

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA**

JÉSSICA PEREIRA MATIAS DOS SANTOS

**SAÚDE PÚBLICA E A DESIGUALDADE ASSISTENCIAL. Uma análise acerca
das transferências federais para os estados brasileiros**

RECIFE

2023

JÉSSICA PEREIRA MATIAS DOS SANTOS

**SAÚDE PÚBLICA E A DESIGUALDADE ASSISTENCIAL. Uma análise acerca
das transferências federais para os estados brasileiros**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Bacharelado em Ciência Política da
Universidade Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção do título
em bacharel em Ciência Política.

Orientador: Bhreno Henrique Ribeiro Vieira

RECIFE

2023

JÉSSICA PEREIRA MATIAS DOS SANTOS

**SAÚDE PÚBLICA E A DESIGUALDADE ASSISTENCIAL. UMA ANÁLISE
ACERCA DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA OS ESTADOS
BRASILEIROS.**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado
ao Bacharelado em Ciência Política da
Universidade Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção de título de
bacharel em Ciência Política.

Orientador: Bhreno Henrique Ribeiro Vieira

Aprovado: 15/05/2023

BANCA EXAMINADORA

Mr. Bhreno Henrique Ribeiro Vieira (Orientador)
Departamento de Ciência Política - UFPE

Dr^a. Amanda Domingos
Departamento de Métodos da Europa-Universität Flensburg - EUF

Mr. Pedro Severino
Departamento de Ciência Política - UFPE

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Jéssica Pereira Matias dos.
SAÚDE PÚBLICA E A DESIGUALDADE ASSISTENCIAL: Uma análise
acerca das transferências federais para os estados brasileiros / Jéssica Pereira
Matias dos Santos. - Recife, 2023.
45 : il., tab.

Orientador(a): Bhreno Henrique Ribeiro Vieira
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Ciência Política, 2023.

1. Políticas Públicas. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Transferências
Federais. 4. Discriminação Positiva. I. Vieira, Bhreno Henrique Ribeiro.
(Orientação). II. Título.

320 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

Essa é, de um jeito bem contraditório, a última página deste trabalho. Escrevo no meio de uma - dentre tantas - noite de insônia, que são bem comuns no fim dessa graduação. Posso falar do medo do futuro, mas falo principalmente do orgulho que eu sinto - que pra ser sincera, é quase descrença - por ter chegado até aqui depois de tantas turbulências, que só me dão certeza de que sozinha isso seria impossível.

Quero primeiramente agradecer a Deus e aos meus guias espirituais, que sempre me direcionaram pelo melhor caminho e me mostram que mesmo com minhas inseguranças, a escolha que eu fiz anos atrás, de apenas confiar acima qualquer situação, me traria a paz necessária para buscar meus objetivos.

À minha mãe, Judite, que é meu referencial de família mas é principalmente meu referencial de força. Que a partir dos seus vinte e poucos anos, direcionou o foco todo de sua vida para a minha criação. Obrigada por todo o suporte mãe, por toda compreensão, toda preocupação acerca de cada problema que se passava na minha vida. Obrigada por cada momento que tu deixou claro que éramos só nós duas, mas que isso já era suficiente. Obrigada pela disposição em me animar nos dias difíceis, por acreditar nos meus sonhos com mais força que eu e - não menos importante - claro, obrigada por todas as comidinhas feitas na tentativa de me animar. Essa graduação, assim como todos os meus objetivos, são por você.

Aos meus amigos, tanto os de longa data, quanto os “presentinhos” da graduação, obrigada por tudo, por toda disponibilidade nos momentos difíceis, em que eu optava por não pedir ajuda mas recebia mesmo assim. Por cada palavra de conselho, por cada ligação que durava mais que o necessário e ainda bem que duraram tanto, pelas piadas ruins, pelos abraços (mesmo os que foram dados a distância, na pandemia), por cada situação em que vocês se fizeram presente. Gosto de repetir sempre que possível que cada tempinho passado com vocês me deu energia para lidar com o peso dos vários problemas ao longo dos anos. Sou eternamente grata a todos vocês.

À todo o departamento de Ciência Política e especialmente à professora Mariana Batista que me orientou na Iniciação Científica - e mesmo de forma inconsciente - me ajudou a confirmar o quanto a Política Pública era importante pra mim e como seria gratificante trabalhar com algo que significa tanto. Também ao professor Rafael Mesquita, que diante de uma situação difícil que eu me encontrava, foi tão

compreensivo e paciente nos seus direcionamentos. Obrigada por ser tão humano, professor.

Quero também agradecer imensamente ao Bhreno, meu orientador neste trabalho, que além de ser tão solícito em relação a cada passo, também teve a delicadeza de me oferecer suporte para o que fosse preciso. Tua preocupação em me orientar mas também em seguir fielmente o que eu tinha pensado para esta pesquisa foi incrível. Obrigada por ter se entusiasmado com o potencial desse trabalho e por ter confiado no meu. Seus direcionamentos contribuíram imensamente para que esse tudo fosse realizado.

Por fim, ao meu melhor amigo, que eu perdi há alguns anos e que assim como eu, nasceu em um lugar sem muitas oportunidades, mas que teve de lidar com uma perspectiva tão dura da vida que não teve tempo de reverter as injustiças que sofreu. Espero que você esteja em um bom lugar e prometo que vou continuar me capacitando pra tentar impedir que esse ciclo se mantenha. Meu compromisso vai ser para que os talentos e vocações não se percam, como o teu se perdeu, só pela falta de sorte de ter nascido em um lugar sem oportunidades. Essa graduação também é por você.

RESUMO

Como ocorre a lógica distributiva das transferências federais de saúde para os estados brasileiros? Logo após o período de redemocratização, foram elaborados acordos entre as camadas governamentais, que visavam não só reestruturar a qualidade da saúde pública, mas também equalizar a saúde ao redor dos estados brasileiros. Dessa forma, uma estrutura de “discriminação positiva” deveria ser seguida, para que fosse possível alcançar esse propósito. Entretanto, nas últimas décadas uma inclinação contrária foi identificada, onde a lógica da discriminação positiva - que foi estipulada previamente - não estava sendo cumprida. Em decorrência desses episódios, a presente pesquisa se propõe a analisar se o critério de vulnerabilidade local, de fato norteia a lógica distributiva das Transferências Federais.

Palavras-chave: Descentralização; Discriminação positiva; Equidade; Políticas públicas de saúde; Transferências Federais.

ABSTRACT

How does the distributive logic of federal health transfers to the Brazilian states occur? Soon after the redemocratization period, agreements were drawn up between the governmental layers, which aimed not only to restructure the quality of public health, but also to equalize health across the Brazilian states. Thus, a framework of “positive discrimination” should be followed in order to achieve this purpose. However, in recent decades a contrary trend was identified, where the logic of positive discrimination - which was previously stipulated - was not being fulfilled. As a result of these episodes, this project proposes to analyze whether the local vulnerability criterion, in fact, guides the distributive logic of Federal Transfers.

Keywords: Decentralization; Discrimination; Equity; Public health policies; Federal Transfers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Taxa de Analfabetismo.....	19
Gráfico 2 - N° de Estabelecimentos com equipamentos (SUS).....	20
Imagem 1 - Modalidades de Transferências.....	25
Gráfico 3 - Transferências Constitucionais por estado (2000 - 2019).....	31
Gráfico 4 - Transferências Voluntárias por estado (2000 - 2019).....	35
Gráfico 5 - Repasse Constitucional (Brasil, 2000).....	40
Gráfico 6 - Repasse Voluntário (Brasil, 2000).....	40
Gráfico 7 - Repasse Constitucional (Brasil, 2010).....	40
Gráfico 8 - Repasse Voluntário (Brasil, 2010).....	40
Gráfico 9 - Repasse Constitucional (Brasil, 2019).....	41
Gráfico 10 - Repasse Voluntário (Brasil, 2019).....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Abastecimento de água não canalizada (por domicílio).....	18
Tabela 2 - Domicílios sem instalações sanitárias adequadas.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EC	Emenda Constitucional
ESFL	Entidades Sem Fins Lucrativos
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPi	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não Governamentais
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. SAÚDE E PÓS-REDEMOCRATIZAÇÃO.....	15
2.1 Saúde Pública no período militar.....	15
2.2 Déficits na saúde pública e Concessões entre camadas governamentais acerca da equidade.....	17
3. TRANSFERÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	22
3.1 O Federalismo e a saúde brasileira.....	22
3.2. Como ocorrem as transferências governamentais para os estados.....	23
3.3 Como a literatura aborda as Transferências governamentais para os estados na saúde?.....	25
4. METODOLOGIA.....	29
5. RESULTADOS.....	31
6. CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

1. INTRODUÇÃO

Diante das Emendas Constitucionais e Leis Nacionais que foram estipuladas no início dos anos 2000 acerca da saúde pública, se tornava notório como os procedimentos utilizados no período militar, resultaram em déficits acerca de temas relacionados à saúde. Nesse cenário, a estrutura federalista que o país dispõe, conduziu as camadas governamentais à uma nova configuração, onde cabia ao Governo Federal as instruções e direcionamentos, enquanto aos entes subnacionais caberia a real aplicabilidade dessas políticas (MACHADO, 2002).

Vale pontuar que essa maior autonomia dos estados/municípios, emergiu com o objetivo principal de maximizar a eficácia das políticas de saúde, visto que a estrutura *bottom-up* evidencia que a proximidade entre o governo local e a população beneficiária é promissora, uma vez que dispõe maior eficiência nas alocações (OLIVEIRA, 2007). Isso ocorre à medida que o governo regional entende de forma ampla quais as necessidades de sua localidade e população. Algo que o Governo Federal não pode identificar de forma eficiente, em decorrência da vastidão do país (TORRES, 2017).

