



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA

**INVESTIMENTOS E GASTOS COM PESSOAL: A LEI DE RESPONSABILIDADE
FISCAL (LRF) E A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Ricardo Miorin Gomes

BRASÍLIA
JUNHO DE 2012

Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - FACE
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA

**INVESTIMENTOS E GASTOS COM PESSOAL: A LEI DE RESPONSABILIDADE
FISCAL (LRF) E A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em
Administração submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Universidade
de Brasília como requisito para obtenção do
grau de Mestre.

Aluno: Ricardo Miorin Gomes

Orientadora: Prof^ª. Dra. Janann Joslin
Medeiros

Área de Concentração: Administração Pública
e Políticas Públicas

BRASÍLIA
JUNHO DE 2012

RICARDO MIORIN GOMES

**INVESTIMENTOS E GASTOS COM PESSOAL: A LEI DE RESPONSABILIDADE
FISCAL (LRF) E A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS
BRASILEIROS**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em
Administração submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Universidade
de Brasília como requisito para obtenção do
grau de Mestre.

Aprovada em 29/06/2012

Prof. Dr^a. Janann Joslin Medeiros – Orientadora

Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Matias Pereira – Examinador Interno

Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Marco Aurélio Marques Ferreira – Examinador Externo

Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade Federal de Viçosa

Aos meus pais,
por me estimularem à pesquisa e a ciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelos exemplos, pelo apoio e pelos direcionamentos necessários.

À minha orientadora, Professora Janann Joslin Medeiros, por ter aceito esta tarefa complicada e me ajudado a achar o caminho, além de todo apoio e imenso conhecimento compartilhado.

À minha avó, grande incentivadora e que infelizmente não pôde ver este trabalho concluído, mas que ajudou de todas as formas possíveis e me incentivou muito neste mestrado.

Aos demais membros da família, Renata, Daniel, Maria Luiza, Luciana, por todo o apoio e paciência durante este período.

Aos colegas de PPGA, Gemael, Vanessa e Samara, importantíssimos nos momentos mais críticos.

"O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder entusiasmo"

(Winston Churchill)

RESUMO

Com a estabilização monetária, em meados dos anos 1990, veio à tona a difícil situação fiscal dos entes federativos, trazendo para dentro do poder público questões como o ajuste fiscal e o controle dos gastos públicos, gerando a necessidade de se criarem normas mais rígidas para as finanças públicas. No ano 2000 foi aprovada a Lei Complementar 101/2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Dentro deste contexto, surgiu o problema da presente pesquisa: identificar se a LRF influenciou os gastos e a efetividade dos serviços de saúde nos municípios brasileiros. Com o fim de encontrar respostas à este problema, foram coletados dados financeiros e de efetividade (mortalidade infantil) nas bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS), abrangendo o período de 2000 a 2009, e os dados foram analisados de forma quantitativa, com o auxílio dos testes de correlação de Spearman-rho e de Wilcoxon, além da estatística descritiva. Os dados mostraram que os gastos totais com saúde apresentaram um grande aumento no período analisado, aumento este justificado principalmente pelos gastos com pessoal, que aumentaram em uma grandeza semelhante aos gastos totais, ao contrário dos gastos com investimentos que, apesar de um aumento no período, teve uma evolução no período bem mais baixa. Os resultados também indicaram que a relação entre os gastos e a mortalidade infantil não é tão linear e direta como acredita-se. Outro resultado encontrado diz respeito aos investimentos em anos eleitorais, que apresentam valores estatisticamente maiores do que nos anos em que não haviam eleições. Com isto, o trabalho apresenta como contribuição a ausência de uma relação linear e direta entre os gastos com saúde e o indicador de Mortalidade Infantil, indicando a necessidade de estudos mais profundos para se estudar quais indicadores podem estar presentes nesta relação, visando tornar as políticas públicas mais eficientes nos municípios brasileiros. Há também que se destacar o comportamento de alta nos investimentos nos anos eleitorais e a necessidade de compreender este comportamento. Sugere-se o continuado uso do gasto público por fins eleitorais, questão que também precisa de estudo em maior profundidade.

Palavras-chave: Desempenho no setor público, relação entre gasto e outcomes, efetividade e Lei de Responsabilidade Fiscal.

ABSTRACT

With the achievement of monetary stability in the mid-1990s, the fiscal situation of the entities of the Brazilian federation came to the forefront of concerns, directing attention to the need for fiscal adjustments, control of public expenditure and the need to apply more rigorous standards in the area of public finance. In 2001, Complementary Law 101/2000, the so-called Law of Fiscal Responsibility (LRF) was passed. It is within this context that the research problem for this dissertation arose: to identify whether the LRF has influenced expenditures for and the effectiveness of health services in Brazilian municipalities. To this end, financial data and data with respect to effectiveness (using infant mortality as proxy) were collected from the data bases of the Health Ministry (DATASUS), covering the period from 2000 through 2009. The data were analyzed using descriptive statistical methods and applying the *Spearman-rho* and *Wilcoxon* correlation tests. Results show that total expenditures for health increased during the period analyzed, owing principally to expenditures with personnel, which increased in a way similar to that for overall health costs. This pattern differed from that observed for investment expenditure during the period. Although expenditure for investment also increased, the percentage of increase was considerably less than that observed for personnel or for health expenditures overall. It was also observed that the levels of investment during election years were higher than in non-election years to a statistically significant degree. Results also revealed that the relationship between expenditures and infant mortality is not as direct and linear as has been supposed. Contributions of the study are the observation of the absence of a direct, linear relationship between health expenditure and the infant mortality rate, suggesting the need for further study for identifying more appropriate indicators for policy effectiveness. In addition, the identification of significantly greater investment expenditures during election years highlights the need to understand this behavior. This behavior suggests the continued use of public spending for electoral purposes, an issue that also calls for more study.

Keywords: public sector performance, expenditure-outcome relationship, Law of Fiscal Responsibility.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Pergunta e Objetivos de Pesquisa	11
1.2 Delimitação de Pesquisa	12
1.3 Justificativa.....	13
1.4 Estrutura da Dissertação	14
2 CONTEXTUALIZAÇÃO	15
2.1 Lei de Responsabilidade Fiscal	15
2.2 Críticas à Lei de Responsabilidade Fiscal	20
2.3 Orçamento Público	23
2.4 Orçamento da Saúde.....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1 Gestão de Desempenho no Setor Público	27
2.2 Efetividade Organizacional	31
2.3 Efetividade na Saúde	33
2.4 Relação entre o Gasto Público e os Outcomes	34
3 METODOLOGIA	37
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	37
3.1.1 Alcance Temporal da Pesquisa	37
3.1.2 A Finalidade da Pesquisa.....	37
3.1.3 Caráter e fontes de evidência da Pesquisa	38
3.2 Caracterização da Amostra.....	38
3.3 Operacionalização da pesquisa e modelo de análise	39
3.4 Procedimentos de Coleta e Análise de Dados	40
4. RESULTADOS DA PESQUISA.....	43
4.1 Municípios Muito Pequenos.....	47
4.2 Municípios Pequenos	51
4.3 Municípios Médios.....	55
4.4 Municípios Grandes	59
4.5 Municípios Muito Grandes.....	63
4.6 Análise Comparativa	67
4.7 Teste das Médias de Investimento nos anos eleitorais	70
4.8 Correlações entre os indicadores	73
5. CONCLUSÕES	78
6. REFERÊNCIAS	81
ANEXO I - Teste de Wilcoxon por categoria de município - Eleições Municipais.....	87

ANEXO II - Teste de Wilcoxon - Anos Pares x Anos Ímpares 92

LISTA DE SIGLAS

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

PEF – Programa de Estabilidade Fiscal

PIB – Produto Interno Bruto

PPA – Plano Plurianual

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Subfunções do Orçamento da Saúde.	24
Quadro 2 - Desempenho organizacional e suas perspectivas.	28
Quadro 3 - Efetividade sob a visão organizacional.	31
Quadro 4 - Faixas populacionais de análise.	38
Quadro 5 - Total de municípios da amostra por categoria populacional.	39
Quadro 6 - Despesa Total com Saúde – Composição.....	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relações entre LRF, Investimentos e Efetividade dos Serviços.	11
Figura 2 - Sistema de Planejamento Integrado.	19
Figura 3 - Processo de Controle Organizacional.	27
Figura 4 - Processos de avaliação do desempenho organizacional.	29
Figura 5 - Modelo 3Es de desempenho organizacional.	29
Figura 6 - Modelo IOO de desempenho organizacional.	30
Figura 7 - Evolução da média populacional nacional.	43
Figura 8 - Gasto total com saúde, por habitante.	44
Figura 9 - Gasto com pessoal na saúde, por habitante.	45
Figura 10 - Gastos com investimento, por habitante.	46
Figura 11 - Mortalidade infantil (para cada 100.000 habitantes).	47
Figura 12 - Evolução populacional dos municípios muito pequenos.	48
Figura 13 - Total de despesas por habitante nos municípios muito pequenos.	49
Figura 14 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios muito pequenos.	49
Figura 15 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios muito pequenos.	50
Figura 16 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios muito pequenos.	51
Figura 17 - Evolução populacional dos municípios pequenos.	52
Figura 18 - Total de despesas por habitante nos municípios pequenos.	53
Figura 19 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios pequenos.	53
Figura 20 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios pequenos.	54
Figura 21 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios pequenos.	55
Figura 22 - Evolução populacional dos municípios médios. Fonte: DATASUS.	56
Figura 23 - Total de despesas por habitante nos municípios médios.	57
Figura 24 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios médios.	57
Figura 25 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios médios.	58
Figura 26 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios médios.	59
Figura 27 - Evolução populacional dos municípios grandes.	60
Figura 28 - Total de despesas por habitante nos municípios grandes.	61
Figura 29 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios grandes.	61
Figura 30 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios grandes.	62
Figura 31 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios grandes.	63
Figura 32 - Evolução populacional dos municípios muito grandes.	64
Figura 33 - Total de despesas por habitante nos municípios muito grandes.	65
Figura 34 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios muito grandes.	65
Figura 35 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios muito grandes.	66
Figura 36 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios muito grandes.	67
Figura 37 - Gasto total por habitante (Comparativo).	68
Figura 38 - Gasto com pessoal por habitante (Comparativo).	68
Figura 39 - Gasto com Investimento por habitante (Comparativo).	69
Figura 40 - Mortalidade Infantil (Comparativo).	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de participação de cada ente federativo no financiamento da saúde.....	25
Tabela 2 - Resultados do teste de Wilcoxon para os investimentos em anos de eleições municipais.	71
Tabela 3 - Resultados do teste de Wilcoxon para os investimentos em anos de eleições.....	72
Tabela 4 - Correlação entre as variáveis para os municípios brasileiros.	74
Tabela 5 - Correlação entre as variáveis para os municípios muito pequenos brasileiros.	74
Tabela 6 - Correlação entre as variáveis para os municípios pequenos brasileiros.	75
Tabela 7 - Correlação entre as variáveis para os municípios médios brasileiros.....	76
Tabela 8 - Correlação entre as variáveis para os municípios grandes brasileiros.	76
Tabela 9 - Correlação entre as variáveis para os municípios muito grandes brasileiros.....	77

1. INTRODUÇÃO

Com a estabilização da moeda, em meados dos anos 1990, veio à tona a difícil situação fiscal dos entes federativos, trazendo para dentro do poder público questões como o ajuste fiscal e o controle dos gastos públicos. Dentro deste contexto, surgiu há 10 anos a Lei de Responsabilidade Fiscal buscando normalizar e controlar as finanças públicas brasileiras. Desde então, esta norma passou a ser objeto de pesquisa da Administração Pública, atraindo o debate para os efeitos que teve na sociedade em geral e nas finanças públicas em particular.

Muito elogiada por alguns pesquisadores, que veem na lei um efeito positivo nas contas públicas (BARROSO, ROCHA, 2004; CULAU, FORTIS, 2006; MACEDO, CORBARI, 2009; GORONCIO, TEIXEIRA, 2010), é notável seu impacto positivo no endividamento e seu papel na moralização do gasto, além da importância de se responsabilizar os gestores públicos e punir os responsáveis pelo mau uso do dinheiro público. Mas apesar disto, há alguns pontos que foram levantados que sugerem que a Lei pode ter causado alguns efeitos indesejáveis, tais como impactos negativos na área social (MAFFEZOLI, 2005; ARAÚJO, 2006; CHIEZA, ARAÚJO, SILVA JÚNIOR, 2009), nos investimentos (MENEZES, JÚNIOR, 2006) e no PIB (TEIXEIRA *et al.*, 2007). Também há algumas críticas sobre sua metodologia, que afirmam que da forma como foi elaborada, a LRF não tem o efeito esperado sobre os gastos com pessoal (GIUBERTI, 2005a) e o equilíbrio das contas públicas (SODRÉ, 2002).

Dentro deste contexto da literatura, surgiu o problema da presente pesquisa, que é identificar se a LRF pode ter influenciado os gastos e a efetividade dos serviços de saúde nos municípios brasileiros, uma vez que existem evidências empíricas que a LRF afetou o montante de investimentos na área social. A questão surgiu da inquietação de que apesar de grande parte dos estudos existentes terem sido realizados no âmbito municipal, ainda não foram realizados estudos que abordem a influência da LRF na área da saúde. Tampouco foram identificados estudos que relacionem variáveis relativas à efetividade na prestação de serviços de saúde com a Lei, ainda que alguns efeitos tenham sido previstos, conforme Noronha e Soares (2001), quando afirmaram que provavelmente a LRF afetaria o nível do gasto municipal de saúde, e com a redução dos gastos que poderiam ser reduzidos mais facilmente.

Boyne (2003) afirma que apesar da saúde ser objeto de preocupação dos pesquisadores, existem muito poucos estudos sobre os fatores que influenciaram a efetividade dos serviços e os estudos que são realizados são feitos de forma superficial. Além disso, o

autor afirma que apenas poucos estudos de serviços públicos utilizam mensurações de mudanças ao longo do tempo em indicadores de desempenho como variáveis dependentes, indicando a falta de trabalhos nesta área a ser estudada.

1.1 Pergunta e Objetivos de Pesquisa

Levando em consideração as apontações sobre os efeitos da LRF na área social e a falta de estudos sobre isso na área de saúde, a pergunta de pesquisa que orienta este trabalho é a seguinte:

Existe associação entre as restrições orçamentárias impostas pela LRF e os gastos e efetividade dos serviços básicos de saúde nos municípios brasileiros?

A questão se legitima pelo fato de que vários estudos afirmam que a LRF afetou negativamente os investimentos na área social. Há, portanto, a possibilidade que tenha afetado também a efetividade na prestação dos serviços básicos de saúde, conforme ilustrado na figura abaixo:

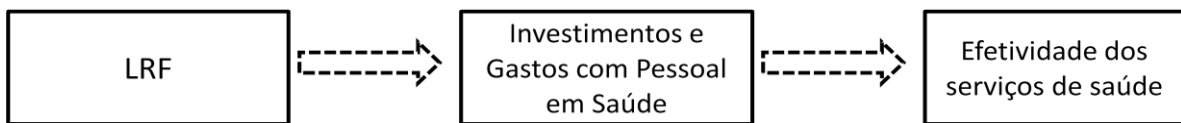


Figura 1 - Relações entre LRF, Investimentos e Efetividade dos Serviços.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A figura apresenta de forma visual as proposições a serem testadas de que a LRF afeta negativamente os investimentos em saúde e positivamente os gastos com pessoal e de que as modificações observadas nos gastos podem, por conseguinte, afetar a efetividade dos serviços prestados à população. A literatura levantada durante a formulação do problema deste trabalho levou a crer que a LRF poderia ter afetado negativamente os investimentos e positivamente os gastos com pessoal, e que isto afetaria negativamente a efetividade dos serviços de saúde.

O objetivo deste trabalho é identificar se o houve impacto da LRF nos investimentos e gastos com pessoal em saúde e se isto de alguma maneira influenciou na efetividade dos serviços básicos de saúde no nível municipal. Visando o alcance do objetivo principal deste trabalho, definem-se abaixo os objetivos intermediários:

- Descrever o comportamento dos gastos em saúde nos municípios brasileiros no período com a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal;

- Descrever o comportamento dos gastos com pessoal em saúde nos municípios brasileiros no período com a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Descrever o comportamento dos gastos de investimento em saúde nos municípios brasileiros no período com a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal;
- Descrever o comportamento ao longo do período de interesse dos indicadores utilizados para representar efetividade;

1.2 Delimitação de Pesquisa

A pergunta de pesquisa delineada demonstra claramente o foco deste trabalho, identificar o comportamento dos gastos em saúde, a incluir investimentos e gastos com pessoal, e a sua relação com a efetividade do atendimento básico nos municípios brasileiros.

A escolha pela saúde foi realizada pelo fato desta área, em estudos preliminares, ter apresentado evidências de que estaria sofrendo impactos no montante de investimentos desde a criação da LRF (GOMES, GONÇALVES, 2011) e pela ausência de consistência nos estudos que avaliem o desempenho dos serviços de saúde prestados.

Optou focalizar o nível municipal porque, em um estrutura de governo federativa, estes se apresentarem como o ente mais frágil do poder público, estando em grande parte dependente da transferências de recursos do poder federal e estadual (LUBAMBO, 2002) e desta forma, apresentar menor capacidade de arrecadação, estando assim, mais sensível às mudanças introduzidas pela LRF.

A atenção básica será o foco do estudo por ser o meio de atendimento à população sob os cuidados municipais, e também por ser aquele em que a população mais tem contato e portanto seus efeitos poderiam ser sentidos de forma mais direta. A definição de atenção básica neste trabalho será a utilizada pela cartilha do Ministério da Saúde, “Entendendo o SUS” (2007, p. 18), que afirma que atenção básica à saúde consiste em:

Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde.

A escolha do período de análise (2000-2009) foi feita com dois critérios. O primeiro critério diz respeito à disponibilidade da base de dados utilizada. Havia a necessidade de se ter

os dados de mortalidade infantil e gastos com investimento e pessoal de forma contínua e em uma base de dados confiável. O outro motivo da escolha do período, se relaciona com a Lei de Responsabilidade Fiscal, pois a lei foi aprovada no ano 2000, entretanto os municípios tiveram até maio de 2005 (BRASIL, 2001) para adequação aos princípios da LRF, desta forma a amostra analisada abrange o período de adaptação dos municípios à Lei indo até o período em que ela estava efetivamente em atuação.

Quanto à escolha da *proxy* de efetividade, Mortalidade Infantil, se deu para fins de comparação, dada sua ampla escolha em diversas pesquisas, inclusive a nível internacional e também devido à disponibilidade dos dados para todos os municípios brasileiros no período escolhido para o estudo.

1.3 Justificativa

Em uma época em que o Estado passa a ter um importante papel na nossa sociedade na prestação de serviços e na garantia do bem-estar da população, torna-se fundamental que se avalie o desempenho que a máquina pública na prestação de serviços básicos, principalmente de saúde, visando uma sociedade mais saudável e a prevenção do desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (FACCHINI *et al*, 2006).

A LRF foi um grande marco nas finanças públicas brasileiras, trazendo o debate da responsabilidade fiscal para dentro do âmbito da administração pública brasileira. Entretanto, há a necessidade de, passado este primeiro momento da Lei, se analisar os efeitos que ela possa ter tido e que não estavam previstos na sua criação, como é a questão central deste trabalho, da variação dos investimentos e dos gastos com pessoal na área da saúde, especificamente, e o impacto que isto teve na efetividade dos serviços prestados.

Outro ponto que justifica o recorte dado ao trabalho focado em municípios são os problemas que estes entes federativos sofrem por se localizarem ao fim da cadeia federativa. Conforme citado acima, os municípios tendem a ser mais dependentes das transferências vindas dos outros entes federativos.

Há que se destacar que a Emenda Constitucional nº19/1998 adicionou ao texto da Constituição Federal/88 o princípio da eficiência, prezando pelos resultados positivos para o serviço público e atendendo às necessidades da população. O trabalho, ao versar sobre a aplicação dos recursos e efetividade dos serviços de saúde, procura trazer informações relevantes ao cumprimento deste princípio constitucional em que se baseia toda a ação pública.

Com os diversos problemas que a saúde pública vem enfrentando no Brasil, há a necessidade de se buscar fatores que possam estar influenciando no mau desempenho deste serviço. Com o atendimento particular tendo preços inacessíveis para a maioria da população, a saúde pública passa a ter grande importância, demandando esforços para se detectar fatores que afetem o seu desempenho. Desta forma, este trabalho se justifica por tentar esclarecer se realmente a LRF influenciou a utilização dos recursos orçamentários, se realmente os investimentos e a qualidade dos serviços públicos brasileiros podem estar sendo afetados com isso.

1.4 Estrutura da Dissertação

Este primeiro capítulo, de introdução ao trabalho, trata da contextualização do problema, os objetivos, pergunta de pesquisa e delimitação do tema. No capítulo dois trata-se em maior detalhe da contextualização do problema, abordando a Lei de Responsabilidade Fiscal e do orçamento público em geral e na área de saúde. No terceiro capítulo se apresenta a fundamentação teórica, mas especificamente de conceitos relacionados ao desempenho na administração pública, efetividade e a relação entre o gasto e os resultados na área da saúde.

No quarto capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance dos objetivos, incluindo a caracterização da pesquisa e o método de análise e coleta de dados.

Após isto, no quinto capítulo, se apresentam e discutem os resultados auferidos e no sexto e último capítulo são traçadas as conclusões e recomendações do trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O capítulo de contextualização irá explicitar alguns conceitos-chaves do trabalho, como a Lei de Responsabilidade Fiscal e o Orçamento Público. Essa parte objetiva esclarecer e ajudar na compreensão do trabalho e os conceitos nele apresentados.

2.1 Lei de Responsabilidade Fiscal

De acordo com Giambiagi e Além (2008), a estabilização da moeda em 1994, com a criação do Plano Real, trouxe à tona o quão arrasadas estavam as contas públicas, cenário este que se encontrava mascarado pela inflação galopante dos anos anteriores, uma vez que as contas eram virtualmente equilibradas pela inflação entre um mês e outro. A criação da Lei de Responsabilidade Fiscal veio como uma combinação de fatores que levaram o Governo Federal a ter uma postura fiscal mais conservadora (MENEZES, 2006). Sua iniciativa foi parte integrante do Programa de Estabilidade Fiscal (PEF), apresentado em outubro de 1998, com objetivo de redução do déficit público e estabilização do montante da dívida pública em relação ao Produto Interno Bruto (PIB).

A lei foi criada em 04 de maio de 2000, por intermédio da Lei Complementar 101/2000, e representou uma “mudança institucional no trato do dinheiro público” se tornando a “principal ferramenta de controle das finanças públicas” (SACRAMENTO, 2005, p. 34). Seus objetivos, segundo o texto aprovado pelo poder legislativo, são de estabelecer normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal.

Culau e Fortis (2006, p. 01) afirmam que “seu advento representou a tentativa de criação de um compromisso com a gestão fiscal responsável e com o equilíbrio das contas públicas”, e, além disso, buscou introduzir novos meios de controle dos recursos públicos, além de impor restrições à conduta dos gestores públicos.

Dessa forma, a lei foi criada visando transparência nos gastos públicos e uma maior responsabilidade dos gastos dos governantes dentro das esferas estaduais, municipais e federais, pois repetitivamente haviam queixas de governantes sobre a situação financeira das entidades federativas que eram passadas para os seus sucessores com altos índices de déficit orçamentário e insinuações de mau uso dos recursos.

No texto da Lei Complementar 101/2000, podemos observar claramente os seus objetivos e aspectos fundamentais. O texto da lei define como objetivo principal em seu art. 1º, estabelecer “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal” (BRASIL, 2000). No § 1º, o texto afirma que a responsabilidade fiscal pressupõe uma

ação planejada e transparente, com a prevenção de riscos e correção dos possíveis desvios que podem vir a afetar o equilíbrio das contas públicas, mantido através do cumprimento das metas previstas de resultados e receitas.

Ao longo do texto, vemos a intenção em enfatizar a ação planejada e transparente, pontos fundamentais da responsabilidade fiscal no âmbito público. A ação planejada, segundo Nascimento e Debus (2001) é aquela baseada em planos traçados previamente e que serão aprovados pelo poder legislativo, garantindo assim sua legitimidade. Na LRF, este planejamento é feito utilizando ferramentas como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O conceito de transparência utilizado na lei é utilizado, conforme Nascimento (2007), no sentido de dar efetividade ao princípio da publicidade, previsto na lei através da participação popular na discussão e elaboração dos planos e orçamentos, na disponibilidade de consulta das contas e da emissão de relatórios periódicos para apreciação pela sociedade.

Outro ponto importante da lei é o equilíbrio das contas públicas, e visando este equilíbrio a LRF tem como base dois critérios principais, o endividamento e o gasto com pessoal. Segundo Giuberti (2005b, p. 31) ao limitar o primeiro, “força os administradores públicos, senão a eliminar o déficit corrente à cada ano pelo menos reduzi-lo” e impor um limite a despesa com pessoal é “atacar um dos principais itens de despesa pública e um dos mais suscetíveis ao uso clientelista”. A despesa com pessoal é um dos pontos controversos da LRF, pois alguns autores como Giuberti (2005a), Menezes e Júnior (2006), Fioravante, Pinheiro, Vieira (2006) afirmam que os limites impostos ao gasto com pessoal aos municípios (60% da Receita Corrente Líquida) não atingem à maioria dos municípios, afetando apenas uma pequena parte que possui os gastos muito acima da média e elevando os gastos dos que estavam abaixo do limite imposto, no que seria um efeito indesejado da LRF nas contas públicas.

