

Uma Análise das Despesas com Saúde dos Municípios da Microrregião de Londrina

An Analysis of Health Expenditures of the Municipalities of Londrina Micro-region

Rogelio Gerônimo dos Santos¹

Sidnei Pereira do Nascimento²

RESUMO

O objetivo deste artigo foi avaliar a dinâmica dos gastos com saúde dos municípios pertencentes à microrregião de Londrina, no período de 1998 a 2014. Mais especificamente, avaliou os efeitos do Pacto pela Saúde nas despesas com saúde pública nos municípios de Londrina, Cambé, Ibiporã, Rolândia, Tamarana e Pitangueiras. Para aferir os resultados utilizou-se da metodologia econométrica denominada de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais. Os resultados demonstraram que o município de Londrina aumentou seus gastos com saúde pública *per capita* acima dos demais municípios avaliados, no período de 2006 a 2014. Também, demonstrou que todos os municípios aumentaram seus gastos com saúde, após a implantação efetiva do Pacto pela Saúde, em 2006.

Palavras chave: Gastos com Saúde Pública. Finanças Municipais. Microrregião de Londrina.

ABSTRACT

The objective of this article was evaluated by a dynamic measure of the health expenditures of the municipalities belonging to the Micro-region of Londrina, from 1998. More specifically, it evaluated the effects of the Health Pact on public health expenditures in the municipalities of Londrina, Cambé, Ibiporã, Rolândia, Tamarana and Pitangueiras. For this, we used the econometric methodology called Differences in Differences with Polygonal Adjustment. The results showed that the Municipality of Londrina increased its spending on public health per capita above the other municipalities evaluated, from 2006 to 2014. It also showed that all municipalities increased their spending on health after 2006 the implementation of the Pact for Health in 2006.

Keywords: Spending on Public Health. Municipal Finances. Micro-region of Londrina.

JEL Classification: I1; I18.

¹ Graduado em Ciências Econômicas e Mestre em Economia Regional pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professor pesquisador do curso de especialização em Gestão Pública da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Professor do curso MBA em Auditoria e Perícia Contábil da UNIVEL\INBRAPE. e-mail: rogelio1974@sercomtel.com.br

² Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Mestre em Economia pela Universidade de Brasília (UNB) e Doutor em Economia Aplicada pela Universidade de São Paulo (USP). e-mail: sidnei@uel.br .

INTRODUÇÃO

Com a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988, concretizou-se no Brasil crescente descentralização administrativa. Segundo Falletti (2005), esta descentralização adveio do ente público central, e se ampliou ao âmbito administrativo, político e fiscal. Como lembram Giambiagi e Além (2011) este processo iniciou-se no final dos anos de 1970 e foi ratificado em 1988, com a “Nova Constituição”. A descentralização em um modelo federativo como aconteceu no Brasil teve consequências e gerou intensas discussões e negociações (FALLETI, 2005).

Conforme Riani (1997), os gastos públicos são escolhas políticas dos governos no que se refere aos serviços que são oferecidos à sociedade em cada ente federativo. Para Mendes e Sousa (2007), as atribuições fundamentais confiadas aos municípios são baseadas no artigo 30 da Constituição Federal de 1988 e se pautam na organização e prestação dos serviços públicos de importância local, com a manutenção ou prestação de programas de educação e de serviços de atendimento à saúde da população.

Os gastos públicos municipais são todas as despesas executadas pelos municípios com recursos próprios e podem ser classificadas em conformidade com a sua finalidade e natureza (REZENDE, 2001). Também, são gastos públicos todas as despesas oriundas das transferências do Governo Federal e dos governos estaduais, que na maioria, são receitas vinculadas, que não permitem discricionariedades dos ordenadores das despesas na sua efetivação (SANTOS; NASCIMENTO; SANTINI, 2017).

A problemática pautada nesta pesquisa discute se o Pacto pela Saúde, ocorrido em 2006, ocasionou mudanças nos gastos com saúde pública nos municípios avaliados neste estudo? O município de Londrina aumentou suas despesas com saúde comparada aos demais municípios estudados nesta pesquisa? O Pacto pela Saúde ocasionou aumentos dos gastos em saúde no município de Londrina?

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a dinâmica dos gastos com saúde dos municípios pertencentes à microrregião de Londrina, no período de 1998 a 2014. Mais especificamente, mensurar os efeitos do Pacto pela Saúde no financiamento da saúde pública desses municípios a partir de Londrina, no período 2006 a 2014.