Nesse prisma, o acordo estabelecido, direciona uma maior atenção financeira aos estados mais vulneráveis, para que houvesse uma maior equalização na qualidade da saúde no país. Em síntese, o que foi estabelecido acerca de uma equidade da saúde pública, seria a priorização no - âmbito financeiro -, de determinados locais do país. Portanto, com o propósito de que essas regiões vulneráveis, obtivessem um maior amparo econômico por parte do Governo Federal, essa resolução foi denominada de “discriminação positiva”.

Entretanto, ainda no início da década de 2000 foi evidenciado que o acordo estava sendo cumprido apenas parcialmente, que considerável parte dos estados vulneráveis de fato recebiam uma maior atenção financeira, mas isso não ocorria em sua totalidade (DUARTE, 2000). Assim, observando que segundo a perspectiva das análises de estudiosos sociais, a vulnerabilidade da região tem um fraco teor explicativo em relação a lógica de distribuição das transferências federais, o presente estudo busca identificar se tal argumento se confirma por meio da seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorre a lógica distributiva das transferências federais de saúde para os estados brasileiros?

Buscando elucidar tal questionamento o presente trabalho se divide em 6 seções, onde logo após a introdução, a temática da saúde no período da redemocratização é abordada, posteriormente, na 3º seção as nuances acerca do federalismo associado às políticas de saúde são examinadas. Logo em seguida, a metodologia busca elucidar por meio de estatística descritiva e da análise espacial, quais os possíveis direcionamentos para a problemática abordada. A 5º seção retoma a exposição acerca da pergunta de pesquisa, além de relatar quais resultados foram encontrados e, em seguida, a 6º seção discorre acerca das discussões decorrentes.

2. SAÚDE E PÓS-REDEMOCRATIZAÇÃO

2.1 Saúde Pública no período militar

O histórico brasileiro acerca da prestação de serviços em prol da atenção à saúde pública evidencia diversas oscilações desde seus primeiros desdobramentos. É amplamente conhecido que as temáticas sociais foram ignoradas pelas oligarquias existentes e apenas no fim do século XIX foi identificada uma tendência contrária a esse padrão. A título de exemplificação, mencionam-se os programas acerca de saneamento básico - uma vez que a ausência desse planejamento resultou em diversas endemias - que foram estruturados em nível nacional, apenas na década de 1930, quando o serviço prestado passou a ser regulamentado e oferecido de forma alinhada para todo o país (COSTA, 2002).

Primeiramente, ainda durante a vigência do Estado Novo, houve a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), um novo modelo que detinha considerável notoriedade. Nessa estrutura, o benefício acerca da disponibilidade de ferramentas de saúde estaria diretamente ligado à capacidade financeira de um indivíduo, ou seja, a prestação de serviços, nesse momento era estipulada previamente, estando a mercê de critérios financeiros. Enquanto a noção de direito universal - ambicionado quando se fala de temáticas sociais - teria sido desconsiderada, operando fundamentalmente a partir de uma noção monetária (SANTOS, 1987).

Seguidamente, em 1966 houve a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que substituiu o IAP, bem como sua estrutura subdividida. Isso representou um considerável alargamento acerca da prestação de serviços médicos, mesmo que estivesse voltado somente para os trabalhadores formalmente empregados. Essa limitação no que se refere a alcançabilidade da assistência médica, foi tida como uma herança da Era Vargas, sendo um resquício da criteriosa “cidadania regulada”¹ que ocorria na época (COSTA, 2002).

Nesse cenário é possível afirmar que, mesmo procedendo uma imposição sindical pertinente em favor de uma maior cobertura de atendimento médico, o que

¹ O termo remete a configuração que direcionava os critérios da prestação de serviços de saúde. Nesse caso a “cidadania regulada” remete aos critérios estabelecidos, onde somente trabalhadores formais teriam acesso aos serviços de saúde (COSTA, 2002).

ocorria de fato era uma configuração rígida e centralizada acerca de quais grupos seriam abonados com os benefícios disponíveis. Vale pontuar também que, paralelamente a essa discussão concentrada no argumento de insuficiência de acessibilidade da saúde pública, haviam medidas tidas como favoráveis acerca de um rápido desenvolvimento do sistema de saúde privado (COSTA, 2002).

Em seguida, já no contexto do período militar emergiu o movimento sanitário. Este viria como resposta ao desabono de trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde. Nessa conjuntura, no fim da década de 1970, foi evidenciada a organização de um dos principais fomentadores do processo de universalização do acesso à assistência médica. Tratava-se do movimento sanitarista, organizado principalmente por médicos reformistas que estavam relacionados aos partidos políticos de oposição. Esse movimento ambicionou estruturar um novo relacionamento entre a camada pública e privada no âmbito da saúde.

Vale pontuar também que o movimento abordava a temática de uma maior difusão do acesso à saúde, paralelamente às propostas que associações como a Organização Mundial de Saúde (OMS) estipularam acerca do desenvolvimento da prestação de serviços de saúde (MEDICI, 1995, p. 112).

Ainda no Período Militar, em 1975, ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde; que regulamentou a Lei 6.229 de 17 de julho e estabeleceu os primeiros moldes do que viria ser o Sistema Nacional de Saúde (SNS), ampliando a abrangência dessa área. Nesse momento foram definidas diversas responsabilidades das variadas instituições e, como resultado, os cuidados preventivos passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde com a colaboração das Secretarias de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Já em relação ao progresso do movimento sanitário durante a década de 1980, tornava-se evidente que as propostas advindas desse movimento se contrapunham às políticas de saúde presentes naquele período e eram mencionadas como uma alternativa plausível para a reformulação do Sistema existente (TEIXEIRA, 1989). Pouco tempo depois, a VIII Conferência anunciou outro avanço notório, no qual se propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a universalidade e a integralidade de acesso à saúde como um dos pilares centrais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No que diz respeito às eleições de 1989, em meio a uma forte crise econômica, Fernando Collor de Melo assume a presidência. Esse governo é apontado, entre outras problemáticas, pela queda na qualidade do sistema público de saúde. Como resultado,

pode-se observar a oferta de serviços que são visivelmente discriminatórios, onde existe uma espécie de “seleção” entre os cidadãos e sua posição social era um viés importante (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em decorrência desses fatores, houve uma considerável redução de investimentos, bem como uma ineficiente manutenção dos serviços de saúde. Conforme mencionado anteriormente, foi identificada uma queda abrupta nos investimentos destinados à saúde pública nos últimos anos do governo militar. No final da década de 1970 e início da década de 1980 a redução dos recursos disponibilizados chegou a cerca de 41% (ABRANCHES, 1985; SOARES, 1995).

Dessa forma, conclui-se que historicamente, de forma majoritária, o princípio da “universalização excludente” - em que a localização da escassez dos recursos era reconhecida, entretanto a alocação dos mesmos era atribuída a partir de uma lógica distinta - esteve presente de forma inconfundível nas prestações de serviço (BERTOLOZZI; GRECO, 1996) .

2.2 Déficits na saúde pública e Concessões entre camadas governamentais acerca da equidade

Turner (1986) reforça a ideia de quatro tipos de equidade, sendo elas: 1) ontológica, onde se menciona a igualdade fundamental entre pessoas, fazendo referência ao campo espiritual; 2) equidade de oportunidades, que se refere à teoria meritocrática, onde se torna concebível a ideia de ascensão social a partir de um nivelamento de oportunidades; 3) equidade de condições², onde existe a noção de que a igualdade estaria inerente a ideia de equidade e 4) equidade dos efeitos ou resultados, nesse caso se afirma que cabe à própria legislação, as compensações acerca dos efeitos das desigualdades de condições sociais.

Nesse contexto, no campo sanitário, o entendimento de “equidade” gira em torno de igualdade de acesso e da noção de “tratamentos iguais para as mesmas necessidades”. Considerando essas novas categorias que foram apresentadas por Turner (1986), essas características estão de acordo com a “equidade de oportunidades”. Dessa forma, fica evidente que o objetivo de alcançar uma cobertura universal dos serviços,

² Em outras palavras, as oportunidades seriam equiparáveis apenas a partir de uma equidade no “ponto de partida” (TURNER, 1986).

bem como a não discriminação no acesso dos recursos por grupos diversos, representa um sistema de saúde equitativo (DUARTE, 2000).

Considerando a complexidade que cerca o sistema de saúde, é correto afirmar que o conceito de equidade está mais relacionado à noção de justiça do que, propriamente igualdade (LE GRAND, 1988). Nesse sentido, um dos argumentos abordados é o desinteresse existente acerca das consequências de uma distribuição desigual de prestação de serviços para a população. Isso é reiterado pelo fato de que grupos sociais menos abastados respondem de forma menos satisfatória a patologias específicas, uma vez que a distribuição de suprimentos e de profissionais de saúde realiza-se de forma inversamente proporcional às necessidades da população (DUARTE, 2000).

Nesse cenário, com o objetivo de observar as desigualdades existentes no país de forma mais estratégica e avaliar os conceitos de equidade mencionados anteriormente, buscou-se analisar temas que interferem no alcance da equidade e aplicar essas temáticas nas grandes regiões do país.

Na Tabela 1 foram considerados todos os domicílios - por região - que não são abastecidos com água encanada em nenhuma medida - considerando toda a dimensão de suas respectivas propriedades - nos anos de 2000 e 2010.