Conforme dito acima, um ponto importante da lei é a ação planejada, e para isso, foi criada a LDO e a LOA. Estas duas leis davam um sinal de que a LRF seria com um foco no planejamento orçamentário e uma maior transparência com a população, visando uma gestão fiscal mais responsável. O outro elemento do planejamento público, o PPA, já previsto no artigo 165 da Constituição de 1988, foi citado na lei, em um trecho cortado posteriormente, que determinava que sua remessa para o legislativo fosse feita até o final do mês de maio. Entretanto este trecho foi vetado pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso por entender que este prazo não permitiria que fossem feitas melhorias metodológicas nem uma análise criteriosa do plano.

A LDO tem um papel de grande relevância na LRF, sua função principal no texto da LC 101/2000, no artigo 4º, eram:

- Dispor sobre o equilíbrio entre receitas e despesas;
- Estabelecer critérios e formas de limitação de empenho;
- Controle de custos e avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos orçamentários;
- Outras condições e exigências para transferências de recursos entre entidades públicas e privadas;
- Medir o resultado primário visando redução do montante da dívida pública;
- Estabelecer limites ao aumento de despesas de caráter continuado.

Segundo Nascimento e Debus (2001) esta medida é um elo entre o PPA e os orçamentos anuais, uma vez que ela estabelece os parâmetros necessários à alocação dos recursos orçamentários, de forma que se garanta a realização das metas e objetivos contemplados no PPA.

Na LDO vê-se também a questão da participação popular, prevendo que se submeta à consulta popular sobre a definição das prioridades para a aplicação dos recursos públicos. Entende-se assim que a LDO contempla os pontos fundamentais da lei, de ter uma ação planejada e transparente na elaboração orçamentária.

Mais um elemento fundamental da LDO é o Anexo de Metas Fiscais, onde “são estabelecidas metas anuais em valores correntes e constantes para um período de três anos” (NASCIMENTO, 2006, p. 186).

Essas metas anuais são os valores estimados para:

- a) Receitas;
- b) Despesas;
- c) Resultado nominal;
- d) Resultado primário; e
- e) Montante da dívida pública.

A LOA não foi criada pela LC 101/2000, mas foi alterada visando aproximar sua execução da nova realidade fiscal brasileira. O texto da Lei coloca que o projeto de LOA deve ser elaborado de forma compatível com a LDO e com as normas da LRF, devendo trazer um demonstrativo da compatibilidade da programação dos orçamentos com os objetivos e metas constantes da LDO.

A LOA apesar de já prevista no artigo 165 da Constituição Federal, sofreu algumas alterações com a LRF na sistemática da sua elaboração. Nascimento e Debus (2001) listam as seguintes mudanças como sendo as principais:

- O demonstrativo com a programação do orçamento compatíveis com as metas da LDO constando no Anexo de Metas Fiscais;
- Previsão de reserva de contingência destinado ao pagamento de imprevistos fiscais; e
- A LOA deverá apresentar as despesas relativas à dívida pública, de forma mais detalhada, assim como as receitas.

Tanto a LOA como a LDO têm papel fundamental no planejamento das políticas públicas e dos programas de governo. Segundo Gerigk (2008), elas formam, junto com o PPA, o Sistema de Planejamento Integrado do Orçamento Público, com o Plano Plurianual (PPA) ocupando o papel de planejamento, enquanto que à LDO e a LOA cabem os papéis de orientação e controle, respectivamente, dentro do orçamento público.

Também previsto no artigo 165 da Constituição Federal, o PPA tem a função de definir objetivos, metas e diretrizes das despesas para um período de quatro anos, abrangendo os três últimos anos de mandato e o primeiro ano do mandato seguinte. Sua criação objetivou a “redução das disparidades entre as regiões geográficas do país, em especial do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em relação às regiões Sul e Sudeste” (NASCIMENTO; DEBUS, 2001, p. 16). Segundo os autores, este objetivo seria alcançado através do investimento público, do qual o PPA seria o instrumento norteador. Nascimento (2006) afirma que através do acompanhamento do PPA seria possível se verificar a efetividade na realização dos programas contidos no mesmo e as metas definidas no planejamento inicial.

A relação entre os três elementos fundamentais do planejamento do orçamento público, o PPA, a LDO e a LOA, é apresentado por Nascimento (2006, p. 80):

“o PPA é destinado às ações de médio prazo, equivalendo, mas não coincidindo com a duração de um mandato do chefe do Executivo; o orçamento anual (LOA), para discriminar os gastos de um exercício financeiro; e a LDO, para servir de elo entre aqueles dois instrumentos”.

Segundo Nascimento (2006) a LRF buscou aperfeiçoar e atribuir novas e importantes funções ao orçamento e à LDO principalmente. A LDO é vista como um elo, pois estabelece os parâmetros necessários para a alocação dos recursos previstos no orçamento anual, de forma a fazer com que se realize as metas e objetivos listados no PPA, ajustando as ações do governo previstas no PPA às reais possibilidades de dispêndio do governo.

Gerigk *et al* (2007) ilustra a relação entre os três elementos do planejamento orçamentário da seguinte forma:



Figura 2 - Sistema de Planejamento Integrado.

Fonte: Adaptado de (GERIGK *et al.*, 2007)

A lei brasileira teve como seu grande exemplo o “*fiscal responsibility act*” adotado na Nova Zelândia em 1994 (GIAMBIAGI e ALÉM, 2008). No início dos anos 90, a Nova Zelândia enfrentava graves problemas macroeconômicos, sua inflação estava 6% acima do desejado, o déficit público representava cerca de 3,5% do PIB, e o país vivia sob constantes ameaças de redução de seu *rating* de investimento por parte de agências avaliadoras de risco. Ainda de acordo com Giambiagi e Além (2008), neste contexto, o governo neozelandês iniciou um programa de estabilização pautado por um regime de metas inflacionárias e forte ajuste fiscal, que reduziu a dívida pública e a inflação, além de gerar um superávit fiscal às contas do país. Este plano estabilizador culminou com a criação do “*fiscal responsibility act*”, que apesar de não fixar metas numéricas foi um marco global, por definir critérios de transparência e responsabilidade nas finanças públicas. Nascimento e Debus (2001) afirmam que a legislação brasileira sofreu influências também do Tratado de Maastricht, que tratava das políticas de responsabilidade fiscal dos países da comunidade europeia, do *Budget Enforcement Act*, dos EUA e das normas de transparência fiscal do Fundo Monetário Internacional.

Segundo Digiácomo (2010), decorridos 10 anos da aprovação da Lei, e 5 do início de sua atuação, a lei passou a ser utilizada como um argumento para o não investimento em certas áreas. A lei não poderia servir como uma desculpa para o administrador público, pois ela não inviabiliza os investimentos, mas sim possibilita uma melhor utilização dos recursos públicos, com maior transparência e participação popular na elaboração do orçamento. Entretanto, o que vem sendo observado é a queda dos investimentos (MENEZES, 2006), e é preciso que isto seja acompanhado de perto de forma que os recursos que deveriam ser

utilizados nos investimentos não estejam sendo utilizados de maneira incorreta, afetando a qualidade dos serviços públicos e prejudicando a população. Esta situação que pode vir a afetar a qualidade dos serviços públicos brasileiros é a ideia que deu origem à pergunta de pesquisa deste trabalho.

Na próxima seção, apresentaremos um breve apanhado da forma como a literatura vem tratando a Lei nestes últimos 10 anos.

2.2 Críticas à Lei de Responsabilidade Fiscal

Durante estes 10 anos de vigência da LRF, ela teve grande atenção na literatura sobre finanças públicas. Observa-se uma mudança na agenda de pesquisa ao longo destes anos. Enquanto que nos primeiros anos, as análises se encontravam mais localizadas na área do Direito, que discutiam a constitucionalidade e as normas definidas pela lei, com o passar dos anos, o foco passou a ser os reais efeitos da LRF e a forma como ela impactou nas finanças e no gasto público. Por ser um dos fatores motivadores deste trabalho, as críticas serão apresentadas de forma a se identificar o estado da arte sobre este tema no Brasil.

A LRF apesar de ter estudos que comprovem sua eficácia na redução do endividamento de estados (BARROSO; ROCHA, 2004) e municípios (MACEDO, CORBARI, 2009; SANTOS, ALVES, 2011) e de em determinado contexto, até ter impactado positivamente os indicadores de saúde e educação (OLIVEIRA, PETER, MENESES, 2010), ainda vem sofrendo muitas críticas desde sua implementação. As críticas são focadas em dois aspectos: o impacto negativo nas despesas sociais (MAFFEZOLI, 2005; MENEZES, 2006; MENEZES, JÚNIOR, 2006; CHIEZA, ARAÚJO, SILVA JÚNIOR, 2009; FARIA, 2009) e as críticas à metodologia, que segundo os autores, por isso a lei não teve o efeito desejado (SODRÉ, 2002; GIUBERTI, 2005a; FIORAVANTE, PINHEIRO, VIEIRA, 2006; COSTA, 2008; GORONCIO e TEIXEIRA, 2010). Os estudos identificados durante o levantamento teórico sejam suas críticas positivas ou negativas, se encontram explicados na tabela 01.

Araujo (2006) faz uma discussão teórica sobre a lei, utilizando preceitos jurídicos para sustentar seu ponto que a restrição fiscal não deve impossibilitar a realização dos direitos sociais. Afirma que as políticas públicas, no escopo da LRF, devem ser tratadas como um valor juridicamente protegido, e compatibilizada com a responsabilidade fiscal, uma vez que a “restrição à despesa pública não pode se dar a tal ponto, que se transforme em um fim em si mesma, impossibilitando a realização dos direitos sociais” (ARAÚJO, 2006, p. 14). Ou seja, uma medida de austeridade, assim como a LRF não pode se tornar o objetivo fim do Estado, e deixar o atendimento às necessidades da população de lado. Este trabalho levanta

um dos pontos utilizados para justificar este trabalho, que a adoção da Lei poderia restringir os gastos de tal forma que os serviços públicos e a população fossem prejudicados.

Também ligado à motivação deste estudo, Faria (2009) analisa que apesar de garantir uma melhoria nos indicadores financeiros, o atendimento às normas da LRF não garante uma prestação de serviços públicos com qualidade e eficiência no âmbito municipal. Seu estudo visava identificar a dimensão qualitativa do gasto público, e não apenas as medidas quantitativas, limitadas pela LRF.

Maffezoli (2005), que buscou analisar os desafios em se implementar políticas públicas municipais com as limitações impostas pela LRF, e aborda em seu trabalho que a criação da lei mudou o comportamento dos administradores públicos, que se veem obrigados a cortar gastos, agravando ainda mais o já sofrível padrão de qualidade dos serviços prestados à população, o que mostra a origem de possíveis problemas na prestação de serviços à população na LRF.

Gerigk (2008) também trata deste assunto, ao afirmar que a LRF afetou o espaço de manobra da gestão financeira dos municípios de pequeno porte, com menos de 5 mil habitantes no estado do Paraná. O espaço de manobra dos municípios, principalmente os pequenos, e no caso do estudo, os muito pequenos, já é reduzido devido à dificuldade que estes têm na arrecadação de impostos, e o autor afirma que a LRF veio para reduzir ainda mais a capacidade de gerenciar estes municípios.

Barroso e Rocha (2004) buscam responder se a LRF é um instrumento eficaz para a redução do endividamento, objetivo dos criadores da Lei. Utilizando uma metodologia econométrica, com foco nos governos estaduais, os autores detectaram que a LRF é um instrumento eficaz para diminuir o endividamento dos estados brasileiros. Ponto compartilhado por Macedo e Corbari (2009), que afirmam que o endividamento nos municípios com mais de 100 mil habitantes também foi reduzido após a implementação da LRF. Chieza, Araújo, Júnior (2009) detectaram reduções na despesa nos municípios do Rio Grande do Sul depois da criação da Lei, mas que isto teve um impacto negativo nas despesas sociais e de infraestrutura, além de um aumento nas despesas com pessoal, indo contra o objetivo principal da lei.

Alguns autores detectaram evidências que indicaram, e que questionam a importância da Lei, que as limitações impostas pela LRF não teriam o efeito desejado por serem superiores aos valores observados antes da lei (SODRÉ, 2002; GIUBERTI, 2005b; FIORAVANTE, PINHEIRO, VIEIRA, 2006; COSTA, 2008). Isto vai de encontro com o que foi definido por Gorôncio e Teixeira (2010), de que apesar de funcionar como um agente

limitante do gasto, a Lei não reduz o endividamento, o que pode indicar uma falha na elaboração das metas de gasto definidas pela Lei. Fioravante, Pinheiro, Vieira (2006) afirma que esta possível falha pode estar no fato de que as metas podem ter sido definidas com base em estudos teóricos e empíricos distantes do contexto brasileiro.

Costa (2008) fez um estudo com foco nas capitais dos 26 estados brasileiros, este estudo buscou analisar o efeito da LRF na redução da dívida pública até o ano de 2004. O autor afirmou que a LRF não é um mecanismo institucional para redução do endividamento público. O autor afirma ainda que o teto do gasto público antes da criação da Lei estava acima do endividamento dos municípios brasileiros, atuando apenas como uma forma de controlar as cidades mais endividadas, como São Paulo.

Giuberti (2005b) trata especificamente do gasto com pessoal, afirmando que a LRF é relevante para controlar o gasto com pessoal, entretanto a média do gasto com pessoal no período entre 1997 e 2003 é menor do que o estipulado, dando margem para um aumento sem que isto infrinja a lei. Ou seja, os municípios já se encontravam abaixo do estipulado, e a lei foi um incentivo para que alcançassem um valor mais alto de gastos com pessoal, e ainda assim, estarem de acordo com as normas.

Teixeira *et al* (2007) aponta um efeito da LRF que pode ter trazido penalidades para os estados com maior capacidade fiscal e desenvolvimento econômico, ocasionando uma redução dos resultados econômicos em âmbito nacional. Segundo os autores, a causa disso é que a Lei trata estados heterogêneos de forma homogênea, e isso fez com que estados de maior PIB e maior capacidade de investimentos em infraestrutura, tivessem que reduzir seus investimentos visando a adequação à lei, gerando impactos sociais e econômicos.

Outra crítica que vem sendo feita é relativa ao impacto da LRF sobre os componentes mais flexíveis da despesa, como os gastos sociais e com infraestrutura, que poderiam estar sofrendo cortes para que o equilíbrio seja alcançado sem a redução da despesa com pessoal. Nascimento e Debus (2001) afirmam que a redução das despesas com pessoal objetivavam que houvessem mais recursos para a realização dos serviços públicos básicos, como saúde, educação e segurança, entretanto na prática isto se mostrou ineficaz. Menezes (2006) e Menezes e Júnior (2006) afirmam que o ajuste promovido pela LRF se deu sobre os componentes menos rígidos da despesa, como o gasto com infraestrutura e social, justamente o que se queria proteger ao definir a limitação do gasto com pessoal.

Outro conceito importante a ser trabalhado na contextualização deste trabalho se refere à forma como é feito o orçamento público brasileiro e o orçamento da saúde e suas particularidades, apresentados a seguir.

2.3 Orçamento Público

A partir do momento em que começaram a surgir as crises do sistema capitalista, sucedidas pela Grande Depressão dos anos 1930, a atuação do Estado no mercado passou a ser mais bem aceita (GIACOMONI, 2007). O orçamento público passou então a ter um papel de maior destaque na atuação do Estado. O orçamento era a ferramenta utilizada para que os governos buscassem satisfazer às necessidades da população, induzir uma utilização eficiente dos recursos e corrigir a distribuição de renda na sociedade, além de atuar como instrumento para estabilização da economia (NASCIMENTO, 2006).

As funções do estado, também chamadas funções do orçamento, conforme definidas por Giacomoni (2007) são:

1. Função alocativa: quando o mercado não consegue ter a eficiência necessária para alocar os recursos, torna-se necessária a atuação do Estado. Um exemplo desta atuação é a provisão ou financiamento de certos bens com características especiais, que não podem ser fornecidos pelo setor privado;
2. Função distributiva: é justificada como uma forma de correção das falhas do mercado, a forma mais comum da atuação desta função é através de tributos progressivos combinados com transferências para as classes de renda mais baixa;
3. Função estabilizadora: identificada através da política fiscal do governo, tem em seu escopo quatro objetivos principais: manutenção do nível de emprego; estabilidade no nível de preços, equilíbrio no balanço de pagamentos e manutenção da taxa de crescimento econômico. A função estabilizadora passou a ter maior importância após a depressão dos anos 30, em que houve a necessidade da intervenção dos governos para reduzir os efeitos desta na economia.

Estas funções são a forma com que o poder público utiliza o orçamento público para realizar suas atividades, programas e atender à população. Dada esta relevância e sua atuação como ferramenta principal do Estado, o orçamento da saúde será aprofundado na próxima seção, de forma a permitir um melhor entendimento sobre como se dá a atuação do governo na saúde, especificamente.

2.4 Orçamento da Saúde

Por orçamento da saúde, utilizando a classificação por função criada pela Lei nº 4.320 de 1964, definimos as seguintes subfunções:

Função	Saúde
Subfunções	<ul style="list-style-type: none"> • Atenção Básica • Assistência hospitalar e ambulatorial • Vigilância Sanitária • Vigilância Epidemiológica • Alimentação e Nutrição • Suporte Profilático e Terapêutico

Quadro 1 - Subfunções do Orçamento da Saúde.

Fonte: Brasil (1964).

O orçamento da saúde, dentro da definição de funções orçamentárias apresentadas acima, possui uma função basicamente alocativa, por fornecer serviços e bens para a população e distributiva, por custear os serviços prestados de forma gratuita para a população através do arrecadamento de impostos feitos pelo governo. A função estabilizadora, aspecto mais econômico do orçamento, em que se busca manter a estabilidade econômica do país, passa mais ao largo do orçamento da saúde.

A Constituição Federal de 1988 define em seu art. 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, dessa forma são definidas como responsabilidades dos entes federativos a prestação dos serviços de saúde à população.

Também consta na carta constitucional que as competências comuns para a União, estados e municípios consistem em “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1988, Art. 23, II), e especificamente aos municípios, cabe: “prestar com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, 1988, Art. 30, VII). Esta Constituição ainda tem em seu texto que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 1988, Art. 198). Este artigo ainda define que a saúde deve ser formulada em um sistema único, pautado pela descentralização, com direção de cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade.

Durante a década de 1990, motivadas pela nova constituição, ocorreram diversas mudanças no âmbito da saúde pública. Segundo Castro e Machado (2010), estas mudanças tiveram foco na política nacional de atenção primária à saúde e na ampliação do acesso à

saúde, além de ênfase na municipalização, motivada pela descentralização política e pelo novo arranjo federativo, além do estabelecimento de novos mecanismos de financiamento.

No período anterior à Constituição de 1988, a saúde apresentava sua forma de financiamento dividida em duas esferas, na primeira, o financiamento era oriundo do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), e na segunda, o financiamento vinha do orçamento fiscal, na qual os programas do Ministério da Saúde concorriam com outras funções do Estado para obtenção de recursos. A partir de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição e posteriormente com a criação do SUS em 1990, o financiamento da saúde passou a ser, segundo Scatena *et al* (2009, p. 2434) “competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios, mediante recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal daqueles entes federados”. Os percentuais de financiamento antes e depois da reforma da saúde:

Tabela 1 - Percentual de participação de cada ente federativo no financiamento da saúde.

Ente Federativo	Pré-CF 88	Pós-CF 88
União	68%	57,8%
Estados	23,3%	26,4%
Municípios	8,6%	15,8%

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2007).

Cabe destacar que os municípios tiveram um aumento na participação no financiamento da saúde após a promulgação da Constituição Federal, mudança esta condizente com o caráter descentralizado que se deu para o sistema de saúde, colocando mais responsabilidades sob a tutela dos municípios.

Outro ponto que deve se destacar é a criação da Emenda Constitucional nº 29, que apesar de manter a base de financiamento da Constituição, obrigou os entes federados a aplicação de recursos com percentuais mínimos definidos por lei, sendo este valor para os municípios de 15% de sua arrecadação de impostos e recursos oriundos de transferências constitucionais. Determina também que os recursos sejam aplicados por meio de Fundos de Saúde, os quais serão acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, aumentando a transparência e o controle do processo.

Entretanto segundo relatório do CONASS de 2007, um ponto falho da emenda foi o de não definir o que são serviços e ações de saúde, o que abre precedente para o não cumprimento da lei em sua integralidade, deixando margem para interpretação de cada Tribunal de Contas, fazendo com que cada município distribua os recursos de acordo com os seus critérios. A distinção entre serviços e ações de saúde parece ser obscura também na literatura, o que torna a ausência de uma definição mais clara na Emenda 29 mais importante. Ainda consta que a lei que normatizaria esta emenda, definindo claramente o que seriam as ações e os serviços de saúde ainda não se encontra em vigor, deixando o assunto em aberto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico apresenta os principais conceitos utilizados na pesquisa, identificando o marco teórico e o estado da arte da literatura sobre o tema. Os conceitos abordados serão de gestão de desempenho no setor público, efetividade e a relação entre o gasto e os resultados na área da saúde.

2.1 Gestão de Desempenho no Setor Público

Com o surgimento do *New Public Management* e a inserção de diversas ferramentas tidas como privativas do setor privado no serviço público fez com que governos no mundo todo buscassem formas de melhorar a qualidade dos serviços públicos (POLLIT e BOUCKAERT, 2000). Agregue-se a este fato, as graves crises de escassez de recursos financeiros, que induziram os governos a repensarem constantemente os programas e políticas adotadas. A importância de se saber se os recursos estão sendo bem empregados e se os esforços estão se materializando em benefícios para a população tornaram o processo de controle de fundamental importância para a administração pública (HABICHT, VICTORA, VAUGHAN, 1999).

Em âmbito organizacional, o controle consiste na geração de informações sobre as atividades organizacionais, de forma a torná-la consistente com as expectativas e com os planos e objetivos elaborados (SOBRAL, PECI, 2008). O controle está intrinsecamente relacionado com o planejamento da organização e atua como uma forma de avaliar se os objetivos planejados estão sendo cumpridos.

A figura abaixo apresenta o processo de controle:

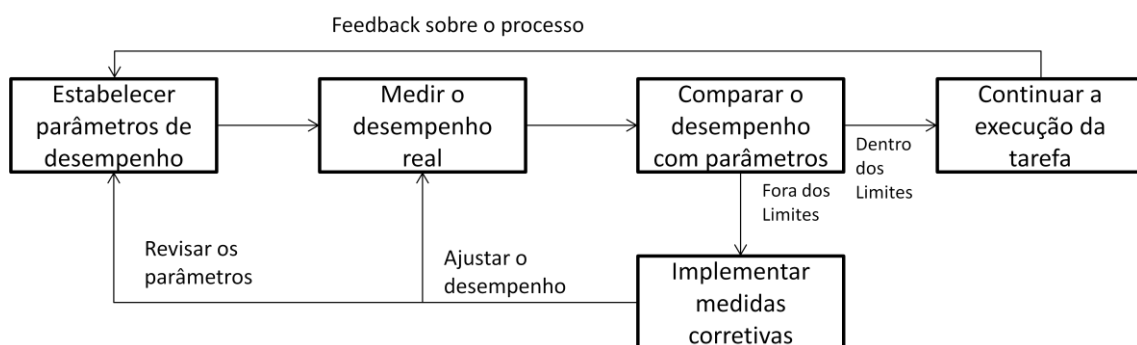


Figura 3 - Processo de Controle Organizacional.

Fonte: Peci e Sobral (2008).

O processo se inicia com o estabelecimento de parâmetros de desempenho sobre os quais os mecanismos de controle serão elaborados. Em seguida, ocorre a efetiva mensuração do desempenho, que será comparado posteriormente com os parâmetros adotados e será

analisada a necessidade de se adotar medidas corretivas ou de se manter a tarefa do jeito que está. O processo de avaliação do desempenho é fundamental para se detectar possíveis desvios e alinhar o planejamento com a forma como a organização está desempenhando suas funções.

O desempenho organizacional é definido por Dooren, Bouckaert, Halligan (2010) de quatro maneiras distintas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 - Desempenho organizacional e suas perspectivas.

		A Perspectiva inclui qualidade das realizações?	
		Não	Sim
A Perspectiva inclui qualidade das ações?	Não	Desempenho como resultado das ações dos atores governamentais.	Desempenho como produção de bons resultados.
	Sim	Desempenho como competência/capacidade.	Desempenho como resultados sustentáveis.

Fonte: Dooren, Bouckaert, Halligan (2010).

Como o foco da presente pesquisa está centrado na investigação sobre desempenho como resultado de determinada ação governamental, a perspectiva a ser adotada será a do desempenho como produção de bons resultados. Nesta visão, a qualidade das ações e das realizações possui impacto no desempenho, o desempenho equivale a resultado, os *outcomes*. Esta abordagem traz a tona o conceito do desempenho organizacional, que segundo Dooren, Bouckaert, Halligan (2010) é formado pelas atividades que visam obter informações sobre desempenho, produto e resultados das atividades. Esta visão é adequada ao trabalho aqui apresentado, pois nos dados disponíveis para coleta, não continham indicadores que pudessem ser relacionados com a qualidade das ações, que apesar de ser um enfoque importante, foi deixado de lado neste trabalho.

A avaliação do desempenho obtido por uma organização consiste no conjunto de atividades que visam quantificar os diversos processos e resultados que esta obteve em determinado período de tempo (DOOREN, BOUCKAERT, HALLIGAN, 2010). Este mesmo autor sugere que este processo se divide em cinco etapas, apresentadas na figura abaixo:



Figura 4 - Processos de avaliação do desempenho organizacional.

Fonte: Dooren, Bouckaert, Halligan (2010).

