

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS

JAILSON MANOEL SILVA DUARTE

DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E EQUIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE NO BRASIL

JOÃO PESSOA – PB

2018

JAILSON MANOEL SILVA DUARTE

**DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E EQUIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE
SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (PPGCC), da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

Linha de Pesquisa: Informação Contábil para Usuários Externos

Orientador: Prof. Dr. Josedilton Alves Diniz

JOÃO PESSOA – PB

2018

Catálogo na Publicação
Seção de Catalogação e Classificação

D812d Duarte, Jailson Manoel Silva.

Descentralização fiscal e equidade nos serviços
públicos de saúde no Brasil / Jailson Manoel Silva
Duarte. - João Pessoa, 2018.

97 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCSA.

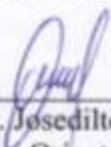
1. Ciências Contábeis. 2. Descentralização - serviços de
saúde. 3. Equidade - serviços de saúde. 4. Saúde Pública. 5.
Federalismo Fiscal. I. Título

JAILSON MANOEL SILVA DUARTE

**DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E EQUIDADE NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – PPGCC da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis.

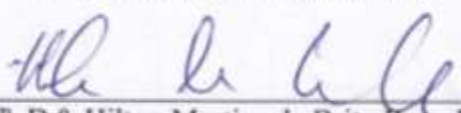
Banca Examinadora



Prof. Dr. Josédilton Alves Diniz
Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis
Universidade Federal da Paraíba

Prof.^ª. Dr.^ª. Rossana Guerra de Sousa
Examinadora Interna
Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis
Universidade Federal da Paraíba



Prof.^º. Dr.^º. Hilton Martins de Brito Ramalho
Examinador Externo
Programa de Pós-Graduação em Economia
Universidade Federal da Paraíba

JOÃO PESSOA – PB
2018

*À Telma Maria Fernandes e Amaro
da Motta Silveira (in memorian):
primeiros educadores, que sempre
me trataram como filho. Sem os
ensinamentos de vocês não seria
possível chegar até aqui.*

“O Deus de toda graça, que em Cristo vos chamou à sua eterna glória, depois que tiverdes padecido um pouco, vos aperfeiçoará, vos tornará inabaláveis, vos fortificará. A ele o poder na eternidade! Amém.”

I Pedro 5, 10 – 11.

AGRADECIMENTOS

À Deus, infalível criador que, nas noites mais escuras da alma, fez resplandecer sobre mim a força do seu Espírito: alimento essencial para fazer-me acreditar que era possível chegar até aqui;

À minha esposa Elenice Duarte, por ter assumido para si esse sonho: sofreu, chorou, alegrou-se junto comigo, e não mediu esforços para ajudar-me a realizá-lo. A você minha maior gratidão;

Ao Professor Dr. Josedilton Alves Diniz que, inspirado pela Sabedoria Divina, nos motivou e a encontrar os caminhos necessários para não desistir desse sonho. Ao senhor, os mais sinceros agradecimentos, por toda a colaboração na produção desta dissertação e por todas as demais vezes que trabalhamos juntos. Agradecimento especial por nos fazer entender que o conhecimento só faz sentido quando firmado na raiz de toda a sabedoria: a Palavra de Deus;

Aos membros da banca avaliadora, Prof^a. Dr^a. Rossana Guerra de Sousa e Prof^o. Dr. Hilton Martins de Brito Ramalho, pelas oportunas considerações que foram colocadas no intuito de melhorar a qualidade desse trabalho;

Aos professores Dr. Aléssio Tony Cavalcanti de Almeida e Dr^a. Rossana Guerra de Sousa pelas imprescindíveis contribuições que nos foram repassadas na qualificação do projeto de dissertação. Sem a percepção de vocês o caminho até aqui teria ficado ainda mais logo e mais árduo;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UFPB que se dedicam arduamente para fazer o PPGCC/UFPB cada dia melhor: obrigados por todos os ensinamentos, com livros e pelos exemplos;

Aos colegas da pós-graduação que foram os maiores incentivadores: com vocês vivi os momentos mais engraçados dessa jornada;

Agradecimento especial ao amigo Lauro Vinício, autoridade no saber e na humildade: sem suas ligações...o que seria de mim. Muito obrigado pela colaboração;

À Wilma, secretária do PPGCC, a quem tive o prazer de ser colega de turma há um tempinho atrás, obrigado por estar sempre a nossa disposição;

A todos os familiares e amigos, que rezaram por mim e clamaram a Deus por minha vitória;

À minha irmã Nieidja Cilene, seu esposo Hélio Jales e minha sobrinha Thayna Santos, pela acolhida e por todo o carinho que tiveram comigo;

Aos amigos Walter e Felipe pelo apoio incondicional nos momentos que mais precisei;

Em fim, a todos que contribuíram para a concretização desse sonho. MUITO OBRIGADO!!

RESUMO

A descentralização dos serviços de saúde foi um dos mecanismos definidos na Constituição Federal de 1988 para assegurar que todo cidadão tivesse acesso aos Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, frente as desigualdades socioeconômicas que ainda subsistem no cenário brasileiro, a descentralização pode não ter resultado numa distribuição equânime do acesso aos serviços nas diversas regiões do país. Com base nisto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre descentralização fiscal e a equidade de acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros. Utilizou-se uma abordagem metodológica constituída de duas etapas: inicialmente, fazendo-se uso do Índice de Concentração, analisou-se a equidade no acesso aos serviços de saúde com base na Produção Ambulatorial do SUS e no percentual de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica. Em seguida, fez-se uma análise de regressão com dados em painel para verificar a relação entre descentralização fiscal e equidade no acesso à saúde. Os resultados apontaram que, mesmo diante do aumento dos gastos públicos em saúde nos últimos anos, motivado pela ampliação dos recursos próprios dos municípios aplicados em saúde, o índice de equidade na produção ambulatorial do SUS apresentou desigualdade favorável os mais ricos. Já nas internações por causas sensíveis à atenção básica, a desigualdade foi mais significativa nos municípios mais pobres. Por fim, os resultados apresentaram evidências condizentes com a hipótese de que a descentralização fiscal favorece à redução das desigualdades no acesso à saúde nos municípios brasileiros. Portanto, a pesquisa apresenta elementos empíricos que corroboram os argumentos em favor do federalismo fiscal, destacando-se a importância da descentralização dos gastos públicos a nível municipal para possibilitar a redução das desigualdades em saúde.

Palavras-Chave: Descentralização; Federalismo Fiscal; Equidade; Saúde Pública

ABSTRACT

The decentralization of health services was one of the mechanisms defined in the Federal Constitution of 1988 to ensure that every citizen had access to Unified Health System (SUS). However, socioeconomic inequalities front that still exist in the Brazilian scenario, decentralization may not have resulted in a fair distribution of access to services in the various regions of the country. Based on this, the objective of this research was to analyse the relationship between fiscal decentralization and equity of access to health services in the Brazilian municipalities. We used a methodological approach consists of two steps: initially, making use of the Concentration Index, it was examined whether the equity in access to health services based on Ambulatory Production of SUS and the percentage of Hospitalizations by Cause Sensitive to Basic Care. Then a regression analysis with panel data to verify the relationship between fiscal decentralization and equity in access to health. The results showed that, even in the face of increasing public spending on health in recent years, driven by the expansion of own resources of municipalities applied in health, equity index in production SUS presented ambulatory inequality favour of the richest. In hospitalizations for causes that are sensitive to basic care, inequality was more significant in the poorest municipalities. Finally, the results presented evidence consistent with the hypothesis that the fiscal decentralization promotes to reduce inequalities in access to health in Brazilian municipalities. Therefore, the research presents empirical elements that support the arguments in favour of fiscal federalism, highlighting the importance of decentralization of public expenditure at the municipal level to enable the reduction of inequalities in health.

Keywords: Decentralization; Fiscal Federalism; Equity; Public Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Curva de Concentração para variáveis de saúde.....	56
Figura 2: Curva de Concentração na Produção Ambulatorial do SUS – 2008 a 2016.....	69
Figura 3: Curva de Concentração na variável ICSAB – desigualdade favorável aos pobres...	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Média de Gastos em saúde, por habitantes, nos municípios brasileiros no período 2000 a 2016.	45
Gráfico 2: Percentual de Despesas com Pessoal, Investimentos e Serviços de Terceiros.....	46
Gráfico 3: Percentual médio dos recursos próprios aplicados em saúde conforme Emenda Constitucional 29/2000.....	47
Gráfico 4: Percentuais de Receitas Próprias e de Transferências Intergovernamentais em relação ao total de recursos disponíveis para a saúde nos municípios brasileiros classificados por faixa populacional.....	49
Gráfico 5: Transferências Vinculadas à Saúde em relação ao total de recursos recebidos pelos municípios	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Atos normativos que impactaram na descentralização e na equidade à Saúde.	36
Quadro 2: variáveis do modelo econométrico para estimar o acesso aos serviços de saúde....	59
Quadro 3: Descrição das variáveis utilizadas na Etapa II: Equidade e Descentralização	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Desigualdade no acesso aos serviços Ambulatoriais: Índice de Concentração	68
Tabela 2: Desigualdade nas Internações Sensíveis a Atenção Básica	70
Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis	73
Tabela 4: Matriz de Correlação entre Equidade e Descentralização	75
Tabela 5: Resultados da regressão: Produção Ambulatorial do SUS.	77
Tabela 6: Resultados da Regressão Equidade e Descentralização nas ICSAB's.	81

LISTA DE SIGLAS

CAGED	Cadastro Nacional de Empregados e Desempregados
CI	Índice de Concentração
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica
IGP – DI	Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna
INANPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Hospitalar
MQG	Mínimos Quadrados Generalizados
MQO	Mínimos Quadrados Ordinários
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Programa de Atenção Básica à Saúde
PAM	Produção Ambulatorial do SUS
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos.....	18
1.1.1 Geral	18
1.1.2 Específicos.....	19
1.2 Justificativa	19
1.3 Hipótese de Pesquisa	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Teoria Econômica do Federalismo Fiscal.....	24
2.2 Transferências Intergovernamentais.....	28
2.2.1 Efeito <i>Flypaper</i> e Ilusão Fiscal	30
2.3 Federalismo Brasileiro	32
2.4 Caracterização do Sistema de Saúde Brasileiro	34
2.5 Equidade nos serviços de saúde.....	38
2.6 Evidências Empíricas sobre Equidade na Saúde	41
3 FATOS OBSERVADOS NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS ..	44
3.1 Análise Exploratória das Receitas e Despesas em saúde nos municípios brasileiros .	44
3.1.1 Percentual de recursos próprios aplicados à saúde nos municípios brasileiros	47

3.2 Descentralização dos recursos para a saúde nos municípios brasileiros	49
3.2.1 Transferências Intergovernamentais vinculadas à saúde nos municípios brasileiros	51
4 METODOLOGIA.....	54
4.1 População, Amostra e Dados da Pesquisa	54
4.2 Etapa I: Equidade no Acesso à Saúde usando o Índice de Concentração.....	54
4.2.1 Definição do Índice de Concentração.....	55
4.2.2 Mensuração da Equidade no Acesso à Saúde com base no Índice de Concentração	58
4.2.2 Aplicação do Índice de Concentração para analisar Equidade no Acesso à Saúde.....	61
4.3 Etapa II: Modelo Empírico Relacionando Equidade e Descentralização Fiscal	63
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	67
5.1 Análise da Desigualdade de acesso à saúde nos Municípios Brasileiros.....	67
5.1.1 Equidade Mensurada pela Produção Ambulatorial do SUS	67
5.1.2 Equidade Mensurada pelas Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica.	69
5.2 Descentralização Fiscal e Equidade nos serviços de saúde Municipais	72
5.2.1 Descentralização Fiscal e Equidade na Produção Ambulatorial do SUS	76
5.2.2 Descentralização Fiscal e Equidade nas ICSAB'S	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS.....	87

1 INTRODUÇÃO

O modelo de sistema público de saúde no Brasil foi construído por meio de um processo histórico de lutas sociais que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) após a promulgação da Constituição Federal de 1988, momento em que a saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, ficando o poder público responsável por desenvolver medidas sociais e econômicas no sentido de reduzir os riscos de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988). A partir de então, pôde-se pensar num sistema de caráter universal em que todas as pessoas passaram a ter, constitucionalmente, direito a usufruir desses benefícios.

O SUS é formado por um conjunto de ações e serviços executados por instituições públicas da administração direta, ou da administração indireta, e por fundações mantidas pelo poder público, com a iniciativa privada podendo participar deste sistema de maneira complementar (BRASIL, 1990a). Essas ações, fundamentadas sob as diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação comunitária, integram uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade (BRASIL, 1988).

O primeiro nível de acesso ao SUS ocorre por meio das ações desenvolvidas no bloco de Atenção Básica (BRASIL, 2012a). Esta é a porta de entrada dos cidadãos aos serviços públicos de saúde, onde os principais problemas da comunidade são abordados e são oferecidos serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar de toda a população (STARFIELD, 2002). Os municípios, por serem os gestores locais do SUS e possuírem uma relação mais próxima com o cotidiano das pessoas, têm a responsabilidade principal pela execução destes serviços (BRASIL, 2006; FERREIRA et al., 2016; SOLLA et al., 2007).

Antes da Constituição de 1988, as ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças eram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e a assistência médica e hospitalar era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Hospitalar (INANPS), beneficiando apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes (CONASS, 2007; SIMÃO; ORELLANO, 2015). A estrutura do sistema de saúde não era constituída sob os pilares da universalidade e da equidade, uma vez que o usufruto destes serviços era permitido apenas aos contribuintes da seguridade social. Isso favorecia os estados e os municípios mais ricos e desenvolvidos cuja relação formal de trabalho era mais significativa, pois dispunham de maior número de trabalhadores (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Com a atribuição de novas competências aos governos subnacionais (estados e municípios), desencadeou-se um processo de descentralização das políticas sociais no Brasil. Ao longo da década de 1990, a municipalização da gestão dos serviços de saúde foi o principal elemento da agenda de reformas do governo federal que, objetivando universalizar o acesso aos serviços e descentralizar sua gestão, transferiu aos municípios responsabilidades na gestão da prestação dos serviços de atenção básica à saúde (ARRETCHE, 2002).

A descentralização, embora possa ser observada por diferentes perspectivas (BANKAUSKAITE; SALTMAN, 2007), é vista como um processo de transferência de poder decisório, no financiamento ou na gestão das políticas públicas, entre os níveis de governo (COLLINS; GREEN, 1994; COSTA; SILVA; RIBEIRO, 1999; LOBO, 1988). Essa estrutura torna-se complexa quando analisada no contexto do federalismo brasileiro, cuja organização político-administrativa é marcada por forte heterogeneidades econômica e social (ABRUCIO, 2005; AFFONSO, 2000) que dificultam a definição de políticas sociais efetivas no sentido de reduzir as desigualdades existentes.

Em vista dessas desigualdades, a temática da equidade¹ vem se destacando como um objetivo a ser alcançado na gestão descentralizada do SUS, conforme destaca Lucchese (2003), no sentido de melhorar as condições de saúde do povo brasileiro e de proporcionar o acesso igualitário dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Buscando a redução das desigualdades sociais e regionais do país (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

Nesse sentido, a descentralização dos serviços é apontada como um processo desejável no sentido de trazer melhorias para os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento (BOSSERT, 1998). No entanto, não tem sido muito evidente quais os reais benefícios que essa transferência de poder tem proporcionado à população. Quando se analisa a literatura internacional sobre essa a temática, percebe-se divergentes argumentos a respeito da redução das desigualdades de acesso e distribuição de serviços de saúde em vários países, sobretudo nas federações em estágio de desenvolvimento (ATKINSON; HARAN, 2004; BOSSERT, 1998; BOSSERT et al., 2003; BOSSERT; BEAUVAIS, 2002; COLLINS; GREEN, 1994; COSTA-FONT; GIL, 2009; KOIVUSALO, 1999; LOPEZ-CASASNOVAS; COSTA-FONT; PLANAS, 2005).

¹ Conceitualmente, a Equidade é vista como a ausência sistemática em um ou mais aspectos do estado de saúde de uma certa população, ou de um determinado grupo social, demográfica e geograficamente definido, de maneira que os serviços mais especializados sejam fornecidos onde houver maiores necessidades de saúde (STARFIELD, 2001).

No Brasil, as evidências empíricas têm apontado resultados controversos quando se analisa o impacto da descentralização sobre a equidade de acesso aos serviços de saúde (ALVES; PERALTA; PERELMAN, 2013; ANDRADE et al., 2013; DIAZ, 2003; GARCIA; SANTANA, 2008; KATREIN et al., 2015), contrapondo-se aos dispositivos legais (*i.e.* Constituição Federal de 1988 e Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) que especificam a necessidade de o país ter um sistema de saúde equânime. Marques e Arretche (2003) já haviam observado que a municipalização dos serviços de saúde no Brasil aumentou o acesso aos programas de atenção básica, porém, não reduziu as desigualdades na oferta desses serviços entre os municípios.

Com base no exposto, percebe-se que a influência da descentralização dos recursos públicos e da gestão dos serviços sobre a equidade no acesso à saúde é uma importante questão não resolvida nos debates sobre políticas de saúde. Segundo Jiménez-Rubio et al. (2008a), as pesquisas teóricas não têm explorado com maior profundidade essa temática e as abordagens empíricas têm apresentado limitações de natureza técnicas de modo a não permitir conclusões mais consistentes sobre essa relação.

Portanto, analisar como as políticas de saúde implementadas pelo SUS, no contexto do federalismo fiscal brasileiro, têm sido direcionadas para uma gestão descentralizada dos recursos, buscando satisfazer o princípio da equidade no acesso ao SUS, torna-se um campo propício para definir o seguinte problema de pesquisa deste estudo: **qual a relação existente entre a descentralização fiscal e a equidade de acesso à saúde nos municípios brasileiros?**

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Analisar a relação entre descentralização fiscal e equidade de acesso à saúde nos municípios brasileiros.

1.1.2 Específicos

Para responde ao problema de pesquisa e atingir o objetivo delineado neste estudo, foram desenvolvidos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Mensurar o nível de equidade de acesso aos serviços públicos de saúde nos municípios brasileiros com base na Produção Ambulatorial do SUS;
- ✓ Mensurar o nível de equidade de acesso aos serviços públicos de saúde nos municípios brasileiros com base na Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica;
- ✓ Analisar empiricamente a equidade de acesso aos serviços de saúde com base a Produção Ambulatorial do SUS e na Proporção de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica nos municípios do Brasil;
- ✓ Analisar empiricamente a relação entre descentralização fiscal, que define a estrutura dos gastos públicos em saúde, e a equidade de acesso aos serviços de saúde nos entes municipais brasileiros;

1.2 Justificativa

Justifica-se a necessidade de desenvolver um estudo que aborde a relação entre descentralização fiscal e equidade de acesso aos serviços de saúde tendo em vista que, no contexto do federalismo fiscal brasileiro, o SUS foi idealizado para ter amplitude de acesso, oferecendo integralidade e universalidade na assistência a quem dele necessitar (BRASIL, 1988). No entanto, sinais de desigualdades na utilização desses serviços ainda podem ser observados, acentuando-se nas regiões em que há maior desigualdade na distribuição de renda (CAMBOTA; ROCHA, 2016). Há, também, indícios de que as políticas redistributivas definidas pela Constituição Federal encontraram fortes obstáculos frente ao baixo nível de eficiência das unidades subnacionais na gestão dos recursos públicos, conforme destacam Souza Júnior e Gasparine (2006), impactando significativamente a democratização do acesso ao sistema de saúde.

Por outro lado, os diversos dispositivos institucionais e legais² elaborados para garantir que nenhum usuário encontrasse restrição de acesso ao sistema evidencia a necessidade de preparar os municípios para desenvolver as ações básicas de saúde e assegurar a efetividade do projeto de descentralização proposto para o Brasil (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). As Normas Operacionais Básicas (NOB), que definiram mecanismos para racionalizar os repasses de recursos e dos gastos pelos estados e municípios e a criação do Programa de Atenção Básica à Saúde (PAB), foram iniciativas voltadas para redistribuição de recursos para as áreas mais fragilizadas economicamente (ABRUCIO, 2005).

As Norma Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002) definiram novas regras para a universalização e complementação da equidade de acesso e distribuição dos recursos (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Adicionalmente, o Pacto pela Saúde firmado em 2006 fixou novas metodologia de transferências intergovernamentais e ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica à saúde. Estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca pela maior equidade (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Portanto, as diversas etapas de normatização pela qual o sistema de saúde brasileiro enfrentou desde a Constituição Federal de 1988 pode ser um indicativo da complexidade enfrentada pelos entes federados para garantir que os serviços sejam distribuídos equitativamente entre as diversas regiões do país. Ao mesmo tempo, sugere que a temática da equidade de acesso à saúde é uma questão ainda não resolvida e que precisa ser amplamente discutida.

Assim sendo, ao desenvolver este estudo, amplia-se o escopo dos trabalhos anteriores que relacionaram desigualdades socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde no ambiente brasileiro que se concentraram apenas no contexto estadual ou regional (ALMEIDA et al., 2013; ANDRADE et al., 2013; CAMBOTA; ROCHA, 2016; MACINKO; LIMA-COSTA, 2012). Portanto, ao levar em consideração o papel dos municípios, no contexto federativo, como essencial para equalizar o problema da desigualdade de acesso aos serviços de saúde e ampliar o nível de acesso nas áreas mais fragilizadas economicamente, este estudo apresentou contribuições de ordem teóricas e empíricas.

Empiricamente, a pesquisa vem elucidar a relação entre descentralização e equidade de acesso aos serviços básicos de saúde em nível municipal. Possibilitando verificar a existência

² Como exemplo destes atos normativos tem-se: Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990, Emenda Constitucional nº 29/2000 e Lei Complementar nº 141/2012. Além dos Decretos, Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde.

de disparidades entre as jurisdições no acesso a esses serviços quando observados sob uma perspectiva local. Do ponto de vista teórico, trouxe evidências que podem dar suporte ao modelo teórico de descentralização definido pelo federalismo fiscal e aplicado ao contexto brasileiro. Nesse aspecto, há indícios de que o controle dos gastos públicos em saúde segundo as condições socioeconômica dos municípios é uma alternativa para melhorar a equidade de acesso aos serviços básicos de saúde a partir da distribuição de recursos do governo central para os entes subnacionais.

Finalmente, o estudo oferece novas implicações metodológicas ao aplicar um método quantitativo já empregado em literatura estrangeira, mas pouco explorado em pesquisas no Brasil. Nesse sentido, apesar de existirem trabalhos discutindo os aspectos conceituais da equidade e suas implicações na eficiência do gasto público em saúde, a abordagem inovadora desta pesquisa foi aplicar uma metodologia que avalia a equidade em nível horizontal. Com isso, apresentando subsídios para identificar os efeitos da desigualdade de renda sobre as condições de saúde a nível municipal e para revelar os tipos de serviços que precisam ser ampliados para assegurar maior nível de equidade no sistema de saúde brasileiro.

1.3 Hipótese de Pesquisa

Ao longo das últimas três décadas, muitos países participaram de um processo de reformas nos sistemas de saúde buscando alternativas para melhorar a qualidade de vida de seus cidadãos (BOSSERT, 1998; MAGNUSSEN; HAGEN; KAARBOE, 2007; SUMAH; BAATIEMA; ABIMBOLA, 2016). Na maioria dos casos, a descentralização dos serviços e dos gastos públicos em saúde foi apresentada como um modelo capaz de melhorar a eficiência na provisão dos serviços públicos de saúde, favorecer a prestação de contas à população local e possibilitar a igualdade de acesso aos serviços e a distribuição equitativa dos recursos (BOSSERT, 1998; COUTTOLENC, 2012; RONDINELLI, 1981).

Estudos empíricos realizados com países da América Latina (Colômbia e Chile) sugerem que, sob certas condições e mecanismos políticos específicos (*e.g.* modelos que adotam a distribuição de valores per capita para alocação de recursos aos entes subnacionais), a descentralização pode melhorar a equidade na alocação de recursos e contribuir para a redução das desigualdades na utilização dos serviços de saúde (BOSSERT et al., 2003). Além disso, Litvack, Ahmad e Bird (1998) destacam que, no contexto das políticas de descentralização, a

equidade pode ser alcançada através das transferências intergovernamentais que incluem algum componentes de equalização capaz de equilibrar a provisão de serviços entre as diversas localidades.

Sob a égide da teoria do federalismo fiscal, os bens públicos, aqueles que podem ser consumidos por um indivíduo sem que se excluía a possibilidade de outro indivíduo fazer uso deles (SAMUELSON, 1954, 1955), devem ser providos pela jurisdição que mais amplamente internalize seus custos e benefícios. Pois, uma gestão descentralizada pode induzir os governos locais a ofertar um conjunto de bens públicos diferente, motivando os cidadãos consumidores a revelar suas preferências por esses bens, o que resultaria em mobilidade das famílias entre as jurisdições que melhor atendessem suas preferências (TIEBOUT, 1956).