Tabela 1 - Abastecimento de água não canalizada (por domicílio)

Região / Ano	2000	2010
NORTE	904.501	287.012
NORDESTE	3.307.244	1.298.744
SUDESTE	598.395	237.016
SUL	307.226	39.098
CENTRO-OESTE	239.894	53.422

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Datasus

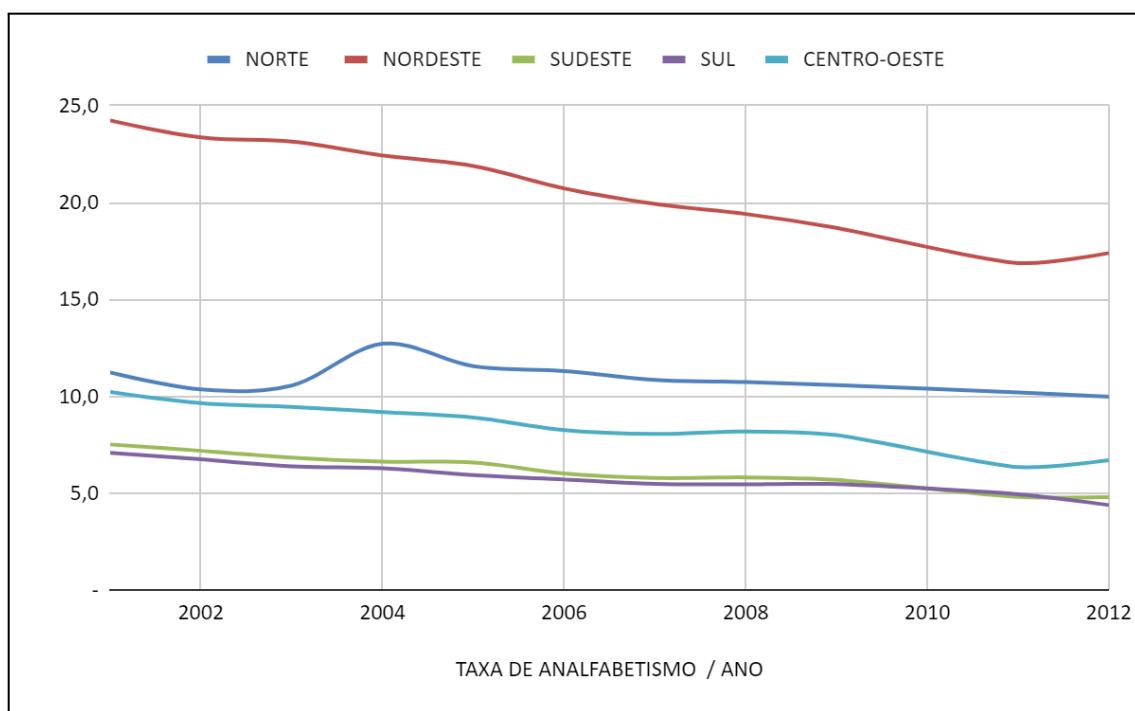
Na Tabela 2 foram considerados todos os domicílios - por região - que não detém nenhum tipo de instalação sanitária adequada - considerando toda a dimensão de suas respectivas propriedades - nos anos de 2000 e 2010.

Tabela 2 - Domicílios sem instalações sanitárias adequadas

Região / Ano	2000	2010
NORTE	383.501	183.857
NORDESTE	2.686.471	1.165.721
SUL	345.360	96.617
SUDESTE	153.852	41.387
CENTRO-OESTE	136.124	27.410

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Datasus.

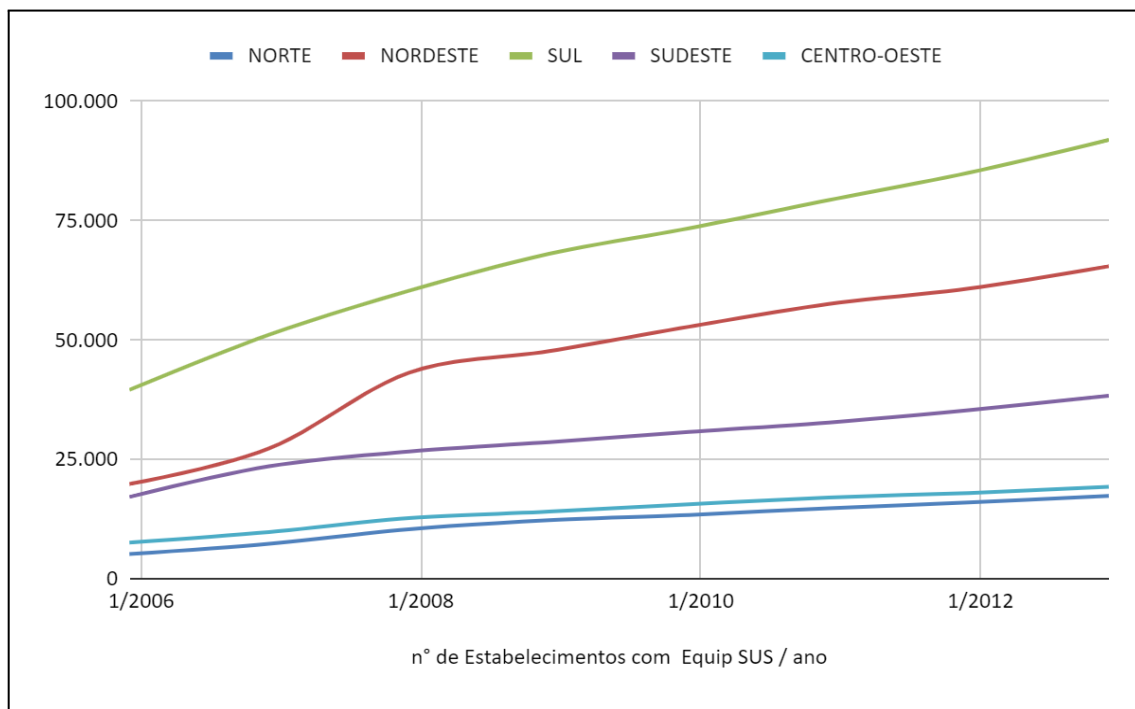
No Gráfico 1 foi analisada a taxa de analfabetismo por região, no período temporal de 2001 até 2012.

Gráfico 1 - Taxa de Analfabetismo

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Datasus.

Como foi exposto, é perceptível identificar as regiões mais vulneráveis acerca de recursos sociais. Entretanto, o Gráfico 2 evidencia que a distribuição de serviços de saúde em geral, segue essa lógica de forma inversamente proporcional.

Gráfico 2 - N° de Estabelecimentos com equipamentos (SUS)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Datasus

Nesse cenário, é possível observar que as regiões em que os domicílios mais têm a ausência de água encanada e de instalações sanitárias eficientes são respectivamente: nordeste, norte, sul, sudeste e centro-oeste. Dessa forma, seguindo o argumento de Duarte (2000), as regiões que deveriam receber maior suporte por parte do Governo seriam as mais vulneráveis em temáticas como as apresentadas nas tabelas acima. Entretanto, a disponibilidade de equipamentos de saúde, ofertados em UPAs e hospitais, oferecem à região sul mais suporte que à região nordeste, e ao centro-oeste e sudeste, maior apoio que ao norte.

Nesse sentido, mesmo que a Constituição de 1988 direcione ao Estado as responsabilidades voltadas à provisão de serviços de saúde, não é o que se comprova empiricamente. Ainda no que se refere à Constituição, a lei 8.080³ de 19 de setembro de 1990, nos artigos 2º e 3º das disposições gerais, reconhece a importância de fatores

³ Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

sociais no que se refere ao acesso à saúde. Por fim, visando possibilitar de fato, a formulação de um sistema norteado pela equidade, foi salientada a importância de uma estratégica distribuição de recursos, ou seja, uma estrutura eficiente acerca do repasse de verbas do nível Federal para as camadas subnacionais, são tidas como uma poderosa configuração de minimização de desigualdades no país (PORTO, 1994).

3. TRANSFERÊNCIAS NA ÁREA DA SAÚDE

3.1 O Federalismo e a saúde brasileira

O cenário identificado no contexto pós-redemocratização evidenciou diversas problemáticas, como a minimização no crescimento econômico, o aumento das taxas de desemprego e também problemas relacionados à junção das questões demográficas associadas com as epidemiológicas (VIANA, 2009). Nesse cenário, obteve-se o impulsionamento necessário para que reformas nas estruturas das políticas sociais fossem moldadas, a fim de ampliar a eficiência das mesmas, tendo em vista a configuração federalista vigente no país (ARRETCHE, 2010).

O federalismo sempre esteve relacionado a uma maior autonomia por parte dos entes subnacionais, oferecendo independência para as camadas governamentais - mesmo que houvesse um objetivo em comum, estipulado pelo governo central. Entretanto, a fórmula adotada no Brasil, mesmo sendo uma das mais descentralizadas do mundo (SHAH, 2006), foi analisada por especialistas, os quais pontuaram seus prós e contras. Por isso, o traço histórico do federalismo brasileiro é justamente um “revezamento” de períodos de centralização e descentralização (VIANA, 2009; ARRETCHE, 2010).

Nessa perspectiva, em uma das movimentações pendulares acerca da melhor estrutura de gestão, alegava-se que, mesmo em um governo centralizado, as desigualdades poderiam ser combatidas. Isso porque a arrecadação monetária centralizada tornou possível que o Estado pudesse direcionar as transferências fiscais de forma compensatória. Ou seja, uma noção redistributiva esteve presente no direcionamento das alocações, mesmo que essa orientação não estivesse partindo de uma gestão local (ARRETCHE, 2005).

Entretanto, existe um *trade-off* acerca da centralização e da redistribuição. Isso é resultado da análise de uma conjuntura onde o Governo Federal detém o poder de decisão de fato. Nesse cenário, as camadas governamentais inferiores teriam uma perda de autonomia decisória. Ou seja, mesmo que a centralização decisória fosse promissora em diversos aspectos - como foi apontado -, no âmbito prático existem entraves que prejudicam esse resultado (ARRETCHE, 2010).

Tais desacordos relacionados ao melhor cenário seriam consequência do federalismo, segundo Wildavsky (1984), que argumenta que os entes federativos podem fazer escolhas dessemelhantes e, por consequência obter resultados distintos. Nesse caso, a autonomia seria inerente a resultados desiguais. Entretanto, a fim de estruturar um padrão acerca do âmbito decisório, houve uma nova configuração dessa temática (VIANA, 2009)

Dessa forma, é identificado um processo de redefinição da estrutura vigente no que se refere às políticas de saúde: 1) a unificação do comando nacional, onde houve uma coesão horizontal, e se estipulou uma única autoridade sanitária nacional e 2) a descentralização político-administrativa, que por sua vez, fortaleceu os gestores de saúde das camadas subnacionais. Esse novo direcionamento teria a finalidade de elencar os dois pontos indiscutivelmente promissores da centralização e descentralização (VIANA, 2009).