Na primeira etapa, direcionamento, o autor sugere a definição dos principais objetivos que a organização pretende alcançar, uma vez que é impossível mensurar tudo. Uma escolha tem que ser feita sobre o que medir e o que não medir. Na etapa seguinte, é feita a seleção dos indicadores que melhor se adequem ao que se quer mensurar, seguindo o direcionamento dado na etapa anterior, há que se destacar a importância dos indicadores serem definidos precisamente e fáceis de entender, para facilitar a etapa seguinte. A coleta pode ser feita de acordo com diversas metodologias, de acordo com a necessidade da organização, fazendo uso de dados internos ou externos. Após esta etapa é feita a análise dos dados coletados e o posterior relatório, em que as informações são passadas para o público-alvo. Este ciclo é fundamental para a chamada gestão do desempenho, que consiste na geração de dados que alimentarão o processo de tomada de decisão da organização (DOOREN, BOUCKAERT, HALLIGAN, 2010).

Com relação à definição dos parâmetros de avaliação do desempenho, a literatura oferece diversas alternativas. Boyne (2002) sugere dois modelos, descritos abaixo:

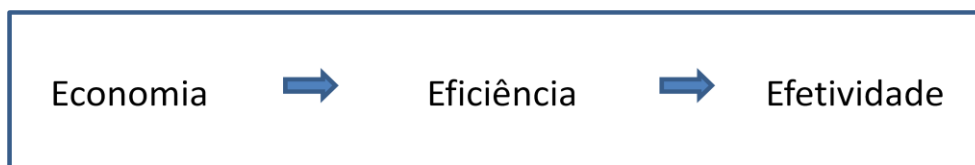


Figura 5 - Modelo 3Es de desempenho organizacional.

Fonte: Boyne, (2002).

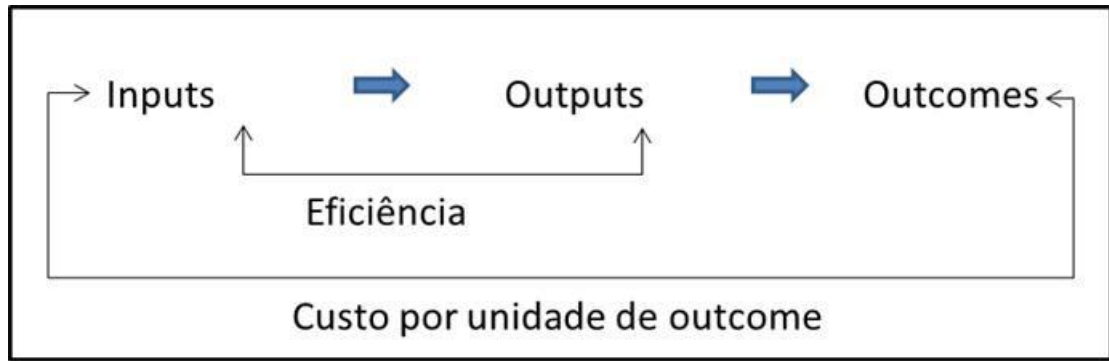


Figura 6 - Modelo IOO de desempenho organizacional.

Fonte: Boyne (2002).

O primeiro modelo, chamado modelo 3Es, estabelece medidas de desempenho baseadas nos resultados e nos processos organizacionais definidas com base em três dimensões, a saber economia, eficiência e efetividade. Na dimensão de economia, é mensurado como o custo de se procurar específicos inputs com uma qualidade definida, e segundo, Boyne (2002), é visto como a menos controversa dimensão de mensuração, uma vez que não se contesta a necessidade dos governantes minimizarem os gastos. A dimensão de eficiência se refere à eficiência técnica, ou seja o custo por unidade de output, a capacidade da organização gerar resultados com dado investimento. A efetividade, que é um conceito com diversas definições na literatura, é utilizada pelo autor como o alcance de objetivos formais dos serviços. Em estudos recentes, um quarto E de equidade tem sido empregado de modo a estabelecer o grau de publicização (abrangência do atendimento) de serviços públicos (ANDREWS, BOYNE, WALKER, 2011).

Já o segundo modelo, IOO se apresenta mais amplo, dando ênfase em aspectos que ficam implícitos no modelo do 3Es, como trabalhar diretamente com os outputs e *outcomes*, incluindo no modelo indicadores de equidade, medido na forma como os outputs são distribuídos na população. Estes indicadores são de grande importância no serviço público, uma vez que é objetivo deste uma justa distribuição de recursos, diretamente relacionados aos outcomes, quando o modelo anterior trabalhava a dimensão dos outcomes apenas com a efetividade.

Estes modelos básicos de avaliação ajudam a definir o que se espera do desempenho de uma organização, com a montagem de indicadores que irão ajudar o administrador na tomada de decisões, isso se relaciona com o presente trabalho na forma com que os recursos são alocados e a forma como isso traz benefícios para a população.

2.2 Efetividade Organizacional

Seja nas organizações com orientação para o mercado ou não, o desempenho possui diversas formas de ser acompanhado, cada um com seu foco e objetivos.

Neste trabalho o foco recai sobre a efetividade, na busca de se medir a relação que os serviços de saúde têm com mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Esta escolha se justifica devido à necessidade de se acompanhar a relação que o gasto teve com os objetivos do governo. Scott (1998) dedicou um capítulo para o tema em seu livro “Organizations” e que ajudará a entender melhor o conceito de efetividade além de formas de se identificar indicadores para sua mensuração e problemas que podem vir desta forma de medição.

Scott trabalha três tipos de organização, e afirma que a efetividade vai variar de acordo com o modelo da organização em estudo. A tabela abaixo mostra as classificações propostas por Scott (1998):

Quadro 3 - Efetividade sob a visão organizacional.

Perspectivas	Efetividade
Sistema Racional	- Ênfase no número e na qualidade dos outputs e a economia realizada na transformação de inputs em outputs; - A efetividade com base nos objetivos específicos da organização;
Sistema Natural	- A organização é uma coletividade capaz de atingir seus objetivos, mas que busca também outras atividades necessárias para manter a unidade social; - Os critérios de efetividade são a satisfação dos participantes e a moral, além de habilidades interpessoais do gerente e a sobrevivência em si.
Sistema Aberto	- A organização é altamente independente e engajada em atividades de desenvolvimento e manutenção dos sistema; - A efetividade é medida pela posição de barganha, lucratividade, adaptabilidade e flexibilidade da organização.

Fonte: Adaptado de Scott (1998).

Dentre os modelos apresentados por Scott (1998) o que mais se relaciona com o presente trabalho é a perspectiva de Sistema racional, devido à efetividade ser medida com base no número dos *outputs* e nos objetivos específicos da organização, visto neste trabalho como o sistema de saúde municipal. Cabe ressaltar ainda que esta perspectiva se assemelha aos modelos preconizados por Boyne (3Es e IOO).

É importante localizar o problema de pesquisa dentro da teoria devido à grande variedade de definições encontradas. Um exemplo da grande diversidade de definições para

efetividade, é apresentada por Cameron (1986), que lista oito modelos que definem a efetividade, a saber:

- Modelo de objetivos;
- Modelo do sistema de recursos;
- Modelo dos processos internos;
- Modelo dos constituintes da estratégia;
- Modelo de valores competitivos;
- Modelo de legitimidade;
- Modelo orientado para as falhas; e
- Modelo de alta performance.

Dos modelos apresentados acima, o que mais se relaciona com a pergunta de pesquisa do presente trabalho é o Modelo de Objetivos, naquele em que a organização é efetiva quando atinge os objetivos estabelecidos, aqui representados pela mortalidade infantil.

Scott (1998) ainda afirma que além da perspectiva organizacional, o tempo e o nível de análise também são de suma importância para se medir a efetividade organizacional. O tempo se relaciona tanto às perspectivas de curto e longo prazo como também em relação ao ciclo de vida da organização. Mudanças nestes aspectos temporais irão afetar os indicadores que serão usados para medir a efetividade organizacional.

Quanto ao nível de análise, apesar da maioria dos analistas utilizar a organização em si como um nível adequado de mensuração (SCOTT, 1998), também pode-se medir a efetividade no nível dos atores organizacionais ou dos sistemas externos, neste trabalho o foco será nos municípios, aqui tratado como a organização.

Scott (1998) também aponta diferentes tipos de indicadores que podem ser utilizados para medir a efetividade. Segundo o autor, estes podem ser baseados em resultados, processos ou estruturas:

- Resultados (*outcomes*): apesar de serem utilizados muitas vezes como os principais indicadores de efetividade, eles apresentam problemas de interpretação. Estes problemas advêm do fato que estes indicadores carregam informações sobre o cuidado e a precisão com que o trabalho é desempenhado, mas também trazem informações sobre a tecnologia disponível e os recursos utilizados pela organização, o que pode trazer viés para a mensuração.
- Processos: Os indicadores de processo medem mais o esforço do que os efeitos gerados pelo trabalho. São usados quando supõe-se que as atividades necessárias para aumentar a efetividade são conhecidas, justificando assim o foco apenas na tarefa em si.

- Estrutura: Avaliam a capacidade da organização para o desempenho efetivo. São medidas todas as características organizacionais que podem impactar na efetividade. Não mede o trabalho desempenhado, mas sim a capacidade de desempenhar o trabalho.

2.3 Efetividade na Saúde

Em um contexto de recursos escassos, há a necessidade de se ter controle sobre o desempenho das medidas adotadas na área da saúde pública, conforme Vaughan (2004, p. 3) “a avaliação é uma parte essencial da saúde pública” e sem ela corremos o risco de “dar continuidade à práticas de saúde pública que trazem mais danos do que benefícios”. Segundo Habicht, Victora, Vaughan (1999), a avaliação tem um papel fundamental em influenciar a tomada de decisão. Um dos conceitos mais utilizados para essa avaliação é o de efetividade. Este conceito apresenta diversas interpretações na literatura, algumas vezes sendo até confundido com conceitos como eficácia e eficiência. Cameron (1986) reforça isso, ao destacar que apesar de haver certa ambiguidade em sua definição, há que se ressaltar a importância da efetividade como um aspecto central a ser observado em estudos organizacionais, além de indicar que grande parte dos estudos utiliza a efetividade como a variável dependente definitiva.

Segundo Boyne (2002), o conceito de efetividade pode ser interpretado de diversas formas, mas é normalmente utilizado como o atendimento dos objetivos formais do serviço. Para Donabedian (1996) a efetividade depende da interação entre método e situação na qual está sendo implementado, tornando-se assim um estudo de contexto e intervenções apropriadas, e também deve ser vista como um processo formado pelas várias etapas de implementação de determinado método ou política e não apenas um conceito simples. Trazendo a discussão mais para o tema da saúde, Donabedian (1990) afirma que a efetividade consiste na melhoria na saúde que é obtida ou se espera que seja obtida em condições normais da prática do dia-a-dia.

Segundo Facchini *et al* (2008, p. S160) a efetividade deve ser usada para “avaliar o cumprimento de objetivos, metas e funções das ações programáticas institucionais da atenção básica à saúde”, pode-se dizer que quando se foca a atenção nos valores e no impacto, traz-se a tona a questão da efetividade (CRUZ, 2004).

Viacava *et al* (2004, p. 721) define a efetividade como o “grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados”, ela pressupõe um compromisso com os

objetivos e demandas da sociedade, com foco nos indivíduos envolvidos no processo (SARAIVA, GONÇALVES, 2004). A efetividade “mede o impacto final da atuação sobre o total da população afetada” (BARACHO, 2000, p. 11-12), segundo o mesmo autor, na administração pública o valor criado por uma ação não pode ser medido com base nos outputs apenas, mas sim levando em conta os resultados e os impactos gerados, dando assim maior importância no uso da efetividade como ferramenta de avaliação de desempenho de políticas públicas.

Soarez *et al* (2006) trabalham o conceito de efetividade de uma forma mais prática, eles afirmam que indicadores de efetividade devem refletir a situação sanitária de uma população, servindo como ferramenta de vigilância das condições de saúde, e que deve-se levar em conta indicadores sociais e econômicos também, para uma análise mais profunda da saúde e da qualidade de vida das populações. Como exemplos de indicadores de efetividade, os autores citam: a expectativa de vida ao nascer, a mortalidade infantil, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o número de leitos hospitalares por habitante e o número de profissionais de saúde por habitante.

Em seu estudo sobre os indicadores de efetividade em programas de atenção básica em municípios do Estado de São Paulo, Viana *et al* (2006) utiliza como indicador deste tipo de serviço dois conceitos: Acesso às ações da atenção básica e a Integralidade do serviço. Em relação ao Acesso, os autores analisam o alcance das ações, se atendem à toda população ou se atendem apenas parcialmente de acordo com algum critério específico. A integralidade do serviço busca identificar se a Secretaria Municipal de Saúde fornece o atendimento de clínicas especializadas, exames laboratoriais, exames de média e alta complexidade e internações.

Conforme visto na literatura, o conceito de efetividade se relaciona com os resultados que um programa de saúde efetivamente gera e os impactos provocados na qualidade de vida e do serviço, e é o que realmente conta para a população como cliente do sistema de saúde pública, o que corrobora a escolha da efetividade como forma de análise neste presente estudo.

2.4 Relação entre o Gasto Público e os Outcomes

Conforme foi abordado na seção inicial deste referencial teórico, existiu um movimento durante o século passado em que os governos sofreram reformas buscando melhorias em seu desempenho (DOOREN, BOUCKAERT, HALLIGAN, 2010). Esta mudança também trouxe a necessidade de se otimizar a utilização dos gastos públicos, além

da necessidade de maior transparência na utilização dos recursos, há a necessidade de se obter resultados tangíveis do uso dos recursos.

Gupta, Verhoeven, Tiongson (2002) afirma que a justificativa para o gasto público no atendimento básico se baseia na redução de doenças durante os anos produtivos de vida. Entretanto, o mesmo artigo afirma que não há um consenso na literatura sobre este ponto.

A literatura não conseguiu ainda ver com clareza esta relação entre o gasto público e os outcomes. Rajkumar e Swaroop (2008) argumentam que a mera alocação de recursos públicos para os serviços não irá necessariamente trazer os outcomes desejados. Estes mesmos autores levantam ainda a questão se o governo anda gastando em atividades improdutivas, ou se não deveria se gastar em saúde ou educação, uma vez que os resultados não estão claramente relacionados. Entretanto, há a necessidade de se aprofundar este estudo para a análise da forma como se dá o aparecimento de resultados, pois a relação e as variáveis envolvidas permanecem ainda pouco esclarecidas.

Gupta, Verhoeven, Tiongson (1999) afirma que apesar de haver diversos defensores de maiores gastos na atenção básica de saúde, existe poucas evidências empíricas de algum impacto benéfico em indicadores sociais (no caso, foi utilizado o indicador de Mortalidade Infantil). Entretanto, acredita-se que existem diversas variáveis que podem ter um papel importante nesta relação. Alguns estudos vêm tentando clarificar este papel, mas ainda há um caminho a percorrer até o esclarecimento desta relação.

Issa e Ouattara (2005) testaram a influência de indicadores como salário per capita, educação feminina e a limpeza do ambiente, além do gasto propriamente dito. Não foram encontradas evidências de correlação entre as variáveis, indicando que esta relação, entre indicadores de desenvolvimento e a mortalidade infantil não é clara como os autores imaginaram.

Rajkumar e Swaroop (2008) foram um pouco além, buscando verificar a influência que a governança poderia ter na relação entre o gasto e os resultados da saúde. Como indicadores de governança os autores utilizaram índices de corrupção e da qualidade da burocracia nos países estudados, sendo corroborada a ideia que em países com melhores índices de governança, o impacto do gasto nos resultados era mais forte do que nos países com piores índices de governança. Isto pode indicar que os desvios de recursos podem ter um papel fundamental nesta equação.

Não foram encontrados trabalhos que abordassem grupos de natureza da despesa em saúde, como o gasto com pessoal e os investimentos, e nem estudos com foco em municípios.

Isto indica a lacuna que se desejou explorar neste trabalho, conforme a pergunta de pesquisa retomada a seguir:

Existe associação entre as restrições orçamentárias impostas pela LRF e a efetividade dos serviços básicos de saúde nos municípios brasileiros?

3 METODOLOGIA

Este capítulo explicitará a forma como a pesquisa foi conduzida visando atingir os objetivos traçados. A seguir, se caracteriza a pesquisa e a amostra, os instrumentos de pesquisa e os procedimentos de coleta e análise dos dados.

3.1 Caracterização da Pesquisa

A caracterização geral da pesquisa trata do alcance temporal da pesquisa, sua finalidade, o caráter e fontes de evidência, a caracterização da amostra, a operacionalização da pesquisa, e os procedimentos para coleta e análise dos dados.

3.1.1 Alcance Temporal da Pesquisa

De acordo com o alcance temporal, o estudo é definido como uma investigação *ex-post facto*, uma vez que se refere “a um fato já ocorrido” (VERGARA, 2009, p. 44) e é utilizada quando “o pesquisador não pode controlar ou manipular variáveis” (VERGARA, 2009, p. 44). Uma vez que a análise residiu em mudanças ocorridas ao longo dos últimos dez anos, o pesquisador não tem controle das variáveis já mensuradas, sendo apenas submetidas à testes estatísticos buscando uma explicação do fenômeno. A pesquisa tem caráter longitudinal, que segundo Creswell (2010) é o estudo dos dados ao longo de um determinado período. O período coberto pela pesquisa está entre os anos de 2000 a 2009.

3.1.2 A Finalidade da Pesquisa

A pesquisa teve finalidade exploratória, com viés descritivo. Para justificar a escolha da finalidade da pesquisa, retoma-se a pergunta de pesquisa definida anteriormente: Existe alguma associação entre as restrições orçamentárias impostas pela LRF e a efetividade dos serviços básicos de saúde nos municípios brasileiros? Dada a pergunta de pesquisa, em relação aos fins do trabalho, pode-se dizer que o estudo tem caráter exploratório, devido à escassez de pesquisas com este tema, os efeitos da LRF nos serviços públicos, com pouco conhecimento sintetizado, e por essa classificação a pesquisa não comporta hipóteses *a priori*. Espera-se de um trabalho exploratório que no final do trabalho surjam proposições ou questões para futuros estudos, de acordo com a análise dos dados apresentados.

O viés descritivo reside no objetivo específico proposto de descrever os comportamentos dos gastos em saúde no período, além do indicador de efetividade, e descrever as relações entre as variáveis do gasto e de efetividade.

3.1.3 Caráter e fontes de evidência da Pesquisa

A pesquisa é de caráter quantitativo, pois utiliza a coleta e a análise de dados quantitativos para responder às questões de pesquisa, confiando na medição numérica e no uso da estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento da população estudada (SAMPIERI *et al*, 2006).

Os dados foram coletados no sistema DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>), do Departamento de Informática do SUS e na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3.2 Caracterização da Amostra

A pesquisa foi realizada com todos os municípios brasileiros, sendo excluídos apenas aqueles que apresentaram dados inconsistentes durante a preparação para análise. Para fins de comparação, os municípios foram divididos em cinco grupos de acordo com a sua população. A classificação dos municípios é a apresentada abaixo:

Quadro 4 - Faixas populacionais de análise.

Faixa Populacional	Classificação
Até 20.000 habitantes	Muito Pequenos
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	Pequenos
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	Médios
Entre 100.000 e 400.000 habitantes	Grandes
Acima de 400.000 habitantes	Muito Grandes

Fonte: Dados do autor.

A quantidade de municípios em cada faixa populacional, após a retirada dos municípios com dados faltantes:

Quadro 5 - Total de municípios da amostra por categoria populacional.

Classificação	Quantidade de Municípios
Muito Pequenos	3.488
Pequenos	912
Médios	295
Grandes	213
Muito Grandes	42
Total	4.950

Fonte: Dados de pesquisa.

Do total de municípios retirados da amostra, temos 615 municípios, destes, 436 da categoria dos muito pequenos, 125 dos pequenos, 38 dos médios, 12 dos grandes e 4 dos muito grandes.

3.3 Operacionalização da pesquisa e modelo de análise

Conforme apresentado na revisão de literatura, o conceito de efetividade pode ser interpretado de diversas formas, mas, de acordo com Boyne (2002), é normalmente utilizado como atendimento dos objetivos formais do serviço. Donabedian (1990) afirma que a efetividade consiste na melhoria na saúde que é obtida ou se espera que seja obtida em condições normais da prática do dia a dia.

Desta forma, o conceito de efetividade está intimamente ligada com os resultados de um programa de saúde e os impactos que este gera na qualidade de vida e do serviço prestado. Assim, para se mensurar a efetividade fez-se uso dos indicadores de mortalidade infantil.

A escolha do indicador de mortalidade infantil tem duas razões principais. A primeira, é para fins comparativos, uma vez que estudos anteriores utilizam este indicador como representante de efetividade (GUPTA, VERHOEVEN, TIONGSON, 2009; ISSA, OUATTARA, 2005; RAJKUMAR, SWAROOP, 2008) de organizações públicas, e o outro motivo é devido a disponibilidade dos dados, uma vez que o indicador Taxa de Mortalidade Infantil possui valores para todos os municípios brasileiros no período estudado. Também há que se ressaltar a ausência de mais indicadores que possuíssem abrangência nacional no período estudado (2000-2009).

Segundo o relatório “Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (2008)” elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (RIPSA), o indicador de mortalidade infantil é conceituado como o número de óbitos de menores de um ano de idade na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Sua interpretação estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida, refletindo as “condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a

qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil” (RIPSA, 2008, p. 108). E sua utilidade está em contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico, servindo como base para comparações nacionais e internacionais.

Dada à relação entre efetividade e a qualidade de vida, é importante que se traga para a análise, indicadores que ajudem a caracterizar o município, como por exemplo o tamanho da população, que indicam a quantidade de recursos que o município tem disponível e também a sua complexidade.

Outro indicador a ser utilizado é o gasto com saúde, que se divide de acordo com a sua finalidade:

Quadro 6 - Despesa Total com Saúde – Composição.

Despesa Total com a Saúde	
1	Participação da Despesa com Pessoal na Despesa Total com a Saúde
2	Participação da Despesa com Medicamentos na Despesa Total com a Saúde
3	Participação da Despesa com Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica na Despesa Total com a Saúde
4	Participação da Despesa com Investimentos na Despesa Total com a Saúde

Fonte: Ministério da Saúde – Datasus.

Neste trabalho, além da Despesa Total por habitante, será utilizado também a Despesa com Investimentos e a Despesa com Pessoal da Saúde ambas utilizadas como variável independente do modelo elaborado, e parametrizadas em gasto por habitantes, para efeitos comparativos. A escolha por investimentos e gasto com pessoal se deve à presença de estudos anteriores, apontados na contextualização, que buscaram identificar mudanças no comportamento destes gastos em outros entes federativos, com fins de permitir a comparação entre os estudos. Estes estudos anteriores afirmam que a LRF afetou positivamente os gastos com pessoal e negativamente os gastos com investimento, entretanto, por apresentar uma amostra diferente da adotada neste trabalho, isto justifica a escolha dos tipos de gastos em saúde aqui adotados.

3.4 Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

Como mencionado, os dados foram coletados em bases de dados secundárias, no sistema DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br>), do Departamento de Informática do SUS e na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Antes do processo de análise, os dados foram consolidados e separados por categoria, com a eliminação dos municípios que apresentavam indicadores faltantes. A separação foi utilizada através da criação de programas na base Fortran, que automatizaram o processo de separação e preparação dos dados.

Após esta etapa, a análise dos dados se deu em duas etapas distintas a serem apresentadas a seguir:

Durante a primeira etapa foram analisados o comportamento dos indicadores de gasto total com saúde por habitante, gasto com pessoal em saúde por habitante, investimento em saúde por habitante e mortalidade infantil ao longo do período, na tentativa de se observar o comportamento de cada um destes indicadores e se detectar possíveis padrões ou interações entre eles. Não foi utilizado o método de regressão linear pois o objeto do presente estudo é representado por um fenômeno social, e portanto passível de interação de diversas variáveis presentes no ambiente, onde dificilmente esta interação se daria de forma linear.

Para possibilitar a análise dos dados e para efeitos comparativos, os dados de mortalidade infantil foram parametrizados e utilizados em uma base para cada 100.000 habitantes. Assim os indicadores analisados nesta primeira etapa foram os seguintes:

- Gasto total em saúde por habitante;
- Investimento em saúde por habitante;
- Gasto com pessoal por habitante; e
- Mortalidade infantil a cada 100.000 habitantes.

Nesta etapa foi analisado como se deu a evolução destes quatro indicadores, investigando-se as possíveis relações que eles podem apresentar.

Os dados foram analisados através da correlação de postos de *Spearman*, utilizado devido ao caráter não normal da amostra, para identificar a forma com que as variáveis se relacionavam. A correlação de *Spearman* é uma forma de "mensurar o grau de correspondência entre os rankings da amostra de observações" (DANIEL, 1990, p. 359), ou seja, ele permite inferir sobre a correspondência entre as variáveis em estudo, pareando-as dois a dois. A estatística do teste *Spearman* (ρ) é dada por:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

Nesta equação, d_i representa a diferença entre cada posto de valor correspondentes de x e y ; e n representa o número dos pares dos valores.

Na segunda etapa da análise, foi feito o teste de *Wilcoxon*, utilizado para verificar se os gastos com investimento nos anos de eleição municipal (2004 e 2008) eram significativamente maiores do que o dos anos anteriores, e se os investimentos em anos eleitorais eram maiores do que nos anos não eleitorais, incluindo aqui as eleições estaduais e nacionais também. O teste de *Wilcoxon* foi utilizado devido ao já mencionado caráter da amostra e pela possibilidade deste teste permitir avaliar a relação ordinal entre duas amostras relacionadas. Esta investigação dos investimentos em anos de eleições foi motivada após observar, durante a análise descritiva dos dados, que a curva da média dos gastos com investimentos parecia apresentar picos nos anos eleitorais, sugerindo a possibilidade de diferenças nestes anos e a conveniência de verificar se diferenças de fato existissem e, em caso positivo, fossem significativas.