Nesse aspecto, Oates (1972) trabalha com a hipótese de que os governos locais conhecem melhor as preferências de seus cidadãos. Assim, ele defende a necessidade de maior participação e fiscalização popular nas decisões do governo local e sugere um alinhamento de responsabilidades e instrumentos fiscais entre os níveis apropriados de governo. Buscando, dessa forma, conhecer as políticas que melhor funcionam de maneira centralizada e aquelas que devem ser descentralizadas para alcançar um ponto de otimização que equalize a concorrência entre as jurisdições (concorrência horizontal) e possibilite a cooperação vertical entre os entes federados a partir da divisão de funções, resultando em ganhos à sociedade.

Portanto, de um governo descentralizado, capaz de fornecer um conjunto de bens públicos que estão mais alinhados às necessidades da sociedade, espera-se ganho de eficiência na execução dos programas e na redução dos custos dos cuidados de saúde, maximizando o bem estar social da população e aumentando a equidade de acesso a estes serviços (BANKAUSKAITE; SALTMAN, 2007; OOVERNEY, 2015; VARELA, 2008).

Assim sendo, considerando-se que a descentralização fiscal, visando a melhoria da alocação dos recursos públicos, pode ser uma alternativa para reduzir as desigualdades na utilização dos serviços de saúde, conforme observado por Jiménez-Rubio, Smith e Van Doorslaer (2008a) e Zhong (2010). Ao mesmo tempo, no contexto do Federalismo Fiscal, a descentralização pode ser apontada como um mecanismo capaz de gerar ganho de eficiência na execução dos serviços pelo fato de os agentes locais conhecerem melhor a realidade dos seus cidadãos (OATES, 1972, 1999).

Por outro lado, no federalismo fiscal, tem-se o papel que as transferências intergovernamentais exercem no sentido de reduzir as desigualdades entre as diversas jurisdições de um país (SUMAH; BAATIEMA; ABIMBOLA, 2016). Em muitos países em desenvolvimento, essas transferências são a principal fonte de receitas dos governos

subnacionais e tornam-se responsáveis por criarem mecanismos de incentivos e responsabilização que afetam a gestão fiscal, a eficiência e a equidade da prestação dos serviços públicos (SHAH, 1994, 2007). Por isso, são vistas como imprescindíveis para reduzir a lacuna fiscal vertical entre as jurisdições, para reduzir as desigualdades fiscais através da equalização das Transferências fiscais e para definir padrões mínimos nacionais na oferta de bens e serviços pelos governos locais (SHAR, (2007).

Todos estes fatores, associados ao contexto da descentralização fiscal no Brasil, podem gerar redução das desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde. Portanto, diante deste cenário, define-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H1: A descentralização fiscal instituída para os serviços públicos de saúde no Brasil favorece a equidade de acesso ao SUS;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, apresentam-se as bases teóricas que fundamentaram o desenvolvimento desta pesquisa. Inicialmente, abordam-se conceitos relacionados ao federalismo fiscal e às transferências intergovernamentais. Em seguida, analisa-se o processo de descentralização dos sistemas de saúde em contexto federativo, bem como os aspectos teóricos e empíricos que norteiam a equidade de acesso aos serviços de saúde. Finaliza-se apresentando estudos empíricos que mensuram a equidade sob o contexto da descentralização das políticas públicas de saúde, em especial os trabalhos desenvolvidos no Brasil.

2.1 Teoria Econômica do Federalismo Fiscal

As discussões sobre descentralização de políticas públicas também encontram respaldo conceitual no arcabouço teórico desenvolvido pela literatura do Federalismo Fiscal. O ponto inicial dessa fundamentação pode ser ancorado no conceito de bens públicos conforme fora apresentado por Samuelson (1954, 1955). Segundo ele, um bem público é aquele no qual pode ser consumido coletivamente de tal maneira que todas as pessoas podem utilizá-lo sem que haja redução desse bem para servir aos demais indivíduos. Em vista disso, defende Samuelson, os cidadãos não são motivados a revelar suas preferências por tais bens públicos para eximir-se de pagar por eles, deixando que outros o façam.

Pela possibilidade de não se conhecer quais bens públicos são preferíveis aos cidadãos, Tiebout (1956) conjectura que o eleitor mediano é motivado a escolher a comunidade que melhor satisfaça suas preferências. Dessa forma, quando há oferta de bens públicos em cada ente federativo, o eleitor-consumidor tem a possibilidade de se mover para aquela comunidade que apresenta o conjunto de bens e tributos que melhor atendam às suas necessidades. Sendo assim, quanto maior o número de comunidades e maior a variância entre elas, mais próximo o consumidor chegará a realizar plenamente suas preferências.

O elemento fundamental desta proposição apresentada por Tiebout é a mobilidade do eleitor que, ao “votar com os pés” (*voting with one's feet*), revela seus anseios pelos bens e serviços públicos locais e conduz estas jurisdições à alocação mais eficiente destes bens. Portanto, neste modelo proposto por Tiebout, o grande mérito da descentralização fiscal está

no estímulo à competição entre as jurisdições que incentivam a inovação tecnológica e a adoção de inovações bem-sucedidas por todos os governos locais (MENDES, 2004).

No entanto, a visão proposta por Tiebout (de que o cidadão pode decidir em qual localidade deseja pagar seus tributos e beneficiar-se dos serviços oferecidos por ela) é passível de contestação, uma vez que, na prática, esse modelo pode induzir os cidadãos a não se mobilizarem ou a não revelarem suas preferências para não ter de arcar com os custos dos bens públicos. Isso é visto pela literatura como o efeito *free rider* que consiste na possibilidade de, no fornecimento de um bem público para um determinado grupo, alguns indivíduos possam ser beneficiados mesmo que não tenham participado do pagamento dos respectivos custos (BOOTH, 1985).

Para reduzir as externalidades oriundas desse efeito e possibilitar maior nível de eficiência na execução dos bens públicos, Oates (1999) tem proposto um ponto de equilíbrio que maximize a relação tributos pagos pelos cidadãos e serviços oferecidos pelo setor público. Ele argumenta que não basta apenas haver uma reestruturação que torne o setor público totalmente descentralizado, mas é preciso que haja um alinhamento das responsabilidades e dos instrumentos fiscais com os níveis adequados de governo. Observando quais funções e instrumentos são mais apropriados para serem executados por um setor público centralizado e aqueles que devem ser objeto de descentralização (OATES, 1999).

Esta argumentação proposta por Oates tem fundamento na teoria normativa sobre o federalismo fiscal, formalizada a partir da definição das funções básicas de atuação governamental (alocativa, distributiva e estabilizadora) apresentada por Musgrave (1959). Oates (1999) considera que o governo central tem maior propensão para desenvolver políticas que estão inseridas nas funções redistributiva e estabilizadora (OATES, 1999), restando para os governos locais a distribuição de bens e serviços segundo as preferências e circunstâncias particulares de cada jurisdição. O que resultaria no aumento do bem-estar econômico e no ganho de eficiência na produção desses bens.

No sentido de apresentar um *trade off* entre uma administração totalmente descentralizada e uma administração que ofertasse bens públicos a nível local de maneira eficiente, Oates, em 1972, apresentou o Teorema da Descentralização definindo que:

O teorema da descentralização: para um bem público – cujo consumo é definido a partir de subconjuntos geográficos da população total e para o qual os custos de provisão de cada nível de *output* do bem de cada jurisdição são os mesmos para o governo central ou para os respectivos governos locais – sempre será mais eficiente (ou pelo menos tão eficiente) que governos locais forneçam níveis de *output* Pareto-eficientes às suas respectivas jurisdições do que o governo central fornecer *qualquer*

nível especificado e uniforme para todas as jurisdições (OATES, 1972, p. 35 Apud Varela (2008, p. 93), grifos no original).

Nesse sentido, Silva (2005) comenta que, na visão de Oates (1972), a função alocativa terá sua eficiência econômica maximizada quando houver perfeita correspondência entre as ações governamentais e as preferências dos contribuintes. Com isso, destaca Silva (2005), o governo central deveria ser responsável pelos bens uniformemente consumidos pelos cidadãos e que tenham demanda individuais em toda a federação. Por outro lado, os governos estaduais ficariam responsáveis pela provisão de bens e serviços com preferências regionais e os governos locais atenderiam as demandas de uma localidade específica.

Apesar da proposição apresentada no Teorema da Descentralização indicar um posicionamento favorável à descentralização dos bens públicos para os governos locais, Oates (1999) tem alertado que os fundamentos desse teorema precisam ser melhor esclarecidos, pois parte-se da premissa de que a provisão centralizada de bens públicos resultará num nível de produção uniforme em todas as jurisdições. Mas, isso pode não ser tão evidente quando se considera a presença de assimetrias de informação entre os agentes econômicos. Além disso, o ganho de bem-estar na provisão descentralizada em relação à oferta de bens pública pelo governo central depende tanto da heterogeneidade das jurisdições quanto dos custos desses bens e serviços em cada governo local (OATES, 1999).

Em geral, existem *tradeoffs* entre os benefícios na provisão dos bens públicos em uma estrutura federalista descentralizada e os efeitos das externalidades, dos custos de tomada de decisão e dos custos de mobilidade dos indivíduos, como aponta Varela (2008). Nesse sentido, Gordon (1983) procura identificar os principais problemas que podem surgir para os não residentes no momento em que uma unidade governamental decide quais os tributos e quais os bens públicos devem ser oferecidos. Segundo ele, os tributos que são criados em uma jurisdição podem ser estendidos para os não residentes que pagam por ele sem terem o benefício dos serviços oferecidos. Ao mesmo tempo, pode-se observar também situações em que os não residentes são beneficiários dos bens e serviços públicos sem terem contribuído por ele através dos tributos.

Além dessas considerações apontadas por Gordon (1983), uma ressalva precisa ser apontada quando se trata do federalismo fiscal em países em estágio de desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Nesse aspecto, Bardhan (2006) faz um esclarecimento alertando que a descentralização no contexto institucional desse países possui aspectos diferentes daqueles que

comumente são abordado quando se considera o contexto dos países desenvolvidos como os Estados Unidos.

Nesse sentido, o autor destaca que os pressupostos adotados no modelo apresentado por Tiebout (1956), podem ser muito rigorosos para os países em desenvolvimento. Dessa forma, a hipótese de mobilidade dos residentes pode não ser confirmada quando se considera a realidade desses países. Ao mesmo tempo, muitos dos bens públicos são específicos de cada comunidade local e geralmente não podem ser estendidos para os não residentes, haja vista a existência de normas sociais que direcionam estes bens apenas aos habitantes locais.

Além disso, o autor acentua que nos países pobres os sistemas de informação e contabilidade são bastante limitados, e deve ser dada atenção aos incentivos e dispositivos especiais para verificar o nível de corrupção que podem estar presentes nestas realidades, contrariando a literatura padrão sobre descentralização e federalismo fiscal quando assume que os fundos alocados atingem automaticamente os destinatários pretendidos. Em muitos desses países, as instituições democráticas locais e os mecanismos de responsabilização política são muitas vezes fragilizados. E, portanto, qualquer discussão sobre a prestação de serviços públicos nestes países deve-se considerar as relações governamentais entre os diferentes grupos de elite existentes.

Outro aspecto apontado por Bardhan (2006) é que, a literatura tradicional sobre descentralização aborda alguns aspectos sobre a questão da distribuição, preocupando-se com a eficiência na provisão dos bens públicos. No entanto, um dos principais objetivos da descentralização nos países em desenvolvimento é alcançar efetivamente os pobres que estão espalhados por áreas muito remotas. Sendo assim, o sucesso nos programas de redução da pobreza é um critério de desempenho mais importante que a eficiência de alocação inter-regional de recursos (BARDHAN, 2006).

Bardhan (2006) ainda chama a atenção para o fato de a literatura do federalismo fiscal geralmente pressupor que os níveis mais baixos de governo têm um considerável nível de arrecadação que são utilizadas nestas localidades. No entanto, essa relação entre receitas locais e gastos públicos é bastante tênue uma vez que, na maioria dos países, grande parte das fontes de receitas estão com o governo central, de modo a existir uma tendência para o desequilíbrio fiscal vertical. Assim, alguns governos locais possuem mais facilidade de aumentar significativamente as receitas próprias do que outros. Além disso, existem limites para a concorrência fiscal inter-regional. Em muitos países de baixa renda, as questões de descentralização discutidas são basicamente sobre o recebimento de receitas coletadas

centralmente para níveis mais baixos de governo, ao invés de procurar capacitar os governos subnacionais para cobrar impostos locais.

Por fim, o autor acentua que a literatura sobre descentralização geralmente pressupõe que níveis diferentes de governo têm capacidade técnica e administrativa similares. Este pressuposto é questionável, visto que na maioria dos países, o governo central tende a atrair os melhores profissionais. Mas, nos países em desenvolvimento, o problema é especialmente mais grave, onde a qualidade do pessoal na administração local é muito baixa. Mesmo os profissionais e técnicos mais capacitados sofrem com as desvantagens do isolamento, treinamento insuficiente e baixa interação com outros profissionais.

Feita essas ressalvas sobre os aspectos teóricos do federalismo fiscal nos países em desenvolvimento, passa-se a discorrer sobre o papel das transferências intergovernamentais.

2.2 Transferências Intergovernamentais

As transferências intergovernamentais fazem parte do mecanismo proposto para minimizar os efeitos oriundos do processo de descentralização (MENDES, 2002). Em muitos países em desenvolvimento, elas são a principal fonte de receitas dos governos subnacionais e responsáveis por criarem mecanismos de incentivos e responsabilização que afetam a gestão fiscal, a eficiência e a equidade da prestação dos serviços públicos (SHAH, 1994, 2007).

Shah (1994, 2007) classifica as transferências intergovernamentais como sendo de propósito geral (incondicionais) ou transferências de propósitos específicos (condicionais). As transferências incondicionais podem ser discricionárias ou definidas em lei, destinando-se a preservar a autonomia dos entes locais e aumentar a equidade entre as jurisdições. Possui apenas um efeito renda, uma vez que pode ser utilizada com qualquer combinação de bens e serviços públicos, ou ainda ser utilizada para reduzir a tributação dos residentes, sem afetar os preços relativos.

Por outro lado, as transferências condicionais, que podem ser de natureza regular, obrigatória, discricionária ou *ad hoc*, são destinadas a incentivar os governos a realizarem programas ou atividades específicas. Determinam o tipo de despesa que pode ser financiada ou pode exigir a obtenção de determinados resultados na prestação de serviços. As transferências condicionais podem exigir contrapartida do ente receptor, que necessita financiar um percentual específico das despesas fazendo-se uso dos seus próprios recursos (SHAH, 2007).

Quando as transferências exigem contrapartida, o valor repassado pelo ente subnacional pode ou não ser estipulado pelo ente transferidor. Com isso, as transferências condicionais podem ser ilimitadas quando os recursos repassados são na forma de subsídios para baratear o custo de provisão de um bem público incentivado, e é vista como um instrumento adequada para os programas que geram um alto grau de *spillovers* (SHAH, 2007; VARELA, 2008). Trata-se dos bens públicos que são ofertados por um governo local e que resultam em melhorias para os não residentes. Essa modalidade induz o governo local a ampliar a oferta do bem, internalizando os benefícios proporcionados ao não residentes (MENDES, 2002; SHAH, 2007).

As transferências condicionais com contrapartida e limitadas são usadas para auxiliar os governos locais no desenvolvimento de atividades consideradas prioritárias para os transferidores. Por outro lado, o componente da despesa que é aportado pelo ente receptor passa a ser considerado pelo ente concedente uma oportunidade de melhorar o controle do gasto público, aumentar a *accountability* financeira por parte do receptor e possibilitar o conhecimento dos custos para o governo que realiza as transferências (SHAH, 2007; VARELA, 2008).

Os principais objetivos que motivam a existência de transferências intergovernamentais são a necessidade de reduzir a lacuna fiscal vertical (*vertical fiscal gaps*) entre as jurisdições, reduzir as desigualdades fiscais por meio da equalização das transferências fiscais, definir padrões mínimos nacionais para a oferta de bens e serviços pelos governos locais, compensar os benefícios do efeito transbordamento (*spillover effect*), influenciar as prioridades locais, criar estabilidade macroeconômica e lidar com deficiências de infraestruturas em regiões menos favorecidas (SHAH, 2007).

De maneira geral, as transferências precisam ser definidas com base em critérios bem estabelecidos para conseguir os efeitos esperados, já que os entes subnacionais possuem características diversas como tamanho da população, área atendida e tipos de serviços que precisam ser executados. Nesse sentido, Shah (2007) recomenda que as bases que definem o quantitativo de transferências levem em consideração uma classificação dos governos locais por tamanho da população e o tipo de município que está recebendo as transferências (se é localizado na zona urbana ou rural). Com isso, propõe um sistema de equalização das transferências fiscais que estabeleça padrões mínimos para cada tipo de município, considerando-se um componente idêntico para cada ente, outro componente segundo os serviços a serem executados e outro que leve em conta a capacidade fiscal do ente.

Apesar dos diversos benefícios que foram apontados sobre as transferências intergovernamentais, a literatura do federalismo fiscal apresenta evidências conceituais e

empíricas que colocam em cheque a eficácia de uma gestão tributária centralizada que repassa aos entes subnacionais grande parcela das receitas arrecadadas. Nesse sentido, para uma melhor compreensão dessa abordagem, passa-se a discorrer sobre o Efeito *Flypaper* e sobre o fenômeno da Ilusão Fiscal.

2.2.1 Efeito *Flypaper* e Ilusão Fiscal

O Teorema da Equivalência (BRADFORD; OATES, 1971) sugere que um dado aumento nas transferências incondicionais ou na renda local da comunidade deve ter a mesma resposta no gasto público local. A ideia que fundamenta essa abordagem consiste na previsão de que a restrição orçamentária de uma comunidade caminha na mesma direção e magnitude em relação ao aumento das transferências ou das receitas tributárias conforme a propensão marginal dos gastos públicos locais (ACOSTA, 2010).

Mendes (2002) destaca que na literatura do federalismo fiscal há situações empiricamente incompatíveis com os pressupostos teóricos da descentralização fiscal: quando das transferências fiscais incondicionais e sem contrapartida surgem aumento das despesas públicas locais proporcionalmente maiores do que um aumento relativo na renda pessoal dos cidadãos (*flypaper effect*), ou seja, o gasto público tem uma tendência de crescimento muito maior em função do aumento das transferências do que em relação ao aumento da arrecadação tributária (BRITO, 2017).

As discussões em torno do efeito *flypaper* ganharam destaque com os trabalhos de Henderson (1968) e Gramlich (1969), que defendiam a hipótese de que os tributos arrecadados dos contribuintes e os recursos oriundos das transferências intergovernamentais impactariam igualmente na proporção dos gastos públicos. Entretanto, Henderson (1968) observou que, em média, aumentando-se as receitas por meio da arrecadação com base na tributação dos seus residentes resultaria em menor gasto público do que aumentando-se as receitas via transferências intergovernamentais. Gramlich (1969), por sua vez, observou que uma restrição orçamentária capaz de limitar o gasto público diminui proporcionalmente com o aumento das transferências federais do que com a arrecadação dos tributos diretamente sob os contribuintes.

Essa aparente anomalia, como destaca Inman (2008), precisa ser observada tanto pelo aspecto político, para compreender como os governos que recebem transferências intergovernamentais usam esses recursos e, com isso, determinar uma política fiscal eficiente

em economias federalista; quanto pelo aspecto científico, para entender como as preferências dos cidadãos estão sendo representadas nas políticas governamentais a partir dos gastos que os governos fazem com os recursos arrecadados dos contribuintes (INMAN, 2008).

As explicações teóricas do efeito *flypaper*, conforme destacam Gamkar e Shah (2007), oscilam entre os modelos tradicionais que assumem a hipótese de ilusão fiscal, na qual considera uma concorrência imperfeita no sistema político em que eleitor/residente não conhecendo o impacto das transferências intergovernamentais no setor público, subestima a verdadeira carga tributária e busca a maximização da oferta de bens e serviços públicos; e os modelos que assumem a existência de harmonia de interesses entre políticos e eleitores, que não existe uma competição política na jurisdição e não há a presença de ilusão fiscal nessa relação, já que se considera a hipótese de o governo ser eficiente. Nestes modelos, pressupõem-se que a alocação de recursos para a provisão de bens e serviços públicos é uma função de variáveis que determina o poder de barganha entre grupos de eleitores e o nível de reversão dos bens públicos estabelecido constitucionalmente (GAMKHAR; SHAH, 2007).

Outras abordagens teóricas do efeito *flypaper* são fundamentadas sob os aspectos da equidade e da eficiência das transferências intergovernamentais nos sistemas federados descentralizados. Nesse sentido, Gamkar e Shah (2007) apontam três principais fatores que tentam explicar esse fenômeno: (i) a existência de um *tradeoff* entre *accountability* e interdependência fiscal em situações de competição entre as jurisdições; (ii) o problema da restrição orçamentária nas jurisdições com baixa capacidade financeira; (iii) o problema de risco moral criado pelo fato de o governo central assegurar os orçamentos dos entes subnacionais contra choques econômicos negativos.

As evidências empíricas do efeito *flypaper*, no contexto da saúde pública, tentam corroborar os aspectos teóricos apontados anteriormente. Na Itália, Levaggi e Zanola (2003) observaram que o controle dos gastos públicos em saúde foi implementado através de reformas as quais impuseram regras orçamentárias mais rígidas aos governos locais e uma redução considerável das subvenções do governo central. Investigaram empiricamente se a resposta a essa redução nas transferências *lump-sum* (repassadas em montante fixo) do governo central para o governo local resultou em uma resposta assimétrica as transferências intergovernamentais. Os resultados evidenciaram a existência do efeito *flypaper* e, na hipótese de restrição orçamentária, observaram um forte efeito das transferências intergovernamentais, mas uma baixa resposta ao gasto público com recursos próprios, indicando que os governos locais preferem incorrer em maior endividamento do que reduzir os gastos em saúde.

2.3 Federalismo Brasileiro

A estrutura federativa é um dos aspectos mais importantes do processo político brasileiro, que refletiu não somente na dinâmica partidário-eleitoral, mas também no desenho das políticas sociais e no encadeamento de reformas do Estado (ABRUCIO, 2005). Nele, pode-se registrar algumas especificidades tendo em vista que a descentralização não foi iniciativa do governo central, mas partiu dos próprios governos subnacionais que se mobilizaram em busca da descentralização tributária. Resultando numa política de descentralização desarticulada e sem coordenação estratégica, que propiciou a acentuação das desigualdades socioeconômicas entre as unidades da federação e motivou a estruturação de um pacto federativo caracterizado por trocas entre as esferas de governo e entre as regiões do país (AFFONSO, 2000).

Isso pode ser observado, de maneira mais consistente, a partir do período de redemocratização que culminou com a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), modificando substancialmente a organização político-administrativa do país. Tornando o Estado brasileiro uma república federativa constituída pela União, pelos Estados membros, por Municípios e pelo Distrito Federal (BRASIL, 1988).

Nesse período, os municípios passaram a desempenhar um papel significativo na federação brasileira. Em meio a crises econômicas vivenciadas no país, que impulsionaram o processo de descentralização tributária, os entes subnacionais ampliaram sua participação na receita disponível, tornando-se os maiores beneficiários no aspecto fiscal após a Constituição de 1988 (AFFONSO, 1996). As atribuições concebidas aos municípios para gerir sua própria política tributária e a ampliação da proporção das receitas de transferências aos entes municipais foram os principais mecanismos que a Constituição apresentou no sentido de afirmar o princípio da descentralização no país (SANTOS; COSTA; ANDRADE, 2002).

Affonso (2000) destaca que na década de 1990, a descentralização no Brasil foi marcada pelo enfraquecimento das estratégias de proteção de reformas estruturais e pelo crescente desenvolvimento das políticas liberais: abertura da economia ao capital externo, desregulação no mercado financeiro, privatização de diversas empresas estatais e possibilidade de reformas trabalhistas e previdenciárias. Momento em que se evidenciou o caráter inconclusivo e conflituoso da descentralização e do revigoramento do federalismo brasileiro.

A ampliação da capacidade financeira dos municípios trouxe consigo um aumento significativo da participação destes entes na despesa pública, de maneira descoordenada e

diferenciada em cada uma das regiões brasileira (AFFONSO, 1996). Acentuando-se as disparidades socioeconômicas entre as unidades federadas e configurando-se em um dos principais obstáculos para o desenvolvimento do país (AFFONSO, 2000).

