



FEDERALISMO FISCAL NO BRASIL A PARTIR DA LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E SEUS IMPACTOS NAS FINANÇAS DOS PEQUENOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS: UM ENFOQUE NA SAÚDE

FISCAL FEDERALISM IN BRAZIL FROM THE FISCAL RESPONSIBILITY LAW AND ITS IMPACTS ON THE FINANCE OF THE BRAZILIAN MUNICIPALITIES: A FOCUS ON HEALTH

Ângelo Alves da Silva, Universidade Estadual de Maringá-UEM, Brasil, angelo@gestaoalpha.com.br

José Santo Dal Bem Pires, Universidade Estadual de Maringá-UEM, Brasil, jsdbpires@uem.br

Isabela Zara Cremonese, Universidade Estadual de Maringá-UEM, Brasil, isabelacremonese@gmail.com

Antônio Marcos Flauzino dos Santos, Universidade Estadual de Maringá-UEM, Brasil, m.flauzino@uol.com.br

Resumo

Este estudo tem por objetivo analisar e descrever os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos municípios brasileiros, com enfoque na destinação de recursos orçamentários para a Saúde. A fundamentação teórica foca o federalismo fiscal, a LRF e a Saúde no Brasil. A metodologia evidencia uma pesquisa exploratória e descritiva; de natureza aplicada; de abordagem quantitativa porque os dados coletados são mensurados com o uso de técnicas estatísticas; de procedimentos técnicos bibliográfica e ex-post-facto; de ambiente documental pela utilização de um banco de dados oficial; e, por fim, de abordagem indutiva. Os resultados revelam que no âmbito dos 2.359 municípios brasileiros pesquisados, de portes pequeno 1 e pequeno 2, ficou evidente que a LRF provocou vários impactos nas finanças dos pequenos municípios brasileiros, mas não houve homogeneidade de comportamento após o advento da LRF. Houve municípios em que as aplicações de recursos públicos na Saúde aumentaram significativa, moderada ou timidamente; e, ainda em outros, diminuíram significativa, moderada ou timidamente, não demonstrando um padrão uniforme. A heterogeneidade das finanças dos pequenos municípios brasileiros, antes da LRF, dentre os quais alguns se apresentavam bem equilibrados e outros endividados, infere-se que nos equilibrados os impactos da LRF foram positivos no sentido de aumentar os recursos para a Saúde; já nos endividados, os gestores temendo a responsabilidade de seus atos, diminuíram valores do orçamento para a Saúde no intuito de equilibrar as contas públicas.

Palavras-chave: LRF; Federalismo Fiscal; Saúde; Finanças Municipais.

Abstract

This study aims to analyze and describe the impacts of the Fiscal Responsibility Law (LRF) on the increase or decrease of the variables observed in the finances of the small Brazilian municipalities, focusing on the allocation of budgetary resources for Health. The theoretical foundation focuses on fiscal federalism, the LRF and Health in Brazil. The methodology shows an exploratory and descriptive research; of an applied nature; of quantitative approach because the data collected are measured using statistical techniques; bibliographical and ex-post-facto technical procedures; documentary environment by the use of an official database; and, finally, an inductive approach. The results show that in the scope of the 2,359 Brazilian municipalities surveyed, of small size 1 and small size 2, it was evident that the LRF caused several impacts on the finances of the small Brazilian municipalities, but there was no homogeneity of behavior after the advent of the LRF. There were municipalities

in which the applications of public resources in Health increased significantly, moderately or timidly; and, still others, decreased significantly, moderately or timidly, not demonstrating a uniform pattern. The heterogeneity of the finances of the small Brazilian municipalities, before the FRL, some of which were well balanced and others indebted, shows that in the balanced the impacts of the FRL were positive in order to increase the resources for Health; already indebted, managers fearing responsibility for their actions, decreased amounts of the health budget in order to balance the public accounts.

Keywords: LRF; Fiscal Federalism; Health; Municipal Finances.

1. INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira tem exigido, no decorrer das últimas décadas, cada vez mais das instituições governamentais, um melhor desempenho em suas atribuições e uma justa e adequada aplicação dos recursos públicos. A apreensão com a *performance* da execução das contas de despesas públicas nas quais se encontram aquelas relacionadas à **SAÚDE**, conduz a um novo pensar sobre a qualidade dos gastos nas políticas governamentais, levando a uma preocupação crescente do gestor para a promoção de uma melhoria na composição das despesas orçamentárias executadas.

O direito à **Saúde** representa um conjunto de direitos estabelecidos na Constituição Federal (CF) em vigência, cujo artigo 196 destaca: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para regulamentar e assegurar constitucionalmente os recursos orçamentários direcionados para a saúde, a Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, atualizada pela Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, determina em seu art. 5º o seguinte para os municípios brasileiros: "... já os Municípios deverão aplicar montante igual ou superior a 15%, todos vinculados orçamentariamente de forma anual".

Além das vinculações constitucionais de recursos orçamentários para a **Saúde**, a gestão dos recursos públicos sofreu relevantes mudanças com a implementação da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, chamada **Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**. Essa Lei trouxe novos princípios de aplicabilidade, controle e programação das contas públicas, prevendo punições fiscais e penais para os gestores públicos que não se adequassem às novas normas, com a intenção também de proporcionar maiores serviços públicos na **Saúde** demandados como prioridade pela sociedade.

Diante desse contexto, a presente pesquisa tem-se como preocupação central a seguinte indagação: Quais os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos Municípios Brasileiros no período de 2001 a 2005 (*depois da LRF*) em relação ao período de 1996 a 2000 (*antes da LRF*), especificamente na função de governo **Saúde**? Visando responder esta situação problemática levantada, o presente estudo tem por objetivo analisar e descrever os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos municípios brasileiros, com enfoque na destinação de recursos orçamentários à **Saúde**.

A busca da resposta à pergunta levantada no “problema de pesquisa” e o objetivo geral estabelecido aguçam o interesse não apenas de pesquisadores e profissionais que atuam na área pública, mas também do cidadão comum, aquele que exercita seu direito de cidadania no trato da coisa pública. Configura-se, assim, um quadro em que se deve haver uma preocupação social com a aplicação do dinheiro público na área da Saúde por se tratar de uma rubrica orçamentária expressiva no orçamento dos municípios brasileiros e considerado prioridade pelos diversos segmentos da sociedade.

Espera-se, destarte, que os resultados deste estudo forneçam importantes subsídios para os vários segmentos da sociedade brasileira, para o universo acadêmico, para os executivos e os profissionais da área de gestão pública e para o cidadão comum no exercício de sua cidadania no trato das contas públicas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Federalismo Fiscal no Brasil

Segundo Almeida (2001, p. 14), federalismo “[...] pode ser entendido como um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado (*self rule plus shared rule*)”. Ainda para a autora, “A federação é, assim, uma forma de organização política baseada na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal maneira que o governo nacional e os subnacionais são independentes nas suas esferas próprias de ação”. Assim sendo, no Brasil as esferas de governo são constituídas em nível federal, estadual e municipal.

Apresentados os conceitos de federalismo, discute-se neste tópico, sobre federalismo fiscal no Brasil, conceituando-o, situando-o nos âmbitos econômico e constitucional e também apresentando seus desafios e perspectivas tendo como fonte a Coletânea de 2016, publicada pelo Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP), e a FGV Projetos, volume 4.