Para isto utilizou-se do modelo econométrico denominado de Diferença em Diferença com Ajuste de Poligonais que tem a finalidade de detectar mudanças de tendência nos recursos financeiros *per capita* destinados ao financiamento da saúde pública, após a implementação do Pacto de Saúde, através da Portaria GM/399/2006, em 2006, nos municípios de Londrina, Cambé, Ibiporã, Rolândia, Tamarana e Pitangueiras, a partir do município de Londrina.

A escolha do município de Londrina como grupo de controle aconteceu em virtude da maior participação em todo o grupo de municípios estudados nesta pesquisa, bem como de ser a cidade um centro regional de saúde. Neste contexto, apenas Londrina foi responsável por mais de oitenta por cento do total de recursos destinados ao financiamento dos serviços de saúde ofertados à população da microrregião de Londrina que correspondeu em 2014, ao montante de R\$ 546.972.915,45.

A relevância do estudo está relacionada à importância do tema, em época de crise fiscal, dos três entes da federação, principalmente, nos estados e nos municípios e também em um aumento da procura, da sociedade, pelos serviços públicos de

saúde em virtude da crise política e econômica vivida pelo Brasil, desde a eleição presidencial de 2014.

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

REFERENCIAL TEÓRICO

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

O exame das despesas públicas dos municípios tem um papel efetivo na compreensão adequada na realização das atribuições legais dos governos locais na oferta de serviços públicos (MENDES; SOUSA, 2007). Para os municípios incorrer nestas despesas necessita de receitas. Assim, as receitas públicas, segundo a definição da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) são todos os ingressos orçamentários de caráter não devolutivos arrecadados pelo poder público com o intuito de atender às despesas públicas (SANTOS; NASCIMENTO, 2017).

As receitas públicas foram introduzidas, no Brasil, através do Direito Financeiro, regulamentado pela Lei nº 4.320/64, em seus artigos 51 ao 57, na qual foi estabelecido o direito de cobrança de tributos com fundamento em duas ações governamentais: a instituição de tributo e a sua inclusão no orçamento mediante lei, sempre observadas os preceitos constitucionais (SANTOS; NASCIMENTO; SANTINI, 2017).

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

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

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

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

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

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

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

A Emenda Constitucional Nº 29/2000 fixou percentuais mínimos de gastos das receitas próprias dos estados e municípios em ações de serviços de saúde no Brasil. Para os estados, a emenda em tela fixou em no mínimo 12% das receitas próprias e para os municípios no mínimo em 15%. Esses percentuais deveriam ser implementados, gradativamente, no período de 2000 a 2004. Os estados iniciaram o ano de 2000 com a responsabilidade de aplicação dessas receitas em ações de saúde de 7%. Nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004 esses percentuais subiram, respectivamente, para 8%, 9%, 10% e 12%. Já para os municípios os percentuais foram fixados em 7%, 8,6%, 10,2%, 11,8% e 15%, respectivamente, para os anos de 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 (CONASS, 2003).

Em todo este contexto, surge uma corrente de pesquisadores que avaliam a qualidade desses gastos públicos no Brasil. Esses pesquisadores olham para as despesas não somente pelos valores monetários, eles acrescentam na análise o que a sociedade ganha de bem-estar social com o incremento desses recursos financeiros. Apesar de não ser o foco deste estudo, faz-se uma breve descrição teórica sobre a eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil.

Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil

Várias pesquisas têm demonstrado que os recursos despendidos para os serviços públicos em saúde no Brasil não estão sendo alocados com a eficiência

necessária de forma que possibilite externalidades positivas na mesma proporção dos aumentos das despesas.

Nesse sentido, Afonso, Schuknecht e Tanzi (2006) mediram a atuação governamental nas áreas de educação e saúde, nos anos 2005 e 2006, em um conjunto de países industrializados conjuntamente com a Bulgária, Turquia e Romênia. O estudo constatou que o Brasil ficou distante da fronteira eficiente. Nessa conjuntura, sustenta-se a hipótese de que existe margem de aprimoramento dos bens públicos ofertados no Brasil.

Em outro estudo, Ribeiro e Rodrigues Junior (2007) avaliaram o desempenho dos gastos públicos de 21 países da América Latina entre os anos de 1998 e 2003. Os resultados demonstraram que o Brasil ficou na vigésima posição. O estudo também identificou que o Brasil poderia ter economizado aproximadamente 40% de seus insumos para produzir o mesmo *output*.

Seguindo nesse argumento, Boueri (2007) aferiu o montante de recursos financeiros que poderia ser poupado caso os municípios brasileiros empregassem eficientemente os recursos orçamentários, nas áreas de educação, saúde, habitação e urbanismo, no triênio 2003-2005. Os resultados apontaram que o desperdício na alocação dos recursos chegou a R\$ 34 bilhões quando utilizado o modelo BCC (Rendimentos Variáveis de Escala). Na utilização do modelo CCR (Retornos Constantes de Escala) os valores dos desperdícios alcançaram R\$ 50,6 bilhões.

