



A DINÂMICA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE CANOINHAS SOB A ÉGIDE DO PACTO PELA SAÚDE

Rogério Gerônimo dos Santos¹
Sidnei Pereira do Nascimento²
Lais Fernanda dos Santos Santini³

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Rogério Gerônimo dos Santos, Sidnei Pereira do Nascimento y Lais Fernanda dos Santos Santini (2017): "A dinâmica do financiamento da saúde pública dos municípios da Microrregião de Canoinhas sob a égide do pacto pela saúde", Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana, Brasil, (febrero 2017). En línea:

<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/17/canoinhas.html>

Resumo

Este estudo mediu a dinâmica dos gastos com saúde, no período de 1998 a 2012, dos municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, no Estado de Santa Catarina. Mais especificamente avaliou os efeitos do Pacto pela Saúde nas despesas com saúde pública nos municípios da Microrregião de Canoinhas a partir do Município de Mafra. Para isto, utilizou-se da metodologia econométrica denominada de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais. Os resultados demonstraram que a evolução dos gastos com saúde pública do Município de Mafra foi inferior aos demais municípios da Microrregião de Canoinhas, após a vigência do Pacto pela Saúde, ou seja, entre os anos de 2006 a 2012.

Palavras-chaves: Pacto pela Saúde. Gastos com Saúde Pública. Finanças Municipais. Microrregião de Canoinhas. Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais.

Resumen

En este estudio se mide la dinámica del gasto en salud en el período 1998-2012, los municipios, pertenecientes a la microrregión de Canoinhas, Estado de Santa Catarina. Más específicamente evaluado los efectos del Pacto por la Salud de los gastos para la salud pública en la microrregión de los municipios de Canoinhas desde el Municipio de Mafra. Para ello, se utilizó la metodología econométrica denominada Diferencias en Diferencias con Ajuste Poligonal. Los resultados mostraron que la evolución del gasto en salud pública en el municipio de Mafra fue inferior a la microrregión de los municipios de Canoinhas, después de que el Pacto por la Salud, es decir, entre los años 2006-2012.

Palabras clave: Pacto de la Salud - Gasto en Salud Pública – Las Finanzas Municipais – Microrregión de Canoinhas – Diferencias en Diferencias con Ajuste Poligonal.

¹Economista, Consultor Econômico do Setor Público e Professor de Cursos de Especialização. Graduado em Ciências Econômicas e Mestre em Economia Regional pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Contato: rogelio1974@sercomtel.com.br.

² Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Mestre em Economia pela Universidade de Brasília (UNB) e Doutor em Economia Aplicada pela Escola Superior Agrícola Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (ESALQ/USP). Professor do Departamento de Economia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Contato: sidnei@uel.br.

³ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL). Contato: laissantini@hotmail.com.

Abstract

This study is an evaluation of the health costs, no period from 1998 to 2012, of the municipalities belonging to Micro-region of Canoinhas, State of Santa Catarina. More specifically, it evaluated the effects of the Pact for Health on public health expenditures in the municipalities of the Micro-region of Canoinhas from the Municipality of Mafra. For this, was used the econometric methodology called Differences in Differences with Polygonal Adjustment. The results showed that the evolution of public health expenditures in the Municipality of Mafra was lower than the other municipalities in the Micro-region of Canoinhas, after the Pact for Health, that is, between the years 2006 to 2012..

Keywords: Pact for Health – Spending on Public Health - Municipal Finances - Micro-region of Canoinhas – Differences in Differences with Polygonal Adjustment.

JEL: I1; I18.

1. INTRODUÇÃO

Com a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988 aconteceu no Brasil uma efetiva descentralização administrativa. Falletti (2005) adverte que esta descentralização adveio a partir do ente público central, e se desenvolveu ao âmbito administrativo, político e fiscal. Como lembram Giambiagi e Além (2011) este processo iniciou-se no final dos anos de 1970 e foi ratificado em 1988, com a “Nova Constituição”.

A descentralização em um modelo federativo como aconteceu no Brasil ocasiona consequências e processos que levam a intensas discussões e negociações (FALLETI, 2005). Pois, como lembra Riani (1997), os gastos públicos são escolhas políticas dos governos no que se refere aos serviços que são oferecidos à sociedade em cada ente federativo.

De acordo com Mendes e Sousa (2007) as atribuições básicas confiadas aos municípios estão fundamentadas no artigo 30 da Constituição Federal de 1988 e se pautam com a organização e prestação dos serviços públicos de importância local, com a manutenção ou prestação de programas de educação e de serviços de atendimento à saúde da população.

Os gastos públicos municipais são todas as despesas executadas pelos municípios com recursos próprios e podem ser classificadas em acordo com a sua finalidade e natureza (REZENDE, 2001). Também, são gastos públicos todas as despesas procedentes das transferências do Governo Federal e dos governos estaduais, que na maioria, são receitas vinculadas, que não permitem discricionariedades dos ordenadores das despesas na sua execução.

A problemática pautada nesta pesquisa discute se o Pacto pela Saúde, ocorrido em 2006, ocasionou mudanças nos gastos com saúde pública nos municípios avaliados neste estudo? O Município de Mafra, em Santa Catarina, aumentou suas despesas com saúde comparada aos demais municípios estudados nesta pesquisa?

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a dinâmica dos gastos com saúde dos municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, umas das vinte microrregiões do Estado de Santa Catarina, no período de 1998 a 2012. Mais especificamente, mensurar os efeitos do Pacto pela Saúde no financiamento da saúde pública desses municípios a partir de Mafra, no período 2006 a 2012.

Para isto utilizou-se do modelo econométrico denominado de Diferença em Diferença com Ajuste de Poligonais que tem a finalidade de detectar mudanças de tendência nas variáveis, após a implementação do Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/399/2006, em 2006, nos municípios de Bela Vista do Toldo, Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Mafra, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Santa Terezinha, Timbó Grande e Três Barras (IBGE, 2016).

A escolha da Microrregião de Canoinhas ocorreu em virtude de sua baixa representatividade populacional de aproximadamente 250 mil habitantes (IBGE, 2010). Outro motivo pela escolha é o número de cidades com características semelhantes, ou seja, 12 municípios, com baixa população. As duas maiores cidades são Mafra e Canoinhas que no censo de 2010 possuíam, respectivamente, 52.912 e 52.765 habitantes. Outro fator que influenciou na escolha da Microrregião é o montante atualizado dos recursos destinados ao financiamento da saúde pública que ultrapassou R\$ 1 bilhão (valores atualizados a preços de dezembro de 2015), no período de 1998 a 2012. Ou seja, alto gasto com saúde pública e uma baixa população.