Federalismo fiscal no Brasil no contexto econômico: As regras da relação federativa no Brasil foram herdadas de dois períodos históricos: uma parte do período militar e outra parte construída ou adaptada após a redemocratização. A parcela herdada do período militar, como o arranjo do Conselho Nacional de Política Fazendária (Confaz), só funcionava em um modelo político centralizado, pois dependia da centralização de poder nas mãos do Executivo Federal, representado pelo Ministério da Fazenda, que impunha as regras e os representantes estaduais não tinham poder para desafiá-las.

A partir do momento em que houve democratização e descentralização do poder, tornou-se inviável a gestão “cooperativa” e “consensual”. As características de nossa democracia estimulam forte conflito distributivo entre diferentes grupos de interesse, os quais são organizados em bases sociais, profissionais, ideológicas, religiosas, entre outras. Os problemas federativos são mais uma dimensão desse conflito, tendo as regiões, estados e municípios como núcleo de organização dos interesses conflitantes.

Nos últimos tempos, o federalismo fiscal no Brasil no contexto econômico desperta conflitos de interesses entre as mesmas ou diferentes esferas de governos relacionados a questões como: redução da alíquota interestadual do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) para coibir a Guerra Fiscal entre os Estados da Federação; descrédito dos governos em promover a implantação de infraestrutura de modais de transportes e logística; disputa entre os Estados e Municípios no tocante às regras de distribuição dos royalties do petróleo; incentivo a Zona Franca de Manaus (ZFM) que sobrevive graças a seus beneficiários que não querem perder privilégios; o Fundo de Participação dos Estados (FPE) é um bom exemplo de conflito distributivo do federalismo fiscal no Brasil; situação similar ocorre com o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), havendo muito o que melhorar; e, por fim, o federalismo fiscal no Brasil no contexto econômico envolve ainda a renegociação das dívidas dos Estados junto à União.

Diante do exposto, fica claro que esta é a manifestação de uma sociedade em situação de forte conflito distributivo, cada um tirando para si o que pode, prevalecendo o interesse individual em detrimento do interesse coletivo.

Federalismo Fiscal no Brasil no âmbito constitucional: Neste tópico, aborda-se a guerra fiscal como sendo aqueles benefícios fiscais concedidos pelos estados à revelia da Constituição Federal, o que se configura como uma realidade gravíssima no Brasil, onde a primeira (principal) causa advém de dois fatores: 1º) O fato de sermos uma federação assimétrica, no sentido de termos muitas desigualdades regionais; 2º) O fato de sermos uma federação cooperativa imperfeita e ineficiente, em que faltam a interferência e a força da União para coordenar ações que promovam isonomia e oportunidades iguais para as regiões desiguais que integram o país.

A segunda causa diz respeito ao modo como o Brasil tributa o consumo dos produtos (direta ou indiretamente), que é dividido entre a União, Estados e Municípios. Um bom exemplo de conflito do federalismo fiscal no Brasil no âmbito constitucional é o ICMS, que tem nítido caráter nacional, mas é de competência dos Estados.

Afinal, qual é o problema do ICMS, de caráter nacional, ser de competência dos Estados? O problema reside no fato de que o cidadão que compra uma mercadoria em um Estado "B" pode estar financiando o Estado "A", que produziu essa mercadoria por meio de incentivos ilegítimos, ou seja, como o nosso sistema de cobrança do ICMS é na origem, a mercadoria, quando sai do Estado "A" para o Estado "B", vem carregada de crédito do imposto que supostamente foi pago na origem (Estado "A"). Essa mercadoria, que vai ser consumida no Estado "B", vai gerar menos imposto para o Estado de consumo "B" do que para o Estado de origem "A". E o problema não está na tributação na origem, haja vista que uma mudança para o destino também não resolve a questão, pois ela é incompatível com um mercado integrado como o brasileiro.

Desafios e perspectivas para o federalismo fiscal no Brasil: Um dos piores problemas da crise federativa fiscal no Brasil é a chamada “guerra fiscal”. Cabe aqui um parêntese para distinguir dois termos que comumente se confundem: a *competição fiscal* e a *guerra fiscal*. Na competição fiscal, há obediência às leis vigentes e os custos envolvidos na atração dos investimentos são assumidos por quem concede o benefício; na guerra fiscal, as normas legais são desobedecidas, os custos são total ou parcialmente transferidos para terceiros, e não há mecanismos eficazes para aplicar sanções que inibam a prática.

As causas da atual guerra fiscal têm origem em um problema regional brasileiro, representado pelas disparidades regionais de desenvolvimento por falta de uma política que visasse à elaboração e à implementação de uma nova estratégia para reduzir essas disparidades regionais. Com isso, os conflitos tornaram-se mais intensos, restando aos governadores o único poder que tinham na mão, o poder da caneta para atrair investimentos de empresas mediante a concessão de benefícios do ICMS.

Destaca-se três principais pontos com relação aos grandes desafios a serem enfrentados na busca de soluções para o federalismo fiscal brasileiros. São eles:

- ❖ Primeiro ponto: conflito regional – o conflito regional tem que ser resolvido através de uma política nacional, não pode partir dos Estados. Especialistas da área defendem uma nova estratégia, na qual infraestrutura, educação e tecnologia assumem prioridade e demandam uma mistura de investimentos públicos com financiamento das agências oficiais de crédito e incentivos fiscais do governo federal. A nova solução para esse conflito antigo precisa de uma política nacional de desenvolvimento regional com a universalização da alíquota do ICMS.

- ❖ Segundo ponto: buscar uma nova solução para o velho conflito entre centralização, descentralização e reformas sociais, o qual foi assumindo novas facetas, não tendo sido ainda possível encontrar uma solução equilibrada para tanto.

- ❖ Terceiro ponto: encontrar solução para os novos desafios que a urbanização das cidades trouxeram para a qualidade da gestão pública no contexto de nosso federalismo.

Diante desse panorama de desafios e perspectivas, a busca de soluções para as questões apontadas deve fazer parte de um debate nacional que tenha por objetivo a construção de um novo modelo de federalismo fiscal.

2.2 Lei de Responsabilidade Fiscal

A Lei de responsabilidade fiscal – Lei complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 – disponível em: <www.planalto.gov.br>, surge como delimitadora do cumprimento das novas exigências quanto às finanças públicas previstas no nível de todas as esferas públicas: federal, estadual e municipal. Seu surgimento se dá por variáveis fatores que conduziram a instituição desta lei às vistas de nortear igualmente todas as administrações públicas, ficando estas ligadas diretamente à espécie de um novo código de conduta, desta vez impondo uma maior responsabilidade dos que governam. Nesse sentido, a LRF não somente norteia, especifica e ajusta a situação fiscal de todas as esferas governamentais do Brasil, mas exige também a transparência pública em todos seus setores, perfazendo compromissos da gestão para com a sociedade eleitora.

Seu objetivo principal está expresso no seu artigo 1º, que estabelece: "Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição".

Baseado neste artigo verifica-se que o objetivo principal da Lei de responsabilidade fiscal é buscar o equilíbrio fiscal, busca essa feita pelas restrições impostas pelo próprio conteúdo desta Lei que dentre outras formas, impõe o não crescimento da despesa via fixação de limites para os gastos com pessoal e endividamento. Estas contenções já levam a impor, via de fatos, que para projetar, precisa planejar. Esse objetivo é um combate para evitar que continuem os déficits públicos constantes e contínuos das administrações públicas, além de com esse controle não somente partir para a busca do equilíbrio financeiro, mas também reduzir a “herança” da dívida pública já deixada pelos anos passados, mantendo desde então limites máximos para dívidas feitas e observância constante do cumprimento das passadas.

A Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF –, que completa dezoito anos no ano de 2018, tem se revelado uma importante ferramenta jurídica para manter as finanças públicas brasileiras em ordem. Para tanto, exigiu mudanças políticas, sociais e institucionais na gestão do Estado brasileiro.

2.3 A Saúde no Brasil

O direito à Saúde representa um conjunto de direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988, o qual exprime parte dos direitos sociais de todo cidadão brasileiro. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CF/88). O artigo 23 da Constituição acrescenta que é da competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de oferecer assistência pública para melhores condições de saúde da população, incluindo a proteção e a garantia das pessoas portadoras de deficiência.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determina que um percentual mínimo dos recursos arrecadados por impostos deve ser destinado para o uso da saúde. Pelo fato de os estudos estarem voltados para os recursos vinculados a municípios, apresentamos os dados relacionados à competência dessa esfera. A referida lei determina, em seu artigo 7º, que os Municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos para os serviços da saúde. A título de informação, a União deverá destinar o gasto do ano anterior mais o PIB; já os Estados, 12% da arrecadação.

As secretarias municipais de saúde possuem a responsabilidade sobre o controle e fiscalização de atividades que atingem a saúde das pessoas, assim como incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico na área. A Lei Complementar nº 141/2012, artigo 2º, estabelece que serão considerados como despesas com ações e serviços públicos de saúde os recursos aplicados na vigilância em saúde, atendimento total e igual a todos os níveis de complexidade, seja na assistência terapêutica como na recuperação de deficiências, apoiar as atividades no SUS, dentre estas a capacitação de pessoal, incentivo e desenvolvimento científico, produção e distribuição de insumos específicos de saúde, investimento nas estruturas físicas e ações de apoio ao administrativo. Embora aborde uma grande extensão consideradas despesas afetas à saúde, o artigo 4º esclarece quais são os gastos que não constituem essa natureza de despesa dentro do percentual mínimo (15%) de aplicação nas ações e serviços da saúde.

No âmbito da saúde, o principal instrumento de nacionalização da política se deu pela criação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Franzese e Abrucio (2010, p. 35) asseveram que “O legado prévio ao SUS era de centralização, sendo a política de saúde financiada e gerenciada por uma agência federal, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O acesso não era universalizado, mas sim restrito aos trabalhadores formais, contribuintes do sistema de previdência”. Ainda segundo os estes autores, “A estratégia de universalização do sistema baseou-se principalmente na descentralização da implementação e da gestão da saúde”.

Em relação às Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos 1990, o desenho por elas criado acabou por incentivar os municípios a aderirem ao SUS. Os estudos de Franzese e Abrucio (2010) no tocante à estrutura apontam que hoje em dia quase 100% dos municípios brasileiros aderiram ao SUS, exercendo, ainda que com dificuldades, a gestão da atenção básica de saúde em seu território, que se consubstancia na contratação de pessoal, construção de estrutura física, compra de equipamentos e destinação de recursos próprios, oriundos do orçamento municipal, para a realização de atendimento universal. Nesse contexto, a implantação do SUS, mesmo obedecendo a regras emanadas pelo governo federal, promoveu a criação de uma rede municipal de serviços, e culminou em um fortalecimento dos municípios no contexto federativo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em relação aos objetivos, a pesquisa ora proposta se enquadra como **exploratória e descritiva**. Exploratória, porque permite ao pesquisador verificar quais os impactos da LRF no aumento ou diminuição das despesas orçamentárias destinadas à Saúde dos pequenos municípios brasileiros. Descritiva, porque descreve os impactos da LRF no aumento ou diminuição das despesas direcionadas à Saúde. No tocante à natureza, trata-se de uma pesquisa **aplicada**, porque gera conhecimentos com relação aos impactos da LRF no aumento ou diminuição das despesas observadas na Saúde feitos pelos pequenos municípios do Brasil.

A abordagem é, *a priori*, **quantitativa**, porque os dados e as evidências coletados são mensurados com o uso de técnicas estatísticas. Na ótica dos procedimentos técnicos, esta pesquisa é **bibliográfica e ex-post-facto**. Bibliográfica, porque tem-se como fonte de dados material já publicado em livros, artigos científicos e materiais disponibilizados na internet. Ex-Post-Facto, porque realiza os “experimentos” depois dos fatos, cujas variáveis, por sua natureza, não são manipuláveis à vontade do pesquisador, segundo Gil (2011, p. 54): “...é pesquisa *ex-post-facto*, porque já ocorreram suas manifestações ou porque são intrinsecamente não manipuláveis”.

No que se refere ao ambiente de pesquisa, este estudo se caracteriza como **documental** com dados secundários, realizada com a utilização de um banco de dados oficial extraído do seguinte site: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br>. No quesito método de abordagem, admitiu-se o **método indutivo**, que no entendimento de Lakatos e Marconi (1991, p. 47), significa: “Indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas.”

Ao considerar as especificidades e o desenho proposto, as **limitações desta pesquisa** referem-se apenas ao estudo da função de governo "Saúde". As limitações alcançam também os 1.908 municípios classificados como “Pequenos 1” e 451 municípios “Pequenos 2”; distribuídos nas cinco regiões brasileiras, totalizando 2.359 municípios brasileiros pesquisados.

Para **delimitação da pesquisa** admitiu-se a classificação da Secretaria Nacional de Assistência Social denominada “Política Nacional de Assistência Social - PNAS/ 2004” (*on line*) da seguinte forma: Municípios pequenos 1: com população até 20.000 habitantes e Municípios pequenos 2: com população entre 20.001 a 50.000 habitantes. Abrange todas as regiões do país: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Compreende a esfera de governo Municipal e foca a função de governo "Saúde".

A **coleta de dados** foi realizada por meio do site da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), e consistiram nas informações disponibilizadas referente às contas anuais declaradas por cada município. Os dados utilizados compreende o interstício de tempo de 5 (cinco) anos antes e 5 (cinco) anos após a LRF, haja vista o advento do Plano Real, em 1994, cujos dados orçamentários anteriores ao Plano Real, considerando a inflação vivida no Brasil, ficaria muito difícil e até irreal qualquer tentativa de comparação e tratamento estatístico de valores de poderes aquisitivos e de moedas diferentes.

Para **tratamento estatístico** dos dados orçamentários divulgados pelo FINBRA foram retirados da amostra os municípios que apareciam zerados, os municípios que não participavam de todos os anos da série temporal e os municípios que foram criados nos últimos anos e não existiam nos anos iniciais da análise, chegando-se ao panorama descrito na tabela 1.

Categoria	Pequenos 1	Pequenos 2	TOTAL
Norte	43	13	56
Nordeste	369	147	516
Centro Oeste	167	29	196
Sudeste	680	163	843
Sul	649	99	748
TOTAL	1.908	451	2.359

Tabela 1 – Municípios classificados por categoria conforme o PNAS/ 2004 e por regiões.

Como pode-se observar na tabela 1, do universo de 5.570 municípios (última estatística brasileira), na presente pesquisa contempla-se **2.359** municípios pelas razões explicitadas.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, formulou-se 2 (duas) **hipóteses** (H_0 e H_1) a serem testadas, conforme descrito no quadro 1.

