLVWyej/content/id/66205226)>. Acesso em 28 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 jan. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.º 6, de 03/10/2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_pmaq.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. **Financiamento público de saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2016a (Série Articulação Inter federativa, v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria MP n.º 42, de 14 de abril de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov>. Acesso em: 19 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Instruções para elaboração da proposta orçamentária da União para 2000. **Manual Técnico de Orçamento (MTO-02)**, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual Técnico de Orçamento - MTO**. Edição 2018. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual técnico de orçamento MTO. Edição 2017**. Brasília, 2016b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento\\_coleta\\_avaliacao\\_externa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/instrumento_coleta_avaliacao_externa.pdf)>. Acesso em: 5 jul. 2017.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 22, p. 477-506, 2012.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros – Progestores** (Programa de informação e apoio técnico as novas equipes gestoras estaduais). 2003, 244 p.

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8).

\_\_\_\_\_. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. 197 p.

\_\_\_\_\_. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2), 2011b.

\_\_\_\_\_. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS), 2015.

DAVID, G. C. **Atenção primária nos municípios brasileiros entre 2007-2010: desempenho, gasto, eficiência e disparidades**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: Universidade de Brasília, 2015.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. **Sharing Resources for Health in England**. Report of the Resource Allocation Working Party (RAWP). HMSO: London, 1976.

DIAS, Lidiane Nazaré da Silva. **Fatores que impactam na corrupção e na ineficiência relacionada à aplicação de recursos da saúde pública municipal**. 156 p. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis UnB, UFPB, UFRN, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2016.

DIAS, Lidiane Nazaré da Silva; MATIAS-PEREIRA, José; PAMPLONA, Vanessa Mayara Souza. **Determinantes do Desperdício Ativo (Corrupção) e Passivo (Ineficiência) nos Gastos com Saúde Pública Municipal Via Análise Fatorial**. EnAPG 2012- Encontro de Administração pública e Estado. APAD. Salvador/BA- Nov. 2012.

DIAS, Lidiane Nazaré da Silva; MATIAS-PEREIRA; FARIAS, Manoel Raimundo Santana; PAMPLONA, Vanessa Mayara Souza. **Fatores Associados ao Desperdício de Recursos da Saúde Repassados pela União aos Municípios Auditados pela Controladoria Geral da União**. **Revista de Contabilidade e Finanças**, v. 24, n. 63, p. 206-218, set./out./nov./dez. 2013.

DIAZ, Maria Dolores Montoya. **Qualidade do gasto público municipal em ensino fundamental no Brasil**. **Revista de Economia Política**, v. 32, n. 1 (126), p. 128-141, jan.-março 2012.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment**. In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. vol I. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.

\_\_\_\_\_. **The quality of care: how can it be assessed?**. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUARTE, E. C; SCHNEIDER, M. C; PAES-SOUSA, R; SILVA, J. B; CASTILLO-SALGADO, C. **Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil: análise exploratória dos diferenciais regionais**. **Rev Panam Salud Pública** 12(6), 2006. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892002001200009&script=sci_arttext) Acesso em 13/07/2017.

FAUSTO, M. 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 - UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2005.

FERRARI, Rafael Martins; NUNES, L. P. L. **Policy networks: uma teoria de políticas públicas**. **Anais do EnAPG—Encontro de Administração Pública e Governança, Salvador**, 2008.

FERRAZ, Octávio Luiz Motta; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante**. **Dados**, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FIGUEIRÊDO, Lízia; NORONHA, Kenya Valeria; ANDRADE, Mônica Viegas. **Os impactos da saúde sobre o crescimento econômico na década de 90: uma análise para os estados brasileiros**. **Texto para discussão**, n. 219, 2003.

- FILMER, D; HAMMER, J; PRITCHETT, L. **Health policy in poor countries: weak links in the chain**. Washington DC: The World Bank, 1997.
- FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 521-535, 2003.
- GHAI, Dharam. Social security: Learning from global experience to reach the poor. **Journal of Human Development**, v. 4, n. 1, p. 125-150, 2003.
- GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M. C. R.; FUSARO, E. R.; MENDONÇA, M. H. M.; GAGNO, J. **Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras**. Novos Caminhos, n.º 5, 2015. Disponível em <[http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05\\_ValeEste.pdf](http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- GOMES, R.N.S. *et al.* Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Rene**, v. 16, n. 5, set- out. 2015, p. 624-630.
- GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde**. Washington DC: The World Bank, 2013.
- GUERRA, Mariana. **Modelo de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade**. 2013. 150 f., il. Tese (Doutorado em Administração), Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2013.
- GUIMARÃES, Cristina; AMARAL, Pedro; SIMÕES, Rodrigo. **Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu, MG, Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.
- GREENACRE, Michael J. Practical correspondence analysis. In: BARNETT, V. (Ed.). **Looking at multivariate data**. New York: J. Wiley & Sons, 1981, p. 81-107.
- \_\_\_\_\_. **Correspondence Analysis in Practice**. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC, 2007.
- GUJARATI, Damodar. **Econometria Básica**. 6. tir. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- HAIR, J. F.; ANDERSON, *et al.* **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre, 2005.
- HAO, Lingxin; NAIMAN, Daniel Q. **Quantile Regression**. California: Sage Publications, 2007.
- HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. **Science**, v. 162, n. 3859, p. 1243-1248, 1968.
- HEINMANN L. S.; MENDONÇA M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 481-502.
- HENDRIKSEN, E.S.; VAN BREDA, M.F. **Teoria da Contabilidade**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HSIAO, W. Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary? **Health Affairs**, v. 26, n. 4, p. 950-961, jul./aug. 2007.

IBRAHIM, Habiba A. Social Services and the Poor in Less Developed Countries (LDCs): Making Services Work for the Poor: making services work for the poor. **Int. J. Health Sci. Res.**, v. 7, n. 7, 354-359, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Coordenação de Estruturas Territoriais. **Malhas municipais.** Disponível em: [ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao\\_do\\_territorio/malhas\\_territoriais/malhas\\_municipais/municipio\\_2015/Brasil/BR/](ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2015/Brasil/BR/). 2015. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Malhas municipais.** Disponível em: [ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao\\_do\\_territorio/malhas\\_territoriais/malhas\\_municipais/municipio\\_2016/UFs/](ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2016/UFs/). 2016. Acesso em: 27 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.

\_\_\_\_\_. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015b. 126p.

KETTL, D. F. **The transformation of governance:** public administration for twenty-first century. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2002.

KLERING, L. R.; SCHRÖEDE, C. S. Políticas e estratégias públicas municipais: novos desafios e perspectivas para o desenvolvimento local. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 2, p. 144 - 160, mai/ago. 2008.

KOENKER, Roger. **Quantile regression.** New York: Cambridge University Press: 2005.

KOENKER, Roger; BASSET, Gilbert Jr. Regression Quantiles. **Econometrica.** V. 46, n. 1, p. 33-50, jan. 1978.

KOENKER, Roger; HALLOCK, Kevin F. Quantile Regression. **Journal of Economic Perspectives.** v. 15, n. 4, p. 143-156. *Fall* 2001.

KRINGOS, Dionne S. *et al.* The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. **BMC family practice**, v. 11, n. 1, p. 81, 2010.

LIMA, Juliana Gagno. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde:** uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. **Novos Caminhos**, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 2016. Disponível em <[www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br)>. Acesso em: 27 out. 2017.

LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V.; GERASSI, C. D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica: In: MATTOS, R. A; BAPTISTA, T. W. de F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre, RS: Rede UNIDA, 2015, p. 181-219.

- LUCENA, Wenner Gláucio Lopes. **Avaliação de desempenho no setor público**: aplicação de modelos no Ministério da Ciência e Tecnologia. 367f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Contabilidade UnB-UFPB-UFRN. Brasília, DF, Brasil, 2011.
- MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, 2003.
- MALIK, Ana Maria. Planejamento, Financiamento e Orçamento da Saúde. **Manual Conceitual do Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**, p. 513-526, 2002.
- MALHOTRA, Manoj K.; GROVER, Varun. An assessment of survey research in POM: from constructs to theory. **Journal of operations management**, v. 16, n. 4, p. 407-425, 1998.
- MAYNARD, Alan; BLOOR, Karen. **Our Certain Fate: Rationing in Health Care**. London, Office of Health Economics, 1998.
- MCNEILL, Patrick; CHAPMAN, Steve. **Research methods**. 3rd. Londres/Nova Iorque: Routledge, 2005.
- MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos e PIVA, Marcelo Marcos. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, Marcos José. **Sistema Orçamentário Brasileiro**: planejamento, equilíbrio fiscal e qualidade do gasto público. Brasília: Senado Federal. Consultoria Legislativa do Senado Federal, Coordenação de Estudos, 2008.
- MENDES, Áquilas N.; SANTOS, Suzana B. D. S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1-2, p. 111-125, 2000.
- MEHROTRA, Santosh. Governance and basic social services: ensuring accountability in service delivery through deep democratic decentralization. **Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association**, v. 18, n. 2, p. 263-283, 2006.
- MILS, A. Health care systems in low- and middle-income countries. **The New England Journal of Medicine**, v. 370, n. February, p. 552–7, 2014.
- MOURA, Bárbara Laisa Alves; CUNHA, Renata Castro da; FONSECA, Ana Carla Freitas; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; XAVIER, Aline Lima; COSTA, Amanda Fortes. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 1): S69-S81 nov., 2010.
- NEWDICK, Christopher *et al.* Who should we treat? rights, rationing, and resources in the NHS. **OUP Catalogue**, 2005.
- NORONHA, José C.; PEREIRA, Telma R. Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da

República, 2013. Vol. 3. 271 p. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

OCDE. **Draft Recommendation of the OECD Council on the Principles of Budgetary Governance**. OECD Senior Budget Officials: 2014a.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OSTROM, Elinor. **Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action**. New York: Cambridge University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. A Behavioral Approach to the Rational Choice Theory of Collective Action. **American Political Science Review**, v. 92, n.1, 1998. p. 01-25.

\_\_\_\_\_. Common-pool resources and institutions: Toward a revised theory. **Handbook of Agricultural Economics**. In: B. L. Gardner & G. C. Rausser (Ed.), edition 1, v. 2, chapter 24, pages 1315-1339, Elsevier, 2002.

\_\_\_\_\_. Institutional Rational Choice: an assessment of the Institutional Analysis and Development Framework. In: SABATIER, Paul A. (Org). **Theories of the Policy Process**. 2 ed. Boulder: Westview Press, 2007.

\_\_\_\_\_. **Design principles of robust property-rights institutions: what have we learned?** 2008. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=1304708>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health in the Americas: 2007**. Vol. 1 – Regional. Washington, DC: PAHO, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Health in the Americas: 2007**. Vol. 2 – Countries. Washington, DC: PAHO, 2007b.

PINTO, Daniel Mendes. **O uso de recursos de propriedade comum em áreas de propriedade estatal por populações tradicionais e assentados da reforma agrária**. 2014. 230 f., il. Tese (Doutorado em Administração), Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil, 2014.

PIOLA, Sergio Francisco *et al.* FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-TRAJETÓRIA RECENTE E CENÁRIOS PARA O FUTURO. **Análise econômica**, v. 30, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; FRANÇA, José Rivaldo Mello de; NUNES, André. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 411-421, 2016.

PIOLA, Sérgio Francisco; PAIVA, Andréa Barreto de; SÁ, Edvaldo Batista de; SERVO, Luciana Mendes Santos. **Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

PIOLA, Sérgio Francisco; BIASOTO JÚNIOR, G. *Financiamento do SUS nos Anos 90*. In: NEGRI, B. e DI GIOVANNI, G. (Orgs.). **Brasil: Radiografia da Saúde**. Campinas: UNICAMP: Instituto de Economia, 2001.

PORTO, Silvia Marta *et al.* Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 376-388, set./dez. 2003.

RAJKUMAR, A. S.; SWAROOP, V. Public spending and outcomes: does governance matter? . **Policy Research Working Paper 2840**, World Bank, Washington, DC, USA, 2002.

\_\_\_\_\_. Public spending and outcomes: does governance matter?. **Journal of Development Economics**, v. 86, p. 96-111, 2008.

REGIÃO e REDES. **Resumo Executivo**. Disponível em: <[www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/](http://www.resbr.net.br/a-pesquisa/resumo-executivo/)>. Acesso em: 6 mar. 2016.

REIS, Ademar Arthur C.; SÓTER, Ana Paula M.; FURTADO, Lumena A. C.; PEREIRA, Silvana S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, dez. 2016, 122-135.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Alethele O.; DELDUQUE, Maria C.; ALVES, Sandra M. C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.º 1, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 jul. 2017.

SAVEDOFF, William D. **Governance in the health sector: a strategy for measuring determinants and performance**. The World Bank, 2011.

SAVIGNY, Don de; ADAM, Taghreed (Ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. World Health Organization, 2009.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil: para qual modelo caminhamos?. **RAP**. Rio de Janeiro, n. 4, p. 7-25, jul./ago. 1998.

SCHIEBER *et al.* Financing Health Systems in the 21st Century. In: JAMISON, D. T. *et al.* **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Washington DC: The World Bank, 2006.

SCHNEIDER, Volker. Redes de Políticas Públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas, Revista de Ciências Sociais**, v. 5. n. 1, jan./jun. 2005.

SCHOLZ, Stefan; NGOLI, Baltazar; FLESSA, Steffen. Rapid assessment of infrastructure of primary health care facilities—a relevant instrument for health care systems management. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 183, 2015.

SEN, Amartya. Por qué La equidade em salud. **Revista Panamericana de salud pública**, v. 11, p. 302-309, 2002.

SENNA, M.C.M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. 2002, v. 18 (suplemento), p. 203-211.

SHAH, Anwar. **Corruption and decentralized public governance**. The World Bank, 2006.

SIMÕES, Rodrigo; GUIMARÃES, Cristina; GODOY, Nara; VELLOSO, Tarsila; ARAÚJO, Taiana; GALINARI, Rangel; CHEIN, Flávia. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise de *clusters* espaciais para Minas Gerais. **Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, Caxambu, MG, Brasil, 20-24 set. 2004, p. 1-27, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1390/1355>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise espacial multivariada para Minas Gerais. **Anais do XI Seminário sobre a Economia Mineira** [Proceedings of the 11th Seminar on the Economy of Minas Gerais], Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais,

p. 1-32. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/6520183.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

SOARES, Robson Fernandes *et al.* Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 4, p. 563-586, 2016.

SOUSA, Rossana Guerra de. **Gastos públicos e desenvolvimento humano nos estados do Brasil**. 178f. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis), Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Contabilidade UnB-UFPB-UFRN. Brasília, DF, Brasil, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Unesco, 2005.

STATACORP. **Stata Statistical Software**: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP. 2013.

SUNDER, S. **Theory of accounting and control**. Ohio, USA: International Thomson Publishing, 1997.

TANGCHAROENSATHIEN, V. *et al.* Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. **The Lancet**, v. 377, n. 9768, p. 863-873, mar. 2011.

TEAM, R. Core. **R: a language and environment for statistical computing**. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Áustria, 2014. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 5 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **R: a language and environment for statistical computing**. R. Foundation for Statistical Computing, Vienna, Áustria, 2017. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

TRAVASSOS, C. M.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006, p. 975-986.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J. C. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 473-505.

UNDP. **Human Development Report 2003**: Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty. 2003. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/reports/global/2003/>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. R. Selective primary health care: a critical review of methods and results. **Social science and medicine**, 1986, v. 22, p. 1001-1013.

UNICEF. Brasil. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

UNICEF. **Poverty and children: lessons of the 1990s for least developed countries**. New York: ERIC Clearinghouse, 2001. Disponível em: <[http://www.unicef.org/publications/pub\\_poverty\\_children\\_ldcs\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/pub_poverty_children_ldcs_en.pdf)>. Acesso em: 9 nov. 2016.

UNITED NATIONS. Universal Declaration of Human Rights. **UN General Assembly**, 1948. Disponível em: <[https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/eng.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf)>. Acesso em: 9 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27. **UN General Assembly**, Treaty Series, v. 993, n. 3, 1966. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/cescr.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

VARELA, P. S.; FARINA, M. C. Relação entre gastos com saúde, índice de esforços da atenção básica em saúde e tipologia da estrutura do sistema de saúde dos municípios do Estado de São Paulo. RAM. **Revista de Administração Mackenzie** (Impresso), v. 8, p. 153-172, 2007.

VIACAVA, F. *et al.* **Proadess: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento.** Relatório final, 2012. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>>. Acesso em 10 dez. 2017.

VON HAGEN, J. Budgeting Institutions for Better Fiscal Performance. In: SHAH, Anwar (Ed.). **Budgeting and Budgetary Institutions**. Washington, USA: The World Bank, 2007, p. 27-49.

VUORI, H. A. Qualidade em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 3, p. 17-25, 1991.

WADE, R. **Village Republics: Economic Conditions for Collective Action in South India**. Oakland: ICS Press, 1994.

WILDAVSKY, A. **The politics of the budgetary process**. Boston: Little, Brown and Company, 1964.

WHO. **World Health Report 2006: Working Together for Health**. Geneva: World Health Organization, 2006.

WORLD BANK. **Making services work for poor people**. World development report 2003. World Bank, Washington, D.C, 2003.