Faria, Jannuzzi e Silva (2008) analisaram a eficiência dos gastos em saúde e educação nos municípios do Rio de Janeiro no período de 1990 a 2000. Os Autores utilizaram a metodologia de Análise Envoltória de Dados (AED) para demonstrar que a eficiência não está relacionada a maiores ou menores disponibilidades de recursos, pois é possível que o município gaste muito e ao mesmo tempo gaste mal os seus recursos. Por outro lado é admissível que um município gaste pouco, porém, use os recursos com eficiência e, conseqüentemente, ofereça serviços de melhor qualidade.

Em um estudo que avaliou a eficiência do sistema de saúde do Brasil e dos países da OCDE, Marinho, Cardoso e Almeida (2009) inferiram que o nível de investimento, em termos monetários, especificamente no sistema de saúde brasileiro, comparando com os sistemas de saúde dos países da OCDE, alcançou baixo desempenho. Para chegar a essa conclusão, os Autores utilizaram a metodologia de Análise Envoltória de Dados (AED), com retornos constantes de escalas.

Mais recentemente, Massambani, Nascimento, Camara, e Diniz (2013) analisaram os gastos com saúde pública e o indicador de qualidade de saúde dos municípios de Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina e Maringá, no estado do Paraná. Os resultados indicaram que houve evolução positiva nos gastos com saúde pública *per capita* e nos indicadores de qualidade de saúde, no período de 2000 a 2011. Quando avaliaram o desempenho de cada município, constatou-se que Londrina superou os demais no que se refere aos valores *per capita* destinados ao financiamento da saúde pública. Todavia, quanto ao Índice de Qualidade dos Gastos em saúde, Londrina foi o município que apresentou o pior desempenho dentre os avaliados.

Outra pesquisa que converge com o estudo de Massambani, Nascimento, Camara, e Diniz (2013) foi realizada por Barbosa, Nascimento e Dalmas (2015) que analisaram as condições de saúde nos municípios paranaenses no período de 2007 a 2010. O estudo permitiu, por meio da avaliação dos resultados obtidos, concluir que um percentual maior de gastos não garante aos municípios maior eficiência. Dessa forma, a pesquisa sugere que quando os recursos são mais escassos o gestor público administra melhor, ou seja, com os mesmos recursos financeiros consegue auferir maior grau de bem estar social.

Como o foco desta pesquisa é avaliar as despesas totais *per capita* sem aprofundar na gestão dos recursos. Sugere que futuros estudos sejam explorados também a questão da qualidade dos gastos públicos em saúde, pois, como a literatura tem apresentado, existe margem para melhorar a eficiência desses gastos.

Justificativa da Quebra Estrutural

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

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

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

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

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

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

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

Neste cenário, percebe-se que o Pacto pela Saúde foi o último instrumento institucional de tentativa de ofertar e garantir uma saúde pública de melhor qualidade e com equidade para a população brasileira. Este estudo não se utiliza de indicadores para mensurar a qualidade dos serviços prestados, mas, busca aferir se houve um aporte financeiro no que tange ao financiamento total dos serviços de saúde pública

nos municípios da microrregião de Londrina. Para isso utilizou-se da metodologia apresentadas na seção a seguir.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos deste estudo, utilizou-se o modelo econométrico de Diferenças em Diferenças (Dif-Dif) com Ajuste de Poligonais a fim de examinar a dinâmica dos gastos com saúde sob os efeitos do Pacto pela Saúde entre os anos de 1998 a 2014, conforme empregado por Nascimento (2008) para medir guerra fiscal dos estados brasileiros.

Base de Dados

Foi utilizada a base de dados contábeis disponibilizada pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), através dos Dados Contábeis dos Municípios – Finanças do Brasil (FINBRA) dos anos de 1998 a 2011 e do Sistema de Coleta de Dados Contábeis de Estados e Municípios (SISTN) dos anos de 2012 e 2013 e do Tribunal de Contas do Estado do Paraná para o ano de 2014. Os dados foram atualizados pelo IPCA-E a preços de 2015.

Variáveis do Modelo

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

Observa-se que o modelo de Diferença em Diferença foi exposto por Wooldridge (2001) que utiliza variáveis binárias, com Ajuste de Poligonais especificados em Hoffmann (2006). A utilização do modelo de regressão linear múltipla de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais fez-se necessário para detectar mudanças e tendências das variáveis entre os dois períodos, de 1998 a 2005 e de 2006 a 2014 e entre os dois grupos analisados: controle e tratamento.