O teste de *Wilcoxon* permite, segundo Siegel (1975), dizer qual valor entre duas amostras relacionadas é maior do que o outro. Para realização deste teste foi elaborada a seguinte hipótese nula, primeiramente:

H_0 : A média dos anos anteriores a eleições municipais é igual ao valor dos investimentos em anos de eleição municipal;

H_1 : A média dos anos anteriores a eleições municipais é diferente do valor dos investimentos em ano de eleição municipal.

Também foi elaborada uma hipótese, testada também no presente trabalho, relacionando os investimentos nos anos pares e ímpares, para incluir também as eleições estaduais e nacionais na amostra:

H_0 : A média do investimento em saúde nos anos eleitorais é igual ao valor dos investimentos em anos não-eleitorais;

H_1 : A média do investimento em saúde nos anos eleitorais é diferente do valor dos investimentos em anos não-eleitorais.

Com base neste teste, pode-se afirmar se os valores dos investimentos em ano de eleições foram realmente maiores e se as eventuais diferenças são estatisticamente significativas.

No próximo capítulo se apresentam os resultados das várias análises realizadas.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados obtidos com esta pesquisa visam atender ao objetivo principal deste trabalho, que consiste em identificar se houve algum impacto da LRF nos gastos com saúde e se isto teve alguma influência na efetividade dos serviços básicos de saúde no Brasil.

O atingimento deste objetivo passa primeiramente pela análise dos gastos em saúde, visando observar seu comportamento nos anos entre 2000 e 2009. Conforme citado anteriormente, os gastos aqui utilizados como gastos em saúde são os gastos com investimento e com pessoal. Como os dados utilizados neste trabalho são parametrizados pela população (os gastos por habitante e a mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes), convém começar a apresentação dos resultados pelos dados populacionais de nível nacional, conforme gráfico abaixo:

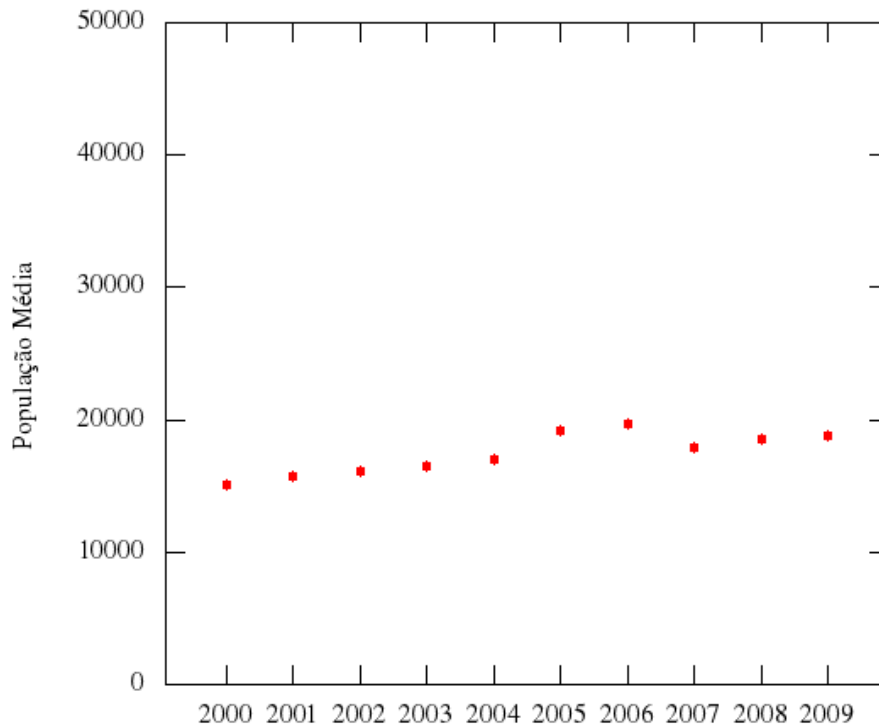


Figura 7 - Evolução da média populacional nacional.

Fonte: DATASUS.

Conforme é possível afirmar, a população média teve uma variação pequena neste período, com as médias oscilando entre 15 mil e 20 mil habitantes aproximadamente. Esta média muito baixa reflete à grande quantidade de municípios que possuem 20 mil habitantes ou menos, um retrato da realidade dos municípios brasileiros, em sua maioria muito pequenos e com poucas alternativas de arrecadação de recursos.

O gasto total por habitante registrou um grande aumento nos últimos anos, indo de R\$ 42,79 no ano 2000, para R\$ 234,84, um aumento de aproximadamente 450%. Este gasto acentuado indica um esforço municipal em se fornecer melhores condições no atendimento de saúde, restando saber se os indicadores de saúde refletem os resultados deste esforço. A Figura 8 mostra o comportamento do gasto nos anos analisados. A média é representada pelo ponto, e a amplitude é representada pela linha.

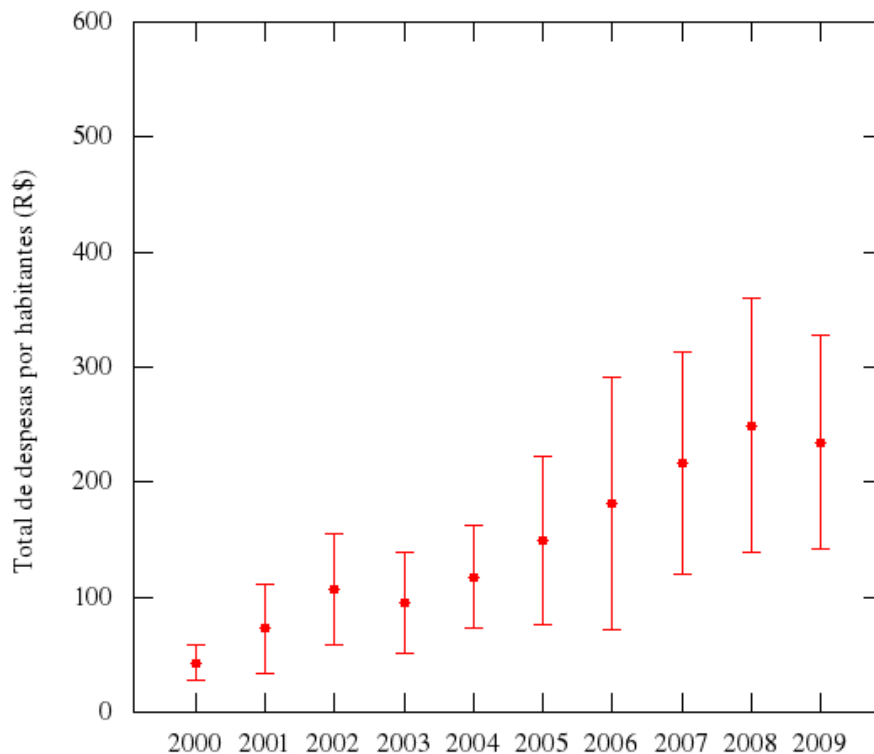


Figura 8 - Gasto total com saúde, por habitante.

Fonte: DATASUS.

O Gráfico 9 apresenta a evolução do gasto com pessoal por habitante médio para o país inteiro. Observa-se que a média que estava em constante ascensão até o ano de 2006, ano seguinte a efetiva implementação da LRF, apresentou uma queda acentuada nos anos seguintes, voltando a subir novamente em 2009. Isto pode indicar que a LRF causou um choque nos gastos com pessoal, reduzindo-os momentaneamente, mas voltando a tendência de alta nos anos seguintes. O gasto médio com pessoal por habitante foi de R\$ 13,68 para R\$ 103,85, um aumento de 659%. Este gasto é o mais representativo dos gastos totais com pessoal, este fator pode advir do fato que a saúde, é basicamente composta pelo atendimento de médicos e enfermeiros, exigindo uma grande demanda de pessoal.

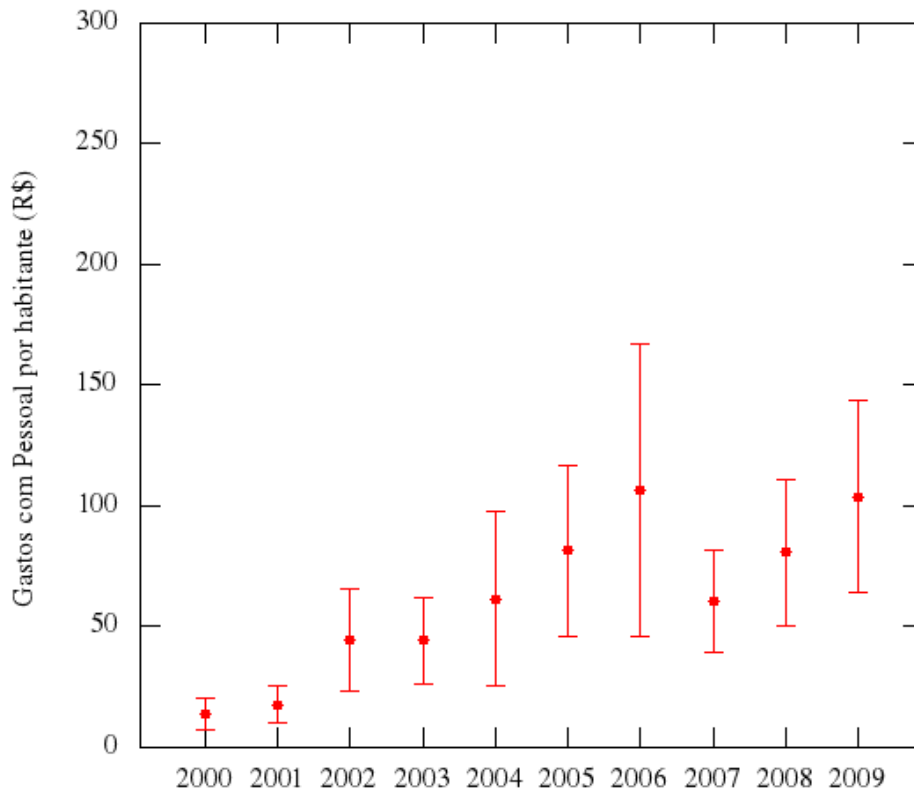


Figura 9 - Gasto com pessoal na saúde, por habitante.

Fonte: DATASUS.

Outro componente do gasto também a ser observado é o gasto com investimento, que em sua média nacional, teve uma queda acentuada após 2002, como demonstrado na Figura 10. Esta queda aconteceu antes da entrada em vigor da LRF. O comportamento de gastos em investimentos por habitante demonstra pouca oscilação no período após 2002. Um ponto que causa certa preocupação é pequeno aumento dos investimentos em relação aos outros gastos, um aumento de menos de 70%. Há a necessidade de se investigar melhor este indicador, pois apesar do aumento se dar de forma muito mais lenta e ter se iniciado antes da efetiva adoção da lei, este comportamento pode também estar relacionado com a adoção da LRF, uma vez que alguns autores (GIUBERTI, 2005b; MENEZES, 2006; FIORAVANTE, PINHEIRO, VIEIRA, 2006), afirmam que estes gastos, por serem mais flexíveis e, portanto, de mais fácil redução, foram afetados pela lei. Outro autor que critica a LRF por ter reduzido o investimento é Maffezoli (2005), com um pensamento semelhante de Menezes (2006), que afirma que os componentes menos rígidos da despesa, aqueles discricionários, foram os mais afetados pela Lei, incluindo os gastos com investimento na área social.

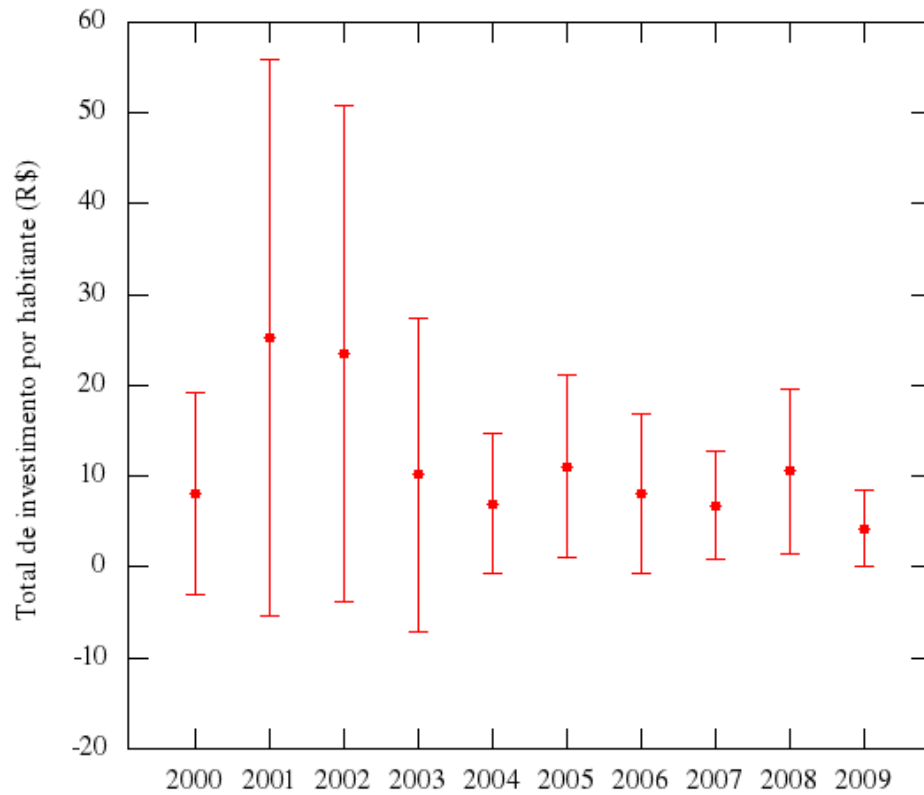


Figura 10 - Gastos com investimento, por habitante.

Fonte: DATASUS.

A variável dependente utilizada neste trabalho, Mortalidade Infantil para cada 100.000 habitantes, apresentou, no nível nacional, uma redução de 18%, indo de 12 para 10 mortes para cada 100.000 habitantes no período de interesse.

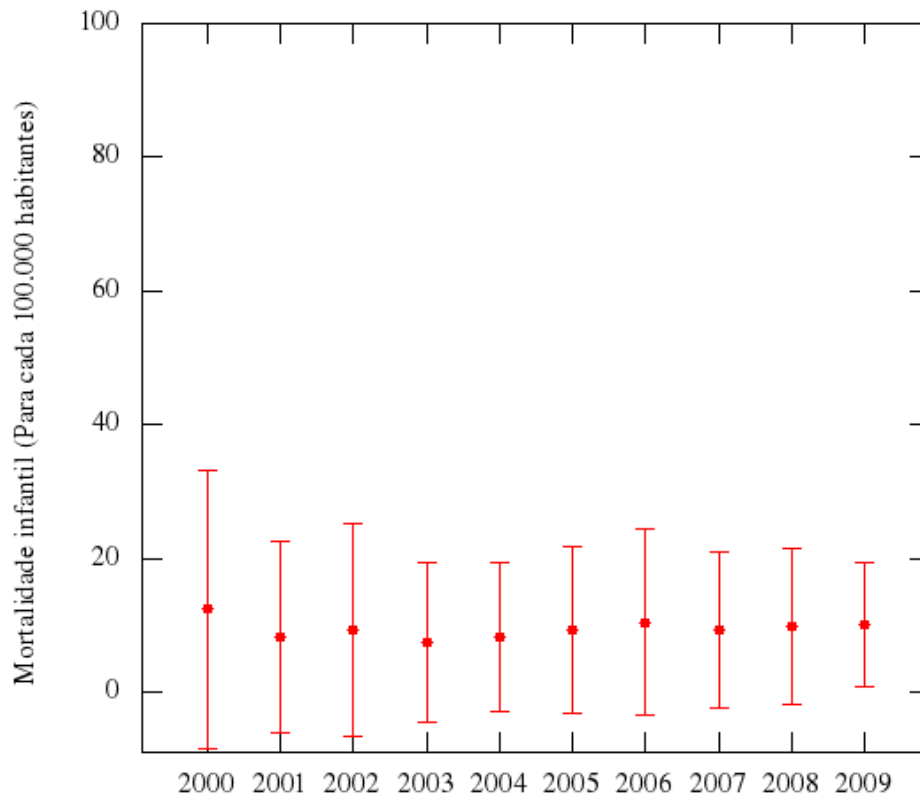


Figura 11 - Mortalidade infantil (para cada 100.000 habitantes).

Fonte: DATASUS.

Este retrato nacional ajuda a detectar alguns padrões no comportamento dos gastos em saúde dos municípios brasileiros. Entretanto, há a necessidade de se analisar os municípios segmentados por população, para entender melhor como se deu o comportamento dos gastos.

4.1 Municípios Muito Pequenos

Nos municípios muito pequenos, aqueles com população abaixo de 20.000 habitantes, a amostra, depois de feitos os cortes por dados inconsistentes e faltantes, chegou a um total de 3.545 municípios. Estes municípios representam um grande percentual do total dos municípios (aproximadamente 70%), e também apresentam menor capacidade de arrecadação própria, dada sua menor população, uma vez que a participação das receitas geradas pelo próprio município aumenta de forma relacionada ao aumento da população (GOMES, MACDOWELL, 2000), o que os torna muito dependentes das transferências dos outros entes governamentais.

A evolução da população média dos municípios muito pequenos apresentou um crescimento de 7,01% no período analisado, indo para uma média de 7.739 habitantes em 2000 para 8,281 em 2009, conforme o gráfico abaixo:

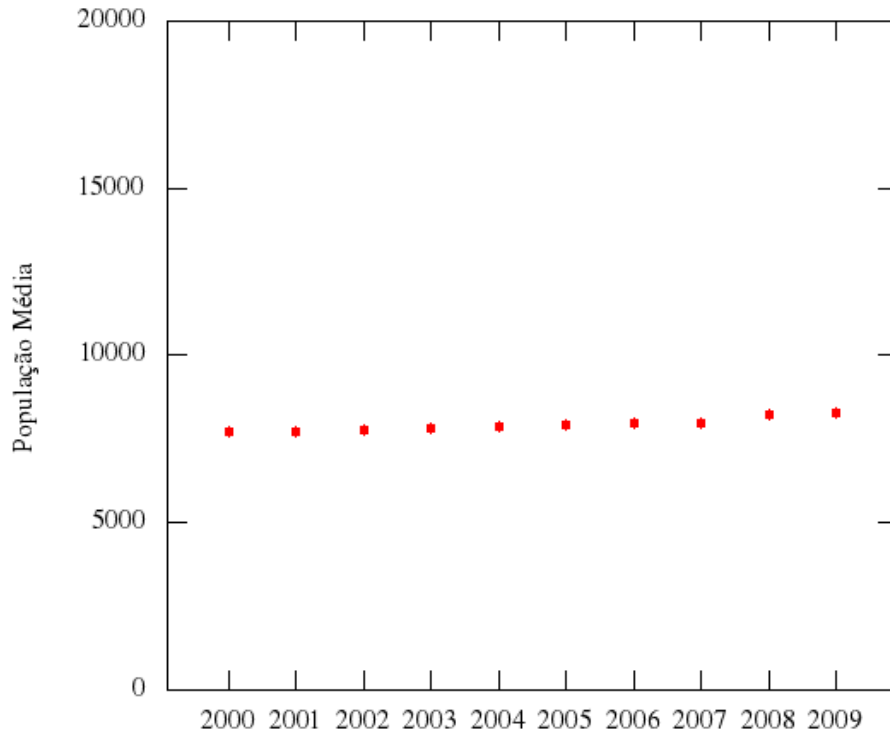


Figura 12 - Evolução populacional dos municípios muito pequenos.

Fonte: DATASUS.

A despesa total por habitante, aumentou 307,46% no período, um aumento bem expressivo mas mesmo assim ficando abaixo da média nacional. Este aumento se deu principalmente pelo aumento no gasto com pessoal, que aumentou 445,11%, mas também houve um aumento expressivo no investimento por habitante no período. O investimento em saúde por habitante no nível municipal aumentou 125,07%, um comportamento destoante do nacional, que retrocedeu 47% no período analisado. Nos gráficos abaixo é possível observar este comportamento de alta durante o período analisado.

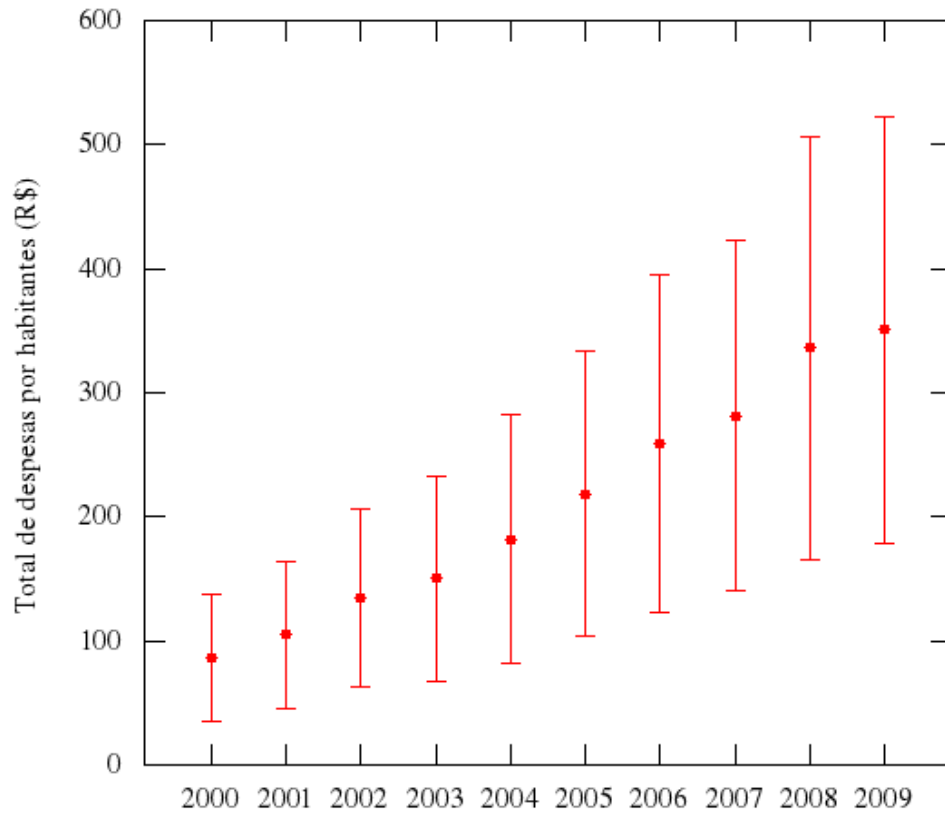


Figura 13 - Total de despesas por habitante nos municípios muito pequenos.

Fonte: DATASUS.

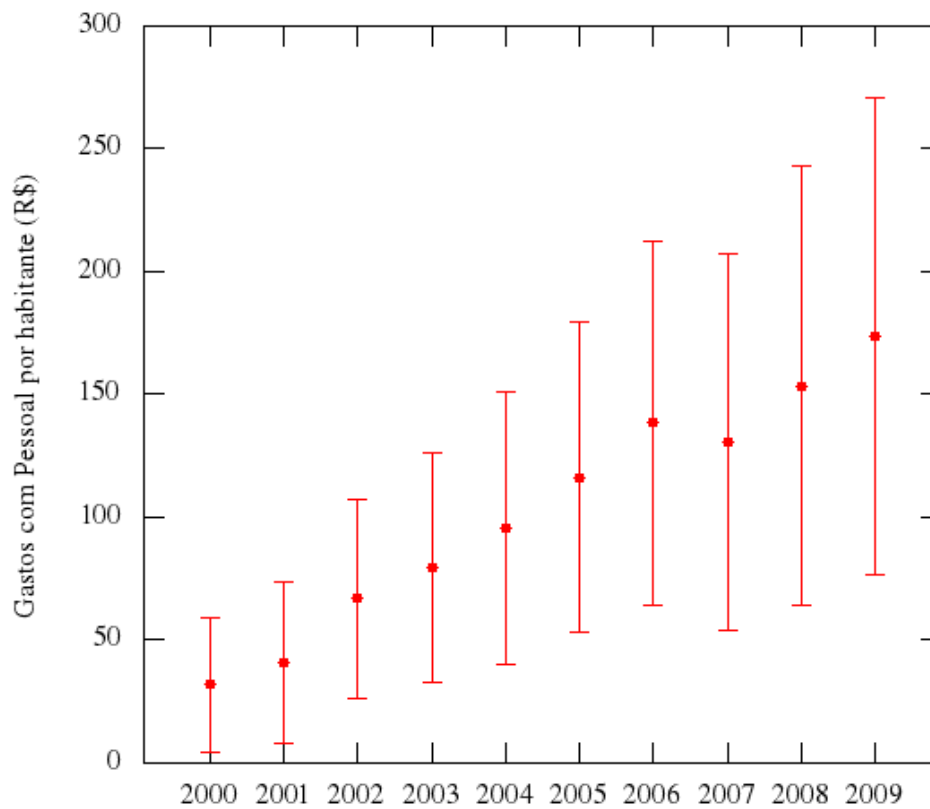


Figura 14 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios muito pequenos.

Fonte: DATASUS.