Esses fatores são considerados elementos que colocam em cheque a eficácia da federação brasileira, uma vez que se registra a persistência de conflito vertical entre a União e os governos subnacionais, tanto no que diz respeito às competências sobre o gasto público quanto no que diz respeito a arrecadação de receitas (AFFONSO, 2000). Ao mesmo tempo em que se percebe o crescimento das tensões federativas entre estados e entre municípios (guerra fiscal e emancipação descontrolada de municípios). Também as dificuldades em redistribuir competências entre os entes federados, quer seja pela heterogeneidade socioeconômica regional, quer seja pela estruturação política que condiciona a intermediação de recursos federais para estados e municípios e, por último, a crise fiscal do estado, com déficit agregado do setor e crescente endividamento destes entes (AFFONSO, 2000).

Nesse cenário, o renascimento da federação brasileira trouxe consigo problemas de coordenação intergovernamental pautados pelas formas de integração, compartilhamento e tomada de decisão conjunta entre o governo central e os entes subnacionais (ABRUCIO, 2005). Segundo Abrucio (2005) um dos fatores que motivou a formação dos problemas de coordenação entre os entes federados foi a expansão, ou no mínimo a manutenção, do estado de bem-estar social (*Welfare State*) frente a relativa escassez de recursos: situação que tem exigido coordenação entre as esferas político-administrativas para garantir a melhoria do desempenho governamental, a gestão eficiente dos recursos e a efetividade das políticas públicas (ABRUCIO, 2005).

Com relação às políticas sociais, Arretche (2004) comenta que a Constituição de 1988 fez a opção pelo formato de competências concorrentes para a maior parte das políticas sociais no Brasil. Assim, os entes federados mesmo estando autorizados a implementar programas sociais na área de saúde, educação, assistência social, habitação e saneamento, não havia uma obrigação constitucional para fazê-los, ou seja, mesmo havendo uma descentralização das receitas disponíveis, não houve uma preocupação por parte do constituinte em distribuir essas competências para os entes subnacionais.

As políticas públicas de saúde podem ser consideradas aquelas de maior destaque no quadro federativo desde a Constituição de 1988 (ABRUCIO, 2005). No desenho federativo das funções relacionadas à saúde, a União é responsável pela maior parte do financiamento e da formulação das políticas nacionais de saúde, além de ser o principal responsável pela coordenação das ações intergovernamentais (ARRETICHE, 2004), ou seja, o governo central

pode tomar decisões importantes nas questões de saúde e os governos locais, por serem fortemente dependentes das transferências intergovernamentais, acabam sendo influenciados pelas escolhas do governo central (2004).

2.4 Caracterização do Sistema de Saúde Brasileiro

O modelo de sistema de saúde brasileiro como atualmente é concebido foi um avanço trazido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Antes desse período, os serviços de promoção da saúde e a prevenção de doenças eram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, e a assistência médica e hospitalar era realizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Hospitalar (INANPS), beneficiando apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes (CONASS, 2007; SIMÃO; ORELLANO, 2015). A estrutura do sistema de saúde não era constituída sob os pilares da universalidade e da equidade, tendo como usuários somente os respectivos contribuintes e ao mesmo tempo favorecendo os estados e municípios mais ricos e desenvolvidos cuja relação formal de trabalho era mais significativa, com maior número de trabalhadores (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

Com a criação do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os brasileiros, cabendo ao poder público medidas sociais e econômicas visando à redução dos riscos de doenças e de outros agravos (BRASIL, 1988). A partir de então, o sistema passou a ser de caráter universal e igualitário, de modo que qualquer pessoa, independentemente de ser contribuinte do sistema, poderá usufruir dos seus benefícios. Resultando numa das mais importantes conquistas no campo social no momento em o Brasil buscava sua redemocratização (MARQUES; MENDES, 2012; PAIM et al., 2011).

Para atender as demandas geradas por essa nova sistemática nas políticas de saúde, as ações e os serviços públicos no campo da saúde passaram a ser estruturados sob a forma de sistema único, composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção descentralizada em cada esfera governamental, proporcionando atendimento integral no sentido de prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 1990a). Dessa forma, o SUS passou a ser constituído pelo conjunto de ações e serviços executados por órgãos e instituições públicas municipais, estaduais ou federais, ou ainda, pela iniciativa privada em caráter complementar. Tendo como objetivos identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde,

formular políticas destinadas à redução de risco de doenças e prestar assistência às pessoas através de promoção, proteção e recuperação de saúde (BRASIL, 1990a).

Diversos mecanismos institucionais e legais foram utilizados ao longo do tempo para possibilitar que os entes subnacionais tivessem as condições operacionais e financeiras para desempenhar as funções relacionadas à saúde de maneira descentralizada. Após a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que estabeleceu diretrizes para organização e funcionamento do SUS, definindo as atribuições do sistema de saúde e a sua forma de financiamento, leis ordinárias e complementares foram instituídas para regulamentar as ações e serviços de saúde no território brasileiro.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento desses serviços e definiu a universalização de acesso aos serviços de saúde, a igualdade de assistência à saúde, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade como princípios básicos do SUS. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), tratou da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), com o propósito de regulamentar a Emenda Constitucional nº 29/2000, tratou de definir os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Além de estabelecer critérios de rateio de recursos transferidos para saúde e de definir normas de fiscalização e controle das despesas com saúde. No tocante especificamente à equidade, ela determinou que os planos e metas pactuados nos Estados e nos Municípios deveriam constituir-se nas bases para promoção da equidade e que os recursos mínimos executados em saúde seriam utilizados em ações e serviços que garantissem o acesso universal, igualitário e gratuito.

Apesar dos esforços apresentados pela legislação no intuito de assegurar a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros, diversos atos infralegais, como Decretos, Resoluções e Normas Operacionais Básicas, foram utilizados como mecanismos institucionais buscando ampliar o escopo normativo que definisse as condições operacionais para os entes subnacionais desempenharem as funções da saúde pública de maneira descentralizada.

O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994), apresentou as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e definiu que a descentralização

dos serviços seria promovida e concretizada com a cooperação técnica da União, buscando atender o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade de atendimento. Já o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011) especificou que o acesso universal e igualitário das ações e dos serviços de saúde seria ordenado pela atenção primária e deveria ser fundamentado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e em critérios cronológicos. Também atribuiu aos entes federativos a responsabilidade por garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.

No aspecto financeiro, as normas infralegais tiveram um papel significativo para garantir a fortalecimento das políticas de descentralização dos recursos destinados à saúde. Segundo Piola et al. (2013) o princípio da descentralização passou a ser aplicado mais fortemente com a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que possibilitou a ampliação dos recursos transferidos da União para estados e municípios. O Quadro seguinte apresenta em linhas gerais o conteúdo abordado por essas NOBs e suas implicações para a descentralização e para a equidade de acesso aos serviços de saúde:

Quadro 1: Atos normativos que impactaram na descentralização e na equidade à Saúde.

Ato Normativo	Implicações na Descentralização e na Equidade
Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91)	✓ Fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS; ✓ Estabelece a necessidade de os Estados e Municípios constituírem Fundo de Saúde para assegurar o aporte de recursos ao setor saúde; ✓ Define os requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os municípios;
Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93)	✓ Disciplina o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS; ✓ Esclarece que a descentralização tem como objetivo reformular o modelo vigente para garantir a assistência integral, universalizada e equânime;
Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB/SUS 01/96)	✓ Tem como finalidade promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor pleno da atenção à saúde, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo; ✓ Alerta para a necessidade de integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais de saúde. Evitando a fragmentação e o desenvolvimento desordenado destes sistemas; ✓ Admite, nas ações de harmonização e integração dos sistemas municipais de saúde, a utilização do princípio da discriminação positiva, no sentido de busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo.
Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001)	✓ Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;
Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002)	✓ Estabelece o processo de regionalização como estratégias de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; ✓ Assegura a manutenção das diretrizes definidas na NOAS-SUS 01/2001, oferecendo alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses na sua implementação;

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2015).

Estas proposições elencadas na legislação e que fundamentam a organização político-administrativa do SUS, evidenciam a complexidade com que o sistema de saúde brasileiro está inserido e reforça a necessidade de preparar os municípios para desenvolver as ações básicas de saúde e garantir a efetividade do projeto de descentralização proposto para o Brasil (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Por outro lado, a frequente normatização que tem sido observada em relação ao SUS pode ser um indicativo das dificuldades que precisam ser enfrentadas pelos entes federados para garantir que os serviços sejam distribuídos equitativamente entre as diversas regiões do país.

Essas legislações também definiram as formas de financiamento dos gastos públicos em saúde. Inicialmente, a Constituição Federal estipulou que os recursos públicos destinados à saúde seriam fixados no orçamento da seguridade social com base nas estimativas de arrecadação de receitas, obedecendo às metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Tais recursos, são creditados diretamente em contas especiais, em cada esfera de atuação, movimentadas sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a).

Com o advento da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, os entes federados passaram a ter de aplicar um percentual mínimo das receitas próprias em ações e serviços de saúde: sendo 15% obrigatórios para a União; 12% para os Estados e Distrito Federal, para as receitas oriundas dos impostos estaduais; 15% para Municípios e o Distrito Federal quando da arrecadação dos impostos municipais; e 12% para o Distrito Federal para os impostos que não podem ser segregados em base estadual ou municipal (BRASIL, 2012b).

Os recursos federais destinados à saúde são transferidos fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, organizados em blocos de financiamentos, conforme as especificidades das ações e serviços pactuados. A Portaria GM/MS nº 204 (BRASIL, 2007), e alterações posteriores, definiu esses blocos nas seguintes categorias: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde³ (BRASIL, 2007).

Os recursos referentes ao Bloco de Atenção Básica repassados pelo governo federal ao Distrito Federal e aos Municípios são constituídos por um componente fixo e outro variável. No componente fixo os recursos são transferidos mensalmente de maneira regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Já no componente variável, os recursos financeiros são destinados ao financiamento de estratégias

³ Bloco incluído pela Portaria n. 837 de 24 de abril de 2009 e tem como característica a transferência de recursos financeiros destinados exclusivamente para atender às despesas de capital.

em nível básica de atenção à saúde, incluindo a Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde e outros. Percebe-se que no bloco de Atenção Básica estão inseridos importantes componentes do SUS que fomentam a atenção primária. São recursos empregados em ações e serviços voltados para o primeiro contato com os pacientes, com a finalidade de promover a saúde, prevenir agravos, além de tratar e reabilitar a população (CAMPOS, 2009).

Nesse contexto, observa-se que através do Bloco de Atenção Básica grande parcela de responsabilidade na promoção dos serviços de saúde foi repassada aos municípios brasileiros (e ao Distrito Federal) sob a ótica de que os governos locais têm mais condições de identificar necessidades específicas da população. Ao mesmo tempo fazendo cumprir os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde (SIMÃO; ORELLANO, 2015). Assim, atribuiu-se competência aos municípios não somente em relação ao planejamento e a coordenação do plano municipal de saúde, mas na execução de serviços e ações básicas para melhor empregar os recursos financiados pela sociedade (CAMPOS, 2009).

Embora os municípios possam ter a possibilidade de identificar as situações mais específicas para melhor distribuir os recursos para a saúde, ainda é possível observar grandes desigualdades regionais em termos de gastos públicos em saúde. Segundo Piola et al. (2016), no período de 2000 a 2010, mesmo que os recursos aplicados tenham aumentado em 112% no gasto consolidado total e 89% no gasto per capita das três esferas governamentais, as desigualdades regionais praticamente não foram alteradas. É nesse cenário de descentralização dos serviços e dos recursos públicos destinados à saúde que se pode entender que os objetivos do SUS no processo de redistribuição e regionalização dos recursos pode ainda não estar sendo integralmente atendidos.

2.5 Equidade nos serviços de saúde

A equidade tem sido reconhecida como um importante objetivo político no campo da saúde, ou até mesmo o mais importante, a ser alcançado (CULYER, 2001; GWATKIN, 2001; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000). Em vista disso, as principais questões levantadas em relação às políticas de saúde têm sido voltadas para a necessidade de se avaliar o nível de desigualdades na distribuição desses serviços pelos entes públicos e como as disparidades podem ser alteradas através de reformas políticas (ALLISON; FOSTER, 2004).

A equidade em saúde, conforme Macinko e Starfield (2002), tem sido conceituada e definida de várias maneiras, uma vez que seus princípios são influenciados por diversas áreas de conhecimento, como a filosofia, a ética, a economia, a medicina, entre outros. No entanto, observa-se o que há em comum entre as definições é a ideia de que as diferenças, ou desigualdades (*inequality*) em saúde, são inaceitáveis ou evitáveis (*unfair*) e injustas (*unjust*) (MACINKO; STARFIELD, 2002).

Margaret Whitehead (1992) define equidade como a situação na qual todas as pessoas devem ter a justa oportunidade de alcançar seu pleno potencial de saúde de modo que ninguém apresente desvantagens em relação aos demais, ou seja, "diferenças de saúde que não são apenas desnecessárias e evitáveis, mas, além disso, são consideradas desiguais e injustas" ⁴ (WHITEHEAD, 1992, p. 430).

Apesar dessa definição ser amplamente utilizada pela literatura, Starfield (2006) faz diversas argumentações contrapondo-se a ela afirmando que Whitehead (1992), implicitamente, assume que os conceitos de *unfairness* (ou seja, as iniquidades) e *unjustness* (i.e. injustiças) podem ser mensurados. E, no entanto, quando as pesquisas se concentram mais intensamente sobre a equidade na saúde do que especificamente sobre os serviços de saúde, as noções de *fairness* apresentam-se problemáticas pela dificuldade em se definir uma medida de saúde para os indivíduos ou para a população. Além disso, o conceito de *fairness* em saúde pode diferir amplamente dependendo do contexto cultural em que se pretende abordá-lo.

Wagstaff e Van Doorslaer (2000, p. 1807) também alertam que a equidade, sinônimo de justiça social, não pode ser confundida com altruísmo ou caridade dada à semelhança semântica entre elas. Enquanto o altruísmo é uma questão de preferências de um dado indivíduo, que diante da necessidade de cuidados de saúde está disposto a sacrificar recursos para garantir que sejam obtidos os devidos tratamentos, equidade deriva de um conjunto de princípios sobre os quais uma pessoa deve ter como direito. Logo, não depende de preferências específicas do indivíduo.

Por conta disso, quando se analisa a equidade no contexto da saúde, é preciso deixar claro qual aspecto está se referindo, visto que a desigualdade pode relacionar-se com o nível de acesso ou com a qualidade dos serviços de saúde nos diferentes contextos populacionais, ou ainda, pode referir-se à desigualdade na prestação e na distribuição dos serviços de saúde (WHITEHEAD, 1992). Nessa perspectiva, Whitehead (1992) destaca que o termo desigualdade

⁴ "differences in health that are not only unnecessary and avoidable but, in addition, are considered unfair and unjust".

tem uma dimensão moral e ética que precisa levar em consideração as diferenças do que são necessárias e evitáveis e, ao mesmo tempo, considerar o aspecto da justiça ou da injustiça.

Wagstaff e Van Doorslaer (2000) acrescentam que três interpretações precisam ser elucidadas para compreender o conceito de equidade: (i) equidade como sinônimo de igualdade de acesso; (ii) equidade referindo-se à alocação de recursos de acordo com as necessidades; e (iii) equidade como sendo igualdade de saúde entre os indivíduos. O acesso é apenas um dos fatores que influencia o recebimento da assistência à saúde, pois duas pessoas podem ter o mesmo nível de acesso aos cuidados de saúde e estar no mesmo grau de necessidade das demais, e ainda assim, o tratamento que receber pode ser diferente, gerando desigualdades.

Uma definição alternativa de equidade que busca melhorar a proposição apresentada por Whitehead (1992) é apresentada por Starfield (2001). Ela considera a equidade como sendo a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do estado de saúde de uma certa população, ou de um determinado grupo social, demográfica e geograficamente definido. Com isso, a autora sugere que não devem existir diferenças nos serviços de saúde onde as necessidades são iguais ou, ainda, que os serviços mais especializados sejam fornecidos onde houver maiores necessidades de saúde.

Starfield (2006), ao comentar esta definição, argumenta que se trata de uma proposição consistente com as noções atualmente aceitas de justiça social (*fairness*). Além de ser mensurável, é coerente com a ideia de justiça apresentada por Amartya Sen (1999) – ao tratar da capacidade das pessoas de se desenvolverem como seres humanos – e atende a noção de justiça como equidade de John Rawls (1971). Dessa forma, acrescenta Starfield (2006), é uma definição voltada para facilitar o planejamento e a realização de pesquisas e análises voltadas para informar as decisões políticas em matéria de equidade em saúde, afastando-se dos conceitos que abordam apenas estratégias específicas como equidade de acesso ou provisão de serviços de saúde.

Levando-se em consideração a capacidade contributiva dos usuários dos serviços de saúde, a literatura tem destacado a equidade em dois aspectos (i) equidade vertical e equidade horizontal. No nível vertical, a equidade considera que pessoas, ou famílias, com desiguais capacidades de pagar pelos serviços fazem desembolsos adequadamente diferentes para satisfazer seus cuidados de saúde (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000). Assim, para indivíduos em diferentes condições, tem-se tratamento diferenciado na medida de suas diferenças para que a equidade se estabeleça (CULYER, 2001).

A equidade horizontal, por sua vez, engloba o conjunto de pessoas ou famílias com mesma capacidade de pagar pelos serviços e que pode fazer as mesmas contribuições e pode

ser definida pela medida em que aquelas pessoas de igual capacidade de pagamento realmente acaba fazendo pagamentos iguais, independentemente de, por exemplo, sexo, estado civil, local de residência etc. (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000, p. 1819). Portanto, os indivíduos semelhantes devem ter semelhante tratamento.

2.6 Evidencias Empíricas sobre Equidade na Saúde

As evidencias empíricas têm sugerido que nas federações em que as políticas de saúde são descentralizadas, há forte possibilidade de existirem disparidades no acesso aos serviços de saúde. Trabalhando sob esta perspectiva, Costa-Font e Gil (2009) buscaram evidencias que indicassem as fontes de desigualdades na saúde, sob o contexto da descentralização das políticas públicas na Espanha. Esta análise foi determinada com base nas dimensões de resultado, acesso e financiamento da saúde, controladas por variáveis socioeconômicas. Observaram que as desigualdades em saúde parecem ser motivadas pelas disparidades de renda e pelo uso dos serviços de saúde e não necessariamente pelo financiamento e pelas despesas alocadas a essas políticas públicas.

Costa-Font e Rico (2006) examinaram os efeitos da descentralização do sistema de saúde sobre o surgimento de desigualdades regionais nos resultados da saúde (mensurados pela taxa de mortalidade e pelos despesas em saúde) no Sistema de Saúde espanhol. Observaram que a descentralização não levou a uma expansão das desigualdades regionais nos resultados de saúde. Além disso, não encontraram evidencias de que a descentralização aumenta as despesas de saúde pública em regiões cujos serviços de saúde são descentralizados. No entanto, essas despesas são explicadas dependendo das necessidades locais, de maior ou menor dependência do uso dos insumos em saúde, das dimensões socioeconômicas e demográficas de cada região. Resultados que são consistentes com os observados por Costa-I-Font (2005) que identificou, usando o Índice de Concentração, relação positiva entre descentralização e Equidade, embora tenha identificado que a atuação do setor privado tem um importante papel no favorecimento das desigualdades inter-regionais.

Zhong (2010) fez um exame do impacto da descentralização dos serviços de saúde sobre a desigualdade no acesso à saúde no Canadá. Explorando a dimensão espacial da desigualdade, usou o *Theil Index* para medir o nível de desigualdade entre as províncias canadenses. Seus resultados mostraram que o índice geral de desigualdade na utilização dos serviços de saúde é

explicada por variações nas províncias do Canadá. Com isso, observou que o aumento do grau de descentralização está relacionado ao menor grau de desigualdade global e dentro da província no uso dos serviços médicos e hospitalares. E menor desigualdade entre as províncias no uso dos serviços médicos e hospitalares e atendimento especializado.

Embora este resultado contradiga estudos como o de Jimenez-Rubio et al. (2008), seus achados estão em consonância com o que preconiza a teoria do federalismo fiscal ao considerar a otimização da redistribuição dos recursos pode ser alcançada quando o governo central transfere recursos para os governos locais e estes, por sua vez, redistribuem com os indivíduos em suas respectivas jurisdições.

Andrade et al. (2013) fizeram uma análise das desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde no Brasil e regiões, controlando-se a amostra por fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades. Observaram que um aumento das taxas de utilização e redução das desigualdades no cuidado primário, especialmente entre indivíduos sem plano privados de saúde. O que sugere melhorias nos serviços públicos. Para o indicador de problema de acesso, verificaram desigualdade favorável aos ricos, que é bastante reduzida quando controlada pelo plano privado de saúde.

Almeida et al. (2013) analisam a evolução e os determinantes das desigualdades relacionadas à receita no sistema de saúde brasileiro. Nos períodos analisados, observaram que o grupo de menor renda obteve piores condições de saúde e a desigualdade no acesso aos serviços médicos e dentários foram em benefício dos ricos. Para os determinantes, verificaram que planos privados de saúde, educação e renda são os maiores contribuintes para as desigualdades identificadas. Concluíram que as desigualdades no uso dos cuidados médicos e dentários estão declinando gradualmente no Brasil por causa das políticas e programas que buscam melhorar a equidade nos serviços de saúde.

Politi (2014) estimou a desigualdade no uso de serviços de saúde por meio de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Observou que a utilização dos serviços de saúde, estratificada com base renda familiar, é desigual e a favor dos mais ricos (pró- rica), em sete dos serviços analisados. O fator que mais contribui para mudanças percentuais foi a posse de plano privados de saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF) contribui para diminuir essas desigualdades, mas com impacto pró-pobre bastante moderado.

Sumah, Baatiema e Abimbola (2016) ao realizarem uma revisão sistemática da literatura sobre as implicações da descentralização sobre a equidade em saúde, observaram que o impacto da descentralização sobre as desigualdades na saúde depende das disparidades socioeconômicas pré-existent no país e das barreiras financeiras ao acesso. Além disso, observaram que a

descentralização pode levar a desigualdades no financiamento da saúde entre as jurisdições subnacionais, mas isso é minimizado por meio de transferências intergovernamentais do governo central e subvenções entre as jurisdições. Dessa forma, percebe-se que a pura descentralização pode ampliar os níveis de desigualdades entre as jurisdições locais se não houver a implementação de políticas financeiras e administrativas complementares que equalize o acesso aos serviços de saúde.

Cambota e Rocha (2016) avaliaram a evolução das desigualdades na utilização de serviços de saúde para as regiões e os Estados brasileiros utilizando índices de concentração e desigualdade horizontal. Encontraram evidências de desigualdades nas consultas médicas favoráveis aos ricos, tanto a nível de Brasil quanto em nível regional, que evoluiu de 1998 até 2008, mas não alterando o padrão desigualdade favorável aos ricos. Já para as internações hospitalares, não encontraram evidências de desigualdades uma vez que os índices estimados não apresentaram significância estatística.

3 FATOS OBSERVADOS NA DESCENTRALIZAÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS

Este capítulo aborda os principais fatos observados empiricamente que norteiam as relações federativas dos municípios brasileiros em relação aos gastos públicos em saúde. Inicialmente apresenta-se uma análise exploratória das receitas e despesas em saúde. Em seguida, discute-se o papel da descentralização dos recursos públicos para os municípios do Brasil, destacando-se a influência das transferências intergovernamentais para buscar a equidade de acesso à saúde.

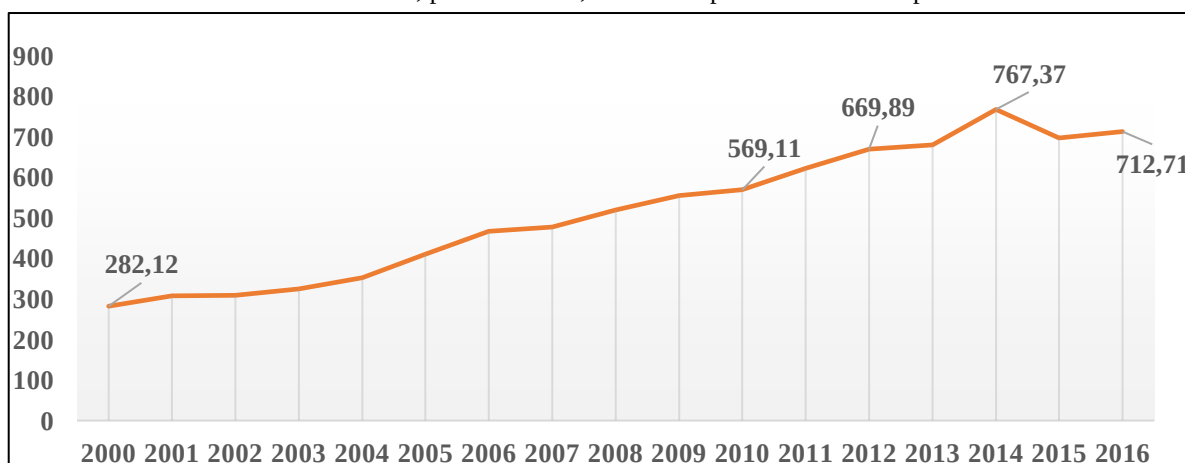
3.1 Análise Exploratória das Receitas e Despesas em saúde nos municípios brasileiros

Numa primeira análise, buscou-se observar o comportamento dos gastos públicos em saúde nos municípios brasileiros ao longo do período 2000 a 2016. Para atingir esse propósito, observou-se o gasto médio em saúde, por habitante, sob responsabilidade de cada município. Diante disso, verificou-se, conforme o Gráfico 1, que os recursos per capita utilizados em saúde, excluindo-se as despesas com servidores inativos, aumentaram em 153% nesse período, com valores nominais crescendo de R\$ 282,12 para R\$ 712,71 ao longo dos 17 anos observados.