Posteriormente ao que foi acordado, já com o novo arranjo vigente, Abrucio (2002) argumenta que a fragmentação da tomada de decisão amplia a democratização do poder público. Nesse sentido, deve-se esperar uma melhora do desempenho governamental. No entanto, o modelo de descentralização só seria promissor na medida em que seguisse alguns critérios essenciais, entre eles: 1) a investida contra a desigualdade por meio da política redistributiva, voltada para regiões mais vulneráveis e 2) um ambiente livre de competições entre os entes governamentais, ou seja, a definição de um limite de participação, em que as camadas governamentais não interferem no que está fora de sua alçada. (MEIRELES, 2019).

3.2. Como ocorrem as transferências governamentais para os estados

No modelo federativo existente, as transferências intergovernamentais são divididas em dois grupos: 1) Transferências obrigatórias que são ordenadas pela legislação e 2) Transferências voluntárias, que são realizadas com a intervenção de convênios e aparatos semelhantes, os quais direcionam as regras e a finalidade da utilização dos recursos (MEIRELES, 2019).

Nesse sentido, existe um padrão previamente estipulado no que se refere à lógica seguida para a distribuição monetária por parte do Governo Federal. Atualmente, segundo o Fundo Nacional de Saúde (FNS), as distribuições fiscais são oferecidas aos

estados, municípios e Distrito Federal por meio de quatro principais mecanismos: 1) Fundo a Fundo; 2) convênio; 3) contrato de repasse e 4) termo de cooperação.

Em primeiro lugar, o repasse fundo a fundo se caracteriza pela descentralização de recursos feito da esfera federal para a esfera estadual, municipal e do Distrito Federal. Nesse sentido, a Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 12 de setembro de 2000, garantiu o financiamento de serviços de saúde, definindo que as camadas governamentais devem destinar anualmente recursos mínimos advindos de sua receita.

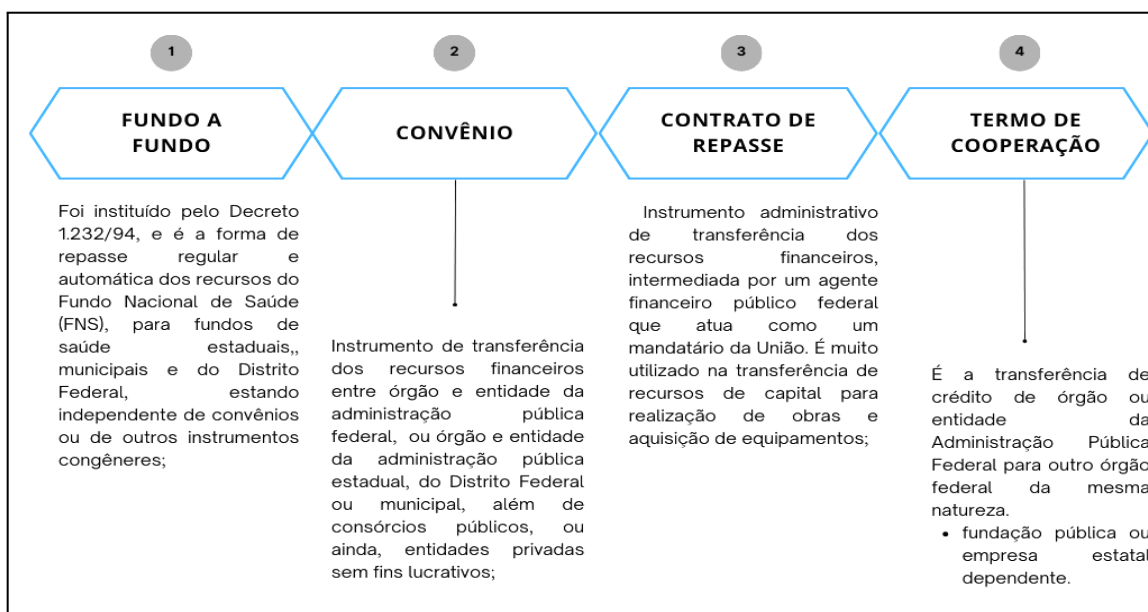
Em seguida, de acordo com a Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, o convênio é uma modalidade que direciona os recursos financeiros para uma determinada localidade, a partir de um regime de mútua cooperação, ou seja, o interesse é executar determinado projeto de interesse recíproco com as entidades locais ou mesmo entidades privadas sem fins lucrativos.

O contrato de repasse, estruturado a partir do Decreto 6.170, de 25 de julho de 2007, trata-se de um instrumento em que a transferência dos recursos é feita por intermédio de uma instituição ou agente público. Nesse cenário, o ministério concedente elabora um Termo de Cooperação com a instituição escolhida e, a partir disso, a transferência é feita mediante o contrato de repasse, no qual constam, entre outros termos, as obrigações das partes.

Por fim, o Termo de Execução Centralizada, definido no Decreto nº 8.180, de 30 de dezembro de 2013, como

Instrumento por meio do qual é ajustada a descentralização de crédito entre órgãos e/ou entidades integrantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, para execução de ações de interesse da unidade orçamentária descentralizadora e consecução do objeto previsto no Programa de Trabalho, respeitada fielmente a classificação funcional programática.

Para um maior entendimento acerca das nuances dos quatro mecanismos, foi elaborado um fluxograma que define os tipos de repasse de forma concisa.

Imagem 1- Modalidades de Transferências

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS.

3.3 Como a literatura aborda as Transferências governamentais para os estados na saúde?

Antes da execução das Transferências para os entes subnacionais, foram traçadas estratégias a fim de atribuir crenças positivas ao Governo Federal e aos seus parceiros. Nesse sentido, Larcinese et al. (2006) argumentam que apenas a participação no partido que está na Presidência resultou em um aumento de 135 dólares *per capita* nas receitas dos Estados Unidos, entre 1982 e 2000. No Brasil, o aspecto partidário, - nesse caso se a participação de um mesmo partido ou uma mesma coalizão - influenciou em um aumento de 40% nas transferências voluntárias entre 1999 e 2010 (BROLLO E NANNICINI, 2012).

. Isso ocorre porque os recursos direcionados para localidades governadas por partidos da mesma coalizão da Presidência contribuem tanto para o benefício das camadas governamentais locais, quanto do próprio Governo Federal (Bueno, 2018; Brollo e Nannicini, 2012; Bugarin e Marciniuk, 2017; Ferreira e Bugarin, 2007). Em outras palavras, o alinhamento partidário se apresenta como um norte para o direcionamento de recursos, evitando que a oposição em nível local e/ou nacional obtenha algum crédito desses investimentos. Esse estímulo ocorre uma vez que a

capacidade dos eleitores de distinguir a origem dos recursos é considerada limitada, principalmente em um cenário de federalismo fiscal (MEIRELES, 2019).

Ainda no que se refere ao alinhamento partidário, sendo este um dos fatores que norteiam o direcionamento de verbas, Lira (2023) argumenta que tal comportamento exhibe uma maximização na qualidade da prestação de serviços. Isso ocorre uma vez que as autoridades políticas optam por beneficiar seus aliados, nesse caso por meio de transferências relevantes, voltadas para seus apoiadores. Assim, o nível de bem-estar em determinadas localidades de fato exhibe considerável melhora.

Na perspectiva dos eleitores, essa maior disponibilidade de serviços públicos é tida como um argumento em prol da ampla eficiência governamental. Portanto, em eleições posteriores, os governantes locais têm uma maior probabilidade de reeleição, além de oferecer apoio ao Governo Federal nas eleições seguintes (LIRA, 2023).

Já no que se refere à distribuição das transferências, são princípios diferentes que direcionam a distribuição. Nesse sentido, as transferências constitucionais podem ser tanto Federais quanto estaduais. No primeiro caso, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), é tido como mais pertinente, sendo composto por 23,5% da arrecadação do Imposto de Renda e também do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), onde apenas 10% é direcionado para a capital e 90% para as demais cidades, o que evidencia uma distribuição bem elaborada (AFONSO E ARAÚJO, 2006).

No que diz respeito às transferências constitucionais estaduais, é o princípio da “devolução tributária” que norteia a distribuição. Assim, a contribuição para com seus municípios - também estruturada anteriormente - deve ser de 25% do total da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), além de 50% da receita do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA).

Por último, identifica-se as transferências universais, que são voltadas, de fato, para a redução das desigualdades. No caso das políticas de saúde, elas foram associadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), e são direcionadas para atendimentos básicos, bem como de média/alta complexidade. Essas transferências são tidas como universais, uma vez que são oferecidas com a condição de que os municípios cumpram as regras estipuladas previamente pelo Ministério da Saúde. Vale pontuar também que quase 100% dos municípios são direcionados por essas regras (MEIRELES, 2019).

Já no que se refere a suficiência das transferências, ocorreu a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em relação à possibilidade do estabelecimento de

um piso dos gastos com saúde, além de uma distribuição equitativa entre os entes federativos. Tal Emenda foi promulgada em setembro de 2000 e modificou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Dessa forma, a EC 29 estipulou um valor mínimo para os recursos direcionados para a saúde, sendo no mínimo 12% da arrecadação de impostos do estado e 15% do arrecadado entre os municípios (SOUSA, 2014).

Posteriormente, em 2012, foi promulgada a Lei Complementar nº 141 (LC 141), que regulamentou o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, reestruturando o que foi elaborado na EC 29, principalmente em relação ao valor mínimo a ser aplicado pelos estados, uma vez que tais percentuais não estavam sendo respeitados na íntegra. Um exemplo disso são os estados do Rio Grande do Sul (6,53%), Paraná (9,79%), Espírito Santo (10,24%) e Mato Grosso (11,24%) que, até 2008, segundo o Ministério da Saúde, estavam abaixo dos 12% estipulados anteriormente (SOUSA, 2014).