\_\_\_\_\_. **World Development Report 2004: Making services work for the poor people**. 2004. Disponível em: <[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. **Strengthening World Bank Group Engagement on Governance and Anticorruption**. World Bank, Washington, D. C., USA, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. New York: WHO, 1946. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* The Declaration of Alma Ata. In: **International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata**, URSS, 6-12 Sep. 1978. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

## APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> - Metodologia de cálculo dos escores da tipologia da infraestrutura	214
<b>Apêndice B</b> - Estatística Descritiva - Variáveis utilizadas na análise de correspondência	220
<b>Apêndice C</b> - Categorias das variáveis utilizadas na análise de correspondência	222
<b>Apêndice D</b> - Teste Qui-quadrado para pares de variáveis utilizadas na Análise de Correspondência	224
<b>Apêndice E</b> - Estatística Descritiva – Variáveis utilizadas na regressão quantílica	226
<b>Apêndice F</b> - Matrizes de Correlação - Variáveis utilizadas na regressão quantílica	229
<b>Apêndice G</b> - Multicolinearidade (Teste VIF- <i>Variance Inflation Factor</i> )	235
<b>Apêndice H</b> - Gráficos dos modelos da regressão quantílica	238
<b>Apêndice I</b> - Distribuição das variáveis gastos na AB (variável <i>liq_atbas_cpt</i> ), <i>escore_final</i> (variável <i>escore_final</i> ) e classificação geral (variável <i>class</i> ), nos estados e municípios	244
<b>Apêndice J</b> - Tipologia por estado da Federação	250
<b>Apêndice K</b> - Média das variáveis por estado da Federação	252

## Apêndice A - Metodologia de cálculo dos escores da tipologia da infraestrutura

Na análise da composição dos equipamentos básicos de saúde locais, estabeleceu-se uma classificação para a infraestrutura de saúde disponibilizada, que é a sua tipologia, para a qual esta pesquisa adota os parâmetros do trabalho de Giovanella *et al.* (2015) (Nota de rodapé 10), que utiliza a base de dados das UBS, originada do PMAQ-AB, disponibilizada pelo DAB/MS.

Giovanella *et al.* (2015) construíram uma tipologia, a partir de características estruturais das UBS, objetivando auxiliar na tomada de decisão e orientar as ações governamentais com potencial de mudança na estrutura e na qualidade da oferta dos serviços de APS em todo o país. A metodologia utilizada pelos autores permitiu construir uma tipologia das UBS brasileiras, conforme os dados do 1.º ciclo de avaliação do PMAQ-AB.

De acordo com Giovanella *et al.* (2015), fez-se uso de um *check list* de itens que foram verificados nas UBS para a avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos, em que as dimensões observadas foram:

- 1- modalidade de UBS e profissionais da equipe;
- 2- sinalização externa da UBS;
- 3- acessibilidade à UBS;
- 4- identificação visual das ações e dos serviços ofertados;
- 5- horário de funcionamento;
- 6- características estruturais e ambiência;
- 7- infraestrutura da unidade de saúde (tipo e número de dependências);
- 8- reforma, ampliação e reparos;
- 9- equipamentos, materiais e insumos para a atenção à saúde;
- 10- equipamentos de TIC e telessaúde; e
- 11- veículo na UBS.

A partir da análise do instrumento e das frequências simples de todas as 500 variáveis para a construção do modelo, foram selecionadas 29 variáveis do módulo 1 – o instrumento completo com a especificação de todas as 500 variáveis encontra-se definido no instrumento de avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade (BRASIL, 2012). Tais variáveis foram agrupadas em cinco dimensões de estrutura consideradas essenciais para processos de atenção resolutivos, acessíveis e de qualidade (GIOVANELLA *et al.*, 2015):

- 1- tipos de equipes;

- 2- elenco de profissionais;
- 3- turnos de funcionamento;
- 4- serviços disponíveis; e
- 5- infraestrutura.

Ressalte-se que a dimensão infraestrutura apresenta três subdimensões: estrutura física e equipamentos, insumos, e equipamentos de TIC, correspondendo a elementos mínimos indispensáveis para a atenção básica (GIOVANELLA *et al.*, 2015). As dimensões e os componentes da tipologia são apresentados no Quadro 5 e no Quadro 23, a seguir.

**Quadro 23** - Relação das dimensões e respectivas variáveis do PMAQ-AB selecionadas para a tipologia de UBS

<b>Dimensão</b>	<b>Variáveis selecionadas</b>
Tipos de equipe	Equipe de Saúde da Família com saúde bucal
	Equipe de Saúde da Família sem saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal
	Equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal
	Outras configurações
Elenco de profissionais	Médico
	Enfermeiro
	Cirurgião-dentista
	Técnico ou auxiliar de enfermagem
	Técnico ou auxiliar de saúde bucal
	Agente comunitário de saúde
Turnos de funcionamento	Turnos de atendimento da UBS
	A UBS funciona quantos dias na semana
Serviços disponíveis	Consultas médicas
	Consultas de enfermagem
	Consultas odontológicas
	Dispensação de medicamentos pela farmácia
	Vacinação
Infraestrutura geral	
Estrutura física e equipamentos	Sala de vacina
	Aparelho de nebulização
	Geladeira exclusiva para vacina
	Glicosímetro
Insumos	Vacina tetravalente
Equipamentos de TIC	Computador
	Acesso à internet

Fonte: Giovanella *et al.* (2015).

Para a escolha das variáveis em cada dimensão, buscou-se selecionar um conjunto pequeno de variáveis representativo da dimensão, ressaltando-se que essa escolha esteve condicionada às variáveis disponíveis no instrumento do censo UBS do PMAQ-AB (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

Após a definição das variáveis, determinou-se o “padrão de referência” para cada dimensão apresentada no Quadro 5, que corresponde a itens elementares de estrutura da UBS, necessários para ofertar ações básicas com um mínimo de qualidade e resolutividade:<sup>18</sup>

- 1 - Tipos de equipes: ter pelo menos uma equipe de saúde da família com saúde bucal;
- 2 - Elenco de profissionais: ter pelo menos 1 médico<sup>19</sup>, ter pelo menos 1 enfermeiro, ter pelo menos 1 cirurgião-dentista, ter pelo menos 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, ter pelo menos 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal, ter pelo menos 4 agentes comunitários de saúde;
- 3 - Turnos de funcionamento: ter pelo menos 2 turnos de atendimento e funcionar em 5 dias ou mais na semana;
- 4 - Serviços disponíveis: ter os cinco tipos de serviços listados;
- 5 - Infraestrutura geral: ter sala de vacina, aparelho de nebulização, geladeira exclusiva para vacina, glicosímetro, computador, acesso à internet, e sempre disponibilizar a vacina tetravalente.

A partir da definição do “padrão de referência” elementar, foram gerados escores para cada uma das dimensões, como apresentado a seguir.

Assim, para os **Tipos de equipes**, considerou-se uma pontuação diferenciada para as equipes de saúde da família (1 ponto), para as equipes de atenção básica parametrizada (0,5 ponto) e para outras configurações (0,5 ponto). Caso tenha equipe de saúde bucal, a UBS recebe mais 1 ponto. Dessa forma, tem-se:

- 1 - Unidade de saúde com pelo menos uma equipe de saúde da família com saúde bucal = 2 pontos;
- 2 - Unidade de saúde com pelo menos uma equipe de atenção básica parametrizada com saúde bucal (e sem nenhuma equipe de saúde da família com saúde bucal) = 1,5 ponto;
- 3 - Unidade de saúde com pelo menos uma equipe de saúde da família sem saúde bucal (e sem nenhuma equipe de saúde da família com saúde bucal ou de atenção básica parametrizada com saúde bucal) = 1 ponto;
- 4 - Unidade de saúde com pelo menos uma equipe de atenção básica parametrizada sem saúde bucal ou outra configuração (e sem nenhuma equipe de saúde da família com saúde

---

<sup>18</sup> De acordo com Giovanella *et al.* (2015), padrões de qualidade sempre são provisórios, pois, à medida que são alcançados, novas exigências podem (e devem) ser colocadas para ampliar a qualidade em processo contínuo.

<sup>19</sup> Generalista ou especialista.

bucal ou de atenção básica parametrizada com saúde bucal ou de saúde da família sem saúde bucal) = 0,5 ponto;

5 - Unidade de saúde sem nenhuma equipe = nenhum ponto.<sup>20</sup>

Com base nessas definições, as UBS, considerando-se os tipos de equipes, podem obter uma pontuação entre 0 e 2. Logo, para se garantir uma melhor “comparabilidade” com as demais dimensões, o presente escore foi padronizado para a escala 0-1, a partir da fórmula:

$$Escore1_{pad} = \frac{Escore1}{2} \quad (\text{Equação 6})$$

No que se refere à dimensão **Elenco de profissionais**, para cada profissional de saúde atuante na UBS, foi conferida a seguinte pontuação:

1 - Unidade de saúde com pelo menos 1 médico = 2 pontos;

2 - Unidade de saúde com pelo menos 1 enfermeiro = 1,5 ponto;

3 - Unidade de saúde com pelo menos 1 cirurgião-dentista = 1,5 ponto;

4 - Unidade de saúde com pelo menos 1 técnico ou auxiliar de enfermagem = 1 ponto;

5 - Unidade de saúde com pelo menos 1 técnico ou auxiliar de saúde bucal = 1 ponto;

6 - Unidade de saúde com pelo menos 4 agentes comunitários de saúde = 1 ponto.

O escore da UBS, com relação ao elenco de profissionais, foi obtido a partir da soma da pontuação de cada um dos profissionais, de forma que a UBS pode obter para essa dimensão uma pontuação entre 0 e 8. Similarmente ao que foi feito para a dimensão tipos de equipes, o escore, no que tange aos profissionais, foi padronizado para a escala 0-1, da seguinte maneira:

$$Escore2_{pad} = \frac{Escore2}{8} \quad (\text{Equação 7})$$

Para a dimensão **Turnos de funcionamento**, a pontuação considerada foi:

---

<sup>20</sup> Nos casos em que o número de equipes da unidade de saúde estava identificado como “Não sabe/Não respondeu”, foi considerado como sendo igual a 0 (zero). O mesmo procedimento foi empregado para as outras variáveis (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

1 - Unidade de saúde com 1, 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona até 3 dias na semana = nenhum ponto;

2 - Unidade de saúde com 1 turno de atendimento e que funciona 4 dias ou mais na semana = 0,5 ponto;

3 - Unidade de saúde com 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona 4 dias na semana = 1 ponto;

4 - Unidade de saúde com 2 ou 3 turnos de atendimento e que funciona 5 dias ou mais na semana = 2 pontos.

Portanto, para essa dimensão, a UBS pode obter uma pontuação entre 0 e 2. Novamente, o escore bruto obtido foi padronizado para a escala 0-1.

Relativamente aos **Serviços disponíveis**, de maneira análoga à dimensão “Elenco de profissionais”, a pontuação foi obtida como:

1 - Unidade de saúde que oferece consultas médicas = 2 pontos;

2 - Unidade de saúde que oferece consultas de enfermagem = 1 ponto;

3 - Unidade de saúde que oferece consultas odontológicas = 1 ponto;

4 - Unidade de saúde que oferece dispensação de medicamentos pela farmácia = 1 ponto;

5 - Unidade de saúde que oferece vacinação = 1 ponto.

O escore da UBS com relação à disponibilidade dos serviços foi calculado com base na soma da pontuação obtida para cada um dos itens. A UBS, por consequência, pode obter uma pontuação entre 0 e 6. Assim, o escore em tela, também, foi padronizado para a escala 0-1.

Quanto à dimensão **Infraestrutura geral**, inicialmente, foi realizado o cálculo dos escores em cada uma das subdimensões (Estrutura física e equipamentos, Insumos e Equipamentos de TIC). A seguir, calculou-se o escore da dimensão Infraestrutura geral a partir da média dos três escores das três subdimensões.

Para a subdimensão Estrutura física e equipamentos, a pontuação foi:

1 - Unidade de saúde que tem sala de vacina = 1 ponto;

2 - Unidade de saúde que tem aparelho de nebulização = 1 ponto;

3 - Unidade de saúde que tem geladeira exclusiva para vacina = 1 ponto;

4 - Unidade de saúde que tem geladeira exclusiva para glicosímetro = 1 ponto.

O escore para essa subdimensão foi obtido a partir da soma da pontuação para cada um dos itens anteriores. Como pode variar entre 0 e 4, o referido escore foi, posteriormente, padronizado para a escala 0-1.

Para a subdimensão Insumos, a pontuação foi obtida de maneira “direta”, de modo que as UBS que “sempre” disponibilizam a vacina tetravalente ficaram com 1 ponto, e as que a disponibilizam “às vezes” ficaram com 0,5 ponto.

Para a subdimensão Equipamentos de TIC, tem-se:

- 1 - Unidade de saúde com computador = 1 ponto;
- 2 - Unidade de saúde com acesso à internet = 1 ponto.

O escore da UBS para essa dimensão foi calculado, também, com base na soma da pontuação obtida para cada um dos itens. Como pode variar entre 0 e 2, foi padronizado para a escala 0-1.

Com base no valor do escore final (EF), as UBS foram agrupadas em cinco tipos:

- 1 - grupo 1, com  $EF < 0,250$ ;
- 2 - grupo 2, com EF de 0,250 a 0,499;
- 3 - grupo 3, com EF de 0,500 a 0,749;
- 4 - grupo 4, com EF de 0,750 a 0,999;
- 5 - grupo 5, padrão de referência com EF igual a 1.

O grupo 5 corresponde ao grupo de referência, que obteve os valores máximos em todas as dimensões analisadas (GIOVANELLA *et al.*, 2015).

## Apêndice B - Estatística Descritiva- Variáveis utilizadas na análise de correspondência

### Ciclo 1- 2012

variable	mean	max	min	sd	p50	skewness
fx pop 2012	2.813	7	1	1.435	3	0.525
fx esc final	3.623	5	1	0.692	4	-0.404
fx med des..	3.904	6	1	1.194	4	0.402
f~ap cpt2012	2.546	6	1	1.666	2	0.903
fx med odc~2	3.509	6	1	1.375	3	0.400
fx~r cpt2012	3.719	6	1	1.167	3	0.537
f~pess enc~2	3.798	6	1	1.300	4	0.272
fx med~c2012	2.318	5	1	1.428	2	0.827
fx ~tcpt2012	3.712	5	1	0.967	4	-0.0353
f~sub vinc~2	3.369	5	1	1.152	3	-0.0787
fx~s cpt2012	2.602	5	1	1.320	2	0.462
fx med tot..	2.820	5	1	1.308	3	0.308
fx med tot..	3.483	5	1	1.547	4	-0.471
fx med tot..	2.642	5	1	0.851	3	0.658
fx med atb..	3.198	5	1	1.395	3	0.154
fx med atb..	3.026	5	1	1.620	3	0.00202
fx med atb..	3.377	5	1	1.009	3	-0.158
fx pib cpt~2	3.357	6	1	1.504	4	-0.161
fx IDS	2.727	5	1	0.943	3	0.0626
fx idhm 2010	3.737	5	3	0.454	4	-0.879
fx gini~2010	2.991	5	2	0.345	3	-0.110
fx i~4 10000	2.397	6	1	1.223	2	1.110
fx in~4 1000	3.318	6	1	1.024	3	0.352
variable	kurtosis	cv				
fx pop 2012	2.695	0.510				
fx esc final	3.215	0.191				
fx med des..	2.188	0.306				
f~ap cpt2012	2.587	0.654				
fx med odc~2	2.212	0.392				
fx~r cpt2012	2.469	0.314				
f~pess enc~2	2.168	0.342				
fx med~c2012	2.331	0.616				
fx ~tcpt2012	1.928	0.260				
f~sub vinc~2	2.099	0.342				
fx~s cpt2012	2.105	0.507				
fx med tot..	1.952	0.464				
fx med tot..	1.686	0.444				
fx med tot..	3.478	0.322				
fx med atb..	1.535	0.436				
fx med atb..	1.399	0.535				
fx med atb..	2.455	0.299				
fx pib cpt~2	1.922	0.448				
fx IDS	2.416	0.346				
fx idhm 2010	2.318	0.121				
fx gini~2010	8.546	0.115				
fx i~4 10000	4.046	0.510				
fx in~4 1000	2.950	0.309				

## Ciclo 2- 2014

variable	mean	max	min	sd	p50	skewness
fx pop 2014	2.850	7	1	1.441	3	0.504
fx esc final	3.860	5	1	0.441	4	-3.299
fx med des..	4.159	6	2	1.197	4	0.203
f~ap cpt2014	3.400	6	1	1.813	3	0.225
fx med odc~4	3.710	6	1	1.426	4	0.209
fx~r cpt2014	3.886	6	1	1.187	4	0.406
f~pess enc~4	3.936	6	1	1.285	4	0.168
fx med~c2014	2.450	5	1	1.457	2	0.689
fx ~tcpt2014	3.873	5	2	0.951	4	-0.201
f~sub vinc~4	3.510	5	1	1.160	3	-0.191
fx~s cpt2014	2.674	5	1	1.346	2	0.419
fx med tot..	2.931	5	1	1.326	3	0.250
fx med tot..	3.478	5	1	1.567	4	-0.457
fx med tot..	2.724	5	1	0.887	3	0.708
fx med atb..	3.114	5	1	1.431	3	0.195
fx med atb..	2.222	5	1	1.602	1	0.843
fx med atb..	3.134	5	1	0.951	3	0.0978
fx pib cpt~4	3.510	6	1	1.444	4	-0.192
fx IDS	2.727	5	1	0.943	3	0.0632
fx idhm 2010	3.735	5	3	0.455	4	-0.870
fx gini~2010	2.993	5	2	0.344	3	-0.0892
fx i~4 10000	2.263	6	1	1.158	2	1.226
fx in~4 1000	3.240	6	1	0.983	3	0.389
variable	kurtosis	cv				
fx pop 2014	2.658	0.506				
fx esc final	17.36	0.114				
fx med des..	1.945	0.288				
f~ap cpt2014	1.648	0.533				
fx med odc~4	1.981	0.384				
fx~r cpt2014	2.231	0.305				
f~pess enc~4	2.100	0.326				
fx med~c2014	2.088	0.595				
fx ~tcpt2014	1.870	0.246				
f~sub vinc~4	2.025	0.331				
fx~s cpt2014	2.013	0.503				
fx med tot..	1.862	0.452				
fx med tot..	1.646	0.451				
fx med tot..	3.282	0.326				
fx med atb..	1.552	0.459				
fx med atb..	2.016	0.721				
fx med atb..	2.524	0.303				
fx pib cpt~4	2.026	0.411				
fx IDS	2.415	0.346				
fx idhm 2010	2.297	0.122				
fx gini~2010	8.598	0.115				
fx i~4 10000	4.606	0.512				
fx in~4 1000	3.143	0.303				

## Apêndice C - Categorias das variáveis utilizadas na análise de correspondência

### Categorias de variáveis – Tipologia e população do município

Variável	Tipologia	População (em mil)
Identificação	fx_esc_final	pop
1	Reprovado	Até 5
2	Rudimentar	De 5 a 10
3	Restrita	De 10 a 20
4	Regular	De 20 a 50
5	Padrão de referência	De 50 a 100
6	-	De 100 a 500
7	-	Mais de 500

Fonte: Elaborado pelo autor.