Um dos elementos que tem sido apontado como fator contributivo para o aumento do volume de recursos para o SUS é a aprovação da Emenda Constitucional 29/2000 (PIOLA et al., 2016) que estabelece para os entes federativos percentuais mínimos a serem aplicados em saúde (no caso dos municípios, definiu-se 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais). Ao considerar os gastos per capita totais em saúde nas três esferas governamentais, Piola et al., (2016) constatarem que houve crescimento de 89,2% nos gastos em saúde até 2010, em função do compartilhamento entre União, Estados e Municípios.

Entretanto, os autores destacam que a maior participação no aumento desses recursos ocorreu por conta do comprometimento financeiro dos Estados e Municípios que foram obrigados a direcionar recursos para a saúde. Isso pode ser verificado, especificamente, para os municípios observando-se o Gráfico 1. Percebe-se que o aumento nos gastos até o ano de 2010 foi da ordem de 101%, ou seja, a participação dos entes subnacionais (municípios), passou a ser bastante significativa para aumentar a alocação de recursos para saúde.

Gráfico 1: Média de Gastos em saúde, por habitantes, nos municípios brasileiros no período 2000 a 2016.



Nota: Valores corrigidos pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP – DI)⁵

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SIOPS (2017).

Outro aspecto legal também apontado por Piola et al. (2016) como relevante para o incrementar o volume de recursos para a saúde foi a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (BRASIL, 2012b). Ela teve como finalidade regulamentar o §3º do Art. 198 da Constituição Federal dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde e estabeleceu critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde. No caso dos municípios, pode-se observar no Gráfico 1 o significativo crescimento das despesas já em 2013, sinalizando para uma possível ampliação dos níveis de recursos alocados para a saúde.

Entretanto, nos anos seguintes a 2013, o volume dos gastos não segue esse direcionamento, mas apresentou redução de R\$ 54,66 per capita, em média. Possivelmente influenciado pela situação macroeconômica do país que, entre o segundo trimestre de 2014 e o terceiro trimestre de 2016, apresentou redução de 8,33% no Produto Interno Bruto (PIB) e inseriu o país, conforme aponta Oreiro (2017), numa das mais profundas e duradouras quedas no nível de atividade econômica desde o término da Segunda Guerra Mundial. Impactando, possivelmente, na arrecadação das receitas que seriam destinadas à saúde.

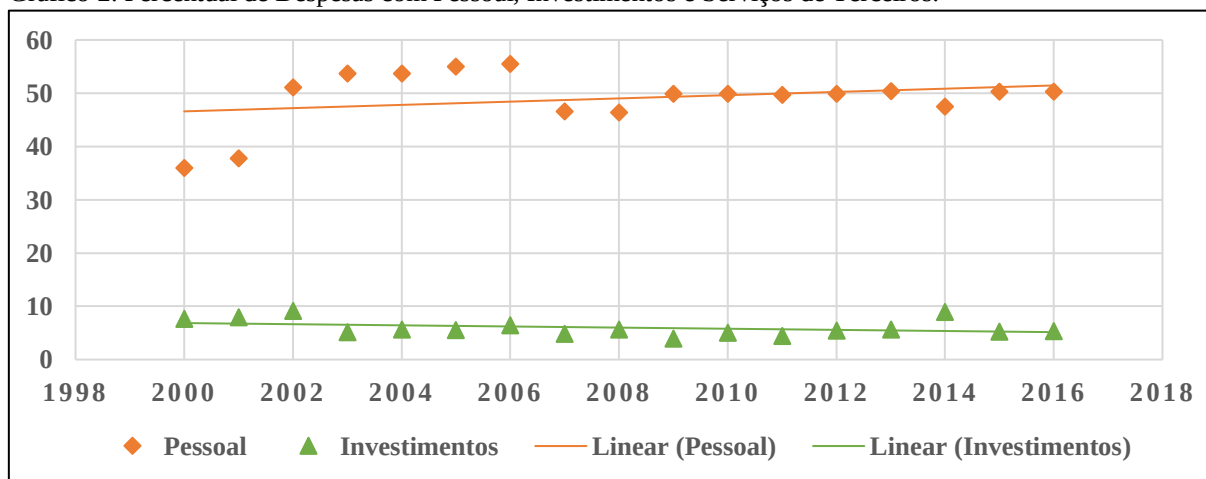
Embora se tenha observado uma tendência de crescimento contínuo no volume de gastos relacionados à saúde, é possível verificar que a maior parte das despesas se concentra na categoria econômica de Despesas Correntes, mais especificamente no Grupo de Natureza da Despesa classificado como Pessoal e Encargos Sociais.

⁵ O IGP – DI é calculado mensalmente pela Fundação Getúlio Vargas para medir o comportamento dos preços em geral da economia brasileiras.

O Gráfico 2 apresenta os valores percentuais das despesas com Pessoal, com Investimentos e com Serviços de Terceiro em relação ao total dos gastos em saúde. Nele é possível observar que, na maioria dos anos em análise, o percentual dos gastos com Pessoal superou a margem de 50%. Evidenciando que o maior quantitativo anual de recursos é empregado para disponibilizar equipes de médicos, enfermeiros e pessoal de apoio para viabilizar a realização dos serviços de saúde à população.

Apesar de se constatar que, em média, a metade dos recursos disponíveis para a saúde é destinada ao pagamento de pessoal, estima-se que as equipes de saúde existentes são insuficientes para atender a demanda da população pelos serviços básicos de saúde e a superação dessa problemática esbarra-se na própria legislação brasileira. Esse fato foi constatado por Rodrigues dos Santos (2013) ao analisar as políticas de Estado voltadas para o desenvolvimento do SUS. Ele tem argumentado que a limitação dos gastos com pessoal, imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal, é um dos obstáculos a ser enfrentado pelo sistema de saúde. Impossibilitando que os municípios realizem novas contratações, obrigando-os a recorrer à terceirização dos serviços de saúde.

Gráfico 2: Percentual de Despesas com Pessoal, Investimentos e Serviços de Terceiros.



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SIOPS (2017).

De maneira contrária ao observado no comportamento das despesas com pessoal, os gastos com investimentos não chegam a atingir 10% do total das despesas realizadas. Considerando-se a série apresentada no Gráfico 2, que evidencia os gastos nesta rubrica em relação ao total de despesas com saúde, tem-se que em média 6% dos dispêndios estão para as ações de investimentos. Além do mais, verifica-se que há uma tendência de permanecer neste mesmo patamar, com pequenas oscilações ao longo do tempo, inclusive com possibilidade de

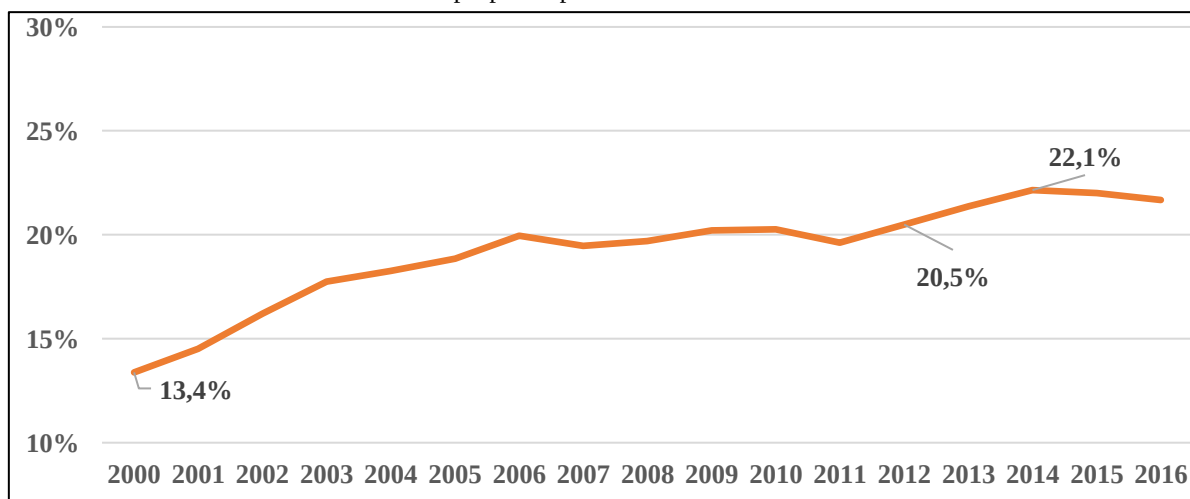
redução nesse percentual. Logo, tem-se percebido a grande limitação imposta aos municípios para melhorias nas instalações dos hospitais e postos de saúde e na compra de novos equipamentos para disponibilizá-los à população.

Ao fazer essa análise descritiva das receitas e despesas em saúde nos municípios brasileiros, é fundamental compreender em que medida os entes subnacionais conseguem arrecadar seus próprios tributos e em que proporção estas receitas impactam na melhoria das condições de saúde em nível municipal. Sendo assim, passa-se a discorrer no tópico seguinte os recursos próprios obtidos pelos municípios e que são utilizados em despesas com saúde.

3.1.1 Percentual de recursos próprios aplicados à saúde nos municípios brasileiros

A Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, alterou dispositivos da Constituição Federal de 1988 para assegurar percentual mínimos de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Em vista disso, Estados e Municípios passaram a ser responsáveis pela aplicação de 12% e 15%, respectivamente, das receitas provenientes da arrecadação de impostos e das transferências intergovernamentais de natureza constitucionais e legais.

Gráfico 3: Percentual médio dos recursos próprios aplicados em saúde conforme Emenda Constitucional 29/2000.



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SIOPS (2017).

Com base nisto, e observando-se o comportamento médio da aplicação destes percentuais pelos municípios brasileiros, conforme apresentado no Gráfico 3, percebe-se que

no ano da promulgação da referida Emenda Constitucional, de fato, ainda não havia uma “preocupação” dos entes federados municipais com a alocação de um percentual mínimo para a saúde. Veja-se que apenas 13,4% das receitas próprias dos municípios foram aplicadas à saúde no ano 2000. No entanto, já no exercício seguinte, observou-se que o comportamento médio dos municípios fora justamente incluir na aplicação de suas receitas o percentual recomendado para a saúde. Com isso, houve atendimento, em média, do percentual mínimo definido constitucionalmente. Embora não se possa afirmar que todos os entes imediatamente conseguiram atender a esse fundamento, como destacam Silva et al. (2008).

Apesar disso, já em 2002, percebe-se um contínuo crescimento desse percentual, indicando que pode ter havido a preocupação, por parte dos entes municipais, em aplicar os tributos arrecadados para atender aos percentuais mínimos constitucionais definidos para à saúde. Como isso, pode se considerar, conforme destacam Piola et al. (2013), que a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, mesmo tendo impacto diferenciado em cada ente da federação, foi bem-sucedida na tentativa de atender ao princípio constitucional da descentralização, pois ampliou a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

Caba ainda destacar, das informações apresentadas no Gráfico 3, a tendência de rápido crescimento nesse percentual a partir de 2012. Vale salientar que nesse ano foi promulgada a Lei Complementar nº 141 (LC nº 141/2012) que regulamentou a EC 29 (BRASIL, 2012b). Trazendo, como destaca Piola et al. (2013), uma oportunidade de ampliação dos recursos para o SUS por apresentar medidas mais severas no sentido de evitar o descumprimento dos percentuais mínimos e por criar novas fontes de recursos para o sistema.

Outro aspecto que possivelmente contribuiu para esse aumento após 2012 pode ser atribuído ao artigo 25 da LC 141/2012) ao definir que, na situação de não atendimento ao percentual mínimo a ser gasto em ações e serviços públicos de saúde, o ente público deverá compensar no ano seguinte o valor faltante. Assim, independente do percentual mínimo contabilizado no ano seguinte, o ente governamental terá de completar o percentual que não fora aplicado anteriormente.

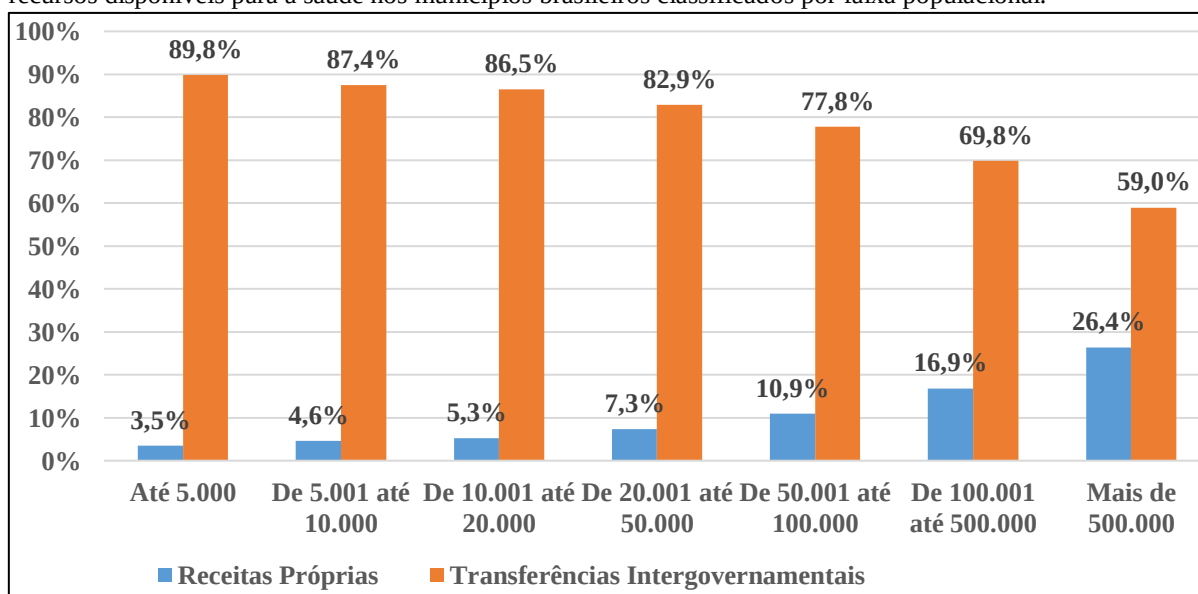
Percebe-se, portanto, que o princípio da descentralização pode estar sendo levado em consideração quando se desenvolvem mecanismos para financiamento das ações e serviços em saúde. Por conta disso, faz-se necessária analisar como tem sido o processo de transferência de recursos das instâncias superiores para os governos locais e em que medida isso tem afetado o gasto público em saúde. Portanto, o tópico seguinte apresenta uma discussão que leva em conta a descentralização dos recursos para serem aplicados em saúde nos municípios e o papel das

transferências intergovernamentais para equalizar a distribuição dos recursos nos municípios com baixa autonomia financeira.

3.2 Descentralização dos recursos para a saúde nos municípios brasileiros

Após uma análise inicial do comportamento dos gastos em ações e serviços de saúde nos municípios brasileiros no período 2000 a 2016, passa-se a discorrer sobre a descentralização desses recursos a nível municipal. Optou-se por fazer um estudo considerando-se o aspecto populacional dos municípios. Com isso, poder verificar o nível de dependência de recursos oriundos de transferências constitucionais e legais e em que medida os municípios dispõem de autonomia financeira para incluir recursos no setor saúde.

Gráfico 4: Percentuais de Receitas Próprias e de Transferências Intergovernamentais em relação ao total de recursos disponíveis para a saúde nos municípios brasileiros classificados por faixa populacional.



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SIOPS (2017).

O Gráfico 4 apresenta a participação percentual da Receita Própria na receita total do município, indicando a capacidade de arrecadação que o ente municipal dispõe para contribuir com o financiamento das ações e serviços de saúde. Também evidencia a participação percentual das transferências intergovernamentais na receita total do município, tratando-o como um indicador do grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo.

A literatura aponta que o tamanho da população de uma localidade afeta o nível de receitas do governo, dado que algumas fontes de recursos são originadas em uma base per capita (LIMA; DINIZ, 2016). Assim, percebe-se que nos entes menos populosos há uma limitada capacidade de auferir receitas a partir das suas bases tributárias. Portanto, pode-se verificar que a curva de receitas próprias, dada pelo percentual médio em relação ao total de arrecadação, é crescente de 3,5%, nos municípios com até 5 mil habitantes, para 26,4% nos entes cuja população é maior do que 500 mil habitantes.

Outro aspecto que também merece ser observado é o baixo percentual de receitas próprias para os entes com até 100 mil habitantes, onde cerca de 3800 municípios arrecadam em média 10% de suas receitas a partir de suas próprias bases tributárias. Affonso (2000) já chamava atenção para a grande quantidade de municípios de menor porte que não arrecadava mais de 4,6% de receitas próprias. Ele apontava esse fato como um dos aspectos inerentes à crise do federalismo brasileiro, que já concentrava no governo central a maior parte da arrecadação das receitas. Os indicadores apresentados no Gráfico 4 parecem confirmar que essa realidade ainda é subsistente no Brasil.

Na outra ponta deste entendimento estão os municípios com mais de 500 mil habitantes, cuja arrecadação, mesmo ultrapassando a ordem de 26% do total das receitas disponíveis, ainda pode ser considerada um valor relativamente baixo frente as demandas que estão sob suas responsabilidades. Sendo assim, depreende-se que os governos subnacionais, notadamente os municípios brasileiros, não dispõem de uma base de arrecadação que seja condizente com as suas demandas por gastos públicos. Assim, tem-se que o governo central dispõe de maior capacidade de arrecadação e, com isso, concentra a maior parte dos recursos financeiros. Enquanto que os governos subnacionais possuem maior responsabilidade na oferta de bens e serviços públicos à população (DINIZ, 2012) e não detêm recursos próprios para tal finalidades.

Para solucionar essas disparidades verticais na arrecadação tributária, tem-se utilizado as transferências de recursos dos entes públicos que possuem maior capacidade de arrecadação para os governos subnacionais (DINIZ, 2012; GASPARINI; COSSIO, 2006). Isso foi observado empiricamente, conforme pode ser constatado no Gráfico 4, quando se observou o percentual de recursos recebidos pelos municípios via transferências intergovernamentais. A curva que representa essas transferências, com características simétricas em relação à curva das receitas próprias, evidencia que a maior parcela de recursos auferida nos pequenos municípios é repasse originário de outros entes, quer seja através de transferências constitucionais e legais, quer seja via acordos bilaterais entre os respectivos entes.

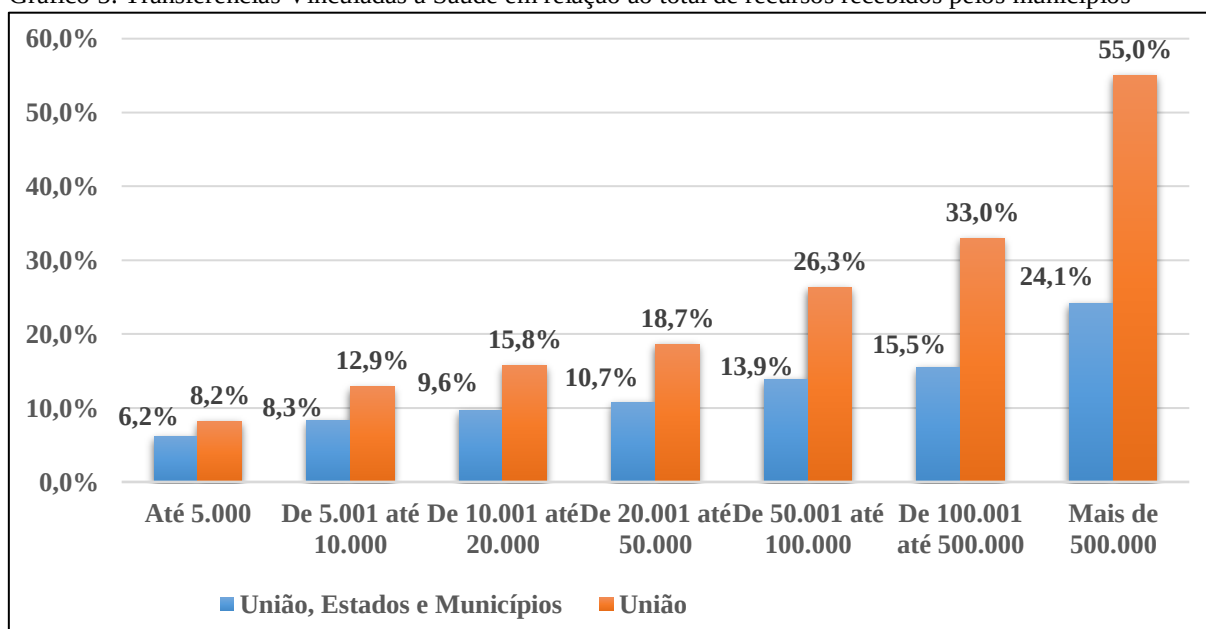
Nesse sentido, estas transferências, que são proporcionalmente mais acentuadas em relação à receita total nos municípios menos populosos, são vistas como instrumentos importantes para aumentar a eficiência do setor público e equilibrar as desigualdades regionais (GASPARINI; COSSIO, 2006) e são motivadas pelo fato de os bens e serviços públicos serem prestados em maior parte pelos governos locais, que não dispõem de capacidade fiscal para financiá-los adequadamente (DINIZ, 2012). Espera-se com isso, que haja um efeito na redistribuição de recursos em áreas mais necessitadas com menor poder de geração de tributos. Resultando em menor desigualdade na prestação dos serviços de saúde, ou seja, impactando positivamente o acesso aos serviços do SUS.

3.2.1 Transferências Intergovernamentais vinculadas à saúde nos municípios brasileiros

Para observar a composição das transferências intergovernamentais vinculadas exclusivamente à saúde nos municípios do Brasil, lançou-se mão de dois indicadores definidos na base de dados do SIOPS. O primeiro deles, identificado pela cor azul no Gráfico 5, corresponde ao valor médio recebidos pelos municípios através de transferências constitucionais e legais, ou por meio transferências voluntárias, originárias de todos os entes governamentais (União, Estados e Municípios) ao longo do período 2002 a 2016, que foram direcionadas especificamente para a saúde. O segundo indicador refere-se ao percentual de recursos recebidos pelos municípios via transferências da União e que já são comprometidos, ou vinculados, com as ações e serviços públicos de saúde.

Ao observar a curva que representa as transferências de receitas, nas duas situações apresentadas no Gráfico 5, constata-se que, à medida que os municípios dispõem de maior número de habitantes, a participação das receitas vinculada à saúde tende a aumentar, independentemente de o recurso ser originário da União, de algum Estado membro da federação ou de outro município. No entanto, vale salientar que uma das formas de financiamento para a saúde (até a promulgação da Lei Complementar 141/2012) tinha como base a quantidade de habitantes residentes naquela municipalidade (BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE, 2011). Isso pode ser um fator explicativo para perceber a ascendência da curva de receitas em prol dos municípios mais populosos.

Gráfico 5: Transferências Vinculadas à Saúde em relação ao total de recursos recebidos pelos municípios



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SIOPS (2017).

Além disso, a existência de outros critérios atrelados ao perfil demográfico e epidemiológico da população, bem como características das redes de serviços à saúde e outros critérios de alocação definidos com base per capita podem induzir a alocação que favoreça uma maior distribuição percentual de recursos nos municípios mais populosos (LIMA; ANDRADE, 2009). Por outro lado, tem-se ainda a política de financiamento definida pelo Ministério da Saúde, que tem elaborado estratégias de expansão e consolidação da atenção básica priorizado os grandes centros urbanos, já que nestes municípios concentra-se a maior faixa populacional, mas que dispõe de baixo nível de cobertura do Programa de Saúde da Família (LIMA; ANDRADE, 2009).

Outro aspecto identificado empiricamente e evidenciado no Gráfico 5 é o elevado percentual de recursos via transferências da União (comparando-se aos demais municípios classificados por estratos populacionais) que são vinculados às ações de saúde nos municípios com mais de 500 mil habitantes. Registra-se que mais da metade dos valores recebidos do governo federal é direcionada especificamente para as ações e serviços de saúde. Isso mostra que, para a realização desses tipos de serviços nos grandes municípios, há uma forte dependência dos recursos federais.