Já a escolha do Município de Mafra como grupo de controle aconteceu em virtude da maior participação em todo o grupo de municípios estudados nesta pesquisa no que tange em termos populacionais e em termos de investimentos em saúde Pública. Como mencionado no parágrafo

anterior o Município de Mafra é a cidade mais populosa da Microrregião de Canoinhas, que corresponde a 21,70% do total da Microrregião. O total de recursos investido pelo Município de Mafra, em 2012, representou 21,01% do total investido por toda a Microrregião de Canoinhas.

A relevância do estudo está relacionada à importância do tema, em época de crise fiscal, dos três entes da federação, principalmente, nos estados e nos municípios e também em um aumento da procura, da sociedade, pelos serviços públicos de saúde em virtude da crise política e econômica vivida pelo Brasil, desde a eleição presidencial de 2014, bem como da entrada em vigor da Emenda Constitucional 95/2016 que congela os gastos por 20 anos.

Este artigo está estruturado em quatro seções além desta introdução. Na segunda seção é demonstrado o referencial teórico sobre a temática abordada. Após, na terceira seção é demonstrada a metodologia para aferir os objetivos da pesquisa. Em seguida, na quarta seção, descreve e discute os resultados da pesquisa. E por fim, realiza as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Dentre todos os tipos de despesas que existem na Administração Pública, uma delas, são os gastos sociais que segundo Fernandes *et al.* (1988) são aquelas voltadas para o progresso das condições de vida da população, em geral, podendo ser de curto ou de longo prazo. São aqueles gastos referentes aos programas, projetos e ações desenvolvidas em diferentes áreas, tais como: saúde, alimentação, educação, saneamento, previdência, segurança, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e outros. Neste sentido, os conceitos de Rezende (1997) convergem com os de Fernandes *et al.* (1988), pois, este define gastos sociais como sendo uma parcela dos gastos em políticas públicas destinadas à provisões de bens e serviços essenciais.

A análise das despesas públicas dos municípios tem um papel efetivo na compreensão adequada na realização das atribuições legais dos governos locais na oferta de serviços públicos (MENDES E SOUSA, 2007). Para os municípios incorrer nestas despesas necessita de receitas. Assim, as receitas públicas, segundo a definição da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) são todos os ingressos orçamentários de caráter não devolutivos arrecadados pelo poder público com a finalidade de atender às despesas públicas.

As receitas públicas foram introduzidas, no Brasil, através do Direito Financeiro, regulamentado pela Lei nº 4.320/64, em seus artigos 51 ao 57, na qual foi estabelecido o direito de cobrança de tributos com fundamento em duas ações governamentais: a instituição de tributo e a sua inclusão no orçamento mediante lei, sempre observados os preceitos constitucionais.

O objeto de estudo desta pesquisa é a descentralização dos serviços públicos de saúde, no Brasil, que decorreu a partir da Constituição de 1988, na qual, criou-se nos artigos 196 ao 200, o Sistema Único de Saúde (SUS). A Constituição de 1988, conforme avisa Bercovici (2002) delegou a gestão da saúde no País de forma autônoma e descentralizada para os entes da federação.

Assim, através da Portaria Nº 399/2006 do Ministério da Saúde estabeleceu o Pacto pela Saúde que constituiu dentre outras considerações, o Pacto de Gestão, que fundamenta diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização. Este tópico, também trata das bases de cálculo que formam cada bloco de financiamento e os montantes de recursos financeiros destinados para cada ente federativo (CONASS, 2015).

A Portaria Nº 399/2006 normatizou que as transferências financeiras destinadas aos governos locais para fins de histórico e monitoramento devem ser realizadas em bloco. Estes blocos de financiamento são: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. E por fim, os Investimentos na Rede de Serviços de Saúde inseridos como bloco de financiamento através da Portaria nº 837/2009.

Embora sucessivas discussões e várias mudanças aconteceram após a implantação do SUS pela Constituição Federal de 1988 que foi regulamentada pelas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990, que consolidou a descentralização da gestão e do financiamento da saúde pública no Brasil, ainda não existe consenso sobre a descentralização e sobre os critérios de alocação de recursos financeiros para o financiamento da prestação de serviços de saúde pública.

Mendes *et al.* (2008) afirmam que apesar das alterações realizadas pelo Ministério da Saúde, ao longo dos anos, as normas para as transferências e financiamento permanecem com características semelhantes ao que anteriormente fora praticado. Ou seja, como conjecturam Simão e Orellano (2015), não se percebe resultados efetivos nas alterações realizadas e aparenta que está ocorrendo uma espécie de aumento da exigência de contrapartida dos entes federados e possíveis distorções no papel distributivo.

Neste sentido, segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2015), em 1994 a União era responsável por 75% do financiamento da saúde pública no Brasil. Vinte anos após, ou seja, em 2014, esse percentual reduziu para 43%. Enquanto, estados e municípios, em 1994, participavam com 25% do financiamento. Em 2014, a situação se inverteu, pois, apenas os municípios foram responsáveis por 31% dos recursos financeiros destinados ao financiamento da saúde pública. Os estados, por sua vez, contribuíram com 26%.

O modelo atual da gestão e dos critérios utilizados do financiamento da saúde no Brasil sinaliza que há necessidade de uma reforma tributária que minimize as diferenças de responsabilidades na execução dos serviços prestados, pois, as respectivas participações dos entes federados, no “bolo tributário” são desproporcionais às despesas. Em 2014, a participação de cada ente federativo na arrecadação tributária ocorreu da seguinte forma: União 68,47%; Estados 25,35%; e Municípios por 6,19% (SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL, 2015). Como a reforma tributária é mais difícil de concretizar, a opção mais factível seria as alterações nos critérios de financiamentos.

Lembra-se que a Emenda Constitucional Nº 29/2000 fixou percentuais mínimos de gastos das receitas próprias dos estados e municípios em ações de serviços de saúde no Brasil. Para os estados a emenda em tela fixou em no mínimo 12% das receitas próprias e para os municípios no mínimo em 15%. Esses percentuais deveriam ser implementados, gradativamente, no período de 2000 a 2004.

Os estados iniciaram o ano de 2000 com a responsabilidade de aplicação dessas receitas em ações de saúde de 7%. Nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004 esses percentuais subiram, respectivamente, para 8%, 9%, 10% e 12%. Já para os municípios os percentuais foram fixados em 7%, 8,6%, 10,2%, 11,8% e 15%, respectivamente, para os anos de 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 (CONASS, 2003).

2.1 O Pacto pela Saúde e a Quebra Estrutural

Conforme anteriormente referido nesta seção, o Pacto pela Saúde foi constituído por meio da Portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Este Pacto adequou a execução dos serviços públicos de saúde no Brasil, com a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, bem como a integração de formas de transferências de recursos financeiros da União (CNS, 2006).