HIPÓTESES DA PESQUISA	
Hipótese H_0 :	O atendimento aos quesitos obrigatórios constantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) PROVOCARAM uma homogeneidade de comportamento das variáveis observadas nas finanças dos Pequenos Municípios Brasileiros, no período de 2001 a 2005 (<i>depois da LRF</i>), em relação ao período de 1996 a 2000 (<i>antes da LRF</i>), especificamente nas despesas orçamentárias com a função de governo EDUCAÇÃO .

Hipótese H_1 :	O atendimento aos quesitos obrigatórios constantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) NÃO PROVOCARAM uma homogeneidade de comportamento das variáveis observadas nas finanças dos Pequenos Municípios Brasileiros, no período de 2001 a 2005 (<i>depois da LRF</i>), em relação ao período de 1996 a 2000 (<i>antes da LRF</i>), especificamente nas despesas orçamentárias com a função de governo EDUCAÇÃO
------------------	---

Quadro 1 – Hipóteses da pesquisa.

Para o **tratamento estatístico** dos dados orçamentários extraídos do banco de dados disponível no site http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-anuais (FINBRA – Finanças do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios), utilizou-se o **software estatístico “R Project”**. Os referidos dados foram analisados através das técnicas da estatística descritiva, principalmente por meio de gráficos **“box plot”**.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao identificar as causas que podem explicar o fato de a LRF ter ou não provocado aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos municípios brasileiros, buscou oferecer uma contribuição ao desenvolvimento positivo da pesquisa. Nesse particular, baseou-se na ideia de que a informação em si não tem valor intrínseco e, portanto, torna-se necessário verificar se a LRF teve o efeito como se imaginou nas hipóteses formuladas e se os gestores públicos conseguem encontrar nela o apoio necessário à melhoria de suas decisões.

4.1 Apresentação dos Dados Contábeis dos Pequenos Municípios Brasileiros

Os dados utilizados foram extraídos do site http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-anuais (FINBRA – Finanças do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios). Admitiu-se a média de valores das rubricas orçamentárias de despesas com a função de governo SAÚDE, respectivamente dos Municípios Pequenos 1, com população até 20.000 habitantes; Pequenos 2, com população entre 20.001 a 50.000 habitantes; conforme classificação do PNAS/ 2004” (*on line*). A correção feita considera a inflação registrada pelo IGP-DI/FGV, cujos valores foram atualizados monetariamente para o ano 2000, data base da vigência da LRF. A tabela 2 evidencia os dados contábeis dos pequenos municípios brasileiros referentes às despesas orçamentárias com a SAÚDE antes da LRF; e a tabela 3 após a sua vigência.

REGIÃO	EDUCAÇÃO	1996	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%	SOMA
NORTE	PEQUENO 1	358.597,28	871.046,73	142,90%	544.331,08	-37,51%	582.823,40	7,07%	568.905,00	-2,39%	2.925.703,49
	PEQUENO 2	652.935,70	1.126.817,50	72,58%	1.788.370,95	58,71%	1.826.219,42	2,12%	1.648.401,00	-9,74%	7.042.744,58
NORDESTE	PEQUENO 1	648.162,13	442.798,84	-31,68%	947.995,01	114,09%	962.427,79	1,52%	651.712,60	-32,28%	3.653.096,36
	PEQUENO 2	965.504,92	990.508,46	2,59%	1.613.698,46	62,92%	1.651.338,28	2,33%	1.679.164,00	1,69%	6.900.214,13
CENTRO-OESTE	PEQUENO 1	539.062,16	557.834,85	3,48%	934.678,94	67,55%	681.515,75	-27,09%	663.132,20	-2,70%	3.376.223,91
	PEQUENO 2	1.393.371,78	1.882.694,78	35,12%	1.613.698,46	-14,29%	1.651.338,28	2,33%	2.178.368,00	31,92%	8.719.471,31
SUDESTE	PEQUENO 1	718.692,37	670.603,99	-6,69%	837.419,64	24,88%	892.944,25	6,63%	844.028,90	-5,48%	3.963.689,15
	PEQUENO 2	2.102.417,75	2.044.227,00	-2,77%	2.882.303,81	41,00%	3.014.523,36	4,59%	4.021.545,00	33,41%	14.065.016,92
SUL	PEQUENO 1	474.877,13	401.284,18	-15,50%	538.609,61	34,22%	537.374,98	-0,23%	568.905,00	5,87%	2.521.050,91
	PEQUENO 2	1.329.227,65	1.269.677,95	-4,48%	1.792.157,99	41,15%	1.886.223,32	5,25%	2.163.905,00	14,72%	8.441.191,92

Tabela 2: Valores aplicados em Saúde pelos pequenos municípios brasileiros antes da LRF. Valores corrigidos pelo IGP-DI/FGV - a valores do ano 2000.

REGIÃO	EDUCAÇÃO	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	SOMA
NORTE	PEQUENO 1	750.656,83	45,63%	1.646.606,39	148,99%	684.466,45	-48,96%	1.242.214,31	98,54%	1.421.663,69	21,27%	5.745.607,66
	PEQUENO 2	1.914.362,65	28,17%	2.034.861,20	20,65%	3.533.835,53	113,24%	2.114.093,65	-34,55%	2.412.433,96	20,92%	12.009.587,00
NORDESTE	PEQUENO 1	730.042,99	23,63%	844.551,94	31,31%	712.652,70	3,61%	750.761,68	15,25%	966.866,73	36,47%	4.004.876,04
	PEQUENO 2	1.830.940,32	20,34%	1.943.224,17	20,47%	1.834.508,60	15,92%	1.936.269,16	15,47%	2.270.328,38	24,25%	9.815.270,64
CENTRO-OESTE	PEQUENO 1	753.864,33	25,47%	845.653,60	27,33%	820.668,80	19,16%	863.948,92	15,17%	1.044.926,16	28,16%	4.329.061,81
	PEQUENO 2	2.424.462,08	22,83%	2.677.839,46	25,37%	2.482.081,85	13,81%	2.703.315,40	19,15%	3.066.819,62	20,22%	13.354.518,40
SUDESTE	PEQUENO 1	902.099,12	17,96%	930.329,68	17,06%	847.802,52	11,89%	855.153,25	10,35%	1.010.896,82	25,27%	4.546.281,40
	PEQUENO 2	3.160.198,66	-13,27%	3.064.583,99	10,07%	2.951.388,55	18,25%	2.893.357,31	7,25%	3.430.254,42	25,63%	15.499.782,92
SUL	PEQUENO 1	642.360,29	24,62%	756.167,37	33,62%	676.516,23	9,85%	715.087,56	15,64%	824.561,51	22,19%	3.614.692,95
	PEQUENO 2	2.288.187,48	16,70%	2.338.310,37	15,99%	2.223.623,35	16,76%	2.381.308,76	17,16%	2.815.466,29	25,29%	12.046.896,25

Tabela 3: Valores aplicados em Saúde pelos pequenos municípios brasileiros após a LRF. Valores corrigidos pelo IGP-DI/FGV - a valores do ano 2000.

4.2 Análise dos Resultados

Para a análise dos dados, utilizou-se a ferramenta *Box Plot*, conhecido também como *box* e *whisker plot*, é um método alternativo ao histograma e ao ramo-e-folha para representar os dados. Trata-se de uma ferramenta gráfica que ajuda a identificar a existência de possíveis *outliers* (medidas discrepantes) no conjunto de dados, dessa forma, fornece informação sobre as seguintes características do conjunto de dados: localização, dispersão, assimetria, comprimento da cauda e *outliers*. Embora o *Box Plot* forneça informação sobre localização e dispersão, seu verdadeiro valor está na informação que fornece sobre a cauda da distribuição. Pontos desgarrados (*Outliers*) podem afetar de forma adversa as decisões a serem tomadas a partir da análise dos dados se não forem devidamente considerados.

