

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – Centro de Ciências do
Homem – Laboratório de Gestão de Políticas Públicas – Graduação em Administração Pública

Rendas Petrolíferas e o SUS: o impacto da crise econômica no
provimento do Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio
de Janeiro (2013 – 2017)

JOÃO GABRIEL RIBEIRO PESSANHA LEAL

Campos dos Goytacazes – RJ

2019

JOÃO GABRIEL RIBEIRO PESSANHA LEAL¹

Rendas Petrolíferas e o SUS: o impacto da crise econômica no provimento do Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (2013 – 2017)

Monografia apresentada no Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Orientador: Prof. Dr. Vitor de Moraes Peixoto

Campos dos Goytacazes – RJ

2019

¹ ID Lattes: lattes.cnpq.br/9277299850069272

JOÃO GABRIEL RIBEIRO PESSANHA LEAL

Rendas Petrolíferas e o SUS: o impacto da crise econômica no provimento do Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (2013 – 2017)

Monografia apresentada no Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública.

Aprovada em 03 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vitor, de Moraes Peixoto (Orientador)

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

Prof. Dr. Renato Barreto de Souza

Campos dos Goytacazes – RJ

2019

AGRADECIMENTOS

Deixo registrado aqui o meu agradecimento a toda estrutura física e humana disponibilizada na Universidade Estadual do Norte Fluminense. Em especial, ao Núcleo de Estudos em Representação e Democracia, na figura do Vitor Peixoto; ao Laboratório de Estudos da Sociedade Civil e do Estado, na figura do Gustavo Sales; e ao Laboratório de Gestão e Políticas Públicas, na figura da Érica Soares.

O ingrediente fundamental para a conclusão desta graduação foi a minha família. Obrigado, Marta Pessanha, minha avó; Ubiratan Pessanha (in memoriam), meu avô; Ana Beatriz Leal, minha mãe; Odylio Leal, meu pai; Pedro Leal e Paulo Leal, meus dois irmãos, por todos os segundos de apoio incondicional e pelo suporte emocional e estrutural disponibilizado. Agradeço à minha encantadora companheira Yasmim Santos que, ao longo desses cinco anos, dividiu as angustias, as frustrações e as felicidades da vida ao meu lado.

RESUMO

LEAL, João Gabriel Ribeiro Pessanha. **Rendas Petrolíferas e o SUS: o impacto da crise econômica no provimento do Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (2013 – 2017)**. Campos dos Goytacazes (RJ): UENF, 2019, 72 p. Monografia (Bacharel em Administração Pública). Orientador: Prof. Dr. Vitor de Moraes Peixoto.

Este trabalho busca mensurar o impacto da crise financeira das petro-rendas na provisão do Sistema Único de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Para tal, são adotadas três frentes analíticas. A primeira analisa o grau do impacto da crise dos royalties no custeio da saúde paga, com recursos próprios, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. A segunda consiste em verificar quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas. E a terceira expressa-se na análise de como é que as diminuições nos recursos impactaram a provisão dos serviços de saúde. Parte-se do pressuposto de que devido ao processo de coordenação e financiamento para a operacionalização do Sistema Único de Saúde que estabelece expressivas funções aos municípios brasileiros afirmasse que a crise nas indenizações petrolíferas ocorrida entre 2014 e 2017 afetou o provimento do SUS no Estado do Rio de Janeiro, sobre tudo o financiamento das políticas públicas de saúde com recursos municipais. Através de métodos estatísticos é apresentada, então, a relação entre as variáveis propostas para mensurar a relação entre a diminuição das indenizações petrolíferas e a provisão do Sistema Único de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros (2007-2017).....	21
Gráfico 2. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros, por região (2007-2017)	22
Gráfico 3. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros, unidade federativa (2007-2017)	23
Gráfico 4. Soma das petro-rendas nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (2013 - 2017)	24
Gráfico 5. Soma das petro-rendas nas Messorregiões do Estado do Rio de Janeiro (2013 - 2017)	25
Gráfico 6. Distribuição percentual dos 15 municípios petro-rentistas nas mesorregiões do Estado do Rio de Janeiro	27
Gráfico 7. Soma das petro-rendas nas Messorregiões do Estado do Rio de Janeiro (2013 - 2017	29
Gráfico 8. Participação % da receita arrecadada de impostos na receita total do município, por região. (2006-2016).....	45
Gráfico 9. Participação % da receita arrecadada de impostos na receita total do município, por tamanho do município. (2006-2016).....	47
Gráfico 10. Soma das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais nos municípios do Estado do Rio de Janeiro	50
Gráfico 11. A média das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, por habitante nos municípios agrupados pelas mesorregiões do Rio de Janeiro	52
Gráfico 12. O gasto médio com saúde pagos com recursos próprios municipais, por habitante, nos municípios petro-rentistas e nos demais municípios e os valores advindos de petro-rendas por habitante	53
Gráfico 13. Diagrama de dispersão entre as variáveis: indenizações petrolíferas por habitante e despesas pagas com saúde com recursos próprios, por habitante.....	55
Gráfico 14. Composição percentual do gasto na saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro em 2017	57

Gráfico 15. A média da composição da despesa com saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, segundo as mesorregiões do referido Estado em 2017..... 58

Gráfico 16. Média das despesas totais, per mil habitantes, na atenção básica, investimentos, medicamentos pessoal e serviços de terceiros nas mesorregiões do estado do Rio de Janeiro 59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Desenho de Pesquisa.....	15
Tabela 2. Nome das fontes das receitas coletadas	19
Tabela 3. Descrição financeira e populacional dos 15 municípios petro-dependentes	26
Tabela 4. Soma das petro-rendas nos municípios mais dependentes, em milhões	28
Tabela 5. A soma das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, por mesorregiões, em milhões (2013 - 2017)	51
Tabela 6. Nota dos municípios petro-dependentes no IFDM da saúde	63
Tabela 7. Ranking dos municípios petro-dependentes no IFDM da saúde	64
Tabela 8. Distribuição dos leitos hospitalares disponibilizados pelo SUS nos municípios petro-dependentes	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Interpretação do IFDM saúde.....	61
Figura 2. Resumo dos componentes do IFDM da saúde	62

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1: RENDAS PETROLÍFERAS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO LOCAL	17
1.1. As arrecadações das Petro-Rendas nos Municípios Brasileiros	18
1.2. Royalties, desenvolvimento econômico local e gastos sociais.....	30
CAPÍTULO 2: A RELEVÂNCIA DOS MUNICÍPIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	33
2.1. A configuração do campo das políticas sociais após a constituição de 1988	33
2.2. O arranjo institucional brasileiro na provisão de políticas sociais	34
2.3. SUS: Das ruas à constituição	37
2.4. O arcabouço institucional do SUS	39
2.5. NOBs e o seus efeitos para a descentralização da saúde	39
2.6. NOB SUS 01/91	40
2.7. NOB SUS 01/93	40
2.8. NOB SUS 01/96	41
2.9. Considerações sobre as NOBs.....	43
2.10. As características socioeconômicas e políticas dos municípios brasileiros	44
CAPÍTULO 3: CRISE DAS PETRO-RENDAS E A PROVISÃO DO SUS	49
3.1. A relação entre a restrição das indenizações petrolíferas e o custeio da saúde	49
3.2. As áreas da Saúde mais afetadas dentro do período de restrições orçamentárias	57
3.3. As diminuições nos recursos e o serviço de saúde disponibilizado.....	61
CONCLUSÃO	66

BIBLIOGRAFIA	68
---------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma um modelo público integrado de prestação de serviços e de ações em saúde em âmbito nacional (Paim, 2009, p. 47; Silva, 2001; Viana, Lima e Oliveira, 2002, p. 498). A sua larga concepção original² acopla extensas abordagens que o faz ter diversas dimensões de análises. No âmbito acadêmico, o SUS representa um marco teórico-conceitual. Desde da década de 90 existe uma extensa produção acadêmica, com diferentes autores e enfoques, nos quais possui o SUS como tema principal (Levcovitz, Lima e Machado, 2001).

Este trabalho insere-se dentro do contexto da discussão a respeito dos impactos de restrições orçamentárias na provisão de políticas públicas, em especial, políticas sociais. Assunto este que recentemente dominou as arenas de debates dentro³ e fora da academia⁴. Neste sentido, o objeto de pesquisa desta pesquisa é a relação entre rendas petrolíferas e o financiamento das políticas de saúde com recursos municipais.

As prefeituras brasileiras são peças fundamentais na dinâmica federativa para efetivar o direito universal à saúde da população (Silva, 2001). Compete aos municípios responsabilidades cruciais no que se refere aos aspectos administrativos e financeiros do SUS (Arretche e Marques, 2002). Pesquisas apontam que as prefeituras brasileiras contribuem, significativamente, no que diz respeito ao financiamento do sistema (Leite, Lima e Vasconcelos, 2012, p. 1853).

Nos últimos 10 anos, foram distribuídos aos 970 municípios brasileiros de 10 Estados da federação mais de 80 bilhões de reais de recursos oriundos de royalties e participações especiais de rendas petrolíferas. Pelo fato dos recursos das rendas petrolíferas possuírem poucas restrições legais para o seu emprego, com limitações explícitas apenas no que se refere aos gastos com pessoal, os prefeitos possuem larga margem de discricionariedade para empregar esses valores.

² O SUS “... visa integrar os subsistemas de saúde pública e de assistência previdenciária... bem como os serviços públicos e privados... num sistema único e nacional, de acesso universal e igualitário, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada nível de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade visando ao controle social ...” (Viana, Lima e Oliveira, 2002, p. 498).

³ Ver mais: OLIVEIRA e SILVA, 2018 ; MARIANO, 2017; Vieira e Benevides, 2016.

⁴ Ver mais: UOL, 2019 ; DCI, 2018 ; Globo, 2019 ; Deputados, 2018 ; Econômico, 2017.

A crise do petróleo iniciada em 2014, com a queda expressiva de preços no mercado internacional que saiu da casa dos \$ 120 para menos de \$ 40 dólares o barril, abalou a economia nacional, em geral, e em particular Estados e Municípios considerados dependentes das indenizações petrolíferas (Cruz, 2015).

Em um contexto institucional onde os municípios possuem importância estratégica para a provisão do SUS, estas sucessivas diminuições de recursos financeiros logo após um período de enorme abundância geram uma oportunidade metodológica extraordinárias para comparar o comportamento de diferentes atores políticos em contextos econômicos distintos.

Diante deste contexto, a questão analítica que orienta esta pesquisa se refere a análise dos reflexos da crise das rendas petrolíferas na provisão do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. A pergunta que orientará esta empreitada se apresenta da seguinte forma: qual é o grau do impacto da crise das Petro-Rendas na provisão do SUS? Todas as ações que permearão a construção empírica deste trabalho serão produzidas a partir desta questão norteadora.

Um ponto expressivamente relevante e que fomenta estudos científicos com o recorte metodológico pretendido neste projeto é o fato de que as receitas oriundas das indenizações petrolíferas chegam nos municípios sem ter uma vinculação obrigatória. Dito de outra forma, o arcabouço jurídico sobre o tema não especifica formas que os recursos oriundos das arrecadações da exploração do petróleo devem ser gastos, porém veda a sua utilização para o pagamento de dívidas e quadro permanente de pessoal (Brasil, 1997, p. 3). Dessa forma, existe uma larga margem de discricionariedade de atuação para os prefeitos decidirem como empregar esses valores.

O objetivo geral desta empreitada expressa-se em verificar o impacto da crise financeira das petro-rendas na provisão do Sistema único de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Esta questão analítica é orientada a partir de três objetivos específicos: O primeiro é a análise do grau do impacto da crise dos royalties no custeio da saúde paga, com recursos próprios, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. O segundo consiste em analisar quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas. Por fim, expressa-se na análise de como é que as diminuições nos recursos impactaram a provisão dos serviços

de saúde. Dito de outra forma, analisa-se qual é o impacto de um período de constantes restrições orçamentárias no que se refere a provisão do serviço de saúde.

A justificativa que sustenta a elaboração desta empreitada caminha na direção de duas explicações, uma explicação relacionada a relevância acadêmica do tema e uma explicação voltada para a relevância social do tema. No que se refere a relevância acadêmica, nota-se que dentro do escopo teórico que pesquisa questões relacionadas a exploração de petróleo ainda existe uma gama de caminhos para serem explorados quando o assunto é a relação entre exploração de petróleo e suas relações com as políticas executadas pelo os municípios. Entre elas, a relação entre royalties e o Sistema Único de Saúde. A respeito da relevância social, o rombo provocado, principalmente, pela a crise dos royalties na receita do Estado do Rio de Janeiro e dos municípios fluminenses foi um dos principais assuntos que rondou o noticiário midiático nos últimos tempos. Dessa forma, os achados empíricos deste trabalho também terão impacto expressivo na arena de debate externo a universidade a respeito do assunto.

De acordo com a bibliografia sobre o tema montou-se uma hipótese para este trabalho. A hipótese se apresenta da seguinte forma: devido ao processo de coordenação e financiamento para a operacionalização do Sistema Único de Saúde que estabelece expressivas funções aos municípios brasileiros afirmou-se que a crise nas indenizações petrolíferas ocorrida entre 2014 e 2017 afetou o provimento do SUS no Estado do Rio de Janeiro, sobre tudo o financiamento das políticas públicas de saúde com recursos municipais.

Os resultados desta pesquisa são operacionalizados por meio de métodos quantitativos. O recorte temporal contemplará o ano de 2013 ao ano de 2017. As informações foram retiradas de quatro acervos digitais: Data-SUS; Tesouro Nacional; SIOPS; IBGE. No acervo digital do IBGE foram colidas com as informações sobre as características dos municípios brasileiros. No acervo digital do Data-SUS serão colhidos dados a respeito da capacidade estrutural dos municípios para prover o Sistema Único de Saúde. No acervo digital do Tesouro Nacional foram colidas com as informações sobre o volume e as características do orçamento dos municípios. Por fim, no acervo digital do SIOPS foram colidas com as informações sobre o orçamento municipal, especificamente, o orçamento municipal da saúde

A respeito da operacionalidade das variáveis, a variável: valor total das Petro-rendas. Se refere a soma dos valores correspondente a compensação financeira pela produção de petróleo Lei 7.990. /89; royalties pelo excedente da produção do petróleo Lei 9.478/97. Artigo 49 I e II, royalties pela participação especial Lei 9.478/97. Artigo 49, o fundo especial do petróleo- FEP, Cota Royalties Lei 7.990/89. Enquanto que o conceito de petro-dependência. Construção de um indicador referente ao percentual médio, entre os anos de 2010 e 2013, correspondente de petro-rendas na receita bruta realizada dos municípios. Os municípios com um percentual igual ou maior que 20% foram interpretados com dependentes. A variável: despesas com saúde pagas com recursos próprios. Se refere as despesas pagas com recursos próprios municipais oriundos de impostos arrecadados diretamente pelo município e os transferidos pelas outras esferas de governo, mediante definição constitucional.

De maneira geral, o desenho de pesquisa que se emprega nesta monografia resume-se da seguinte forma:

Tabela 1. Desenho de Pesquisa

Questão de Pesquisa	Qual é o grau do impacto da crise das Petro-Rendas na provisão do SUS?
Objetivo	Verificar o impacto da crise financeira na provisão do Sistema único de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro.
Objetivos Específicos	Análise do grau do impacto da crise dos royalties no custeio da saúde paga, com recursos próprios, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Analisar quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas. Compreender como é que as diminuições nos recursos impactaram a qualidade dos serviços de saúde.
Hipótese Central	Devido ao processo de coordenação e financiamento para a operacionalização do Sistema Único de Saúde que estabelece expressivas funções aos municípios brasileiros afirmou-se que a crise nas indenizações petrolíferas ocorrida entre 2014 e 2017 afetou o provimento do SUS no Estado do Rio de Janeiro, sobretudo o financiamento das políticas públicas de saúde com recursos municipais.
Recorte Temporal	2013 - 2017.
Recorte Espacial	Os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Elaboração do autor.

No que se refere a estrutura desta empreitada bibliográfica, além da seção introdução conta-se com três capítulos e uma seção de conclusão. No primeiro capítulo,

denominado rendas petrolíferas e o desenvolvimento econômico local, apresenta-se, em primeiro momento, o peso financeiro das rendas petrolíferas no histórico recente das receitas públicas dos municípios do Estado do Rio. Em segundo momento, apresenta-se como que se expressa a relação entre os royalties e as áreas de desenvolvimento e gastos sociais dentro da bibliografia especializada.

O segundo capítulo, denominado os municípios brasileiros como peças-chaves para provisão do direito à saúde, tem o objetivo de sintetizar os estudos que comprovam, por meio de pesquisa empírica, a relevância dos municípios brasileiros para a operacionalidade do SUS.

Enquanto que o terceiro capítulo chamado, crises dos royalties e o financiamento do SUS, é abordado a relação de acordo com a metodologia utilizada no trabalho entre os dois temas supracitados. Por fim, na seção conclusão retoma-se os principais achados encontrados ao longo da pesquisa.

CAPÍTULO 1: RENDAS PETROLÍFERAS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO LOCAL

As indenizações petrolíferas constituem-se como uma forma de pagamento de direitos sobre atividades econômicas. Refere-se ao embolso ao poder público por um ativo não renovável que o cede para ser negociado, consumido e explorado por algum grupo econômico (Fernandes, 2007). Dessa forma, os royalties do petróleo são maneira de compensação econômica pela exploração de uma fonte de energia não renovável (Postali, 2007, p. 3).

A lei do petróleo prever quatro tipos de indenização para os municípios produtores de recursos hidrocarbonetos e/ou por ele afetados (Fernandes, 2007, p. 13; Postali, 2007, p. 18). São eles; os royalties, as participações especiais, o bônus de assinatura e o pagamento pela ocupação ou retenção de área (Brasil, 1997). Destaca-se:

Os royalties: “...constituem uma compensação financeira mensal à União incidente sobre o valor total da produção de óleo e gás...Os recursos arrecadados via royalties são divididos entre os Estados e os Municípios produtores, o Tesouro Nacional e os Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Marinha...” (Postali, 2007, p. 3).

As participações especiais: “... As participações especiais caracterizam-se por compensações extraordinárias ao Governo resultantes de casos de grande volume de produção ou de grande rentabilidade, com relação a cada campo de uma área de concessão. A apuração deste imposto é feita pela aplicação de alíquotas progressivas sobre a receita líquida da produção trimestral...” (Postali, 2007, p. 3).