### Categorias de Variáveis – Gastos por Categoria Econômica

Variável	Despesa Total com Pessoal e Encargos Per Capita (R\$)	Despesa Corrente Total (R\$)	Despesa Total com Outras Despesas Correntes (R\$)	Despesa Total com Despesas de Capital (R\$)	Despesa Total em Saúde (R\$)
Identificação	fx_med_desp_pess_enc_cpt	fx_med_desp_corr_cpt	fx_med_odc_cpt	fx_med_desp_capt_cpt	fx_med_desp_geral_cpt
1	<= 100	<= 200	<= 100	<= 20	<= 200
2	> 100 e <= 200	> 200 e <= 400	> 100 e <= 200	> 20 e <= 40	> 200 e <= 400
3	> 200 <= 300	> 400 <= 600	> 200 <= 300	> 40 <= 60	> 400 <= 600
4	> 300 <= 400	> 600 <= 800	> 300 <= 400	> 60 <= 80	> 600 <= 800
5	> 400 <= 500	> 800 <= 1000	> 400 <= 500	> 80 <= 100	> 800 <= 1000
6	> 500	> 1000	> 500	> 100	> 1000

Fonte: Elaborado pelo autor.

### Categorias de Variáveis – Gastos por Subfunção

Variável	Despesa Total na Atenção Básica (R\$)	Despesa Total nas Subfunções Vinculadas (R\$)	Despesa Liquidada Per Capita em Saúde (R\$)	Despesa Liquidada Total em Saúde (R\$ 1000)
Identificação	fx_med_liq_atbas_cpt	fx_med_liq_subvinc_cpt	fx_med_liq_desp_totcpt	fx_med_liq_desp_totc
1	<= 200	<= 200	<= 200	<= 5000
2	> 200 e <= 400	> 200 e <= 400	> 200 e <= 400	> 5000 e <= 10000
3	> 400 <= 600	> 400 <= 600	> 400 <= 600	> 10000 e <= 15000
4	> 600 <= 800	> 600 <= 800	> 600 <= 800	> 15000 <= 20000
5	> 800	> 800	> 800	> 20000

Fonte: Elaborado pelo autor.

### Categorias de Variáveis - Gastos na Atenção Básica

Variável	Despesa Federal na Atenção Básica (R\$)	Despesa Municipal na Atenção Básica (R\$)	Despesa Total na Atenção Básica (R\$)	Despesa Federal Total (R\$)	Despesa Municipal em Saúde (R\$)	Despesa Total em Saúde (R\$)
Identificação	fx_med_atbas_fed_cpt	fx_med_atbas_rprop_cpt	fx_med_atbas_tot_cpt	fx_med_tot_fed_cpt	fx_med_tot_rpr_op_cpt	fx_med_tot_tot_cpt
<b>1</b>	<= 50	<= 100	<= 100	<= 100	<= 100	<= 200
<b>2</b>	> 50 e <= 100	> 100 e <= 200	> 100 e <= 200	> 100 e <= 200	> 100 e <= 200	> 200 e <= 400
<b>3</b>	> 100 <= 150	> 200 <= 300	> 200 <= 300	> 200 <= 300	> 200 <= 300	> 400 <= 600
<b>4</b>	> 150 <= 200	> 300 <= 400	> 300 <= 400	> 300 <= 400	> 300 <= 400	> 600 <= 800
<b>5</b>	> 200	> 400	> 400	> 400	> 400	> 800

Fonte: Elaborado pelo autor.

### Categorias das Variáveis de Controle

Variáveis	PIB (R\$)	Índice Gini Renda	IDHM 2010	Índice de Desempenho da Saúde	Índice de Mortes Evitáveis de 0 a 4 anos	Índice de Mortes Evitáveis de 5 a 74 anos
Identificação	fx_pib_cpt	fx_gini_renda_cpt_2010	fx_idhm_2010	fx_IDS	fx_ind_mort_0a4_10000	fx_ind_mort_5a74_1000
<b>1</b>	<= 7500	<= 0.2	<= 0.2	<= 1	<= 1	<= 1
<b>2</b>	> 7500 <= 10000	> 0.2 <= 0.4	> 0.2 <= 0.4	> 1 <= 2	> 1 <= 2	> 1 <= 2
<b>3</b>	> 10000 <= 15000	> 0.4 <= 0.6	> 0.4 <= 0.6	> 2 <= 3	> 2 <= 3	> 2 <= 3
<b>4</b>	> 15000 <= 25000	> 0.6 <= 0.8	> 0.6 <= 0.8	> 3 <= 4	> 3 <= 4	> 3 <= 4
<b>5</b>	> 25000 <= 50000	> 0.8 <= 1	> 0.8 <= 1	> 4 <= 5	> 4 <= 5	> 4 <= 5
<b>6</b>	> 50000					

Fonte: Elaborado pelo autor.

**Apêndice D** - Teste qui-quadrado para pares de variáveis utilizadas na análise de correspondência

Ciclo 1- 2012						
Nº	Pares de variáveis		Qui-quadrado	df	P-valor	Obs.
1	fx_esc_final	fx_pop_2012	842.68	24	2.2e-16	*
2	fx_esc_final	fx_med_atbas_tot_cpt2012	133.68	16	2.2e-16	
3	fx_esc_final	fx_med_tot_rprop_cpt2012	222.89	16	2.2e-16	*,**
4	fx_esc_final	fx_med_tot_fed_cpt2012	104.54	16	4.853e-15	*,**
5	fx_esc_final	fx_med_desp_pess_enc_cpt2012	391.49	20	2.2e-16	*
6	fx_esc_final	fx_med_desp_geral_cpt2012	577.13	20	2.2e-16	*
7	fx_esc_final	fx_ind_mort_0a4_10000	37.995	20	0.008868	
8	fx_esc_final	fx_ind_mort_5a74_1000	117.19	20	9.419e-16	
9	fx_esc_final	fx_idhm_2010	188.46	8	2.2e-16	*,**
10	fx_esc_final	fx_gini_renda_cpt_2010	137.73	12	2.2e-16	*
11	fx_esc_final	fx_IDS	317.95	16	2.2e-16	
12	fx_esc_final	fx_med_atbas_fed_cpt2012	142.83	16	2.2e-16	*,**
13	fx_esc_final	fx_med_atbas_rprop_cpt2012	192.9	16	2.2e-16	
14	fx_esc_final	fx_pib_cpt_2012	238.41	20	2.2e-16	*,**
15	fx_pop_2012	fx_med_atbas_tot_cpt2012	961.6	24	2.2e-16	*,**
16	fx_pop_2012	fx_med_tot_rprop_cpt2012	725.02	24	2.2e-16	
17	fx_pop_2012	fx_med_desp_geral_cpt2012	2372.1	30	2.2e-16	
18	fx_pop_2012	fx_pib_cpt_2012	611.44	30	2.2e-16	*,**
19	fx_pop_2012	fx_gini_renda_cpt_2010	383.85	18	2.2e-16	*
20	fx_pop_2012	fx_IDS	1448.3	24	2.2e-16	
21	fx_pop_2012	fx_med_atbas_fed_cpt2012	1823.8	24	2.2e-16	*,**
22	fx_pop_2012	fx_med_atbas_rprop_cpt2012	797.72	24	2.2e-16	*
23	fx_pop_2012	fx_idhm_2010	858.48	12	2.2e-16	*,**
24	fx_pop_2012	fx_ind_mort_5a74_1000	782.86	30	2.2e-16	*,**
25	fx_IDS	fx_ind_mort_0a4_10000	145.1	20	2.2e-16	
26	fx_IDS	fx_ind_mort_5a74_1000	210.24	20	2.2e-16	

Notas. Elaborado pelo autor, com dados da pesquisa. Obs.: 1- A hipótese nula é de independência entre as variáveis; 2- (\*) Pares de variáveis com melhor correspondência; 3- (\*\*) Gráficos Analisados; 4- (\*\*\*) Pares com hipótese de independência não rejeitada; 5- df (*degree-freedom*).

Ciclo 2- 2014						
Nº	Variáveis		Qui-quadrado	df	P-valor	Obs.
1	fx_esc_final	fx_pop_2014	159	24	2.2e-16	*
2	fx_esc_final	fx_med_atbas_tot_cpt2014	83.817	16	3.389e-11	
3	fx_esc_final	fx_med_tot_rprop_cpt2014	27.223	16	0.03907	
4	fx_esc_final	fx_med_tot_fed_cpt2014	134.95	16	2.2e-16	
5	fx_esc_final	fx_med_desp_pess_enc_cpt2014	53.403	20	7.09e-05	
6	fx_esc_final	fx_pib_cpt_2014	37.291	20	0.0108	
7	fx_esc_final	fx_med_desp_geral_cpt2014	68.074	16	2.165e-08	*
8	fx_esc_final	fx_ind_mort_0a4_10000	34.924	20	0.02051	
9	fx_esc_final	fx_ind_mort_5a74_1000	27.901	20	0.1118	***
10	fx_esc_final	fx_idhm_2010	8.8365	8	0.3563	***
11	fx_esc_final	fx_gini_renda_cpt_2010	11.389	12	0.4959	***
12	fx_esc_final	fx_IDS	48.784	16	3.575e-05	
13	fx_esc_final	fx_med_atbas_fed_cpt2014	182.69	16	2.2e-16	*,**
14	fx_esc_final	fx_med_atbas_rprop_cpt2014	40.838	16	0.0005868	*
15	fx_pop_2014	fx_med_atbas_tot_cpt2014	956.99	24	2.2e-16	*,**

16	fx_pop_2014	fx_med_tot_fed_cpt2014	461.04	24	2.2e-16	*
17	fx_pop_2014	fx_med_tot_rprop_cpt2014	524.2	24	2.2e-16	*
18	fx_pop_2014	fx_med_desp_geral_cpt2014	2127.9	24	2.2e-16	
19	fx_pop_2014	fx_pib_cpt_2014	494.53	30	2.2e-16	*,**
20	fx_pop_2014	fx_idhm_2010	815.64	12	2.2e-16	*,**
21	fx_pop_2014	fx_gini_renda_cpt_2010	383.85	18	2.2e-16	*
22	fx_pop_2014	fx_IDS	1302.7	24	2.2e-16	
23	fx_pop_2014	fx_med_atbas_fed_cpt2014	2021.1	24	2.2e-16	*,**
24	fx_pop_2014	fx_med_atbas_rprop_cpt2014	635.15	24	2.2e-16	*,**
25	fx_pop_2014	fx_ind_mort_5a74_1000	827.57	30	2.2e-16	
26	fx_IDS	fx_ind_mort_0a4_10000	145.1	20	2.2e-16	
27	fx_IDS	fx_ind_mort_5a74_1000	210.24	20	2.2e-16	

Notas. Elaborado pelo autor, com dados da pesquisa. Obs.: 1- A hipótese nula é de independência entre as variáveis; 2- (\*) Pares de variáveis com melhor correspondência; 3- (\*\*) Gráficos Analisados; 4- (\*\*\*) Pares com hipótese de independência não rejeitada; 5 - df (*degree-freedom*).

## Apêndice E - Estatística descritiva – Variáveis utilizadas na regressão quantílica

### Ciclo 1 (2012)

#### Gastos por Categoria Econômica (RQ1)

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.773	1	0.146	0.153	0.792	-0.684	3.231	0.198
desp_pess_enc_cpt	349.6	2428	3.356	180.5	311.1	2.193	14.03	0.516
odc_cpt	318.9	2078	4.769	182.6	280.2	2.201	13.32	0.573
invest_cpt	47.12	978.9	0.0236	63.35	29.27	4.861	42.17	1.344

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

#### Gastos por Subfunção (RQ2)

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.773	1	0.146	0.153	0.792	-0.684	3.231	0.198
liq_sub_adm_cpt	158.8	2820	0.000121	215.8	86.57	3.722	27.27	1.360
liq_sub_vinc_cpt	621.2	4119	0.463	332.1	559.9	1.746	10.26	0.535
liq_atbas_cpt	451.5	3885	0.00276	333.6	375.0	1.732	8.999	0.739

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

#### Gastos por Esfera na Atenção Básica (RQ3)

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.773	1	0.146	0.153	0.792	-0.684	3.231	0.198
atbas_fed_cpt	143.0	463.2	1.050	54.92	142.9	0.320	3.732	0.384
atbas_est_cpt	22.86	481.3	0	27.13	14.59	4.699	55.86	1.187
atbas_rprop_cpt	375.2	121711	0	2152	247.1	54.42	3067	5.737

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

#### Gastos por Esfera (RQ4)

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.773	1	0.146	0.153	0.792	-0.684	3.231	0.198
tot_fed_cpt	211.4	1309	37.34	92.69	199.7	2.209	16.01	0.438
tot_est_cpt	29.37	481.3	0.0400	32.73	19.32	3.050	24.17	1.114
tot_rprop_cpt	444.0	121711	0	2041	341.4	56.84	3374	4.597

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

#### Total Geral de Gastos e Gastos por Esfera de Governo (RQ5)

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.773	1	0.146	0.153	0.792	-0.684	3.231	0.198
desp_geral_cpt	715.7	4175	46.07	330.0	637.6	2.315	14.25	0.461
tot_fed_cpt	211.4	1309	37.34	92.69	199.7	2.209	16.01	0.438
tot_est_cpt	29.37	481.3	0.0400	32.73	19.32	3.050	24.17	1.114
tot_rprop_cpt	444.0	121711	0	2041	341.4	56.84	3374	4.597

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Variáveis de controle**

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
pib_cpt	21584	1.061e+06	-1992	27114	15803	14.05	425.3	1.256
gini_renda_cpt_2010	0.503	0.810	0.280	0.0664	0.500	0.217	3.538	0.132
idhm_2010	0.660	0.860	0.420	0.0721	0.670	-0.158	2.166	0.109
IDS	2.320	5	0	0.916	2.330	0.0684	2.716	0.395
ind_mort_0a4_10000	1.953	22.47	0.143	1.446	1.618	3.337	26.55	0.740
ind_mort_5a74_1000	2.179	24.40	0	1.360	1.947	2.939	31.22	0.624
pop_2012ln	9.430	16.25	6.693	1.156	9.314	0.844	4.294	0.123

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Ciclo 2 (2014)****Gastos por Categoria Econômica (RQ1)**

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.862	1.000	0	0.123	0.893	-3.002	18.15	0.143
desp_pess_enc_cpt	368.3	2896	24.90	194.4	327.1	2.797	20.97	0.528
odc_cpt	341.8	2203	16.10	194.2	303.0	1.925	10.85	0.568
invest_cpt	73.41	1291	0.191	76.83	50.80	3.360	27.00	1.047

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Gastos por Subfunção (RQ2)**

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.862	1.000	0	0.123	0.893	-3.002	18.15	0.143
liq_sub_adm_cpt	161.3	2591	0.000359	210.0	94.02	3.707	25.51	1.302
liq_sub_vinc_cpt	662.1	4105	1.350	352.3	592.7	1.653	9.418	0.532
liq_atbas_cpt	470.0	3591	0.286	347.9	384.5	1.662	7.626	0.740

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Gastos por Esfera na Atenção Básica RQ3)**

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.862	1.000	0	0.123	0.893	-3.002	18.15	0.143
atbas_fed_cpt	133.1	510.6	0	49.33	130.2	0.865	5.803	0.371
atbas_est_cpt	9.853	720.2	0	28.89	0	9.497	151.8	2.932
atbas_rprop_cpt	201.1	6019	-4.960	325.4	54.77	4.487	50.91	1.618

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Gastos por Esfera de Governo (RQ4)**

Variável	Média	Máximo	Mínimo	DP	Mediana	Simetria	Curtose	CV
escore final	0.862	1.000	0	0.123	0.893	-3.002	18.15	0.143
tot_fed_cpt	227.1	1517	37.86	102.2	208.3	2.780	21.51	0.450
tot_est_cpt	34.98	748.2	0.0100	49.57	19.29	5.101	48.73	1.417
tot_rprop_cpt	408.1	6019	-3.470	393.9	342.2	3.930	37.93	0.965

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Total Geral de Gastos e Total de Gastos por Esfera de Governo (RQ5)**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Simetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>CV</b>
escore final	0.862	1.000	0	0.123	0.893	-3.002	18.15	0.143
desp_geral_cpt	782.5	4493	205.8	360.8	694.9	2.220	13.24	0.461
tot_fed_cpt	227.1	1517	37.86	102.2	208.3	2.780	21.51	0.450
tot_est_cpt	34.98	748.2	0.0100	49.57	19.29	5.101	48.73	1.417
tot_rprop_cpt	408.1	6019	-3.470	393.9	342.2	3.930	37.93	0.965

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

**Variáveis de controle**

<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>DP</b>	<b>Mediana</b>	<b>Simetria</b>	<b>Curtose</b>	<b>CV</b>
pib_cpt	22257	987804	3732	25489	16581	14.41	445.4	1.145
gini_renda_cpt_2010	0.503	0.810	0.280	0.0655	0.500	0.210	3.537	0.130
idhm_2010	0.659	0.860	0.420	0.0713	0.660	-0.131	2.168	0.108
IDS	2.328	5	0	0.915	2.330	0.0778	2.695	0.393
ind_mort_10000	1.820	19.94	0.111	1.385	1.504	3.639	28.76	0.761
ind_mort_5a74_1000	2.731	14.44	0.176	0.988	2.662	1.155	10.36	0.362
pop_2014ln	9.486	16.29	6.712	1.170	9.365	0.853	4.297	0.123

Nota. Fonte: Dados da pesquisa. DP- Desvio-padrão; CV- Coeficiente de variação.