Desenvolveu-se a “Análise dos Resultados” nesta sequência: 1º) Apresentou-se os gráficos *box plot* com todos os “*outliers*”; 2º) Identificou-se os municípios cujos valores aplicados na Saúde são discrepantes em relação aos demais municípios; 3º) Construiu-se os gráficos *box plot* após a exclusão dos maiores valores “*outliers*” contidos nos primeiros gráficos; 4º) Discorreu-se sobre algumas técnicas da estatística descritiva, distribuídas nas medidas de tendência central, dispersão e separatrizes, aplicadas nos valores do banco de dados extraído do FINBRA; 5º) Analisou-se as médias de valores aplicados na Saúde categorizadas por tamanho de município (Pequeno 1 e Pequeno 2) das 5 (cinco) regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); 6º) Por último, procedeu-se à análise dos resultados revelados pelos gráficos, quadros e tabelas construídos à luz do problema e do objetivo da pesquisa.

4.2.1 Análise das Despesas Orçamentárias com a Função de Governo Saúde dos Municípios Brasileiros Classificados como "Pequeno 1"

A seguir, encontra-se os dados e a respectiva análise das despesas com a função de governo Saúde dos municípios classificados como “Pequeno 1”.

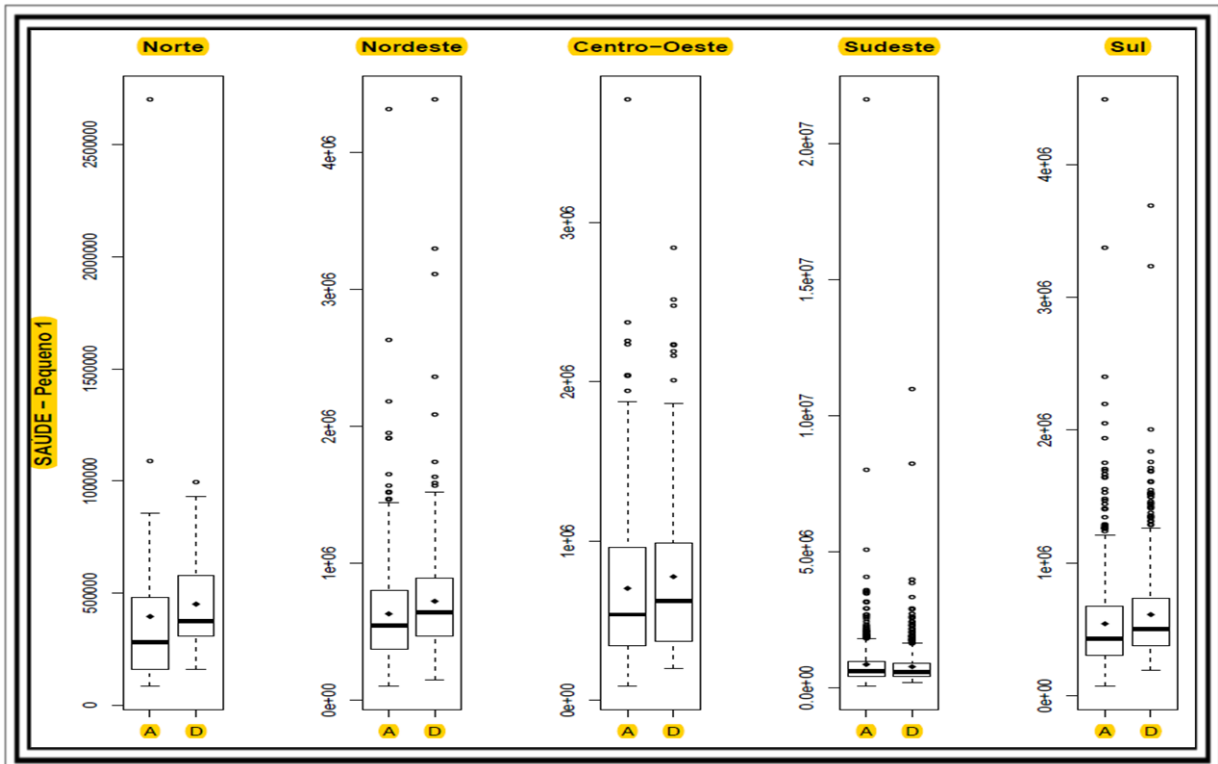


Gráfico 1 – Box Plot de Saúde com todos os outliers dos Municípios Pequeno 1.

No Gráfico 1, mostramos os valores discrepantes de gastos com Saúde (*outliers*) de alguns municípios das cinco regiões brasileiras em comparação com os demais. Para evitar distorções causadas por essas discrepâncias, identificamos esses municípios (Tabela 4).

OUTLIERS – SAÚDE – MUNICÍPIOS PEQUENO 1				
REGIÃO BRASILEIRA	MUNICÍPIO	ESTADO	ANTES DA LRF	DEPOIS DA LRF
Norte	Novo Jardim	TO	R\$ 2.700.279,00	
Nordeste	Madre de Deus	BA	R\$ 4.314.144,00	R\$ 6.275.168,00
	Guamaré	RN		R\$ 3.989.180,00
	Canindé de São Francisco	SE		R\$ 3.887.096,00
Centro-Oeste	Goiandira	GO	R\$ 3.772.458,00	
	São Gabriel do Oeste	MS		R\$ 3.591.578,00
	Campo Verde	MT		R\$ 3.257.743,00
	Campo Novo do Parecis	MT		R\$ 3.214.595,00
Sudeste	Carai	MG	R\$ 21.617.594,00	
	Bertioga	SP	R\$ 8.019.919,00	R\$ 10.423.398,00
	Quissama	RJ		R\$ 13.808.886,00
Sul	Santa Helena	PR	R\$ 4.489.092,00	R\$ 4.800.378,00
	Itaipulândia	PR	R\$ 3.374.153,00	R\$ 4.188.135,00

Tabela 4 – Valores outliers de Saúde dos Municípios Pequeno 1.

Seguindo o mesmo procedimento anterior, visando analisar os impactos da LRF na aplicação de recursos na Saúde dos municípios classificados como “Pequeno 1”, antes e depois da referida Lei, eliminamos os valores *outliers* contemplados na Tabela 4 e em seguida criamos o Gráfico 2.