“... O bônus de assinatura é o pagamento ofertado na proposta para a obtenção da concessão e é feito anteriormente ao início da exploração. O bônus tem um valor mínimo estabelecido no edital da licitação do bloco e deverá ser pago no ato da assinatura do contrato de concessão pela empresa vencedora da licitação...” (Fernandes, 2007, p. 13)

“... O pagamento pela ocupação ou retenção de área é feito anualmente pelos concessionários, cujo valor inicial é estabelecido no edital da licitação e no contrato de concessão e é fixado por quilômetro quadrado ou fração da área do bloco...” (Fernandes, 2007, p. 13)

As somas desses quatro tipos de recompensação financeira formam o que é chamado aqui de Petro-Renda.

Os trabalhos que se voltam para análises sobre este tema, muitas das vezes, focam nos municípios onde, historicamente, há uma concentração dos recursos advindos das indenizações petrolíferas. Refiro-me aqui a, principalmente, os municípios do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro é contemplado pela a maior bacia petrolífera do Brasil⁵, a forma de repartimento dos royalties, adotada a partir da Lei do Petróleo (LEI Nº 9.478), contempla com maiores volumes de recursos os municípios com produção em terra ou confrontantes com a plataforma continental onde se realiza a produção (Brasil, 1997, p. 12). Dessa forma, determinados municípios fluminenses concentram boa parte da parcela de royalties destinados as prefeituras brasileiras (Fernandes, 2007; Gomes, 2007; Postali, 2007).

Há, dentro da bibliografia especializada, diversas frentes teóricas para a compreensão do assunto. Nesta seção o tema está abordado a partir de dois aspectos principais, a saber, o primeiro refere-se à demonstração dos valores arrecadados por meio das petro-rendas nos municípios brasileiros dando ênfase aos municípios fluminenses; o segundo tema diz respeito a algumas associações entre royalties, desenvolvimento econômico local e aumento nos gastos sociais.

1.1. As arrecadações das Petro-Rendas nos Municípios Brasileiros

Essa sessão possui o objetivo de expor de maneira descritiva a distribuição dos valores repassados de Petro-rendas aos municípios brasileiros, com ênfase nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Dentro de uma perspectiva metodológica, os dados apresentados nesta sessão foram organizados a partir de quatro atividades principais. A saber: a Coleta dos dados, Construção do Banco de Dados, a deflação dos valores coletados e a construção de um indicador que mensura a dependência das Petro-rendas na receita dos municípios.

Os dados foram coletados no site do tesouro nacional na ferramenta denominada Finbra (Finanças do Brasil). A coleta contemplou os anos de 2006 ao ano de 2017.⁶ Foram coletados informações referentes a receita total do município e as receitas oriundas de indenizações petrolíferas.

⁵ Refiro-me à Bacia de Campos que se estende por todo o litoral do Espírito Santo até o norte do Rio de Janeiro.

⁶ O link de acesso para o referido site é: tesouro.fazenda.gov.br/contas-anuais. O anexo 01 expressa como é o site que os dados estão disponibilizados.

Tabela 2. Nome das fontes das receitas coletadas

Ano de referência	Nome da receita
2006-2012	Lei Orçamentária
	Cota-parte Royalties Petróleo
	Cota Royalties Excedente
	Cota Royalties Part Especial
	Cota Petróleo
	Receita Bruta Realizada
2013-2017	1.7.2.1.22.30.00 - Cota-Parte Royalties. Compensação Financeira pela Produção de Petróleo. Lei nº 7.990/89
	1.7.2.1.22.40.00 - Cota-Parte Royalties pelo Excedente da Produção do Petróleo - Lei nº 9.478/97 artigo 49 I e II
	1.7.2.1.22.50.00 - Cota-Parte Royalties pela Participação Especial - Lei nº 9.478/97 artigo 50
	1.7.2.1.22.70.00 - Cota-Parte do Fundo Especial do Petróleo. FEP
	1.7.2.2.22.30.00 - Cota-Parte Royalties - Compensação Financeira pela Produção de Petróleo - Lei nº 7.990/89 artigo 9º

Fonte: Finbra. Elaboração dos autores.

A tabela 01 demonstra o nome das receitas coletadas para a elaboração da empreitada. Nos anos de 2006 a 2012, coletou-se a informação sobre a receita total do município a partir da lei orçamentária. Enquanto que, as informações sobre as receitas oriundas das petro-rendas foram coletadas por meio de cincontas como pode ser visualizado na tabela 01.

A partir de 2013, houve uma mudança na forma de divulgação dos dados no site. Então, restringiu-se a coleta de informações que tinham como origem as receitas brutas realizadas pelo os municípios. Dessa forma, de 2013 a 2017 as informações sobre as receitas oriundas das petro-rendas foram coletadas por meio de cinco contas como pode ser visualizado na tabela 01.

Construiu-se, como o segundo passo metodológico da pesquisa, um banco de dados com as informações coletadas. Neste banco de dados criou-se uma variável que contém a soma de todas as receitas oriundas de petro-renda no ano.

Para a realização de comparação dos valores ao longo do tempo, realizou-se a deflação da variável que expressa a soma das receitas oriundas de petro-renda. A deflação baseia-se no IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

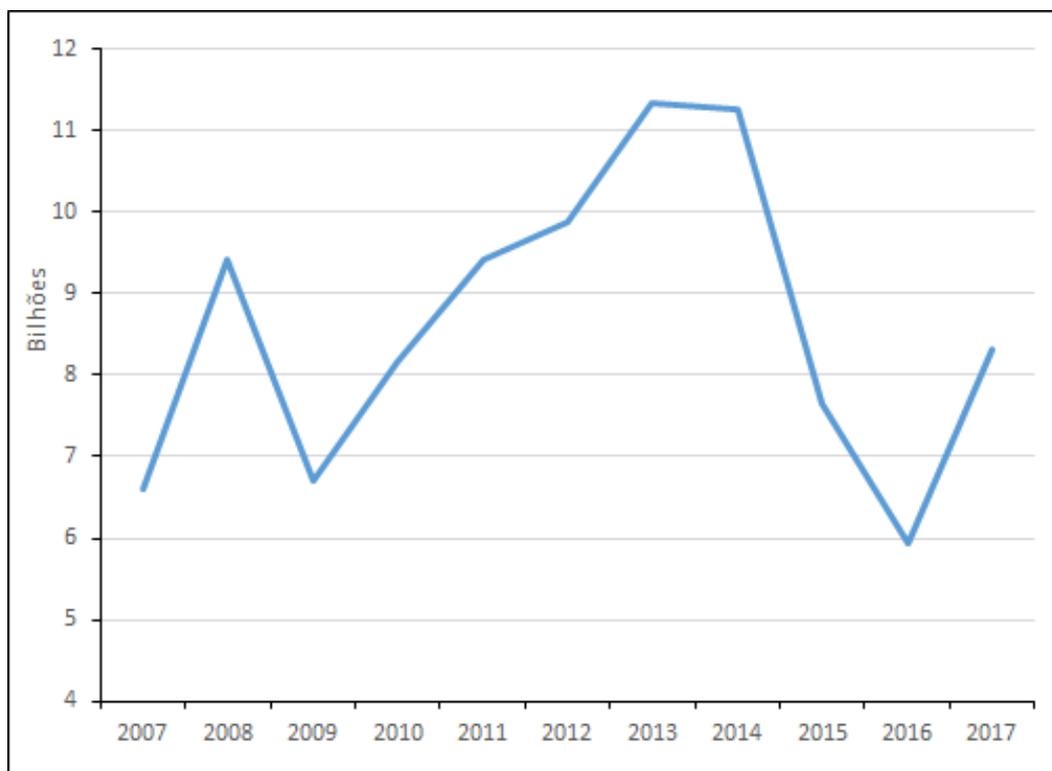
O quarto passo metodológico da pesquisa consiste na criação de um indicador de dependência das petro-rendas. Este indicador tem o objetivo de mensurar qual é a dependência dos municípios brasileiros no que se refere as receitas oriundas das indenizações petrolíferas.

Criou-se o indicador a partir da verificação do percentual que as receitas oriundas das indenizações petrolíferas correspondem da receita bruta realizada dos municípios. Elaborou-se quatro categorias de dependência:

- Até 2% de dependência
- 2,1 % a 10 % de dependência
- 10,1 % a 20 % de dependência
- Acima de 20 % de dependência

O gráfico 01 tem como objetivo principal descrever de forma clara o comportamento dos valores das rendas petrolíferas repassadas ao longo dos últimos dez anos para os municípios brasileiros. Desta forma, a partir da análise do referido gráfico percebe-se que as expressivas quantias que inflam os cofres dos municípios mais beneficiados por elas.

Gráfico 1. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros (2007-2017)

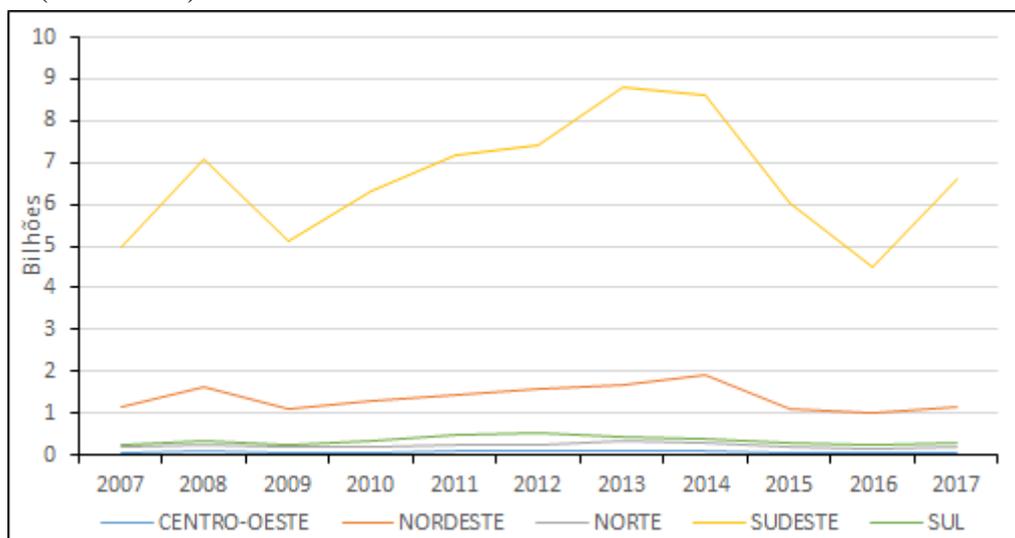


Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Os valores sofreram aumentos abruptos entre os anos de 2009 e 2013, chegando a alcançar patamares acima de 11 bilhões de reais (2013). Por outro lado, é nítida a queda ocorrida entre os anos de 2015 e 2016. Essa queda está ligada a desvalorização do preço do barril do petróleo ocorrido no referido período. Porém, de 2016 para o ano de 2017 nota-se sinais de recuperação.

Agora as questões à serem respondidas direciona-se para a problemática que envolve as regiões do país. Dentro da bibliografia a respeito da coordenação de políticas públicas, sobre a distribuição das fatias oriundas de arrecadações estatais já há de forma robusta uma discussão no que se refere às desigualdades entre as regiões brasileiras. Desta forma, Gráfico 02 apresenta a distribuição das petro-rendas por região.

Gráfico 2. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros, por região (2007-2017)

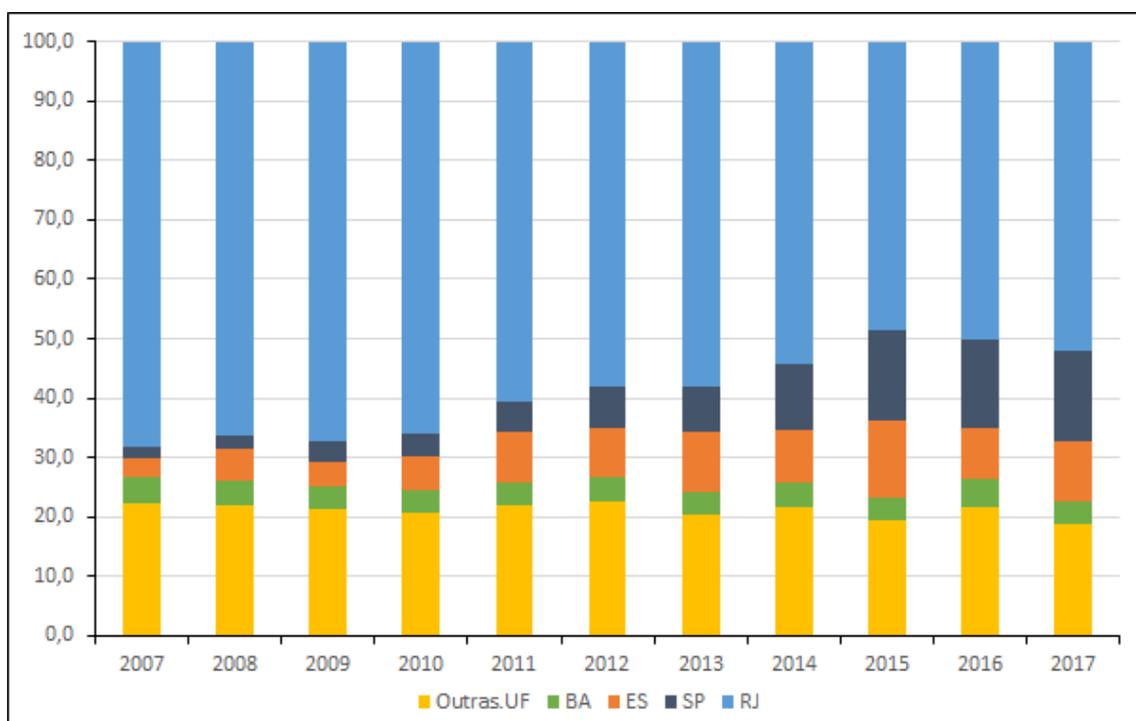


Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

O que pode ser visualizado como um ponto significativo a ser ressaltado neste gráfico é o fato de que há uma grande concentração dos valores repassados de petro-rendas para os municípios que compõem a região Sudeste. Este fato é explicado porque uma parte significativa dos municípios petro-rentistas, ou seja, os municípios que recebem as maiores quantias das indenizações petrolíferas estão localizados nesta região. Outro ponto importante a ser ressaltado é que nesta região foram sentidas as maiores diminuições dos valores dentro do período de crise. Entre 2013 e 2016 ocorreu uma diminuição de cerca de 4,5 bilhões nos valores repassados para os municípios desta região. Essas prefeituras tiveram que, de forma abrupta, encarar uma realidade financeira completamente diferente que vinham enfrentando anteriormente.

Foram demonstrados até aqui a distribuição das indenizações petrolíferas, primeiro, a soma total pelos municípios, em segundo momento demonstrou-se como que esses valores se distribuem, ou seja, decantam nas regiões. Diante deste cenário, um importante questionamento se apresenta: como é que os valores das petro-rendas são repartidos pelos municípios distribuídos por Estado? Neste sentido, o gráfico 3 elucida os valores das indenizações petrolíferas por Unidade Federativa.

Gráfico 3. Distribuição do total das Petro-Rendas nos municípios brasileiros, unidade federativa (2007-2017)



Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores. Adotou-se o método de elucidar os quatro Estados que em algum ano dentro do período estudado foi contemplado com mais de 5 % do valor total de Petro-Rendas.

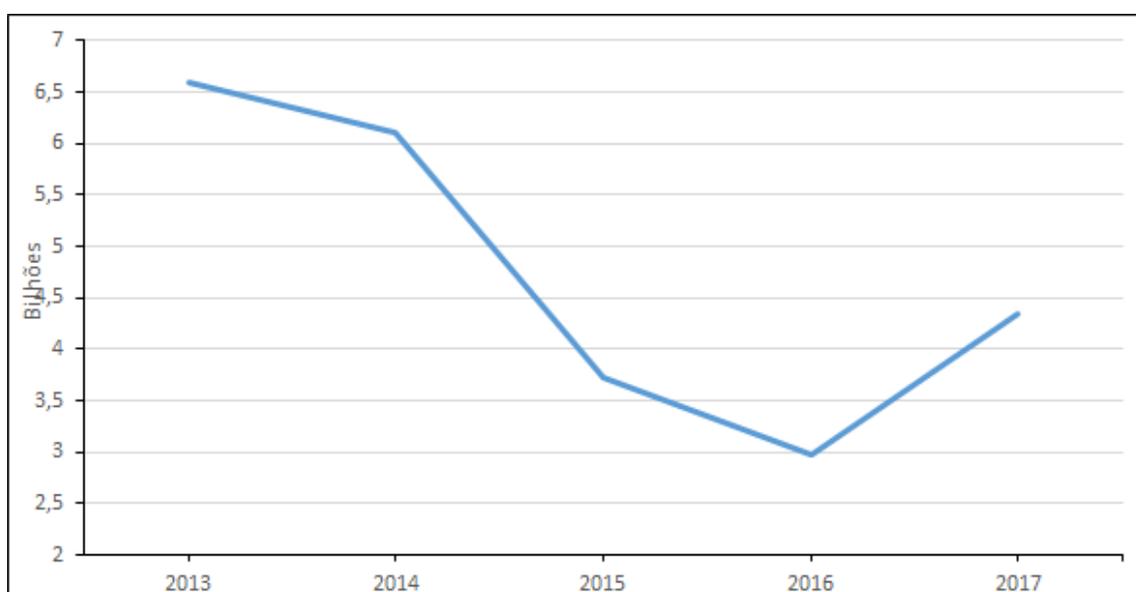
A gráfico 3 dá destaque aos Estados que se apresentam como detentores dos municípios que possuem as maiores parcelas das rendas petrolíferas. O primeiro ponto a ser ressaltado é o fato de que uma parte significativa dos valores se concentram nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo. Unidades federativas que estão localizadas na Região Sudeste do País. Os municípios desses Estados juntos concentram, em todos os anos, uma parcela que gira em torno de 75 % dos valores totais de indenizações petrolíferas.

Outro ponto importante a ser destacado é sobre a concentração de valores nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Este fato é expressivamente relevante a título de compreensão deste trabalho, visto que o mesmo tem como recorte espacial os municípios do referida Unidade Federativa. Neste sentido, as prefeituras do Rio de Janeiro dentro do recorte temporal estabelecido apresentaram uma concentração maior ou igual a 50 % de todo o valor arrecado por petro-rendas. Dentro da análise deste período é notório o fato que nos últimos anos de análise, mesmo possuindo uma forte concentração, o Rio

apresentou uma diminuição da sua fatia do total arrecadado. Nos últimos períodos analisados os municípios do Estado do Espírito Santo e São Paulo aumentaram as suas fatias nas porções arrecadadas de indenizações petrolíferas.

Devido a relevância dos municípios que integram o Estado do Rio de Janeiro para o debate em questão, o foco analítico da discussão volta-se para o referido Estado. O recorte temporal definido para as próximas quatro ilustrações gráficas foi o ano de 2013 ao ano de 2017. Neste sentido, o gráfico a seguir apresenta os valores distribuídos para os municípios do Rio de Janeiro.