O Pacto pela Saúde, conforme notam Massambani *et al.* (2013), abrange três pactos: o Pacto em Defesa do SUS; o Pacto de Gestão; e o Pacto pela Vida. Fadel *et al.* (2009) observam que o Pacto pela Saúde apareceu após várias experiências fracassadas de operacionalização do SUS na procura da materialização da equidade social.

Schneider *et al.* (2009) ressaltam que o objetivo do Pacto pela Saúde é contribuir na qualificação de um conjunto de questões que são entraves para a completa implementação e funcionamento do SUS. Porém, como bem argumentam os Autores fica à incumbência dos sujeitos sociais, o compromisso com o direito humano à saúde e as alterações das propostas do Pacto tornar-se realidade.

Machado *et al.* (2009) advertem que o Pacto pela Saúde tem como pressupostos alguns conceitos relacionados à construção de rede de assistência por linha de cuidado, com base na economia de escala e escopo. O Pacto pela Saúde acomodou um novo elemento e um novo método de pactuação entre os gestores, extinguindo-se o processo de habilitação para estados e municípios.

Outra novidade que o Pacto pela Saúde apresenta é uma nova configuração de transferência dos recursos financeiros destinados ao financiamento da saúde pública no Brasil. Esta nova forma são através dos blocos de financiamento, conforme preconiza as Portarias do Ministério da Saúde nº 399/2006 e 837/2009 (SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

As principais diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde, após, o Pacto pela Saúde é a descentralização, regionalização, mecanismos de gestão regional, e por fim o financiamento do Sistema Único de Saúde (MACHADO *et al.*, 2009). Através destas diretrizes percebe-se que a descentralização da execução dos serviços ficou na responsabilidade dos municípios, e de forma coadjuvante para os estados. Carvalho *et al.* (2012) observam que essas novas competências e responsabilidades é um processo de política de caráter federativo e intergovernamental.

Quanto às transferências dos recursos financeiros para os estados e municípios ocorrem fundo a fundo, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS). E também, do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Dessa forma, facilita o monitoramento das ações e avaliações da Gestão do SUS (SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

Neste cenário, percebe-se que o Pacto pela Saúde foi o último ato institucional na tentativa de ofertar e garantir uma saúde pública de melhor qualidade e com equidade para a população brasileira. Este estudo não se utiliza de indicadores para mensurar a qualidade dos serviços prestados, porém, busca aferir se houve um aporte financeiro no que tange ao financiamento total dos serviços de saúde pública nos municípios da Microrregião de Canoinhas. Para isto utilizou-se da metodologia apresentadas na seção a seguir.

3. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo, utilizou-se o modelo econométrico de Diferenças em Diferenças (Dif-Dif) com Ajuste de Poligonais a fim de examinar a dinâmica dos gastos com saúde sob a égide do Pacto pela Saúde entre os anos de 1998 a 2012, conforme empregado por Nascimento (2008) para medir guerra fiscal dos estados brasileiros.

3.1 Base de Dados

Foi utilizada a base de dados contábeis disponibilizada pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), através do Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN) no período de 1998 a 2012. Os dados foram atualizados pelo IPCA-E a valores de dezembro de 2015.

3.2 Variáveis do Modelo

Para aferir os resultados, foi adotado o método dos Mínimos Quadrados Ordinários (MQO), através do modelo econométrico de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais (este modelo é o de Diferença em Diferenças, todavia, com Ajuste de Poligonais). Gujarati (2006) afirma que o método dos mínimos quadrados ordinários (MQO) possui propriedades estocásticas muito atraentes que o tornam um dos métodos de análise de regressão mais poderosos e difundidos.

Observa-se que o modelo de Diferença em Diferença foi exposto por Wooldridge (2001) que utiliza variáveis binárias, com Ajuste de Poligonais especificados em Hoffmann (2006). A utilização do modelo de regressão linear múltipla de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais se fez necessário para detectar mudanças e tendências das variáveis entre os dois períodos, de 1998 a 2005 e de 2006 a 2012 e entre os dois grupos analisados: controle e tratamento.

O modelo de regressão linear múltiplo, conforme utilizado por Nascimento (2008), Massambani (2013), Santos (2014), Santos, Nascimento e Moura (2016), Santos, Bacchi e Nascimento (2016), Santos e Cremonez (2017) e Santos e Nascimento (2017) é representado pela equação (1) a seguir:

$$Y_i = \alpha_0 + \beta_0 T + \varphi_0 P_i (T - \Theta) + \alpha_1 L_i + \beta_1 (T \times L) + \varphi_1 P_i (T - \Theta) L_i + \mu_i \quad (1)$$

Em que:

Y_i : é a participação percentual do índice de gastos com saúde de cada município pertencente à Microrregião de Canoinhas;

P_i : representa a binária que é igual a zero no primeiro período e igual a um no segundo período;

T_i : é uma variável de tendência;

Θ : mostra a abscissa do vértice, que neste modelo é o ano que delimita o período anterior (1998-2005) e o posterior (2006-2012). Então, Θ é igual a 2005;

L_i : representa a binária definida como zero para o grupo de controle (Município de Mafra) e um para o grupo de tratamento (demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas);

$\alpha_0, \alpha_1, \beta_0, \beta_1, \varphi_0$ e φ_1 : são os coeficientes;

μ_i : representa o erro aleatório;

i : indica um determinado ano.

O valor esperado de Y_i nas quatro situações distintas será indicado por Y_{kh}^* , com h indicando o período inicial ($h = 0$) ou final ($h = 1$) e k indicando o grupo de controle ($k = 0$) ou o grupo de tratamento ($k = 1$). Verifica-se que:

- a) Valor esperado de Y_i antes do Pacto pela Saúde no grupo de controle:
 $Y_{00}^* = E(Y_i | T_i = 0, P(T - \Theta)_i = 0) = \alpha_0$;
- b) Valor esperado de Y_i no período após o Pacto pela Saúde no grupo de controle:
 $Y_{01}^* = E(Y_i | L_i = 0, P(T - \Theta)_i = 1) = \alpha_0 + \varphi_0$;
- c) Valor esperado de Y_i antes do Pacto pela Saúde no grupo de tratamento:
 $Y_{10}^* = E(Y_i | L_i = 1, T_i = 0) = \alpha + \beta_0$;
- d) Valor esperado de Y_i após o Pacto pela Saúde para o grupo de tratamento:
 $Y_{11}^* = E(Y_i | S_i = 1, P_i = 1) = \alpha_0, \alpha_1, \beta_0, \beta_1, \varphi_0 \text{ e } \varphi_1$.