Porém, estes municípios que mais recebem recursos federais para o SUS via transferência fundo a fundo, são também aqueles que estão no grupo dos que mais arrecadam receitas próprias, conforme Gráfico 4. Ora, se as transferências para SUS são incondicionais e,

portanto, não carecem de contrapartida financeira, o que tem motivado estes entes a receberem maior quantidade de recursos? Simão e Orellano (2015) argumentam que não se deveria esperar esta relação positiva. No entanto, observaram que as receitas municipais per capita exercem fator positivo e significativo sobre o recebimento de transferências do SUS. Isso porque os municípios quando arrecadam mais recursos têm mais incentivos para fazer adesões aos programas e aos serviços que recebem aporte de recursos do SUS, pois têm maior possibilidade de usar seus recursos para complementar os repasses que não forem suficientes (SIMÃO; ORELLANO, 2015).

4 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos delineados neste estudo, realizou-se uma pesquisa empírico-analítica, com uma abordagem quantitativa, utilizando-se de um desenho metodológico constituído por duas etapas organizadas de maneira a possibilitar a mensuração da equidade de acesso aos serviços públicos de saúde e a análise da relação entre descentralização fiscal e equidade de acesso à saúde nos municípios brasileiros.

4.1 População, Amostra e Dados da Pesquisa

A população definida como objeto de estudo para esta pesquisa foi composta por todos municípios brasileiros que receberam recursos originários do orçamento da União para serem executados em serviços de atenção básica à saúde através do SUS. Entretanto, dois desses entes municipais não dispunham de informações necessárias para mensurar as variáveis utilizadas na pesquisa e foram excluídos do estudo. Com isto, a amostra foi composta por 5568 municípios.

Os dados foram coletados na base do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), órgão do governo federal responsável pela informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) e institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS) com a publicação da Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1.163, de 11 de outubro de 2000. Adicionalmente, foram coletados dados no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Anuário Estatístico da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e do Cadastro Nacional de Empregados e Desempregados (CAGED).

4.2 Etapa I: Equidade no Acesso à Saúde usando o Índice de Concentração

Na primeira etapa, a pesquisa analisou a equidade de acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros considerando o período 2008 a 2016. Este recorte temporal foi escolhido tendo em vista que em 2008 cerca de 66,2% dos municípios brasileiros (LIMA et al., 2012) já

havia feito adesão ao Pacto pela Saúde firmado em 2006. Este pacto apresentou modificações no processo de transferências intergovernamentais, ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica no sentido de buscar maior equidade no acesso aos serviços do SUS (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para estimar a equidade no acesso aos serviços de saúde utilizou-se o Índice de Concentração – *Concentration Index* (CI): uma metodologia que descrever a distribuição de saúde de uma dada população padronizando-a de acordo com as suas condições socioeconômicas (KAKWANI; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 1997; WAGSTAFF; PACI; DOORSLAE, 1991). Essa métrica pode ser utilizada para entender não apenas as fontes de desigualdades no tempo, mas também as razões para mudanças destas desigualdades em diferentes países (O'DONNELL; VAN DOORSLAER; WAGSTAFF, 2006).

Segue-se no tópico seguinte uma definição formal do Índice de Concentração e os respectivos procedimentos para estimar as variáveis *proxies* de equidade.

4.2.1 Definição do Índice de Concentração

O Índice de Concentração é uma medida fundamentada na Curva de Concentração de Saúde, $L(s)$, que representa a classificação de uma determinada população com base no seu nível de renda (s), em comparação a alguma variável relacionada com a saúde (i.e estado de saúde de uma dada população ou nível de utilização de serviços de saúde).

Dessa forma, se o acesso aos serviços de saúde for igualmente distribuído entre os grupos a curva de concentração coincidirá com a diagonal da curva de concentração. Caso contrário, o índice pode variar no intervalo de -1 a +1 (conforme apresentado na figura abaixo), com valores positivos indicando que a desigualdade ocorre em favor do grupo com maior renda e se as condições desfavoráveis de saúde estiveram concentradas no grupo mais fragilizado economicamente, a curva de concentração de saúde ficará abaixo da diagonal.

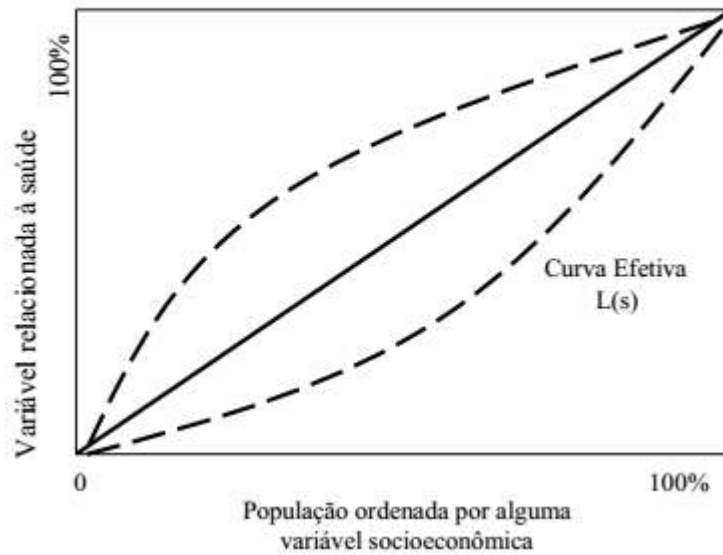


Figura 1: Curva de Concentração para variáveis de saúde.
Fonte: Adaptado de Wagstaff et al. (1991).

Por essa metodologia, o Índice de Concentração (CI) é mensurado como sendo o dobro da área entre a diagonal e a curva de concentração – $L(s)$ (WAGSTAFF; PACI; DOORSLAE, 1991; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000). Sendo formalmente definido pela seguinte equação:

$$C = 1 - 2 \int_0^1 L_h(p) dp \quad (1)$$

Quanto o conjunto de variáveis de saúde for de natureza discreta essa relação pode ser definida como sendo:

$$C = \frac{2}{N\mu} \sum_{i=1}^n h_i r_i - 1 - \frac{1}{N} \quad (2)$$

Nesta situação, h_i é uma variável qualquer relacionada à saúde, μ é o valor médio da variável de saúde e $r_i = \frac{i}{N}$ corresponde à posição relativa do indivíduo na classificação das desigualdades socioeconômicas, com $i = 1$ representando o grupo dos mais pobres e $i = N$ referindo-se ao grupo mais favorecido economicamente. O'Donnell et al. (2008) destaca que é

preciso fazer a estimação desses parâmetros por meio de um modelo de regressão linear usando-se o método dos mínimos quadrados ordinários (MQO):

$$2\sigma_r^2 \left(\frac{h_i}{\mu} \right) = \alpha + \beta r_i + \varepsilon_i \quad (3)$$

Em que a variável dependente é uma *proxy* para acesso aos serviços de saúde e considera a distância de um indivíduo em relação à média populacional da variável de acesso μ , ponderada pela variância da variável socioeconômica σ_r^2 . A variável independente de interesse r_i refere-se à posição do indivíduo na distribuição de renda acumulada e o coeficiente estimado β diz respeito ao índice de concentração (ANDRADE et al., 2013; O'DONNELL et al., 2008).

A literatura que analisa a equidade de acesso aos serviços de saúde recomenda fazer uma padronização indireta do índice de concentração decompondo-o segundo algum parâmetro característico da população (JIMÉNEZ-RUBIO; SMITH; VAN DOORSLAER, 2008b; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000, 2004; ZHONG, 2010). Dessa forma, propõem que se faça uma análise horizontal das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, considerando-se que as pessoas com iguais necessidades devem ter as mesmas oportunidades de acesso.

Para isso, Wagstaff e Van Doorslaer (2000) propõem a seguinte decomposição do índice de concentração:

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i + y^m \quad (4)$$

em que, y_i representa a medida atual na de acesso aos serviços de saúde, $\hat{y}_i$ é a medida de acesso aos serviços de saúde após os ajustes pelas necessidades dos indivíduos e y^m é a média amostral da medida de acesso a esses serviços.

Com base nesta definição, nesta pesquisa fez-se uma comparação do nível de utilização atual dos serviços de saúde em cada município com a utilização esperada que seria necessária para atender toda a demanda da população conforme as características específicas de cada municipalidade. Neste aspecto, porém, a pesquisa apresentou uma imitação por não considerar os casos em que as pessoas portadoras de alguma necessidade de serviços públicos de saúde não o terem eventualmente procurado. Logo, a mensuração da equidade ocorreu somente com

base nos casos em que houve a efetiva realização de serviços públicos de saúde conforme apresenta-se no tópico seguinte. O tópico seguinte apresenta de maneira detalhada os procedimentos usados para mensurar essas variáveis.

4.2.2 Mensuração da Equidade no Acesso à Saúde com base no Índice de Concentração

A mensuração da variável *proxy* de equidade de acesso aos serviços de saúde pelo Índice de Concentração, considerando-se a padronização horizontal das características da população dos municípios, foi definida pela equação (4). A variável y_i , que representou a medida atual de acesso aos serviços de saúde, foi definida pela Produção Ambulatorial do SUS e pela Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica⁶, $\hat{y}_i$ é a medida de acesso aos serviços de saúde após os ajustes pelas necessidades dos indivíduos e y^m é a média amostral da medida de acesso a esses serviços. E, por conseguinte, $\hat{y}_i^{IS}$ é a medida de acesso à saúde, padronizada pelas necessidades da população, que deveria ter sido efetivamente considerada.

A variável que representou o acesso aos serviços de saúde ajustada pelas necessidades ($\hat{y}_i^{IS}$) foi calculada em duas etapas seguindo-se os modelos empíricos já verificados por Jiménez-Rubio, Smith e Van Doorslaer (2008a) e Zhong (2010). Inicialmente, estimou-se uma regressão utilizando-se do método dos mínimos quadrados ordinários para cada ano analisado (conforme as variáveis descritas e definidas no Quadro 2) com todos os indivíduos da amostra (i.e. os municípios brasileiros), tendo como variável dependente uma *proxy* para acesso aos serviços de saúde (Produção Ambulatorial do SUS e pela Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica) e como variáveis independentes a renda média populacional de cada municipalidade, um vetor de variáveis indicativas das necessidades de utilização dos serviços de saúde e um conjunto de variáveis de controle, conforme equação a seguir:

$$y_i = \alpha + \beta \ln(\text{renda}_i) + \sum_k \gamma_k x_{k,i} + \sum_p \delta_p z_{p,i} + \varepsilon_i \quad (5)$$

⁶ A literatura costumeiramente utiliza a expressão “atenção primária” referindo-se à “atenção básica”, em correspondência ao termo “*primary health care*” que é conhecido internacionalmente (ALFRADIQUE et al., 2009). No entanto, neste trabalho optou-se por seguir o termo “atenção básica” por ser a forma mais utilizada nas políticas nacionais de atenção básica e por ser a nomenclatura usada no sistema DATASUS.

Em que:

Quadro 2: variáveis do modelo econométrico para estimar o acesso aos serviços de saúde.

Tipo	Variável	Descrição
Variáveis Dependentes	PAM	Produção Ambulatorial do SUS: representa a quantidade de procedimentos ambulatoriais aprovados para pagamento pelas Secretarias de Saúde.
	ICSAB	Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica.
Variável Independente	REN	<i>Proxy</i> para Renda per capita municipal: corresponde à Massa salarial dos trabalhadores por municípios mensurada segundo informações apresentadas na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho.
Vetores de Necessidades $x_{k,i}$	MH	Morbidade Hospitalar – Corresponde à Razão entre o número de óbitos e a quantidade aprovada de Autorizações para Internações Hospitalares.
	DIAP	Dias de Permanência per capita: refere-se ao total de dias de Internações Hospitalares Aprovadas durante o ano, ponderada pela população residente no município.
	IDO	Proporção de Idosos: trata-se da razão entre a população com mais de 60 anos de idade, estimada anualmente pelo IBGE, e a população total residente no município.
	FEM	População Feminina: proporção de mulheres em relação à população total residentes no município em cada ano da amostra.
	TAM	Tamanho do Município: a quantidade de pessoas residentes foi utilizada como <i>proxy</i> para o tamanho do município. Foram definidas sete variáveis <i>dummies</i> (D) conforme a padronização comumente usada pelo IBGE: D1 = população até 5 mil hab; D2 = de 5.001 a 10.000 hab; D3 = de 10.001 a 20.000 hab; D4 = de 20.001 a 50.000 hab; D5 = de 50.001 a 100.000 hab; D6 = de 100.001 a 500.000 hab; D7 = população maior do que 500 mil hab.
	ENUT	Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos de idade: corresponde ao percentual de crianças de zero a 5 anos com estado nutricional adequado, ou seja, que possuem a relação idade <i>versus</i> peso adequada.
Vetores de Não – Necessidades $z_{p,i}$	PLAN	Plano de Saúde Privado: refere-se à proporção de residentes no município que dispõem de planos privados de saúde.
	CAB	Cobertura da Atenção Básica: representa a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. Para esta variável, foi definido uma <i>dummy</i> com valor 1 quando o município apresentou 100% de cobertura na atenção básica à saúde e valor 0 nos demais casos.
	PBF	Proporção de Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhadas pela Atenção Básica.
	PESF	Equipes de Saúde da Família implantadas no município ponderada por tamanho populacional.
	VAC	Cobertura das campanhas de vacinação nos municípios

Fonte: elaboração própria.

Escolheu-se estas variáveis por considera-las ações essenciais da Atenção Básica que estão no primeiro nível de acesso ao SUS (BRASIL, 2012a). Além disso, a responsabilidade pelos serviços básicos ficam a cargo dos municípios, por gestores locais do SUS e por estarem mais próximos do cotidiano das pessoas (BRASIL, 2006; FERREIRA et al., 2016; SOLLA et al., 2007).

Com base nestas variáveis, estimou-se para cada anos os parâmetros α , β , γ_k e δ_p que foram utilizados para obter o acesso estimado ($\hat{y}_i$) aos serviços de saúde nos municípios quando da padronização pelas necessidades de saúde conforme equação a seguir:

$$\hat{y}_i = \hat{\alpha} + \hat{\beta} \ln(\overline{renda_i}) + \sum_k \hat{\gamma}_k x_{k,i} + \sum_p \hat{\delta}_p \overline{z_p} \quad (6)$$

em que $\hat{y}_i$ indica a quantidade de acesso aos serviços de saúde (Procedimentos Ambulatoriais do SUS e Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica) que seriam necessários para a população de determinado município se ela tivesse recebido os mesmos tratamentos que a média dos indivíduos das demais municipalidade. Esta variável estimada, relaciona-se com a demanda de saúde prevista para um determinado indivíduo com base nas suas características de saúde (CAMBOTA; ROCHA, 2016). Substituindo-se as equações (6) e (5) em (4), tem-se o valor da estimativa de acesso aos serviços de saúde ($\hat{y}_i^{IS}$) controlada pelas necessidades de acesso de cada população (CAMBOTA; ROCHA, 2016; JIMÉNEZ-RUBIO; SMITH; VAN DOORSLAER, 2008a; ZHONG, 2010).

Portanto, neste estudo, o valor de $\hat{y}_i^{IS}$ de cada municipalidade estimado anualmente foi utilizado como variável *proxy* para mensurar o nível de equidade de acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros e passou a ser utilizado como variável dependente num modelo de regressão que relacionou equidade com descentralização dos gastos públicos em saúde (esta relação será melhor discutida na Etapa II desta metodologia). Vale ressaltar que $\hat{y}_i^{IS}$ refere-se a estimativa de acesso aos serviços de saúde que seria necessária para atender toda a demanda dos cidadãos quando estes procurassem os serviços de saúde no município.

Dessa forma, levou-se em consideração que a utilização dos serviços de saúde, padronizada pelas necessidades dos indivíduos, corresponde a um indicador de equidade no acesso ao Sistema Único de Saúde. Assim, partiu-se do pressuposto de que, diante das necessidades de cuidados em sua saúde, ao procurar o SUS, o indivíduo irá encontrar a sua disposição os serviços necessários para que sua saúde seja reestabelecida. Além do mais, fazendo-se uso do indicador de equidade horizontal, houve a possibilidade de se reduzir os problemas com a subestimação dos níveis de equidade, isso porque se fez a inclusão na análise os indivíduos (ou população) mais pobres, que podem ser vistos como os mais tendenciosos a

apresentar necessidade de cuidados de saúde e que normalmente são os que menos tem utilizado o SUS, conforme destaca Cambota e Rocha (2016).

4.2.2 Aplicação do Índice de Concentração para analisar Equidade no Acesso à Saúde

Após a definição das variáveis *proxies* de equidade, fez-se uma análise exploratória do perfil da equidade no acesso à saúde através do Índice de Concentração. Foram elaborados dois painéis com as variáveis *proxies* de acesso aos serviços de saúde (Produção Ambulatorial do SUS e Proporção de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis a Atenção Básica) para apresentar a distribuição de saúde nos municípios brasileiros conforme perfil de renda de cada população. Para isso, utilizou-se a ferramenta *conindex* desenvolvida por O'Donnell et al. (2016) que fornece estimativas pontuais e erros-padrão de vários índices de concentração. Além de apresentar graficamente a curva de concentração (e a curva de Lorenz) e realizar inferências estatísticas que permitem comparar a desigualdade entre os grupos populacionais.

No primeiro deles, a Produção ambulatorial do SUS foi ranqueada conforme o perfil de renda populacional. Assim, buscou-se identificar a extensão pela qual o acesso aos serviços ambulatoriais difere entre os grupos populacionais nos municípios classificados conforme perfil de renda média da população. No segundo, fez-se o mesmo procedimento considerando-se as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) como variável de acesso aos serviços de saúde.

Existem diversas metodologias que fazem essas estimativas (ERREYGERS, 2009; ERREYGERS; CLARKE; VAN OURTI, 2012; ERREYGERS; VAN OURTI, 2011; WAGSTAFF, 2002, 2005a; WAGSTAFF; PACI; DOORSLAE, 1991) e a escolha de uma delas depende, em parte, da maneira como as variáveis estão distribuídas (se estão na forma nominal, ordinal, cardinal, taxa ou em uma escala fixa) e das escolhas éticas do pesquisado em buscar a melhor quantificação para a desigualdade (O'DONNELL et al., 2008).

Sendo assim, como a variável de Produção Ambulatorial foi mensurada com base na contagem dos pacientes que buscaram os serviços de saúde e não se admite valores negativos, pode ser classificada, conforme O'Donnell et al. (2008), como uma variável definida sob uma escala fixa que tem o ponto zero como a ausência total de pacientes buscando os serviços de saúde. Nessas condições, estes autores propõem que tanto o índice de concentração padrão, como o modelo generalizado, podem ser utilizados e a escolha entre um e outro depende se o

pesquisador deseja obter um índice de desigualdade relativo ou absoluto. Em vista disso, adotou-se o modelo padrão dado que se buscou uma medida relativa ao perfil populacional do município, utilizando-se o tamanho da população como fator de proporcionalidade entre os eles.

Já a variável ICSAB, cuja mensuração foi definida com base em valores percentuais que possui intervalor finito limitado em 0%, quando da ausência de registro de atendimento no SUS por internações por causas sensíveis a atenção básica, e 100% quando todo o atendimento se deu por conta dessas causas. Sob estas condições, estimar o índice de equidade torna-se uma tarefa mais complicada e a utilização do Índice de Concentração padrão não satisfaz essas condições (O'DONNELL et al., 2008).

Para contornar esta limitação, Erreygers (2009) propôs um modelo, introduzindo uma propriedade denominada de “*mirror*”, que considera a magnitude da desigualdade média representada pelo valor absoluto de um índice que não é influenciada pelos valores extremos. Entretanto, o uso desse modelo não é aconselhável para análises de desigualdades relativas (O'DONNELL et al., 2008). Portanto, fez-se a opção pelo Índice de Concentração Normalizado proposto por Wagstaff (2005b) que corrige o índice de concentração padrão e permite a mensuração da desigualdade relativa considerando os valores de fronteira.

Definida a metodologia a ser empregada e executados os procedimentos para mensuração do índice de concentração, optou-se por apresentar a curva de concentração apenas para os anos 2008 e 2016. Escolheu-se um período mais longo (o início e fim da série) para que qualquer modificação nos valores dessa mensuração pudesse ser visivelmente percebida.

Para a variável ICSAB, apresentou-se os valores dos Índices de Concentração e os respectivos erros-padrão. Adicionalmente foi apresentada a estatística do Teste de Hipótese (Teste –F) sob a hipótese nula de que o índice de concentração é o mesmo para todos os grupos. Para esta variável, o período adotado foi de 2008 a 2015 pois não havia disponibilidade de dados no sistema DATASUS para o ano de 2016. Além disso, as curvas de concentração com base nestes resultados não foram apresentadas uma vez que nessa metodologia não há a evidenciação dessas informações. Entretanto, para fins ilustrativo, utilizou-se procedimento feito para a variável Produção Ambulatorial (estimativa pelo modelo do Índice de Concentração Padrão) para construir uma curva de concentração para a variável ICSAB.

Finalizada a aplicação do Índice de Concentração para analisar a equidade no acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros e definida as variáveis *proxies* de equidade, passou-se a analisar a relação entre a descentralização fiscal aplicada aos serviços de saúde e as respectivas variáveis de equidade. Com isso, buscou-se testar a hipótese de que “a descentralização fiscal instituída para os serviços públicos de saúde no Brasil favorece a

equidade de acesso aos SUS”. O tópico seguinte descreve os procedimentos que foram utilizados para tal finalidade.

4.3 Etapa II: Modelo Empírico Relacionando Equidade e Descentralização Fiscal

Nesta fase, a pesquisa concentrou-se em fazer uma análise da relação entre equidade no acesso aos serviços públicos de saúde ($\hat{y}_{it}^{LS}$), variável *proxy* para equidade estimada com base na Produção Ambulatorial do SUS e na Proporção de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica, e a descentralização fiscal aplicada aos serviços de saúde. Considerando-se que as variáveis utilizadas no modelo econométrico se referiram a um painel não balanceado com valores anuais de cada município brasileiro no período 2008 a 2016, utilizou-se o método dos mínimos quadrados ordinários para dados em painel.

Entretanto, sabendo-se que esta abordagem pode assumir o modelo de efeitos fixos, quando os coeficientes angulares dos regressores não variam entre indivíduos (municípios) nem com o tempo (PARKS et al., 2010) ou pode ser definida pelo modelo de efeitos aleatórios, no qual não se admite que o termo de erro seja correlacionado com qualquer uma das variáveis explanatórias, o modelo mais adequado para sua estimação é o dos Mínimos Quadrados Generalizados (MQG), conforme destacam Gujarati e Porter (2011).

O Quadro a seguir apresenta as variáveis que foram utilizadas nesta etapa:

Quadro 3: Descrição das variáveis utilizadas na Etapa II: Equidade e Descentralização

Tipo	Variável	Composição
Varáveis Dependentes	EQPAM	Variável <i>Proxy</i> para Equidade na Produção Ambulatorial do SUS.
	EQICSAB	Variável <i>Proxy</i> para Equidade estimada a partir o percentual de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica.
Vetor de Federalismo Fiscal	DESC	Variável <i>proxy</i> para descentralização resultante da razão entre despesas em saúde realizadas com recursos próprios e despesa total em saúde nos municípios.
	PEC	Corresponde ao percentual da receita própria aplicado em saúde em atendimento a Emenda Constitucional Nº 29/2000.
	AUTOFIN	Autonomia financeira medida pela Razão entre a Receita própria do município e a Despesa Total em Saúde.
	TSHAB	Razão entre o total de transferências para a saúde recebida pelo ente e a respectiva população residente;
Varáveis de Controle	LNPOP	Logaritmo Natural da população residente no município.
	REN	Renda Média dos trabalhadores residentes no município.
	PLANO	Proporção de planos privados de saúde privados por residentes no município;
	CAB	Cobertura da Atenção Básica: variável <i>dummy</i> com valor 1 se existiu 100% de cobertura no município.
	IDO	Proporção de Idosos em relação ao total da população.

Fonte: elaborado pelo autor.