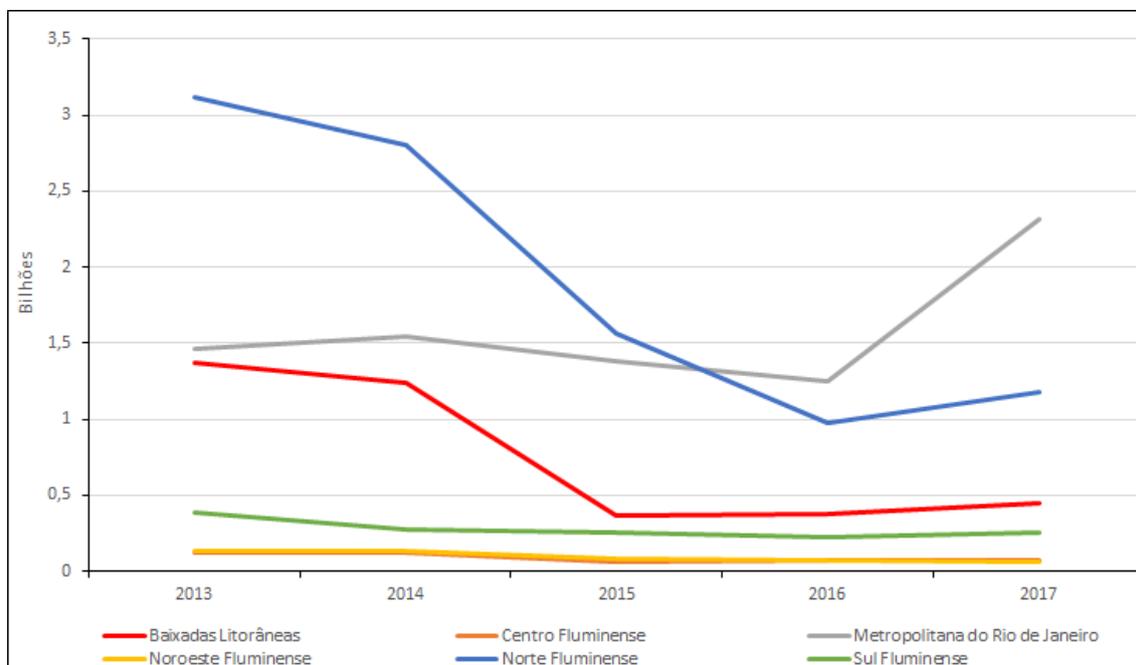
Gráfico 4. Soma das petro-rendas nos municípios do Estado do Rio de Janeiro (2013 - 2017)



Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

A partir da análise do gráfico 4 nota-se que os municípios do Rio de Janeiro sofreram um impacto expressivo ao longo dos cinco anos analisados neste trabalho. Foram notadas sucessivas diminuições nos valores arrecadados de petro-rendas, chegando ao ponto de ter baixas que giram em torno do valor de 3,5 bilhões de reais. Dito de outra forma, comparando o valor recebido de 2013, em torno de 6,5 bilhões, com o valor recebido em 2016, em torno de 3 bilhões, a diminuição é maior que 50 %. Um ponto importante para o debate é saber como que esses valores e consequentemente essas diminuições manifestam-se nos municípios dentro das microrregiões do Estado. Este debate é feito a parte da análise do gráfico 5.

Gráfico 5. Soma das petro-rendas nas Messorregiões do Estado do Rio de Janeiro (2013 - 2017)



Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Como se pode observar no gráfico 5, existe uma concentração dos municípios petro-rentistas nas Messorregiões do Norte, Metropolitana e nas Baixadas litorâneas. É relevante apontar que, dentro dessas três mesorregiões, o Norte Fluminense se destaca por apresentar valores expressivos no que se refere as rendas oriundas de petróleo. Porém, expressa-se também que os municípios da referida mesorregião vêm perdendo espaço nos últimos tempos. Em contramão com as diminuições do Norte Fluminense, os municípios da Mesorregião Metropolitana estão ganhando destaque. Este destaque advém principalmente da alta no que se refere as indenizações petro-rentistas recebidas pelo município de Maricá.

Dentro da discussão em relação as petro-rendas e os municípios do Rio de Janeiro foram destacados, primeiro, como que esses valores se distribuíram no Rio ao longo do período estudado. Em segundo momento, foram elucidados a distribuição por mesorregião. Agora, são apresentadas questões no que se refere à distribuição dos valores pelos municípios do Rio de Janeiro mais dependentes das petro-rendas. Primeira questão: quem são eles? E, segunda questão, o quão são dependentes?

Para responder a primeira pergunta norteadora a tabela a seguir tem por objetivo apresentar alguns dados sobre esses municípios.

Tabela 3. Descrição financeira e populacional dos 15 municípios petro-dependentes

Nome do município	População em 2017	Receita Bruta Realizada em 2017	Mesorregião
Armação de Búzios	31.674	247.631.403	Baixas Litorâneas
Arraial do Cabo	29.077	-	Baixas Litorâneas
Cabo frio	212.289	849.055.542	Baixas Litorâneas
Cachoeiras de Macacu	56.603	209.867.812	Metropolitana
Campos dos Goytacazes	487.186	1.790.521.105	Norte Fluminense
Carapebus	15.293	92.930.221	Norte Fluminense
Casimiro de Abreu	41.167	245.781.069	Baixas
Guapimirim	57.105	177.855.516	Metropolitana
Macaé	239.471	2.177.264.273	Norte Fluminense
Maricá	149.876	1.242.547.513	Metropolitana
Parati	40.975	224.719.455	Sul Fluminense
Quissamã	23.125	212.489.332	Norte Fluminense
Rio das ostras	136.626	610.032.710	Baixas Litorâneas
São João da Barra	34.884	346.015.493	Norte Fluminense
Silva jardim	21.279	-	Baixas

Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

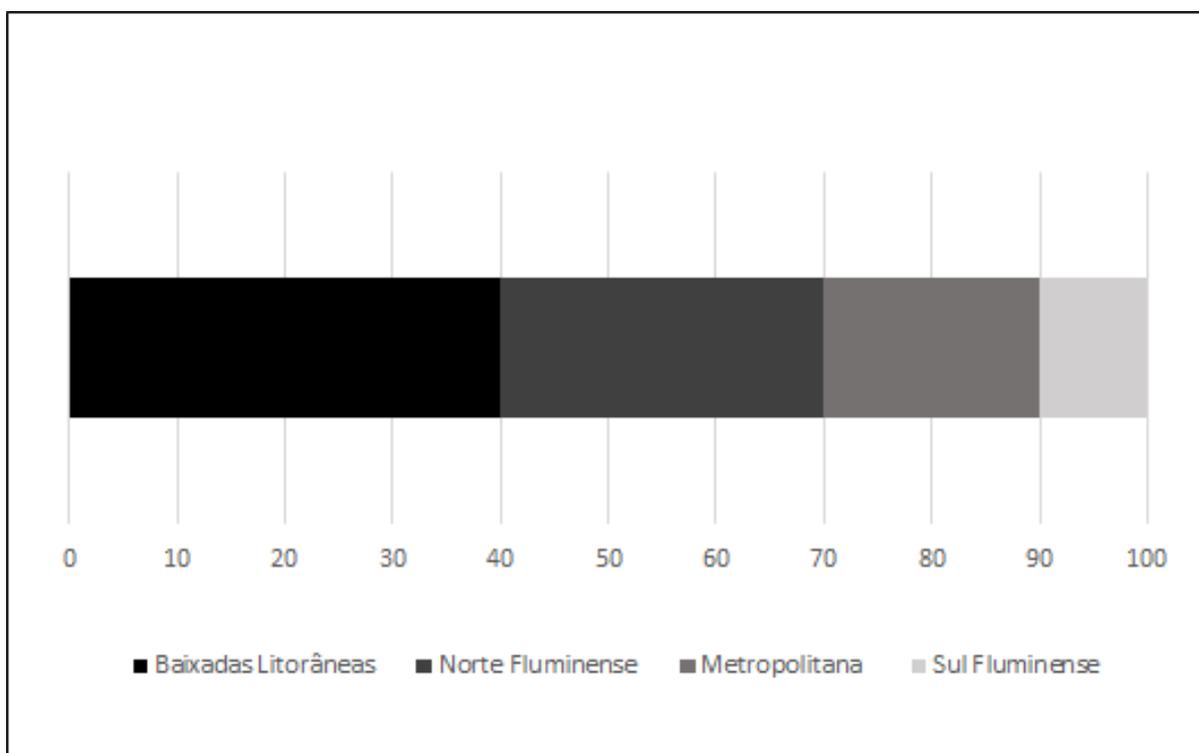
A tabela em questão aborda variáveis relacionadas ao porte populacional e ao porte financeiro dos municípios identificados como petro-rentistas, como também a sua distribuição dentro das mesorregiões do Estado do Rio de Janeiro. Ao abordar a questão do porte populacional identifica-se que uma parte significativa dos municípios petro-dependentes, precisamente dez, possuem uma população abaixo dos 60 mil habitantes. Dentre esses o de menor porte populacional é a prefeitura de Carapebus. Quatro possuem uma população que varia em torno de 140 a 210 mil habitantes. O município de maior porte populacional dentro dos petro-rentistas é Campos dos Goytacazes.

Ao forçar na variável financeira percebe-se que predominantemente essas prefeituras apresenta uma receita entre 200 e 400 milhões de reais. As maiores receitas são identificadas respectivamente no município de Macaé, Maricá e Campos dos Goytacazes. É importante dar uma ênfase, neste sentido, no penúltimo município citado, Maricá. Ao fazer a relação entre o porte populacional e a receita bruta realizada por este município no ano de 2017 percebe-se uma discrepância significativa quando comparado

com os outros municípios petro-rentistas. Maricá possui uma população em torno de 145 mil habitantes com uma receita bruta realizada de 1.2 bilhões de reais. Este fato realça o quanto as indenizações petrolíferas inflam os cofres dos municípios petro-dependentes.

Agora, sobre a questão da distribuição desses municípios dentro do Estado do Rio destaca-se o gráfico a seguir que apresenta a distribuição percentual dos municípios petro-dependentes dentro do Estado.

Gráfico 6. Distribuição percentual dos 15 municípios petro-rentistas nas mesorregiões do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração dos autores.

Percebe-se que 40 % dos municípios dependentes das indenizações petrolíferas estão localizados na Baixada Litorânea do Estado, ou seja, seis dos quinze municípios estão na referida mesorregião. O segundo local com mais municípios é o Norte Fluminense que detém 30 %. A terceira mesorregião é a Metropolitana com dois municípios e por fim, a mesorregião do Sul com um município. Ou seja, as prefeituras petro-dependentes se concentram na mesorregião da Baixada Litorânea e Norte Fluminense. Neste momento do trabalho os esforços metodológicos se voltam para a questão do tamanho da dependência dessas prefeituras no que se refere as rendas petrolíferas. Neste sentido, a tabela 4 tem o objetivo de sanar esta inquietação.

Tabela 2. Soma das petro-rendas nos municípios mais dependentes, em milhões

Nome dos municípios	2013	2014	2015	2016	2017	% (2013-2017)
MARICÁ	204	303	336	333	776	281
RIO DAS OSTRAS	457	433	193	104	124	-73
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1.820	1.686	751	429	497	-73
CABO FRIO	462	433		103	133	-71
CASIMIRO DE ABREU	173	156	71	42	53	-69
SÃO JOÃO DA BARRA	314	322	214	110	122	-61
ARMAÇÃO DE BÚZIOS	117	73	60	38	47	-60
QUISSAMÃ	141		77	52	62	-56
CARAPEBUS	55	56	33	24	29	-47
MACAÉ	738	701	470	342	435	-41
PARATI	107	125	79	60	70	-35
GUAPIMIRIM	72	76	51		48	-34
CACHOEIRAS DE MACACU	59	59	41	32	42	-28
ARRAIAL DO CABO	61	62	36			
SILVA JARDIM	52	53		28		

Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

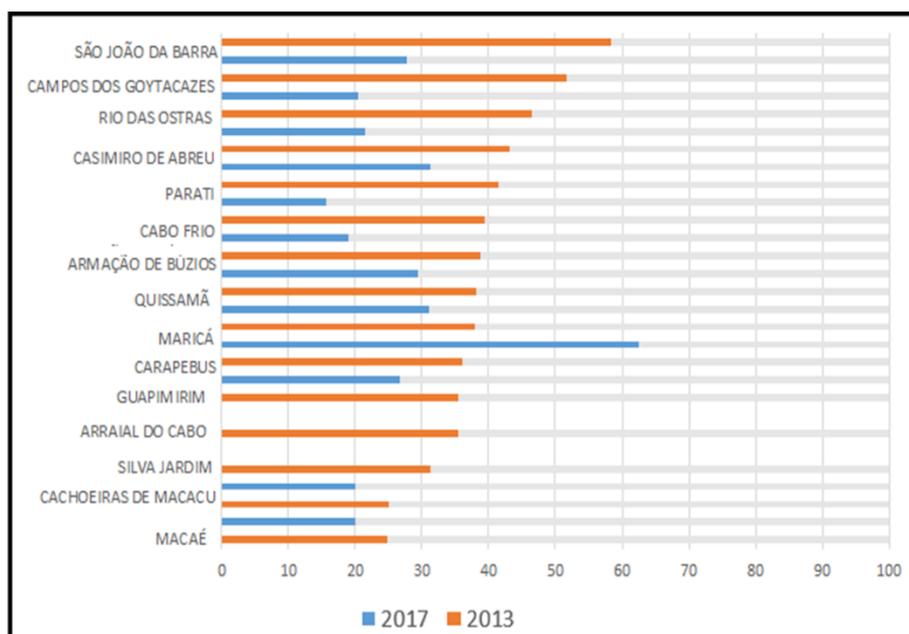
A tabela 4, busca contribuir com respostas as perguntas apresentadas no parágrafo anterior. Neste sentido, apresenta-se os valores arrecadados de petro-rendas pelos municípios identificados como os mais dependentes dentro do período estudado. Identificou-se os municípios mais dependentes, como já explicitado no começo deste capítulo, aqueles que possuíam em 2013 um percentual de 20 ou mais por cento das suas receitas oriundas de indenizações petrolíferas.

Neste sentido, os resultados explicitados na tabela elucidam de forma expressivamente clara como que as diminuições impactaram a realidade financeira dos municípios. A título de exemplificação, dos 15 municípios apresentados 7 tiveram uma diminuição de mais de 50 %. O município de Campos dos Goytacazes, por exemplo, expõe fortemente o processo de sucessivas diminuições que ocorreu dentro do espaço de tempo estudado. Em 2013, o referido município recebeu um valor em torno de 1.820 bilhões, enquanto que se olharmos para os valores de 2017, nota-se que declinou para valores em torno de 420 milhões, ou seja, uma diminuição de 1.4 bilhão. Dito de outra formar, no município de Campos dos Goytacazes em 4 anos os valores oriundos de indenizações petrolíferas caíram cerca de 73 por cento. Essas diminuições também são vistas em quase todos os outros municípios discriminados como dependentes.

Em contramão as experiências visualizadas em uma parcela expressivas de município, nota-se que a prefeitura de Maricá apresentou sucessivos aumentos em sua arrecadação financeira com as petro-rendas. Este salto financeiro é notado quando comparado o ano de 2013 ao ano de 2017. Neste período nota-se um abundante salte de 281% nos valores arrecadados pelo referido município.

Dessa forma, os resultados encontrados e destrinchados na tabela 02 dão um panorama no quanto o período de crise afetou os municípios dependentes das petro-rendas. Neste sentido, uma pergunta se mostra interessante dentro da proposta investigativa apresentada, qual foi o impacto dessas sucessivas diminuições dentro da composição orçamentária dos municípios dependentes?

Gráfico 7. Percentual correspondente das petro-rendas no valor total da receita dos municípios nas prefeituras petro-dependentes (2013 – 2017)



Fonte: Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores. Os municípios de Arraial do Cabo e Silvia Jardim saíram da análise em 2017 por falta de dados a respeito da receita bruta realizada pelo município.

O gráfico 7 ilustra o quanto que as petro-rendas representam do total das receitas dos municípios mais dependentes. A partir do gráfico 7 é possível também fazer uma comparação entre 2013 e 2017 da relevância das petro-rendas para a composição dos orçamentos das prefeituras destacadas. Os resultados obtidos demonstram que a participação percentual das petro-rendas diminuiu consideravelmente em quase todos os

municípios, excerto em Maricá. Essa diminuição é expressivamente perceptível quando o gráfico 7 é analisado.

Diante dessa situação, como que os municípios fluminenses se adaptaram ao novo cenário financeiro no que se refere ao financiamento das políticas públicas, que em conjunto, formam o colchão social brasileiro? Um cenário de imensa diminuição de receitas que por anos, como visualizado no gráfico 1, chegou em quantias expressivas, principalmente, nos municípios fluminenses. Essa questão é um momento espetacular para o desenvolvimento de pesquisas quantitativas sofisticadas voltadas para a coordenação, o provimento e análises financeiras de políticas públicas providas pelas máquinas públicas municipais; as prefeituras brasileiras.

Este trabalho busca contribuir neste cenário. A pergunta apresentada no começo do parágrafo anterior é respondida ao longo deste trabalho para questões voltadas à operacionalidade do SUS em tempos de crise econômica; assunto tema principal do terceiro capítulo desta empreitada. Porém, antes de entrar especificamente nos contornos dos resultados voltados para as relações entre restrições das indenizações petro-rentistas e SUS precisa-se esclarecer a relevância dos municípios para o funcionamento do SUS, este é o tema principal do capítulo II do referido trabalho.

1.2. Royalties, desenvolvimento econômico local e gastos sociais

O arcabouço jurídico sobre o tema não especifica formas que os recursos oriundos das arrecadações de royalties de petróleo devem ser gastos, porém veda a sua utilização para o pagamento de dívidas e quadro permanente de pessoal (Brasil, 1997, p. 3). Logo, existe uma alta margem de discricionariedade por parte das administrações municipais para a utilização desses recursos. Espera-se que esses sejam aplicados em determinadas áreas que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vida dos munícipes (Gomes, 2007). Por exemplo, no fomento do desenvolvimento local e no aumento dos gastos sociais.⁷

O artigo escrito por Fernando Postali denominado: “Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos Municípios no Brasil” avalia se os recursos

⁷ Entende-se gasto social como “... o gasto público com programas voltados para a melhoria, a curto ou longo prazos, das condições de vida da população, e também para o atendimento mais amplo das demandas sociais colocadas pelo status de cidadania...” (Fernandes et al., 1998, p. 5).

de royalties distribuídos aos municípios fluminenses colaboram para o crescimento de seus PIBs (Postali, 2007, p. 2). O principal achado encontrado esclarece que os municípios contemplados com tais recursos cresceram menos que os municípios que não receberam recursos. Ademais, quanto maior o volume de royalties transferidos, menor tende a ser o crescimento econômico do município (Postali, 2007, p. 16).