## Apêndice F - Matrizes de correlação - Variáveis utilizadas na regressão quantílica

### Ciclo 1 (2012)

#### Categoria econômica (Modelo RQ1)

(obs=4254)

escore~l escore final	desp p~t 1	odc cpt	invest~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	~4 10000	i~4 1000	pop 20~n	
desp pess ~t	0.186	1									
odc cpt	0.166	0.329	1								
invest cpt	0.0746	0.285	0.225	1							
pib cpt	0.0754	0.449	0.376	0.190	1						
gini re~2010	-0.144	-0.192	-0.187	-0.0821	-0.133	1					
idhm 2010	0.178	0.275	0.355	0.0795	0.387	-0.392	1				
IDS	0.173	0.415	0.411	0.186	0.270	-0.180	0.326	1			
ind ~4 10000	0.0205	-0.00130	0.0342	-0.0115	-0.0413	0.300	-0.160	-0.134	1		
ind m~4 1000	0.0285	-0.0326	0.132	-0.0661	0.144	0.0303	0.412	0.125	0.154	1	
pop 2012ln	-0.0636	-0.208	-0.138	-0.216	0.126	0.231	0.273	-0.0726	0.0506	0.483	1

#### Subfunção (Modelo RQ2)

(obs=2096)

escore~l escore final	li~m cpt	li~c cpt	liq at~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	
liq sub ad~t	0.0258	1						
liq sub vi~t	0.177	-0.231	1					
liq atbas ~t	0.108	-0.240	0.700	1				
pib cpt	0.0341	0.151	0.477	0.237	1			
gini re~2010	-0.112	0.0102	-0.199	-0.203	-0.104	1		
idhm 2010	0.128	0.0462	0.352	0.0846	0.344	-0.305	1	
IDS	0.167	0.164	0.442	0.220	0.279	-0.135	0.326	1
ind ~4 10000	-0.0104	0.0114	-0.00290	-0.0221	-0.0280	0.301	-0.0797	-0.122
ind m~4 1000	0.0480	0.0178	0.108	-0.125	0.138	0.0428	0.512	0.173

pop 2012ln	-0.0273	-0.0197	-0.112	-0.352	0.131	0.212	0.406	0.0150
~4 10000	i~4 1000	pop 20~n						
ind ~4 10000	1							
ind m~4 1000	0.228	1						
pop 2012ln	0.134	0.547	1					

### Atenção Básica (Modelo RQ3)

(obs=1055)

escore~l	at~d cpt	a~st cpt	at~p cpt	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	
escore final	1							
atbas fed ~t	0.185	1						
atbas est ~t	0.135	0.279	1					
atbas rpro~t	0.0722	0.0929	0.170	1				
pib cpt	0.0859	-0.183	0.0205	0.463	1			
gini re~2010	-0.205	0.0334	-0.0346	-0.193	-0.121	1		
idhm 2010	0.206	-0.454	0.0103	0.149	0.411	-0.371	1	
IDS	0.199	0.0842	0.108	0.210	0.276	-0.169	0.324	1
ind ~4 10000	0.00180	0.137	0.0585	-0.00760	-0.0326	0.257	-0.163	-0.102
ind m~4 1000	-0.0236	-0.339	-0.105	-0.123	0.127	0.136	0.355	0.0705
pop 2012ln	-0.156	-0.556	-0.360	-0.300	0.0795	0.301	0.209	-0.0817
~4 10000	i~4 1000	pop 20~n						
ind ~4 10000	1							
ind m~4 1000	0.0960	1						
pop 2012ln	0.0549	0.543	1					

**Total por Esfera de Governo (Modelo RQ4)**

(obs=1470)								
	tot fe~t	tot es~t	tot rp~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	
escore~l	1							
escore final	1							
tot fed cpt	0.148	1						
tot est cpt	0.0969	0.207	1					
tot rprop ~t	0.0902	-0.0459	0.0532	1				
pib cpt	0.0791	-0.0382	0.0407	0.489	1			
gini re~2010	-0.178	0.185	0.0135	-0.180	-0.130	1		
idhm 2010	0.194	-0.0797	0.0851	0.226	0.434	-0.363	1	
IDS	0.199	0.265	0.158	0.295	0.287	-0.155	0.313	1
ind ~4 10000	-0.00630	0.224	0.0576	-0.0325	-0.0295	0.301	-0.141	-0.102
ind m~4 1000	-0.0364	0.219	0.0729	-0.0876	0.147	0.137	0.374	0.0815
pop 2012ln	-0.148	0.173	-0.131	-0.232	0.124	0.275	0.247	-0.0576
~4 10000	i~4 1000	pop 20~n						
ind ~4 10000	1							
ind m~4 1000	0.150	1						
pop 2012ln	0.0895	0.545	1					

**Total Geral e Total por Esfera de Governo (Modelo RQ5)**

(obs=1470)								
	desp g~t	tot fe~t	tot es~t	tot rp~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	
escore~l	1							
escore final	1							
desp geral~t	0.271	1						
tot fed cpt	0.148	0.278	1					
tot est cpt	0.0969	0.291	0.207	1				
tot rprop ~t	0.0902	0.619	-0.0459	0.0532	1			
pib cpt	0.0791	0.493	-0.0382	0.0407	0.489	1		
gini re~2010	-0.178	-0.189	0.185	0.0135	-0.180	-0.130	1	
idhm 2010	0.194	0.351	-0.0797	0.0851	0.226	0.434	-0.363	1
IDS	0.199	0.524	0.265	0.158	0.295	0.287	-0.155	0.313
ind ~4 10000	-0.00630	0.0476	0.224	0.0576	-0.0325	-0.0295	0.301	-0.141

ind m~4 1000	-0.0364	-0.0322	0.219	0.0729	-0.0876	0.147	0.137	0.374
pop 2012ln	-0.148	-0.294	0.173	-0.131	-0.232	0.124	0.275	0.247
IDS	~4 10000	i~4 1000	pop 20~n					
IDS	1							
ind ~4 10000	-0.102	1						
ind m~4 1000	0.0815	0.150	1					
pop 2012ln	-0.0576	0.0895	0.545	1				

**Ciclo2 (2014)****Categoria Econômica (Modelo RQ1)**

(obs=3996)

escore~l	desp p~t	odc cpt	invest~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	~t 10000	i~4 1000	pop 20~n
escore final	1									
desp pess ~t	0.0824	1								
odc cpt	0.111	0.338	1							
invest cpt	0.0734	0.260	0.238	1						
pib cpt	0.0377	0.513	0.448	0.122	1					
gini re~2010	-0.0235	-0.174	-0.229	-0.141	-0.172	1				
idhm 2010	0.00580	0.252	0.418	0.0452	0.500	-0.397	1			
IDS	0.0980	0.432	0.459	0.191	0.304	-0.210	0.346	1		
ind mort 1~0	0.0140	0.0333	0.0303	0.0247	-0.0353	0.279	-0.129	-0.0379	1	
ind m~4 1000	0.00620	0.0689	0.241	-0.109	0.202	-0.0895	0.452	0.150	0.0841	1
pop 2014ln	-0.0876	-0.206	-0.105	-0.356	0.157	0.249	0.274	-0.119	0.0593	0.363

**Subfunção (Modelo RQ2)**

(obs=2176)

escore~l	li~m cpt	li~c cpt	liq at~t	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	~t 10000	i~4 1000	pop 20~n	
escore final	1										
liq sub ad~t	0.0389	1									
liq sub vi~t	0.117	-0.223	1								
liq atbas ~t	0.121	-0.228	0.670	1							
pib cpt	0.0338	0.211	0.478	0.197	1						
gini re~2010	-0.000700	0.00710	-0.233	-0.230	-0.139	1					
idhm 2010	-0.0171	0.0361	0.387	0.105	0.492	-0.306	1				
IDS	0.107	0.179	0.463	0.253	0.333	-0.178	0.358	1			
ind mort 1~0	-0.00200	0.0767	0.00460	-0.0307	-0.00520	0.274	-0.0699	-0.0134	1		
ind m~4 1000	0.00330	0.0172	0.175	-0.0546	0.188	-0.0736	0.493	0.177	0.130	1	
pop 2014ln	-0.0778	-0.0300	-0.135	-0.420	0.190	0.237	0.378	-0.0335	0.123	0.405	1

**Atenção Básica (Modelo RQ3)**

(obs=4030)

escore~l	at~d cpt	a~st cpt	at~p cpt	pib cpt	gin~2010	idhm 2~0	IDS	~t 10000	i~4 1000	pop 20~n	
escore final	1										
atbas fed ~t	0.174	1									
atbas est ~t	0.0534	0.0128	1								
atbas rpro~t	0.0456	0.0182	0.225	1							
pib cpt	0.0367	-0.252	0.0882	0.227	1						
gini re~2010	-0.0247	0.0348	-0.0899	-0.218	-0.172	1					
idhm 2010	0.00510	-0.431	0.117	0.205	0.500	-0.398	1				
IDS	0.0972	0.0985	0.115	0.186	0.304	-0.209	0.345	1			
ind mort 1~0	0.0140	0.0440	-0.0161	-0.0458	-0.0343	0.278	-0.128	-0.0368	1		
ind m~4 1000	0.00480	-0.251	0.0456	0.0447	0.204	-0.0908	0.453	0.152	0.0845	1	
pop 2014ln	-0.0874	-0.558	-0.0853	-0.224	0.158	0.248	0.273	-0.118	0.0604	0.364	1



## Apêndice G - Multicolinearidade (Teste VIF - *Variance Inflation Factor*)

### Ciclo 1 (2012)

#### Categoria econômica (Modelo RQ1)

Variable	VIF	1/VIF
idhm 2010	2.020	0.496
pop 2012ln	1.770	0.563
desp pess ~t	1.620	0.617
ind m~4 1000	1.580	0.632
pib cpt	1.520	0.657
odc cpt	1.500	0.666
gini re~2010	1.470	0.679
IDS	1.430	0.700
ind ~4 10000	1.200	0.832
invest cpt	1.150	0.868
Mean	VIF	1.530

#### Subfunção (Modelo RQ2)

Variable	VIF	1/VIF
liq sub vi~t	3.350	0.299
liq atbas ~t	2.390	0.418
idhm 2010	2.140	0.468
pop 2012ln	2	0.500
ind m~4 1000	1.830	0.547
pib cpt	1.540	0.650
IDS	1.460	0.684
gini re~2010	1.380	0.722
liq sub ad~t	1.340	0.746
ind ~4 10000	1.220	0.817
Mean	VIF	1.870

#### Atenção Básica (Modelo RQ3)

Variable	VIF	1/VIF
pop 2012ln	2.420	0.414
idhm 2010	2.140	0.467
atbas fed ~t	1.930	0.518
ind m~4 1000	1.610	0.620
pib cpt	1.580	0.633
atbas rpro~t	1.500	0.665
gini re~2010	1.500	0.666
IDS	1.260	0.794
atbas est ~t	1.220	0.818
ind ~4 10000	1.120	0.889
Mean	VIF	1.630

**Total por Esfera de Governo (Modelo RQ4)**

Variable	VIF	1/VIF
idhm 2010	1.960	0.509
pop 2012ln	1.850	0.540
ind m~4 1000	1.690	0.591
pib cpt	1.620	0.619
tot rprop ~t	1.540	0.650
gini re~2010	1.490	0.671
IDS	1.390	0.719
tot fed cpt	1.350	0.741
ind ~4 10000	1.180	0.849
tot est cpt	1.130	0.886
Mean	VIF	1.520

**Total Geral e Total por Esfera de Governo (Modelo RQ5)**

Variable	VIF	1/VIF
desp geral~t	3.480	0.287
idhm 2010	2.210	0.453
pop 2012ln	2.210	0.453
tot rprop ~t	1.920	0.520
pib cpt	1.800	0.557
ind m~4 1000	1.710	0.585
tot fed cpt	1.660	0.604
IDS	1.510	0.663
gini re~2010	1.500	0.668
ind ~4 10000	1.200	0.836
tot est cpt	1.170	0.855
Mean	VIF	1.850

**Ciclo 2 (2014)****Categoria Econômica (Modelo RQ1)**

Variable	VIF	1/VIF
idhm 2010	2.190	0.456
pib cpt	1.910	0.523
pop 2014ln	1.810	0.554
desp pess ~t	1.720	0.582
odc cpt	1.650	0.604
gini re~2010	1.500	0.666
IDS	1.480	0.675
ind m~4 1000	1.440	0.696
invest cpt	1.240	0.807
ind mort 1~0	1.130	0.883
Mean	VIF	1.610

**Subfunção (Modelo RQ2)**

Variable	VIF	1/VIF
liq sub vi~t	3.120	0.320
liq atbas ~t	2.330	0.428
idhm 2010	2.240	0.447
pop 2014ln	2.050	0.489
pib cpt	1.840	0.545
ind m~4 1000	1.500	0.666
IDS	1.480	0.674
liq sub ad~t	1.450	0.692
gini re~2010	1.390	0.721
ind mort 1~0	1.140	0.877
Mean	VIF	1.850

**Atenção Básica (Modelo RQ3)**

Variable	VIF	1/VIF
idhm 2010	2.350	0.425
pop 2014ln	1.970	0.507
atbas fed ~t	1.750	0.570
gini re~2010	1.510	0.663
pib cpt	1.420	0.703
ind m~4 1000	1.410	0.708
IDS	1.310	0.765
atbas rpro~t	1.220	0.820
ind mort 1~0	1.110	0.901
atbas est ~t	1.070	0.938
Mean	VIF	1.510

**Total por Esfera de Governo (Modelo RQ4)**

Variable	VIF	1/VIF
idhm 2010	1.980	0.506
pop 2014ln	1.630	0.614
gini re~2010	1.510	0.662
pib cpt	1.460	0.684
tot rprop ~t	1.430	0.701
IDS	1.400	0.712
ind m~4 1000	1.350	0.739
tot fed cpt	1.250	0.800
ind mort 1~0	1.150	0.868
tot est cpt	1.080	0.924
Mean	VIF	1.420

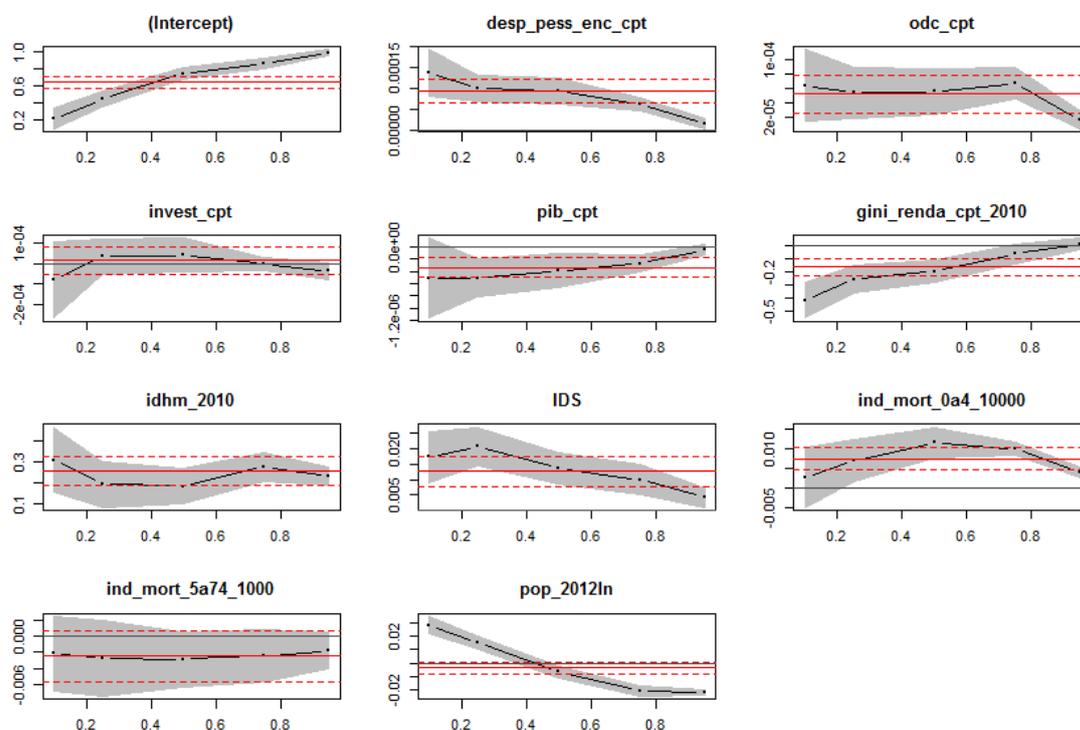
**Total geral e Total por Esfera de Governo (Modelo RQ5)**