Nesse modelo verifica-se que o crescimento anual do valor esperado de Y_i é igual a:

- a) α_0 : media do crescimento do índice de gastos com saúde pública dos dois grupos (controle e tratamento);
- b) β_0 : no grupo de controle, antes da mudança estrutural;
- c) $\beta_0 + \varphi_0$: no grupo de controle, após a mudança estrutural;
- d) $\beta_0 + \beta_1$: no grupo de tratamento, antes da mudança estrutural;
- e) $\beta_0 + \varphi_0 + \beta_1 + \varphi_1$: no grupo de tratamento, após a mudança estrutural.

Para este estudo, foi utilizado apenas o coeficiente φ_1 , da variável $P_i(T - \Theta)L_i$. O parâmetro φ_1 mede a diferença na taxa média anual de crescimento do grupo de controle, no segundo período, ou seja, após o Pacto pela Saúde em relação ao grupo de tratamento (SANTOS; CREMONEZ, 2017). Entretanto, para aferir os resultados, de acordo com os objetivos da pesquisa é necessário montar o modelo econométrico com todas as variáveis da equação 1.

Observa-se que no diagnóstico do coeficiente do modelo sempre que for mencionada taxa média, trata-se de uma taxa aritmética de variação e não da taxa geométrica. Observa-se ainda se o parâmetro φ_1 apresentar sinal negativo significa que o grupo de controle, neste caso, o Município de Mafra aumentou seus gastos para financiamento da Saúde Pública, no período de 2006 a 2012. Por outro lado, se o sinal do coeficiente for positivo significa que o grupo de tratamento (os demais municípios avaliados nesta pesquisa) aumentaram seus gastos com saúde pública, após a vigência do Pacto pela Saúde (SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

E por fim, observa-se que o modelo de Diferenças em Diferenças com Ajustes de Poligonais possui duas limitações importantes que pode levar o pesquisador ao erro na interpretação dos dados: a primeira é a definição imprópria do período de corte, que neste caso foi utilizado, o ano de 2005; a segunda limitação são as propriedades estatísticas dos parâmetros estimados por margem de erro que varia de acordo com o desvio padrão. Isto significa que baixa variabilidade torna o estimador mais confiável (SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

4. RESULTADOS

Nesta seção realiza-se a descrição dos resultados econométricos do parâmetro φ_0 da variável $P_i(T - \Theta)L_i$, de cada regressão entre o Município de Mafra e os demais Municípios Pertencentes à Microrregião de Canoinhas, no período de 1998 a 2012. Todavia, antes de entrar na discussão dos resultados econométrico faz-se uma análise da evolução dos gastos com saúde pública do Município de Mafra e o montante dos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, na subseção 4.1. Após, essas análises faz-se uma síntese dos resultados que será tratada na subseção 4.3.

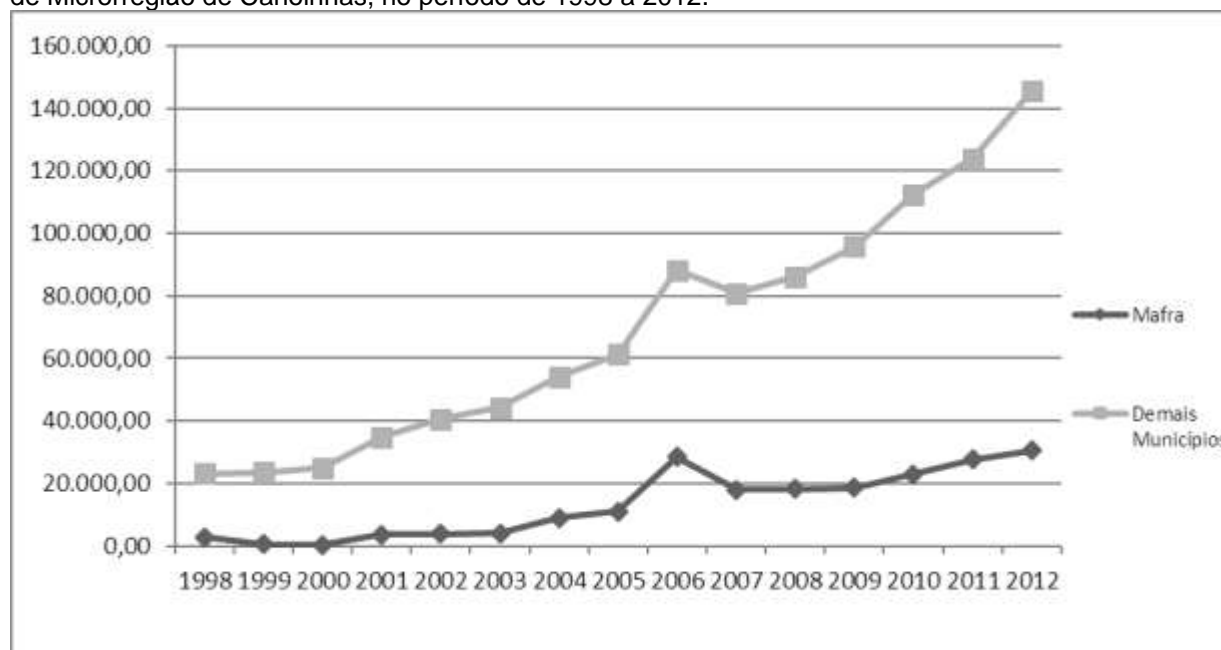
4.1 Demonstrações dos Gastos com Saúde do Município de Mafra e do Total dos Demais Municípios da Microrregião de Canoinhas

Nesta subseção demonstra a evolução dos gastos com saúde do Município de Mafra e da soma dos demais onze municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas. Essa demonstração é realizada através da Figura 1 e Figura 2.

Primeiramente, descreve-se a evolução dos gastos do Município de Mafra, que em 1998, início da série avaliada neste estudo, foi de R\$ 2,8 milhões. Todavia, no biênio de 1999-2000 houve um forte recuo e os valores gastos em saúde foram de apenas 538,4 mil e R\$ 345,3 mil. Observa-se que estes valores foram os mais baixos alcançados pelo Município de Mafra em todo o período avaliado neste estudo. No triênio 2001-2003 os valores recuperam e mantiveram-se nestes três anos praticamente estáveis, respectivamente, em R\$ 3,7 milhões, R\$ 3,9 milhões e R\$ 4,1 milhões. Em 2004 houve uma forte recuperação do investimento em saúde pública, chegando-se em R\$ 8,9 milhões. Em 2005, o último ano do primeiro período, já alcançava a cifra de R\$ 11 milhões.