O artigo escrito por Rosana de Souza Gomes denominado: “ A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do estado do rio de janeiro ” discute a hipótese de que o aumento das receitas promovido pelos royalties resultaria em aumento das despesas sociais e na melhora dos indicadores de saúde e educação selecionados (Gomes, 2007). Os resultados obtidos apontam que os municípios com altas receitas de royalties possuem um gasto social per capita maior do que os demais municípios fluminenses. As funções sociais que mais receberam recursos foram saúde e educação seguidos pelo urbanismo (Gomes, 2007).

Os dois artigos supracitados contribuem, de certa forma, para verificar se os royalties de petróleo são utilizados nos municípios para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes. No primeiro caso nota-se que a afirmação quase natural de que os royalties do petróleo contribuem com o crescimento do PIB dos municípios que os recebem pode se provar como falsa. O achado encontrado pelo o artigo caminha em uma direção análoga ao da maldição dos recursos naturais apontada pela a literatura especializada. No qual diz que países ricos em recursos naturais tendem a apresentar taxas de crescimento menores que os países relativamente desprovidos (Postali, 2007, p. 16). No segundo caso, encontrou-se uma relação positiva entre municípios recebedores de royalties e maiores gastos sociais. Por outro lado, devido a forma de partilha dos royalties alguns municípios são beneficiados com muitos recursos e a maior parte com pequenas parcelas. Encontrou-se uma diferença expressiva no gasto social per capito entre os municípios com maior receita e os com menor receita de royalties (Gomes, 2007).

Outra discussão teórica que se faz presente dentro do eixo deste debate é sobre os efeitos “perversos” de ser dependente das rendas petrolíferas. A lógica “perversa” identificada na doença holandesa pode ser verificada, em boa medida, no *modus operandi* de financiamento municipal daqueles municípios ditos petro-rentistas. O que pode gerar a longo prazo um ciclo de preguiça fiscal nas prefeituras que possuem as suas receitas

infladas por essas rendas de petróleo, como demonstrado por Serra e Mothé (2007) ao analisar o município de Campos dos Goytacazes/RJ. Dito de outra forma, os municípios deixam de sofisticar seus instrumentos fiscais de arrecadação tributária sobre as outras fontes de receitas, já que recebem volumosos repasses petrolíferos. É relevante deixar claro que a realização ou a não realização de ações fiscais adotadas pelos municípios geram custos/benefícios políticos.

Os prefeitos passam por um processo de avaliação popular a cada quatro anos, fato que gera recálculos estratégicos para os malefícios da adoção de políticas públicas impopulares, como por exemplo, sofisticação metodológica na cobrança do IPTU ou ISS. Os municípios que possuem uma parcela significativa de receita oriunda da exploração de petróleo deixam de adotar medidas que visam melhorar a contribuição de outras fontes de receitas temendo, por exemplo, os custos políticos dessa medida fiscal.

CAPÍTULO 2: A RELEVÂNCIA DOS MUNICÍPIOS PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A grande questão que norteia o debate teórico apresentado nesta seção é discussão a respeito das razões, ou seja, dos processos políticos institucionais, que fazem com que os municípios brasileiros sejam peças-chave para a operacionalização do SUS. Desse modo, para expor a importância das prefeituras no funcionamento desse sistema essa seção está respaldada em dois argumentos principais.

O primeiro argumento, se refere aos contornos entre a constituição de 1988 e políticas sociais. Para compreender o assunto destacado nesta parte do trabalho precisa-se dar alguns passos para trás e focar as atenções bibliográficas para um assunto que antecede a relação entre município e sistema de saúde, refiro-me ao pacto federativo atual brasileiro e seus reflexos para as políticas sociais, como também ao processo de coordenação de políticas públicas adotado no Brasil ao longo de mais de 30 anos da adoção dos preceitos da carta magna brasileira.

No segundo debate apresentado, propõem-se discutir as formas que se desencadeou o processo de institucionalização do SUS. Ou seja, quais foram as peculiaridades das relações institucionais, dos arranjos políticos desenhados e as articulações produzidos por atores políticos com poder de decisão para, de fato, tirar a universalização da saúde do papel e integrar por meio de políticas públicas à população.

2.1. A configuração do campo das políticas sociais após a constituição de 1988

O novo desenho institucional definido após a promulgação da constituição de 1988 mudou a forma de provisão de políticas sociais no Brasil (Arretche, 2002, p. 27; Viana e Machado, 2009). O principal motivo dessa mudança foi o fato da CF/88 expressar diretrizes descentralizantes associadas à transferência de um conjunto expressivo de atribuições e competências para os níveis subnacionais de governo, como também para a autonomia dos entes federados no que se refere às questões fiscais, tributárias e à implementação de políticas públicas. Esse conjunto de características atribuído ao novo desenho institucional modificou sobre tudo, o campo da política social.

No que se refere as novas atribuições e competências dos agentes subnacionais nas políticas sociais, observa-se uma expressiva mudança no papel institucional ocupado pelos os mesmos (Lotta, Gonçalves e Bitelman, 2014). Os Estados e Municípios

ocupavam o lugar de “agentes administrativos” executores de políticas concebidas e financiadas pelo governo central, após a reabertura democrática e posteriormente pelo o novo desenho institucional, ocupam um papel crucial na tomada de decisão para a provisão de políticas sociais.

No aspecto do novo arranjo fiscal e tributário, a descentralização resultou numa diminuição da concentração fiscal do governo central e num aumento progressivo da capacidade tributária dos entes subnacionais, principalmente, dos municípios. (Afonso e Araujo, 2001). Nesse período a receita tributária disponível pelo o governo central decresceu da casa dos 75% na década de 1970 para aproximadamente 63%, em 1988. Enquanto que paulatinamente a capacidade de arrecadação dos municípios aumentou de 6,6% na década de 1970 para 11%, em 1988 e para 16% em 2000. (Ribeiro, 2005)

Quanto a implementação de políticas públicas, notou-se também a desconcentração de atribuições da esfera central para esferas subnacionais. No novo desenho institucional as administrações estaduais e municipais brasileiras adquiriram importantes atribuições na definição e na provisão de políticas públicas, principalmente no que se refere às áreas sociais, como educação e saúde. (Lotta, Gonçalves e Bitelman, 2014)

A reconfiguração do campo da política social fomentado pelas diretrizes descentralizantes visavam, sobre tudo, viabilizar os direitos sociais garantidos expressamente na constituição. Por tanto, o modelo institucional de atuação do Estado⁸ no campo da política social foi reconfigurado, após a constituição, para operacionalizar o sistema de seguridade social⁹ assegurado nos princípios constitucionais.

2.2. O arranjo institucional brasileiro na provisão de políticas sociais

A constituição não expressa sistematicamente a configuração do arranjo institucional para provisão de políticas sociais. Esse foi moldado por leis e normas infraconstitucionais realizadas, em sua maioria, na década de 90. Após a efetivação dessas leis e normas o arranjo institucional no qual as políticas sociais são providas caracteriza-se, principalmente, pela concentração de autoridade do governo central, pela

⁸ O Estado está empregado no sentido genérico.

⁹ A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações dos entes federados destinado a assegurar os direitos universais relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Ipea, 2005). A seguridade Social está explicitada do artigo 194 ao artigo 204 na constituição federal.

transferências de recursos para os entes subnacionais e pela descentralização de competências para os municípios. (Abrucio, 2005; Arretche, 1996, 2004; Lotta, Gonçalves e Bitelman, 2014).

As relações federativas para a provisão de políticas sociais no Brasil são marcadas pela concentração de autoridade do governo federal. Cabe a União o papel de principal financiador, como também o de normatização e de coordenação das relações intergovernamentais (Arretche, 1996, 2004). No que se refere ao financiamento, a União é o principal financiador da área da seguridade social (Arretche, 2004, p. 18). O financiamento é realizado pela participação direta da União e por uma dinâmica de repasses que envolve os Estados e os Municípios. Quanto a normatização, a União foi responsável por constitucionalizar o processo de normatização das políticas sociais. A União tratou de aprovar emendas constitucionais para normatizar a área da educação¹⁰ e a área da saúde¹¹ (Ribeiro, 2005). A respeito da coordenação das relações intergovernamentais, coube a União a responsabilidade de prover a coordenação dessas políticas. Os mecanismos de coordenação utilizados pelo o referido caracteriza-se, principalmente, por um modelo indutivo que transfere verbas segundo metas ou políticas-padrão estipuladas nacionalmente (Abrucio, 2005, p. 53).

A dinâmica de transferência de verbas para os entes subnacionais é uma das principais características do arranjo institucional das políticas sociais. As transferências de verbas é um mecanismo usado para atenuar a heterogeneidade da capacidade de arrecadação própria dos municípios brasileiros. A sua operacionalização é feita através de dinâmicas que envolvem recompensas e sanções relacionadas à adesão dos municípios, como também o estabelecimento de regras claras e universais (Lotta, Gonçalves e Bitelman, 2014). No campo das políticas sociais as transferências tem o papel dar um perfil programado e uniforme aos programas, sem retirar a autonomia dos governos subnacionais. (ABRUCIO, 2005).

¹⁰ Na educação emenda constitucional número 14 de criação do Fundef. O Fundef foi criado para operar como um instrumento indutor do processo de “municipalização” do ensino fundamental e para imprimir um caráter redistributivo aos recursos para ele alocados, de acordo com a orientação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (Oliveira, De, 2003).

¹¹ Na saúde a emenda constitucional número 29, que estabelece os gastos mínimos do entes federativos para a saúde. Estados devem gastar no mínimo 12% de suas receitas em saúde. Os municípios devem atingir o patamar de 15%. Na União o gasto em saúde deve acompanhar a variação do crescimento do PIB (Oliveira, De, 2003).

Em um contexto de disparidades econômicas e sociais entre os municípios, os mesmos aparecem como peças fundamentais na provisão de políticas sociais. Após a constituinte de 1988 houve uma valorização dos municípios no desenho institucional das políticas sociais. Essa valorização aconteceu através do aumento de suas atribuições administrativas (Leite, 2010). Em diversas áreas no campo das políticas sociais, como na saúde¹², na educação¹³, na assistências social¹⁴ e nas políticas de transferência de renda¹⁵ os municípios possuem importância crucial, principalmente, no que se refere a implementação. (Leite, 2010; Lotta, Gonçalves e Bitelman, 2014; Ribeiro, 2005). Nessas áreas o Governo Federal tende a relacionar-se diretamente com as esferas locais de governo. O aumento das atribuições administrativas dos municípios somado com a relação direta entre o governo local e o federal caracteriza-se como processo de municipalização¹⁶ das políticas sociais. (Leite, 2010)

Dessa forma, o arranjo institucional para a políticas sociais no Brasil é operacionalizado a partir da colaboração de todos os entes federados. Os processos de financiamento, normatização, coordenação e implementação são distribuídos desproporcionalmente entre eles. A União centraliza uma carga de atribuições. Cabe a ela o papel de principal financiador, normalizador e coordenador das políticas sociais. A principal forma de coordenação são os mecanismos de transferências de renda. Enquanto, que a incumbência da operacionalização da implementação das políticas pertence, na maioria dos casos, aos municípios. Os mesmo passaram por aumentos sucessivos nas suas

¹² O processo de operacionalização do SUS tem como pilar os governos locais. Na década de 1990 a grande maioria das medidas administrativas relacionadas ao tema, como as Normas Operacionais Básicas (NOBS) tratavam, de certa forma, da expansão ou do fortalecimento das atribuições dos municípios na implementação do Sistema Único de Saúde. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001)

¹³ Na educação houve uma municipalização significativa de oferta de matrícula no ensino fundamental. “... A matrícula total do setor público cresceu 6,7% no período, ao passo que as matrículas oferecidas pelos municípios cresceram 34,5% e as matrículas estaduais tiveram crescimento negativo (-12,4%) ...” (Arretche, 2002, p. 38)

¹⁴ O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) passou também por um processo de municipalização. Neste contexto a NOB/SUAS previu três diferentes níveis de gestão municipal: a gestão inicial, a básica e a plena. (Stopa, 2012, p. 80)

¹⁵ O programa nacional de transferência de renda, o Bolsa Família, é operacionalizado a partir de convênios entre o Governo Federal e as prefeituras municipais. Essas são responsáveis pela triagem dos interessados e cadastramento dos beneficiários num sistema eletrônico gerenciado e monitorado pelo Governo Federal (Leite, 2010, p. 309)

¹⁶ Municipalização refere-se a desconcentração dos serviços e a descentralização da gestão aos municípios. (Silva, 2001, p. 65)

atribuições administrativas no campo da política social. Esse movimento foi denominado municipalização das políticas sociais.

2.3. SUS: Das ruas à constituição

Nesta seção o arcabouço teórico delimita-se a duas perspectivas. A primeira perspectiva volta-se para a consagração das demandas referente aos direitos à saúde de todos os cidadãos brasileiros, formalizadas em lei na constituição de 1988. A segunda perspectiva refere-se à amarração institucional do Estado para prover os direitos à saúde garantidos na constituição. Mas especificamente, ao arcabouço regulatório do SUS, restringido a uma abordagem sobre as Normas Operacionais Básicas (NOBS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na história sanitária brasileira. A relevância histórica desse sistema se faz presente ao menos por dois motivos. Primeiro motivo, o SUS reúne as principais demandas existentes entre os anos 60 e 80 no movimento nacional sanitarista¹⁷ (Regina Abreu; Helena Monteiro; Guilherme Netto, 2013; Silva, 2001, p. 69). O segundo motivo se faz presente porque o SUS reconfigura a concepção de garantias sociais no campo da saúde ao garantir, no plano nacional, atenção universal, igualitária e integral à saúde (Brasil, 1996, p. 83).

No que se refere ao primeiro motivo encadeado, o movimento sanitarista desde da 1960 articulava-se para reconfigurar, ampliar e aprimorar o direito à saúde no Brasil (Silva, 2001, p. 57). Nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) os membros desta sociedade cível organizada debatiam e projetavam assuntos de grande relevância nacional. Por exemplo: A descentralização das atribuições federais pra a provisão de políticas de saúde e metodologias para controle de endemias. Após a realização da oitava conferências nacional de saúde ocorrida em 1986, o movimento sanitarista obteve uma das suas principais conquistas. O relatório final elaborado na referida conferencia, no qual detalhava as principais demandas do movimento, foi introduzido na constituição promulgada dois anos depois. De modo prático, esse fato transformou o SUS em um direito e por consequência deu um salto expressivo nas garantias sociais no campo da saúde no Brasil.

¹⁷ “... O Movimento pela Reforma Sanitária foi um movimento social formado por dirigentes e técnicos de instituições de saúde, membros da academia, movimentos sociais e outros setores interessados, que se articulou a partir dos anos 60 em torno da superação do modelo de assistência à saúde então praticado no país...”(MACHADO, 2007, p. 29)

A remodelagem da proteção social à saúde é o segundo argumento elencado anteriormente para explicar o teor histórico do SUS. O SUS atribui ao Estado três novos direitos a serem assegurados aos cidadãos brasileiros¹⁸ (MACHADO, 2007, p. 37). São eles a universalidade de acesso¹⁹, a igualdade no exercício do direito a saúde²⁰ e a integralidade da atenção²¹. Segundo o autor José Machado, os três direitos supracitados, tomados em seu conjunto, definem o estado de *optimalidade* social²² a ser perseguido na provisão dos bens e serviços garantidos na constituição federal:

Esses três atributos definem um estado de *optimalidade* social quanto ao exercício do direito à saúde, ou seja, uma situação típica idealmente ótima a ser assegurada pelo Estado, onde todos têm, igualmente, acesso integral aos bens e serviços necessários à conquista da sua saúde (MACHADO, 2007, p. 38).

Dessa forma, o direito a saúde no Brasil caracterizado, antes do SUS, primeiro por um caráter seletivo, segundo por um tratamento desigual e terceiro por um tratamento apenas parcial dos problemas de saúde da população (LUCHESE, 1996; MACHADO, 2007; Silva, 2001). Passou a ser assegurado, após o SUS, a todos os cidadãos brasileiros numa complexa rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo o Estado.

A expansão da proteção social na área da saúde promoveu um expressivo aumento das atribuições e responsabilidades do Estado na referida área. O aparato estatal necessitou de uma reformulação das relações institucionais para operacionalizar os direitos inseridos no arcabouço legal do SUS (Viana e Machado, 2009). A regulação e a amarração institucional para fornecimento e coordenação das políticas de saúde é o principal tema da segunda perspectiva apresentada.

¹⁸ As prerrogativas do SUS resume-se na seguinte frase: Saúde: direito de todos e dever do Estado (LUCHESE, 1996, p. 82).

¹⁹ A universalidade de acesso se refere a remoção de qualquer barreira que impeça os cidadãos de adentrar no sistema de saúde. (MACHADO, 2007, p. 37)

²⁰ A igualdade no exercício do direito à saúde pelos cidadãos se refere a relação de equivalência entre todos diante das garantias concedidas pelo Estado quanto à saúde.(MACHADO, 2007, p. 37)

²¹ A integralidade da atenção se refere a intenção de integrar todas ações no campo da saúde coletiva. Nas dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, programáveis e de urgência. (MACHADO, 2007, p. 37)

²² "... Numa acepção geral, um estado ótimo pode ser definido como o melhor possível, dadas certas condições. O ótimo de acesso aos serviços de saúde é aqui apresentado como ideal normativo estabelecido a partir dos princípios definidos constitucional e legalmente sob o Sistema Único de Saúde..." (MACHADO, 2007)

2.4. O arcabouço institucional do SUS

A estrutura-institucional do SUS foi organizada através de um dispositivo jurídico-legal formado pela Constituição de 1988 e pela às Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142 (LUCHESE, 1996, p. 91; MACHADO, 2007, p. 45; Silva, 2001, p. 71). Essa legislação tipifica as atribuições e competências dos entes federados, as relações entre gestores, os critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios e outros aspectos que toca a organização do SUS. O referido dispositivo jurídico-legal foi regularizado por portarias emitidas pelo o ministério da saúde na década de 90 (Levcovitz, Lima e Machado, 2001). Essas portarias denomina-se Normas Operacionais Básicas (NOBS).