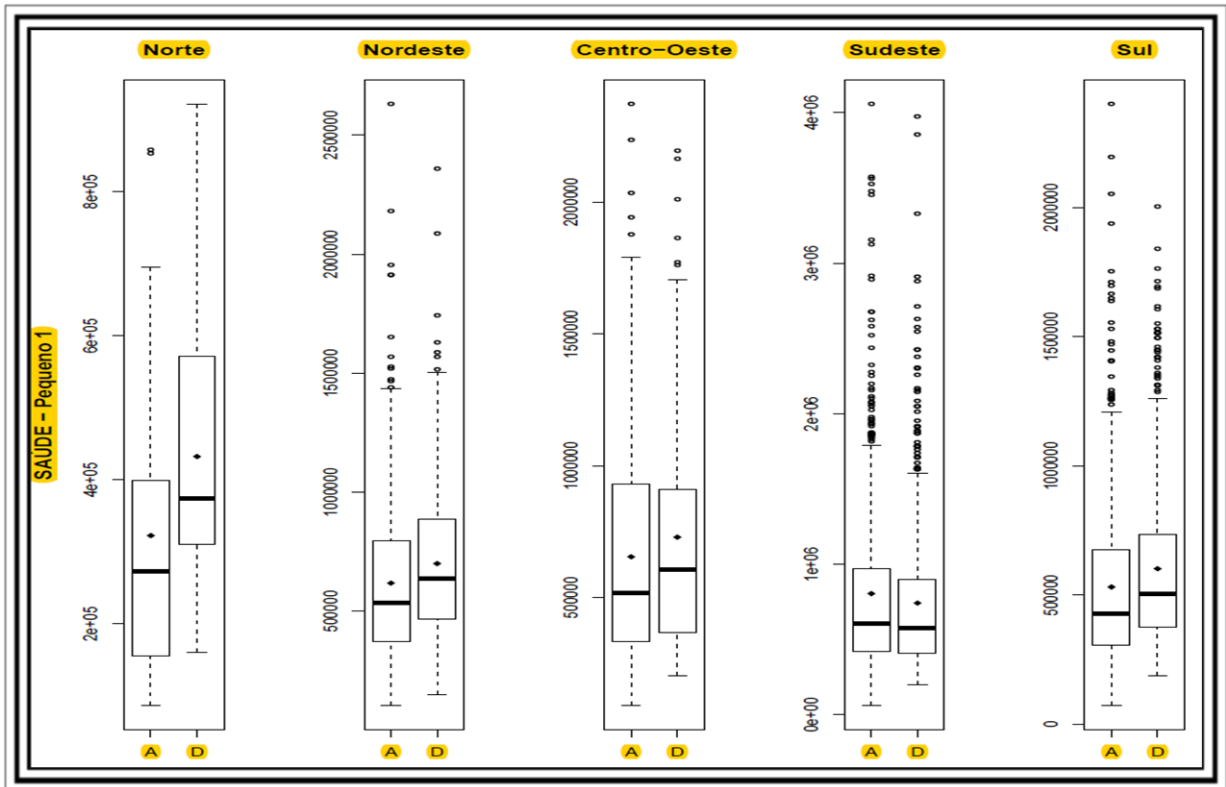


Gráfico 2 – Box Plot de Saúde sem os outliers da tabela 4, dos Municípios Pequeno 1.

Calculamos algumas medidas descritivas como “média e mediana” (medidas de tendência central); “mínimo, máximo e desvio-padrão” (medidas de dispersão); e, por último, “quartil 1, quartil 3, curtose e assimetria” (medidas separatrizes), todas elas técnicas da estatística descritiva.

Por último, fizemos a classificação dos municípios “Pequeno 1” por região usando como parâmetro a medida de tendência central “Média”; dessa forma, conforme o volume de gastos com Saúde desses municípios, classificamos as regiões brasileiras de “1” a “5” (Quadro 2).

ANÁLISE DA "MÉDIA" DA SAÚDE		
MUNICÍPIOS "PEQUENO 1"		
REGIÕES	Antes da LRF	CLASSIFICAÇÃO
SUDESTE	805.607,56	1
CENTRO-OESTE	654.911,50	2
NORDESTE	618.220,92	3
SUL	531.444,50	4
NORTE	322.687,87	5
REGIÕES	Depois da LRF	CLASSIFICAÇÃO
SUDESTE	742.407,54	1
CENTRO-OESTE	729.582,88	2
NORDESTE	700.308,75	3
SUL	602.238,49	4
NORTE	432.378,54	5

Quadro 2 – Ranking da “Média” dos gastos com Saúde dos Municípios Pequeno 1.

Com os valores *outliers* a dispersão dos valores não era tão grande, conforme podemos observar no Gráfico 1, porém os valores *outliers* que eram altos dificultavam a análise desse gráfico. Observando os Gráficos 1 e 2, podemos assinalar que a dispersão com relação a antes e depois é muito próxima, mesmo depois da retirada dos valores *outliers* (Quadro 2).

Ao analisarmos somente a questão da dispersão dos valores superiores (da mediana até o limite superior do *box plot*) dos gastos com “Saúde”, o Gráfico 2 mostra que, antes da LRF, a dispersão é mais acentuada nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul; depois da LRF, a dispersão é maior apenas na região Norte. No quesito dispersão *versus* concentração, podemos afirmar que há maior dispersão entre os valores superiores e maior concentração entre os valores inferiores, isso explica a assimetria positiva. Após a exclusão dos municípios que apresentaram valores *outliers* (Gráfico 1), continua aparecendo, no Gráfico 2, porém não tão exorbitantes como antes, valores que ficaram fora da barreira superior de *outliers* (limite superior), tanto antes como depois da LRF, com exceção da região Norte, após a LRF, que não apresentou nenhum valor discrepante. O Gráfico 2 explicita ainda que os impactos da LRF contribuíram para diminuir a dispersão dos valores dos gastos com “Saúde” na maioria das regiões, exceto a Norte; no comparativo entre o “Antes” e o “Depois” da LRF, a média dos gastos com “Saúde” aumentou nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul, diminuindo na região Sudeste; com relação à assimetria (medida separatriz), o Gráfico 2 mostrou que em todas as regiões, sem exceção, houve uma assimetria positiva dos gastos com “Saúde” (média > mediana), ou seja, há uma concentração maior nos valores menores (R\$) dos gastos com Saúde (entre o limite inferior e o 3º quartil: 75%), e a cauda superior, que concentra 25% dos valores, apresentou uma dispersão maior. Observamos também que a mediana está próxima de Q1 (primeiro quartil), indicando que os dados são positivamente assimétricos.

A região brasileira que se destacou com valores maiores de gastos com Saúde, na categoria de município “Pequeno 1”, tanto antes como depois da LRF, foi a região Sudeste, com uma “média” superior a R\$ 740.000,00; na sequência temos as demais regiões, na ordem decrescente de gastos com Saúde: Centro-Oeste, Nordeste, Sul e, por último, a região Norte.

4.2.2 Análise das Despesas Orçamentárias com a Função de Governo Saúde dos Municípios Brasileiros Classificados como "Pequeno 2"

A seguir os dados e a análise das despesas com a função de governo Saúde dos municípios classificados como “pequeno 2”.