Variable	VIF	1/VIF
desp geral~t	3.300	0.303
idhm 2010	2.040	0.491
pop 2014ln	1.920	0.521
pib cpt	1.820	0.550
tot rprop ~t	1.770	0.564
tot fed cpt	1.580	0.633
gini re~2010	1.510	0.662
IDS	1.490	0.670
ind m~4 1000	1.360	0.738
ind mort 1~0	1.160	0.859
tot est cpt	1.090	0.914
Mean	VIF	1.730

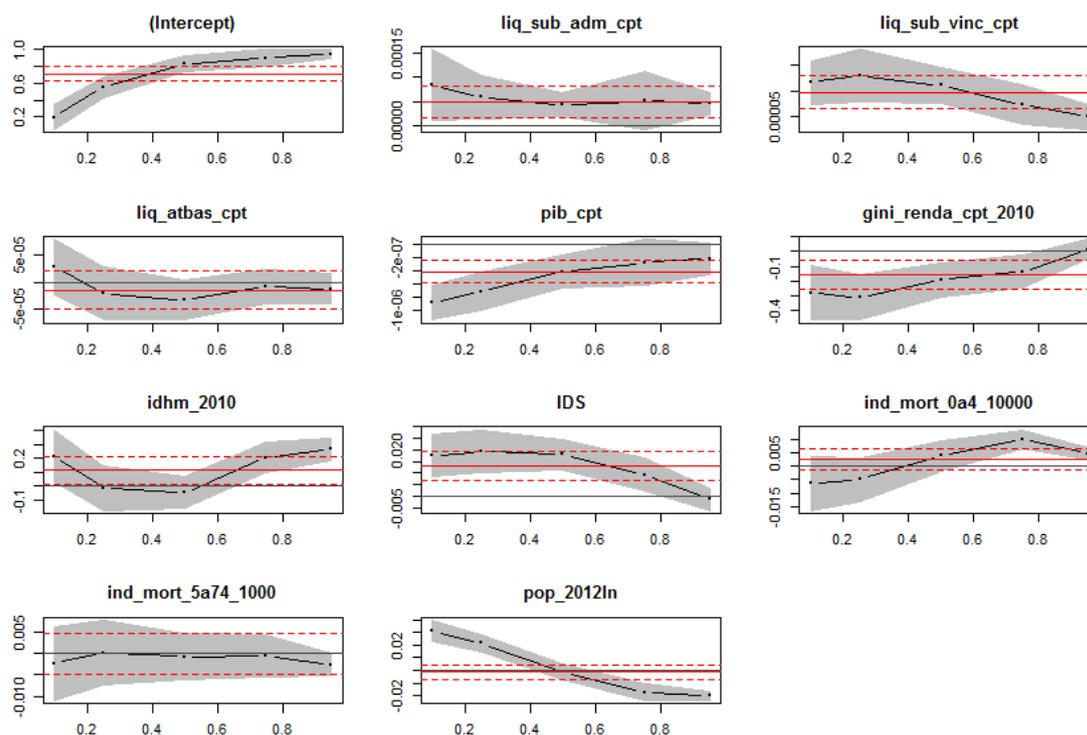
## Apêndice H - Gráficos dos modelos da regressão quantílica

### Ciclo 1 (2012)

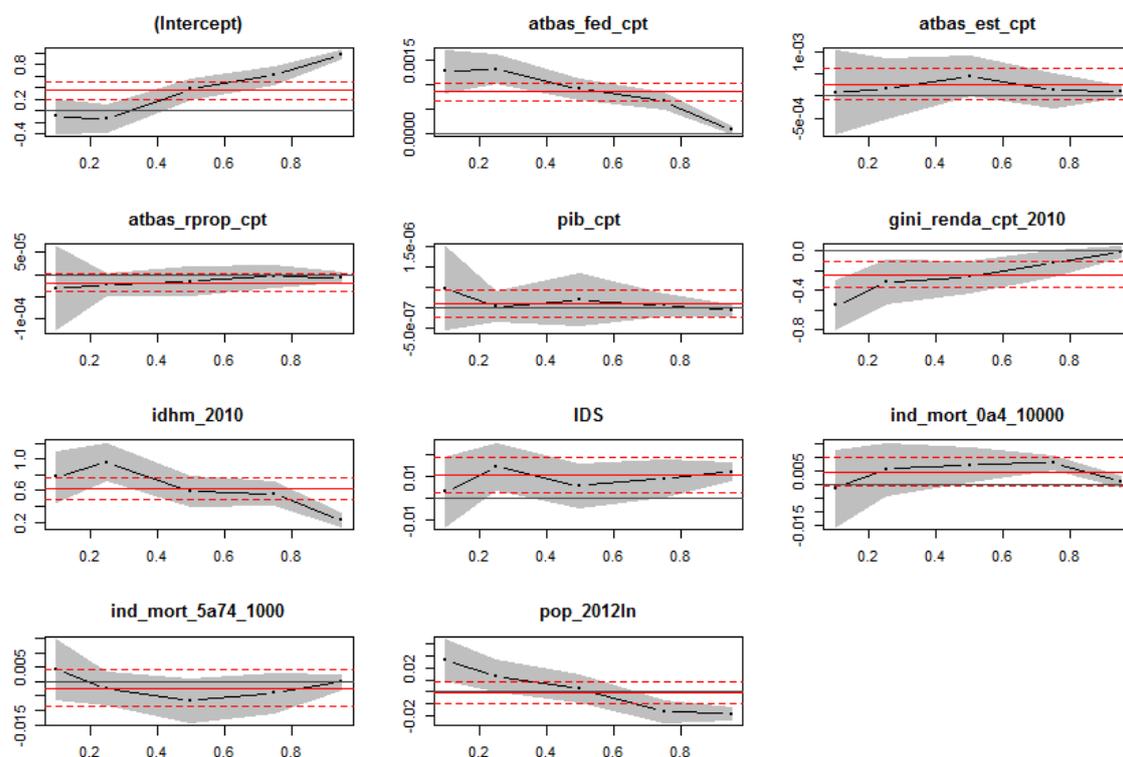
#### Categoria Econômica (Modelo RQ1)



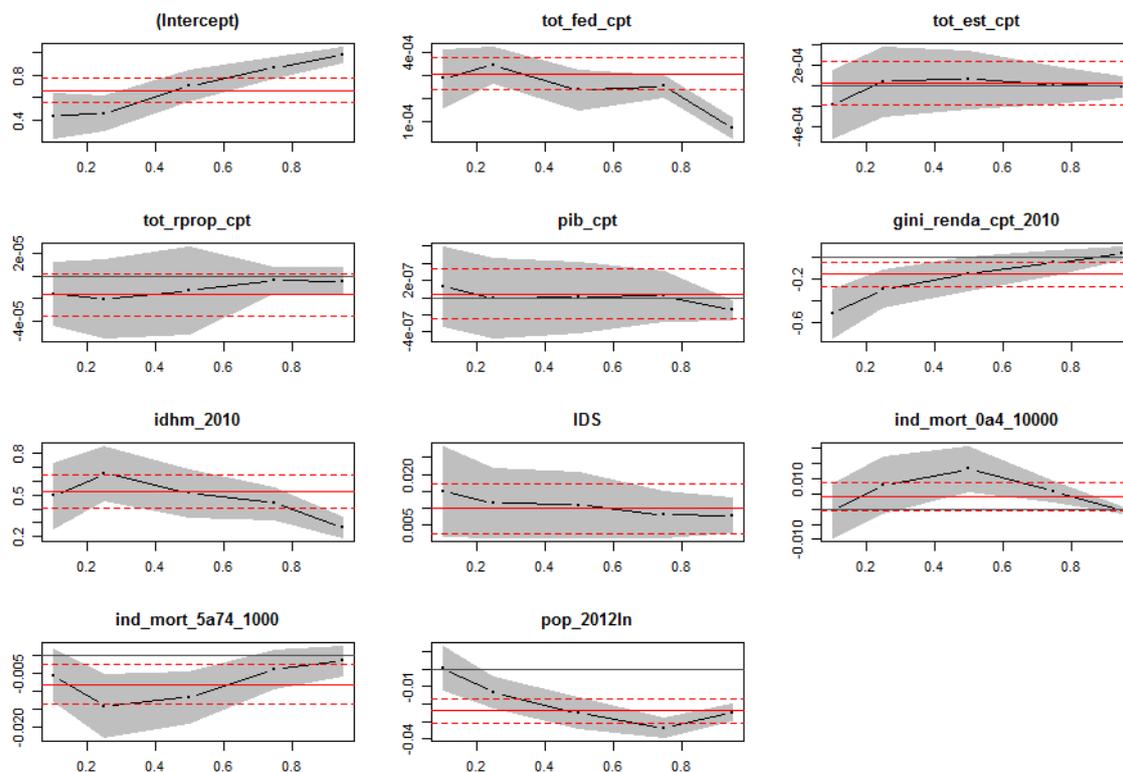
#### Subfunção (Modelo RQ2)



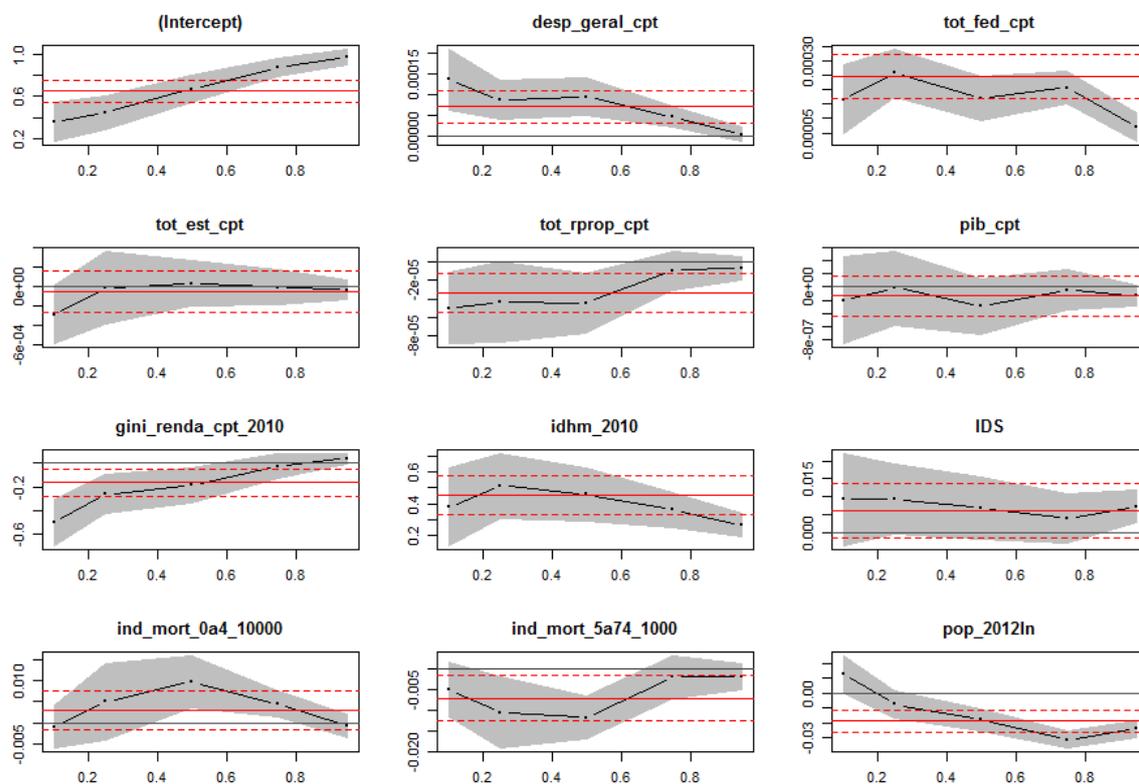
### Atenção Básica (Modelo RQ3)