Além disso, existem tipos de transferências que não serão abordadas no trabalho, mas são pertinentes para o preenchimento das receitas dos entes subnacionais. As transferências que partem do Legislativo, passaram a ser permitidas em 1988 como uma tentativa de minimizar o controle do Executivo, que detinha o poder de decisão acerca do direcionamento dos gastos públicos (BAIÃO, COUTO E OLIVEIRA, 2020).

Os parlamentares podem realizar emendas coletivas e individuais. Entretanto as emendas individuais apresentam problemas semelhantes ao da centralização/redistribuição. De forma semelhante ao trade-off citado anteriormente, analistas evidenciam que as emendas individuais são alocadas a partir de um objetivo eleitoral (PEREIRA E MUELLER, 2002; PEREIRA E MUELLER, 2004; RAILE, PEREIRA E POWER, 2011).

Além disso, as alocações que partem das Organizações Não Governamentais (ONGs), são voltadas para a melhoria do bem-estar da população. Esse grupo faz parte das Entidades Sem Fins Lucrativos (ESFL), que busca participar na melhoria da entrega das políticas públicas. Assim, semelhante ao objetivo das transferências universais, o objetivo das ESFLs é voltado unicamente para a provisão de um eficiente serviço público (TORRES, 2019), enquadrando-se como um elo entre a máquina pública e os beneficiários de seu sistema.

Como exposto, o histórico brasileiro acerca da prestação de serviços de saúde demonstrou insuficiência. Desde o Estado Novo, onde a disponibilização de recursos

por parte do estado passou a ser fomentada por alguns grupos, pode-se notar por parte do governo, o vislumbre do direito à saúde associado ao poder monetário do indivíduo. Nesse sentido, apenas nos anos 1980 o movimento sanitarista buscou a universalização do acesso à saúde pública, visando oferecer maior acesso à população vulnerável.

Nesse prisma, a configuração federalista brasileira não era associada a uma melhora na qualidade dos serviços, uma vez que havia instabilidade no argumento de que a descentralização oferecia maiores chances de equidade. Vale pontuar também, que as escolhas distintas dos entes federativos, era tida como argumento central acerca da intrínseca desigualdade vinda da descentralização. Além dessa questão, a possibilidade de que o alinhamento partidário direcionasse as verbas também era alegado.

Nesse cenário, o acordo feito entre as camadas governamentais atribuía ao Governo Central a alocação de recursos e aos entes subnacionais a aplicabilidade dos projetos - visando a equidade além da melhoria qualitativa da prestação de serviços. Assim, a presente pesquisa busca atentar-se ao período seguinte a essas negociações e identificar se de fato, a vulnerabilidade foi o critério seguido, que direcionou a atribuição dos recursos.

4. METODOLOGIA

As análises existentes a favor da metodologia descritiva são evidenciadas por autores, em sua maioria, por estudiosos das ciências sociais. Em primeiro ponto, a associação de causa e efeito, objetivo central das pesquisas, decorre de descrições prévias acerca de determinado problema. Nesse sentido, a compreensão referente a um assunto, assim como as hipóteses advindas do mesmo, são cabíveis de análise, uma vez que uma pesquisa prévia poderia atenuar as dúvidas fundamentais de determinado tema (KING et al., 1995).

Nesse sentido, a pertinência metodológica do processo descritivo concentra-se principalmente na noção de que somente a total imersão em algum conteúdo oferece a possibilidade de moldar uma hipótese ou mesmo validá-la posteriormente. Em outras palavras, a análise do objeto a ser estudado deve vir anteriormente a qualquer elaboração causal (KING et. al., 1995).

Além disso, cabe ressaltar que os trabalhos descritivos são lidos de forma oportuna em análises da Ciência Política e de Relações Internacionais, de forma específica, uma vez que diversas falhas nessas áreas advém de habilidades explicativas fracas acerca de nuances específicas. Em outras palavras, os padrões existentes acerca de poder, interdependência e alinhamento político têm oscilado de forma perceptível, e as descrições dessas áreas no que se refere a essas mudanças são fracas e, por isso, estipular um padrão se torna mais difícil (KING et. al., 1995).

Dessa forma, foram elaborados diversos trabalhos descritivos por analistas sociais, os quais são fundamentais para a compreensão de temáticas da área. Um dos principais exemplos nacionais são os trabalhos de Figueiredo e Limongi, que, por meio de uma análise descritiva, voltam-se para o comportamento atual do Executivo e do Legislativo. Além disso, Henriques et al. (2015) argumentam sobre a colaboração existente nas análises das Relações Internacionais, as quais são feitas a partir do método qualitativo. Pode-se citar também Gomes et al. (2020), que apresentam análises descritivas construídas acerca de políticas públicas de empregabilidade e/ou políticas de capacitação. Nesse prisma, nota-se que o estudo descritivo é oportuno não só para prognósticos acerca das ciências sociais, mas também em relação à assuntos que tendem a apresentar modulações ao longo do tempo.

Também, somada à metodologia descritiva, serão utilizadas técnicas de análise espacial da distribuição de transferências. Já no que se refere à análise espacial, ela se

torna importante para o trabalho, uma vez que a distribuição do fenômeno - no âmbito geográfico -, oferece um facilitador na tradução dos padrões existentes. (CÂMARA, 2004). Nesse sentido, os problemas abordados na análise espacial lidam comumente com questões socioeconômicas, bem como dados ambientais e seus impactos na saúde.

Ademais, Câmara (2004) argumenta que as problemáticas que ocorrem em determinados grupos sociais evidenciam uma relação que estaria suscetível à distância existente entre os grupos. Em outras palavras, as regiões e as adversidades que os indivíduos enfrentam, apresentam alguma relação.

Para isso, foi gerado um banco de dados com informações sobre os valores das Transferências Obrigatórias e Voluntárias direcionadas pelo Governo Federal aos 26 estados e ao Distrito Federal. O período temporal de 2000 a 2019 foi escolhido por abarcar a nova configuração elaborada para as políticas de saúde na década de 1990, bem como sua manutenção ao longo dos anos. Além disso, a análise é finalizada em 2019 com o objetivo de não considerar os efeitos da nova logística redistributiva que se iniciou no período pandêmico a partir de 2020.

Os dados foram disponibilizados no Painel de Informações do Fundo Nacional de Saúde (FNS), na aba de “saldo de repasses”. A coleta se restringiu aos dados de Transferências Fundo a Fundo, que são amostra das Transferências Obrigatórias e de Convênio, que são amostra das Transferências Voluntárias.

Ademais, é possível ter acesso a outros detalhes, como transferências para estados e/ou municípios, bem como diversas outras informações, como emendas parlamentares e outros contratos vigentes, a partir de uma consulta detalhada. Vale ressaltar que a estrutura da disponibilidade dos dados é fragmentada, o que facilita a observação de nuances facilmente mascaradas e dificulta a coleta de dados, dependendo do número de entes subnacionais.

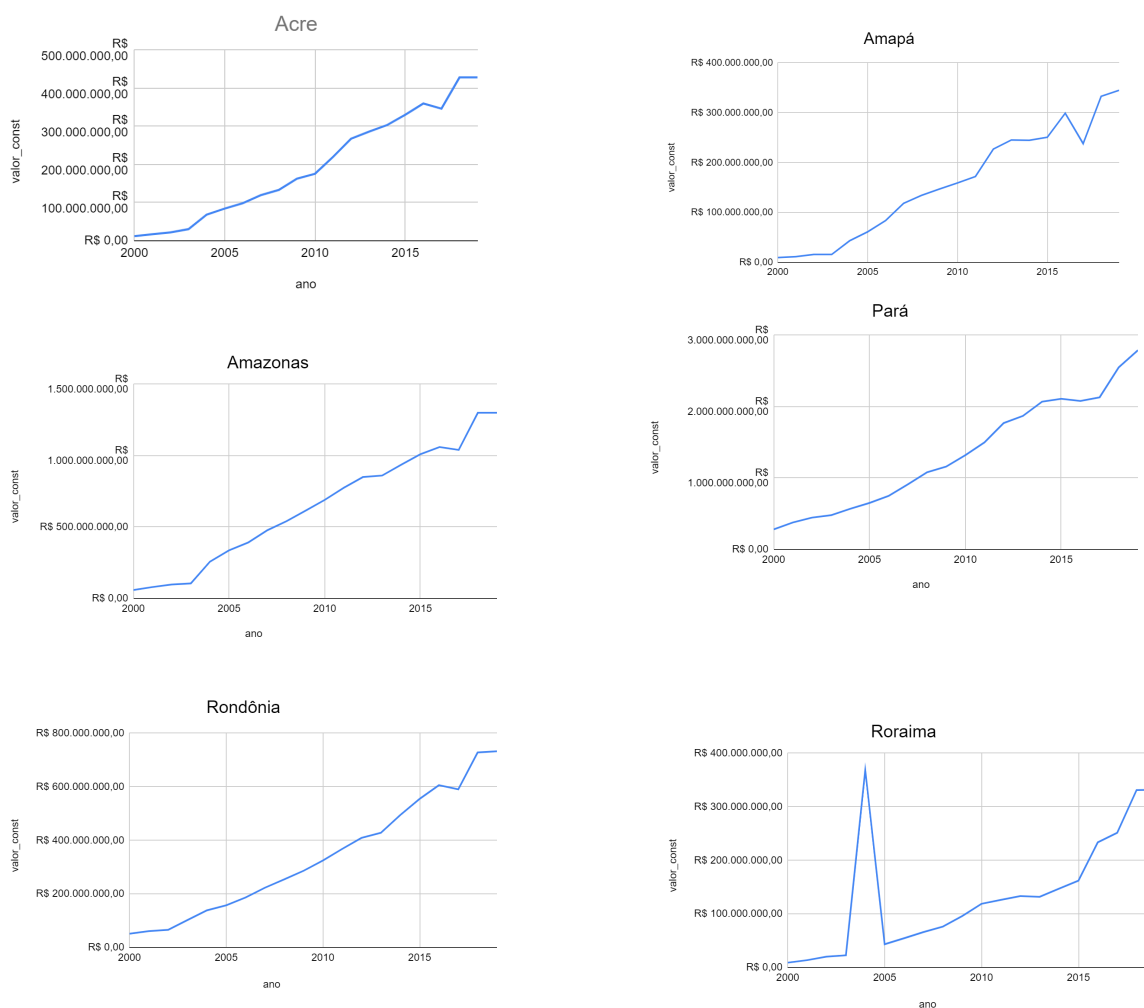
5. RESULTADOS

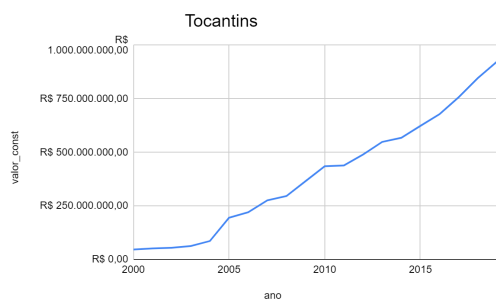
A partir da coleta concluída com os dados disponibilizados pelo Fundo Nacional de Saúde, foram elaborados gráficos a fim de exibir os resultados encontrados no que se refere às transferências constitucionais e voluntárias que foram realizadas no Brasil nos anos de 2000 a 2019.