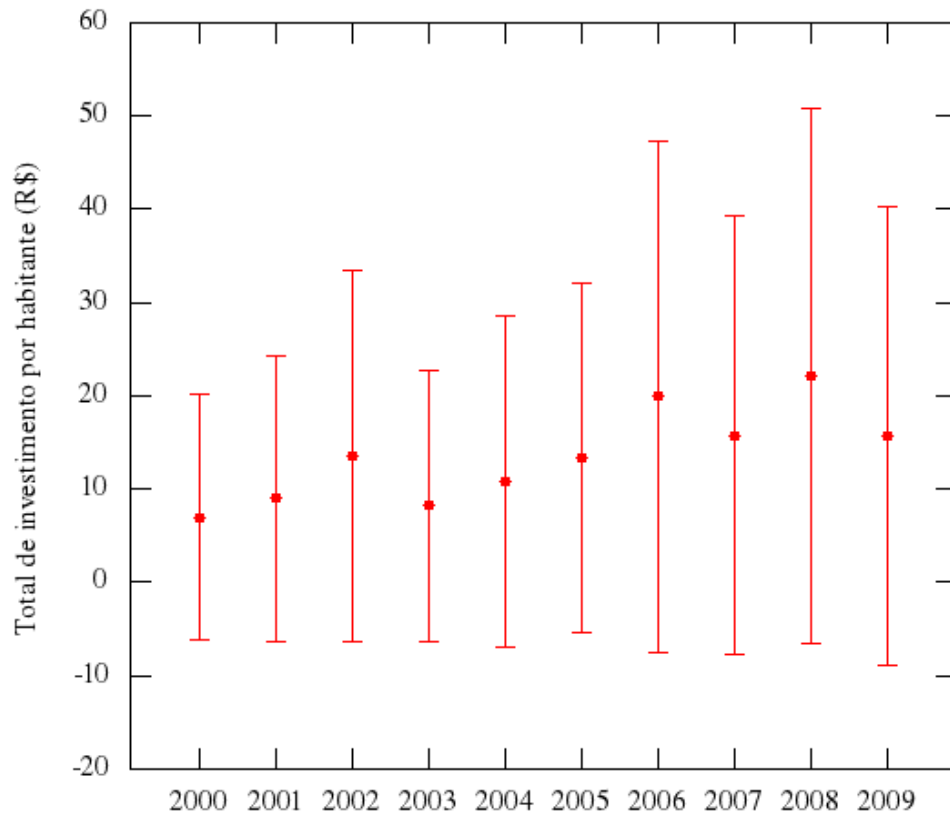


Figura 15 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios muito pequenos.

Fonte: DATASUS.

A mortalidade infantil nestes municípios caiu de 36 mortes no ano de 2000 para cada 100.000 habitantes para 20 no ano de 2009, em cima da média nacional, mas representando uma diminuição no índice de 43,31%, quase o triplo da média nacional, de 18%.

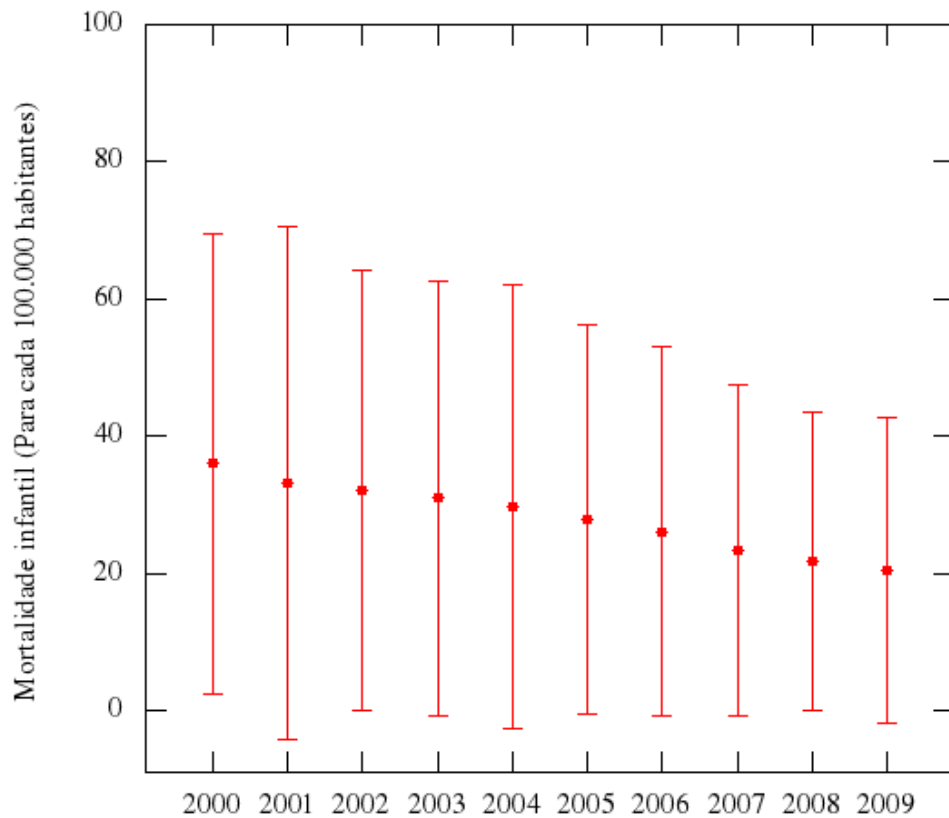


Figura 16 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios muito pequenos.

Fonte: DATASUS.

4.2 Municípios Pequenos

Os municípios pequenos, representados pelos municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, apresentaram em sua amostra, após a correção dos dados 918 municípios.

A média populacional destes municípios aumentou 11,24% durante o período estudado, atingindo 30.191 habitantes no ano de 2009. O comportamento deste indicador é apresentado abaixo:

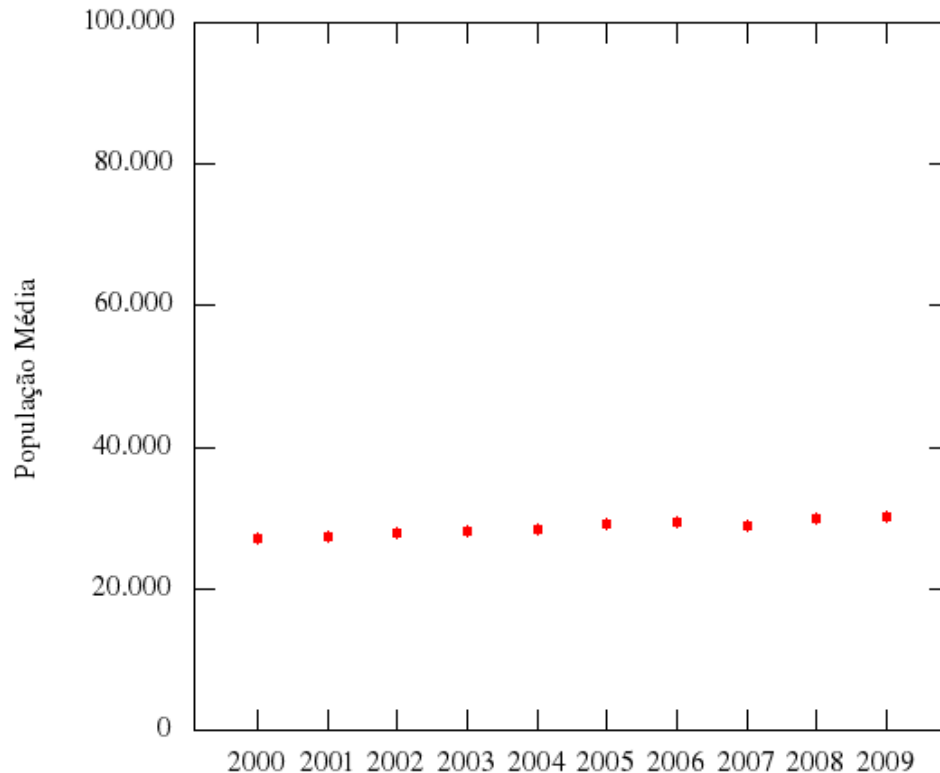


Figura 17 - Evolução populacional dos municípios pequenos.

Fonte: DATASUS.

As despesas totais em saúde por habitante nos municípios pequenos aumentou 284,45% durante os anos estudados. O valor por habitante continua abaixo do comportamento nacional, mas ainda assim, houve um aumento expressivo. Outro gasto que apresentou um grande aumento foi o gasto com pessoal, aumentando 392,58%. O gasto com pessoal por habitante (R\$ 129,46) representa, em média, mais da metade dos gastos totais (R\$ 252,71). O investimento em saúde por habitante, apesar de ter dobrado no período analisado, indo de R\$ 4,46 para R\$ 9,08 por habitante, representa um percentual muito pequeno do total gasto em saúde nos pequenos municípios, cerca de 3,5% do total.

O comportamento dos dados está descrito abaixo:

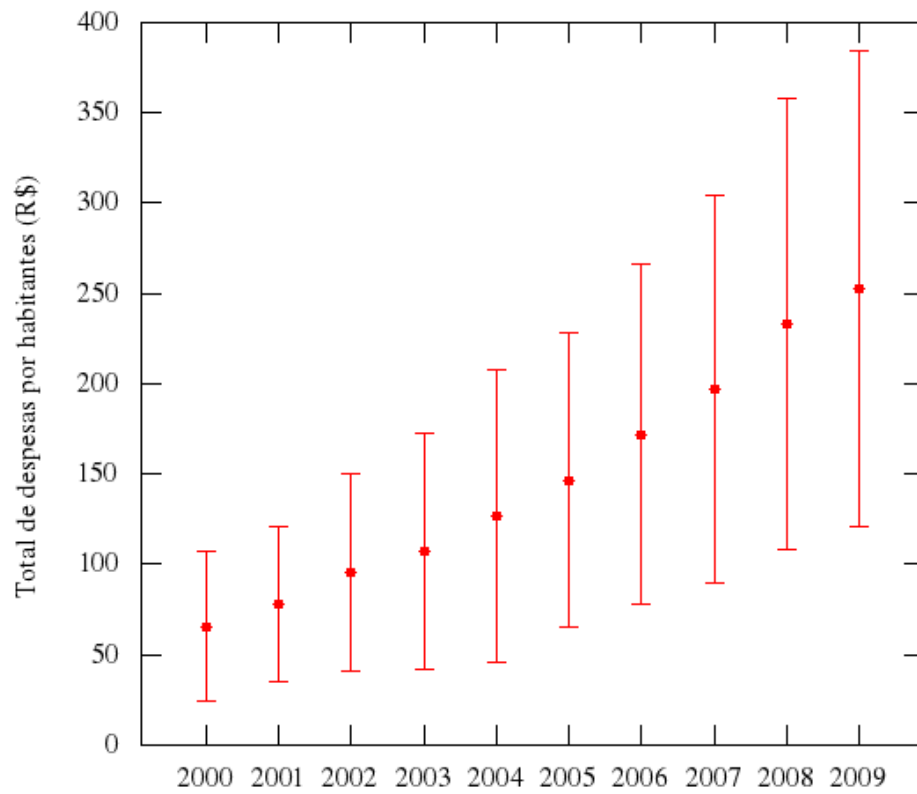


Figura 18 - Total de despesas por habitante nos municípios pequenos.

Fonte: DATASUS.

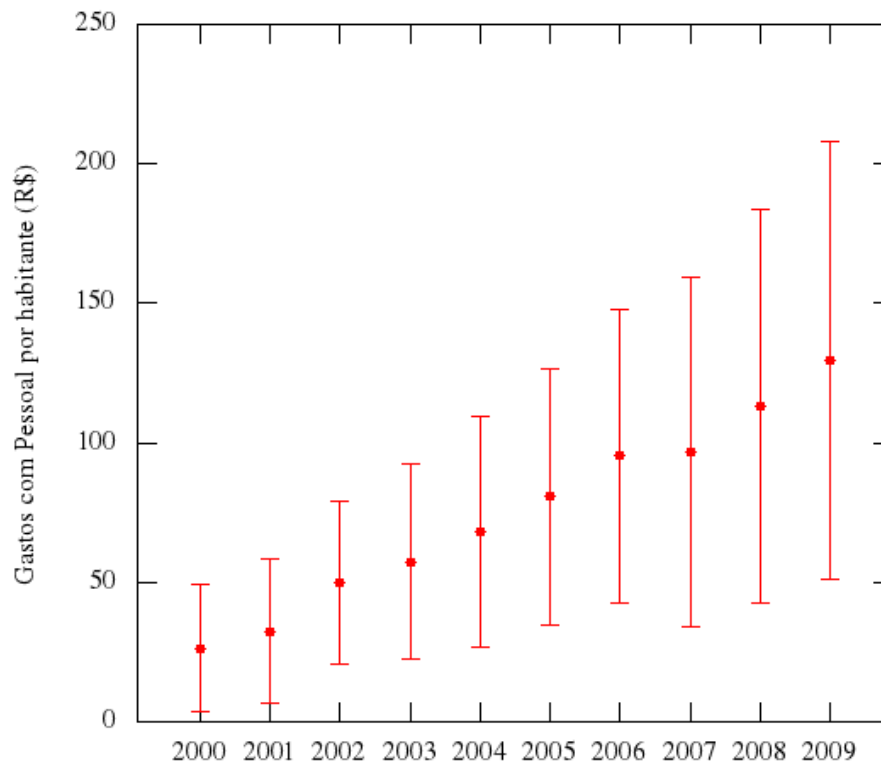


Figura 19 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios pequenos.

Fonte: DATASUS.

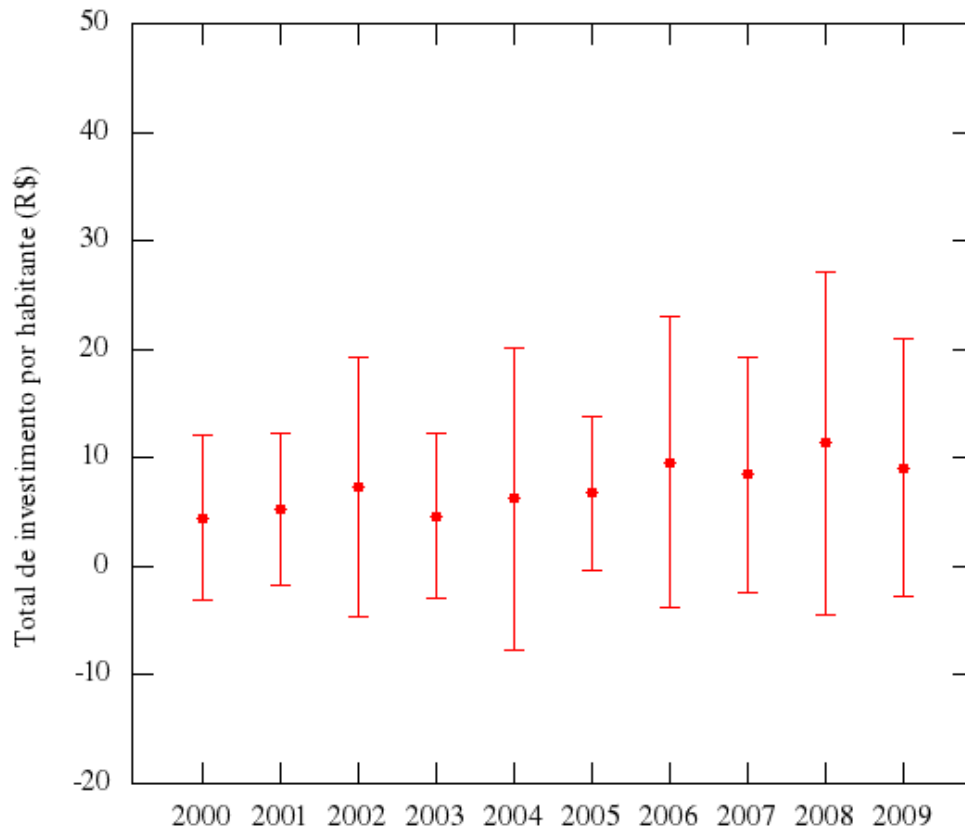


Figura 20 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios pequenos.

Fonte: DATASUS.

O comportamento do indicador de mortalidade infantil, neste trabalho parametrizada na base de 100.000 habitantes, regrediu 44,87% entre 2000 e 2009, de 43,51 mortes em 2000 para 23,99 em 2009.

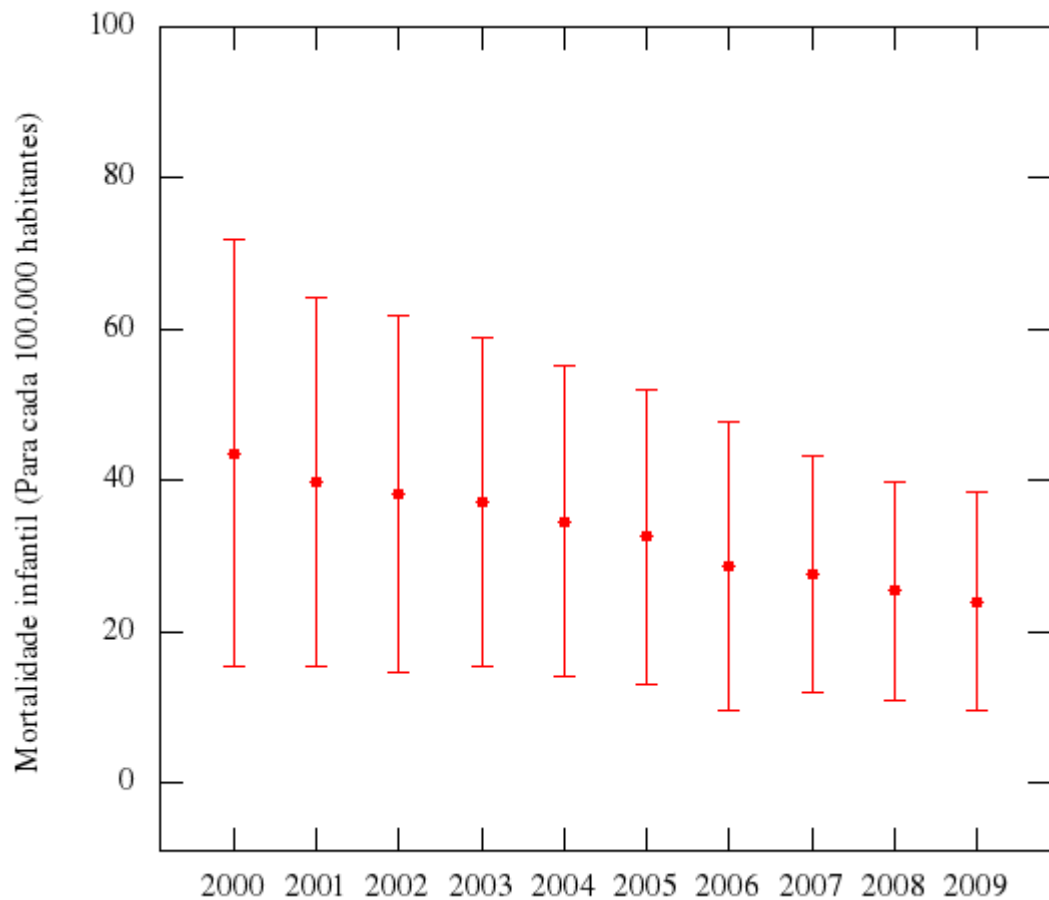


Figura 21 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios pequenos.

Fonte: DATASUS.

4.3 Municípios Médios

Os municípios tratados neste trabalho como médios, aqueles com a população entre 50.000 e 100.000 habitantes, conteve em sua amostra 294 municípios.

A população média observada aumentou 13,76% no período, indo de 61.351 para 69.796 habitantes, conforme observado no gráfico abaixo:

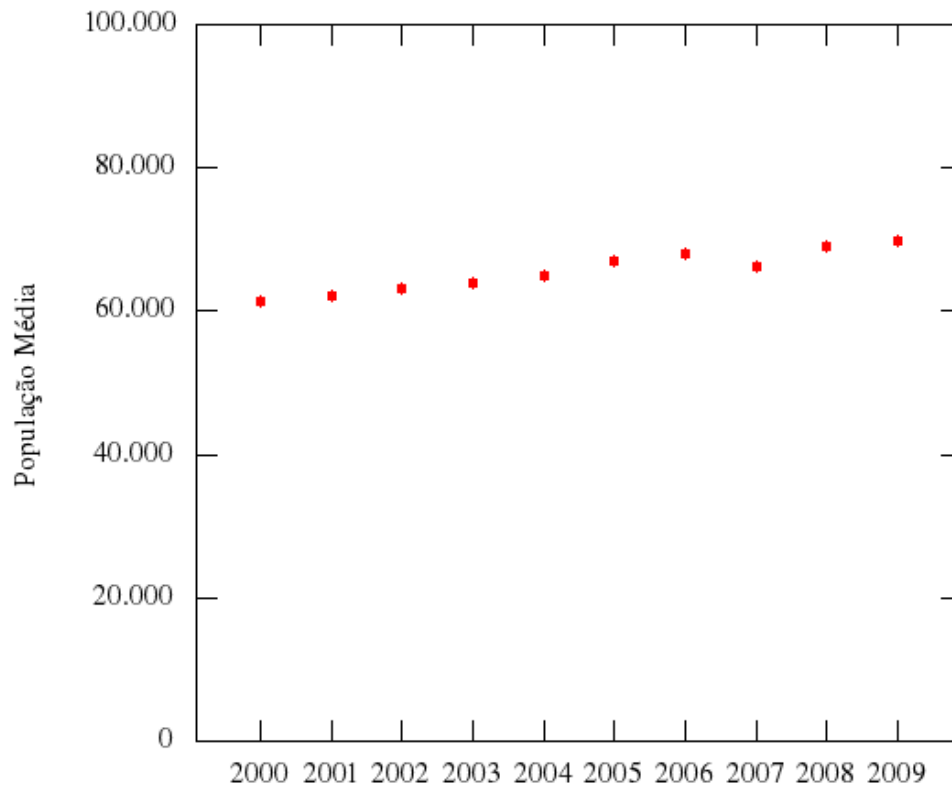


Figura 22 - Evolução populacional dos municípios médios.

Fonte: DATASUS.

A Despesa Total com saúde por habitante apresentou um comportamento abaixo dos valores nacionais, mas também apresentou um crescimento expressivo. O gasto evoluiu de R\$ 77,75 para R\$ 280,16 por habitante. Grande parte deste aumento se deve ao Gasto com Pessoal, que variou 347,79%, indo de R\$ 31,18 para R\$ 139,62, com o valor novamente representando cerca de metade da despesa total. O investimento, apesar de ter dobrado, perdeu importância relativa dentro da Despesa Total, pois representava cerca de 5% em 2000, e passou a representar aproximadamente 2% em 2009. Este comportamento indica uma perda da representatividade dos investimentos, uma das questões que é levantada com esta pesquisa.

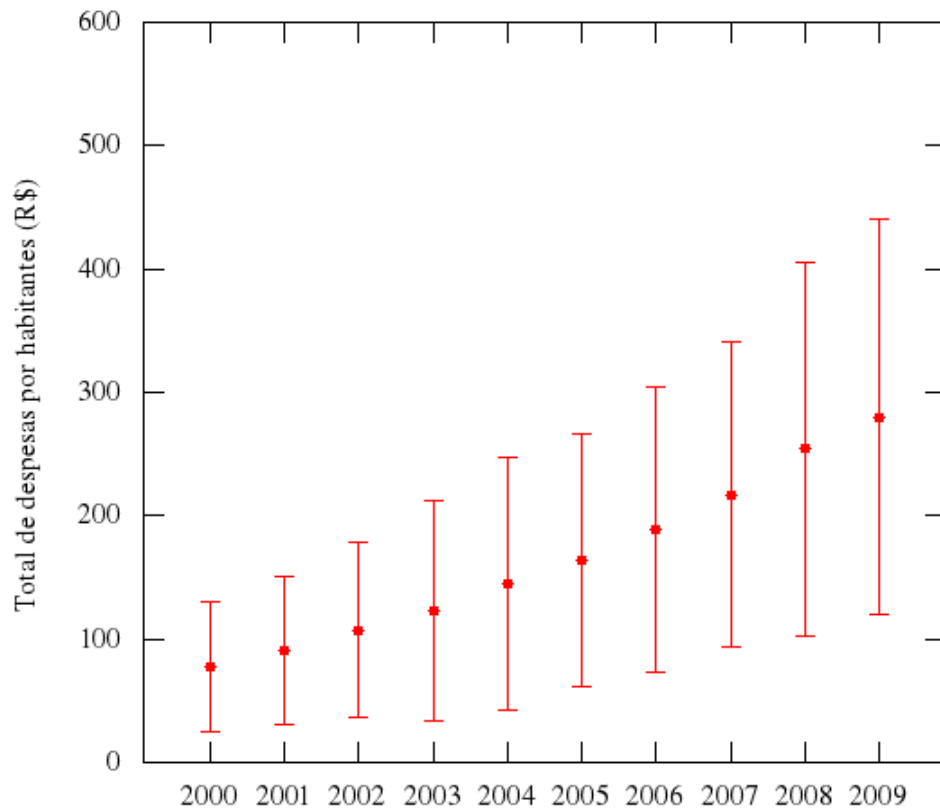


Figura 23 - Total de despesas por habitante nos municípios médios.

Fonte: DATASUS.