Em 2006, o primeiro ano da vigência do Pacto pela Saúde os valores já haviam chegados em R\$ 28,4 milhões, mas o Município de Mafra não pode manter esse alto investimento, que consequentemente, acarretou em um forte recuo para R\$ 17,9 milhões em 2007. Em 2008 e 2009, os valores se mantiveram praticamente constantes, e ficaram, respectivamente, em R\$ 18,1 milhões e 18,5 milhões. Mas no triênio 2010-2012, novamente apresentou forte aumentos nos gastos com saúde, que alcançaram, respectivamente, R\$ 22,8 milhões, 27,6 milhões e R\$ 30,5 milhões.

Figura 1: Evolução dos Gastos com Saúde do Município de Mafra e do Total dos Demais Municípios de Microrregião de Canoinhas, no período de 1998 a 2012.



Fonte: Elaborado pelos Autores.

Nota: Valores em R\$ 1000,00 atualizados a preços de Dezembro de 2015.

Em uma análise visual a Figura 1 já se percebe, no primeiro período, ou seja, entre os anos de 1998 a 2005, antes do Pacto pela Saúde, que o Município de Mafra já havia aumentado seus gastos totais com saúde pública em mais de 170%. Todavia, no segundo período, ou seja, após o Pacto pela Saúde, o Município não pode manter esses altos investimentos que variaram positivamente, entre os anos de 2006 e 2012, em apenas, 7,57%. Todavia, vale ressaltar que essa é uma análise sucinta e que devem ser considerados os resultados das regressões econométricas que serão avaliadas na subseção 4.2.

Com relação aos valores investidos pelos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, iniciaram a série em 1998 com gastos em saúde pública em R\$ 23 milhões. No ano de 1999 os valores praticamente de mantiveram e atingiu o montante de R\$ 23,6 milhões. Em 2000 os valores recuperaram de forma lenta e alcançou R\$ 25,1 milhões. Todavia, em 2001 atingiu a importante cifra de R\$ 34,7 milhões destinados ao financiamento da saúde pública. No biênio 2002-2003 os valores continuaram aumentando e atingiram, respectivamente, R\$ 40,5 milhões e R\$ 44,2 milhões. Em 2004, mais uma vez, os gastos deram um salto de quase R\$ 10 milhões e chegaram-se ao montante de R\$ 54 milhões. No ultimo ano antes da entrada em vigência do Pacto pela Saúde, ou seja, em 2005 os gastos já estavam em R\$ 61,4 milhões.

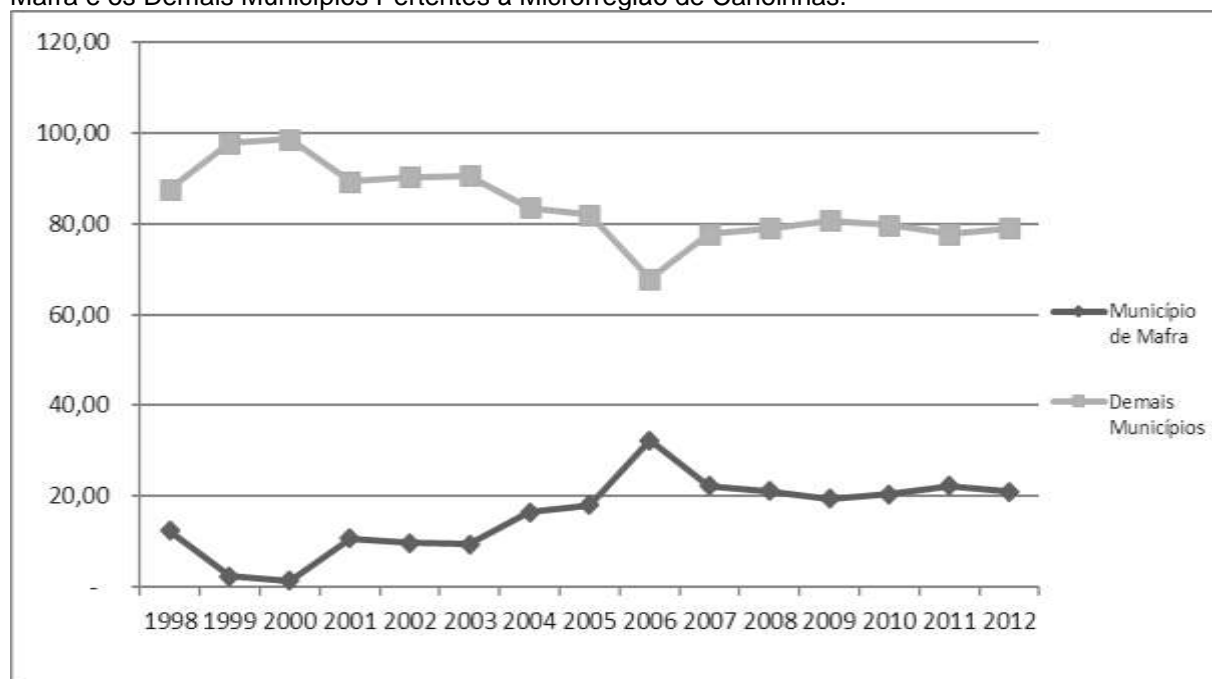
Em 2006, ou seja, a partir da vigência do Pacto pela Saúde houve um considerável “salto” dos gastos com saúde pública nos Municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, com exceção do Município de Mafra, que neste estudo, vai assumir na análise econométrica o grupo de controle. Esses valores chegaram-se à importante cifra de R\$ 88,2 milhões. Porém, em 2007, houve significativa queda, e atingiu R\$ 80,7 milhões, que seria este o menor valor da série após o Pacto pela Saúde, ou seja, entre os anos de 2006 a 2012. Em 2008 voltou a subir e os gastos atingiram R\$ 86,2 milhões, mas, inferior ao alcançado no início do segundo período. O valor dos gastos atingindo em 2006 foi superado, apenas, em 2009 com o montante de R\$ 95,8 milhões. No triênio 2010-2012 esses valores ultrapassaram R\$ 100 milhões destinados aos gastos com saúde, respectivamente, de R\$ 112,4 milhões, 123,8 milhões e R\$ 145,5 milhões.

No primeiro período, ou seja, antes da efetiva implantação do Pacto pela Saúde, os valores gastos pelos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas variaram positivamente em mais de 160%. Já no segundo período, entre os anos de 2006 e 2012 a variação percentual foi menor, entretanto, próximo de 65%.