Primeiro, foram formulados os gráficos referentes às transferências constitucionais direcionadas aos entes subnacionais. Facilitando a identificação das unidades Federativas que receberam os maiores montantes ao longo do tempo.

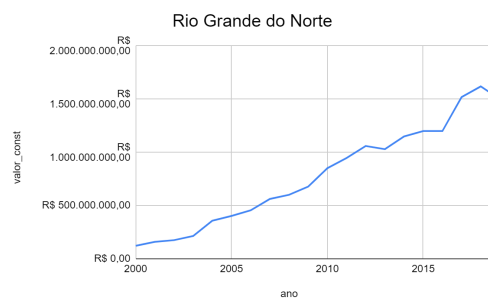
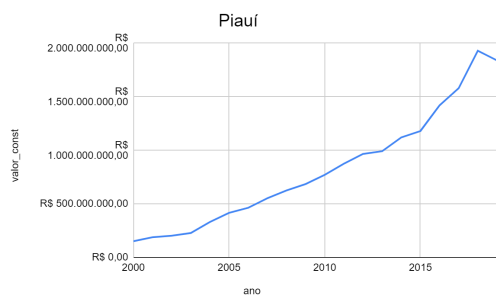
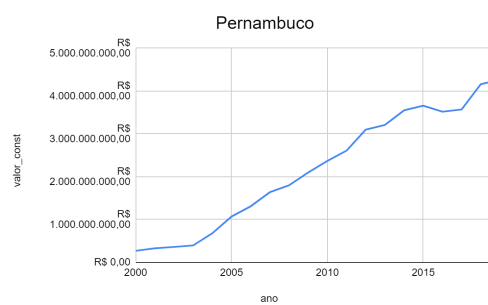
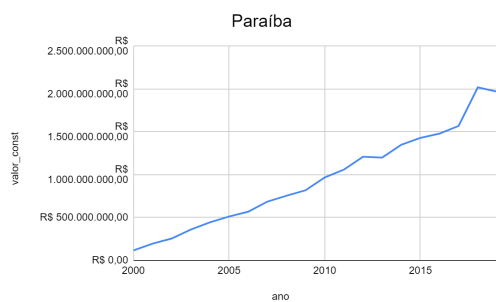
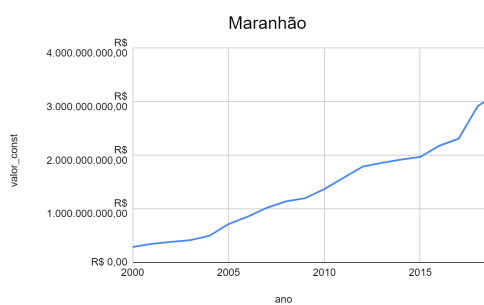
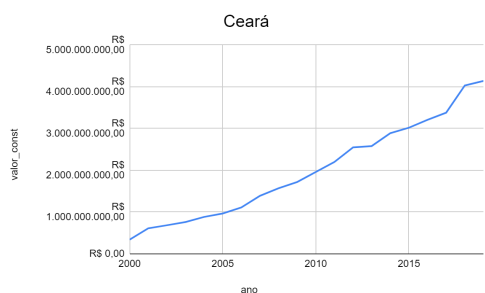
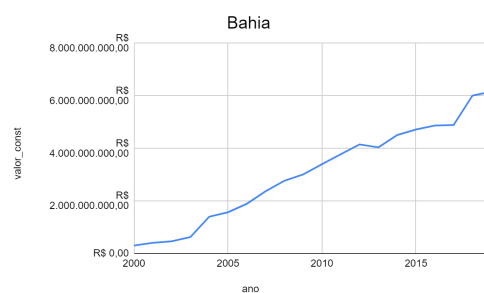
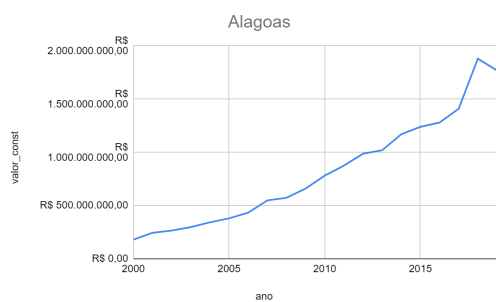
Gráfico 3 - Transferências Constitucionais por estado (2000 - 2019)

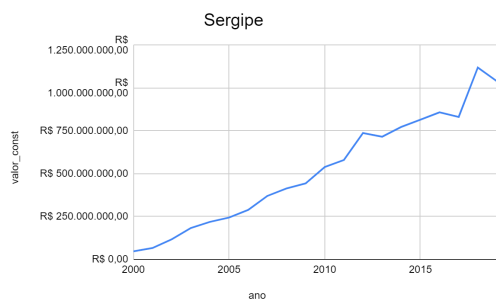
Região Norte



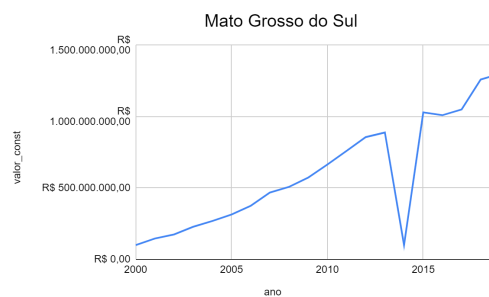
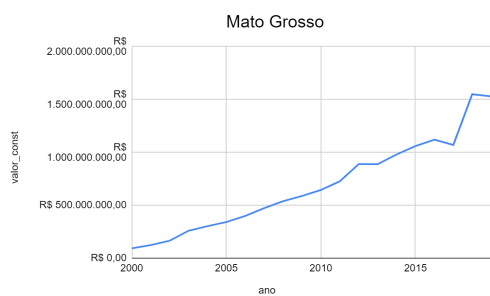
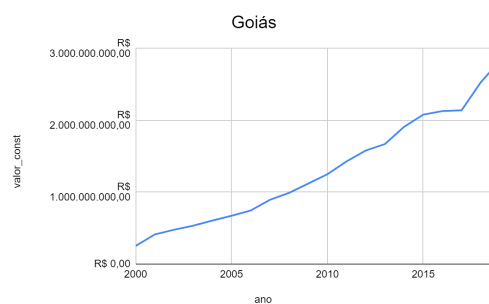
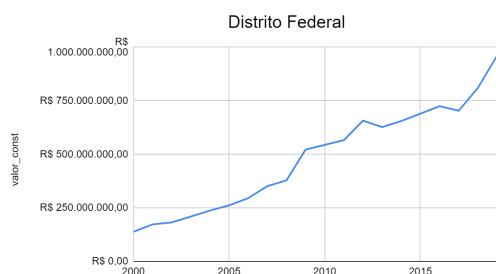


Região Nordeste

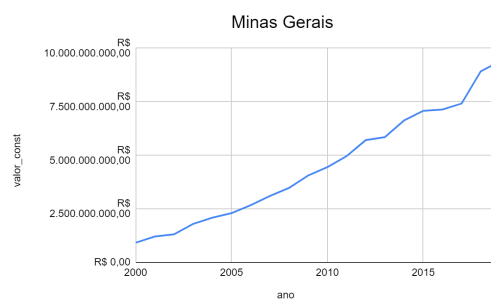
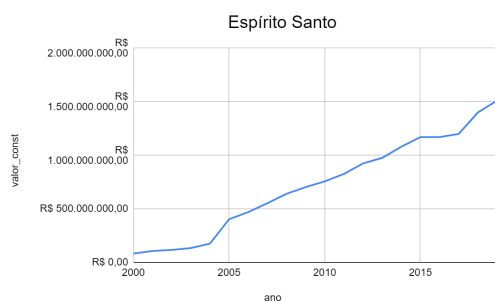


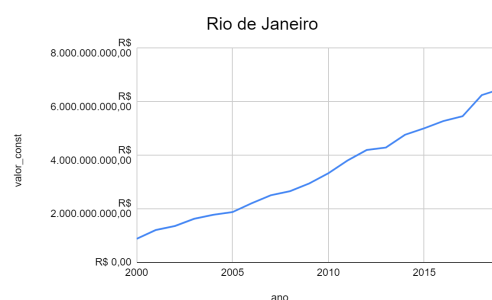
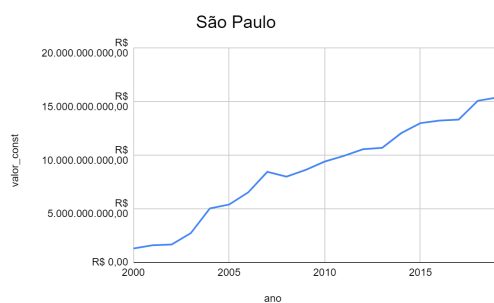