Esta perspectiva traz como foco principal uma abordagem teórica sobre as NOBS. Esta abordagem especifica as características e os fatores determinantes para a descentralização do Sistema Único de Saúde de cada norma operacional básica. E como as determinações dessas normas tomaram os municípios brasileiros como base para organização do sistema de saúde. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 286; MACHADO, 2007, p. 45; Silva, 2001, p. 89; Viana, Lima e Oliveira, 2002, p. 13)

2.5. NOBs e o seus efeitos para a descentralização da saúde

As NOBs foram os instrumentos fundamentais para efetivação do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (Arretche e Marques, 2002, p. 466). Embora exista limitações teóricas ao abordá-las, ao passo que uma série de variáveis importantes para a consolidação do SUS não foram tipificadas na regulação das mesmas (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 273), as referidas são os principais objetos analisados no que se refere as relações entre os entes federados no arranjo institucional do SUS. As NOBs possuem caráter transitório, visto que foram reeditadas de acordo com os avanços do processo de implementação do SUS (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 273). Foram emitidas na década de 90 três NOBs: NOB SUS 01/91²³, NOB SUS 01/93²⁴ e a NOB SUS 01/96²⁵. Serão abordadas aqui, em ordem cronológica, as principais características

²³ A referida norma foi editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991.

²⁴ A referida norma foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993.

²⁵ A referida norma foi publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

de cada NOBs e como contribuíram para a concretização do processo de descentralização do sistema de saúde.

2.6. NOB SUS 01/91

A primeira Norma Operacional Básica, a NOB/91 refere-se, principalmente, a criação de dois tipos de mecanismos. São eles o mecanismo de controle e avaliação e o mecanismo para criar efetividade nos recursos financeiros repassados para instâncias subnacionais (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 276). As principais mudanças realizadas pela referida NOB foi:

- “... a) a uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
- b) a criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados,⁷ que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação;
- c) a definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e a indicação do rumo a ser tomado pelos sistemas de saúde locais...”

Embora tenha sofrido uma série de críticas relacionadas, por exemplo, aos mecanismos de transferência proposto. A NOB/91 representou um rompimento com os antigos métodos de financiamento e coordenação e os primeiros passos para o maior envolvimento municipal no sistema de saúde. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 275).

2.7. NOB SUS 01/93

A segunda Norma Operacional Básica, a NOB SUS 01/93, representa a tradução operacional das demandas de grupos de influência²⁶ que, no começo da década de 90, requisitavam maiores graus de refinamento dos processos de municipalização das ações e serviços de saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 276). A referida NOB determina, ao menos, duas mudanças importantes para a condução do SUS.

A primeira mudança destacada na NOB SUS 01/93 foi o reconhecimento da necessidade de uma estratégia de transição para um modelo de descentralização plena do sistema de saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 276). Foram criados três níveis

²⁶ Um exemplo de um grupo de influência no setor público de saúde à época foi o grupo Especial de Descentralização (GED). O referido grupo reunia representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS). Este grupo pautava as suas discussões para formas de ser concretizada uma “municipalização possível” face às limitações conjunturais do Brasil. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 276)

de habilitação coexistentes de gestão municipalizada de saúde, com diferentes competências e capacidades administrativas e financeiras. São elas a gestão incipiente, a gestão parcial e a gestão semiplena (Silva, 2001, p. 75). Destaca-se aqui a habilitação semiplena, que possibilita a transferência de recursos sem exigir dependência direta com a produção, esse novo modo de transferência denominou-se transferência fundo a fundo. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 276; Silva, 2001, p. 74)

A segunda mudança destacada na NOB SUS 01/93 foi a institucionalização de duas instancias permanentes de negociação entre os níveis de governo (Silva, 2001, p. 74). A primeira denominadas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) (União, estados municípios). E a segunda denominada Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (estados e municípios). Essas instâncias de negociação tinham como objetivo principal descentralizar as arenas decisórias relacionadas ao sistema de saúde.

Tanto a primeira mudança destacada, ligada a implementação de gestões do sistema de saúde de forma progressiva. Quanto a segunda mudança destacada, referente a implementação de mecanismos institucionais de negociação entre os entes federados. Realçam a principal característica da NOB SUS 01/93, a atribuição de responsabilidades, prerrogativas e direitos crescentes para os municípios (Silva, 2001, p. 75).

2.8. NOB SUS 01/96

A terceira e última Norma Operacional Básica, a NOB SUS 01/96, aprimora certos mecanismo regularizados nas normas anteriores e traz importantes avanços no processo de descentralização na área da saúde. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 275; Viana, Lima e Oliveira, 2002, p. 501). A NOB/96 institui duas novas formas de habilitação de gestão, a gestão plena de atenção básica e a gestão plena do sistema municipal, que substituem as anteriores (Silva, 2001, p. 75). A mesma também avança em aspectos relacionados a transferências de recursos federais e ao modelo assistencial (Silva, 2001, p. 75).

No que se refere as novas formas de gestão, o autor Silva (2001) resume as responsabilidades, requisitos e prerrogativas das duas novas condições de gestão. Os município habilitados na **gestão plena da atenção básica** são atribuídos as seguintes responsabilidades, requisitos e prerrogativas:

“... As responsabilidades são: elaborar a programação municipal dos serviços básicos; gerenciar as unidades ambulatoriais próprias; prestar ou acompanhar e controlar os serviços relacionados à atenção básica, e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica... Os requisitos são: comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e da operação do Fundo Municipal de Saúde; ter Plano Municipal de Saúde; assumir o compromisso de participar da programação pactuada e integrada (PPI), e comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade... As prerrogativas são obter a transferência de recursos federais e ter as unidades básicas de saúde de seu território, estatais ou privadas, subordinadas à gestão municipal...” (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 75)

Enquanto que os municípios habilitados na **gestão plena municipal** são atribuídos as seguintes responsabilidades, requisitos e prerrogativas:

“... As responsabilidades são: elaborar a programação municipal de serviços básicos, especializados e hospitalares; gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias; garantir a prestação de serviços em seu território... E a execução dos serviços aos seus municípios nos outros municípios... exercer o controle público dos serviços ambulatoriais e hospitalares, e executar ações em geral nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. Os requisitos são: comprovação de funcionamento do conselho municipal de saúde (CMS) e da operação do fundo municipal de saúde (FMS); assumir o compromisso de participar da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade. As prerrogativas são obter transferências de recursos federais e ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território...” (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 75)

De maneira geral, as duas formas de gestão expandem ainda mais as atribuições dos municípios na operacionalização do sistema de saúde (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 76).

A NOB/96 apresenta avanços expressivos na descentralização das transferências intergovernamentais e no modelo assistencial. A respeito das transferências intergovernamentais, a NOB/96 resultou em um aumento das transferências automáticas do fundo nacional para fundos de saúde das esferas subnacionais²⁷ (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 284). No que se refere às mudanças no modelo assistencial, a NOB/96 incentiva os municípios a estabelecerem os programas: Programas de Agente Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) para reconfigurar o modelo assistencial existente até então (Silva, 2001, p. 79). Os referidos incentivos são feitos a

²⁷ Em dezembro de 2000 as transferências diretas entre fundos de saúde já correspondiam a 60% dos recursos federais da assistência. (Levcovitz, Lima e Machado, 2001, p. 284)

partir de um valor financeiro por equipe de ACS ou SF, que aumenta progressivamente, em termos absolutos e por equipe, em função da cobertura populacional alcançada por esses programas.

Dessa forma, os aspectos regulatórios da NOB SUS 01/96 amplia ainda mais o processo de municipalização da saúde. Tanto as duas novas formas de habilitação gerencial, quanto os avanços nas duas áreas supracitadas remetem a finalidade primordial da referida NOB, a consolidação dos municípios como principais prestadores de serviço de atenção à saúde (Silva, 2001, p. 78).

2.9. Considerações sobre as NOBs

Ao analisar determinadas características das três NOBs emitidas, percebe-se, ao menos, duas constatações. A primeira constatação é a de que os avanços no processo de descentralização foram obtidos progressivamente. Cada nova NOB trazia mecanismos que aprimoravam os mecanismos lançados na norma anterior. Esse processo fez com que acontecesse um aprendizado institucional nos municípios prestadores do serviço. Segundo trabalhos de VIANA (p. 505) e SILVA (p. 78) os municípios que passaram por vários tipos de habilitação apresentaram melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. A segunda constatação é a de que os municípios são identificados como as engrenagens fundamentais para o funcionamento do referido sistema. Os mecanismos de descentralização regularizados nas legislações das NOBs são municipalistas e atribuem aos municípios prerrogativas cruciais para o funcionamento do sistema (Arretche e Marques, 2002, p. 456; Silva, 2001, p. 90; Souza, 2004, p. 27).

Entretanto, não se pode abstrair da discussão sobre o processo de descentralização do SUS as variáveis ligadas ao contexto local. Essas impactam, direta ou indiretamente, o desenvolvimento desta política pública (Arretche e Marques, 2002, p. 456). Por exemplo, variáveis referente ao contexto político; como as preferências do eleitorado local e a competição eleitoral; variáveis relacionadas as condições institucionais; como o corpo burocrático do município e a capacidade fiscal do mesmo; entre outras que influenciam o desenvolvimento da política universalista de saúde. A próxima seção destina-se a dissertar, especificamente, sobre duas variáveis relacionadas a dinâmica local. São elas o poder local e os partidos políticos.

2.10. Poder Local e o SUS

Como já citado na seção anterior, as regras operacionais do SUS atribuem aos municípios responsabilidades cruciais para o desenvolvimento do sistema. Neste sentido, a respectiva regulação compete aos atores locais importantes encargos na gestão local da saúde. (Silva, 2001, p. 90). Esses atores em conjunto são chamados pela literatura de poder local. Ao vincular a operacionalização de um programa universal como o SUS aos municípios, variáveis relacionadas ao poder local podem agir como influenciadores desta política pública. (Arretche e Marques, 2002, p. 456; MACHADO, 2007, p. 59; Silva, 2001, p. 91)

Esta seção tem como objetivo abordar aspectos relacionados ao contexto local dos municípios brasileiros. A seção está dividida em dois momentos. No primeiro momento aborda-se determinada característica socioeconômica e política dos municípios brasileiros. A respeito da característica socioeconômica, mostra-se a heterogeneidade da arrecadação municipal existentes na esfera local. No que se refere a característica política, expõe-se a evolução da competição política nesse ente federado. O segundo momento, trata de bibliografias nas quais relacionam partidos políticos e a provisão de políticas sociais nos municípios brasileiros. Mas especificamente, o segundo momento apresenta os resultados obtidos em dois trabalhos que tinham como objetivo correlacionar os dois temas supracitados.

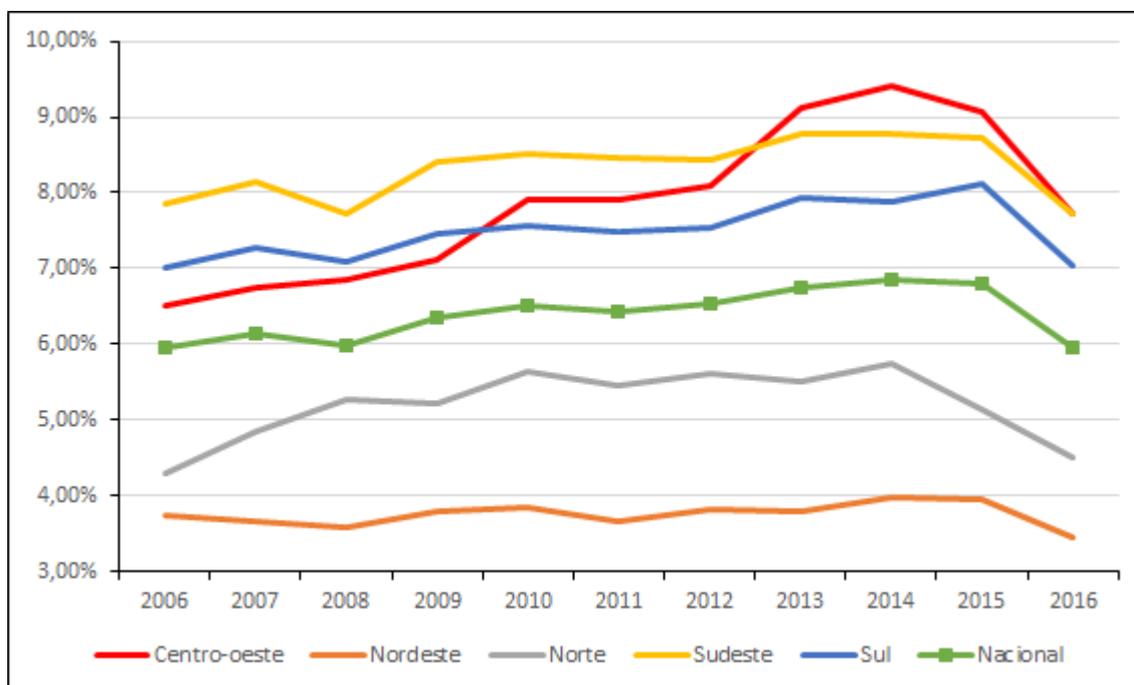
2.11. As características socioeconômicas e políticas dos municípios brasileiros

No Brasil, nos moldes atuais, assimilar a implementação da política universal de saúde torna-se uma tarefa quase impossível sem compreender as características socioeconômicas e políticas dos municípios brasileiros. Dessa forma, destina-se aqui debruçar-se sobre a realidade econômica dos municípios, por meio da descrição do percentual arrecadado por este ente federado no período de 2006 a 2016. Busca-se também compreender a realidade política municipal, por meio de pesquisas sobre a institucionalização da competição eleitoral nos municípios brasileiros (PEIXOTO, 2016, p. 131; PEIXOTO; GOULART, 2014).

A constituição de 1988 trouxe mecanismos que aumentaram a capacidade financeira dos entes subnacionais, sobretudo, a capacidade financeira dos municípios. Segundo AFONSO (1998; 2000), nos dez primeiros anos de vigência da nova partilha

tributária, o volume de recursos próprios dos municípios aumentou expressivamente, com números que beiram os 200%. Segundo ele, os municípios aumentaram a sua fatia no bolo tributário nacional de 11% para 17% entre 1988 e 1998. Entretanto, esta arrecadação não foi distribuída uniformemente entre os municípios. Nota-se uma desigualdade de arrecadação municipal tanto nas regiões quanto nos municípios divididos por tamanho populacional (Souza, 2004, p. 29). Os dois gráficos, referentes ao percentual da receita arrecadado de impostos na receita total do município, dispostos a seguir corroboram com a proposição anterior.

Gráfico 8: Participação % da receita arrecadada de impostos na receita total do município, por região. (2006-2016).



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos Autores.

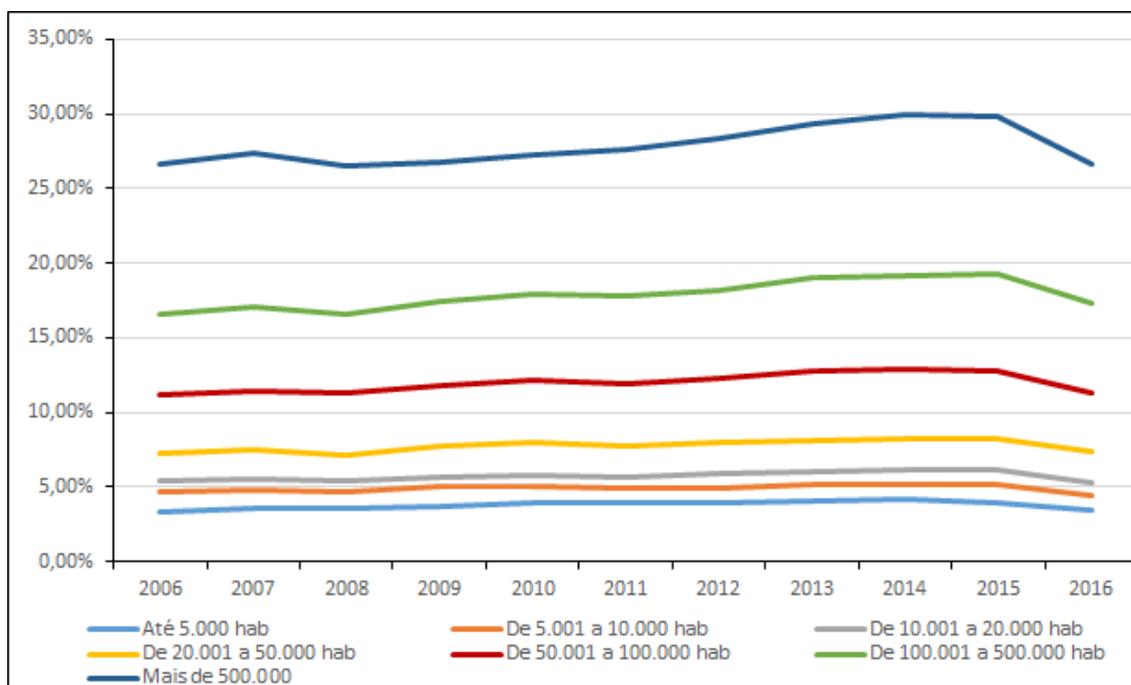
O gráfico 1 nos permite verificar uma diferença significativa desse percentual nas regiões do país. No ano de 2014 por exemplo, a diferença entre a região com o maior percentual arrecadado, a região Centro-Oeste, e a região com menor percentual arrecadado, a região Nordeste, foi acima de 5 casas percentuais. De maneira geral, no período apresentado as regiões permaneceram estáveis²⁸, percebe-se a permanência das

²⁸ Excerto a região Centro-Oeste que no período entre 2008 e 2014 obteve significativos aumentos. Nota-se também a partir do ano de 2014 quedas abruptas nos percentuais médios de arrecadação em todas as regiões.

regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul com valores superiores à média nacional e as regiões Norte e Nordeste com valores inferiores à média nacional. Os dados abordados ilustram a heterogeneidade do percentual arrecadado de impostos próprios dos municípios entre as regiões de país. No Brasil em um mesmo ano uma região arrecadou quase 10 % de sua receita total através de seus impostos, enquanto outra arrecadou um percentual médio inferior a 4 %.

A heterogeneidade citada é notada também quando se estratifica os municípios brasileiros por tamanho populacional. O gráfico 2 nos permite observar que os municípios com até 20 mil habitantes possuem médias inferiores a 7 %. Esses municípios correspondem a mais de 70 % do total de municípios existente no país. Enquanto que os municípios com maiores portes populacionais possuem percentuais médios muito superiores. Os valores aumentam a partir da faixa de 50 mil a 100 mil habitantes. Passando pelos municípios de 100 a 500 mil habitantes até aos municípios com mais de 500 mil habitantes. Os últimos portam de um percentual médio superior a 25% de receita arrecadada através dos próprios impostos. Nos anos de 2014 e 2015 nos municípios dessa faixa populacional o percentual médio arrecadado aproximou-se dos 30%.

Gráfico 9: Participação % da receita arrecadada de impostos na receita total do município, por tamanho do município. (2006-2016).



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos Autores.