### Total por Esfera (Modelo RQ4)

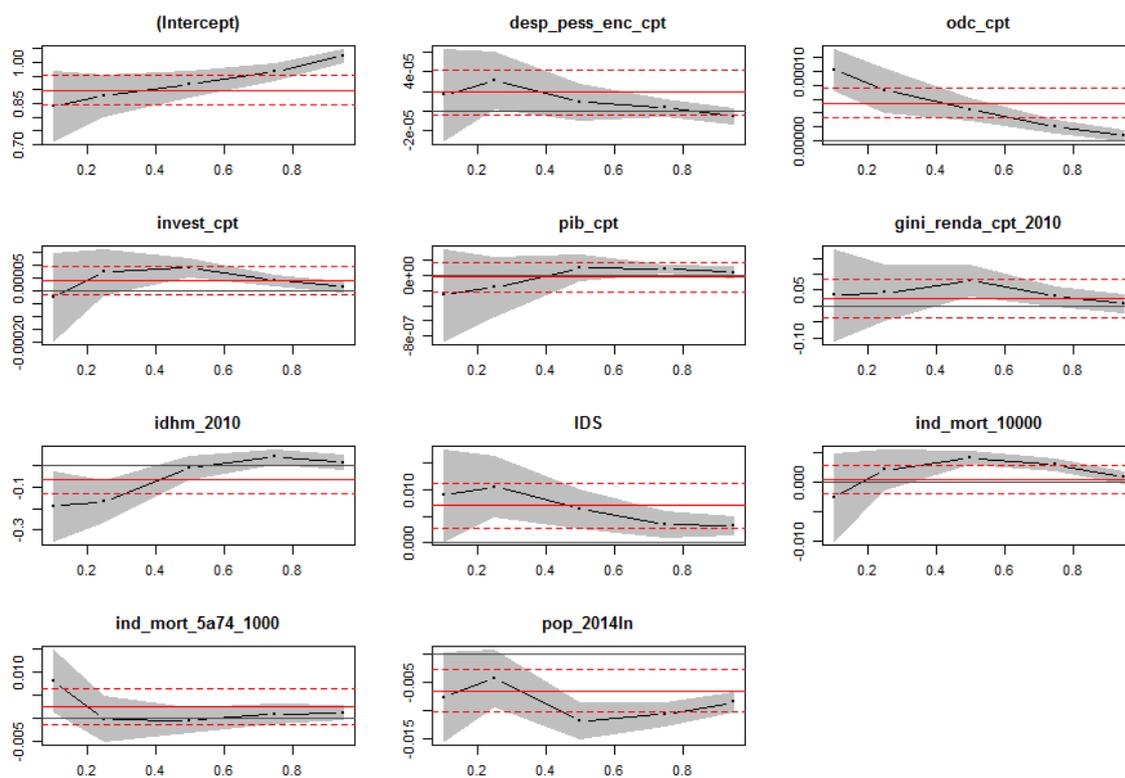


### Total Geral e Total por Esfera (Modelo RQ5)

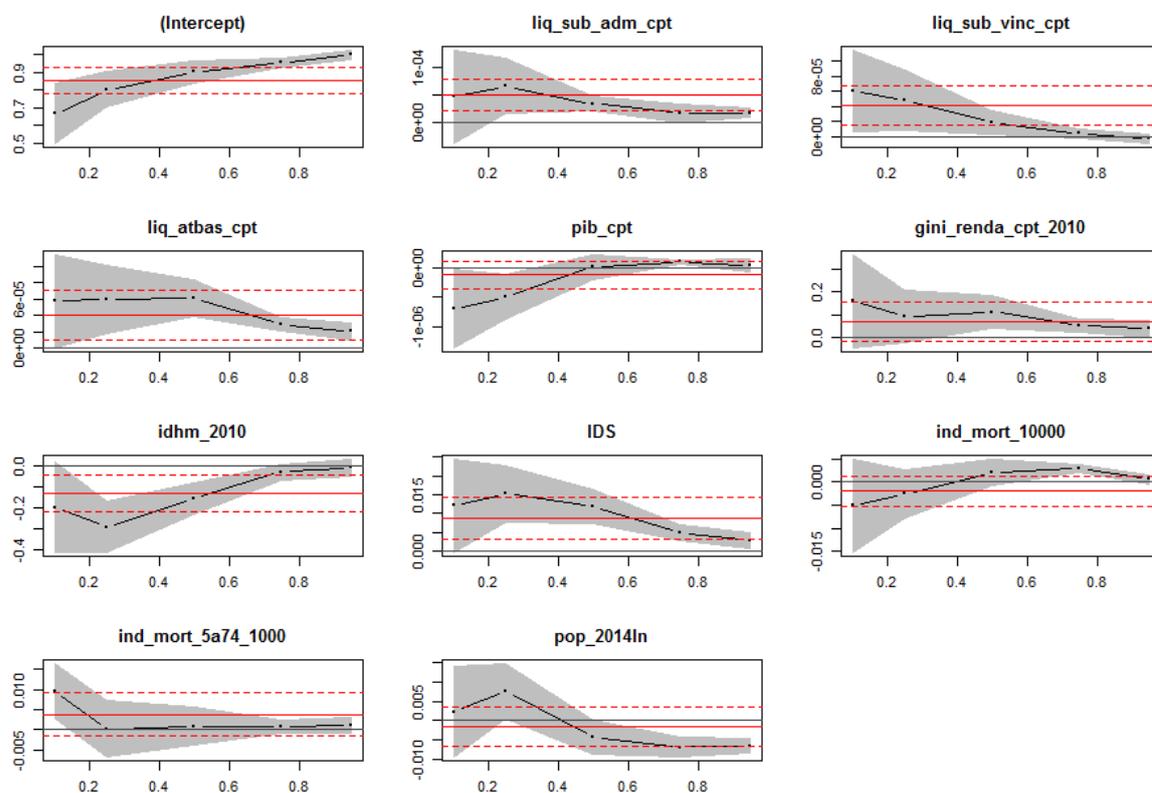


## Ciclo 2 (2014)

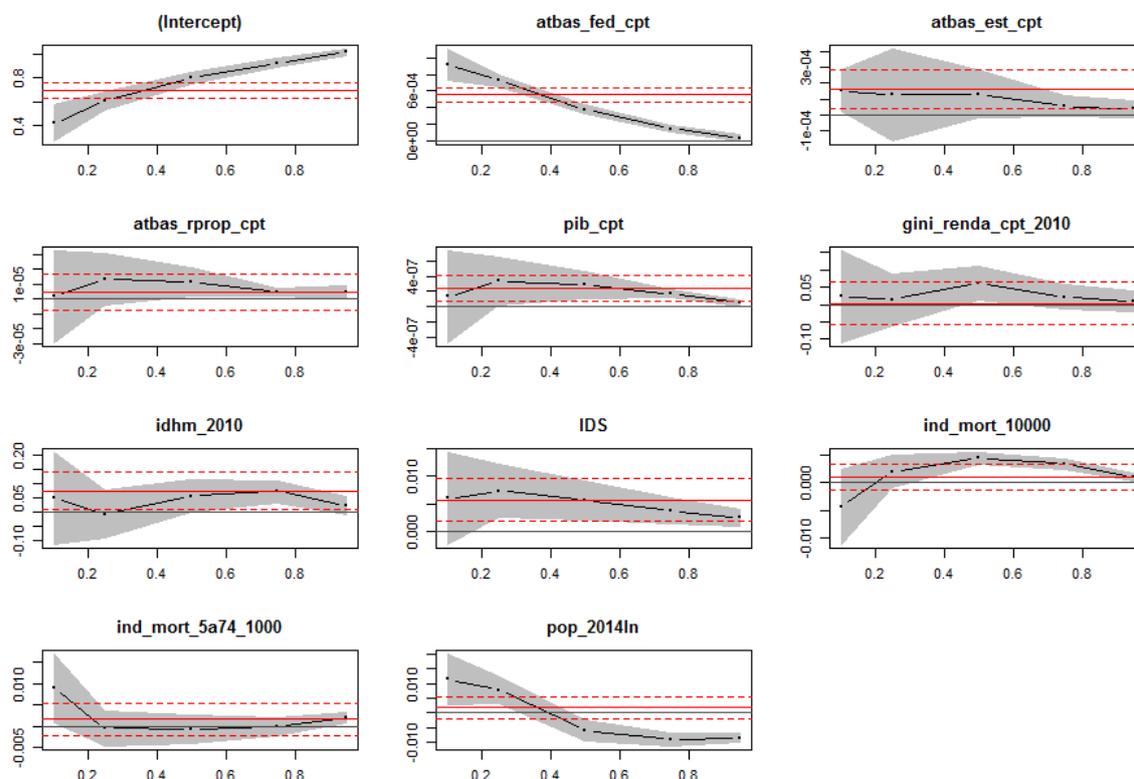
### Categoria Econômica (Modelo RQ1)



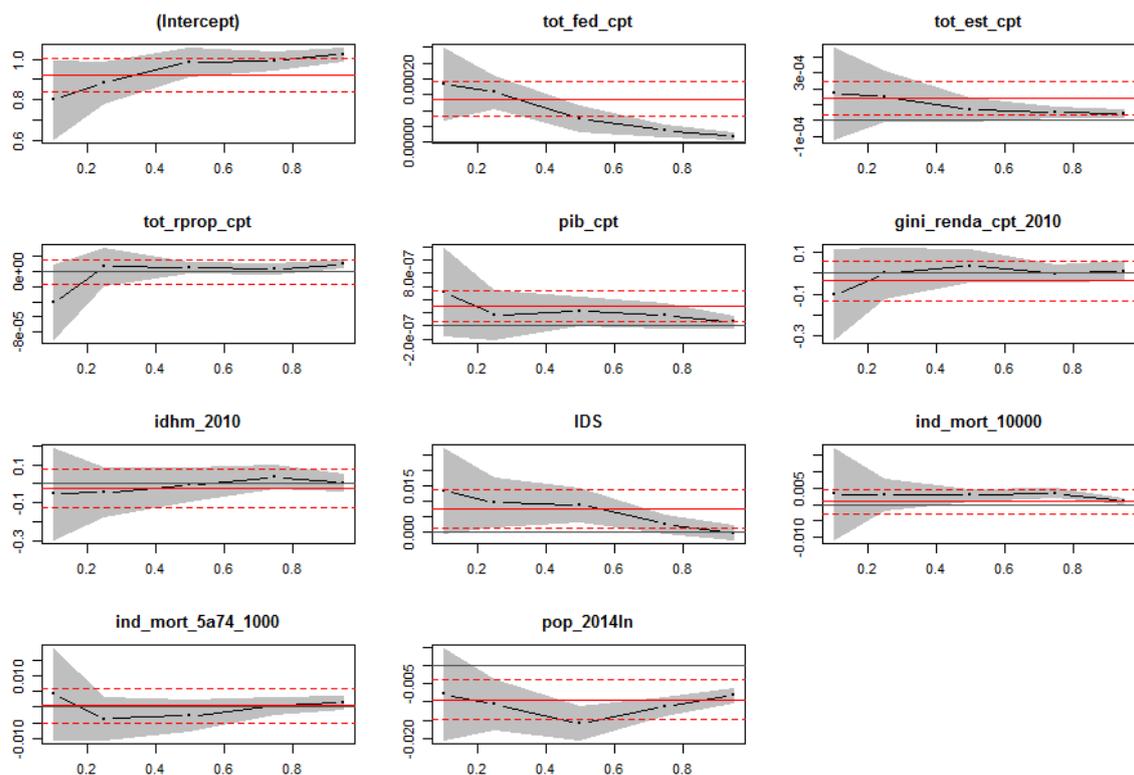
### Subfunção (Modelo RQ2)

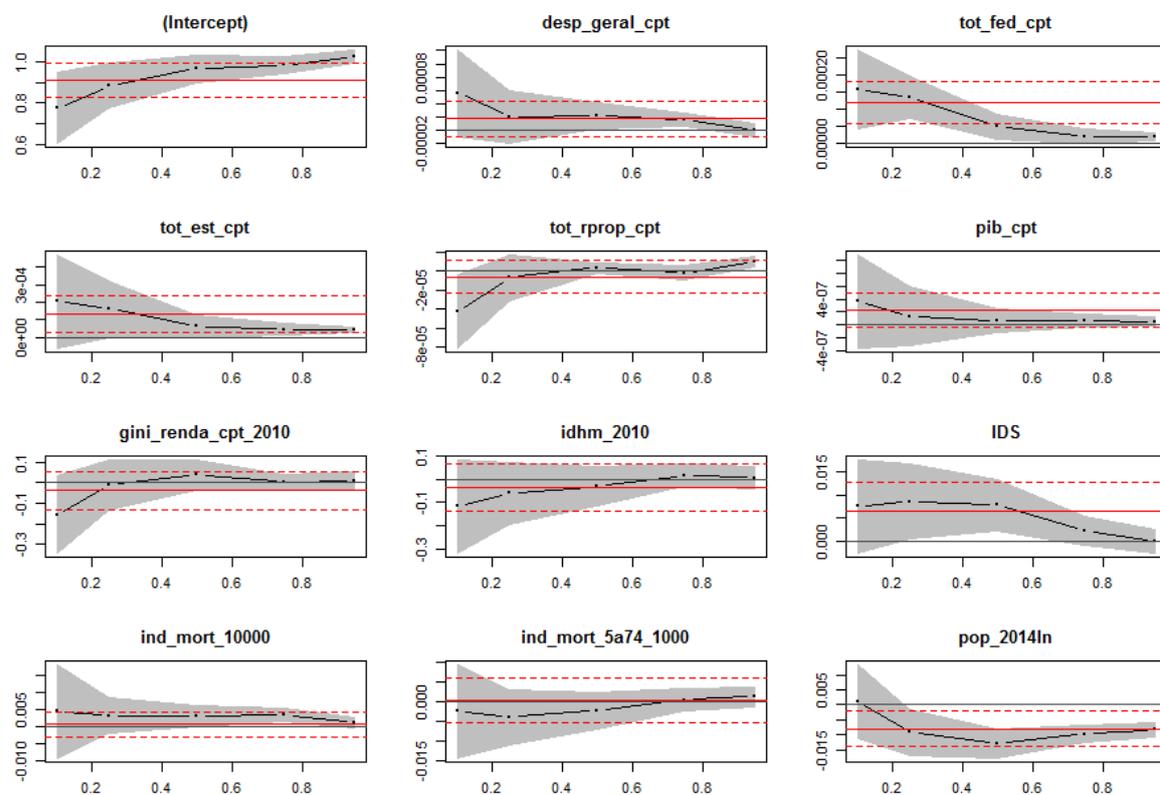


### Atenção Básica (Modelo RQ3)



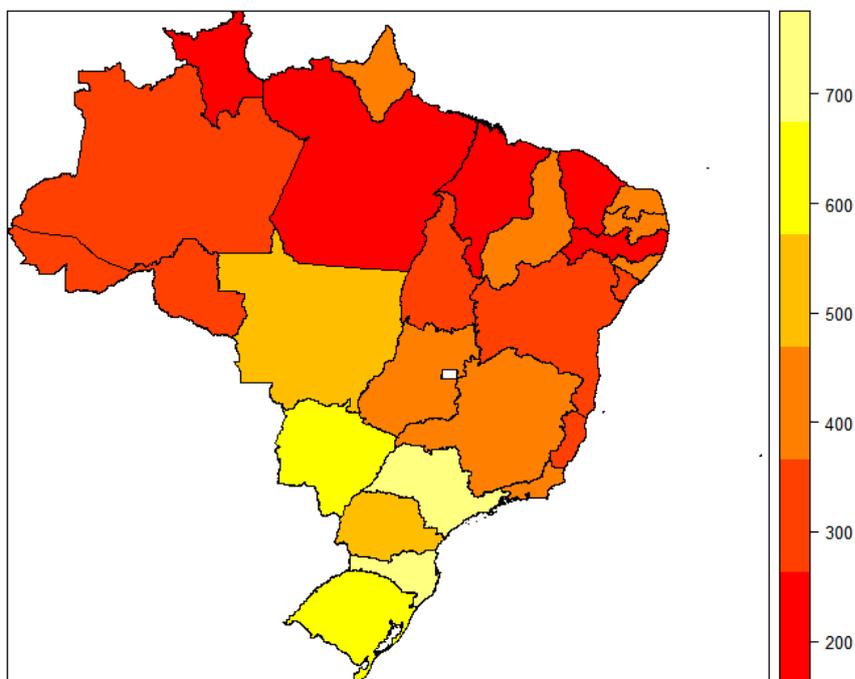
### Total por Esfera de Governo (Modelo RQ4)



**Total Geral e Total por Esfera (Modelo RQ5)**

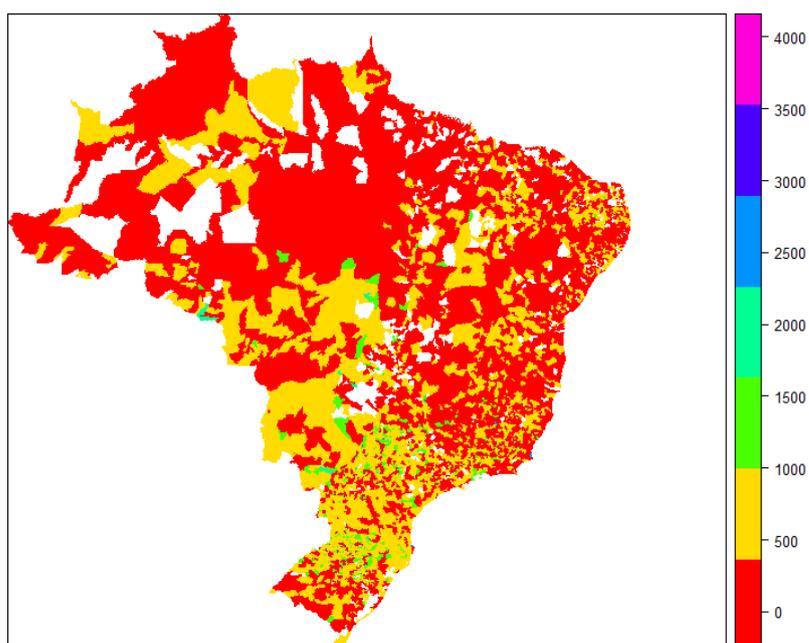
**Apêndice I** - Distribuição das variáveis gastos na AB (variável *liq\_atbas\_cpt*), escore final (variável *escore\_final*) e classificação geral (variável *class*), nos estados e municípios

**Figura 11** - Alocação de recursos na atenção básica por estado (ciclo 1)



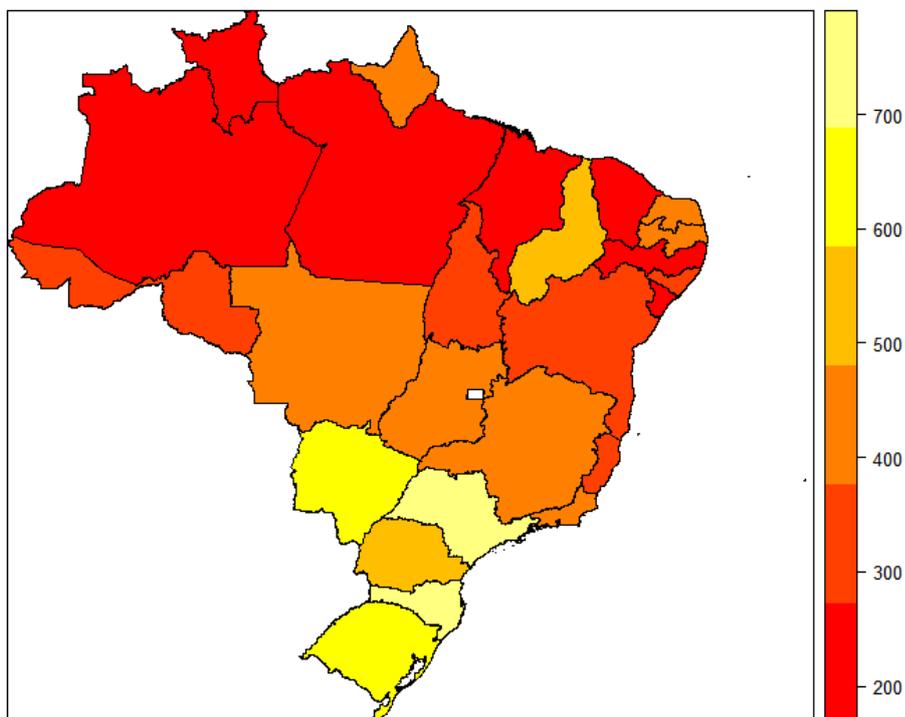
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos em Atenção Básica nos municípios por estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 12** - Alocação de recursos na atenção básica por município (ciclo 1)



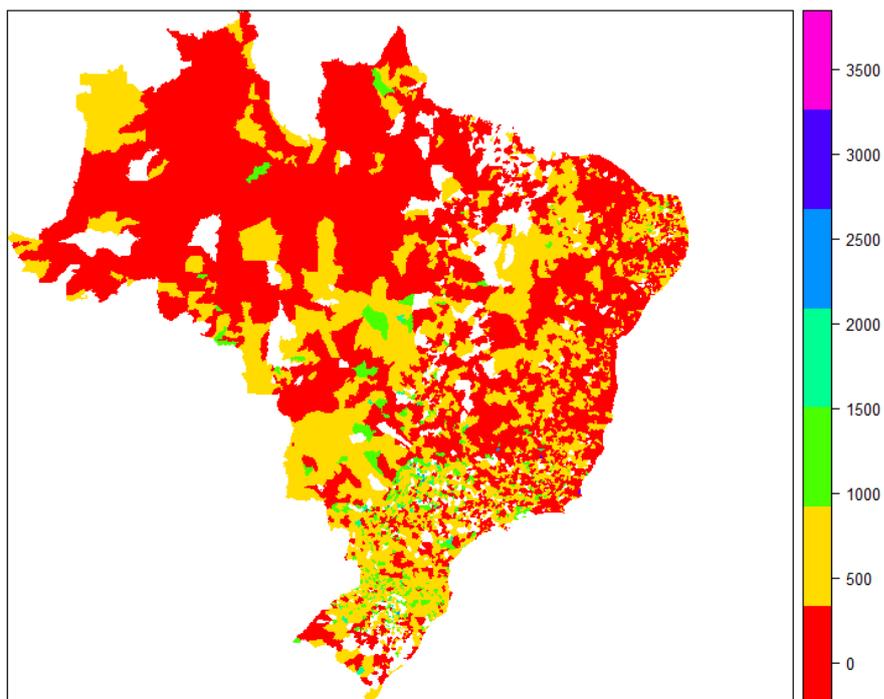
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde aos gastos em Atenção Básica nos municípios, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 13** - Alocação de recursos na atenção básica por estado (ciclo 2)