Diante de tudo o exposto, é possível concluir através da Figura 1 que os gastos em saúde públicas despendidos pelos municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, inclusive o Município de Mafra, perdeu “força” após o Pacto pela Saúde, mesmo que ocorreram aumentos nos valores absolutos atualizados a preços de dezembro de 2015. Mas, também, é possível concluir que os demais municípios da Microrregião de Canoinhas superou sua variação percentual no que tange aos aumentos dos recursos destinados ao financiamento dos serviços de saúde, no período, após o Pacto pela Saúde. O Município de Mafra variou apenas 7,57% entre os anos de 2006 a 2012, enquanto, os demais Municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas variaram 64,98%. Todavia, ressalta-se que este cenário necessita da confirmação da análise econométrica, que possui, uma metodologia científica para aferir os objetivos desta pesquisa, conforme demonstrado na seção 3 deste estudo.

A Figura 2 demonstra com mais clareza o ponto de inflexão na participação dos gastos com saúde pública dos municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas comparada ao Município de Mafra, no período de 1998 a 2012.

Figura 2: Evolução da Participação Percentual dos Gastos com Saúde Pública entre o Município de Mafra e os Demais Municípios Pertentes à Microrregião de Canoinhas.



Fonte: Elaborados pelos Autores.

Em 1998, o município de Mafra representava 12,36% do total da participação dos gastos com saúde de toda a Microrregião de Canoinhas. Mas, houve um forte recuo nos anos de 1999 e 2000, com participação, de 2,28% e 1,39% respectivamente. Em 2001, voltou a subir e atingiu sua participação em 10,69% do total dispendidos com saúde pública de toda a Microrregião de

Canoinhas. Em 2002 e 2003 voltou a recuar e a sua participação passou, respectivamente, a 9,70% e 9,40%. Mas, em 2004, a sua participação percentual atingiu 16,50% e em 2005, atingiu 18,04%, encerrando, desta forma, o primeiro período deste estudo.

Em 2006, houve uma forte expansão dos gastos com saúde do Município de Mafra e chegou-se à participação de 32,22% do total dispendido por toda a Microrregião de Canoinhas. Entretanto, em 2007 a participação dos gastos de saúde do Município de Mafra recuou-se a 22,21%. Em 2008 e 2009 essa participação continuou regredindo e atingiu, respectivamente, 21,06% e 19,38%. Porém, nos anos de 2010 e 2011 aconteceu uma conservadora recuperação, respectivamente, de 20,34% e 22,29%. No último ano, ou seja, em 2012, novamente alcançou um pequeno recuo na participação dos recursos destinados ao financiamento dos gastos com saúde e atingiu 21,01%.

O comportamento dos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas é o complementar da participação percentual dos resultados do Município de Mafra. Os demais municípios inicia-se a série, em 1998, com participação percentual de 87,64%. Em 1999 o percentual vai a 97,72% e em 2000 se manteve praticamente constante com 98,62%. Em 2001 há um recuo e chega-se a 89,31%. No biênio 2002-2003 o percentual de participação mantém-se praticamente constante com um pequeno aumento na participação percentual, respectivamente, de 90,30% e 90,60%. Em 2006, há uma queda acentuada na participação percentual dos gastos com saúde pública pelos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas. Esse valor chegou-se a 67,78%. Porém, em 2007 tem uma forte alta, com a participação percentual que chegando a 77,79%. Voltou a subir de forma “lenta” em 2008 alcançando 78,94% e em 2009 alcançando 80,62%. No triênio 2010-2012, a participação percentual apresentou pouca oscilação, respectivamente, alcançaram 79,66%, 77,71% e 78,99%, ou seja, abaixo dos patamares do biênio 2010-2012.

A Figura 1 e a Figura 2, respectivamente, apresentaram a evolução em reais dos gastos com saúde pública do Município de Mafra e dos demais Municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas e a participação percentual entre o Município de Mafra e os demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas.

Dessa forma fica evidente que o Município de Mafra alcançou um forte crescimento de 2000 até o primeiro ano do segundo período (2006-2012), ou seja, até 2006. Todavia esse crescimento dos gastos com saúde pública perdeu “força” a partir de 2007. Diferentemente os demais Municípios da Microrregião de Canoinhas cresceu no período de 2006-2012 64,98%, contra 7,57% do Município de Mafra. Vale lembrar que esta análise deve ser confrontada com os resultados econométricos de subseção 4.2 para sintetizar os resultados.

4.2 Resultados Econométricos

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das regressões entre o Município de Mafra e os demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, conforme metodologia apresentada na seção anterior. Os *R-squared* das regressões demonstrada na Tabela 1 variaram entre 0,5376 e 0,7955. Os valores de F para 30 amostras e 5 graus de liberdades variaram entre 7,74 e 21,93. As significâncias estatísticas na maioria das regressões foram de até 5%. Em três regressões a significância estatística foi de até 10%. E por fim, a regressão entre o Município de Mafra e o Município de Bela Vista do Toldo apresentou ausência de significância estatística.

Tabela 1: Resultados das Regressões do Município de Mafra em Relação aos Demais Municípios da Microrregião de Canoinhas.

Municípios	φ_1	Desvio Padrão	Significância Estatística	R-squared	Valor F
Bela Vista do Toldo	8,12	5,31	***	0,7830	21,93
Canoinhas	9,30	4,01	*	0,6152	10,27
Irineópolis	11,62	5,07	*	0,7130	15,41
Itaiópolis	8,62	3,49	*	0,6949	14,21
Major Vieira	8,24	4,88	**	0,7893	22,73
Monte Castelo	9,44	13,59	*	0,7955	23,57
Papanduva	10,83	5,14	*	0,6000	9,70
Porto União	15,10	4,04	*	0,6987	14,45
Santa Terezinha	9,60	5,10	**	0,7851	22,20
Timbó Grande	13,59	6,04	*	0,7241	16,22

Três Barras	7,96	4,32	**	0,5376	7,74
-------------	------	------	----	--------	------

Fonte: Elaborado pelos Autores.
Notas: *Estatisticamente significativo ao nível de 5%.
** Estatisticamente significativo ao nível de 10%
*** Ausência de significância estatística.

O resultado do parâmetro ϕ_1 da regressão entre o Município de Mafra e o Município de Porto União indica que este superou àquele a uma taxa média anual de aceleração do crescimento de 15,10%, após o Pacto pela Saúde, em 2006. Observa-se que esta regressão foi que apresentou maior diferença de crescimento entre todas as demais. Em seguida aparece a regressão entre o Município de Mafra, ou seja, do grupo de controle e o Município de Timbó Grande, este como grupo de tratamento, que apresentou o estimador com taxa de variação média anual de 13,59%, no período de 2006 a 2012.