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

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

Em que:

Y_i : é a participação percentual dos gastos com saúde *per capita* de cada município pertencente à microrregião de Londrina;

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

T_i : é uma variável de tendência;

Θ : mostra a abscissa do vértice, que neste modelo é o ano que delimita o período anterior (1998-2005) e o posterior (2006-2014). Então, Θ é igual a 2005;

L_i : representa a binária definida como zero para o grupo de controle (Londrina) e um para o grupo de tratamento (demais municípios pertencentes à microrregião de Londrina);

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

μ_i : representa o erro aleatório;

i : indica um determinado ano.

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

a) Valor esperado de Y_i antes do Pacto pela Saúde no grupo de controle:

$$Y_{00}^* = E(Y_i | T_i = 0, P(T - \Theta)_i = 0) = \alpha_0;$$

b) Valor esperado de Y_i no período após o Pacto pela Saúde no grupo de controle:

$$Y_{01}^* = E(Y_i | L_i = 0, P(T - \Theta)_i = 1) = \alpha_0 + \varphi_0;$$

c) Valor esperado de Y_i antes do Pacto pela Saúde no grupo de tratamento:

$$Y_{10}^* = E(Y_i | L_i = 1, T_i = 0) = \alpha + \beta_0;$$

d) Valor esperado de Y_i após o Pacto pela Saúde para o grupo de tratamento:

$$Y_{11}^* = E(Y_i | S_i = 1, P_i = 1) = \alpha_0, \alpha_1, \beta_0, \beta_1, \varphi_0 \text{ e } \varphi_1.$$

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

a) α_0 : media do crescimento do índice de gastos com saúde pública dos dois grupos (controle e tratamento);

b) β_0 : no grupo de controle, antes da mudança estrutural;

c) $\beta_0 + \varphi_0$: no grupo de controle, após a mudança estrutural;

d) $\beta_0 + \beta_1$: no grupo de tratamento, antes da mudança estrutural;

e) $\beta_0 + \varphi_0 + \beta_1 + \varphi_1$: no grupo de tratamento, após a mudança estrutural.

Para este estudo, foram utilizados apenas os coeficientes φ_0 e φ_1 , respectivamente, das variáveis $P_i(T - \Theta)$ e $P_i(T - \Theta)L_i$. O coeficiente φ_0 mede a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde pública do grupo de tratamento e de controle, no segundo período, ou seja, se houve mudança de comportamento nos dois grupos (controle e tratamento), no período compreendido entre 2006 e 2014 (SANTOS; CREMONEZ, 2017). O parâmetro φ_1 , estima a diferença na taxa média anual de crescimento o grupo de controle, no segundo período, ou seja, após o Pacto pela Saúde em relação ao grupo de tratamento (SANTOS, 2014). Entretanto, para aferir os resultados, de acordo com os objetivos da pesquisa é necessário montar o modelo econométrico com todas as variáveis da equação 1.

Observa-se que no diagnóstico do coeficiente do modelo sempre que for mencionada taxa média, trata-se de uma taxa aritmética de variação e não da taxa geométrica. Para o parâmetro φ_1 , observa-se que se o sinal for negativo significa que o grupo de controle, neste caso, o município de Londrina aumentou seus gastos para financiamento da Saúde Pública, no período de 2006 a 2014. Por outro lado, se o sinal do coeficiente for positivo significa que o grupo de tratamento (os demais municípios

avaliados nesta pesquisa) aumentaram seus gastos com saúde pública (SANTOS; BACCHI; NASCIMENTO, 2016).

Para o coeficiente φ_o , se o sinal for positivo significa que o grupo de controle e o grupo de tratamento, conjuntamente, aumentaram suas despesas com saúde pública, após, o Pacto pela Saúde. E se o sinal for negativo significa que o grupo de controle e o grupo de tratamento recuaram seus gastos em saúde pública, após, o Pacto pela Saúde, em 2006.

RESULTADOS

Nesta seção antes da análise econométrica realiza-se sucinto exame da evolução das despesas com saúde pública do município de Londrina, no período de 1998 a 2014. Este exame se faz necessário para subsidiar a apreciação dos dados econométrico. Assim, esta seção foi dividida em três subseções conforme segue: uma análise dos gastos do município Londrina; análise dos resultados econométrico; e por fim faz-se uma síntese dos resultados.