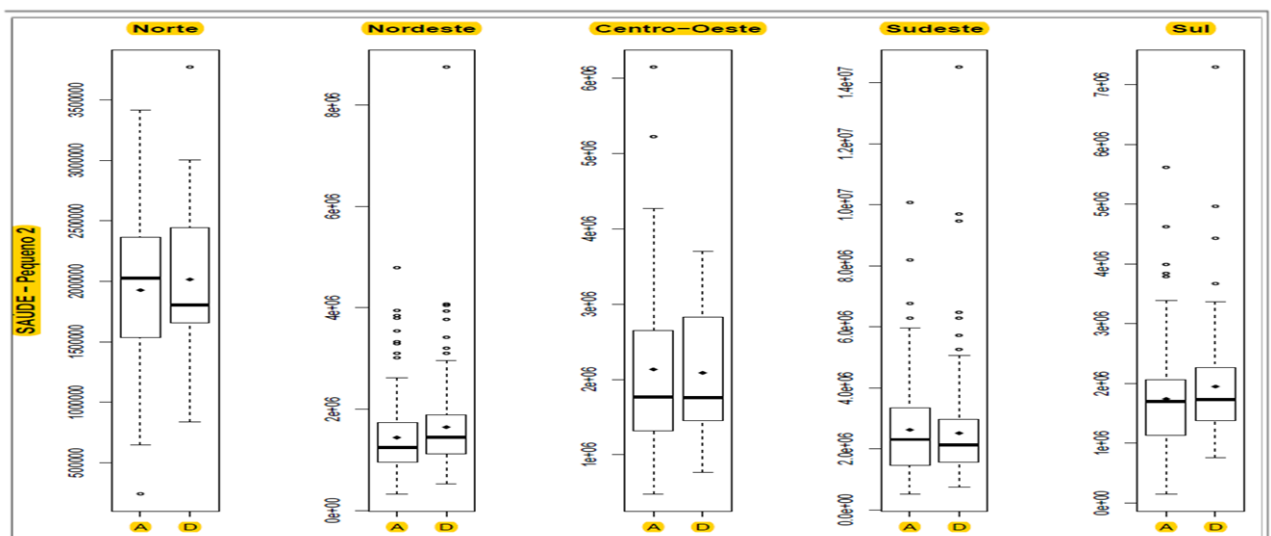


Gráfico 3 – Box Plot de Saúde com todos os outliers dos Municípios Pequeno 2.

O Gráfico 3 contempla os *box plot* com todos os *outliers* de gastos com Saúde dos municípios classificados como Pequeno 2. Em seguida, identificamos esses municípios, os quais estão contemplados na Tabela 5.

OUTLIERS – SAÚDE – MUNICÍPIOS PEQUENO 2				
REGIÃO BRASILEIRA	MUNICÍPIO	ESTADO	ANTES DA LRF	DEPOIS DA LRF
Norte	Jaru	RO		R\$ 4.837.066,00
Nordeste	Catu	BA	R\$ 4.788.220,00	
	Barbalha	CE		R\$ 11.146.625,00
Centro-Oeste	Bela Vista de Goiás	GO	R\$ 6.145.084,00	
	Uruaçu	GO	R\$ 5.224.179,00	
Sudeste	Cajamar	SP	R\$ 10.079.318,00	R\$ 11.825.594,00
	Jaguariúna	SP	R\$ 8.187.491,00	R\$ 12.026.892,00
	Rio das Ostras	RJ		R\$ 19.343.867,00
Sul	Panambi	RS	R\$ 5.611.884,00	R\$ 5.697.822,00
	São Francisco do Sul	SC	R\$ 4.621.282,00	R\$ 6.200.487,00
	Rio do Sul	SC		R\$ 9.320.388,00
	Rio Negrinho	SC		R\$ 4.569.147,00

Tabela 5 – Valores outliers de Saúde dos Municípios Pequeno 2.

Para analisar os impactos da LRF na aplicação de recursos na Saúde dos municípios classificados como “Pequeno 2”, antes e depois da LRF, retiramos os municípios com valores *outliers* destacados na Tabela 5; após esse procedimento, construímos o Gráfico 4.

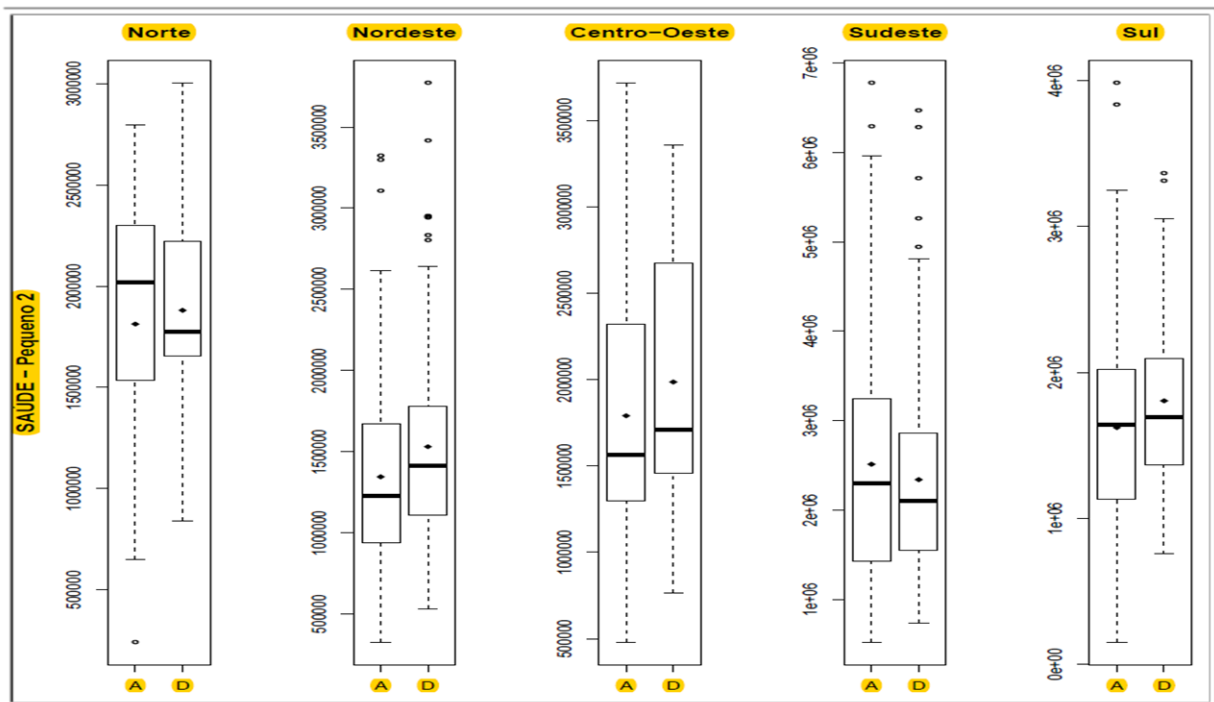


Gráfico 4 – Box Plot de Saúde sem os outliers da tabela 21, dos Municípios Pequeno 2.

Para facilitar a análise, calculamos vários indicadores através das técnicas da estatística descritiva. Tais indicadores foram “média e mediana” (medidas de tendência central); “mínimo, máximo e desvio-padrão” (medidas de dispersão); e, por último, “quartil 1, quartil 3, curtose e assimetria” (medidas separatrizes).

No Quadro 3, procedemos à classificação por porte de municípios e também por região fazendo uso da medida de tendência central “Média” e, conforme o volume de gastos com Saúde desses municípios, classificamos as regiões brasileiras de “1” a “5”.

ANÁLISE DA "MÉDIA" DA SAÚDE		
MUNICÍPIOS "PEQUENO 2"		
REGIÕES	Antes da LRF	CLASSIFICAÇÃO
SUDESTE	2.512.523,79	1
NORTE	1.812.802,66	2
CENTRO-OESTE	1.791.252,59	3
SUL	1.622.139,73	4
NORDESTE	1.345.682,87	5
REGIÕES	Depois da LRF	CLASSIFICAÇÃO
SUDESTE	2.340.392,88	1
CENTRO-OESTE	1.987.057,24	2
NORTE	1.880.704,35	3
SUL	1.806.074,35	4
NORDESTE	1.531.346,90	5

Quadro 3 – Ranking da “Média” dos gastos com Saúde dos Municípios Pequeno 2.