Região Centro-Oeste

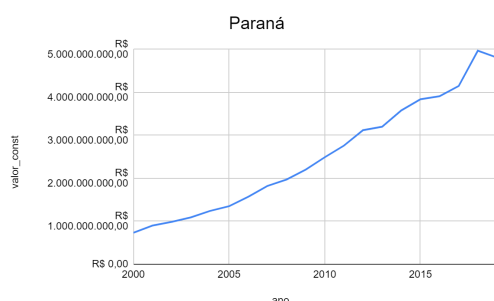
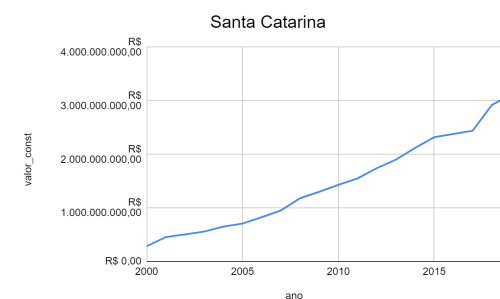
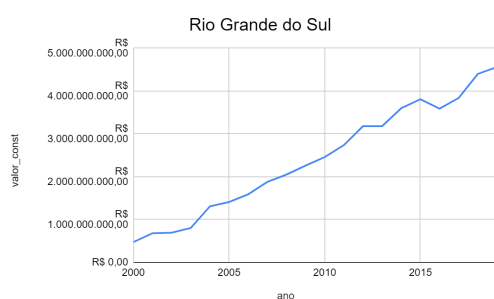


Região Sudeste





Região Sul



Fonte: Elaborado pela autora.

As análises feitas a partir dos resultados advindos das transferências constitucionais, apresentam em sua maioria uma certa conformidade em sua distribuição. Os valores direcionados para todas as regiões foram crescendo ao longo do tempo, com exceção do Mato Grosso do Sul que apresentou uma queda repentina entre 2012 e 2014 e também o estado de Roraima, que teve um pico com altos recebimentos entre 2002 e 2005.

Além disso, a lógica de distribuição das transferências constitucionais também apresenta conformidade em relação à população, ou seja, os estados mais populosos exibem um crescimento em sua receita advinda desses repasses. É importante observar também que isso não ocorre a partir de um critério regional, em outras palavras, é possível identificar maiores montantes repassados a todas as regiões a partir de uma lógica populacional.

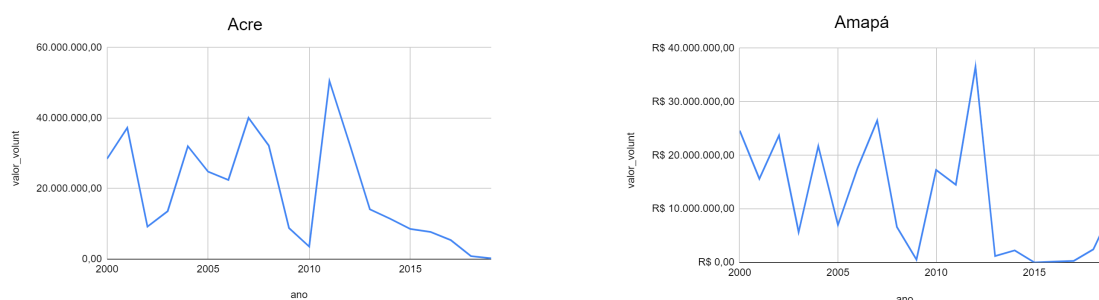
Vale pontuar também que os valores direcionados para os estados apresentam padronização - com acréscimos em todas as regiões ao longo do tempo - mas também apresentam dessemelhanças em certa medida, uma vez que a Bahia, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo receberam em algum momento no período observado em torno de 5 bilhões de reais, valor que não foi direcionado para as outras unidades da federação.

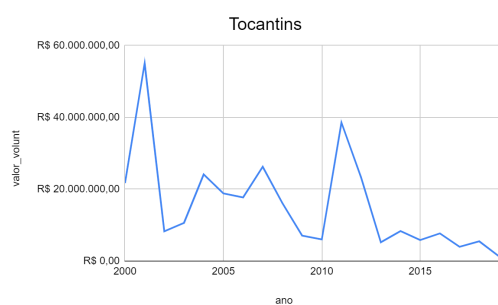
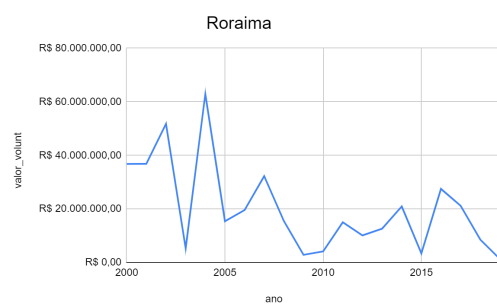
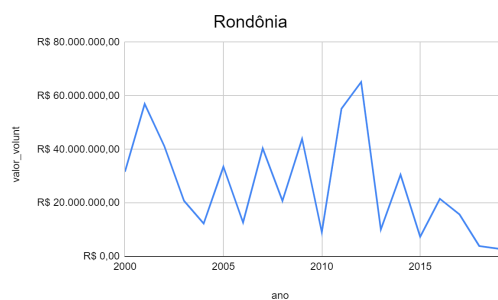
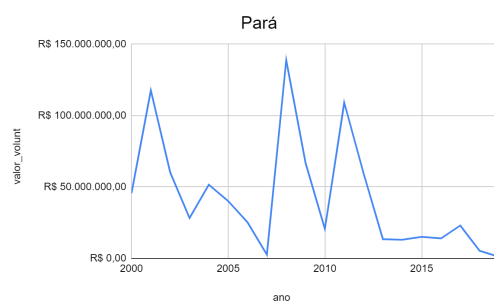
Nesse sentido, pode-se observar também que as transferências constitucionais têm grandes oscilações no total dos montantes, a depender da região. No Nordeste, por exemplo, a maior parte dos estados apresenta uma frequência de recebimentos em torno de 2 bilhões de reais. Apenas a Bahia, o Ceará e Pernambuco, ultrapassaram essa marca e tiveram recebimentos de até 4 bilhões.

Para mais, ainda observando as distinções existentes entre as regiões, as alocações atribuídas ao sudeste - região que apresentou dados socioambientais positivos - demonstram que o Espírito Santo é o único estado da região que não alcança altos índices, recebendo de 1 a 2,5 bilhões de 2005 a 2019. Em contrapartida, o Rio de Janeiro e Minas Gerais ultrapassaram tal marca ainda por volta de 2009. São Paulo, por sua vez, alcançou seus 15 bilhões em receita via transferências constitucionais em 2018. A seguir, são apresentados os gráficos relacionados às transferências voluntárias.

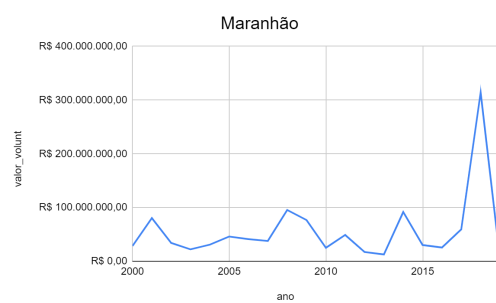
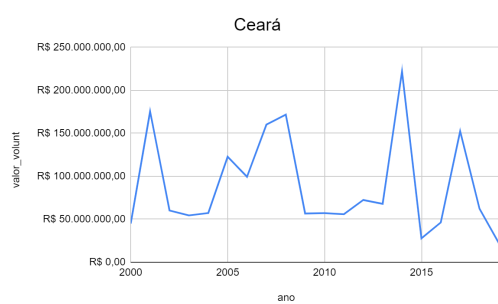
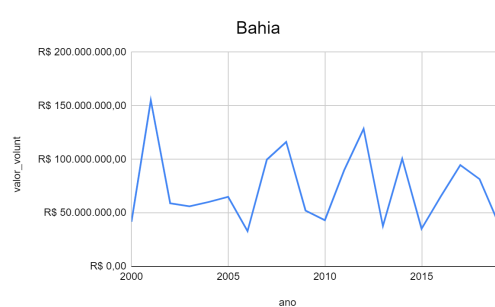
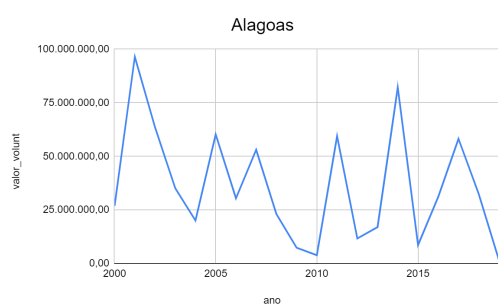
Gráfico 4 - Transferências Voluntárias por estado (2000 - 2019)