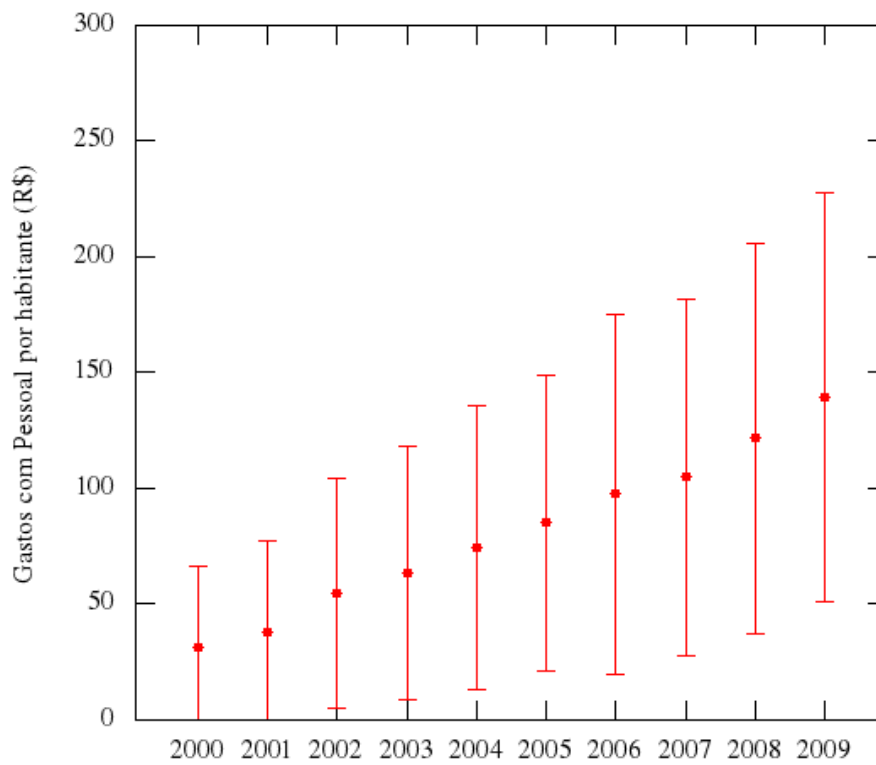


Figura 24 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios médios.

Fonte: DATASUS.

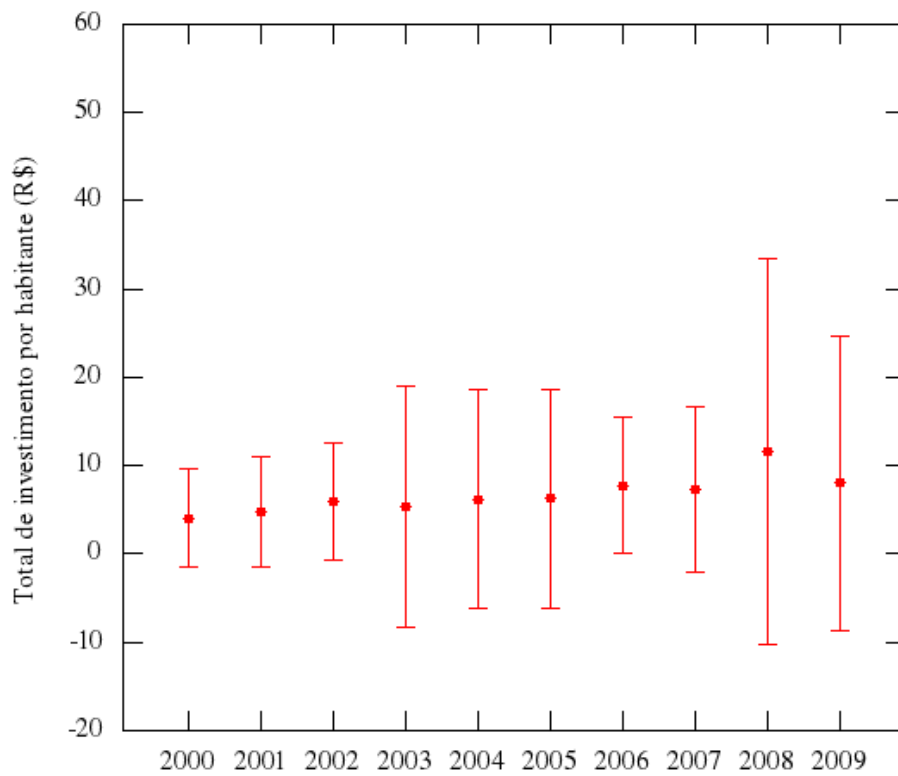


Figura 25 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios médios.

Fonte: DATASUS.

A mortalidade infantil, na base 100.000, teve uma redução de 46,86%, variando de 43,72 óbitos para 23,23 no período estudado.

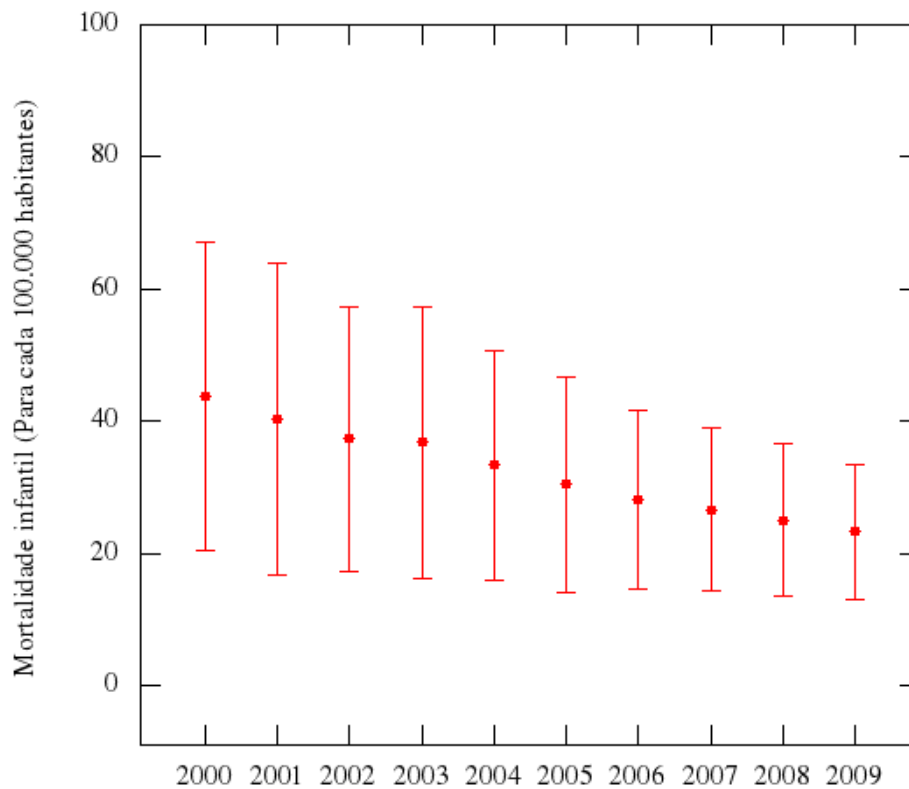


Figura 26 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios médios.

Fonte: DATASUS.

4.4 Municípios Grandes

A amostra dos municípios grandes, aqueles com população entre 100.000 e 400.000, após o tratamento dos dados, alcançou 213 municípios.

A média populacional variou 17,08%, indo de 162.501 para 190.258.

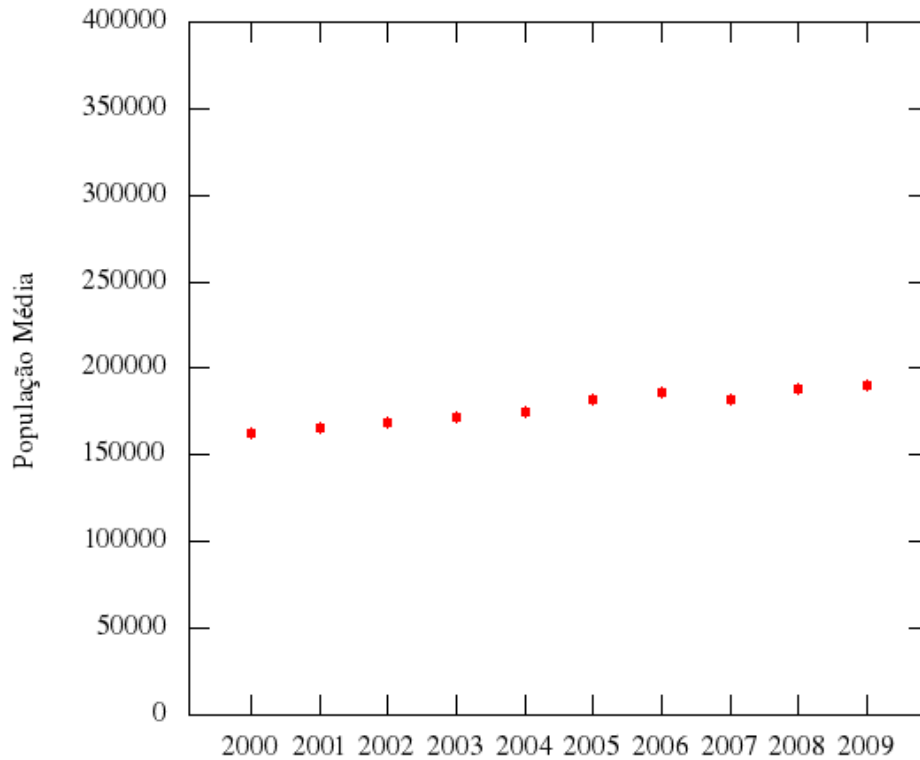


Figura 27 - Evolução populacional dos municípios grandes.

Fonte: DATASUS.

A Despesa Total com saúde por habitante aumentou 228,62% durante o período estudado, de R\$ 95,23 para R\$ 312,95. Este aumento representa principalmente o aumento nos gastos com pessoal, que variaram quase 300% no período estudado, de R\$ 39,94 para R\$ 157,36. O gasto com investimento variou 60,23% no período, de R\$ 4,52 para R\$ 7,25. O comportamento do investimento entretanto teve um comportamento visivelmente mais acentuado nestes municípios. Nos anos em que ocorreram eleições municipais, 2004 e 2008, ocorreram aumentos do investimento em saúde, com retração do valor nos anos seguintes. Interessante observar este fato, que sugere a possibilidade que o orçamento público tenha sido usado como ferramenta eleitoral, comportamento que a LRF procurou minimizar.

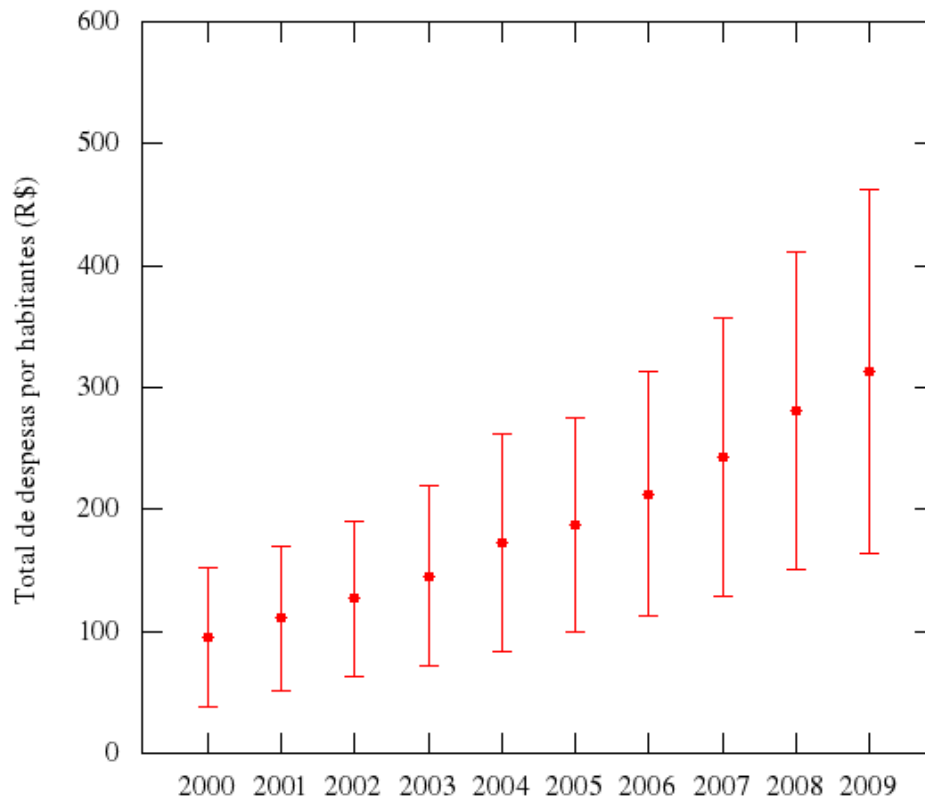


Figura 28 - Total de despesas por habitante nos municípios grandes.

Fonte: DATASUS.

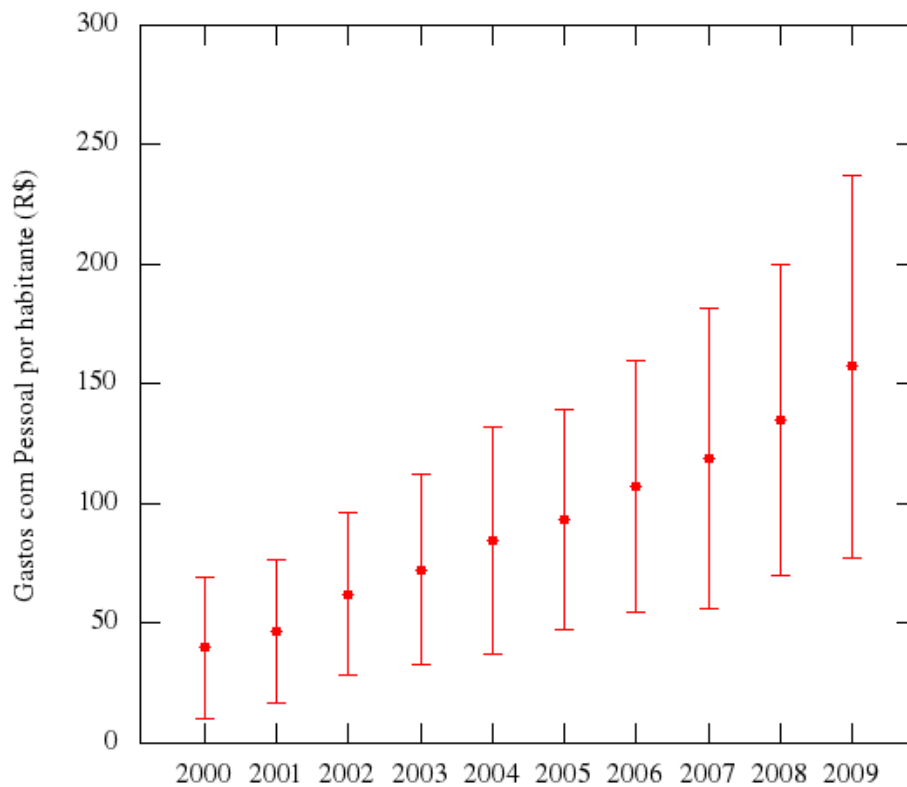


Figura 29 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios grandes.

Fonte: DATASUS.

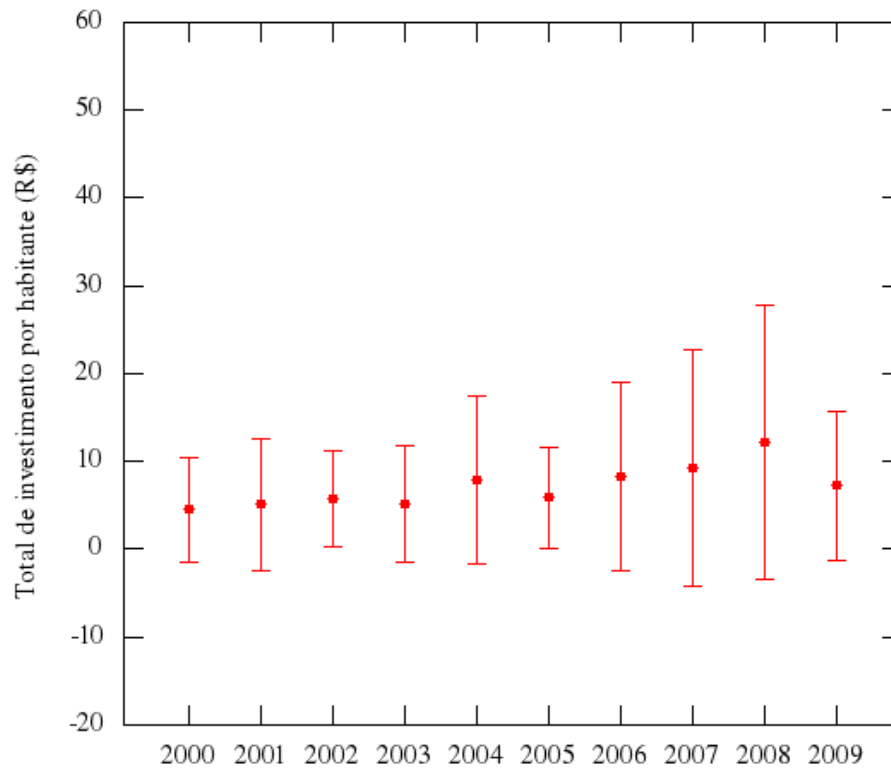


Figura 30 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios grandes.

Fonte: DATASUS.

A mortalidade infantil apresentou uma queda de 47%, seguindo o comportamento dos outros municípios, que apresentaram uma retração semelhante no período, conforme indica a figura 29.

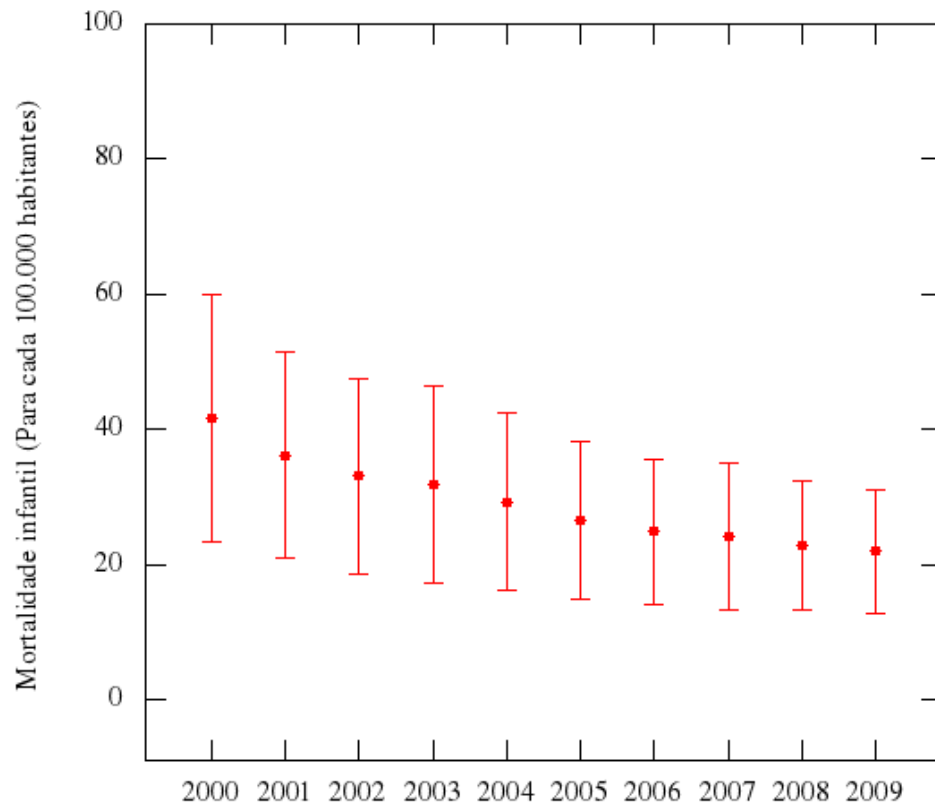


Figura 31 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios grandes.

Fonte: DATASUS.

4.5 Municípios Muito Grandes

Nos Municípios Muito Grandes, com população acima de 400.000 habitantes, a amostra apresentou 42 municípios.

A média populacional aumentou 11,27% no período estudado, de 1.198.643 para 1.333.739 habitantes no período estudado.

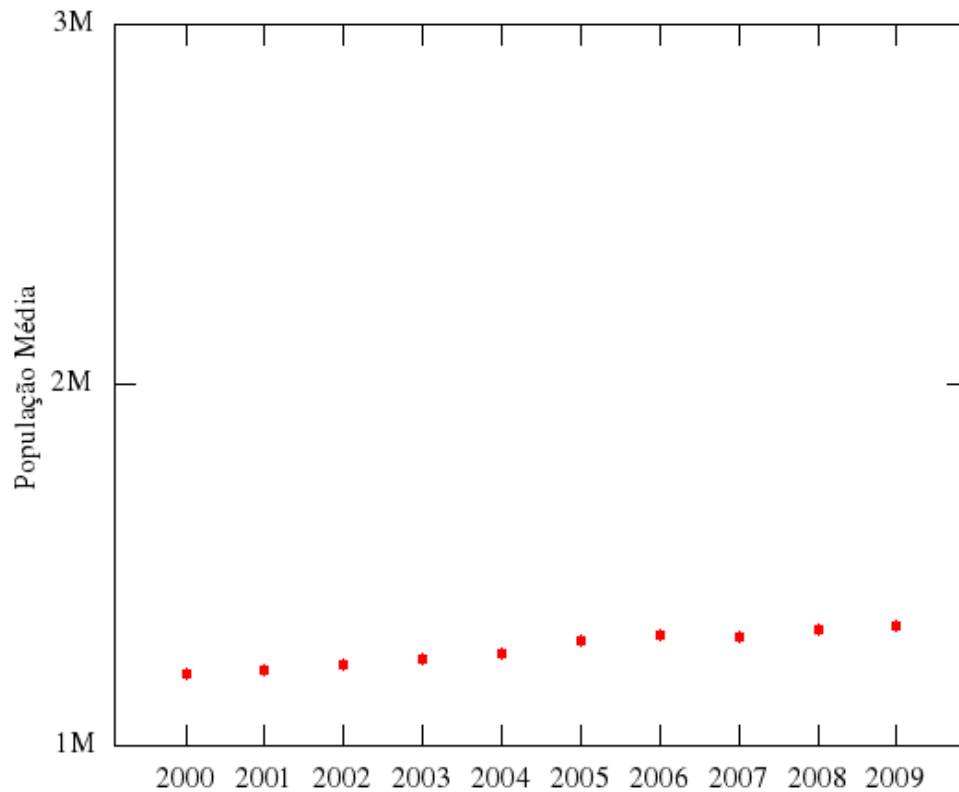


Figura 32 - Evolução populacional dos municípios muito grandes.

Fonte: DATASUS.

A despesa total com saúde por habitante aumentou bem abaixo da média nacional, indo de R\$ 196,11 para R\$ 466,62, uma variação de 137,94%. Apesar do percentual de aumento ter sido abaixo da média nacional, o valor gasto por habitante é maior do que o apresentado pelos outros municípios. Novamente, grande parte do aumento se deve ao aumento dos gastos com pessoal, que aumentou 211% no período estudado. Os investimentos tiveram um aumento pequeno, de 17,94%, variando de R\$ 5,14 para R\$ 6,06. Um dos fatores que podem justificar este pequeno aumento, é o fato dos municípios muito grandes já possuírem uma melhor estrutura de equipamentos, o que iria requerer uma necessidade menor de investimentos. Entretanto, é interessante observar novamente os aumentos nos anos de eleições municipais, os anos de 2004 e 2008, assim como mencionado anteriormente, mas com uma intensidade maior, e a mesma retração no ano seguinte.

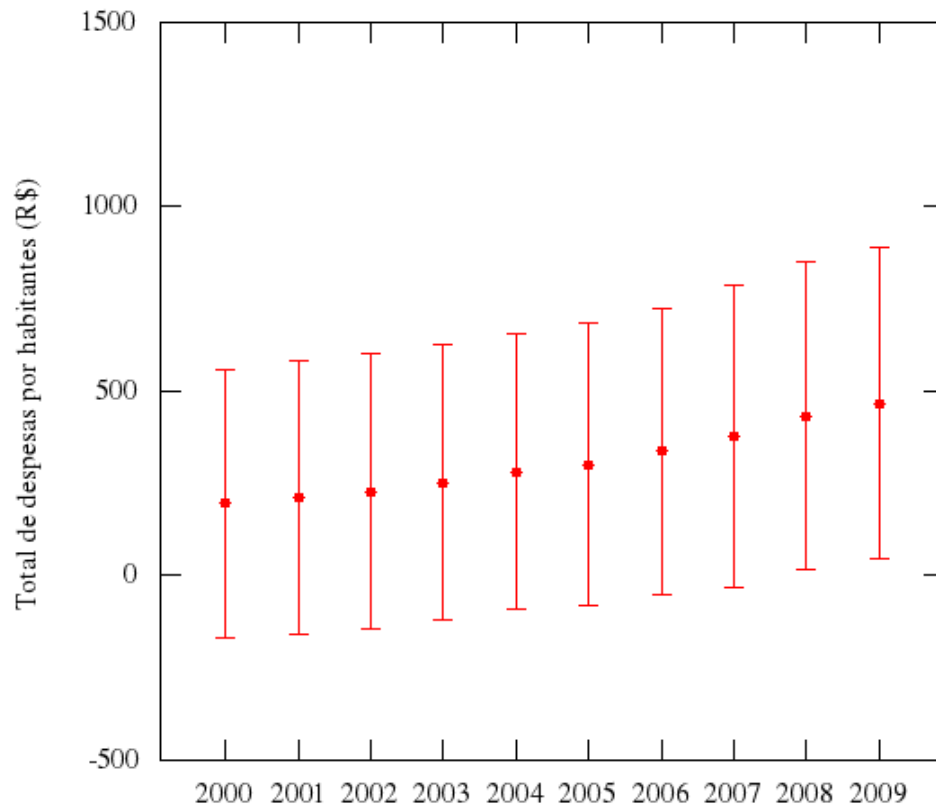


Figura 33 - Total de despesas por habitante nos municípios muito grandes.

Fonte: DATASUS.