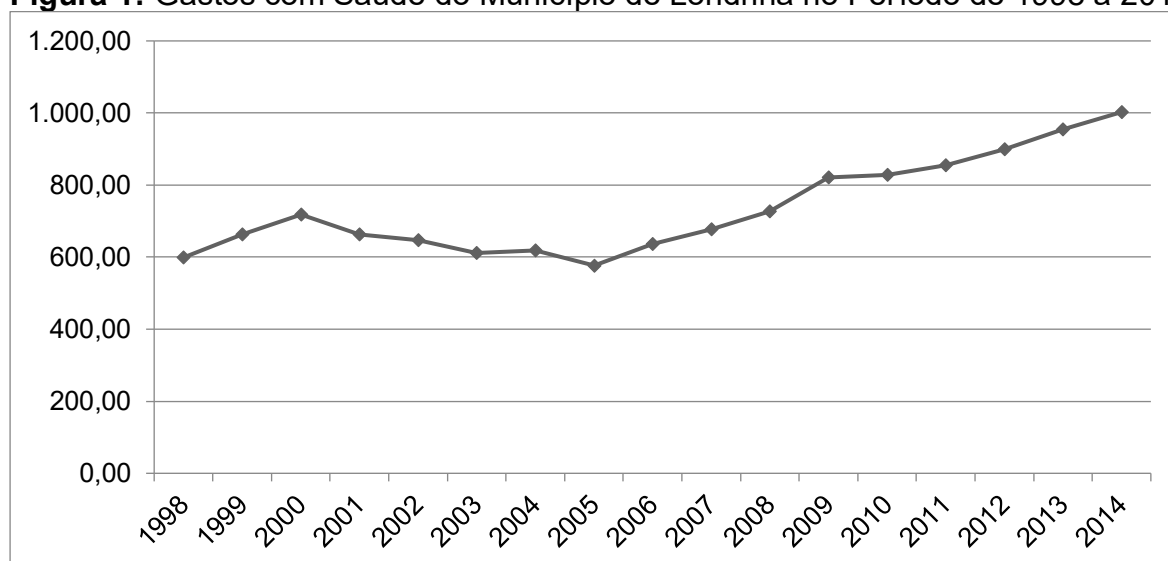
Uma Análise dos Gastos do Município de Londrina

O município de Londrina é o que mais destinou recursos financeiros para o financiamento das despesas referentes à Saúde, em termos percentuais e em valores absolutos, no período de 1998 a 2014. Todavia, havia uma tendência de queda na aplicação desses recursos que perdurou do ano de 2000 até 2003. Em 2004 houve uma pequena melhora e voltou a cair em 2005.

A Figura 1 demonstra os gastos *per capita* com saúde do município de Londrina, no período de 1998 a 2014. É possível averiguar a mudança de tendência dos gastos com saúde do município de Londrina que apresentava queda, desde o ano de 2000. É perceptível que ocorreu um ponto de inflexão na série de gastos com saúde, ou seja, houve uma mudança de tendência, que era de queda. O que aparenta ser o motivador dessa alteração na tendência de queda é o Pacto pela Saúde, ocorrido em 2006. Esta hipótese será ratificada pelas regressões econométricas que serão analisadas na subseção a seguir.

Entretanto, a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, os valores *per capita* empenhados e liquidados, pelo município de Londrina, para o financiamento da saúde pública não recuou em nenhum ano. Em 2006 o valor foi R\$ 635,75. No biênio 2007 e 2008, respectivamente, os valores alcançaram R\$ 677,81 e R\$ 726,80. No ano de 2009 os valores *per capita* ultrapassaram pela primeira vez o montante de R\$ 800,00 e chegou a R\$ 821,00. Manteve-se praticamente estável em 2010 com R\$ 827,43. Em 2011, o valor *per capita* chegou a R\$ 855,50. No biênio 2012-2013 os valores alcançados foram, respectivamente, de R\$ 899,45 e R\$ 954,94 até ultrapassar a casa dos R\$ 1.000,00 em 2014, com o valor de R\$ 1.002,46.

Figura 1: Gastos com Saúde do Município de Londrina no Período de 1998 a 2014.



Fonte: Elaborado pelos Autores conforme informações contábeis do município de Londrina.

Nota: Valores em Reais atualizados pelo IPCA-E a preços de dezembro de 2015.

No primeiro ano da série avaliada neste estudo o município de Londrina destinou R\$ 598,12 *per capita* para o financiamento da saúde pública. No ano seguinte, ou seja, em 1999 houve um acréscimo e chegou a R\$ 662,48. Em 2000 o valor alcançado foi o ápice antes do Pacto pela Saúde, na ordem de R\$ 718,23. Todavia, recuou no triênio 2001-2003, respectivamente, para R\$ 663,47, R\$ 646,23 e R\$ 611,12. Em 2004 ocorreu um pequeno aumento que foi de R\$ 618,07 e voltou a recuar em 2005 chegando ao menor valor de toda a série, ou seja, o valor *per capita* destinado ao financiamento da saúde pública no município de Londrina foi de R\$ 576,64.

Resultados Econométricos

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das regressões do município de Londrina com relação aos demais cinco municípios pertencentes à microrregião de Londrina, conforme metodologia apresentada na seção anterior.