A regressão entre o Município de Mafra e o Município de Irineópolis demonstrou que a taxa de evolução dos gastos de saúde do Município de Mafra foi superado pelo Município de Irineópolis em 11,62% em média ao ano, após a vigência do Pacto pela Saúde, em 2006. O mesmo acontece com a regressão entre o Município de Mafra e o Município de Papanduva, onde, este superou àquele a uma taxa média anual de 10,83%, no período de 2006 a 2012.

Já a regressão entre o Município de Mafra e o Município de Santa Terezinha mostrou que Mafra foi superado por Santa Terezinha em uma taxa média anual de 9,60%, depois da entrada em vigor do Pacto pela Saúde em 2006. Também, segue no mesmo sentido o resultado da regressão entre o Município de Mafra e Monte Castelo onde este auferiu uma taxa média anual superior ao alcançado pelo Município de Mafra, em 9,44%, no período compreendido entre os anos de 2006 a 2012. Ainda na faixa de variação na taxa de crescimento de 9% ao ano, aparece a regressão entre o Município de Mafra e Canoinhas onde Mafra novamente foi superado a uma taxa média de 9,30% ao ano, após o Pacto pela Saúde, em 2006.

Na faixa de variação na taxa de crescimento abaixo de 9% ao ano aparecem três regressões entre os municípios descritos a seguir: Mafra e Itaiópolis; Mafra e Major Vieira; e por fim entre Mafra e Três Barras. O Município de Mafra foi superado pelos três municípios a uma taxa média anual do crescimento, respectivamente, de 8,62%, 8,24% e 7,96%, no período de 2006 a 2012.

Com relação à regressão entre o Município de Mafra e o Município de Bela Vista do Toldo os resultados econométricos não restaram ser estatisticamente significativos ao nível de até 10%. Dessa forma, não é possível fazer qualquer inferência estatística. Todavia, ressalta-se que o sinal do coeficiente se manteve positivo, como nos demais coeficientes, ou seja, indicando que o Município de Bela Vista do Toldo, também, pode ter superado o Município de Mafra.

4.3 Uma Síntese dos Resultados

O Município de Mafra, no período de 1998 a 2012, gastou em saúde pública, R\$ 199,7 milhões, que correspondeu a 19,20% do total investido por todos os municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas. Todavia, o município que mais investiu em saúde pública foi Canoinhas, que no mesmo período o correspondente a R\$ 209,3 milhões. O total investido pelos 12 municípios atualizados a valores de dezembro de 2015 foi na ordem de R\$ 1,03 bilhões, em 15 anos.

Os resultados econométricos demonstraram que o Município de Mafra foi superado em seus gastos com saúde pública, após, a vigência do Pacto pela Saúde, em 2006, pelos Municípios de Canoinhas, Irineópolis, Itaiópolis, Major Vieira, Monte Castelo, Papanduva, Porto União, Santa Terezinha, Timbó Grande e Três Barras. Observa-se que a regressão entre o Município de Mafra e Bela Vista do Toldo não permitiu fazer qualquer inferência estatística em razão da ausência de significância. Todavia, ressalta-se que o sinal do estimador ϕ_1 se manteve igual aos aferidos nas demais regressões.

Os resultados econométricos ratificaram a discussão realizada nas Figuras 1 e 2. Na Figura 1 é possível visualizar que o Município de Mafra não conseguiu sustentar o nível de gastos com saúde pública alcançado no ano de 2006, que foi o ápice de toda a série avaliada neste estudo. Na Figura 2 também é possível visualizar que a tendência de aumento na participação dos gastos com saúde pública do Município de Mafra foi interrompida, em 2007. Por outro lado, a tendência de queda na participação dos recursos direcionados aos gastos com saúde pública dos demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, também, foi interrompida no ano de 2007.

Diante de todo o exposto é possível afirmar que o Pacto pela Saúde não influenciou no que tange aos aumentos dos gastos com saúde do Município de Mafra. Todavia, os demais municípios

pertencentes à Microrregião de Canoinhas aumentaram seus gastos em relação ao Município de Mafra de forma expressiva, no período compreendido entre os anos de 2006 a 2012, ou seja, após a vigência do Pacto pela Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu os questionamentos do problema da pesquisa, pois, demonstrou que os municípios avaliados comparados ao Município de Mafra aumentaram seus recursos financeiros direcionados ao financiamento dos gastos com a saúde pública, após, o Pacto pela Saúde, em 2006. Em outras palavras o Município de Mafra, em 2012, o que mais destinou recursos financeiros, dentre todos os avaliados, foi suplantado por todos os demais municípios quando se compara a dinâmica dos gastos com saúde entre dois municípios, no período de 2006 a 2012. A exceção está relacionada à regressão entre o Município de Mafra e Bela Vista do Toldo que não restou ser estatisticamente significativa.

Neste cenário, evidencia-se que o Pacto pela Saúde não foi eficiente no que tange à destinação dos recursos financeiros para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pela ótica do Município de Mafra. Todavia, os demais Municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas suplantou o Município de Mafra e demonstrou que os gastos em saúde pública destes municípios, conjuntamente, variaram mais de 70% no período compreendido entre os anos de 2006 a 2012.

A Figura 2 demonstrou com clareza o ponto de inflexão, ou seja, uma mudança de tendência em relação aos gastos com saúde, após a efetiva implantação do Pacto pela Saúde, em 2006, quando comparados os investimentos do Município de Mafra e os demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas.

A Figura 1 demonstrou de forma visual que os investimentos em saúde pública do Município de Mafra, pertencente ao grupo de controle no modelo econométrico perdeu “força” em manter seus investimentos a partir do ano de 2007. Diferentemente ocorreu com os demais municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas, pertencentes ao grupo de tratamento no modelo econométrico.

Diante de todo o exposto fica evidente que os municípios pertencentes à Microrregião de Canoinhas alcançaram taxas de crescimento dos gastos em saúde pública após a vigência do Pacto pela Saúde, em 2006. A exceção está relacionada ao Município de Mafra que os resultados demonstraram que o seu desempenho no que tange a variação do crescimento foi superado por todos os demais municípios da Microrregião em tela, exceto ao Município de Bela Vista do Toldo que não alcançou resultados estatisticamente significativos para fazer qualquer inferência estatística.

Ressalta-se ainda que a análise sobre a temática não se exauriu nesta pesquisa. Novos estudos devem ser realizados para o real entendimento das finanças públicas da saúde no âmbito municipal, após o Pacto pela Saúde. A pesquisa limitou-se a aferir a dinâmica dos gastos com saúde agregada por municípios, utilizando-se para isto, de um modelo econométrico de variáveis que captam as tendências tornando resultados com robustez estatística.