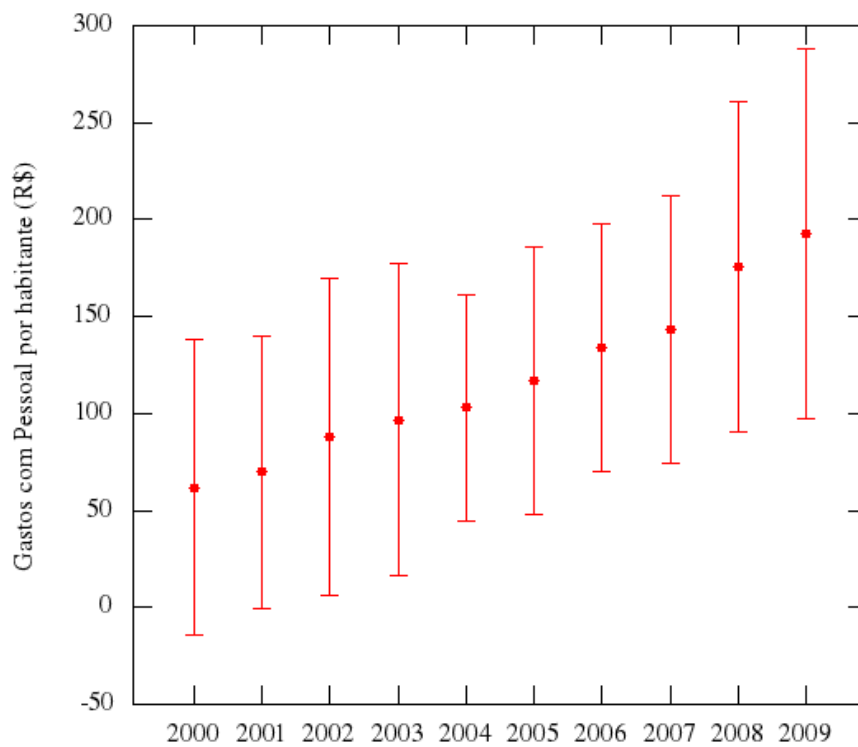


Figura 34 - Total de despesas com pessoal por habitante nos municípios muito grandes.

Fonte: DATASUS.

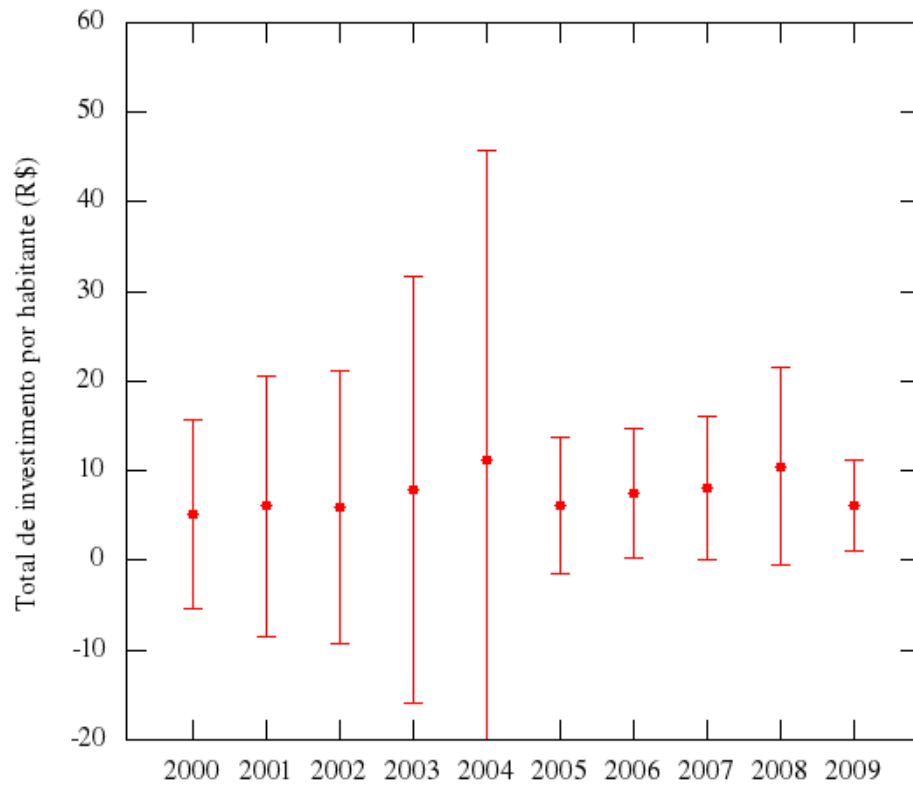


Figura 35 - Total de investimentos em saúde por habitante nos municípios muito grandes.

Fonte: DATASUS.

A mortalidade infantil reduziu 47,17% no período estudado, levando de 38 óbitos em 2000 para 20 em 2009, seguindo o comportamento nacional já apresentado.

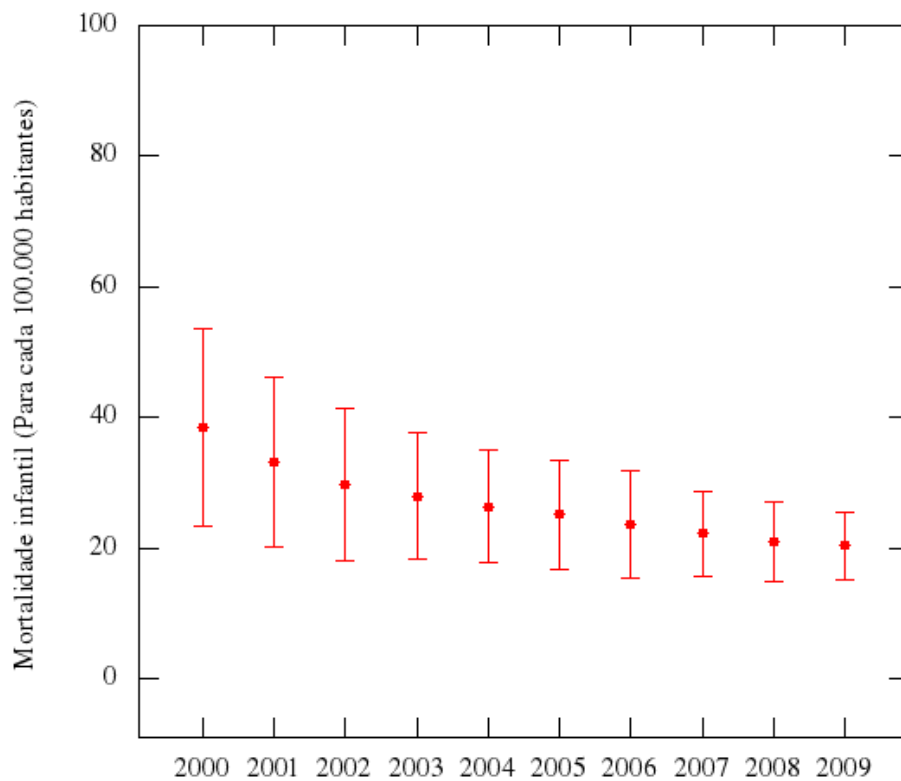


Figura 36 - Mortalidade infantil para cada 100.000 habitantes nos municípios muito grandes.

Fonte: DATASUS.

4.6 Análise Comparativa

Nesta seção se apresentam os gráficos comparativos dos resultados por porte de município. Dessa forma pode-se observar os dados em um contexto global. Os dados foram tratados para serem passíveis de comparação entre si, por isto os gastos com saúde estão na base por habitante e os dados de mortalidade infantil estão parametrizados para cada 100.000 habitantes.

A despesa total por habitante apresentou um comportamento homogêneo entre os grupos de municípios. O crescimento apresenta uma tendência de alta para o período, com os municípios pequenos apresentando os menores valores por habitante, e os muito grandes apresentando um valor bem acima dos outros grupos. Cabe ressaltar o grande investimento dos municípios muito pequenos, devido às limitações de orçamento destes municípios. Sugere-se a importância de investigar a origem dos recursos destes municípios, possivelmente fonte de transferências das esferas estaduais e federal.

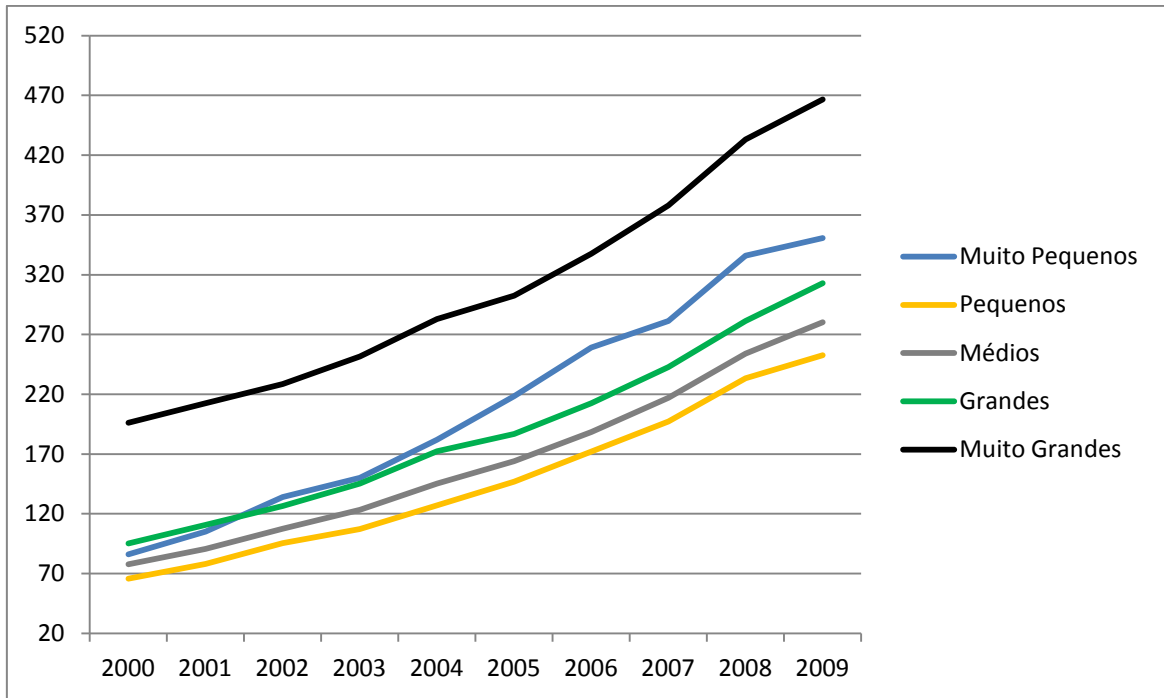


Figura 37 - Gasto total por habitante (Comparativo).

Fonte: Dados de pesquisa.

O comportamento do gasto com pessoal foi semelhante ao apresentado pelo gasto total, indicando que esta despesa representa um grande percentual do gasto total. Isto corrobora o que foi apresentado pela literatura, que apesar dos limites impostos, o gasto com pessoal apresentou um grande aumento desde a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal.

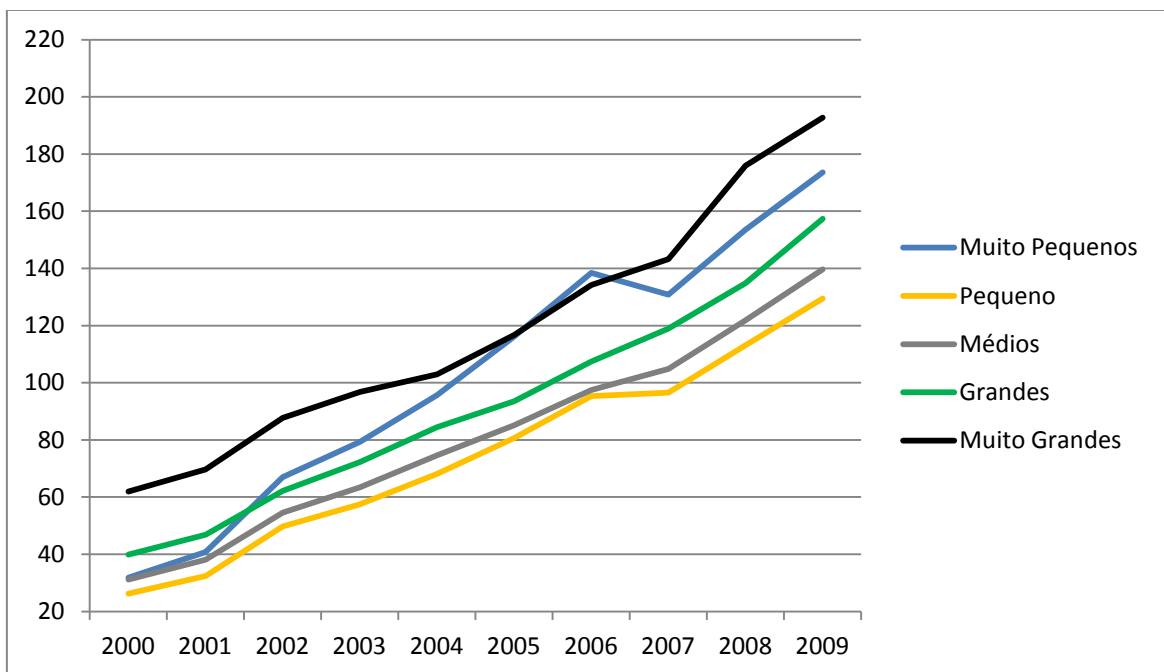


Figura 38 - Gasto com pessoal por habitante (Comparativo).

Fonte: Dados de pesquisa.

O investimento por habitante em saúde, conforme visto na Figura 39, é um dos gastos mais suscetível a mudanças de ano a ano. Por ser uma despesa mais flexível, em comparação com o gasto com pessoal, por exemplo, os dados mostram picos e vales ao longo destes 10 anos, mas todos os municípios estudados apresentam um comportamento de leve aumento, em comparação com os outros gastos, ao fim do período. Nos anos de eleições municipais, 2004 e 2008, observam-se aumentos no gasto, seguido de uma queda no ano seguinte. Isto pode representar um reflexo da utilização desta conta como uma ferramenta eleitoral. No ano de 2009, primeiro ano do mandato dos prefeitos eleitos em 2008, ano em que os eleitos ainda trabalham sob os princípios orçamentários adotados pelo governo anterior, apresentam uma queda em todos os grupos de municípios. Cabe também ressaltar que no ano de eleições para presidente, em 2002, houve um aumento no gasto com investimentos, o que será analisado na próxima seção. É necessário fazer uma análise qualitativa destes investimentos, para se detectar as causas deste comportamento e possíveis efeitos.

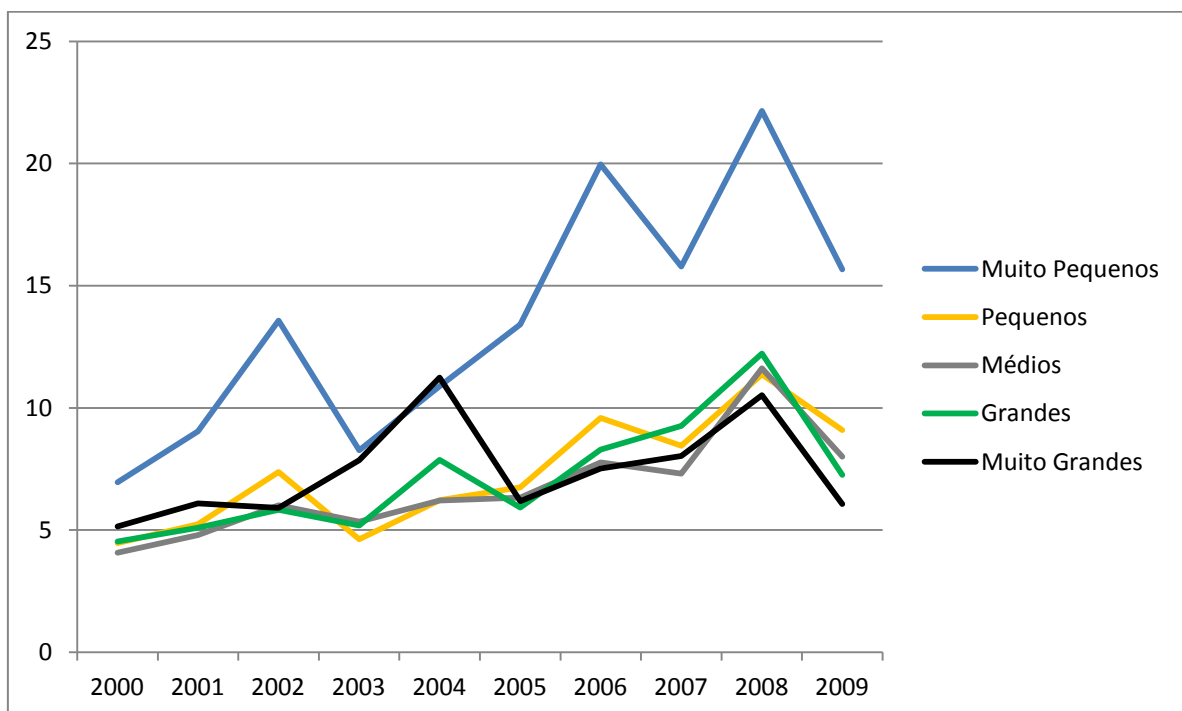


Figura 39 - Gasto com Investimento por habitante (Comparativo).

Fonte: Dados de pesquisa.

O indicador de mortalidade infantil apresentou um comportamento uniforme, com uma queda acentuada no período estudado. A menor queda foi a dos municípios pequenos, aqueles que tiveram os menores gastos por habitante também para o período, entretanto, os dados não apresentam correlação significativa.

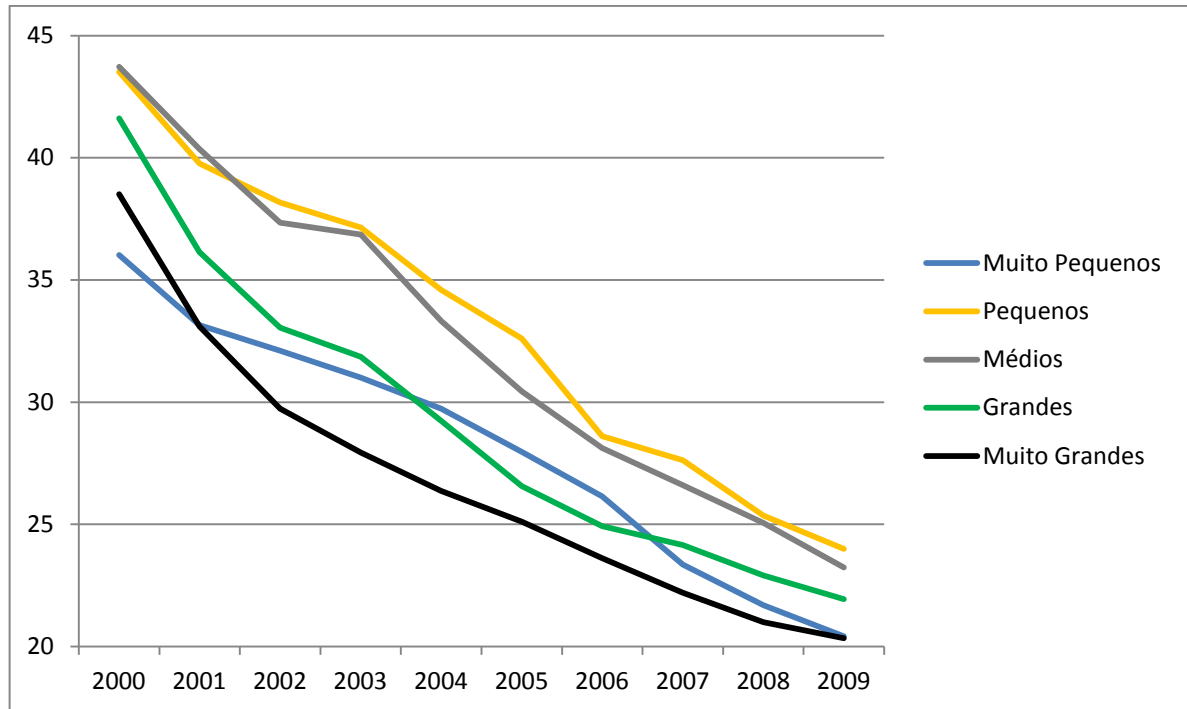


Figura 40 - Mortalidade Infantil (Comparativo).

Fonte: Dados de pesquisa.

4.7 Teste das Médias de Investimento nos anos eleitorais

Dado o comportamento dos gastos com investimentos, que apresentaram indícios de aumentos nos anos de eleições municipais (2004 e 2008), foi feito um teste para detectar se os investimentos nestes anos são efetivamente superiores ao dos anos anteriores. O teste se justifica, pois uma vez que os gastos de com investimentos terem um caráter mais discricionário (sob critério da administração pública), os administradores podem utilizá-los como uma ferramenta para obtenção de votos nos anos eleitorais, utilizando a máquina pública, dentro do princípio da legalidade.

O teste utilizado foi o de Wilcoxon, pelos motivos já explicados no capítulo de Metodologia. A comparação foi feita utilizando uma média dos três anos anteriores ao ano eleitoral (2001-2003 e 2005-2007) e o teste foi rodado para cada ano de eleições municipais no período, nos 5 grupos de municípios utilizados neste trabalho.

Para análise dos dados foram criadas as hipóteses abaixo:

H_0 : A média dos anos anteriores a eleições municipais é igual ao valor dos investimentos em ano de eleição municipal;

H_1 : A média dos anos anteriores a eleição municipal é diferente do valor dos investimentos em ano de eleição municipal.

A tabela 2 mostra o resumo dos resultados obtidos pelo teste de Wilcoxon (O resultado expandido se encontra no anexo I). A coluna "Resultado" indica se o valor no ano eleitoral foi maior ou menor do que nos três anos anteriores (2001 a 2003 para 2004, e 2005 a 2007 para 2008) e a coluna do nível de significância indica se os resultados encontrados foram significativos estatisticamente. Para valores acima de 0,05 não se rejeita a H_0 , ou seja, o valor das médias dos anos anteriores é igual estatisticamente ao valor dos investimentos no ano eleitoral. Os valores adotados neste trabalho são para uma significância estatística dos resultados de 95%.

Tabela 2 - Resultados do teste de Wilcoxon para os investimentos em anos de eleições municipais.

		Resultado	Nível de Significância
Muito Pequenos	2004	Menor	0,000
	2008	Maior	0,000
Pequenos	2004	Menor	0,019
	2008	Maior	0,000
Médios	2004	Menor	0,493
	2008	Maior	0,000
Grandes	2004	Maior	0,000
	2008	Maior	0,000
Muito Grandes	2004	Maior	0,000
	2008	Maior	0,007

Fonte: Dados de pesquisa.

Os resultados apresentados indicam que para os municípios grandes e muito grandes, o valor dos investimentos nos anos eleitorais foram maiores do que nos anos anteriores, representando um aumento nos gastos em ano eleitoral. Há que se investigar a composição destes gastos visando identificar se o dinheiro público está sendo absorvido para interesses particulares dos governantes, o que vai contra toda a política de transparência.

Resultado semelhante foi encontrado no ano de 2008 para os municípios dos grupos médios, pequenos e muito pequenos, todos com significância estatística.

O único valor que não refutou a hipótese nula foi a análise do ano de 2004 para os municípios médios. Neste único caso, pode-se afirmar que os valores não são significativamente diferentes.

No ano de 2004, os municípios muito pequenos, pequenos e médios, apresentaram valores menores nos anos eleitorais do que nos anos anteriores. Entretanto, uma observação

visual dos dados indica que nos municípios pequenos e muito pequenos este valor pode ter sido influenciado por uma alta no ano de 2002, ano em que houve eleição presidencial e para governadores. Chama atenção este fato, devido a grande dependência destes municípios de repasses estaduais e federais, sendo municípios de maior porte menos dependentes neste sentido e o possível uso eleitoral de liberação de recursos para investimentos em anos eleitorais para angariar votos para o candidato à presidência e a governador.

Esta análise somado ao fato de um pico no gráfico de investimentos no ano de 2002, ano de eleições estaduais e nacionais, levantaram a possibilidade de que também nos anos de eleição para presidente e governador, os valores poderiam apresentar um aumento nos investimentos. Então, foi formulada outra hipótese, visando testar se os investimentos em anos pares (aqueles que tenham eleições) seriam diferentes dos valores nos anos ímpares (sem eleições):

H_0 : A média do investimento nos anos eleitorais é igual ao valor dos investimentos em anos não-eleitorais;

H_1 : A média dos anos eleitorais é diferente do valor dos investimentos em anos não-eleitorais.

O resultado está sumarizado na tabela 3. A análise é semelhante ao apresentado na tabela 2, na coluna "Resultado" está indicado se o valor nos anos eleitorais foi maior ou menor do que nos anos não eleitorais, na coluna do nível de significância indica se os resultados encontrados foram significativos estatisticamente. Para valores acima de 0,05 não se rejeita a H_0 , ou seja, o valor das médias dos anos não eleitorais é igual estatisticamente ao valor dos investimentos nos anos eleitorais. Ressalta-se, novamente, que os valores adotados neste trabalho são para uma significância estatística dos resultados de 95%.

Tabela 3 - Resultados do teste de Wilcoxon para os investimentos em anos de eleições.

	Resultado	Nível de Significância
Muito Pequenos	Maior	0,000
Pequenos	Maior	0,000
Médios	Maior	0,000
Grandes	Maior	0,000
Muito Grandes	Maior	0,012

Fonte: Dados de Pesquisa.

O resultado mostra que os valores são significativamente diferentes e que em todos os grupos de municípios a média dos investimentos por habitante em anos eleitorais é maior do

que a média nos anos não eleitorais, além de mostrar que estatisticamente, os valores apresentados são diferentes.

Visto o comportamento dos gastos em saúde em geral, assim como o comportamento dos gastos com investimentos e com pessoal durante o período de interesse, passa-se a analisar a relação disso com a mortalidade infantil, o indicador de efetividade utilizado no estudo.