Os dados apresentados na Tabela 1 demonstram que dois estimadores referentes à regressão entre o município de Londrina e o município de Ibiporã não restaram ser estatisticamente significativos ao nível de 0,05%.

Tabela 1. Coeficientes das Regressões do Município de Londrina em Relação aos Demais Municípios da Microrregião de Londrina.

Municípios	φ_0	Valor-p	φ_1	Valor-p
Cambé	1,98	0,00	-3,96	0,00
Rolândia	2,24	0,00	-4,51	0,00
Ibiporã	-0,09	0,89*	0,17	0,86*
Tamarana	1,99	0,00	-4,03	0,00
Pitangueiras	3,53	0,00	-7,12	0,00

Fonte: Elaborado pelos Autores.

Nota: *Estatisticamente não significativo ao nível de 5%.

Os resultados dos estimadores da regressão entre Londrina e Cambé demonstraram que os dois municípios cresceram seus gastos com saúde no período compreendido entre os anos de 2006 a 2014, em média, de 1,98% ao ano. Todavia, o município de Cambé foi superado pelo município de Londrina em 3,96% ao ano após o Pacto pela Saúde, implementado em 2006.

Os resultados dos estimadores da regressão entre o município de Londrina e o município de Rolândia demonstram que, conjuntamente, aumentaram seus gastos com saúde pública, após o Pacto pela Saúde em média de 2,24% ao ano. Quando se analisa a diferença de crescimento entre os dois municípios a regressão demonstra que o município de Londrina superou o município de Rolândia em média de 4,51% ao ano, no período de 2006 a 2014.

Como já mencionado anteriormente os estimadores referentes à regressão entre o município de Londrina e Ibiporã não restaram ser estatisticamente significativos ao nível de 0,05%. Todavia, observa-se que o sinal do parâmetro φ_0 foi negativo que indica que os investimentos em saúde do município de Ibiporã e de Londrina, conjuntamente, podem ter recuado no período entre os anos de 2006 a 2014. O mesmo acontece com o estimador φ_1 que o sinal foi positivo, ou seja, indica que os investimentos em saúde pública do município de Londrina após o Pacto pela Saúde, em 2006, recuaram em relação à Ibiporã. Porém, ressalta-se que não é possível fazer qualquer inferência estatística em virtude da ausência de significância estatística.

A regressão entre Londrina e Tamarana demonstra que ambos os municípios aumentaram suas despesas com saúde pública, no período, após o Pacto pela Saúde, em 2006. Esta taxa de crescimento foi em média 1,99% ao ano. Todavia, quando se analisa a diferença de crescimento entre as duas cidades, Londrina alcançou, no período de 2006 a 2014, uma taxa média de 4,09% superior à alcançada pelo município de Tamarana.

Os dados referentes à regressão entre o município de Londrina e Pitangueiras demonstram que os dois municípios aumentaram suas despesas referente ao financiamento da saúde pública a uma taxa média de 3,53% ao ano, após, a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006. Mais uma vez, quando se compara o desempenho entre os dois municípios no que tange aos recursos destinados à saúde pública o município de Londrina superou Pitangueiras a uma taxa média de 7,12% ao ano, no período de 2006 a 2014.

Diante do exposto, em geral, o município de Londrina, conjuntamente, com os demais municípios avaliados neste estudo, aumentaram suas despesas com saúde pública, após, a implantação do Pacto pela Saúde. Também, o município de Londrina suplantou os demais municípios no que tange a dinâmica dos gastos com saúde, no período de 2006 a 2014. A exceção se refere à apenas a regressão que não restou ser estatisticamente significativa ao nível de 0,05.

Uma Síntese dos Resultados

O município de Londrina investiu em saúde pública, no período de 1998 a 2014, R\$ 6.162.238,93 mi que corresponde a 83,32% do total investido por todos os municípios pertencentes à microrregião de Londrina. Cambé foi o segundo município que mais investiu em saúde pública no mesmo período, correspondente a R\$ 540.002.039,48, seguido por Rolândia e Tamarana que, respectivamente, investiram R\$ 262.623.149,26 e R\$ 82.821.744,70 no mesmo período. E por fim o município de

Pitangueiras investiu R\$ 29.223.262,82. O total investido pelos seis municípios foi de R\$ 7.395.269,07 mi.

Em valores *per capita* do município de Londrina, em 2014, foi de R\$ 1.002,46, que correspondem a uma vez vírgula noventa e três dos valores gastos pelo município de Rolândia. A cidade de Pitangueiras, em 2014, investiu R\$ 914,31, sendo o município que mais se aproximou de Londrina. Tamarana investiu R\$ 608,12 que lhe garante o terceiro maior investimento *per capita* em saúde pública dentre os avaliados neste estudo.