A partir destas variáveis, foram desenvolvidos dois painéis conforme modelos a serem estimados pelas seguintes equações:

Painel A: Produção Ambulatorial como variável *proxy* para Equidade:

$$EQPAM_{it} = \beta_0 + \beta_1 DESC_{it} + \beta_2 PEC_{it} + \beta_3 AUTOFIN_{it} + \beta_4 TSHAB_{it} + \beta_5 LNPOP_{it} + \beta_6 REN_{it} + \beta_7 PLANO_{it} + \beta_8 CAB_{it} + \beta_9 IDO_{it} + \varepsilon_{it} \quad (7)$$

Painel B: Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica como variável *proxy* para Equidade:

$$EQICSAB_{it} = \beta_0 + \beta_1 DESC_{it} + \beta_2 PEC_{it} + \beta_3 AUTOFIN_{it} + \beta_4 TSHAB_{it} + \beta_5 LNPOP_{it} + \beta_6 REN_{it} + \beta_7 PLANO_{it} + \beta_8 CAB_{it} + \beta_9 IDO_{it} + \varepsilon_{it} \quad (8)$$

Nas equações acima, têm-se que o subscrito i refere-se aos municípios brasileiros e o t , ao tempo, em anos, compreendendo o período 2008 a 2016 (exceto para a variável EQICSAB, pois só havia dados disponíveis até 2015). As variáveis dependentes (EQPAM e EQICSAB) foram definidas com base nas estimativas padronizadas pelas necessidades de saúde ($\hat{y}_{it}^{IS}$) e receberam os seguintes tratamentos: após a estimativa feita com base na equação (6), elaborou-se um índice de desigualdades (EQPAM e EQICSAB) definido pela razão entre a quantidade de acesso aos serviços de saúde estimada (QAE) e a quantidade de acesso ao serviço efetivamente registrado (QAR) para as variáveis *proxies* de equidade (PAM e ICSAB), conforme as seguintes equações:

$$EQPAM = \frac{QAE_{PAM}}{QAR_{PAM}} \quad (9)$$

$$EQICSAB = \frac{QAE_{ICSAB}}{QAR_{ICSAB}} \quad (10)$$

Em que os denominadores QAR_{PAM} e QAR_{ICSAB} são números reais positivos e diferentes de zero, dado que os valores foram estimados, respectivamente, pelo logaritmo natural da Produção Ambulatorial e pelo percentual de Internações por Causas Sensíveis a

Atenção Básica. E, portanto, os indicadores EQPAM e EQICSAB são também inteiros positivos, que variam de 0 a 1 ($0 < EQPAM \text{ ou } EQICSAB \leq 1$) quando a quantidade estimada for menor ou igual a quantidade registrada ($QAE \leq QAR$) e maiores do que 1, se a quantidade estimada for superior ao efetivamente registrado, ou seja, $EQPAM \text{ ou } EQICSAB > 1$, se $QAE > QAR$).

Como isso, criou-se um indicador de desigualdades que mostra a necessidade de o município ampliar os serviços ambulatoriais (EQPAM) quando o índice estimado for superior a 1. Neste caso, entende-se que a capacidade de atendimento nos serviços ambulatoriais disponíveis no município é inferior a demanda da população, comparando-se com a média dos municípios que se encontram em semelhantes condições socioeconômicas e demográficas que ele. Por outro lado, o indicador de internações (EQICSAB) maior do que 1 revela que a procura por estes serviços nos centros de saúde do município está relacionada com a deficiência nos serviços básicos de saúde (Atenção Básica à Saúde) em proporções maiores do que a média dos demais municípios em condições socioeconômicas e demográficas idênticas.

A variável *proxy* para descentralização é definida pela razão entre as despesas em saúde efetuadas com recursos próprios e a despesa total em saúde nos municípios (ALMEIDA; GASPARINI, 2014; GADELHA, 2011). E espera-se que tenha relação inversa com a variável de equidade (desigualdade). Assim, se o sinal de β_1 for negativo ($\beta_1 < 0$) entende-se que o processo de descentralização tem se conduzido para uma mudança favorável à redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, uma relação inversa com as Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica implica num processo de melhoria nas condições básicas de saúde que tem reduzido o percentual dessas internações. Logo, espera-se que $\beta_1 < 0$.

A variável PEC refere-se ao percentual da receita própria aplicado à saúde em atendimento às prerrogativas constitucionais definidas pela Emenda Constitucional Nº 29/2000. Recursos próprios são os impostos diretamente arrecadados pelo ente municipal e aqueles transferidos pelas outras esferas governamentais em atendimento ao que dispõem a constituição federal (BRASIL, 2009). Já a variável AUTOFIN, representa a autonomia financeira do ente municipal e foi mensurada pela razão entre as receitas próprias arrecadas diretamente pelo ente (receitas de impostos) e as respectivas despesas totais em saúde municípios (ALMEIDA; GASPARINI, 2014). Dessas variáveis, espera-se efeito redutor no nível de desigualdade e, com isso, favorecendo a equidade, dado que, quando se trata de arrecadação de tributos locais, o eleitor pode pressionar os governantes a fazerem melhor uso dos recursos, mobilizando-os a gastá-los adequadamente (MENDES, 2002; WYCKOFF, 1988) e, ao mesmo tempo, podendo

resultar numa melhor distribuição desses valores conforme as necessidades da população. Logo, espera-se que $\beta_2 < 0$ e $\beta_3 < 0$.

E, por fim, utilizou-se uma medida de descentralização fiscal com base per capita (TSHAB). Para isso, efetuou-se a razão entre as receitas recebidas pelos entes municipais via transferências intergovernamentais, direcionadas para a saúde, e a população total residente no município. Assim, considerou-se que maior volume de transferências para a saúde, por habitante, pode resultar no favorecimento da população local, com reflexo positivo sobre a distribuição de saúde entre a população. Espera-se uma relação inversa dessa variável com a equidade ($\beta_4 < 0$), uma vez que as transferências têm um caráter redistributivo e possuem potencial de redução das desigualdade entre as diversas jurisdições brasileira (MATTA, 2006).

As demais variáveis foram tratadas como variáveis de controle para equalizar as condições divergentes que poderiam existir entre as unidades de análises (municípios). Assim, considerou-se que os municípios mais populosos podem necessitar de mais recursos para atender as demandas locais. Logo, utilizou-se o logaritmo natural do número de população residente (LNPOP) para controlar os efeitos demográficos entre os municípios.

Outro aspecto também controlado foi a renda média da população dos entes municipais (REN). A massa salarial dos trabalhadores foi utilizada como *proxy* para renda municipal e para qualificar os entes segundo as condições econômicas de seus residentes. No mesmo sentido, utilizou-se a variável plano privado de saúde (PLAN), por habitantes, para expurgar os efeitos dos recursos privados que são utilizados em saúde e, assim, equilibrar a análise apenas com os gastos públicos.

Neste mesmo sentido, foi utilizada a variável cobertura da atenção básica (CAB) como variável *dummy* representativa da cobertura total da população com ações de atenção básica (CAB = 1, se houver 100% de cobertura na atenção básica nos municípios). Essa variável pode influenciar diretamente na equidade de acesso aos serviços de saúde, uma vez que, maior número de pessoas participando de ações básicas e preventivas de saúde pode resultar em menor necessidade de procura dos serviços ambulatoriais e das internações.

Por fim, utilizou-se a variável proporção de idosos na população residente (IDO) como medida de maior necessidade de gastos públicos em saúde para atender a demanda de uma população que teoricamente necessita maiores cuidados e acesso aos serviços básicos de saúde, podendo resultar em maior despesa para os municípios e, com isso, impactar diretamente na desigualdade de condições da população entre as diversas jurisdições.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se nos tópicos seguintes os principais resultados e as respectivas discussões relacionados ao desenvolvimento desta pesquisa. No primeiro momento, apresentou-se uma análise da desigualdade no acesso aos serviços de saúde nos entes municipais utilizando-se do Índice de Concentração. Por fim, analisou-se a relação entre equidade no acesso à saúde e a descentralização fiscal relacionada aos gastos públicos em saúde nos municípios brasileiros.

5.1 Análise da Desigualdade de acesso à saúde nos Municípios Brasileiros

Nesta fase da pesquisa, optou-se por analisar o acesso aos serviços de saúde nos municípios brasileiros sob a ótica da equidade. Com isso buscou-se investigar a desigualdade no acesso aos serviços ambulatoriais e no nível de internações hospitalares por causas sensíveis a atenção básica. Com estas duas avaliações, pode-se perceber que o princípio da Equidade norteador do sistema de saúde brasileiro ainda é uma meta que não foi totalmente alcançada: há sinais de desigualdade que não beneficia as pessoas com menor perfil de renda.

5.1.1 Equidade Mensurada pela Produção Ambulatorial do SUS

A primeira análise, evidenciada na Tabela 1, foi desenvolvida com base no Índice de Concentração (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000) e mostrou a distribuição no acesso aos serviços de saúde, mensurada por meio da Produção Ambulatorial do SUS nos municípios brasileiros contra a renda média da população e ponderada pela população residente no município. O período compreendeu os anos 2008 a 2016 e revelou, através da estatística do teste F (p-valor), que a métrica utilizada foi condizente para todo os grupos ao longo do período.

As informações obtidas revelam que existem desigualdades favorecendo à população com renda média mais elevada. Os valores positivos dos índices trazem a informação de que, quando se trata de acesso aos serviços ambulatoriais, o grupo com maior renda tem sido privilegiado. Como a análise foi feita com base na Produção Ambulatorial, que corresponde a

uma medida que engloba não apenas os serviços básicos de prevenção à saúde, mas também os de atendimento de urgências a nível municipal, há um indicativo de que a população com renda maior tem sido privilegiada, ou seja, tem-se percebido que a procura por esses serviços tem sido mais significativa no grupo mais rico. Resultados que se assemelham ao evidenciado por Politi (2014) e por Cambota e Rocha (2016) que investigaram o acesso aos serviços de saúde com dados de 2008.

Tabela 1: Desigualdade no acesso aos serviços Ambulatoriais: Índice de Concentração

Índice de Concentração	Observações	Valor do Índice	Erro-Padrão	p-valor
2008	5511	0,54995	0,11160	0,0000
2009	5548	0,54568	0,11663	0,0000
2010	5543	0,53051	0,11047	0,0000
2011	5525	0,53222	0,10631	0,0000
2012	5445	0,55135	0,10687	0,0000
2013	5563	0,54885	0,10725	0,0000
2014	5567	0,53786	0,10051	0,0000
2015	5568	0,56307	0,10611	0,0000
2016	5530	0,57421	0,11449	0,0000

Fonte: elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Essa tendência de desigualdade pró-ricos pode ser interpretada considerando-se que as pessoas com média salarial mais elevada tendem a buscar os serviços de prevenção à saúde com mais frequência do que a população mais carente, que podem somente buscar o serviço público de saúde quando da necessidade inadiável desses serviços. Isso pode ser verificado, por exemplo, ao observar o número de visitas que uma pessoa com melhores condições de vida faz ao serviço médico: Macinko e Lima-Costa (2012) constataram que em 2008 a probabilidade de uma pessoa fazer alguma visita ao médico nos últimos doze meses fora maior no grupo populacional mais rico.

Por outro lado, tem-se verificado que a média do Índice de Concentração gira em torno de 0,5424 (dado não tabulado) entre 2008 e 2014, com um período de desigualdade mais acentuado em 2012. Mas se observa que, em 2015 e em 2016, há uma tendência de crescimento desse indicador em prol dos ricos, acentuando-se mais o padrão de desigualdade na produção ambulatorial do SUS nos dois últimos anos analisados. Também pôde ser verificado que há uma baixa variabilidade do índice ao longo do período, mostrando sinais de que as políticas de saúde voltadas para a redução das desigualdades, ao longo destes nove anos, não têm apresentado sinais de efetividade no sentido de contribuir para a ampliação da equidade de acesso aos serviços de saúde.

Essa tendência de continuidade na desigualdade pode ser melhor visualizada quando analisada por meio da Curva de Concentração. A Figura 2 retrata o Índice de Concentração para a variável Produção Ambulatorial do SUS nos anos 2008 e 2016 em comparação com a população do município ranqueada pela renda média mensal dos trabalhadores.

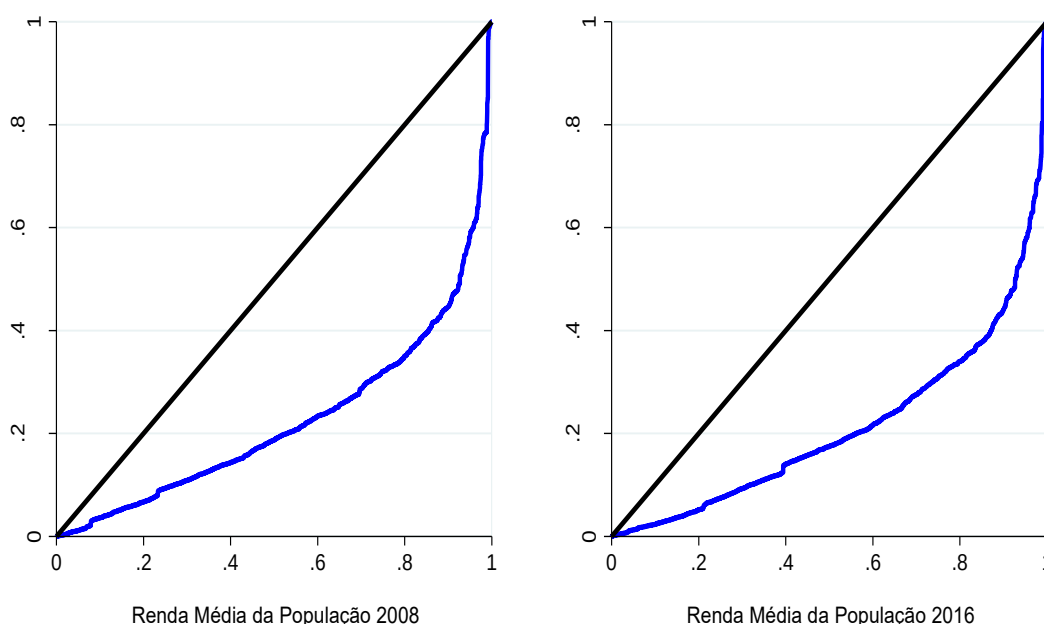


Figura 2: Curva de Concentração na Produção Ambulatorial do SUS – 2008 a 2016.
Fonte: Elaboração própria

A curva acentuada abaixo da linha de equidade (eixo diagonal) evidencia que a utilização dos serviços ambulatoriais tem uma distribuição favorável ao grupo de maior renda. Além disso, de fato, percebe-se que de 2008 para 2016 não houve sinais de equalização de acesso a esses serviços. Esperava-se que, ao longo do tempo, para o sistema de saúde ser mais equitativo na distribuição desse serviço, a curva de concentração estivesse mais próxima da linha diagonal.

5.1.2 Equidade Mensurada pelas Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica.

A proporção de internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Básica representa um conjunto de problemas de saúde cuja efetiva atuação da atenção primária à saúde diminuiria a sua incidência (ALFRADIQUE et al., 2009), ou seja, se fossem desempenhadas atividades de prevenção de doenças, diagnósticos e tratamento precoce haveria um controle mais efetivo da ocorrência dessas internações. Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelos

municípios ganham enorme relevância já que eles são os principais responsáveis pelo provimento dos serviços básicos de saúde através do SUS. Em vista disso, optou-se por fazer uma análise complementar da equidade de acesso aos serviços a partir da mensuração dessa variável.

Considerando que a Proporção de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB) é uma variável em percentual e limitada a um intervalo de 0% a 100%, não é recomendável fazer tal avaliação simplesmente pelo índice de concentração padrão (O'DONNELL et al., 2008). Por isso, fez-se a mensuração utilizando o Índice de Concentração Ajustado conforme propõe Wagstaff (2005a). No entanto, como essa metodologia não permite a elaboração da curva de concentração, optou-se por realizar, complementarmente, a mensuração do índice de concentração pelo método padrão e a respectiva elaboração da curva de concentração para apresentar uma visão mais intuitiva dessa variável.

A Tabela 2 apresenta estes indicadores e os respectivos erros-padrão. Apesar de a magnitude dos valores observados ser divergente conforme a metodologia adotada, qualitativamente não houve alteração na definição da desigualdade em favor da população com menor perfil de renda. Destaque-se que a análise foi feita com base nos dados disponíveis no DATASUS que disponibilizou informações do período 2008 a 2015.

Tabela 2: Desigualdade nas Internações Sensíveis a Atenção Básica

Ano	Observações	Wagstaff – IC	Erro-Padrão	Índice de Concentração Padrão	Erro-Padrão
2008	5511	-0,09923	0,00446	-0,06344	0,00285
2009	5548	-0,10149	0,00452	-0,06222	0,00300
2010	5543	-0,09875	0,00465	-0,06386	0,00301
2011	5525	-0,09183	0,00461	-0,05898	0,00302
2012	5445	-0,08634	0,00464	-0,05838	0,00312
2013	5563	-0,09851	0,00462	-0,06421	0,00303
2014	5567	-0,09738	0,00450	-0,06296	0,00310
2015	5568	-0,08398	0,00469	-0,05500	0,00321

Fonte: elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Diferente da análise discutida anteriormente para a de Produção Ambulatorial do SUS, essa variável apresentou desigualdade nos serviços de internações por causas sensíveis à atenção básica “favorável” aos pobres, ou seja, ao grupo populacional que apresentou menor renda média familiar. Isso pode ser observado pelo sinal negativo do Índice de Concentração Ajustado (Wagstaff – IC) que sinaliza para uma desigualdade que está mais relacionada ao grupo de menor renda.

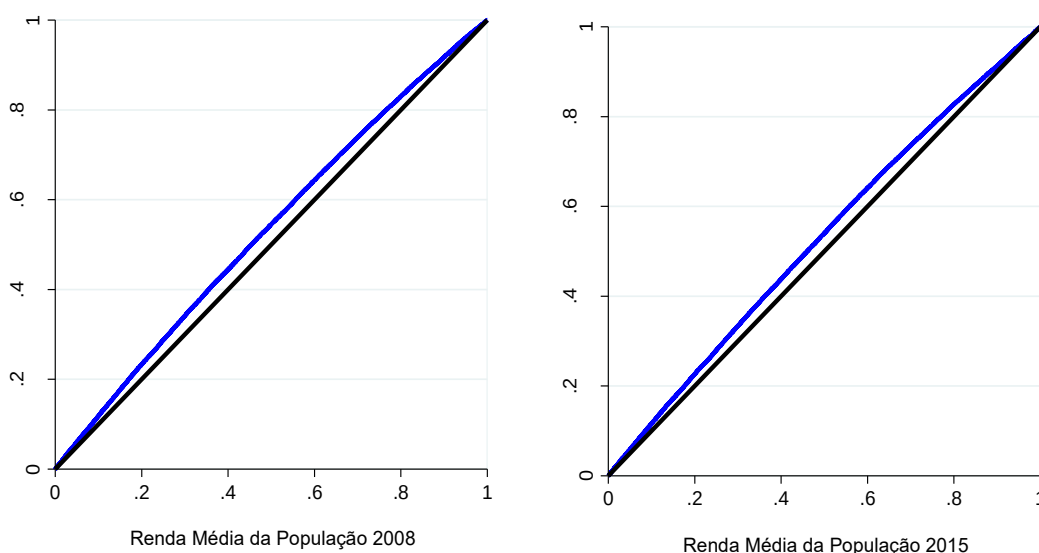


Figura 3: Curva de Concentração na variável ICSAB – desigualdade favorável aos pobres.
Fonte: Elaboração própria

Destaque-se que a mensuração pelo índice de concentração padrão, os resultados foram menores, porém, qualitativamente podem ser interpretados da mesma forma que a mensuração pelo índice ajustado. Nele ficou evidente também que houve desigualdade em prol dos pobres. Isso pode ser percebido quando a análise é feita com base na curva de concentração, conforme Figura 3.

Percebe-se que a curva é sobreposta à linha diagonal que representa o nível de equidade entre os dois grupos de renda, ou seja, há uma tendência de que a maior incidência de internações por ICSAB seja entre o grupo populacional de menor renda, tanto para 2008 quanto para 2015. No entanto, a magnitude dessa desigualdade não é tão acentuada quanto a observada para a variável de Produção Ambulatorial.

Portanto, dessas observações (tanto aquela apresentada na Tabela 2 quando a evidenciada na Figura 3), duas considerações podem ser colocadas no que diz respeito ao nível de desigualdade em saúde nos municípios brasileiros:

(i) a variável ICSAB é um indicador de acesso e qualidade da atenção básica à saúde, o que pode sugerir a existência de deficiências na cobertura desses serviços, afetando mais fortemente os pobres (ALFRADIQUE et al., 2009). Com isso, verifica-se que maior participação dos pobres no percentual de internações pode ser um indicador de “sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência” (ALFRADIQUE et al., 2009).

(ii) a desigualdade favorável aos pobres numa variável que mede a proporção de internações por doenças básicas que poderiam ser evitadas, pode ser um indicador de que a população de baixa renda está sendo prejudicada por falta de outros serviços fundamentais, acarretando maior incidência dessas doenças nesse grupo. Assim, fatores sociais e demográficos (como renda per capita, esgotamento sanitário, nível educacional e outros) e a própria rede de serviços existentes em determinada região (MOURA et al., 2010) podem favorecer o crescimento de internações por causas sensíveis à atenção básica no grupos de pessoas de renda mais baixa.

Diante dos resultados apresentados, percebe-se indícios de que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde têm atingido a população carente e que os serviços básicos não estão sendo efetivos no sentido de reduzir o perfil de doenças da população pobre. Portanto, uma questão que se coloca é se a descentralização dos serviços de saúde, acompanhada pela descentralização dos gastos públicos em saúde nos municípios, tem resultado em redução dessas disparidades ao longo do tempo. Com base nisto, esta pesquisa tenta explicitar esses questionamentos, apresentando uma relação entre a descentralização dos gastos públicos em saúde no contexto do federalismo fiscal e Equidade no acesso aos serviços básicos de saúde.

5.2 Descentralização Fiscal e Equidade nos serviços de saúde Municipais

Após ter sido apresentado no tópico anterior indícios de que, no contexto federativo brasileiro, – no que diz respeito a aspectos específicos da saúde, como a produção ambulatorial e as internações por causas sensíveis a atenção básica – ainda persistem situações de desigualdades que favorecem grupos socioeconômicos privilegiados (os que detêm maior renda salarial), torna-se oportuno analisar em que medida a descentralização fiscal, vivenciada pelo país ao longo das últimas décadas, tem influenciado no processo de redução dessas desigualdades. Embora Affonso (2000) destaque que mesmo havendo, na última década do século XX, vertiginoso ressurgimento das discussões sobre federalismo e descentralização em diversos países, em muitos desses cenários, observou-se aumento considerável das disparidades inter-regionais e intrarregionais.

Além disso, por se tratar de uma análise voltada especificamente para o contexto da saúde pública no Brasil, há que se considerar o fato de o modelo de descentralização do SUS

ser caracterizado por concentrar autoridade no governo federal, que financia boa parte das políticas de saúde por meio das transferências intergovernamentais (MARQUES; ARRETCHE, 2003) visando equalizar a distribuição dos recursos para áreas menos favorecidas. Em vista disso, espera-se que ao longo do tempo as disparidades no Brasil entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde sejam reduzidas, atendendo ao preceito constitucional da equidade no acesso aos serviços de saúde por todo os brasileiros (BRASIL, 1988).

Para iniciar esta análise, apresenta-se na Tabela 3 a estatística descritiva das variáveis que foram utilizadas no modelo de regressão. Destaque-se que os valores são referentes ao período 2008 a 2016, exceto para as variáveis EQICSAB e IDO cuja base só dispunha de dados até 2015.

Tabela 3: Estatística descritiva das variáveis

Variável	Observações	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
EQPAM	49859	1,0204	0,0948	0,6873	3,4170
EQICSAB	44433	1,0651	0,2789	0,0005	11,1793
DESC	49800	0,4930	0,1400	0	1
PEC	50121	0,2070	0,0486	0,0071	0,8641
AUTOFIN	49800	2,9936	0,8554	0,2338	23,6985
TSHAB	50121	0,1759	0,1001	0,0000	2,1299
LNPOP	50056	9,4391	1,1538	6,6908	16,3036
REN	50121	1,9832	0,5831	0,0000	11,3295
PLAN	50040	0,1042	1,1815	0,0000	91,0608
CAB	50121	0,5985	0,4902	-	-
IDO	44526	0,1186	0,0363	0,0112	0,4225

Nota: EQPAM corresponde a uma medida de desigualdade de acesso à saúde com base na Produção Ambulatorial do SUS; DESC é uma *proxy* de descentralização; AUTOFIN é autonomia financeira do ente municipal; TSHAB são as transferências para a saúde por cada 1000 habitantes; LNPOP é o logaritmo natural da população residente no município; REN é a renda média da população do município; PLAN é a proporção de planos privados de saúde por habitantes; CAB é uma *dummy* que representa 100% da população coberta pelos serviços de Atenção Básica e IDO é a proporção de idosos no município.

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2017).

As variáveis EQPAM e EQICSAB, que mensuram respectivamente a equidade na produção ambulatorial do SUS e a equidade nas Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica, apresentaram médias maiores do que um. Resultado que sugere existência de desigualdades no acesso aos serviços de saúde uma vez que, em média, o valor estimado com base nas características socioeconômicas e demográficas dos municípios é superior ao valor efetivamente registrado quando os cidadãos utilizaram os serviços de saúde.

Assim, pode-se perceber que a disparidade média da produção ambulatorial (EQPAM) é cerca de 2,04%, com um desvio-padrão próximo a 9,5%, o que evidencia uma amplitude amostral de 2,79. Logo, percebe-se o nível de heterogeneidade entre os municípios de maneira que há entes municipais cuja demanda de acesso aos serviços é inferior ao serviço

disponibilizado (valor mínimo de 0,6873) e outros que estão muito aquém das necessidades dos seus residentes (valor máximo 3,4170).