4.8 Correlações entre os indicadores

O estudo da correlação feito busca identificar se as variáveis apresentam alguma relação entre si. Estudos anteriores afirmaram que a relação entre o gasto e os indicadores de mortalidade infantil não se confirmava em estudos a nível nacional (RAJKUMAR, SWAROOP, 2008; ISSA, OUATTARA, 2005; GUPTA, VERHOEVEN, TIONGSON, 1999). Este estudo, que buscou investigar esta relação nos municípios brasileiros, também não detectou associação entre as variáveis, o que pode indicar que existem outras variáveis nesta relação.

Na Tabela 2, estão representados os resultados da correlação para todos os municípios brasileiros. Apesar dos valores serem significantes estatisticamente, os valores da correlação apresentam relações fracas. Esta relação fraca já havia apresentado evidências empíricas em estudos feitos em âmbito nacional (RAJKUMAR, SWAROOP, 2008; GUPTA, VERHOEVEN, TIONGSON, 1999). Isto leva a crer que a mortalidade infantil deve ter relação com outras variáveis não inclusas neste modelo. Issa e Ouattara (2005) fizeram o estudo relacionando indicadores de desenvolvimento, como a educação feminina, salário per capita e condições sanitárias do ambiente, tampouco encontrando uma clara relação com a mortalidade infantil. Junto com estes estudos anteriores, o presente estudo permite a inferência da necessidade de encontrar indicadores mais adequados para a avaliação da efetividade de políticas públicas em saúde, assim como a necessidade de estudos que aprofundem o conhecimento sobre indicadores que podem ter influência mais forte sobre a mortalidade infantil, propiciando uma maior efetividade nas políticas que visam redução deste indicador.

Vale destacar que entre as variáveis de Gasto com Pessoal e Investimento, o valor da correlação foi de 0,563, um valor que apesar de não ser considerado alto, indica que estas duas variáveis possuem certa relação. Importantemente, indica também que ambos variam no mesmo sentido, ou seja, aumentos nos valores do gasto com pessoal não indicam uma redução

nos gastos com investimento, ao contrário do observado em outros estudos de políticas sociais (ARAÚJO, 2006; MAFFEZOLI, 2005).

Tabela 4 - Correlação entre as variáveis para os municípios brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,265**	-,199**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		N	4949	4949	4949
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,265**	1,000	,563**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		N	4949	4949	4949
	INVHAB	Correlation Coefficient	-,199**	,563**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		N	4949	4949	5120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

O comportamento da amostra total é semelhante ao observado nos municípios muito pequenos, com valores significativos estatisticamente, mas com associações fracas entre as variáveis.

Tabela 5 - Correlação entre as variáveis para os municípios muito pequenos brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,251**	-,175**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		N	3488	3488	3488
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,251**	1,000	,536**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		N	3488	3488	3488
	INVHAB	Correlation Coefficient	-,175**	,536**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		N	3488	3488	3488

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nos municípios pequenos, os resultados continuaram baixos, e a relação entre o Investimento e o Gasto com Pessoal apresentou valores menores do que no dos municípios muito pequenos e do que na amostra geral.

Tabela 6 - Correlação entre as variáveis para os municípios pequenos brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,181**	-,154**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		N	912	912	912
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,181**	1,000	,481**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		N	912	912	912
	INVHAB	Correlation Coefficient	-,154**	,481**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		N	912	912	912

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nos municípios médios, grandes e muito grandes, os valores passaram a ser menos significativos estatisticamente, e as associações entre as variáveis continuaram fracas, sugerindo que o comportamento da Mortalidade Infantil inclui mais variáveis do que as apresentadas neste modelo e corroborando nisso os estudos anteriores citados.

Tabela 7 - Correlação entre as variáveis para os municípios médios brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,163**	-,081
		Sig. (2-tailed)		,005	,166
		N	294	294	294
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,163**	1,000	,434**
		Sig. (2-tailed)	,005		,000
		N	294	294	294
	INVHAB	Correlation Coefficient	-,081	,434**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,166	,000	
		N	294	294	294

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 8 - Correlação entre as variáveis para os municípios grandes brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,246**	,011
		Sig. (2-tailed)		,000	,870
		N	213	213	213
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,246**	1,000	,371**
		Sig. (2-tailed)	,000		,000
		N	213	213	213
	INVHAB	Correlation Coefficient	,011	,371**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,870	,000	
		N	213	213	213

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 9 - Correlação entre as variáveis para os municípios muito grandes brasileiros.

			Correlations		
			MINF	GPHAB	INVHAB
Spearman's rho	MINF	Correlation Coefficient	1,000	-,311*	-,039
		Sig. (2-tailed)		,045	,806
		N	42	42	42
	GPHAB	Correlation Coefficient	-,311*	1,000	,490**
		Sig. (2-tailed)	,045		,001
		N	42	42	42
	INVHAB	Correlation Coefficient	-,039	,490**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,806	,001	
		N	42	42	42

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5. CONCLUSÕES

Neste trabalho, objetivou-se estudar se as restrições orçamentárias causadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal tiveram algum impacto nos gastos e na efetividade da saúde nos municípios brasileiros. Para isso, utilizou-se de uma metodologia quantitativa, em que se fez a análise descritiva dos dados obtidos e a relação entre as variáveis dependente (mortalidade infantil) e as independentes (gasto com pessoal e investimentos, ambos em saúde).

A composição teórica que embasou este trabalho foi focada em desempenho organizacional e a sua relação com o gasto público. Dada a carência de estudos que estudassem o impacto da Lei nos gastos em saúde e também que relacionassem os gastos públicos em saúde com os resultados obtidos, procurou-se na resposta à pergunta da pesquisa achar elementos para informar a busca de efetividade das políticas públicas de saúde.

O estudo dos dados coletados indicou um grande aumento no gasto com pessoal nos anos estudados (2000-2009), 659% de aumento nos municípios brasileiros, e um aumento menor no gasto com investimento em saúde, no âmbito municipal, um aumento de 67% durante o período. Embora houvesse um aumento tanto em gastos com pessoal quanto com investimentos, observou-se que o gasto com investimentos foi perdendo espaço nos gastos totais com saúde ao longo do período. Estes resultados são congruentes com estudos anteriores (GIUBERTI, 2005; MENEZES, 2006), em que no comportamento de gastos públicos, o investimento mostra perda de importância dentro do orçamento, comportamento este observado em outros entes federativos, e em alguns estados específicos.

O estudo de correlação feito entre as variáveis, não apresentou valores significativos entre elas, permitindo a inferência que esta relação pode envolver mais variáveis que expliquem melhor o modelo. Este resultado é congruente com os estudos de Rajkumar e Swaroop (2008) e Gupta, Verhoeven, Tiongson (1999), que também observaram em estudos realizados em nível nacional uma fraca relação entre o gasto e a efetividade. O presente estudo replica estes resultados para o nível municipal, reforçando a percepção da necessidade de encontrar indicadores mais adequados para mensurar a efetividade de políticas de saúde.

Da análise descritiva dos dados surgiu mais uma questão que deveria ser verificada com respeito ao comportamento dos gastos. Observou-se que nos anos de eleições municipais, os gastos com investimento em saúde nos municípios apresentavam picos, indicando maiores investimentos nestes anos. Foi verificado, através do teste de Wilcoxon, que estes valores eram realmente maiores do que a média dos três anos anteriores nos municípios grandes e muito grandes, indicando um comportamento diferente que deve ser mais bem investigado em

estudos futuros, indicando um possível uso eleitoral da máquina pública. Visto a importância de repasses estaduais e federais para os gastos realizados em saúde, também foi feito o teste de Wilcoxon para se identificar se nos anos de eleições nacionais e estaduais os valores também apresentavam diferenças em relação aos anos não eleitorais. Os resultados mostraram que realmente os valores nos anos pares, com eleições municipais ou estaduais/nacionais, os valores de investimentos eram realmente maiores em municípios de todos os portes do que nos anos sem eleições, o que suscita algumas questões sobre a motivação deste comportamento. Seria necessário um estudo aprofundado com este enfoque para se identificar se isto pode indicar uso eleitoral de gastos públicos, mesmo após a implantação da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A contribuição teórica do estudo reside principalmente no fato do gasto não apresentar uma correlação forte com o indicador de mortalidade infantil, corroborando com estudos anteriores e reforçando a inferência da necessidade de encontrar indicadores mais adequadas para avaliar a efetividade das políticas públicas, entretanto não tem como desconsiderar esta variável da relação, uma vez que mesmo fraca, a correlação indica que esta variável está presente na relação. Além disso, reforça-se a inferência de que a relação entre gastos e resultados não é direta e linear, como sugerem (BOING, BOING, 2008). Há a necessidade de estudos para entender melhor a relação entre gastos públicos e efetividade.

Os resultados demonstram um aumento grande nos gastos com pessoal no período estudado, mas os dados não permitem entender a qualidade deste aumento. Há a necessidade de se observar este comportamento mais detalhadamente, com uso de dados qualitativos, para entender as razões deste aumento – se deve à realização de concursos e a contratação de maior número de pessoas qualificadas (médicos e enfermeiros, por exemplo) - e se analisar o impacto que isto está tendo em outros indicadores de saúde e a forma como vem sendo realizado.

Há também que se destacar o comportamento de alto nos investimentos nos anos eleitorais e a necessidade de compreender este comportamento. Sugere-se o continuado uso do gasto público por fins eleitorais, questão que também precisa de estudo em maior profundidade.

As limitações do método empregado no presente estudo residem no método utilizado, que permite descrever as variações no comportamento dos gastos ao longo do tempo, mas não permite entender o por quê dessas variações. A utilização do indicador de mortalidade infantil também mostrou limitações. Apesar de ser um indicador muito utilizado para representar a efetividade em saúde, pode ter seu comportamento explicado por outros

elementos, que não apenas o gasto com atendimento básico. Também pertinentes para entendimento na redução de mortalidade infantil poderiam ser indicadores socioeconômicos, variáveis ambientais e de educação dos pais – embora mesmo estas variáveis não apresentem evidências empíricas (ISSA, OUATTARA, 2005) – junto com outros ainda não identificados.

Para estudos futuros, sugere-se explorar qualitativamente a composição do gasto com investimentos e pessoal, identificando a finalidade para qual os valores foram alocados., assim como estudos sobre a relação entre gastos e efetividade (que parece não ser direta nem linear), com atenção à identificação de indicadores mais adequados para julgar a efetividade de políticas de saúde.

Com este trabalho, buscou-se analisar em âmbito municipal se a LRF teve alguma influência nos gastos, entretanto ainda há um longo caminho a se percorrer na identificação dos elementos que influenciam o desempenho no setor público, visando uma melhoria contínua nos serviços prestados à população.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. A.; SERRA, R. V. **Cidades médias brasileiras**. Brasília: IPEA, 2001.

ANDREWS, R.; BOYNE, G. A.; WALKER, R. M. Dimensions of publicness and organizational performance: a review of the evidence. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 21, n. 3, p. 301-319, 2011.

ARAÚJO, A. L. G. D. As políticas públicas na lei de responsabilidade fiscal. **Revista de Direito Municipal**, v. 7, p. 37-50, 2006.

BARACHO, M. A. P. A Importância da gestão de contas públicas municipais sob as premissas da governance e accountability. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. 34, n. 1, p. 129-161, 2000.

BARROSO, R.; ROCHA, R. Is the brazilian Fiscal Responsibility Law (LRF) really binding? evidence from State-Level government. In: XXXII Encontro Nacional de Economia (ANPEC), 2004, João Pessoa, **Anais eletrônicos...** João Pessoa: UFPB, 2004. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A024.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período de 2000-2002. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 447-455, 2008.

BOYNE, G. A. Concepts and indicators of local authority performance: an evaluation of the statutory frameworks in England and Wales. **Public Money & Management**, v. 22, n. 2, p. 17-24, 2002.

_____. Sources of public service improvement: a critical review and research agenda. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 13, n. 3, p. 367-394, 2003.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4320-17-marco-1964-376590-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 32 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=169506>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

_____. **Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível

em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/leicom/2000/leicomplementar-101-4-maio-2000-351480-normaatuallizada-pl.pdf>>. Acesso em: 15 jun. de 2012.

_____. Resolução Senado Federal nº 40, de 2001. Dispõe os limites globais para o montante da dívida pública consolidada e da dívida pública mobiliária dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Senado Federal, Brasília, DF, 10 abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. [CONASS]. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília, 2007.

CAMERON, K. S. Effectiveness as paradox: consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. **Management Science**, v. 32, n. 5, p. 539-553, 1986.

CASTRO, A. L. B. D.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CHIEZA, R. A.; ARAUJO, J. P. D.; SILVA JÚNIOR, G. E. S. Impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre os componentes da despesa dos municípios gaúchos: análise econométrica. **Ensaio FEE**, v. 30, n. Número Especial, p. 363-390, 2009.

COSTA, J. F. D. Reflexos da lei de responsabilidade fiscal no endividamento dos municípios brasileiros. In: 18º Congresso Brasileiro de Contabilidade, 2008, Gramado, **Anais eletrônicos...** Gramado – RS, 2008. Disponível em: <http://www.congressocfc.org.br/hotsite/trabalhos_1/334.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRUZ, M. S. Avaliação do uso de tecnologia da informação em políticas públicas: um estudo exploratório no sistema nacional de emprego. In: Encontro de Administração Pública e Governança (EnAPG), 2004, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro, 2004.

CULAU, A. A.; FORTIS, M. F. D. A. Transparência e controle social na administração pública brasileira: avaliação das principais inovações introduzidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. In: XI Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Publica, 2006, Guatemala, **Anais...** Guatemala, 2006.

DANIEL, W. W. **Applied Nonparametric Statistics**. 2nd Edition. New York: Pws-Kent Publishing Company, 1990.

DIGIÁCOMO, M. J. **A lei de responsabilidade fiscal e o princípio da prioridade absoluta à criança e ao adolescente**. Disponível em: <http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/conselhos_direitos/a_lrf-eca-revisado.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2012.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DOOREN, W. V.; BOUCKAERT, G.; HALLIGAN, J. **Performance management in the public sector**. New York: Routledge, 2010.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 3, 2006.

FARIA, D. D. M. **Gestão fiscal responsável e qualidade de vida da sociedade: uma análise do desempenho dos estados brasileiros**. (2009). 70 f. (Mestrado) – Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

FIORAVANTE, D. G.; PINHEIRO, M. M. S.; VIEIRA, R. D. S. **Lei de responsabilidade fiscal e finanças públicas municipais: impactos sobre despesa com pessoal e endividamento**. Brasília: IPEA, 2006.

GERIGK, W. et al. Controladoria pública municipal: uma perspectiva dos profissionais do controle externo. In: XIV Congresso Brasileiro de Custos (CBC), 2007, João Pessoa, **Anais eletrônicos...** João Pessoa – PB, 2007.

_____. **O impacto da lei de responsabilidade fiscal sobre a gestão financeira dos pequenos municípios do Paraná**. (2008). (Mestrado) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas: teoria e prática no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

GIUBERTI, A. C. **Lei de responsabilidade fiscal: efeitos sobre o gasto com pessoal dos municípios brasileiros**. (2005a). (Mestrado) – Departamento de Economia, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2005a.

_____. Lei de responsabilidade fiscal: efeitos sobre o gasto com pessoal nos municípios brasileiros. In: XXXIII Encontro Nacional de Economia (ANPEC), 2005b, Natal, **Anais eletrônicos...** Natal: UFRN, 2005b. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2005/artigos/A05A048.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

GOMES, R. M.; GONÇALVES, A. D. O. **O impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) sobre os gastos da saúde nos municípios do Rio de Janeiro (2000-2009)**. In: IRSPM Latin America. Brasília, 2011.

GORONCIO, E. A.; TEIXEIRA, A. C. C. O endividamento dos estados brasileiros após a Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF. In: XXXIV Encontro da Associação Nacional de Programas de Pós-Graduação em Administração (EnANPAD), 2010, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, G. M.; MAC-DOWELL, M. C. 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 – IPEA**, n. 706, 2000.

GUPTA, S.; VERHOEVEN, M.; TIONGSON, E. Does higher government spending buy better results in education and health care? **IMF Working Paper**, International Monetary Fund, 1999.

_____.; _____.; _____. The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies. **European Journal of Political Economy**, v. 18, p. 717-737, 2002.

HABICHT, J.; VICTORA, C.; VAUGHAN, J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **International Journal of Epidemiology**, v. 28, p. 10-18, 1999.

HAIR Jr, J. et al. **Análise multivariada de dados**. 6ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

LUBAMBO, C. W. **Conselhos Gestores e Desempenho da Gestão nos Municípios: potencialidades e limites**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, 2002.

MACEDO, J. D. J.; CORBARI, E. C. Efeitos da lei de responsabilidade fiscal no endividamento dos Municípios Brasileiros: uma análise de dados em painéis. **Revista de Contabilidade e Finanças**, v. 20, n. 51, p. 44-60, 2009.

MAFFEZOLI, L. C. Políticas públicas locais: os municípios e a lei de responsabilidade fiscal. **Cadernos da FACECA**, v. 14, n. 2, p. 99-111, 2005.

MENEZES, R. T.; TONETO JÚNIOR, R. Regras fiscais no Brasil: a influência da LRF sobre as categorias de despesa dos municípios. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 29, p. 7-37, 2006.

_____. **Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998-2004)**. (2006). 128 f.(Mestrado) - Departamento de Economia da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

NASCIMENTO, C. V. Artigos 1º a 17. In: MARTINS, I. G. D. S.; NASCIMENTO, C. V. D. (Eds.). **Comentários à Lei de Responsabilidade Fiscal**. São Paulo: Saraiva, p. 9-138, 2007.

NASCIMENTO, E. R. **Gestão Pública**. São Paulo: Saraiva, 2006.

NORONHA, J. C. D.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, F. H. et al. Lei de responsabilidade fiscal: implicações nos indicadores sociais municipais. In: 10º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 2010, São Paulo, Anais eletrônicos... São Paulo, 2010. Disponível em:

<<http://www.congressousp.fipecafi.org/artigos102010/252.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. **Public management reform: a comparative analysis**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

RAJKUMAR, A. S.; SWAROOP, V. Public spending and outcomes: does governance matter? **Journal of Development Economics**, v. 86, p. 96-111, 2008.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. [RIPSA]. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil 2008**. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

SACRAMENTO, A. R. S. Contribuições da lei de responsabilidade fiscal para o avanço da accountability no Brasil. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 10, n. 47, 2005.

SAMPIERI, R. H. et al. **Metodologia da pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, S. R. T. D.; ALVES, T. W. O impacto da lei de responsabilidade fiscal no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios do Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 1, p. 181-208, 2011.

SARAIVA, L. A. S.; GONÇALVES, N. R. Governo + sociedade civil = programas sociais efetivos? In: Encontro de Administração Pública e Governança (EnAPG), 2004, Rio de Janeiro, **Anais...** Rio de Janeiro, 2004.

SCATENA, J. H. G. et al. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2433-2445, 2009.

SCOTT, W. R. Organizational effectiveness. In: SCOTT, W. R. **Organizations: rational, natural and open systems**. New Jersey: Prentice-Hall, p. 343-363, 1998.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1975.

SOAREZ, P. C. D. et al. Indicadores de efetividade dos sistemas de saúde. **Gestão Estratégica em Medicina Laboratorial**, n. 22, p. 6-7, 2006.

SODRÉ, A. C. D. A. Lei de responsabilidade fiscal: condição insuficiente para o ajuste fiscal. **RAE Eletrônica**, v. 1, n. 2, 2002.

SPIEGEL, M. R. **Probabilidade e estatística**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

TEIXEIRA, A. C. et al. O impacto ex-post da lei de responsabilidade fiscal nº 101/2000 nas finanças dos estados brasileiros. In: I Congresso ANPCONT, 2007, Gramado, **Anais eletrônicos...** Gramado, 2007. Disponível em: <<http://www.anpcont.com.br/site/docs/congressoI/01/CCG379.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 3, 2004.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 11^a. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

VIANA, A. L. D. Á. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

**ANEXO I - Teste de Wilcoxon por categoria de município - Eleições Municipais
Muito Pequenos**

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
A2004 - Media0103	Negative Ranks	2060 ^a	1629,98	3357765,00
	Positive Ranks	1426 ^b	1907,49	2720076,00
	Ties	2 ^c		
	Total	3488		
A2008 - Media0507	Negative Ranks	1555 ^d	1511,40	2350234,50
	Positive Ranks	1932 ^e	1931,21	3731093,50
	Ties	1 ^f		
	Total	3488		

a. A2004 < Media0103

b. A2004 > Media0103

c. A2004 = Media0103

d. A2008 < Media0507

e. A2008 > Media0507

f. A2008 = Media0507

Test Statistics^c

	A2004 - Media0103	A2008 - Media0507
Z	-5,365 ^a	-11,613 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pequenos

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
A2004 - Media0103	Negative Ranks	520 ^a	436,08	226762,50
	Positive Ranks	392 ^b	483,59	189565,50
	Ties	0 ^c		
	Total	912		
A2008 - Media0507	Negative Ranks	396 ^d	388,19	153723,00
	Positive Ranks	516 ^e	508,92	262605,00
	Ties	0 ^f		
	Total	912		

a. A2004 < Media0103

b. A2004 > Media0103

c. A2004 = Media0103

d. A2008 < Media0507

e. A2008 > Media0507

f. A2008 = Media0507

Test Statistics^c

	A2004 - Media0103	A2008 - Media0507
Z	-2,337 ^a	-6,842 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019	,000

a. Based on positive ranks.

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Médios

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
A2004 - Media0103	Negative Ranks	148 ^a	139,74	20681,50
	Positive Ranks	146 ^b	155,37	22683,50
	Ties	0 ^c		
	Total	294		
A2008 - Media0507	Negative Ranks	111 ^d	110,77	12295,50
	Positive Ranks	183 ^e	169,78	31069,50
	Ties	0 ^f		
	Total	294		

a. A2004 < Media0103

b. A2004 > Media0103

c. A2004 = Media0103

d. A2008 < Media0507

e. A2008 > Media0507

f. A2008 = Media0507

Test Statistics^b

	A2004 - Media0103	A2008 - Media0507
Z	-,686 ^a	-6,434 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,493	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Grandes

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
A2004 - Media0103	Negative Ranks	80 ^a	87,83	7026,00
	Positive Ranks	133 ^b	118,53	15765,00
	Ties	0 ^c		
	Total	213		
A2008 - Media0507	Negative Ranks	79 ^d	79,16	6253,50
	Positive Ranks	134 ^e	123,41	16537,50
	Ties	0 ^f		
	Total	213		

a. A2004 < Media0103

b. A2004 > Media0103

c. A2004 = Media0103

d. A2008 < Media0507

e. A2008 > Media0507

f. A2008 = Media0507

Test Statistics^b

	A2004 - Media0103	A2008 - Media0507
Z	-4,852 ^a	-5,710 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Muito Grandes

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
A2004 - Media0103	Negative Ranks	13 ^a	13,31	173,00
	Positive Ranks	29 ^b	25,17	730,00
	Ties	0 ^c		
	Total	42		
A2008 - Media0507	Negative Ranks	13 ^d	18,15	236,00
	Positive Ranks	29 ^e	23,00	667,00
	Ties	0 ^f		
	Total	42		

a. A2004 < Media0103

b. A2004 > Media0103

c. A2004 = Media0103

d. A2008 < Media0507

e. A2008 > Media0507

f. A2008 = Media0507

Test Statistics^b

	A2004 - Media0103	A2008 - Media0507
Z	-3,482 ^a	-2,695 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,007

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ANEXO II - Teste de Wilcoxon - Anos Pares x Anos Ímpares

Muito Pequenos

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
NãoEleicao - Eleicao	Negative Ranks	2128 ^a	1833,49	3901670,00
	Positive Ranks	1355 ^b	1598,31	2165716,00
	Ties	5 ^c		
	Total	3488		

a. NãoEleicao < Eleicao

b. NãoEleicao > Eleicao

c. NãoEleicao = Eleicao

Test Statistics^b

	NãoEleicao - Eleicao
Z	-14,624 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Pequenos

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
NãoEleicao - Eleicao	Negative Ranks	540 ^a	477,49	257846,50
	Positive Ranks	371 ^b	424,72	157569,50
	Ties	1 ^c		
	Total	912		

a. NãoEleicao < Eleicao

b. NãoEleicao > Eleicao

c. NãoEleicao = Eleicao

Test Statistics^b

	NãoEleicao - Eleicao
Z	-6,311 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Médios

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
NãoEleicao - Eleicao	Negative Ranks	191 ^a	155,05	29614,50
	Positive Ranks	103 ^b	133,50	13750,50
	Ties	0 ^c		
	Total	294		

a. NãoEleicao < Eleicao

b. NãoEleicao > Eleicao

c. NãoEleicao = Eleicao

Test Statistics^b

	NãoEleicao - Eleicao
Z	-5,437 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Grandes

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
NãoEleicao - Eleicao	Negative Ranks	145 ^a	110,63	16041,50
	Positive Ranks	68 ^b	99,26	6749,50
	Ties	0 ^c		
	Total	213		

a. NãoEleicao < Eleicao

b. NãoEleicao > Eleicao

c. NãoEleicao = Eleicao

Test Statistics^b

	NãoEleicao - Eleicao
Z	-5,159 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Muito Grandes

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
NãoEleicao - Eleicao	Negative Ranks	27 ^a	24,17	652,50
	Positive Ranks	15 ^b	16,70	250,50
	Ties	0 ^c		
	Total	42		

a. NãoEleicao < Eleicao

b. NãoEleicao > Eleicao

c. NãoEleicao = Eleicao

Test Statistics^b

	NãoEleicao - Eleicao
Z	-2,513 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test