A heterogeneidade de arrecadação própria apresentada nos dois gráficos anteriores era esperada. A literatura sobre o tema aponta que o fator gerador do direito dos municípios tributar bens e serviços decorre do ambiente urbano, o que beneficia os municípios mais urbanizados e com maior porte populacional em detrimento dos de menor porte (Souza, 2004, p. 29). A constituição apresenta alguns mecanismos que visam equalizar a arrecadação entre os municípios. Além dos recursos próprios, os municípios dispõem de recursos transferidos pela esfera federal e pela esfera estadual. Um exemplo, é o fundo de participação dos municípios (FPM). Mesmo com os mecanismos existentes, a heterogeneidade de arrecadação de receita própria influencia a provisão de políticas sociais.

Da mesma forma que outras variáveis que não estão atreladas a ordem administrativa também influenciam a provisão das políticas sociais universais. Como por exemplo, as variáveis relacionadas a ordem política. Dessa forma, discorre-se aqui sobre um determinado argumento de cunho político. O argumento em questão é a institucionalização da competição política nos municípios brasileiros.

A partir de uma incomum congruência teórica entre Dahl e Lipset que atribui a competição política um dos requisitos para que um sistema político seja considerado democrático (Peixoto e Goulart, 2014, p. 43). Peixoto e Goulart (2014) desmitificam a argumentação de uma parte significativa da literatura que emprega aos municípios a alcunha de locais de fragilidade do sistema partidário e propícios a uma reprodução dos desmandos dos “coronéis”.

Os achados encontrados por eles constata-se que existem fortes indícios de que os denominados grotões de votos foram praticamente eliminados do sistema local. E que o número efetivo de partidos para eleições proporcionais tem crescido nos municípios. Consta-se também que as eleições proporcionais são propícias a introdução de novos atores na competição (Peixoto e Goulart, 2014, p. 52). Ou seja, os sistemas políticos locais foram institucionalizados e apresentam maior competitividade nos dias atuais do que em períodos anteriores.

Através das duas argumentações explicitadas nesta subseção constata-se, ao menos, duas proposições relevantes sobre a realidade socioeconômica e política dos municípios brasileiros. A primeira se refere a heterogeneidade de arrecadação própria entre os municípios brasileiros. Os dois gráficos ilustrados anteriormente esclarecem que a heterogeneidade de arrecadação se encontra tanto nas regiões quanto por tamanho de municípios. A segunda constatação se refere ao aspecto político, através do artigo de Peixoto e Goulart percebe-se que as arenas políticas nos municípios estão institucionalizadas. A competição eleitoral, requisito fundamental para o estabelecimento de uma democracia, nas últimas eleições, evoluiu como nunca antes na curta história da jovem poliarquia brasileira.

CAPÍTULO 3: CRISE DAS PETRO-RENDAS E A PROVISÃO DO SUS

Como visto no capítulo dois, as prefeituras brasileiras possuem um papel expressivamente relevante no que se refere ao processo de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Retomando o capítulo um, no qual se concentrou na discussão sobre o cenário financeiro dos municípios fluminenses mediante a um período de restrições orçamentárias, se apresentou uma situação no qual os municípios petro-rentista tiveram que se adaptar, de modo repentino, a uma realidade financeira nunca antes vista no passado recente dessas prefeituras.

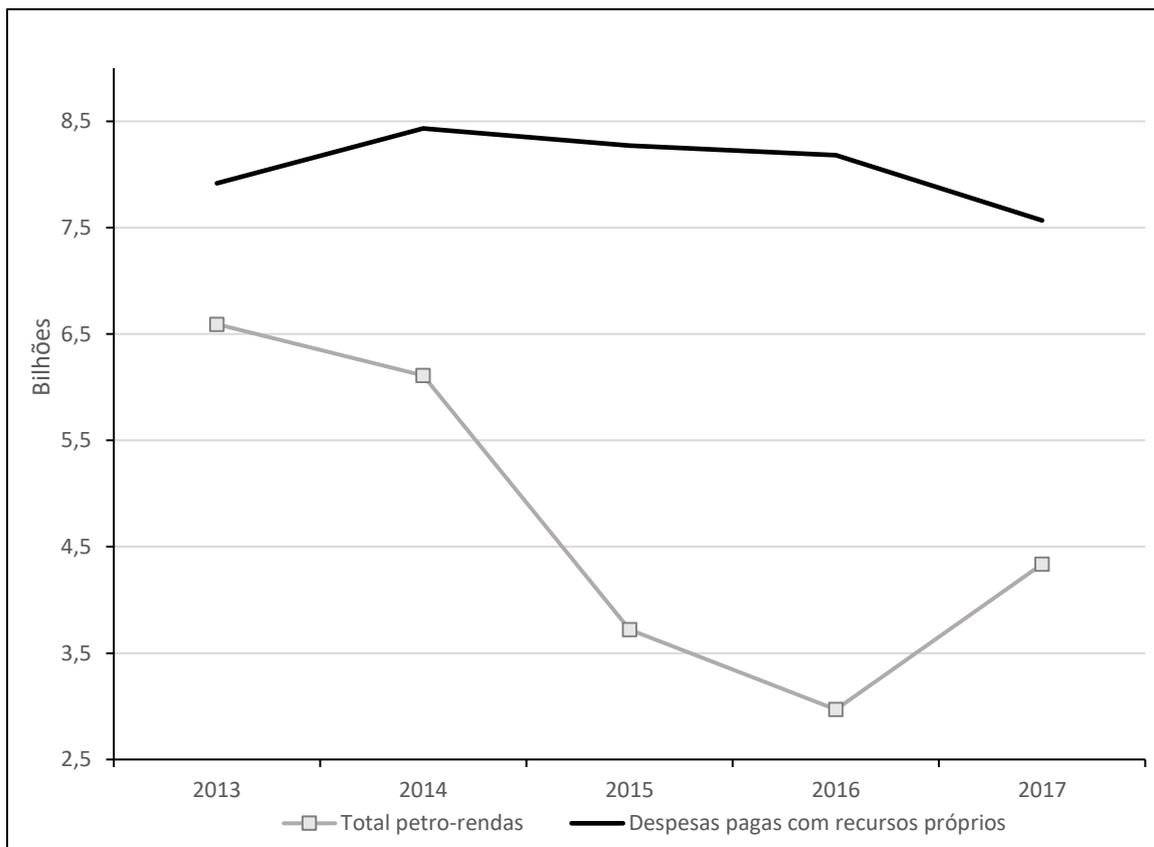
Dentro deste contexto, o capítulo três tem por objetivo analisar o impacto da crise financeira, relacionada as diminuições das indenizações petrolíferas, na provisão do Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Para alcançar os resultados pretendidos, este capítulo está dividido em três partes, cada uma relacionada com um objetivo específico descrito na introdução do trabalho. Sendo assim, na subseção um apresenta-se a análise do grau do impacto da crise dos royalties no custeio da saúde paga, com recursos próprios, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Na subseção dois analisa-se quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas. Na subseção três verifica-se como é que as diminuições nos recursos impactaram a provisão dos serviços de saúde.

3.1. A relação entre a restrição das indenizações petrolíferas e o custeio da saúde

Esta subseção visa mensurar o impacto das diminuições das indenizações petrolíferas no cenário do custeio do SUS com recursos municipais próprios, ou seja, destinasse a resposta do primeiro objetivo específico deste trabalho. Dessa forma, o gráfico 01 analisa a soma das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais nos municípios do Rio de Janeiro.

Gráfico 80. Soma das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais e o valor total de petro-rendas nos municípios do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: Data-SUS. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

A partir da visualização do referido gráfico é possível analisar o valor que as prefeituras brasileiras desprenderam do seu esforço próprio para o pagamento de despesas com saúde. Neste sentido, nota-se uma diminuição ao longo do período analisado. Se comparado o ano de 2014 com o ano de 2017 percebe-se uma diminuição expressiva. Em números, os valores acima de 8,4 bilhões, em 2014, para um número inferior a 7,6 bilhões de reais. Ou seja, em termos agregados o esforço das prefeituras do Estado do Rio de Janeiro para financiar o SUS, dentro do período estudado, diminuiu. Existe inúmeros processos que podem explicar essa diminuição, dentro da ótica trabalhada nesta empreitada, o fenômeno político que pode, de alguma maneira, explicar essas diminuições são as restrições orçamentárias oriundas das diminuições das indenizações petrolíferas.

Sobre este aspecto, o passo seguinte deste esforço metodológico é destinar o olhar para os municípios distribuídos pelas mesorregiões do Estado do Rio de Janeiro. A inquietação pode ser apresentada na seguinte pergunta: será que a diminuição do esforço

das prefeituras frente ao cenário do financiamento da saúde se distribuiu com igualdade de acordo com as mesorregiões do Estado? Essa pergunta pode ser respondida pela análise da tabela abaixo.

Tabela 5. A soma das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, por mesorregiões, em milhões (2013 - 2017)

Nome da Mesorregião	2013	2014	2015	2016	2017	% 2013-2017
Baixas Litorâneas	470	433	426	356	392	-17
Sul Fluminense	814	859	826	691	700	-14
Norte Fluminense	960	1.152	1.092	1.062	835	-13
Centro Fluminense	270	284	273	264	239	-11
Noroeste Fluminense	159	166	155	149	150	- 6
Metropolitana do Rio de Janeiro	5.244	5.539	5.500	5.659	5.253	0

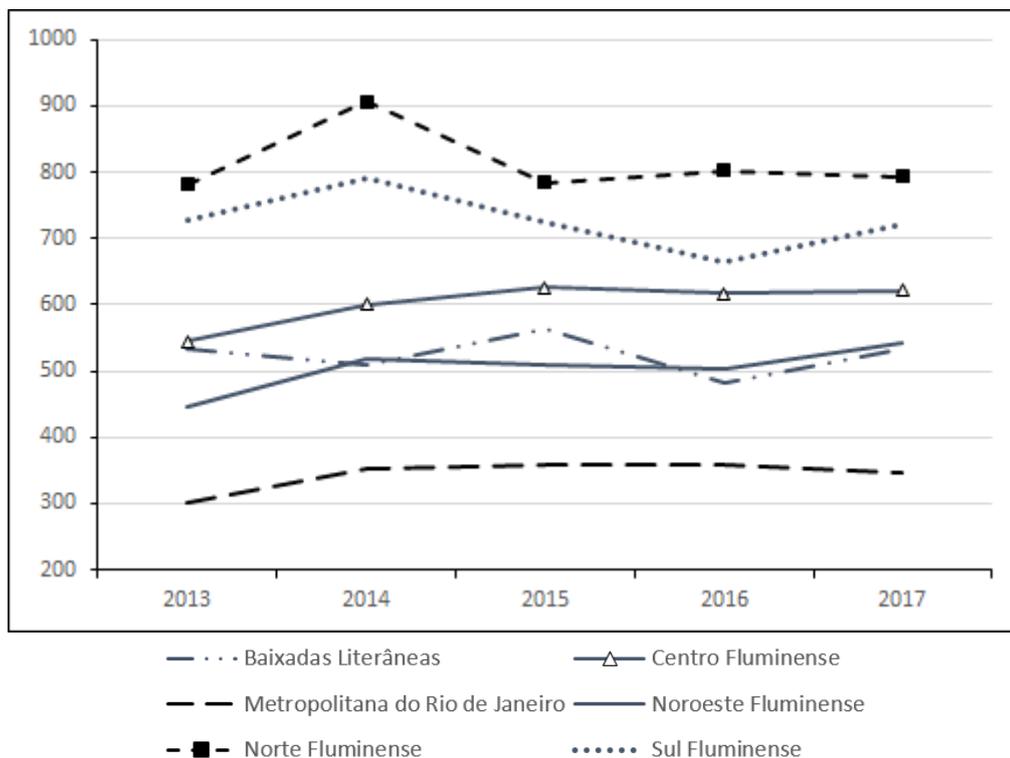
Fonte: Data-SUS. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Visualizando a referida tabela a resposta da pergunta anterior é assertiva. Nota-se que em todas as mesorregiões, exceto a metropolitana, ocorreram diminuições no pagamento de despesas com saúde com recursos próprios. Ao focar na variação percentual do ano de 2013 comparado com o ano de 2017 percebe-se restrições orçamentárias que variaram entre 6 a 17 por cento. As três mesorregiões que contam com os municípios que tiveram, em termos agregados, os maiores impactos são as Baixadas Litorâneas, Sul Fluminense e Norte Fluminense.

É expressivamente relevante apontar que, no que se refere a variação percentual, das três mesorregiões que tiveram as maiores diminuições duas agrupam a maior parte dos municípios petro-rentistas. Refiro-me a Baixadas Litorâneas e o Norte Fluminense. Esta constatação reforça a ideia de que as diminuições nos valores agregados do pagamento de despesas com saúde com o esforço municipal podem vir das restrições orçamentárias das indenizações petrolíferas. Pelo menos em termos agregados as duas ilustrações gráficas indicam haver alguma relação entre os temas. Agora, a atenção metodológica se volta para questões voltadas para análises de acordo com uma quebra proporcional, essa quebra é feita com a proporção da população existente no município.

O gráfico a seguir ilustra a média das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, por habitante nos municípios agrupados pelas mesorregiões do Rio de Janeiro.

Gráfico 11. A média das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, por habitante nos municípios agrupados pelas mesorregiões do Rio de Janeiro

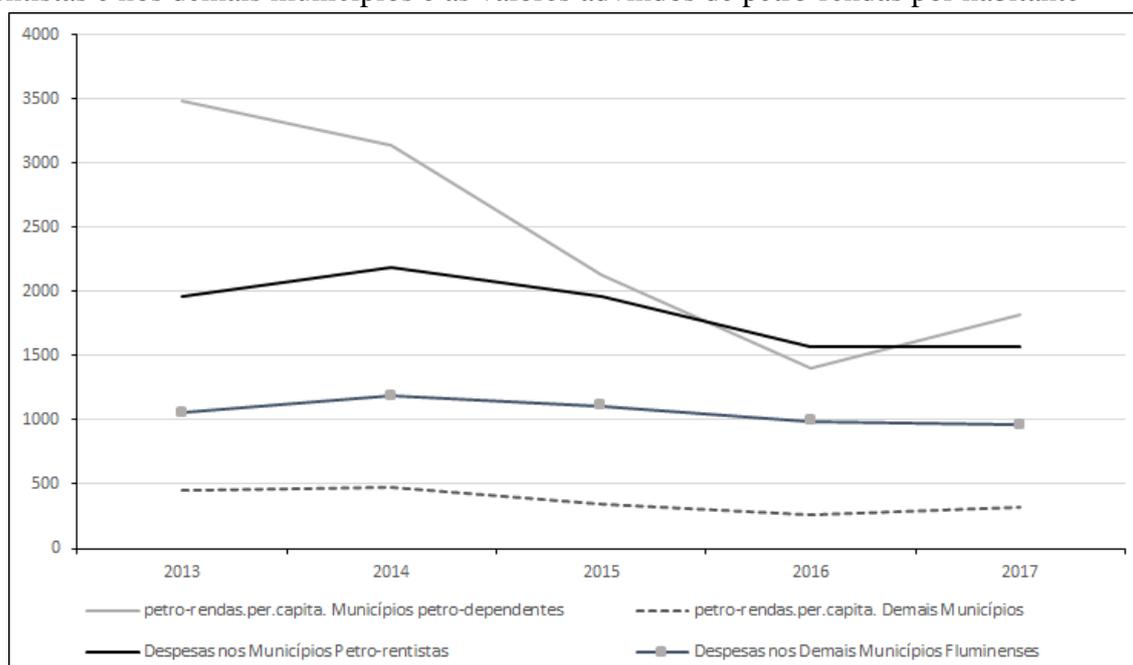


Fonte: Data-SUS e Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Ao visualizarmos em termos proporcionais percebe-se que as três mesorregiões que mais despendem valores por habitante são a mesorregião Centro Fluminense, Sul Fluminense e Norte Fluminense. Um ponto significativo, de maneira macro para este trabalho, é o fato de que a mesorregião na qual há os maiores valores despendidos com recurso municipal para o pagamento de despesas com saúde é a Norte Fluminense. Local no qual se concentra, tradicionalmente, uma parte significativa dos municípios petrolíferos. Outro ponto relevante é o fato de que é nesta mesorregião que se verifica a maior baixa, proporcionalmente falando, nos valores despendidos para o pagamento de despesas com saúde por habitante. Enquanto que nas outras mesorregiões os valores demonstraram estabilidade, no Norte Fluminense nota-se, entre 2014 e 2017, uma diminuição em torno de 100 reais por habitante no que se refere ao pagamento de despesas do SUS com recursos municipais. O fato expresso no gráfico dá mais indícios do impacto negativo da crise das indenizações petrolíferas no esforço municipal para o pagamento de despesas com saúde.

Para aprimorar e tentar, de algum modo, deixar mais clara essa relação a ilustração gráfica a seguir compara o gasto médio com saúde das prefeituras fluminenses separadas em dois grupos, municípios petro-rentistas e municípios que não o são. A pergunta que visa ser respondida no referido gráfico se expressa da seguinte forma: a diminuição do financiamento da saúde se intensificou mais nos municípios dependentes das petro-rendas?