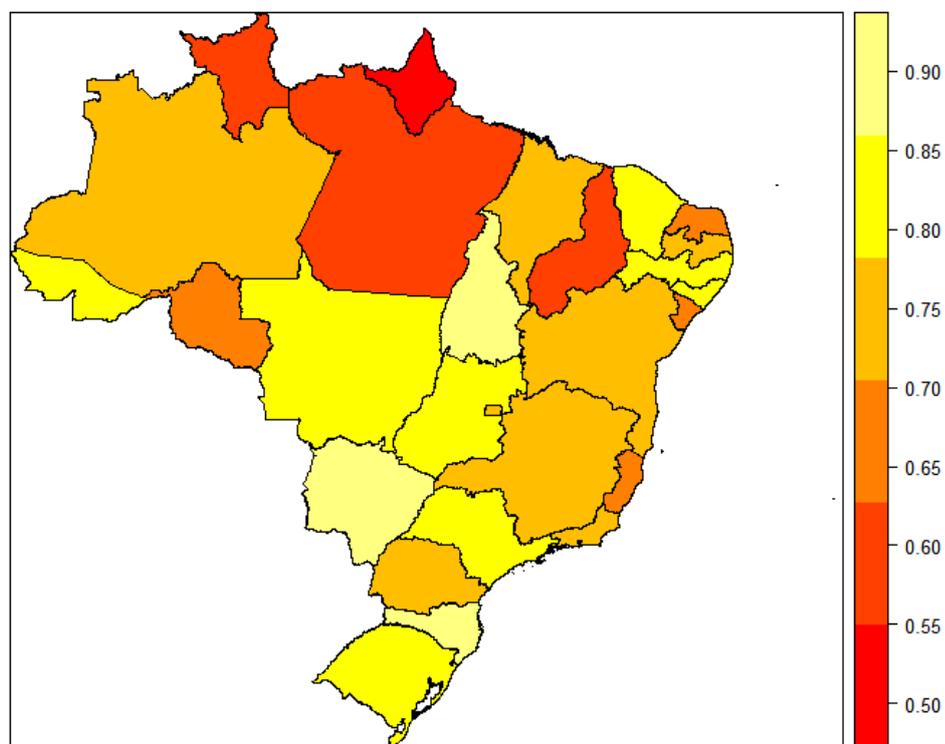
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média de gastos em Atenção Básica nos municípios por Estado, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 14** - Alocação de recursos na atenção básica por município (ciclo 2)



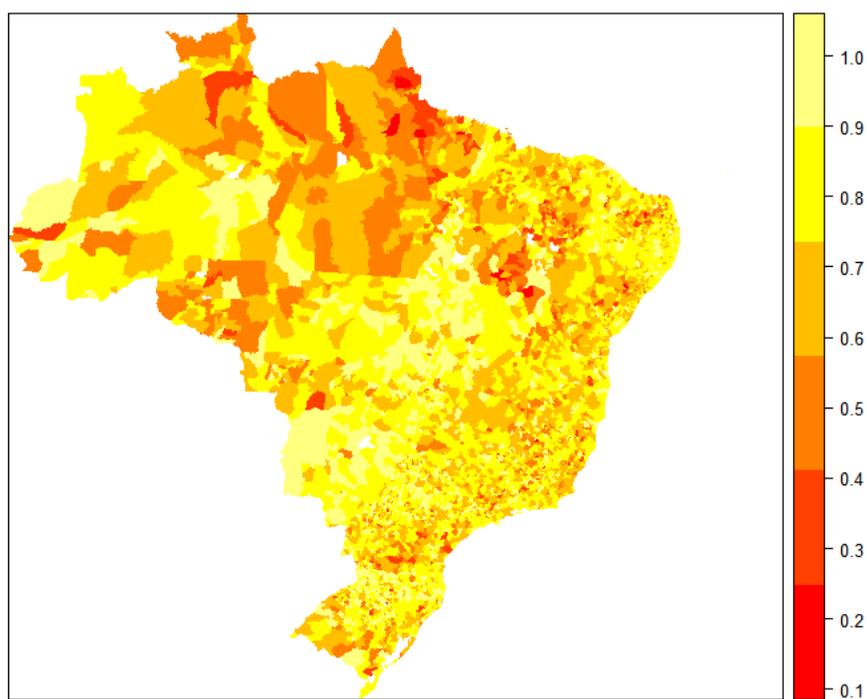
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde aos gastos em Atenção Básica nos municípios, em R\$ (reais) *per capita* anual.

**Figura 15** - Distribuição da tipologia por escore das UBS por estado (ciclo 1)



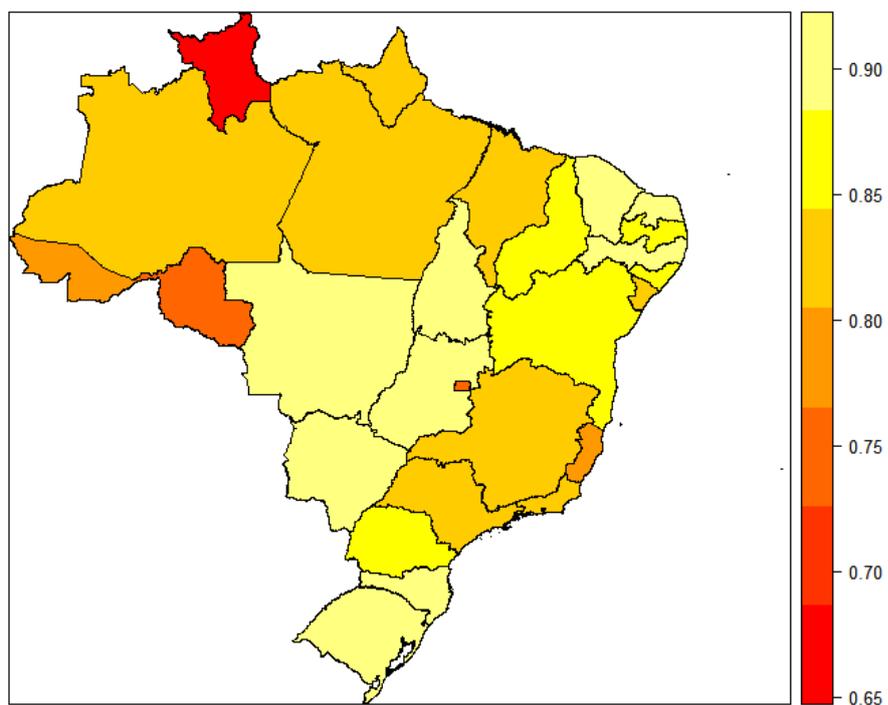
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios por estado.

**Figura 16** - Distribuição da tipologia por escore das UBS por município (ciclo 1)



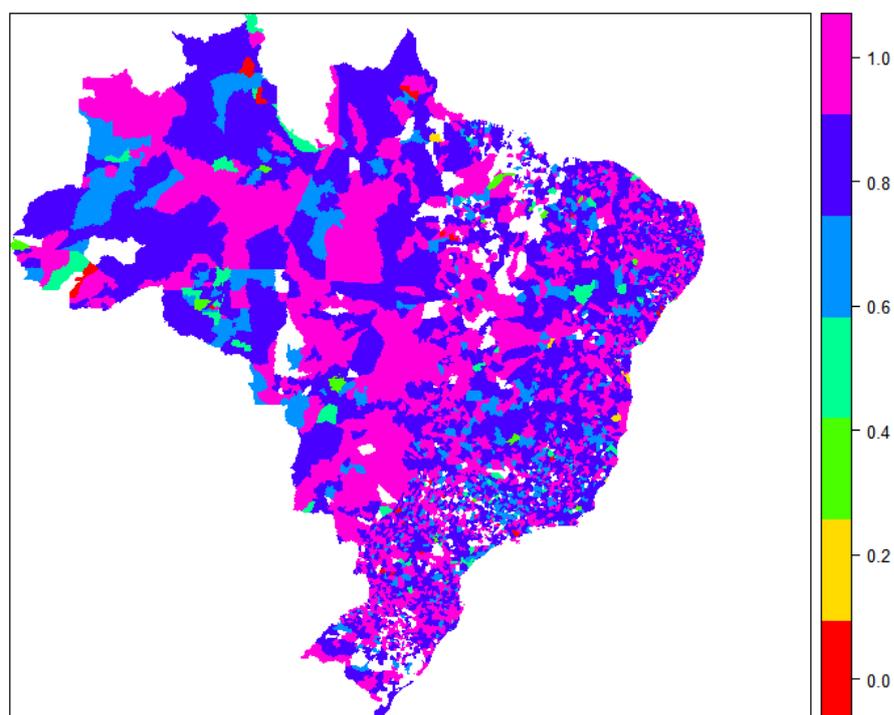
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios.

**Figura 17** - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por estado (ciclo 2)



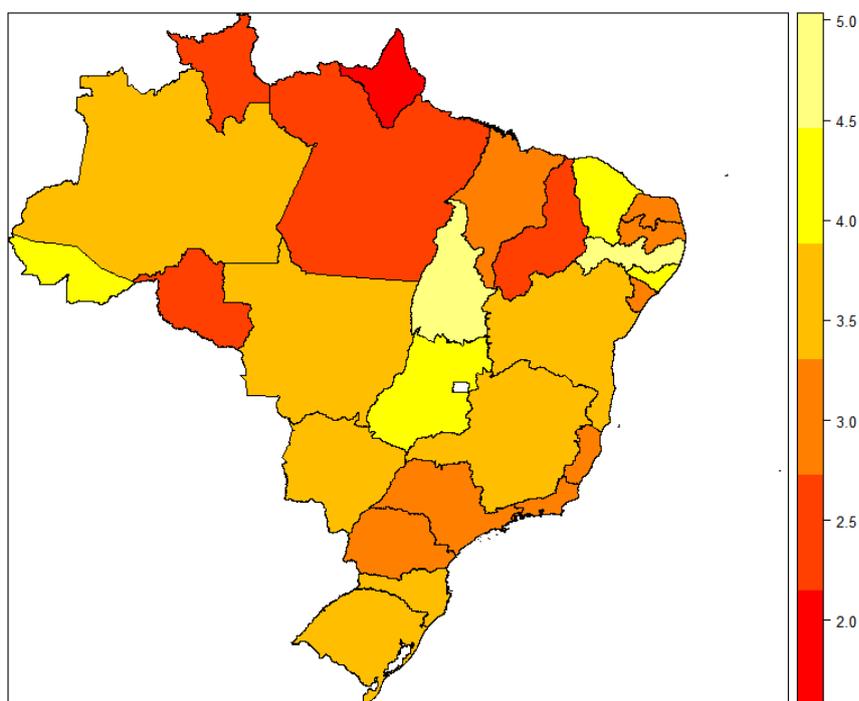
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios por estado.

**Figura 18** - Distribuição da tipologia por média de escore das UBS por município (ciclo 2)



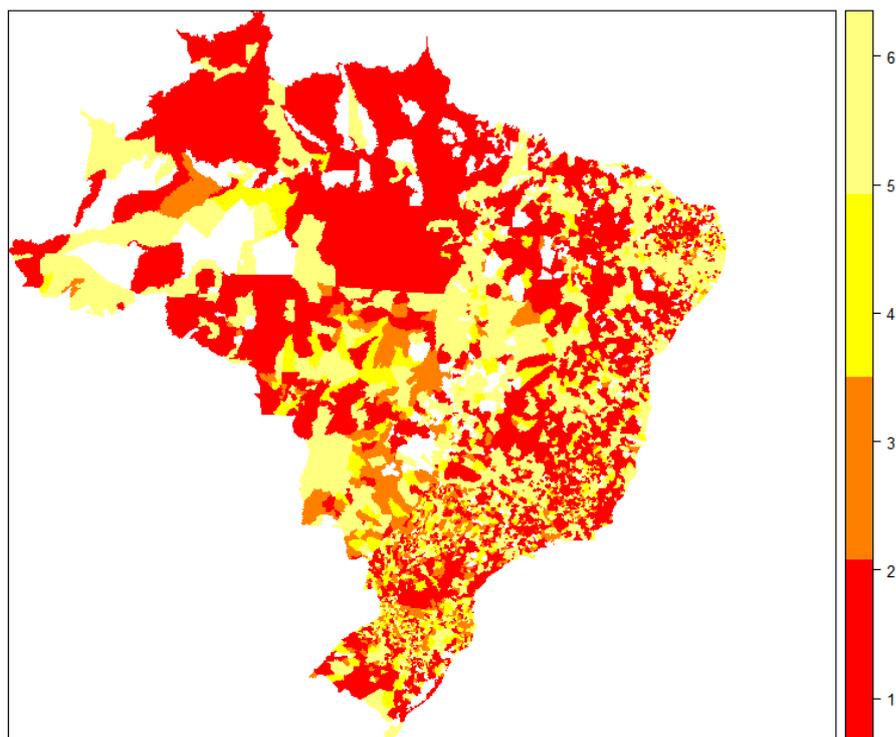
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média dos escores das UBS dos municípios.

**Figura 19** - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por estado (ciclo 1)



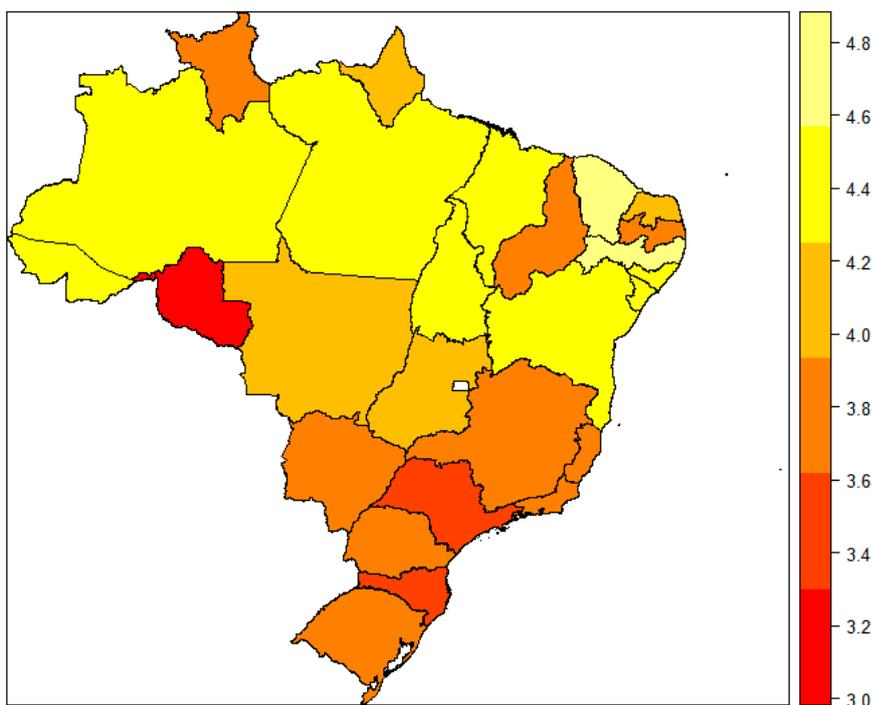
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média da classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios por estado.

**Figura 20** - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por município (ciclo 1)



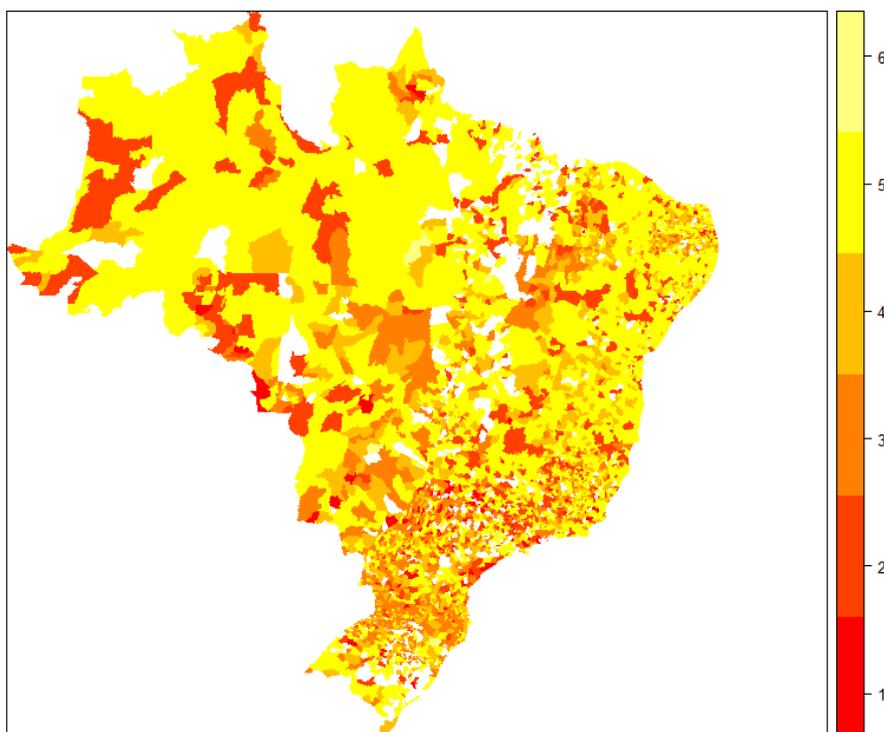
Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios.