De maneira análoga, a disparidade média nas Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (EQICSAB) é de 6,5%, mas com desvio-padrão próximo a 28%. Logo, tem-se uma amplitude amostral de 11,18. Assim, nas internações há maior possibilidade de haver disparidade entre os governos municipais do que nos serviços ambulatoriais. Destaque-se que a variável ICSAB é um indicador de efetividade dos serviços básicos de saúde e, sob esse aspecto, percebe-se que os municípios são bastante divergentes no que diz respeito às políticas básicas de saúde. Reflexo também das desigualdades entre as regiões do país que podem influenciar nas condições de saúde da população provocando elevado número de internações por doenças que deveriam ter sido evitadas se as condições básicas fossem efetivamente disponibilizadas nos municípios.

A variável *proxy* para descentralização (DESC), que corresponde a razão entre as despesas efetuadas com recursos próprios e a despesa total em saúde, revela que em média 49% das despesas em saúde, foram efetuadas com base nos recursos próprios, com uma variabilidade em torno de 14%. Nessa mesma direção, tem-se que o percentual mínimo constitucional (PEC) que foi cerca de 20%, em média. Mas, com amplitude amostral de 85,7%, reflexo, possivelmente, das disparidades no grau de autonomia financeira (AUTOFIN) que existem entre os municípios (verificou-se variabilidade de 85% nessa variável, conforme Tabela 3).

Entre as variáveis de controle, podem-se destacar a renda das famílias brasileiras (REN), cuja média ficou em 1,98 salários mínimos. Mas apresentou disparidades entre os valores máximo e mínimo de 11 salário, ou seja, evidencia-se grande desigualdade de renda nos municípios brasileiros ao longo desse período: um aspecto que pode demandar mais serviços públicos de saúde tendo em vista que a população com maiores necessidades não pode dispor de planos privados de saúde (isso fica mais latente quando ao analisar a variável Plano Privado de Saúde (PLAN) ao revelar que em média 10% da população dispõem de acesso aos planos privados de saúde complementar).

Em face do que foi apresentado, destaca-se que a realidade brasileira em termos de acesso aos serviços de saúde e de internações hospitalares é bastante heterogênea. E, com isso, atendimento diferenciado precisa ser dado no sentido de equalizar as condições financeiras dos municípios para possibilitar a redução das desigualdades e garantir que o princípio da equidade seja efetivamente observado. Portanto, esperando-se que o processo de descentralização fiscal tenha impactado significativamente na Equidade de acesso aos serviços de saúde, segue-se uma análise da relação entre descentralização fiscal e produção ambulatorial do SUS.

Antes, porém, de serem realizados os testes econométricos para buscar as relações entre descentralização fiscal e equidade no acesso aos serviços de saúde, observou-se o comportamento linear das variáveis e o respectivo grau de relacionamento entre elas. Assim, com base no teste de correlação de Pearson, as variáveis que apresentaram alta correlação foram excluídas já que poderiam apresentar algum viés para o modelo. A Tabela a seguir apresenta a matriz de correlação para as variáveis de equidade e descentralização:

Tabela 4: Matriz de Correlação entre Equidade e Descentralização

	EQPAM	EQICSAB	DESC	PEC	AUTOFIN	TSHAB	LNPOP	REN	PLANO	CAB	IDO
EQPAM	1										
EQICSAB	-0,1535	1									
DESC	-0,0677	0,0239	1								
PEC	-0,1754	0,173	-0,0058	1							
AUTOFIN	0,4551	0,1935	0,0329	-0,3901	1						
TUNI	-0,6603	-0,0024	-0,0525	0,0553	-0,6557						
TSHAB	-0,0092	-0,0111	-0,1154	0,0172	-0,4109	1					
LNPOP	-0,9415	0,1227	0,0516	0,1628	-0,4817	0,0088	1				
REN	-0,2849	0,4644	0,0526	0,1114	0,1846	-0,0217	0,2661	1			
PLANO	-0,0128	0,0338	-0,0031	0,0139	0,0252	0,0019	0,0156	0,0368	1		
CAB	0,4768	-0,0576	0,0126	-0,0762	0,1011	0,1828	-0,5177	-0,1737	-0,0064	1	
IDO	0,3398	0,1905	-0,0947	0,0593	0,2604	0,1094	-0,3702	0,014	0,0072	0,2199	1

Fonte: produzido pelo autor com base nos dados da pesquisa.

Verificou-se que as variáveis Autonomia Financeira do município (AUTOFIN), População residente no município (LNPOP), Cobertura da Atenção Básica (CAB) e Renda Média da População (REN) apresentaram forte correlação com as variáveis de Equidade. Também se observou correlação entre as AUTOFIN e Transferências Intergovernamentais por Habitantes (TSHAB). Por conta disso, foram executados testes adicionais para verificar a influência de alguma delas nas demais variáveis explicativas. Assim, fez-se os testes de regressões para os Paineis A e B excluindo-se cada uma dessas variáveis do modelo e/ou duas ou mais variáveis para observar se os resultados apresentariam divergências. Como não foi observado nenhum fato que alterasse significativamente os resultados, utilizou-se o modelo de regressão com dados em painel conforme equações (7) e (8)⁷.

⁷ Além das variáveis inseridas na Tabela 4, fez-se o teste de correlação com outras duas variáveis que não foram incluídas no modelo por apresentarem alta correlação com as demais variáveis de descentralização: Percentual de Transferências Intergovernamentais em relação ao total das receitas (TRANSF) e Transferências da União em relação ao total de receitas do município (TUNI).

5.2.1 Descentralização Fiscal e Equidade na Produção Ambulatorial do SUS

Com base nestas considerações iniciais, apresentam-se os resultados da análise da relação entre a equidade de acesso aos serviços de saúde, mensurada por um indicador que levou em consideração à produção ambulatorial do SUS, e um conjunto de variáveis fiscais que caracteriza um processo de descentralização dos recursos públicos para os governos subnacionais no período 2008 a 2016. Como a abordagem metodológica utilizou um modelo econométrico com dados em painel, o primeiro aspecto a ser observado foi identificar qual dos modelos propostos pela literatura seria o mais indicado ao conjunto de dados disponível: modelo irrestrito *pool*, modelo restrito de efeitos fixos ou o modelo restrito de efeitos aleatórios (CAMERON; TRIVEDI, 2005; GUJARATI; PORTER, 2011).

Após a realização dos testes de Chow (1960), Hausman (1978) e Breusch-Pagan (1979), apresentados na Tabela 5, observou-se que o modelo restrito de efeitos fixos seria o mais indicado para os dados utilizados na pesquisa. Por essa metodologia considerou-se que, na reta de regressão estimada, o intercepto poderia variar entre os municípios, mas não variando em relação ao tempo, ou seja, as variáveis adotadas apresentam grande variabilidade entre os municípios, mas poucas alterações ao longo do tempo. Isso ficou evidente quando se observou a variável de equidade (conforme Tabela 1 e Tabela 2) que não apresentou grandes oscilações ao longo do tempo, embora houvesse variações entre os indivíduos, conforme se constatou nos dados (não tabulados) da pesquisa.

Além disso, foram aplicados os testes de Wooldridge, para verificar a existência de autocorrelação serial nos erros idiossincráticos e Wald modificado para observar a existência de heteroscedasticidade nos resíduos (WOOLDRIDGE, 2010). Os resultados confirmaram a presença dessas características e, portanto, foi necessário estimar a regressão utilizando-se de um modelo robusto para dados em painel. Optou-se pelo método *bootstrap*, que é considerado uma maneira alternativa de obter erros-padrão robusto para dados em painel, conforme apontam Cameron e Trivedi (2005). Após estas correções na especificação do modelo, seguem-se resultados conforme Tabela 5, destaque-se que para efeito de comparabilidade e para confirmar a necessidade de adotar um modelo com dados em painel, ao invés de usar o MQO, apresenta-se também os resultados da regressão com os parâmetros estimados por MQO com dados empilhados.

Tabela 5: Resultados da regressão: Produção Ambulatorial do SUS.

PAINEL A: Equidade e Descentralização na Produção Ambulatorial – EQPAM					
Modelagem	Efeitos Fixos			MQO	
Variáveis	Coefficientes	p-valor		Coefficientes	p-valor
DESC	-0,00435	0,000		-0,01106	0,000
PEC	0,00740	0,000		-0,00952	0,021
AUTOFIN	0,00150	0,000		0,00356	0,000
TSHAB	-0,01145	0,000		0,01980	0,000
LNPOP	0,00377	0,111		0,04403	0,000
REN	-0,00634	0,000		-0,01210	0,000
PLAN	-0,00330	0,005		-0,07800	0,000
CAB	-0,00559	0,000		-0,00564	0,000
IDO	-0,09896	0,000		0,00027	0,040
Intercepto	1,01098	0,000		-0,00304	0,000
	Dentro	Entre	Geral	F(11,44100)	32260,01
R ²	0,0408	0,9094	0,3694	Prob > F	0,0000
	Wald chi2(11) = 1910.82			R ²	0,8895
	Prob > chi2 = 0,0000			R ² Ajustado	0,8894
Testes	Chow (F)	Breusch – Pagan	Hausman	Wooldridge	Wald
	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000	0,00000

Prevaleceu o modelo de Efeitos Fixos.

$$EQPAM_{it} = \beta_0 + \beta_1 DESC_{it} + \beta_2 PEC_{it} + \beta_3 AUTOFIN_{it} + \beta_4 TSHAB_{it} + \beta_5 LNPOP_{it} + \beta_6 REN_{it} + \beta_7 PLANO_{it} + \beta_8 CAB_{it} + \beta_9 IDO_{it} + \varepsilon_{it}$$

Nota: EQPAM corresponde a uma medida de desigualdade de acesso à saúde com base na Produção Ambulatorial do SUS; DESC é uma *proxy* de descentralização; AUTOFIN é autonomia financeira do ente municipal; TSHAB são as transferências para a saúde por cada 1000 habitantes; LNPOP é o logaritmo natural da população residente no município; REN é a renda média da população do município; PLAN é a proporção de planos privados de saúde por habitantes; CAB é uma *dummy* que representa 100% da população coberta pelos serviços de Atenção Básica e IDO é a proporção de idosos no município.

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2017).

A principal variável de interesse utilizada (DESC), definida como *proxy* para descentralização, além de apresentar significância estatística a nível de 1%, resultou em sinal negativo em relação à variável de equidade. Considerando-se que a medida da EQPAM corresponde a uma lacuna existente entre o nível de acesso aos procedimentos estimados com base nas características dos municípios e os serviços que foram efetivamente utilizados, tem-se que maior gasto público originário de recursos próprios tende a reduzir essa diferença, sinalizando para a confirmação da hipótese de que a descentralização fiscal favorece a equidade no acesso à saúde.

Esta constatação alinha-se aos fundamentos teóricos apresentados pela literatura do federalismo fiscal (GAMKHAR; SHAH, 2007; INMAN, 2008) ao observar no chamado *flypaper effect* que “o recebimento de transferências fiscais não condicionais e sem contrapartida (*lump sum*) implica em aumento das despesas públicas locais proporcionalmente maiores do que um aumento equivalente na renda pessoal (MENDES, 2002, p. 12). Hendsen (1968) já havia percebido que os recursos oriundos de transferências intergovernamentais

apresentam maior impacto no gasto público do que os recursos obtidos através das receitas de impostos dos contribuintes locais.

Neste caso, as receitas próprias tendem a ter um efeito contrário, reduzindo os gastos público e fazendo com que os resultados alcançados pelos municípios tenham impacto mais significativo sobre a distribuição de saúde, com tendência de reduzir a desigualdades no acesso aos serviços ambulatoriais. Com isso, depreende-se que em função do eleitor mediano ter uma noção mais clara do montante de recursos que lhe foi tributado, ele torna-se mais participativo no acompanhamento da gestão e fiscalização do gasto público. Ao mesmo tempo, o gestor municipal, sabendo-se dessa possibilidade, tende a buscar maior responsabilização fiscal nos gastos desses recursos, impactando de maneira mais significativa a distribuição dos recursos e favorecendo as áreas mais fragilizadas que necessitam ser atendidas prioritariamente no nível de atenção básica.

Ao observar o percentual mínimo obrigatório (PEC) a ser aplicado em saúde conforme determina a Emenda Constitucional Nº 29/2000 (15% das receitas originária dos impostos e das transferências) mensurado pela variável PEC, percebe-se que houve significância estatística, porém com sinal contrário ao esperado (cogitava-se uma relação inversa). Com isso, entende-se que os municípios, ao aplicarem o mínimo constitucional em saúde, não tem provocado os efeitos redistributivos necessários para reduzir as desigualdades de acesso à saúde.

Nestas condições, observa-se uma redução da capacidade dos entes municipais em executar, de maneira autônoma, os serviços de saúde. Assim, verifica-se que a autonomia dos governos subnacionais tende a ser fragilizada uma vez que eles não estão conseguindo, por meio de suas próprias fontes de recursos financeiros, oferecer os serviços condizentes com a demanda da população.

Se por um lado observa-se a importância dos recursos próprios para mitigar os efeitos das desigualdades de acesso aos serviços de saúde (como foi visto pela variável DESC) e possibilitar a fortalecimento do princípio da equidade em saúde, há uma tendência de limitação da autonomia municipal na execução desses serviços. De fato, a aprovação da EC nº 29/2000 levou a um crescimento dos recursos aplicados em ações básicas de saúde, fortalecendo o princípio constitucional da descentralização (PIOLA et al., 2013), mas com impacto pouco significativo na redução das desigualdades de acesso aos serviços.

Com isso, tem-se um indicativo de que os recursos condicionados para aplicação em saúde conforme EC 29/2000 não tem sido um componente redutor das desigualdades em saúde. Piola et al. (2016) apontam que houve considerável crescimento nos recursos aplicados em saúde a partir da EC 29/2000, porém as desigualdades regionais, em termos de gastos per capita,

praticamente não se alteraram. Logo, é possível que isso não tenha resultado numa distribuição equânime dos recursos e, por conseguinte, não tenha favorecido a equidade de acesso aos serviços de saúde.

Estas evidências são corroboradas quando se analisam os resultados da variável Autonomia Financeira (AUTOFIN), que também apresentou significância estatística e sinal positivo. Trata-se de uma medida que compara as receitas auferidas da própria base tributária do município e o gasto total em saúde. Indicando que estes entes ainda são bastantes dependentes das transferências intergovernamentais. Não sendo capazes de obter os recursos financeiros que necessita, tem de buscar em outras instâncias de governo localizadas no nível superior ou no mesmo nível de governo (DAFFLON; MADIÈS, 2009)

Outro aspecto a ser destacado no que concerne aos resultados obtidos na pesquisa é o valor, por habitantes, das transferências intergovernamentais para a saúde nos municípios brasileiros (TSHAB). Percebe-se a interdependência negativa e significativa dessa variável com a equidade, indicando haver a possibilidade de redução das desigualdades quando o valor per capita é levado em consideração. Nesse sentido, considerando-se que os municípios menores, com até 5 mil habitantes, dispõem de mais recursos per capita do que os demais (GOMES; CRISTINA; DOWELL, 2000), pode-se inferir que eles são os maiores beneficiários no que diz respeito à redução das disparidades regionais em saúde.

De fato, percebe-se que a busca pela equidade tem de levar em consideração as especificidades dos municípios, principalmente no que diz respeito a sua capacidade de autofinanciar-se e manter as condições mínimas de saúde para a população. No entanto, há que se considerar a possibilidade de que nem sempre os municípios menores são os mais pobres (GOMES; CRISTINA; DOWELL, 2000) e, por conseguinte, essa relação favorável à equidade obtida na pesquisa pode não ser atribuída diretamente às transferências, mas podem existir outros fatores, tais como melhor distribuição de renda nestas localidades, favorecendo a distribuição equitativa de acesso à saúde.

Conforme a teoria do federalismo acerca da ilusão fiscal (FISHER, 1982; GAMKHAR; SHAH, 2007; STRUMPF, 1998), numa relação em que há assimetria informacional, o eleitor mediano não tem conhecimento do total de gastos públicos que foram realizados com recursos oriundos das transferências intergovernamentais. Logo, surge a possibilidade de o gestor esconder do eleitor os custos dos bens e serviços oferecidos ao cidadão e aproveitar-se de tal situação para superestimar as despesas ou capturar parte dos recursos para maximizar sua própria utilidade (STRUMPF, 1998).

Por fim, tem-se que as variáveis de controle confirmaram as proposições teóricas e foram condizentes com os resultados esperados. Assim, verificou-se que nos entes mais populosos há uma tendência de maior dificuldade em manter o padrão de equidade de acesso aos serviços de saúde. Como nestas áreas as demandas são diversas e em maiores quantidades, podem ocorrer situações que dificultem a distribuição equânime das condições de saúde. O perfil de renda da população municipal e a cobertura da atenção básica do SUS nessas localidades são fatores que reduzem as disparidades em torno do acesso aos serviços ambulatoriais do SUS.

Para a variável plano privado de saúde (PLAN) observou-se coeficientes estatisticamente significantes direcionados para a redução das desigualdades de acesso aos serviços do SUS. Resultado que se coaduna com as considerações apresentadas por Andrade et al. (2013) quando analisaram as desigualdades no acesso aos serviços de saúde nas regiões brasileiras considerando a presença de cobertura privada de plano de saúde. Identificaram que a cobertura de planos privados de saúde diminuiu as iniquidades presentes na utilização dos serviços médicos ambulatoriais no Brasil e em todas as regiões do país.

5.2.2 Descentralização Fiscal e Equidade nas ICSAB'S

Apresentam-se, na Tabela 6, os resultados do modelo de regressão com dados em painel para a variável ICSAB. Os testes de validade e consistência do modelo indicaram novamente que a melhor estimativa seria por dados em painel com efeitos fixos. A modelagem, portanto, levou em consideração possíveis heterogeneidades dos entes municipais ao longo do período que podiam influenciar na equidade de acesso ao sistema de saúde. E, dessa forma, apresentando os resultados a partir de estimadores eficientes e consistentes.

Além disso, vale salientar que as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica são “hospitalizações causadas por doenças infecciosas evitáveis por imunizações, as complicações que poderiam ser atenuadas por diagnóstico e tratamento precoce, e as complicações agudas de doenças não transmissíveis (MORETTI; FEDOSSE, 2016, p. 242)”. Logo, espera-se que um menor índice de internações no grupo de pessoas com menor renda seja um indicador de redução das desigualdades no acesso à saúde.

A variável *proxy* para descentralização (DESC) apresentou significância estatística a nível de 1% e interdependência negativa com a equidade. Essas evidências, em conjunto com

o que foi apresentado na Tabela 2 (que tratou do índice de desigualdade), revelam que a descentralização no contexto da saúde pública tem efeito favorável à redução das desigualdades entre a população no que diz respeito às Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica. Podendo favorecer à população com menor perfil de renda no sentido de minimizar as causas que levam essas pessoas às internações.

Assim, em conformidade com o que se observou com a produção ambulatorial, as evidências sugerem a possibilidade de melhor nível de equidade em saúde quando os gastos públicos são efetuados a partir das receitas arrecadados diretamente pelos governos locais. Neste caso específico, o percentual das internações hospitalares por causas sensíveis a atenção básica funciona com indicador de efetividade das políticas públicas na atenção básica à saúde. Sob esta perspectiva, há indícios de que os recursos próprios aplicados em saúde tenham um efeito equalizador nas condições básicas de saúde da população.

Tabela 6: Resultados da Regressão Equidade e Descentralização nas ICSAB's.

PAINEL B: Equidade e Descentralização nas Internações por causas Sensíveis a Atenção Básica					
Modelagem	Efeitos Fixos			Efeitos Aleatórios	
Variáveis	Coefficientes	p-valor	Coefficientes	p-valor	
DESC	-0,03590	0,000	0,02300	0,004	
PEC	0,08382	0,019	1,25874	0,000	
AUTOFIN	0,01363	0,001	0,09635	0,000	
TSHAB	0,09438	0,000	-0,33749	0,000	
LNPOP	0,35065	0,000	0,11877	0,000	
REN	0,09022	0,000	0,21328	0,000	
PLAN	-0,00005	0,998	0,03566	0,000	
CAB	0,01931	0,000	0,14325	0,226	
IDO	1,15701	0,000	0,00106	0,000	
Intercepto	-2,62877	0,000	0,03324	0,196	
R ²	Dentro	Entre	Geral	F(11, 42211)	1168,71
	0,03600	0,06110	0,0445	Prob > F	0,0000
	Wald chi2(11) = 759.39			R ²	0,3174
	Prob > chi2 = 0,0000			R ² Ajustado	0,3172
Testes	Chow (F)	Breusch – Pagan	Hausman	Wooldridge	Wald
	0,00000	0,00000	0,00000	0,29730	0,00000

Prevaleceu o modelo de Efeitos Fixos.

$$EQICSAB_{it} = \beta_0 + \beta_1 DESC_{it} + \beta_2 PEC_{it} + \beta_3 AUTOFIN_{it} + \beta_4 TSHAB_{it} + \beta_5 LNPOP_{it} + \beta_6 REN_{it} + \beta_7 PLANO_{it} + \beta_8 CAB_{it} + \beta_9 IDO_{it} + \varepsilon_{it}$$

Nota: EQICSAB corresponde a uma medida de desigualdade no percentual de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica; DESC é uma *proxy* de descentralização; AUTOFIN é autonomia financeira do ente municipal; TSHAB são as transferências para a saúde por cada 1000 habitantes; LNPOP é o logaritmo natural da população residente no município; REN é a renda média da população do município; PLAN é a proporção de planos privados de saúde por habitantes; CAB é uma *dummy* que representa 100% da população coberta pelos serviços de Atenção Básica e IDO é a proporção de idosos no município.

Fonte: elaboração própria com base nos dados da pesquisa (2017).

Isso fica evidente quando se observa a variável TSHAB, considerada como o total das transferências para a saúde ponderada pela população residente no município, apresentar significância estatística e positiva em relação à equidade. Esse fato leva a conjecturar que as transferências per capita não têm sido favoráveis à redução das desigualdades nas internações por causas sensíveis a atenção básica. Embora as transferências na modalidade fundo a fundo tenham um efeito compensatório, que impactam positivamente os municípios menores, como destacam (MACHADO; GUIM, 2017), observa-se uma relação inversa entre as internações por fatores que poderiam ter sido evitados pela efetividade dos serviços básicos de saúde.

Os indicadores de aplicação mínima de recursos conforme EC nº 29/2000 (PEC) e de autonomia financeira (AUTOFIN) foram estatisticamente significantes, mas com sinais positivos. Revelando que boa parte destas desigualdades pode ser ocasionada pela perda de autonomia dos municípios. Dessa forma, os governos subnacionais podem não estar escolhendo as melhores condições de aplicação de recursos segundo as necessidades locais, limitados pelo volume de recursos financeiros que arrecadam para financiar os programas e ações em saúde que melhor atendam a função básica de saúde.

Por fim, a análise destacou o papel importante da variável renda familiar (REN) nas internações por causas sensíveis a atenção básica. Pelos resultados obtidos, percebe-se que a desigualdade apontada no sistema de saúde pode ser caracterizada também pelas condições socioeconômicas da população. Assim, uma população com maior perfil de renda pode contratar serviços privados de saúde em nível de atenção básica, evitando que futuramente tenha que buscar internações hospitalares por causas sensíveis a atenção básica. E, com isso, poderá aumentar o nível de desigualdade no acesso ao SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre a descentralização fiscal e a equidade de acesso à saúde nos municípios brasileiros. Para isso, desenvolveu-se um estudo teórico-empírico, fazendo-se uso de uma abordagem quantitativa e tendo como ferramenta principal a utilização do Índice de Concentração para estimar o nível de equidade no acesso aos serviços de saúde a partir da produção ambulatorial do SUS e da proporção de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica. Além disso, fez-se a estimativa por meio de métodos econométricos com dados em painel da relação entre descentralização fiscal e equidade no acesso aos serviços de saúde. A hipótese fundamental a ser verificada considerou que a descentralização fiscal favorece a igualdade de acesso a esses serviços.

Os principais fatos observados no contexto da descentralização fiscal que permeiam os gastos públicos em saúde apontaram crescimento dos gastos per capita até o ano de 2014, com leve decaimento nos anos seguintes. A análise evidenciou que as diversas tentativas de melhorias do financiamento da saúde através da instituição de atos normativos foram fundamentais para favorecer o crescimento dos recursos para a saúde, principalmente com a participação mais intensa dos Estados e Municípios na composição desse montante. Entretanto, observou-se que a composição dos gastos ocorreu mais fortemente nas despesas com pessoal do que na modalidade de investimentos, indicando a existência de um fator que pode comprometer a modernização das instalações e equipamentos dos centros de saúde a nível municipal.