Todos os municípios superaram, em 2014, a média de gastos do período avaliado. Cambé e Ibiporã foram os municípios que mais superaram esta média atingindo 70%. Em todo o período o município de Cambé aumentou seus gastos *per capita* em 275%, passando de R\$ 148,85, em 1998, para R\$ 557,49, em 2014. Outros municípios que merece destaques são Ibiporã e Rolândia que, respectivamente, aumentaram em 249% e 209% suas despesas com saúde, no período de 1998 a 2014.

Os resultados econométricos demonstraram que o município de Londrina conjuntamente com os municípios de Cambé, Rolândia, Tamarana e Pitangueiras aumentaram seus gastos com saúde pública, no período, entre os anos de 2006 a 2014. A regressão entre o município de Londrina e o município de Ibiporã, por ausência de significância estatística não foi possível fazer qualquer inferência estatística.

Os resultados econométricos também demonstraram que o município de Londrina superou, após o Pacto pela Saúde, suas despesas com saúde em relação aos municípios de Cambé, Rolândia, Tamarana e Pitangueiras. Como no caso do estimador φ_0 o parâmetro φ_1 da regressão entre o município de Londrina e o município de Ibiporã também não restou ser estatisticamente significativo ao nível de 0,05, dessa forma, impedido de realizar inferência estatística.

Diante de todo o exposto é possível afirmar que o Pacto pela Saúde foi importante no que tange ao aumento de recursos financeiros destinados ao financiamento da saúde pública nos municípios avaliados neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo respondeu aos questionamentos do problema da pesquisa, pois, demonstrou que os municípios avaliados aumentaram os recursos financeiros direcionados ao financiamento dos gastos com a saúde pública, após, o Pacto pela Saúde, em 2006. Também, o município de Londrina, o que mais destinou recursos financeiros, dentre todos os avaliados, superou todos os demais municípios quando se compara a dinâmica dos gastos com saúde entre dois municípios, no período de 2006 a 2014. A exceção está relacionada ao município de Ibiporã que os coeficientes da regressão não restaram ser estatisticamente significativo, ao nível de 0,05, para fazer qualquer afirmação sobre a temática abordada nesta pesquisa.

Neste cenário, evidencia-se que o Pacto pela Saúde foi eficiente no que tange à destinação dos recursos financeiros para o financiamento do SUS, nos municípios avaliados neste artigo. Todavia, o município de Londrina, sem dúvida, foi o que mais destinou recursos em valores absolutos, mesmo que no período de 1998 a 2004 tenham ocorridos quedas significativas dos recursos destinados para esse fim.

Em suma, os resultados demonstraram mudança de tendência em relação às despesas com gastos de saúde, ou seja, após 2006 houve um ponto de inflexão e os municípios avaliados aumentaram suas despesas conjuntas em todos os coeficientes que restaram ser estatisticamente significativas. Isto é confirmado pelo Gráfico 1 que

demonstrou a evolução das despesas com saúde, do município de Londrina no período de 1998 a 2014, com quebra de tendência, a partir de 2006.

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

Todavia, necessita de aprofundamento do estudo no que se refere, principalmente, à eficiência dos gastos com saúde com a possibilidade de maximizar a utilidade dos recursos disponíveis: humanos, financeiros e equipamentos de saúde, dentre outros. Isto justifica, pois, como demonstrado na subseção denominada de “Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil” deste estudo há margem para aprimoramento da qualidade dos gastos públicos no Brasil.

Outra pesquisa que necessita ser realizada a partir deste artigo seria comparar o atendimento da prestação de serviços da forma tradicional da saúde pública com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), ou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) que vise à redução de custos financeiros e maximize a utilidade dos serviços prestados, pois, as relações de trabalhos são mais flexíveis.

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

Outro ponto importante seria complementar esta pesquisa comparando a evolução dos gastos de saúde com a dinâmica do endividamento e das operações de créditos após a efetiva implementação do Pacto pela Saúde, em 2006. Para aprofundamento nos estudos vislumbramos a possibilidade de realização de análise de comportamento entre municípios com o mesmo tamanho populacional e ou mesmo perfil de arrecadação tributária. Neste sentido, vislumbra-se imensurável espaço a ser inteirado em novas pesquisas que colabore para o entendimento e aprofundamento da temática abordada neste artigo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A; SCHUKNECHT, L; TANZI, V. Public sector efficiency: evidence for new EU members states and emerging markets. **European Central Bank Working Paper**, n. 581, 2006.