Todavia, necessita de aprofundamento do estudo no que se refere, principalmente, à eficiência dos gastos com saúde com a possibilidade de maximizar a utilidade dos recursos disponíveis, principalmente, humanos, financeiros e equipamentos. Outra pesquisa que necessita ser realizada a partir deste artigo seria comparar o atendimento da prestação de serviços da forma tradicional da saúde pública com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), ou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que vise à redução de custos financeiros e maximize a utilidade dos serviços prestados, pois, as relações de trabalhos são mais flexíveis.

Também, é mais específico ao tema comparar o desempenho dos gastos com saúde dos municípios com maiores potencialidades populacional e econômica, visto que neste estudo foi avaliados municípios com menos de 60 mil habitantes. Ainda, sugere-se um estudo que se apure os aumentos nas despesas com saúde acarretaram em resultados efetivos e eficientes para a população que se utiliza destes serviços públicos.

Outro ponto importante seria complementar esta pesquisa comparando a evolução dos gastos de saúde com a dinâmica do endividamento e das operações de créditos após a efetiva implementação do Pacto pela Saúde, em 2006, visto que mantida as receitas, os municípios podem ter se endividado.

Por fim, para aprofundamento nos estudos vislumbramos a possibilidade de realização de análise de comportamento entre municípios com o mesmo tamanho populacional e mesmo perfil de arrecadação tributária. Neste sentido, vislumbra-se imensurável espaço a ser inteirado em novas

pesquisas que colabore para o entendimento e aprofundamento da temática abordada neste artigo.

REFERÊNCIAS

BERCOVICI, G. A descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 11 de dezembro de 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Consultado em: 11 de dezembro de 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Consultado em: 19 de novembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Brasília: 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 1ª edição. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 21 de setembro de 2016.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html >. Acesso em: 14 de outubro de 2016.

_____. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 23 de novembro de 2016.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 9 de dezembro de 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. O Financiamento da Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 19 de novembro de 2016.

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em 25 de dezembro de 2016.

FADEL, C. B; SCHNEIDER, L. MOIMAZ, S. A. S; SALIBA, NEMRE, A. S. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, mar/abr de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>. Acesso em: 26 de dezembro de 2016.

FERNANDES, M. A. da C. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal. **IPEA**, texto para discussão nº. 547, 1988. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3820&Itemid=1. Acesso em: 22 de dezembro de 2016.

GIAMBIAGI, F. ALÉM, M. C. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 4º ed. atualizada. Rio de Janeiro, 2011 – 2ª Reimpressão.

GUJARATI, D. N. **Econometria Básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOFFMANN, R. **Análise de regressão: uma introdução à econometria**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.. ALBUQUERQUE, G. L. ORTIGA, A. M. B. Entendendo o Pacto pela Saúde na Gestão do SUS e Refletindo sua Implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009, v. 11, n.1. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf>. Acesso em: 30 de dezembro de 2016.

MASSAMBANI, M. O. **Avaliação Econômica dos Gastos com Saúde Pública dos Principais Municípios Paranaense**. 152 f. Dissertação (Mestrado em Economia Regional) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000185869>. Acesso em: 13 de dezembro de 2016.

MASSAMBANI, M. O; NASCIMENTO, S. P; CÂMARA, M. R. G. DINIZ, S. S. Gastos Com Saúde Pública para Municípios Selecionados do estado do Paraná: uma análise a partir do modelo de Ajustes de Poligonais. **Revista Economia & Região**, Londrina, v. 1 n. 2. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/17632>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

MENDES, C.C.; SOUSA, M. C. S. Estimando a demanda por educação e saúde em municípios brasileiros. In: _____. **Ensaio de economia regional e urbana**. Brasília: Ipea, 2007. p. 245-281. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_8_29.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

MENDES, M.; MIRANDA, R. B.; COSSIO, F. Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma. **Consultoria Legislativa do Senado Federal**, Texto para Discussão, v. 40, abr., 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

NASCIMENTO, S. P. **Guerra fiscal: uma avaliação com base no PIB, nas receitas de ICMS e na geração de empregos, comparando Estados participantes e não participantes**. 2008. 169 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Piracicaba, 2008. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/tycho/CurriculoLattesMostrar?codpub=47A0AA614A64>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016.

NASCIMENTO, S. P. Guerra fiscal: uma avaliação comparativa entre alguns estados participantes. **Revista Economia Aplicada**. v. 12, n. 4. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ecoa/article/view/996>>. Acesso em: 29 de dezembro de 2016.

REZENDE, F. **Finanças públicas**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

REZENDE, F. da C.. **Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil (1980-1994)** – Dados v.40, n. 3. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300005. Acesso em: 11 de dezembro de 2016.

RIANI, F. **Economia do Setor Público**: uma abordagem introdutória. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

SANTOS, R. G. **A Dinâmica das Receitas dos Impostos Municipais no Paraná, no Período de 1997 a 2011**: um olhar sobre os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal. Londrina, 2014. Dissertação para Obtenção do Título de Mestre. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/economia/arq/DISSERTACOES/DISSERTACAO%20-%20ROGELIO%20GERONIMO.pdf>>. Acesso em 29 de dezembro de 2016.

SANTOS, R. G.; BACHI, M. B.; NASCIMENTO, S. P. A dinâmica dos gastos com pessoal em municípios do estado de São Paulo: Uma análise sob os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Economia & Região**. V.4, n. 2, p.127-139, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/27714/20196>. Acesso em: 18 de janeiro de 2017.

SANTOS, R. G. dos; CREMONEZ, G. M. Os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal: Uma análise das capitais brasileiras a partir do Município de São Paulo. **Revista Espacios**. V. 38, n. 1, p. 22-34. Caracas, Venezuela, 2017. Disponível: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n01/17380122.html>. Acesso em: 12 de janeiro de 2017.

SANTOS, R. G. dos; NASCIMENTO, S. P. do. Os Gastos com Saúde nos Municípios Pertencentes à Microrregião de Uberlândia. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**. Málaga, v.2 n.1, p. 1-14, enero de 2017. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/caribe/2017/01/uberlandia.html>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

SANTOS, R. G.; NASCIMENTO, S. P.; MOURA, F.F.K. Análise das Receitas do ITBI nos Principais Municípios do Rio Grande do Sul. **Revista Economia & Região**. v.4, n.1, p. 47-67, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/15302>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2016.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J. A. G.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade. Passo Fundo: **IFIBE/CEAP**, 2009. Disponível em: http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf. Acesso em: 29 de dezembro de 2016.

SIMÃO, B. J.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. **Revista Estudos Econômicos**, v. 45. n. 1. São Paulo, jan./mar.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000100033>. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

WOOLDRIDGE, J. **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data**. Cambridge: The MIT Press, 2001.