**Figura 21** - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por estado (ciclo 2)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à média da classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios por estado.

**Figura 22** - Classificação conjugada entre recursos na atenção básica e escore das UBS por município (ciclo 2)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019. Nota: A escala da legenda corresponde à classificação conjugada entre recursos na AB e escore das UBS dos municípios.

## Apêndice J - Tipologia por estado da Federação

### Tipologia por estado da Federação (ciclo 1)

UF	Grupos de UBS (com base no escore)										Total
	UBS Tipo 1 Menos de 0,250		UBS Tipo 2 De 0,250 a menos de 0,5		UBS Tipo 3 De 0,5 a menos de 0,75		UBS Tipo 4 De 0,75 a menos de 1,0		UBS Tpo 5 Padrão de referência (score = 1,0)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
AC	7	3.8%	12	6.5%	41	22.2%	117	63.2%	8	4.3%	186
AL	1	0.1%	35	4.3%	199	24.6%	510	63.1%	63	7.8%	809
AM	23	4.3%	75	13.9%	157	29.2%	247	45.9%	36	6.7%	539
AP	51	32.3%	31	19.6%	20	12.7%	54	34.2%	2	1.3%	159
BA	203	5.6%	369	10.2%	931	25.8%	1944	53.9%	157	4.4%	3605
CE	70	3.4%	124	6.1%	472	23.1%	1253	61.4%	121	5.9%	2041
DF	0	0.0%	2	1.4%	59	40.7%	81	55.9%	3	2.1%	146
ES	48	6.2%	140	18.1%	197	25.5%	329	42.6%	59	7.6%	774
GO	25	2.1%	52	4.3%	321	26.4%	700	57.6%	118	9.7%	1217
MA	70	3.8%	234	12.7%	641	34.7%	885	47.9%	17	0.9%	1848
MG	122	2.4%	518	10.2%	1774	34.8%	2372	46.6%	305	6.0%	5092
MS	3	0.6%	20	3.8%	62	11.8%	323	61.4%	118	22.4%	527
MT	60	7.3%	77	9.4%	194	23.7%	415	50.7%	73	8.9%	820
PA	298	18.6%	335	20.9%	386	24.0%	579	36.1%	8	0.5%	1607
PB	27	1.9%	90	6.4%	341	24.1%	932	65.8%	26	1.8%	1417
<b>PE</b>	<b>10</b>	<b>0.5%</b>	<b>53</b>	<b>2.6%</b>	<b>430</b>	<b>21.3%</b>	<b>1378</b>	<b>68.3%</b>	<b>148</b>	<b>7.3%</b>	<b>2020</b>
PI	235	18.4%	190	14.9%	268	21.0%	536	42.0%	46	3.6%	1276
PR	118	4.9%	317	13.1%	621	25.7%	1054	43.6%	309	12.8%	2420
RJ	12	0.7%	136	7.4%	625	34.2%	942	51.5%	115	6.3%	1831
RN	146	13.5%	118	10.9%	199	18.3%	576	53.1%	46	4.2%	1086
RO	15	5.5%	63	22.9%	94	34.2%	86	31.3%	17	6.2%	276
RR	22	14.0%	39	24.8%	43	27.4%	50	31.8%	3	1.9%	158
RS	73	3.2%	229	10.0%	648	28.2%	1101	47.9%	248	10.8%	2300
SC	14	0.9%	79	4.9%	286	17.9%	869	54.4%	349	21.9%	1598
SE	7	1.3%	108	19.9%	147	27.0%	223	41.0%	59	10.8%	545
<b>SP</b>	<b>24</b>	<b>0.6%</b>	<b>186</b>	<b>4.4%</b>	<b>1175</b>	<b>27.7%</b>	<b>2349</b>	<b>55.3%</b>	<b>515</b>	<b>12.1%</b>	<b>4250</b>
TO	6	2.1%	7	2.4%	33	11.3%	197	67.7%	48	16.5%	292
<b>Total</b>	<b>1690</b>	<b>4.4%</b>	<b>3639</b>	<b>9.4%</b>	<b>10364</b>	<b>26.7%</b>	<b>20102</b>	<b>51.8%</b>	<b>3017</b>	<b>7.8%</b>	<b>38812</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

### Tipologia por estado da Federação (ciclo 2)

UF	Grupos de UBS (com base no escore)										Total
	UBS Tipo 1 Menos de 0,250		UBS Tipo 2 De 0,250 a menos de 0,5		UBS Tipo 3 De 0,5 a menos de 0,75		UBS Tipo 4 De 0,75 a menos de 1,0		UBS Tpo 5 Padrão de referência (score = 1,0)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
AC	4	4.2%	1	1.1%	14	14.7%	76	80.0%	0	0.0%	95
AL	9	1.4%	7	1.1%	89	13.9%	492	76.6%	45	7.0%	642
AM	7	1.9%	3	0.8%	107	28.5%	230	61.3%	28	7.5%	375
AP	2	2.9%	2	2.9%	11	15.7%	54	77.1%	1	1.4%	70
BA	68	2.7%	12	0.5%	420	16.5%	1892	74.5%	149	5.9%	2541
CE	43	2.8%	3	0.2%	210	13.8%	1204	79.1%	62	4.1%	1522
DF	4	6.3%	1	1.6%	24	37.5%	35	54.7%	0	0.0%	64
ES	24	5.7%	4	1.0%	89	21.2%	297	70.7%	6	1.4%	420
GO	8	0.8%	4	0.4%	143	14.5%	753	76.6%	75	7.6%	983
MA	25	4.5%	9	1.6%	111	20.1%	404	73.1%	4	0.7%	553
MG	41	1.2%	14	0.4%	928	27.1%	2379	69.4%	66	1.9%	3428
MS	4	1.1%	0	0.0%	16	4.3%	323	87.8%	25	6.8%	368
MT	8	1.6%	1	0.2%	72	14.5%	389	78.1%	28	5.6%	498
PA	21	3.0%	8	1.1%	145	20.8%	502	72.0%	21	3.0%	697
PB	13	1.2%	10	0.9%	160	14.2%	902	80.1%	41	3.6%	1126
PE	23	1.3%	2	0.1%	225	13.1%	1353	78.7%	117	6.8%	1720
PI	3	0.4%	18	2.3%	119	15.0%	627	79.3%	24	3.0%	791
PR	24	1.8%	4	0.3%	172	12.8%	1115	82.7%	34	2.5%	1349
RJ	18	1.5%	9	0.7%	295	24.4%	872	72.2%	13	1.1%	1207
RN	1	0.1%	2	0.3%	49	6.9%	624	87.3%	39	5.5%	715
RO	7	4.0%	7	4.0%	61	34.5%	99	55.9%	3	1.7%	177
RR	10	15.4%	0	0.0%	14	21.5%	41	63.1%	0	0.0%	65
RS	4	0.4%	0	0.0%	129	11.8%	923	84.8%	33	3.0%	1089
SC	6	0.5%	2	0.2%	134	11.1%	999	83.0%	62	5.2%	1203
SE	25	8.2%	5	1.6%	48	15.8%	221	72.7%	5	1.6%	304
SP	40	1.8%	9	0.4%	395	17.7%	1776	79.5%	13	0.6%	2233
TO	3	1.1%	1	0.4%	20	7.6%	234	88.6%	6	2.3%	264
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>1.8%</b>	<b>138</b>	<b>0.6%</b>	<b>4200</b>	<b>17.1%</b>	<b>18816</b>	<b>76.8%</b>	<b>900</b>	<b>3.7%</b>	<b>24499</b>

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

## Apêndice K - Média das variáveis por estado da Federação

### Média das variáveis por estado da Federação (ciclo 1)

co_uf	Estado	escore_final	fx_esc_final	liq_atbas_cpt	atbas_fed_cpt	atbas_rprop_cpt	atbas_tot_cpt	tot_fed_cpt	liq_desp_tot_cpt	pi_b_cpt	gini_renda_cpt_2010	idhm_2010	IDS	ind_mort_0a4_10000	ind_mort_5a74_1000
11	RO	0.64	3.18	342.29	136.44	111.48	202.35	233.71	648.72	20354.82	0.54	0.65	2.08	1.85	1.85
12	AC	0.80	3.73	300.76	167.69	151.19	259.02	222.92	385.87	13329.54	0.61	0.59	2.02	5.24	1.40
13	AM	0.76	3.49	273.99	146.93	142.55	168.13	188.79	448.12	11216.65	0.63	0.57	1.60	4.59	1.27
14	RR	0.60	2.87	231.24	169.71	146.25	305.06	230.10	390.48	15432.05	0.66	0.61	2.00	5.44	1.42
15	PA	0.59	2.86	198.59	124.95	111.15	205.96	228.34	449.84	12965.20	0.57	0.58	1.36	2.89	1.68
16	AP	0.50	2.50	369.50	160.88	237.92	378.75	236.16	495.96	17822.39	0.62	0.64	1.92	3.29	1.28
17	TO	0.91	4.19	321.31	185.88	259.92	299.53	238.73	641.10	16536.58	0.55	0.64	2.33	2.65	1.67
21	MA	0.72	3.36	256.92	167.49	158.01	250.74	232.39	494.23	8243.46	0.56	0.58	2.07	2.13	1.58
22	PI	0.62	2.98	374.67	180.37	227.23	285.25	232.96	521.50	8104.75	0.55	0.57	1.96	2.26	1.84
23	CE	0.79	3.64	231.09	153.51	128.00	204.92	262.18	519.47	8645.20	0.54	0.62	2.04	1.61	2.16
24	RN	0.68	3.28	407.97	189.24	148.44	282.04	289.36	718.91	12745.91	0.51	0.61	2.46	1.85	1.63
25	PB	0.77	3.59	451.31	187.39	395.86	458.47	275.25	648.35	9216.64	0.51	0.59	2.30	1.84	1.70
26	PE	0.84	3.90	220.12	148.96	114.12	219.74	223.69	483.74	11281.65	0.53	0.60	2.00	1.98	2.29
27	AL	0.82	3.78	385.86	170.61	87.33	230.89	272.62	566.88	10120.78	0.54	0.56	1.93	2.11	1.93
28	SE	0.70	3.31	316.62	157.11	52.99	159.88	218.60	548.72	17906.76	0.52	0.60	1.87	2.03	1.87
29	BA	0.74	3.47	294.30	154.47	166.75	251.46	215.14	503.29	11571.52	0.54	0.59	1.77	2.06	2.18
31	MG	0.76	3.55	409.07	147.51	346.89	415.56	188.70	724.73	20246.18	0.48	0.67	2.34	1.76	2.21
32	ES	0.68	3.23	361.58	126.21	231.78	275.39	199.59	730.32	44380.20	0.51	0.69	2.54	1.44	2.58
33	RJ	0.76	3.53	390.35	110.30	356.92	321.68	282.44	1039.31	47953.13	0.51	0.71	3.03	1.67	3.60
35	SP	0.81	3.75	678.75	97.62	862.21	671.70	176.37	891.64	31670.94	0.46	0.74	2.74	1.50	2.43
41	PR	0.77	3.59	522.25	127.06	404.32	377.18	173.12	717.06	26768.10	0.47	0.70	2.50	1.74	2.69
42	SC	0.88	4.07	738.60	149.06	436.43	478.72	207.84	826.17	32799.10	0.45	0.73	2.58	1.59	2.06
43	RS	0.81	3.79	606.88	115.35	401.46	383.54	166.19	851.28	29075.18	0.47	0.71	2.49	1.55	2.43
50	MS	0.86	3.88	605.15	128.39	383.58	385.64	209.59	847.23	33376.57	0.53	0.68	2.66	2.66	2.55
51	MT	0.78	3.63	474.08	153.12	284.04	397.10	238.40	805.09	34561.95	0.52	0.68	2.53	2.43	2.13
52	GO	0.86	3.91	380.22	152.49	421.75	413.69	255.91	797.40	27509.57	0.49	0.70	2.61	1.90	2.33

Nota: Fonte: dados da pesquisa, 2019. Os valores foram calculados tomando-se a média dos municípios do estado.

## Média das variáveis por estado da Federação (ciclo 2)

co_uf	Estado	Escore_final	fx_esc_final	liq_atbas_cpt	atbas_fed_cpt	atbas_rprop_cpt	atbas_tot_cpt	tot_fed_cpt	liq_desp_tot_cpt	tot_tot_cpt	pib_cpt	gini_renda_cpt_2010	Idhm_2010	IDS	ind_mort_10000	ind_mort_5a74_1000
11	RO	0.73	3.40	334.52	106.07	96.22	206.64	218.40	633.77	396.75	19203.25	0.54	0.64	2.13	1.56	2.05
12	AC	0.77	3.62	309.70	137.32	132.23	273.83	184.06	375.95	331.06	15419.70	0.61	0.59	2.03	3.70	1.79
13	AM	0.82	3.75	244.20	116.73	10.66	128.39	185.57	454.55	225.29	11510.12	0.62	0.57	1.64	4.22	1.47
14	RR	0.66	3.27	219.70	138.62	115.19	275.36	274.06	430.30	436.77	16433.92	0.66	0.61	2.00	6.27	1.83
15	PA	0.83	3.82	207.09	108.08	71.85	186.92	235.33	492.17	364.63	14244.56	0.57	0.58	1.36	2.57	2.10
16	AP	0.81	3.75	381.02	130.65	139.07	273.72	213.71	496.26	402.44	17879.87	0.62	0.64	1.92	3.65	1.51
17	TO	0.90	3.93	354.42	171.99	79.52	253.16	266.20	704.73	470.58	18219.21	0.55	0.64	2.36	2.26	2.28
21	MA	0.82	3.74	249.35	144.54	72.72	229.96	253.16	502.11	370.89	9134.75	0.57	0.58	2.05	2.29	2.26
22	PI	0.87	3.89	484.05	181.07	100.96	293.76	282.54	625.85	423.89	8873.57	0.55	0.57	1.98	2.10	2.36
23	CE	0.89	3.96	236.57	136.86	48.95	187.21	262.83	585.91	376.57	10349.56	0.54	0.62	2.04	1.45	2.62
24	RN	0.90	3.99	455.17	167.14	118.99	287.35	291.48	735.10	455.18	12963.58	0.51	0.61	2.43	1.71	2.39
25	PB	0.86	3.91	471.64	166.94	190.55	359.33	277.33	683.61	514.58	10039.24	0.51	0.59	2.30	1.79	2.47
26	PE	0.89	3.96	233.46	132.32	64.95	199.86	231.89	522.40	385.23	11782.10	0.53	0.60	2.01	1.64	2.78
27	AL	0.86	3.89	366.72	155.29	86.70	247.67	280.14	576.62	404.44	10411.35	0.54	0.56	1.93	1.95	2.69
28	SE	0.82	3.76	240.79	128.48	31.17	161.04	216.87	585.41	281.09	16575.16	0.52	0.60	1.88	1.85	2.72
29	BA	0.86	3.88	273.95	131.69	97.37	236.71	211.07	515.68	359.39	11508.07	0.54	0.59	1.77	1.86	2.52
31	MG	0.84	3.81	430.88	141.23	242.86	396.94	196.90	780.57	572.91	19174.64	0.48	0.67	2.33	1.55	2.85
32	ES	0.79	3.69	352.74	110.20	239.35	362.90	198.56	734.69	629.95	42807.00	0.50	0.69	2.61	1.42	2.88
33	RJ	0.81	3.78	431.85	99.60	197.49	323.03	334.94	1172.58	839.48	46930.04	0.51	0.71	3.06	1.68	4.12
35	SP	0.84	3.77	722.01	97.48	350.57	462.02	203.34	972.36	699.50	32687.97	0.46	0.74	2.80	1.48	3.11
41	PR	0.86	3.85	571.85	123.19	302.59	437.13	187.64	814.66	584.65	28948.82	0.47	0.70	2.53	1.69	3.14
42	SC	0.90	3.95	752.96	144.20	315.37	475.92	234.47	863.89	633.30	34076.32	0.45	0.73	2.58	1.52	2.66
43	RS	0.90	3.95	670.47	114.68	241.38	403.80	190.08	931.28	615.40	33962.27	0.47	0.72	2.54	1.47	3.07
50	MS	0.90	3.92	594.29	124.38	259.21	419.69	230.01	890.92	746.70	37406.44	0.53	0.68	2.63	2.47	2.89
51	MT	0.89	3.91	477.43	133.01	228.75	380.26	239.04	841.36	684.50	36349.75	0.52	0.69	2.54	2.75	2.66
52	GO	0.91	3.97	440.56	131.81	245.68	432.60	267.57	868.83	663.88	26856.76	0.49	0.70	2.60	1.77	2.98

Nota: Fonte: dados da pesquisa, 2019. Os valores foram calculados tomando-se a média dos municípios do estado.