BARBOSA, O. C.; NASCIMENTO, S. P. do; DALMAS, J. C. Uma análise das condições de saúde nos municípios paranaenses. **Economia & Região**, v. 3, p. 47-71, 2015.

BERCOVICI, G. A descentralização de Políticas Sociais e o Federalismo Cooperativo Brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**, v. 3, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81291>. Acesso em: 15 de novembro de 2016.

BOUERI, R. **Avaliando a eficiência do gasto público**. In: BOUERI, Rogério; SABOYA, Maurício (Org.). Aspectos do Desenvolvimento Fiscal. Brasília, IPEA, 2007.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Consultado em: 3 de junho de 2016.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Consultado em: 4 de junho de 2016.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. 1ª edição. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em 04 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 30 de julho de 2016.

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

_____. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 14 de agosto de 2016.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 18 de dezembro de 2016.

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

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2011. Disponível em:

<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 22 de dezembro de 2016.

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em 02 de novembro de 2016.

FADEL, C. B; SCHNEIDER, L. MOIMAZ, S. A. S; SALIBA, NEMRE, A. S. Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, mar/abr de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2016.

FALLETI, T. G. **A Sequential Theory of Decentralization: Latin American Cases in Comparative Perspective**. Disponível em: <http://www.polisci.upenn.edu/faculty/bios/Pubs/Falleti_E5_APSR05.pdf>. Acessado em: 11 de setembro de 2016.

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. M ; SILVA, S. J. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 42 (1): 155-177, Jan/Fev, 2008.

FERNANDES, M. A. da C. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal. **IPEA**, texto para discussão nº. 547, 1988. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3820&Itemid=1. Acesso em: 26 de dezembro de 2016.

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

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

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

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.. ALBUQUERQUE, G. L. ORTIGA, A. M. B. Entendendo o Pacto pela Saúde na Gestão do SUS e Refletindo sua Implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009, v. 11, n.1. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2016.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V.V. **Brasil e OCDE: avaliação da eficiência em sistema de saúde**. Rio de Janeiro, IPEA, 2009. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4922> . Acesso em: 15 mar. 2016.

MASSAMBANI, M. O. **Avaliação Econômica dos Gastos com Saúde Pública dos Principais Municípios Paranaense**. 152 f. Dissertação (Mestrado em Economia

Regional) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000185869>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

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

MENDES, C.C.; SOUSA, M. C. S. Estimando a demanda por educação e saúde em municípios brasileiros. In: _____. **Ensaio de economia regional e urbana**. Brasília: Ipea, 2007. p. 245-281. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_8_29.pdf>. Acesso em: 01 de janeiro de 2017.

MENDES, M.; MIRANDA, R. B.; COSSIO, F. Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma. **Consultoria Legislativa do Senado Federal**, Texto para Discussão, v. 40, abr., 2008. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td-40-transferencias-intergovernamentais-no-brasil-diagnostico-e-proposta-de-reforma>>. Acesso em: 03 de outubro de 2016.

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

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

REZENDE, F. da C.. **Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil (1980-1994)** – Dados v.40, n. 3. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300005. Acesso em: 21 de outubro de 2016.

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

RIBEIRO, B.; RODRIGUES JÚNIOR, W. **A eficiência do Estado**. In: BOUERI, Rogério; SABOYA, Maurício (Org.). *Aspectos do Desenvolvimento Fiscal*. Brasília, IPEA, 2007.

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

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

SANTOS, R. G; BACCHI, M. D.; NASCIMENTO, S. P. A Dinâmica dos Gastos com Pessoal em Municípios de São Paulo: uma análise sob os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Economia & Região**, Londrina, v.4, n.2, p. 127-139, 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/27714>>. Acesso em: 19 de agosto de 2017.

SANTOS, R. G.; CREMONEZ, G. M. Arrecadação do ITBI no Brasil: uma análise a partir do estado de São Paulo. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 48, jan-jun/2017. p.411-433, 2017. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/735>>. Acesso em: 19 de agosto de 2017.

SANTOS, R. G. dos; NASCIMENTO, S. P. do. Os gastos com saúde nos municípios pertencentes à microrregião de Uberlândia. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**. Enero, 2017. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/caribe/2017/01/uberlandia.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

SANTOS, R. G.; NASCIMENTO, S. P.; SANTINI, L. F. S. A Dinâmica do Financiamento da Saúde Pública dos Municípios da Microrregião de Canoinhas sob a Égide do Pacto pela Saúde. **Observatório de la Economía Latinoamericana**. Febrero, 2017. Disponível em: <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/br/17/canoinhas.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J. A. G.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade. Passo Fundo: **IFIBE/CEAP**, 2009. Disponível em: http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto_pela_saude_possibilidade_2ed.pdf. Acesso em: 12 de julho de 2016.

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

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