Tratando-se da composição dos gastos públicos com base nos recursos próprios aplicados em saúde, segundo recomenda a Emenda Constitucional Nº 29/2000, observou-se significativa elevação das receitas aplicadas em saúde, em média, num percentual maior do que apontado pelo preceito constitucional. Após 2012, com a promulgação da Lei Complementar nº 141/2012, esse crescimento foi ainda mais substancial, evidenciado o papel significativo dos municípios na composição dos recursos para a saúde.

Para as transferências intergovernamentais aplicadas diretamente na função saúde observou-se forte vinculação desses recursos por faixa populacional dos municípios, de modo que os entes mais populosos tendem a possuir a maior parte dos valores recebidos por transferências. Isso foi notório tanto nas transferências oriundas diretamente da União, quanto nos recursos advindos dos demais entes governamentais. No entanto, é questionável se essa metodologia de definição dos valores é a mais apropriada para favorecer os entes com maior

necessidade na questão saúde. Por isso, espera-se com as novas regras definidas na regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012) que essa relação seja modificada e que a alocação dos recursos seja direcionada mais fortemente para quem demanda maior necessidade por saúde.

Diante disso, observou-se que a má distribuição dos recursos em saúde pode acentuar as desigualdades no acesso aos serviços entre os diversos municípios. Nesse sentido, quando se analisou a equidade com base na produção ambulatorial do SUS, identificou-se um nível acentuado de desigualdade no acesso a esses serviços que tem favorecido a população com maior perfil de renda. O aspecto mais significativo dessa evidência foi observar a tendência de aumento da desigualdade ao longo dos anos.

Por outro lado, na análise da equidade por meio da proporção de internações hospitalares por causas sensíveis a atenção básica, observou-se a presença de desigualdade que tem beneficiado a população mais necessitada economicamente. No entanto, a interpretação desse favorecimento deve ser observada com relativa cautela, tendo em vista que o indicador utilizado tem como fundamento a mensuração da quantidade de acesso aos serviços de saúde em função de uma série de doenças que deveriam ser evitadas se a população recebesse os cuidados necessários da atenção básica à saúde.

Com isso, compreendeu-se que pode não haver um favorecimento ao acesso à saúde por parte da população mais necessitada, de modo que pode haver maior incidência de pessoas pobres recorrendo aos serviços de saúde por que na sua localidade não está sendo oferecida às condições básicas de saúde. Logo, a pesquisa mostrou-se coerente quando identificou uma desigualdade de acesso aos serviços ambulatoriais por parte dos ricos, que buscam mais intensamente os tratamentos preventivos, e ao mesmo tempo revelou que os pobres são os mais afetados por doenças causadas por falta de a atenção básica à saúde.

Por fim, na análise da relação entre equidade e descentralização, confirmou-se a hipótese defendida neste estudo de que a descentralização fiscal pode favorecer a equidade de acesso aos serviços de saúde. A princípio, verificou-se significância estatística na *proxy* para descentralização, indicando uma possível confirmação do efeito *flypaper* nos resultados da pesquisa. Nesse sentido, os gastos públicos originários das receitas diretamente arrecadadas foram mais significativos no gasto total em saúde do que os oriundos das transferências intergovernamentais.

Com relação à proporção de internações por causas sensíveis a atenção básica, as evidências sugeriram que também há melhor nível de equidade quando os gastos em saúde realizados com recursos próprios são proporcionalmente maiores do que através das

transferências intergovernamentais. Por outro lado, o percentual mínimo constitucional e a autonomia financeira não se apresentaram como redutores das desigualdades no acesso à saúde.

Diante de todas essas evidências, percebe-se que a problemática da equidade na saúde é uma questão que ainda merece ser levada em consideração. Apesar de muitas tentativas de melhoria das condições de saúde no país, com a regulamentação de diversos atos normativos tentando definir a melhor alternativa de alocação de recursos para a saúde, ainda é possível perceber sinais de desigualdade no acesso a esses serviços.

Mesmo com o processo de descentralização da gestão e dos gastos públicos em saúde, que ampliou a responsabilidade dos municípios brasileiros e permitiu aumento dos recursos para a saúde, ainda existem sinais de desigualdades na saúde no país. Por isso, mesmo que os avanços sejam perceptíveis, como ficou evidente nos resultados deste estudo, os desafios ainda são significativos, visto que as evidências sugerem que o aumento dos recursos disponíveis pode não assegurar o princípio da equidade à saúde nos municípios brasileiros.

Diante deste cenário, esta pesquisa apresenta evidências empíricas fundamentais para uma análise da relação entre descentralização e equidade no contexto da saúde pública no Brasil. Possibilitando verificar a existência de disparidades entre as jurisdições quando se observa o nível de acesso aos serviços públicos de saúde numa perspectiva local. Além disso, o trabalho proporcionou subsídios para analisar se o aumento dos recursos próprios destinados à saúde seria uma alternativa para ampliar o grau de equidade de acesso aos serviços.

Do ponto de vista teórico, a pesquisa apresentou evidências que podem dar suporte ao modelo teórico de descentralização definido pelo federalismo fiscal aplicado ao contexto brasileiro. E, apesar de a pesquisa ser em nível de Brasil, há a possibilidade de expansão das considerações aqui levantadas para países com características semelhantes. Porém, com algumas ressalvas tendo em vista as especificidades de cada desenho federativo, já que o Brasil dispõe de um modelo bastante descentralizado no sentido de colocar grande parcela de atribuições aos municípios, entes federados autônomos, com estrutura própria definida constitucionalmente.

Finalmente, o estudo trouxe novas implicações metodológicas, do ponto de vista empírico, ao aplicar um método quantitativo bastante empregado em literatura estrangeira, mas pouco explorado em pesquisas no Brasil, para observar a equidade no acesso à saúde nos municípios brasileiros. Nesse sentido, observou-se a existência de diversos trabalhos discutindo os aspectos conceituais da equidade e suas implicações na eficiência considerando o contexto de descentralização. Enquanto outros trataram apenas dos aspectos conceituais buscando uma definição para a variável equidade. O aspecto inovador nesta pesquisa foi aplicar uma

abordagem que avalia a equidade em nível horizontal, proporcionando subsídios para identificar os efeitos da desigualdade de renda sobre as condições de saúde a nível municipal e revelar os tipos de serviços que precisam ser ampliados para assegurar maior nível de equidade no sistema de saúde.

Não obstante essas contribuições que surgem da realização dessa pesquisa, há que se considerar as diversas limitações aqui observadas. A começar pelos dados que foram coletados de fontes secundárias e podem dispor de inconsistências na mensuração de algumas variáveis. Também há que se levar em consideração a utilização de diversas variáveis *proxies* tanto para o vetor de descentralização quanto para a variável de equidade. Nesse aspecto, cabe uma ressalva que impactou fortemente a estruturação deste estudo foi o fato de se ter usado o modelo de mensuração do Índice de Concentração com dados agregados a nível municipal. Embora não se questione a possibilidade de aplicação dessa métrica em nível municipal, pois diversos estudos defendem o uso agregado desse modelo, a maioria das pesquisas trata a questão da equidade com base nas informações autodeclarada pelos indivíduos.

Portanto, diante das dificuldades que foram encontradas na estruturação empírica deste trabalho, tanto do ponto de vista metodológico quanto dos aspectos conceituais frente a complexidade que se coloca na definição do que é equidade, sugere-se que outras abordagens sejam desenvolvidas com estruturas semelhantes a que foi empregada neste estudo. Assim, recomenda-se a utilização de outras variáveis de acesso aos serviços, bem como a definição da amostra segregada por características específicas dos municípios, como tamanho e perfil demográfico.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, L. F. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. Jun, p. 41–67, 2005.
- ACOSTA, P. The “flypaper effect” in presence of spatial interdependence: Evidence from Argentinean municipalities. **Annals of Regional Science**, v. 44, n. 3, p. 453–466, 2010.
- AFFONSO, R. Os municípios e os desafios da federação no Brasil. **São Paulo em perspectiva**, v. 10, n. 3, p. 3–10, 1996.
- AFFONSO, R. DE B. Á. Descentralização e reforma do Estado. **Economia**, v. 9, n. 1, p. 127–152, 2000.
- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. DOS S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 115–128, 2017.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil) Ambulatory care sensitive hospitalizations : elaboration of Brazilian list as. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009.
- ALLISON, R. A.; FOSTER, J. E. Measuring health inequality using qualitative data. **Journal of Health Economics**, v. 23, n. 3, p. 505–524, 2004.
- ALMEIDA, A. T. C.; GASPARINI, C. E. Decentralization and Productivity of the Public Health Service in Brazil. **Journal of Economics and Development Studies**, v. 2, n. 4, p. 91–99, 2014.
- ALMEIDA, G. et al. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. **Revista panamericana de salud pública**, v. 33, n. 2, p. 90–7, 2013.
- ALVES, J.; PERALTA, S.; PERELMAN, J. Efficiency and equity consequences of decentralization in health: An economic perspective. **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 31, n. 1, p. 74–83, 2013.
- ANDRADE, M. V. et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, p. 623–645, 2013.
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25–48, 2002.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, 2004.
- ATKINSON, S.; HARAN, D. Back to basics: Does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceara in north-east Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 822–827, 2004.

BANKAUSKAITE, V.; SALTMAN, R. B. Central issues in the decentralization debate. In: MCGRAW-HILL, O. U. P. (Ed.). . **Decentralization In Health Care: Strategies And Outcomes**. 1. ed. New York: European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2007. p. 9–21.

BARDHAN, P. Decentralization and development. In: AHMAD, E.; BROSIO, G. (Eds.). . **Handbook of fiscal federalism**. Cheltenham: Edward Elgar, 2006. p. 201–223.

BOOTH, A. L. The Free Rider Problem and a Social Custom Model of Trade. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 100, n. 1, p. 253–261, 1985.

BOSSERT, T. Analysing the decentralisation of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. **Social Science and medicine**, v. 47, n. 10, p. 147–160, 1998.

BOSSERT, T. J. et al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 12, p. 914, 2003.

BOSSERT, T. J.; BEAUVAIS, J. C. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. **Health Policy and Planning**, v. 17, n. 1, p. 14–31, 2002.

BRADFORD, D. F.; OATES, W. E. Towards a Predictive Theory of Intergovernmental Grants. **American Economic Association**, v. 61, n. 2, p. 440–448, 1971.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Brasília - DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília - DF: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília - DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990b.

BRASIL. **Decreto nº 1.232, de 30 de Agosto de 1994** Diário Oficial da União, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Nº 204 /gm 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011** Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do Sus**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL, M. DA S. S. E. Á. DE E. DA S. E D. **Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007 semestral**. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT_apresentação_Indicadores - a partir do 1º semestre de 2007.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NT_apresentação_Indicadores_-_a_partir_do_1º_semestre_de_2007.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02** Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.488, De 21 De Outubro De 2011. **Diário Oficial da União**, p. 37, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, p. Seção 1: 43-51, 2006.

BREUSCH. T. S; PAGAN, A. R. A Simple Test for Heteroscedasticity and Random Coefficient Variation. **The Econometric Society Stable**, v. 47, n. 5, p. 1287–1294, 1979.

BRITO, J. R. S. DE B. **FINANÇAS PÚBLICAS E FEDERALISMO FISCAL: Uma análise da efetividade fiscal dos municípios brasileiros**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. Evolução Das Desigualdades Sociais Na Utilização De Serviços De Saúde: Análise Para As Regiões E As Unidades Da Federação Do Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 46, n. jan./jun, p. 267–293, 2016.

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics: methods and applications**. New York: Cambridge university press, 2005.

CAMPOS, L. S. **Organização da atenção básica à saúde e sistema de avaliação de desempenho econômico: estudo de caso das unidades básicas de saúde vinculadas à Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto-USP**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.

CHOW, G. C. Tests of Equality between Sets of Coefficients in Two Linear Regressions. **Econometrica: Journal of the Econometric Society**, v. 28, n. 3, p. 591–605, 1960.

COLLINS, C.; GREEN, A. Decentralization and Primary Health Care: some Negative Implications in Developing Countries. **International journal of health services**, v. 24, n. 3, p. 459–475, 1994.

CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília - DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007.

COSTA-FONT, J.; GIL, J. Exploring the pathways of inequality in health, health care access and financing in decentralized Spain. **Journal of European Social Policy**, v. 19, n. 5, p. 446–458, 2009.

COSTA-FONT, J.; RICO, A. Devolution and the Interregional Inequalities in Health and Healthcare in Spain. **Regional Studies**, v. 40, n. 8, p. 875–887, 2006.

COSTA-I-FONT, J. Inequalities in self-reported health within Spanish Regional Health Services devolution re-examined. **The International journal of health planning and management**, v. 20, n. 1, p. 41–52, 2005.

COSTA, N. DO R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 32–55, 1999.

COUTTOLENC, B. F. **Decentralization and Governance in the Ghana Health Sector**. Washington, D.C.: World Bank, 2012.

CULYER, A. J. Equity - some theory and its policy implications. **Journal of Medical Ethics**, v. 27, p. 275–283, 2001.

DAFFLON, B.; MADIÈS, T. **Decentralization : A Few Principles from the Theory of Fiscal**. Paris: Agence Française de Développement, 2009.

DIAZ, M. D. M. Desigualdades Socioeconômicas na Saúde. **Revista brasileira de economia**, v. 57, n. 1, p. 7–25, 2003.

DINIZ, J. A. **Eficiência das Transferências Intergovernamentais para a Educação Fundamental de Municípios Brasileiros**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012.

ERREYGERS, G. Correcting the Concentration Index. **Journal of Health Economics**, v. 28, n. 2, p. 504–515, 2009.

ERREYGERS, G.; CLARKE, P.; VAN OURTI, T. “Mirror, mirror, on the wall, who in this land is fairest of all?” -Distributional sensitivity in the measurement of socioeconomic inequality of health. **Journal of Health Economics**, v. 31, n. 1, p. 257–270, 2012.

ERREYGERS, G.; VAN OURTI, T. **Measuring socioeconomic inequality in health, health care and health financing by means of rank-dependent indices: A recipe for good practice** *Journal of Health Economics*, 2011.

FERREIRA, M. P. S. et al. Financiamento Da Atenção Básica Em Uma Macrorregião Da Bahia. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 5, n. 1, p. 27, 2016.

FISHER, R. C. Income and grant effects on local expenditure: The flypaper effect and other difficulties. **Journal of Urban Economics**, v. 12, n. 3, p. 324–345, 1982.

GADELHA, S. R. DE B. Analisando o impacto da descentralização fiscal na saúde pública: Evidência empírica para os Municípios Brasileiros (2000-2009). **Revista Faz Ciência**, v. 13, n. 18, p. 121–144, 2011.

GAMKHAR, S.; SHAH, A. The impact of intergovernmental fiscal transfers: a synthesis of the conceptual and empirical literature. In: **Intergovernmental fiscal transfers: principles and practice**. Washington, DC: The World Bank, 2007. p. 225–258.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil , 1993-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3717–3728, 2008.

GASPARINI, C. E.; COSSIO, F. A. B. Transferências intergovernamentais. In: MENDES, M. (Ed.). . **Gasto público eficiente: 91 propostas para o desenvolvimento do Brasil**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel e Topbooks, 2006. p. 175–196.

GOMES, G. M.; CRISTINA, M.; DOWELL, M. Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é Mau para o Econômico nem sempre é Bom para o Social. **Texto para Discussão**, v. 706, n. 706, p. 5–27, 2000.

GORDON, R. H. An optimal taxation approach to fiscal federalism. **The Quarterly Journal of Economics**, v. 98, n. 4, p. 576–586, 1983.

GRAMLICH, E. State and Local Governments and their Budget Constraint. **International Economic Review**, v. 10, n. (June), p. 163–182, 1969.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria básica**. 5. ed. Porto Alegre: Makron Books, 2011.

GWATKIN, D. R. The need for equity-oriented health sector reforms. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, p. 720–723, 2001.

HAUSMAN, J. A. Specification Tests in Econometrics. **Econometrica: Journal of the Econometric Society**, v. 46, n. 6, p. 1251–1271, 1978.

HENDERSON, J. M. Local Government Expenditures: A Social Welfare Analysis. **The Review of Economics and Statistics**1, v. 50, n. 2, p. 156–163, 1968.

INMAN, R. P. The Flypaper Effect. **National Bureau of Economic Research Working Paper Series**, v. 9, p. 217–226, 2008.

JIMÉNEZ-RUBIO, D.; SMITH, P. C. .; VAN DOORSLAER, E. Equity in health and health care in a decentralised context: evidence from Canada. **Health economics**, v. 17, n. 3, p. 377–392, 2008a.

JIMÉNEZ-RUBIO, D.; SMITH, P. C.; VAN DOORSLAER, E. Equity in health and health care in a decentralised context: evidence from Canada. **Health economics**, v. 17, n. 3, p. 377–392,

2008b.

KAKWANI, N.; WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Socioeconomic inequalities in health_ measurement, computation, and statistical inference. **Journal of econometrics**, v. 77, n. 1, p. 87–103, 1997.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1416–1426, 2015.

KOIVUSALO, M. Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7192, p. 1198, 1999.

LEVAGGI, R.; ZANOLA, R. Flypaper effect and sluggishness: Evidence from regional health expenditure in Italy. **International Tax and Public Finance**, v. 10, n. 5, p. 535–547, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. DE; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, p. 269–29, 2001.

LIMA, L. D. DE et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, 2012.

LIMA, L. D. DE; ANDRADE, C. L. T. DE. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2237–2248, 2009.

LIMA, S. C. DE; DINIZ, J. A. **Contabilidade Pública: Análise Financeira Governamental**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

LITVACK, J.; AHMAD, J.; BIRD, R. **Rethinking Decentralization in Developing Countries**. Washington, D.C.: The World Bank, 1998.

LOBO, T. Descentralização - uma alternativa de mudança. **Revista Administração Pública**, v. 22, n. 1, p. 14–24, 1988.

LOPEZ-CASASNOVAS, G.; COSTA-FONT, J.; PLANAS, I. Diversity and regional inequalities in the Spanish “system of health care services”. **Health Economics**, v. 14, n. SUPPL. 1, p. 221–235, 2005.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439–448, 2003.

MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. DOS S. Seção Temática: Gestão e poder local Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 68, n. 1, p. 37–64, 2017.

MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. **International Journal for Equity in Health**, v. 1, n. 1, p. 1, 2002.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil,

1998 - 2008. **International Journal for Equity in Health**, p. 1–8, 2012.

MAGNUSSEN, J.; HAGEN, T. P.; KAARBOE, O. M. Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. **Social Science and Medicine**, v. 64, n. 10, p. 2129–2137, 2007.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. **Caderno Crh**, n. Xxvi, p. 55–81, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira : de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, v. 21, n. 2(45), p. 345–362, 2012.

MATTA, J. L. J. DA. **Equilíbrio federativo e Sistema Único de Saúde: as transferências financeiras e o SUS no jogo das relações federativas no Brasil**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

MENDES, M. Federalismo fiscal. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. (Ed.). . **Economia do Setor Público no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 422–461.

MENDES, M. J. **Descentralização fiscal baseada em transferências e captura de recursos públicos nos municípios brasileiros**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2002.

MORETTI, P. G. DE S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 241–247, 2016.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 83–91, 2010.

MUSGRAVE, R. A. **Theory of public finance: a study in public economy**. New York: McGraw Hill Book Company, 1959.

O'DONNELL, O. et al. **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation**. Washington, D.C: The World Bank, 2008.

O'DONNELL, O. et al. conindex: Estimation of concentration indices. **Stata Journal**, v. 16, n. 1, p. 112–138, 2016.

O'DONNELL, O.; VAN DOORSLAER, E.; WAGSTAFF, A. Decomposition of inequalities in health and health care. In: JONES, A. M. (Ed.). . **The Elgar companion to health economics**. Massachusetts, USA: Edward Elgar, 2006.

OATES, W. E. Fiscal Federalism. **New York: Harcourt Brace Jovanovich**, v. 6, p. 55–56, 1972.

OATES, W. E. An Essay on Fiscal Federalism. **Journal of Economic Literature**, v. 37, n. 3, p. 1120–1149, 1999.

OREIRO, J. L. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica.

Estudos Avançados, v. 31, n. 89, p. 75–88, 2017.

OUVERNEY, A. L. M. **Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2015.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PARKS, J. J. et al. Mechanical Control of Spin States in Spin-1 Molecules and the Underscreened Kondo Effect. **Science**, v. 328, n. 5984, p. 1370–1373, 2010.

PIOLA, S. F. et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo (No. 1846). **Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, v. 1846, 2013.

PIOLA, S. F. et al. 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. 1–12, 2016.

POLITI, R. Desigualdade na utilização de serviços de saúde entre adultos: uma análise dos fatores de concentração da demanda. **Economia Aplicada**, v. 18, n. 1, p. 117–137, 2014.

RAWLS, J. **A Theory of Justice**. Harvard, MA: Harvard University Press, 1971.

RODRIGUES DOS SANTOS, N. SUS , política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência & Saúde Coletiva ISSN:**, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.

RONDINELLI, D. A. Government Decentralization in Comparative Perspective. **International Review of Administrative Sciences**, v. 47, n. 2, p. 133–145, 1981.

SAMUELSON, P. A. the Pure Theory of Public Expenditure. **Statistics**, v. 3680, n. 49, p. 387–389, 1954.

SAMUELSON, P. A. Diagrammatic exposition of a theory of public expenditure. **The Review of Economics and Statistics**, v. 37, n. 4, p. 350–356, 1955.

SANTOS, A. M. S. P.; COSTA, L. S.; ANDRADE, T. A. Federalismo no Brasil : análise da descentralização financeira da perspectiva das cidades médias. **Economia Aplicada**, v. 4, n. 2, p. 295–335, 2002.

SEN, A. **Development as Freedom**. New York: Oxford University Press, 1999.

SHAH, A. **The reform of intergovernmental fiscal relations in developing and emerging market economies**. Washington, D.C: World Bank, 1994.

SHAH, A. A practitioner's guide to intergovernmental fiscal transfers. In: BOADWAY, R.; SHAH, A. (Eds.). **Intergovernmental fiscal transfers: principles and practice**. Washington, D.C: World Bank, 2007.

SILVA, M. S. Teoria do federalismo fiscal: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian. **Nova Economia**, v. 15, n. 1, p. 117–137, 2005.

SILVA, M. C. DA et al. Gastos com Saúde : uma Análise do Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 / 2000 pelos 100 Municípios Brasileiros mais Populosos , no período de 2000 a 2008. **REUNIR – Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, v. 2, n. 1, p. 1–20, 2008.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 45, n. 1, p. 33–63, 2015.

SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 495–502, 2007.

SOUZA JÚNIOR, C. V. N. DE; GASPARINI, C. E. Análise da equidade e da eficiência dos estados no contexto do federalismo fiscal brasileiro. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 36, n. 4, p. 803–832, 2006.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **International Journal of Health Services**, v. 31, n. 3, p. 545–566, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. State of the Art in Research on Equity in Health. **Journal of Health Politics**, v. 31, n. 1, 2006.

STRUMPF, K. S. A predictive index for the flypaper effect. **Journal of Public Economics**, v. 69, n. 3, p. 389–412, 1998.

SUMAH, A. M.; BAATIEMA, L.; ABIMBOLA, S. The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. **Health Policy**, v. 120, n. 10, p. 1183–1192, 2016.

TIEBOUT, C. A pure theory of local expenditures. **Journal of Political Economy**, v. 64, n. 5, p. 416–424, 1956.

VARELA, P. S. Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência. **Universidade de São Paulo - USP**, p. 211, 2008.

WAGSTAFF, A. Inequality aversion, health inequalities and health achievement. **Journal of Health Economics** 21, v. 21, n. January 2002, p. 627–641, 2002.

WAGSTAFF, A. The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality. **Health Economics**, v. 14, n. 4, p. 429–432, 2005a.

WAGSTAFF, A. Inequality decomposition and geographic targeting with applications to China and Vietnam. **Health Economics**, v. 14, n. 6, p. 649–653, 2005b.

WAGSTAFF, A.; PACI, P.; DOORSLAE, E. VAN. On the measurement of inequalities in health. **Social science & medicine**, v. 33, n. 5, p. 545–557, 1991.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Equity in health care finance and delivery. **Handbook of Health Economics**, v. 1, n. Chapter 34, p. 1803–1857, 2000.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Overall versus-socioeconomic health inequality: A measurement framework and two empirical illustrations. **Health Economics**, v. 13, n. 3, p. 297–301, 2004.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429–45, 1992.

WOOLDRIDGE, J. M. **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data** MIT Press, 2010.

WYCKOFF, P. G. A bureaucratic theory of flypaper effects. **Journal of Urban Economics**, v. 23, n. 1, p. 115–129, 1988.

ZHONG, H. The impact of decentralization of health care administration on equity in health and health care in Canada. **International journal of health care finance and economics**, **10(3)**, v. 10, n. 3, p. 219–237, 2010.