Gráfico 12. Despesas totais com saúde, por habitante, nos municípios petro-rentistas e nos demais municípios e as valores advindos de petro-rendas por habitante



Fonte: Data-SUS e Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

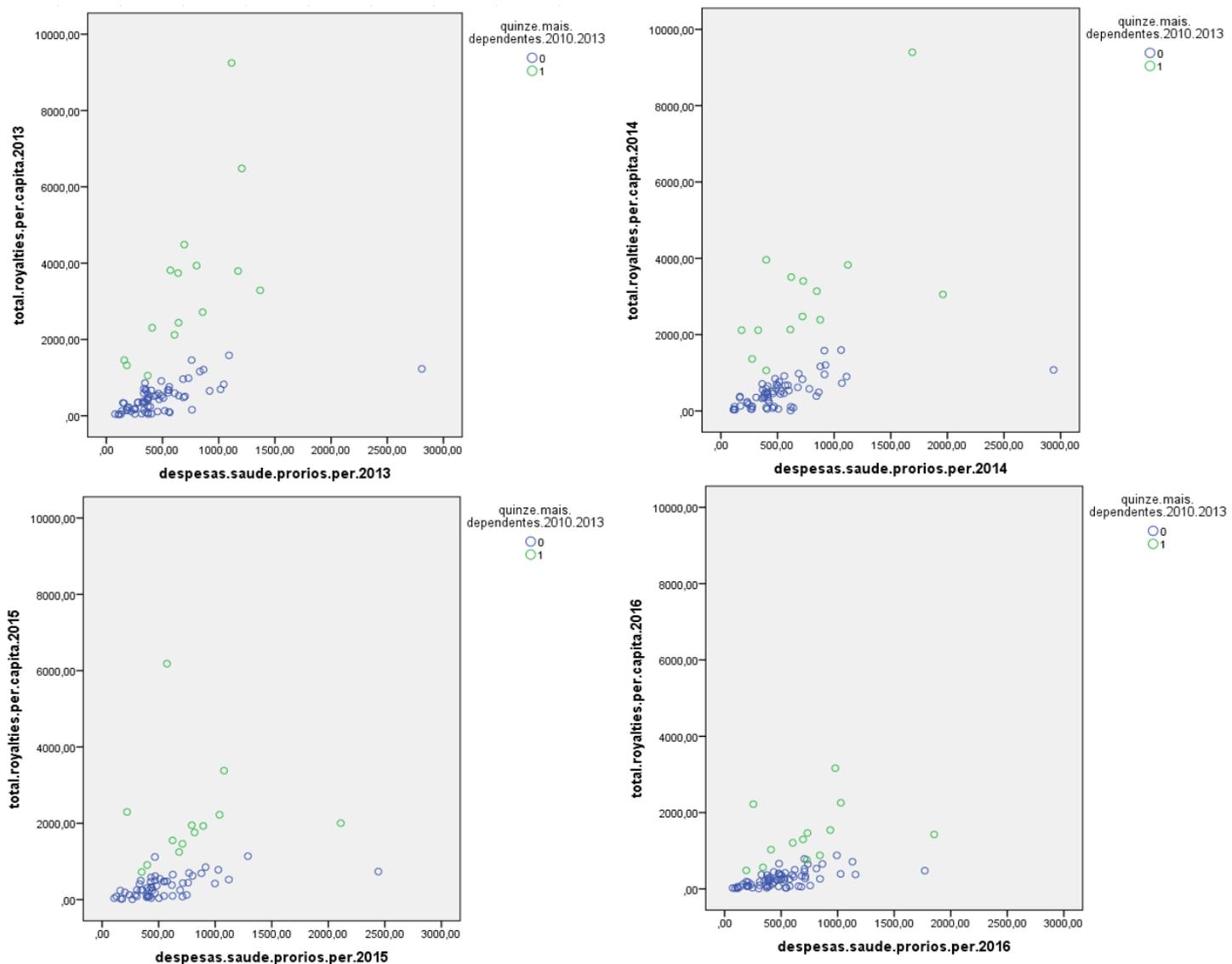
Ao visualizarmos o gráfico nota-se que os municípios petro-rentistas despendem, dentro do período estudado, mais esforços para o pagamento de despesas com saúde em comparação com os demais municípios fluminenses. Retomando a pergunta do parágrafo anterior, a resposta a inquietação apresentada é assertiva; as diminuições dos valores pagos com despesas com saúde foram mais significativas nos municípios dependentes das petro-rendas em comparação com os demais municípios fluminenses. Nas referidas prefeituras, os valores se comparado 2014 com 2016 diminuíram em média 100 reais por habitante.

A respeito da variável rendas-petrolíferas por habitante, os valores despencaram, as diminuições foram completamente relevantes, junto com essa diminuição, porém, de

forma não tão expressiva ocorreu diminuições nas despesas com saúde nos municípios petro-rentistas. No ano de 2017 percebe-se uma recuperação nas duas variáveis, entretanto, mesmo com essa recuperação os valores não se aproximaram com os que são visualizados no ano de 2014. Os resultados de gráfico dão insumos para sustentar a proposição que as sucessivas diminuições das indenizações petrolíferas impactaram de forma considerável o valor gasto com saúde nos municípios petro-dependentes. Mesmo com esse impacto os municípios petro-dependentes gastam mais com saúde comparado as demais prefeituras fluminenses.

De forma a sofisticar mais a análise a ilustração gráfica a seguir demonstra um diagrama de dispersão com as duas variáveis em questão: indenizações petrolíferas por habitante e despesas pagas com saúde com recursos próprios, por habitante.

Gráfico 13. Diagrama de dispersão entre as variáveis: indenizações petrolíferas por habitante e despesas pagas com saúde com recursos próprios, por habitante



Fonte: Data-SUS e Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Dentro do diagrama apresentado, os pontos em verde estão representando os municípios petro-rentistas enquanto que os azuis representam os demais municípios. Quando a análise se volta para a interpretação do diagrama identifica-se que os resultados apresentados confirmam aqueles indicados no gráfico anterior: os municípios petro-dependentes gastam, de modo proporcional, mais na saúde pública com verbas municipais se comparado com os demais municípios fluminenses.

É relevante apontar também uma tendência que se mostrou presente ao longo do período estudado, na medida que os valores, por habitante, das indenizações

petrorentíferas vão caindo cai também os valores despendidos para o pagamento de despesas com saúde nos municípios petro-dependentes. A tendência é verificada nos anos de 2014, 2015 e 2016. Dito de outra forma, a crise das rendas petrolíferas se apresenta como uma forte variável explicativa das diminuições das despesas com saúde nos municípios petro-rentistas.

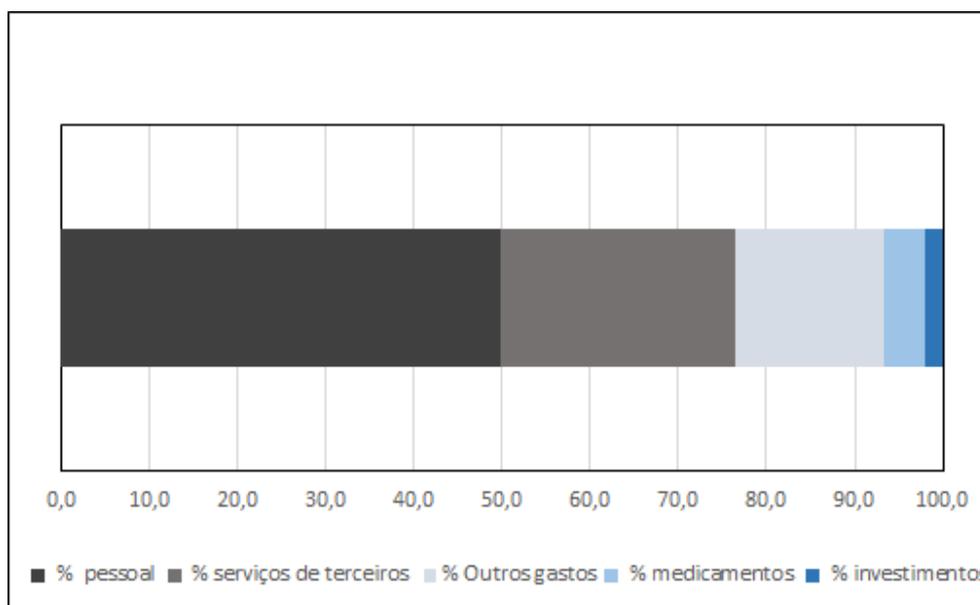
Discutiu-se nesta subseção o impacto das diminuições das indenizações petrolíferas no cenário do custeio do SUS com recursos municipais próprios nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados elencados nessa subseção dão indícios para a seguinte tendência: quanto menor for as indenizações petrolíferas menor também é o valor de despesa com saúde paga com esforço municipal nas prefeituras petro-dependentes.

Uma inquietação se faz presente, dentro do contexto da discussão aqui presente, quais foram as áreas no custeio da saúde que sofreram mais com as restrições orçamentárias dentro do período estudado? Esse é o tema da próxima subseção.

3.2. As áreas da Saúde mais afetadas dentro do período de restrições orçamentárias

Esta subseção tem por objetivo analisar quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas nos municípios fluminenses. Neste sentido, o primeiro passo a ser feito é verificar como é distribuído o gasto com saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

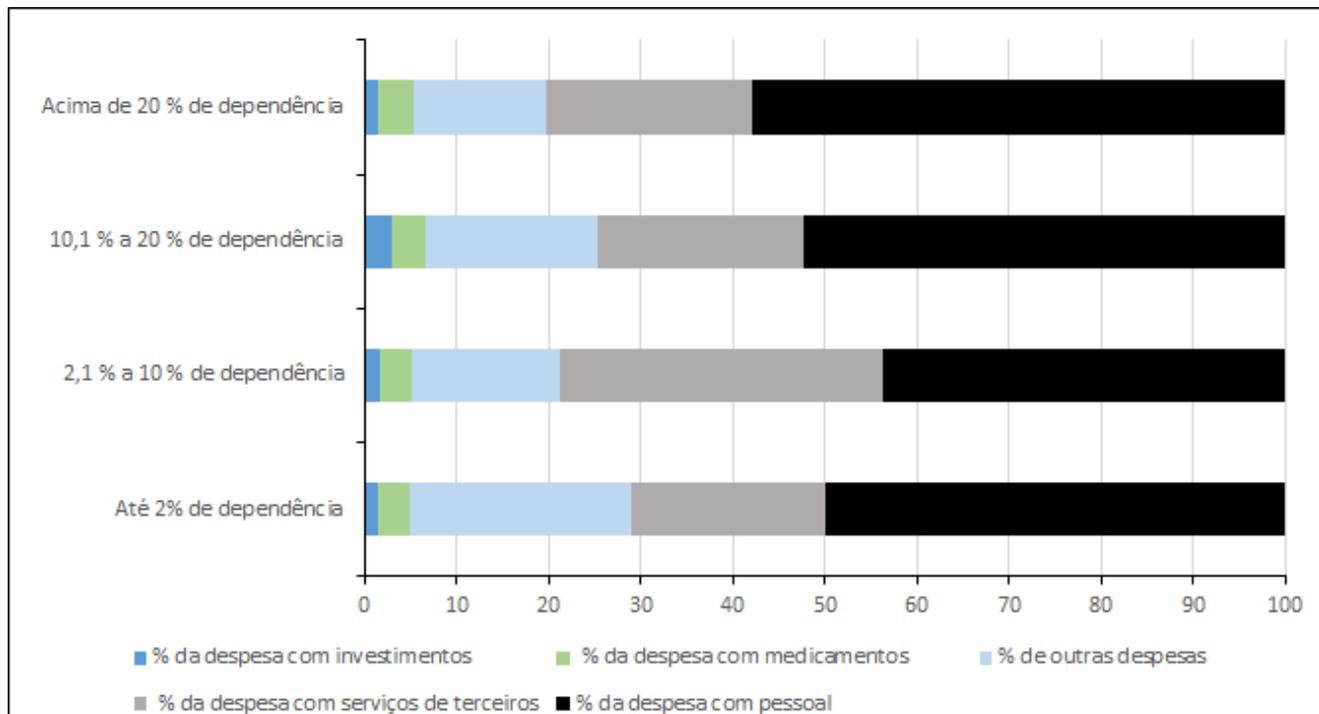
Gráfico 14: Composição percentual do gasto na saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro em 2017



Fonte: Data-SUS e Tesouro Nacional. IPC-A com base no mês de janeiro de 2018. Elaboração dos autores.

Ao visualizar o referido gráfico nota-se que 50 % da despesa com saúde se concentra no pagamento de pessoal. 25 % ficam para gastos de serviços de terceiros e o restante se divide entre outros gastos, medicamentos e investimentos. É importante apontar que o menor percentual gasto em 2017 foi na área de investimentos. O próximo passo é averiguar o padrão nos municípios agrupados nas mesorregiões.

Gráfico 15: A média da composição da despesa com saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, segundo o grau de dependência das petro-rendas em 2017

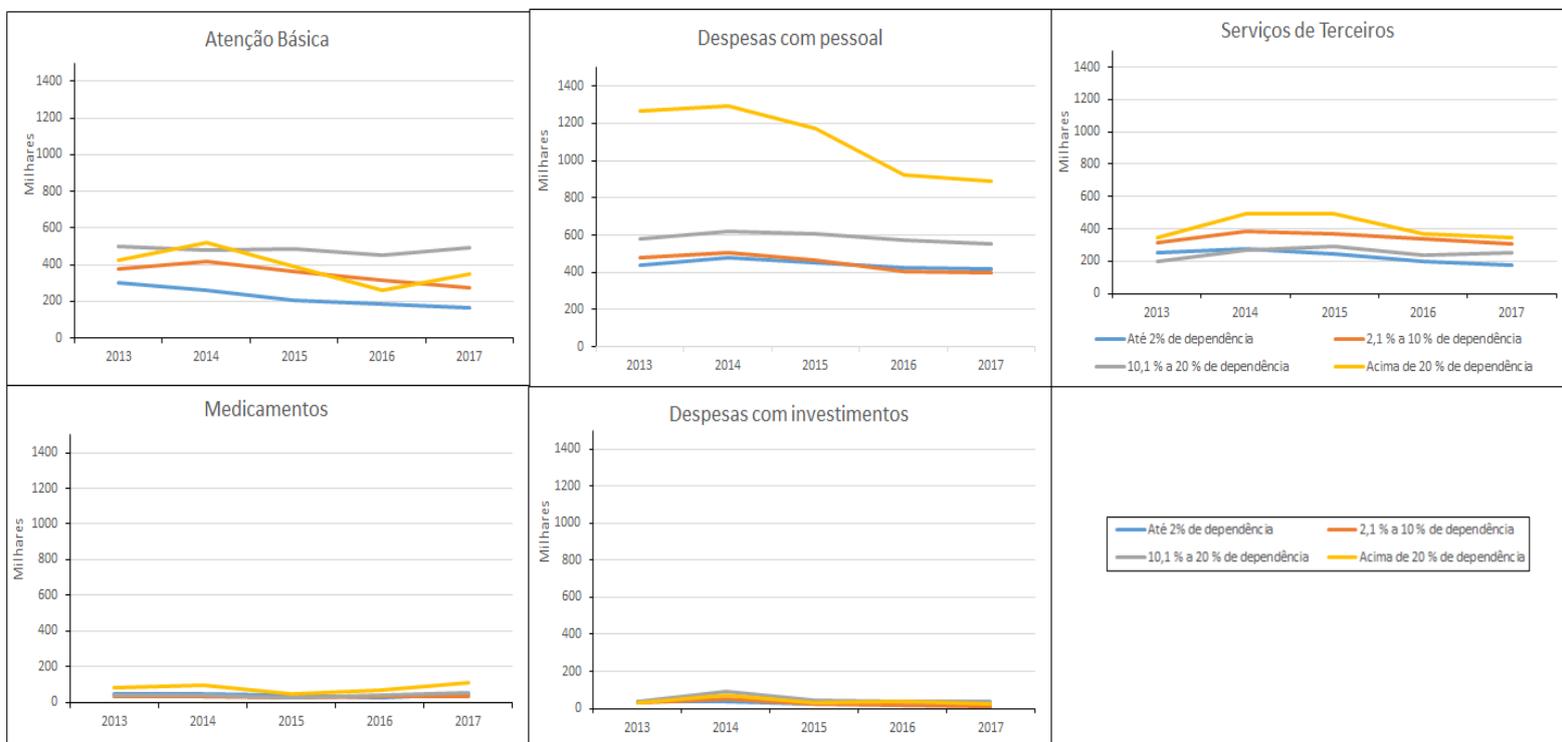


Fonte: Data-SUS. Elaboração dos autores.

O referido ilustra uma composição que se assemelha com a média verificada no gráfico anterior. O padrão é o mesmo. O que chama a atenção é a concentração percentual das despesas no pagamento, principalmente, de pessoal e com serviços de terceiros. Em quase todos os graus de dependência esses gastos somados dão mais que 80 % das despesas pagas pelos municípios com saúde. Um ponto significativo que deve ser destacado é o fato de que os municípios mais petro-dependentes empregam percentuais mais elevados com o pagamento de pessoal. Por outro lado, gastam percentuais semelhante as demais faixas de classificação no que se refere ao valor despendido com investimentos.

Agora as atenções do trabalho se voltam completamente para a análise dos valores proporcionais gastos nessas mesorregiões ao longo do período estudado dentro de cada área da saúde.

Gráfico 16: Média das despesas totais, por mil habitantes, na atenção básica, investimentos, medicamentos pessoal e serviços de terceiros segundo o grau de dependência das petro-rendas (2013 – 2017)



Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro nacional. Valores deflacionados para de acordo com o IPCA segundo o mês de janeiro de 2018.

O referido gráfico demonstra os valores médios por habitante que são despendidos para saúde segundo as áreas de concentração dos gastos. As áreas em questão são respectivamente a atenção básica, pessoal, serviços de terceiros, investimentos e medicamentos. Dentro da análise de cada área nota-se que, dentro do período estudado, as diminuições se concentraram em três áreas. Refiro-me as despesas com atenção básica, pessoal, serviços de terceiros. Essas áreas são as que concentram os maiores valores médios das despesas com saúde das prefeituras fluminenses consequentemente foras as que mais afetadas no momento de restrições orçamentárias.

Quando o olhar se volta para a análise da atenção básica verifica-se que os municípios mais dependentes foram os que tiveram as maiores diminuições nos valores despendidos para essa área. Ao visualizar o gasto com pessoal as diminuições se concentraram nos municípios com dependência superior a 20 %.

Dessa forma, percebe-se que as restrições orçamentárias foram mais acentuadas nas faixas de dependência em que se mais desprendia valores, por habitante, para o pagamento de despesas relacionada a saúde dos municípios. Um ponto sensível e que precisa ser trabalhado em trabalhos com outros recortes metodológicos é a questão dos números expressivamente inferiores que são investidos em medicamentos e principalmente em investimento da saúde pública dos municípios.

3.3. As diminuições nos recursos e o serviço de saúde disponibilizado

As duas subseções anteriores tiveram como objetivo principal, em primeiro momento, discutir o grau do impacto das restrições orçamentárias e, em segundo momento, analisar os locais dentro do custeio da saúde que foram mais afetados. Esses dois nortes do trabalho podem ser resumidos em duas questões: o quanto o financiamento do SUS foi afetado? E onde se concentrou as maiores restrições?

Neste sentido, o último objetivo específico deste trabalho é o de conduzir um esforço metodológico para realizar algumas associações entre as restrições orçamentárias oriundas da crise das rendas petrolíferas e o serviço disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, principalmente, aqueles petro-dependentes.

Para tal, foram escolhidos um indicador e uma variável para que essa relação seja feita. Me refiro ao indicador denominado Índice FIRJAM de desenvolvimento municipal e a variável leitos disponibilizados pelo SUS. A escolha dessas duas formam de se entender em números o SUS adveio devido ao fato de que o indicador trata de questões relacionadas a atenção básica do sistema enquanto a variável leito disponibilizado está ligado mais aos serviços de complexidade média e alta.

É necessário fazer algumas explicações sobre o índice utilizado. O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM) é referência para o acompanhamento do desenvolvimento socioeconômico brasileiro. O mesmo acompanha três áreas: 1) Emprego & Renda, 2) Educação e 3) Saúde, e utiliza-se exclusivamente de estatísticas públicas oficiais. Sua leitura é simples: o índice varia de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento da localidade. A interpretação é expressivamente intuitiva como pode ser visto na figura a seguir.