Com base nas revelações do Gráfico 4, podemos afirmar que os gastos com “Saúde” antes da LRF apresentaram maior dispersão entre os valores superiores e maior concentração entre os valores inferiores, com exceção da região Norte, em que ocorreu justamente o contrário; depois da LRF, a dispersão dos valores dos gastos com Saúde foi menor, exceto na região Norte. Mesmo retirando os municípios com valores *outliers* contidos no Gráfico 3, continua havendo, no Gráfico 4, valores que ficaram fora da barreira superior de *outliers* (limite superior), tanto antes como depois da LRF, apenas nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, porém com valores não tão exorbitantes como anteriormente. O Gráfico 4 mostra ainda que os impactos da LRF foram no sentido de diminuir a dispersão dos gastos com Saúde, possibilitando uma concentração maior desses valores. Comparando o “Antes” e o “Depois” da LRF, a média dos gastos com Saúde aumentou nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul, diminuindo na região Sudeste. Outra constatação foi que nas regiões Norte (depois da LRF), Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (depois da LRF) houve uma assimetria positiva dos valores (média > mediana e mediana localizada próxima do primeiro quartil - Q1), ou seja, há uma concentração maior nos valores menores (R\$) dos gastos com Saúde (entre o limite inferior e o 3º quartil: 75%), e a cauda superior, que concentra 25% dos valores, apresentou uma dispersão maior; nas regiões Norte e Sul, antes da LRF, aconteceu uma assimetria negativa (média < mediana e mediana localizada próxima do terceiro quartil – Q3).

A região brasileira que se destacou com valores maiores de gastos com Saúde na categoria de município “Pequeno 2” antes da LRF foi a região Sudeste, com uma média superior a R\$ 2.500.000,00, seguida das regiões Norte, Centro-Oeste, Sul e, por último, a região Nordeste. Depois da LRF, o panorama é o seguinte: na 1ª classificação, temos a região Sudeste novamente, com uma média de gastos com Saúde superior a R\$ 2.300.000,00, e as regiões Centro-Oeste, Norte, Sul e Nordeste, ocupando o 2º, 3º, 4º e 5º lugares, respectivamente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho representou uma busca dos autores, que sempre esteve ancorada na expectativa de que a Lei de Responsabilidade Fiscal tivesse contribuído para alavancar o volume de recursos orçamentários aplicados na Saúde, objeto do presente estudo, haja vista a limitação que a referida LRF trouxe para os gastos com pessoal e para o controle do endividamento dos municípios brasileiros, ou seja, se o município passou a gastar menos

com folha de pagamento por força da Lei, teoricamente deveria sobrar mais recursos para outras aplicações, sobretudo na área da Saúde considerada prioridade por toda a sociedade brasileira. Aliada a essa expectativa, a pesquisa foi motivada também pela inquietude dos pesquisadores em conhecer as finanças dos pequenos municípios do nosso país e a disparidade ou homogeneidade que há entre as cinco regiões brasileiras.

Após a definição do que se pretendia fazer, nossa preocupação recaiu sobre a situação-problema a ser investigada, e após inúmeras reflexões e ponderações, culminamos na seguinte indagação: Quais os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos Municípios Brasileiros no período de 2001 a 2005 (*depois da LRF*) em relação ao período de 1996 a 2000 (*antes da LRF*), especificamente na função de governo Saúde? Em resposta a esta questão, o presente estudo teve como objetivo geral analisar e descrever os impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) no aumento ou diminuição das variáveis observadas nas finanças dos pequenos municípios brasileiros, com enfoque na destinação de recursos orçamentários à Saúde.

A pesquisa aponta que a execução orçamentária dos recursos aplicados nas despesas com a função de governo Saúde dos pequenos Municípios Brasileiros, no período de 2001 a 2005 (*depois da LRF*) em relação ao período de 1996 a 2000 (*antes da LRF*), levando-se em conta a análise feita por regiões brasileiras chegamos à conclusão de que os impactos da LRF foram no sentido de aumentar as aplicações de recursos na Saúde nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul, considerando todos os 2 (dois) portes de municípios; percebemos que houve redução apenas na região Sudeste, cuja média diminuiu. No quesito dispersão, a LRF teve impactos positivos nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, onde a dispersão dos gastos com Saúde diminuiu, ou seja, a diferença entre os menores valores e os maiores valores foram reduzidos, aumentando a concentração, cujo reflexo é a redução da distância entre o “valor mínimo” e o “valor máximo”. Nas regiões Norte e Nordeste, o efeito da LRF foi no sentido de aumentar a dispersão dos gastos com Saúde, o que é um fator negativo. Ainda com relação aos gastos com Saúde, porém pelo prisma da análise por categoria de município, pequenos 1 e pequenos 2, os impactos da LRF apareceram positivamente como aumentos na média de gastos com Saúde. Um outro efeito positivo da referida Lei, nos municípios Pequeno 1, Pequeno 2, foi a redução da dispersão (na maioria das regiões), ou seja, a diferença entre os menores valores e os maiores valores foram reduzidos, esse efeito aumenta a concentração, refletindo numa redução da distância entre o “valor mínimo” e o “valor máximo”.

No que diz respeito às hipóteses da pesquisa, os resultados nos levam a **refutar** a “Hipótese H_0 : O atendimento aos quesitos obrigatórios constantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) **PROVOCARAM** uma homogeneidade de comportamento das variáveis observadas nas finanças dos Pequenos Municípios Brasileiros, no período de 2001 a 2005 (*depois da LRF*), em relação ao período de 1996 a 2000 (*antes da LRF*), especificamente na função de governo SAÚDE; e a **aceitar** a “Hipótese H_1 : O atendimento aos quesitos obrigatórios constantes da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) **NÃO PROVOCARAM** uma homogeneidade de comportamento das variáveis observadas nas finanças dos Pequenos Municípios Brasileiros, no período de 2001 a 2005 (*depois da LRF*), em relação ao período de 1996 a 2000 (*antes da LRF*), especificamente na função de governo EDUCAÇÃO”, haja vista que não houve homogeneidade de comportamento no tocante ao crescimento ou decréscimo orçamentário, não havendo, portanto, impactos uniformes, regulares na despesas orçamentárias relativas a Saúde considerada no presente estudo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: Ideias, Hipóteses e Evidências. Revista de Sociologia e Política, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, de 5 maio 2000.

_____. Emenda Constitucional 29, de 13/09/2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Acessado em 25 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>

_____. Lei Complementar 141, de 13/01/2012. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Acessado em 25 de janeiro de 2018. <http://www.planalto.gov.br>.

FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas. Tese de Doutorado, FGV/SP. 2010.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP) e FGV Projetos, volume 4, Coletânea de 2016.

LAKATOS, Eva Maria; e MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia Científica. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MARCONI, Marina de Andrade; e LAKATOS, Eva Maria. Técnicas de Pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

METTENHEIM, Kurt Eberhart Von. A BRAZILIAN MUNICIPAL BOND MARKET: THEORY, REPRESSION AND PROSPECTS. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 52, nº 6, nov. /dez. 2012.

SECRETARIA DO TESOURO NACIONAL. Finanças do Brasil - Dados Contábeis dos Municípios – 1996 a 2010. Acessado em 07 de setembro de 2017. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estados_municipios/index.asp>.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Política Nacional de Assistência Social - PNAS/ 2004. Acessado em 03 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/assistencia>>.

Secretaria do Tesouro Nacional – STN. Catálogo de Monografias 2006. Disponível em <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/-/catalogo-de-monografias-2006>.