Figure 1. Interpretação do IFDM saúde

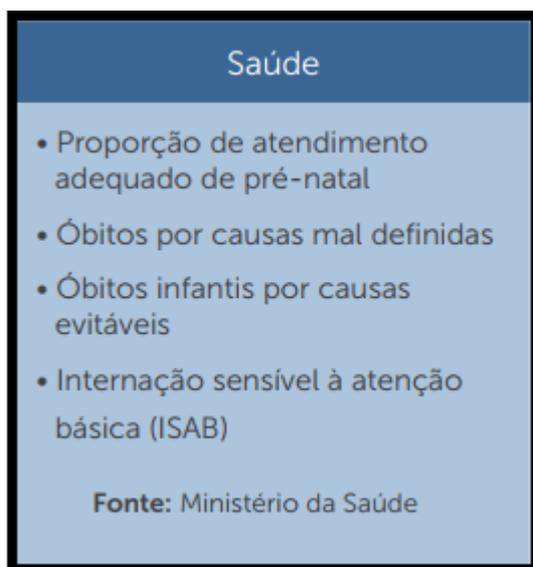
Com o objetivo de estabelecer valores de referência que facilitem a análise, foram convencio-nados quatro conceitos para o IFDM:

- Municípios com IFDM entre 0,0 e 0,4 ► **baixo** estágio de desenvolvimento;
- Municípios com IFDM entre 0,4 e 0,6 ► desenvolvimento **regular**;
- Municípios com IFDM entre 0,6 e 0,8 ► desenvolvimento **moderado**;
- Municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0 ► **alto** estágio de desenvolvimento.

Fonte: Site FIRJAM.

A título de utilização para este trabalho, é empregado apenas as informações a respeito do desenvolvimento da saúde. Neste sentido, a figura demonstra as variáveis utilizados para a construção do indicador que mensura o desenvolvimento da saúde utilizado pelo IFDM.

Figura 2. Resumo dos componentes do IFDM da saúde



Fonte: Site FIRJAM.

Dessa forma, na criação do indicador são utilizadas quatro variáveis, são elas a proporção de atendimento adequado de pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internação sensível à atenção básica (ISAB). Este indicador, então, tem a capacidade de expressar o desenvolvimento do serviço de atenção básica dos municípios. Neste sentido, a tabela a seguir demonstra a nota dos municípios petro-dependentes no IFDM da saúde.

Tabela 6. Nota dos municípios petro-dependentes no IFDM da saúde

Nome do município	2013	2016
ARMAÇÃO DE BÚZIOS	0,85	0,84
ARRAIAL DO CABO	0,78	0,77
CABO FRIO	0,79	0,78
CACHOEIRAS DE MACACU	0,83	0,80
CAMPOS DOS GOYTACAZES	0,78	0,77
CARAPEBUS	0,86	0,77
CASIMIRO DE ABREU	0,83	0,82
GUAPIMIRIM	0,83	0,79
MACAÉ	0,86	0,87
MARICÁ	0,84	0,84
PARATI	0,85	0,86
QUISSAMÃ	0,95	0,88
RIO DAS OSTRAS	0,87	0,85
SÃO JOÃO DA BARRA	0,75	0,81
SILVA JARDIM	0,76	0,80
Média dos municípios do Estado do Rio	0,78	0,81

Fonte: Site FIRJAM. Elaboração dos autores.

Percebe-se que todos os municípios petro-rentistas têm um desenvolvimento em saúde considerado moderado ou alto nos dois anos analisados. A maioria possui um desenvolvimento alto, nove entre os quinze municípios, o restante apresenta o nível de desenvolvimento moderado. Ao comparar o ano de 2013 com o ano de 2016, dois municípios tiveram um retrocesso dentro do indicador enquanto, por outro lado, três tiveram uma progressão no nível de desenvolvimento em saúde. De maneira geral, os municípios mantiveram o seu status dentro do indicador analisado.

Uma comparação relevante a se fazer se refere aos municípios petro-dependentes em comparação a outros no cenário nacional. Dentro deste contexto, uma pergunta se apresenta: qual é o nível de desenvolvimento em saúde dos municípios petro-rentistas dentro do período de restrição orçamentária advinda da crise dos royalties em comparação a outros municípios do Brasil? Neste sentido, a tabela a seguir apresenta a colocação dos municípios petro-rentistas no ranking nacional de desenvolvimento em saúde. A referida tabela também compara a variação percentual da colocação que os municípios ocupavam em 2013 e em 2017.

Tabela 7. Ranking dos municípios petro-dependentes no IFDM da saúde

Nome do município	2013	2014	2015	2016	2013 - 2016
ARMAÇÃO DE BÚZIOS	1140	1161	1523	1908	-768
ARRAIAL DO CABO	2302	2210	2317	3193	-891
CABO FRIO	2138	2650	2872	3013	-875
CACHOEIRAS DE MACACU	1607	1865	2500	2733	-1126
CAMPOS DOS GOYTACAZES	2370	2757	3070	3206	-836
CARAPEBUS	1113	1259	1520	3159	-2046
CASIMIRO DE ABREU	1601	2133	2058	2372	-771
GUAPIMIRIM	1536	1779	2476	2896	-1360
MACAÉ	982	1043	1052	1190	-208
MARICÁ	1385	1615	1928	1857	-472
PARATI	1199	998	1142	1578	-379
QUISSAMÃ	76	475	1792	1064	-988
RIO DAS OSTRAS	827	1134	1320	1688	-861
SÃO JOÃO DA BARRA	2761	3381	3147	2585	176
SILVA JARDIM	2625	2691	3315	2625	0

Fonte: Site FIRJAM. Elaboração dos autores.

Os dados da tabela em questão indicam que, predominantemente, os municípios petro-dependentes caíram no ranking nacional de desenvolvimento municipal da saúde. As quedas demonstradas se apresentam de modo expressivo, a título de exemplificação pega-se o município de Carapebus. A referida prefeitura ocupava a colocação de 1.113 no desenvolvimento da saúde em 2013, em 2016 caiu abruptamente para a colocação 3.159. Ou seja, uma queda de 2.046 colocações.

Ao analisar os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé nota-se que os dois tiveram quedas relativamente expressivas. Em Campos uma queda de 836 colocações e em Macaé uma queda de 208 colocações. De maneira geral, os dados apresentados na tabela em discussão trazem indícios que dentro do período de restrições dos valores oriundos das indenizações petrolíferas os municípios petro-rentistas caíram no ranking nacional de desenvolvimento municipal da saúde.

Neste momento da pesquisa o foco da análise volta-se para a situação do variável leito hospitalar disponibilizado pelo SUS.

Tabela 8. Distribuição dos leitos hospitalres disponibilizados pelo SUS nos municípios petro-dependentes

Nome do município	2013	2014	2015	2016	2017	Variação % (2013 - 2017)
ARMAÇÃO DE BÚZIOS	48	47	48	48	48	0
ARRAIAL DO CABO	79	76	76	76	76	-4
CABO FRIO	307	305	308	317	317	3
CACHOEIRAS DE MACACU	103	103	103	103	103	0
CAMPOS DOS GOYTACAZES	1069	1267	1233	1196	1177	10
CASIMIRO DE ABREU	75	104	104	82	76	1
GUAPIMIRIM	73	65	72	71	73	0
MACAÉ	299	227	229	254	271	-9
MARICÁ	95	73	81	88	88	-7
PARATI	35	34	35	35	35	0
QUISSAMÃ	74	74	74	74	74	0
RIO DAS OSTRAS	82	92	81	81	79	-4
SÃO JOÃO DA BARRA	33	40	40	40	34	4
SILVA JARDIM	40	38	40	40	40	0
Média municípios do Estado do Rio	22984	16446	15863	19329	24019	5

Fonte: Site FIRJAM. Elaboração dos autores.

Ao focar na análise da oferta de leitos no SUS dentro do período de restrições orçamentárias nas prefeituras petro-dependentes nota-se que não há um padrão definido. Existe uma expressiva variação do comportamento da variável entre os municípios. Neste sentido, percebe-se uma variação percentual quando comparado o ano de 2013 e 2017 entre uma diminuição de 9 % e um aumento de 10 %. O caso da menor diminuição se expressa em Macaé enquanto do maior aumento em Campos dos Goytacazes. Sobre o média nacional, entre 2013 e 2017 ocorreu um aumento de 5 % dos leitos disponibilizados no SUS para a população. Ou seja, dentro da discussão apresentada não há como se fazer uma proposição assertiva entre a relação da crise das petro-rendas e uma diminuição da disponibilização de leitos hospitalares no SUS.

CONCLUSÃO

O tema central em debate nesta empreitada se insere nas discussões acadêmicas sobre as formas de alocação das receitas oriundas das indenizações petrolíferas. Muitos são os focos de análise neste sentido, já que de acordo com o arcabouço legal sobre o tema indica que essas quantias devem ser manejadas em processos que traga ganhos para as gerações futuras. Como que este dispositivo legal é operacionalizado que se torna o objeto de pesquisa desses estudos.

Nesta investigação a questão analítica pretendeu-se dar conta do seguinte problema: mensurar o impacto da crise financeira das petro-rendas na provisão do Sistema Único de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro. Para tal, foram adotadas três frentes analíticas. A primeira analisou-se o grau do impacto da crise dos royalties no custeio da saúde paga, com recursos próprios, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. A segunda consistiu-se em verificar quais foram as áreas dentro do cenário do custeio do SUS que tiveram as maiores diminuições do emprego de verbas. E a terceira expressou-se na análise de como é que as diminuições nos recursos impactaram a provisão dos serviços de saúde.

Os resultados dentro da primeira ótica analisada deram indícios para a seguinte tendência: quanto menor for as indenizações petrolíferas menor também é o valor de despesa com saúde paga com esforço municipal nas prefeituras petro-dependentes. Tanto em âmbito nacional, como nos municípios petro-dependentes, dentro do período estudado, tiveram diminuições consideráveis no esforço municipal para o pagamento de despesas com saúde.

No que se refere a perspectiva trabalhada percebe-se que as restrições orçamentárias afetaram as mesorregiões do Estado em que se mais desprendia valores, por habitante, para o pagamento de despesas relacionada a saúde dos municípios, quais sejam: o Norte Fluminense, Baixadas Litorâneas e o Sul Fluminense. Um ponto sensível e que precisa ser trabalhado em pesquisas com outros recortes metodológicos é a questão dos números expressivamente inferiores que são investidos em medicamentos e principalmente em investimento da saúde pública dos municípios. Dentro deste aspecto, os investimentos na área de saúde se apresenta como uma das possibilidades de alocação de receitas de modo que as gerações futuras também usufruam delas. Porém, dentro do

custeio do SUS nos municípios petro-dependentes o gasto com investimentos é a área em que menos se destina recursos.

Outro achado significativo da segunda ótica discutida se refere a expressiva baixa dos valores despendidos, por habitante, no custeio da atenção básica nos municípios fluminenses. A título de exemplificação, que os municípios mais dependentes das petro-rendas foram os que tiveram as maiores diminuições nos valores despendidos para essa área, passou de 650 reais em 2014 para 410 reais em 2017.

Por fim, a respeito da terceira ótica trabalhada, sobre o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal de maneira geral, os municípios mantiveram o seu status dentro do indicador analisado. Porém, os dados d indicam que, predominantemente, os municípios petro-dependentes caíram no ranking nacional de desenvolvimento municipal da saúde. No que se refere aos leitos hospitalares disponibilizados no SUS, dentro da discussão apresentada não há como se fazer uma proposição assertiva entre a relação da crise das petro-rendas e uma diminuição da disponibilização de leitos hospitalares no SUS.

Quando se traça uma relação entre o impacto da crise das petro-rendas no custeio das áreas do SUS e no serviço prestado percebe-se que dentro do período de restrições dos valores passados para o pagamento, por habitante, de despesas com a atenção básica os municípios petro-rentistas caíram no ranking nacional de desenvolvimento municipal da saúde. É relevante ressaltar que dentro da bibliografia especializada há trabalhos que identificam uma relação entre melhores índices de qualidade no serviço público de saúde e maiores volumes de investimentos no SUS (BARATA, 2006; TRAVASSOS. Et al, 2000; ZUCCHI, 2000; TRAVASSOS. Et al, 2004). Desta forma, essas diminuições dos recursos para o sistema de saúde propiciam efeitos concretos na vida dos cidadãos que utilizam o referido sistema.

O arrocho fiscal destacado neste trabalho pode impactar diretamente a qualidade de toda a complexa rede de serviços prestados pelo o Sistema Único de Saúde para a população. Haja vista que o financiamento municipal é um dos principais fatores para o custeio do SUS.

BIBLIOGRAFIA

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 41, 2005.

AFONSO, J. R. R. *et al.* Municípios, arrecadação e administração tributária: quebrando tabus. **Revista do BNDES, Rio de Janeiro**, v. 5, n. 10, 1998.

AFONSO, J. R. R.; ARAUJO, E. A. A capacidade de gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. 2001.

AFONSO, J. R. R.; ARAÚJO, É. A. A capacidade de gastos dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. *In: Os municípios e as eleições de 2000*. [s.l: s.n.]. p. 35–55.

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 11, n. 31, p. 44–66, 1996.

_____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 80, p. 25–48, 2002.

_____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, 2004.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. [s.l.] Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações, 1996. v. 1

_____. Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13. **Diário Oficial da União**, 1997.

CRUZ, J. L. V. DA. Que Crise é Essa? A Queda na Arrecadação das Rendas Petrolíferas nos Municípios da Região Produtora do Estado do Rio de Janeiro. **Petróleo, Royalties e Região**, v. XIV, p. 4–7, 2015.

DCI. **Investimento federal em educação reduz 4,7% até setembro, a R\$ 4,9**

bi, 2018. Disponível em: <dc1.com.br/economia/investimento-federal-em-educac-o-reduz-4-7-ate-setembro-a-r-4-9-bi-1.757502>

DEPUTADOS, C. DOS. **Cortes no orçamento prejudicam políticas públicas para a educação no campo**, 2018. Disponível em: <www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/cortes-no-orcamento-prejudicam-politicas-publicas-para-a-educacao-no-campo>

ECONÔMICO, V. **Programas sociais têm corte de até 96% em quatro anos**, 2017. Disponível em: <valor.globo.com/brasil/noticia/2017/10/09/programas-sociais-tem-corte-de-ate-96-em-quatro-anos.ghtml>

FERNANDES, C. F. A Evolução da Arrecadação de Royalties do Petróleo no Brasil e seu Impacto sobre o Desenvolvimento Econômico do Estado do Rio de Janeiro. **Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Instituto de Economia**, 2007.

FERNANDES, M. A. DA C. *et al.* Gasto social das três esferas de governo: 1995. 1998.

GLOBO, O. **Cortes no MEC afetam educação básica, anunciada como prioridade por Bolsonaro**, 2019. Disponível em: <oglobo.globo.com/sociedade/cortes-no-mec-afetam-educacao-basica-anunciada-como-prioridade-por-bolsonaro-23646433>

GOMES, R. DE S. **A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2007.

IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**.

LEITE, C. K. DA S. Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: o lugar dos estados no processo de municipalização. **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 2, 2010.

LEAL, J.G.R.P; PEIXOTO, V. DE M. PETRO-RENDAS E O SUS: municípios dependentes das rendas petrolíferas gastam mais com a saúde pública?. **Revista dos Estudantes de Públicas**, v.3, p. 53-72, 2018.

LEAL, J.G.R.P; PEIXOTO, V. DE M. Financiamento da saúde em tempos de crise econômica: uma análise do custeio da saúde nos municípios do Norte e Noroeste

Fluminense. **Boletim petróleo, royalties e região**, v.32. p. 48 - 53, 2019.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. DE. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1849–1856, 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LINHARES, M. R.; PEIXOTO, VITOR. Gasto Público e Partidos Políticos: uma análise dos municípios brasileiros (2002-2015). **CSOONLINE (UFJF)**, v. 1, p. 186-209, 2018.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 19, n. 64, 2014.

LUCHESE, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 14, p. 75–158, 1996.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde**. [s.l.: s.n.].

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, v. 4, n. 2359–563, p. 259–281, 2017.

OLIVEIRA, C. DE; SILVA, G. O Novo Regime Fiscal: tramitação e impactos para a educação. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 34, p. 253–269, 2018.

OLIVEIRA, F. DE. Fundef e saúde: duas experiências (virtuosas?) de descentralização. **Descentralização e federalismo fiscal no Brasil: desafios da reforma tributária**, Rio de Janeiro, Konrad Adenauer Foundation, www.adenauer.com.br/debate.html, 2003.

PAIM, J. **O que é o SUS**. [s.l.] SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PEIXOTO, V. DE M. **Eleições e financiamento de campanhas no Brasil.**

PEIXOTO, V. DE M. Votos: valem quanto pesam? O impacto do financiamento de campanhas eleitorais no Brasil. **Dissertação de Mestrado em Ciência Política do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.**

PEIXOTO, V. DE M.; GOULART, N. L. M. Evolução da competição eleitoral municipal no Brasil (1996 a 2012). **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 23.2, p. 41–63, 2014.

POSTALI, F. A. S. Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos municípios no Brasil: utilizando a lei do petróleo como um experimento natural. **ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA**, v. 35, 2007.

REGINA ABREU; HELENA MONTEIRO; GUILHERME NETTO. **O SUS do Brasil.** Laboratório de Memória e Imagem/PPGMS/UNIRIO, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Cb-csINmGnE>>

RIBEIRO, L. M. **Partidos e políticas sociais nos municípios brasileiros (1996-2003)** Tese (doutorado)—Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, , 2005.

SERRA, R. V.; MOTHE, N. G. **Sintomas da Maldição dos Recursos Naturais no Município Petrolífero de Campos dos Goytacazes, RJ.** [s.l: s.n.].

SILVA, S. F. DA. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** Editora Hu ed. [s.l: s.n.].

SOUZA, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 27–41, 2004.

STOPA, R. A implantação do Sistema Único de Assistência Social no município de Ourinhos-SP: a contribuição do Serviço Social. 2012.

UOL. **Em 4 anos, Brasil reduz investimento em educação em 56%; cortes continuam**, 2019. Disponível em: <educacao.uol.com.br/noticias/2019/05/02/em-4-anos-brasil-reduz-investimento-em-educacao-em-56.htm>

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE; OLIVEIRA, R. G. DE. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto—lições do caso brasileiro. **Ciência &**

Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807–817, 2009.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. DE S. E. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 1984–1639, p. 1–28, 2016.

XAVIER, A. B. S.; PEIXOTO, VITOR; ROHEN, M.. Financiamento Público e Qualidade da Educação: uma análise do gasto municipal em educação e do índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB). **CSOONLINE**, v. 28, p. 75, 2019.