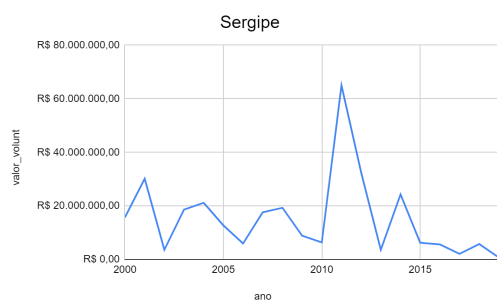
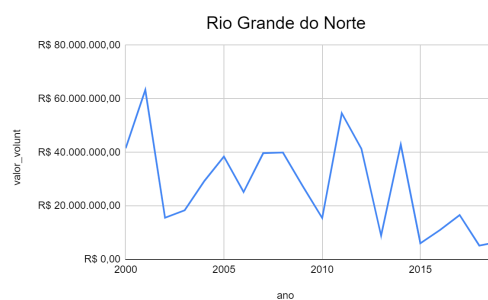
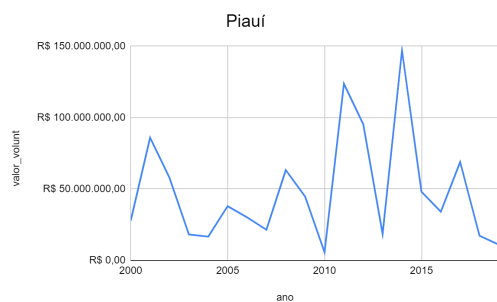
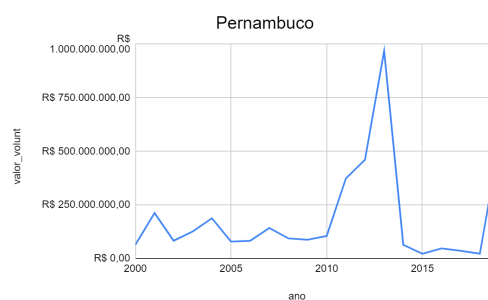
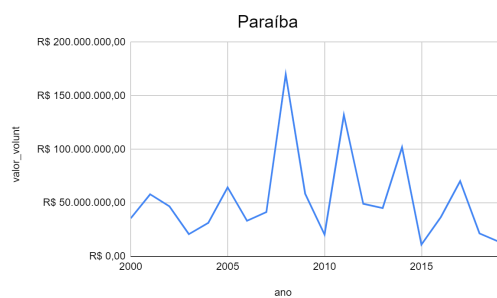
Região Norte



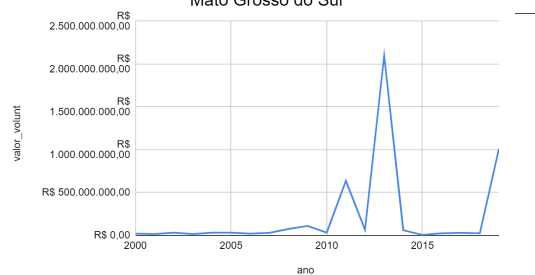
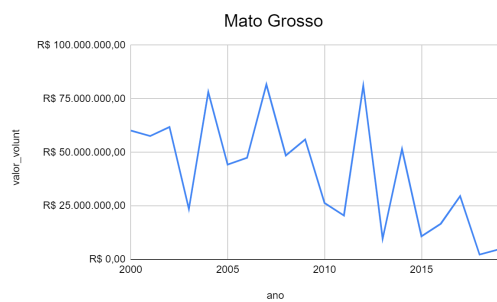
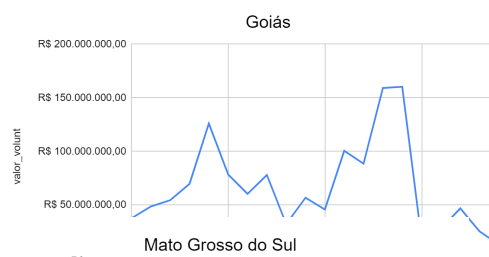
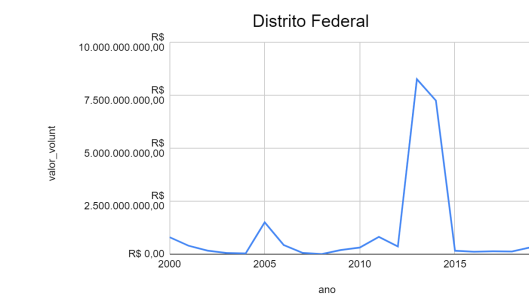


Região Nordeste

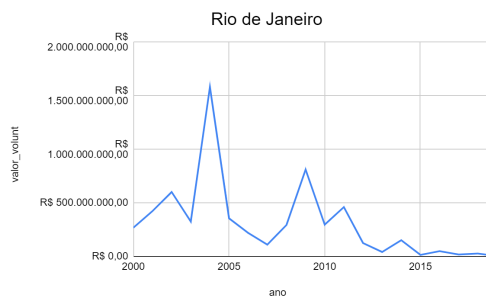
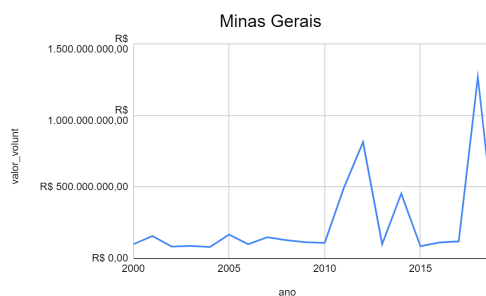
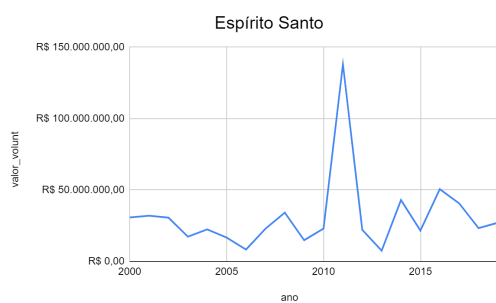




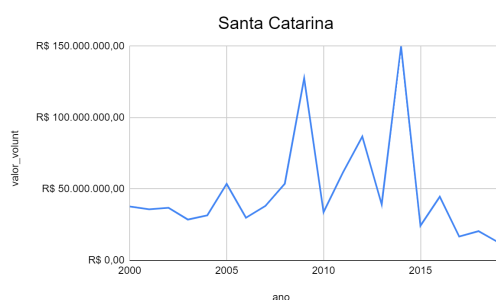
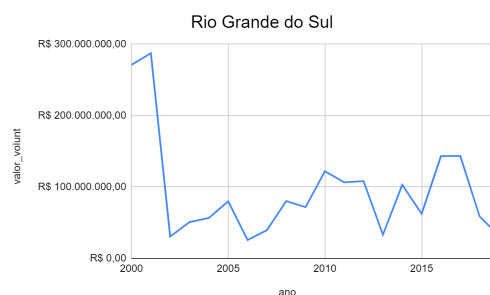
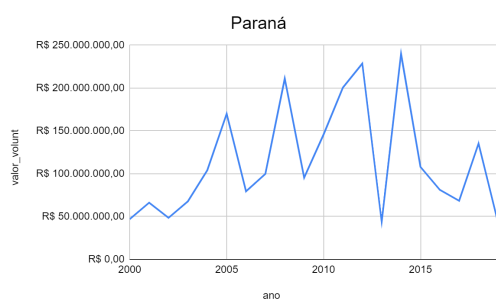
Região Centro-Oeste



Região Sudeste



Região Sul



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às transferências voluntárias, é possível identificar que as modulações acerca dos montantes transferidos, são mais frequentes nesse tipo de repasse. Nota-se também que todos os estados apresentam, em algum momento dentro

do período observado, quedas bruscas e ápices que dificultam a ideia de padronização nesse âmbito de transferências.

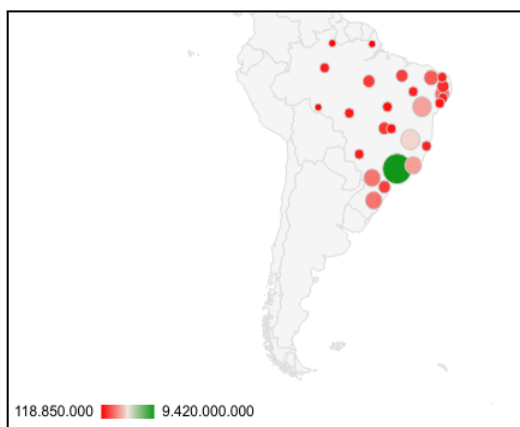
Vale considerar que as transferências, mesmo apresentando uma descontinuidade ao longo do tempo, também apresenta uma segunda dessemelhança - bem como as transferências constitucionais - acerca das regiões. Isso é perceptível uma vez que, enquanto estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Distrito Federal, recebem valores em torno de 1 bilhão - Distrito Federal com recebimentos de até 8 bilhões -. estados como Roraima, Rondônia, Tocantins, Rio Grande do Norte, Sergipe, Acre e Amapá receberam montantes de no máximo 100 milhões.

Ademais, deve-se observar também que de forma contrária às transferências constitucionais, as transferências voluntárias não apresentam nenhum critério populacional, então a densidade populacional não é um critério que norteia esse tipo de repasse, nesse caso o alinhamento partidário demonstra certo poder de direcionamento acerca dos repasses.

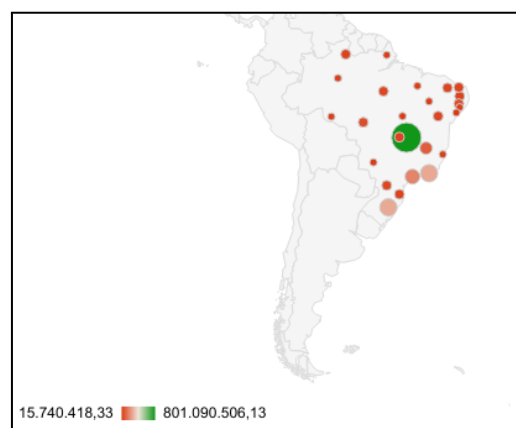
Pode-se citar a Bahia que tem uma queda brusca antes de 2004 momento em que perde o alinhamento com a coalizão do presidente, voltando a receber montantes mais altos apenas em 2007 quando se alinha novamente com o partido presidencial. O mesmo ocorreu com Minas Gerais recebeu maiores repasses quando estava alinhado com a coalizão presidencial e com o Distrito Federal, que recebeu seu único pico no período observado, quando era do mesmo partido presidencial.

Além disso, como foi exposto, os dados coletados evidenciam uma lógica distributiva onde uma qualidade equitativa das transferências de saúde, não é evidenciada como o intuito principal. O que ocorre - de forma contrária ao que foi elaborado pelas camadas governamentais -, é que as distribuições voltadas para o norte e nordeste, duas regiões em que os dados de vulnerabilidade apresentam maiores números, por vezes atingem valores insuficientes - se contrastado com a demanda da população.

A título de maior entendimento, as seguintes imagens, que retratam as transferências voluntárias e constitucionais dos anos 2000, 2010 e 2019 mostram a evolução de tais alocações e suas maiores concentrações.

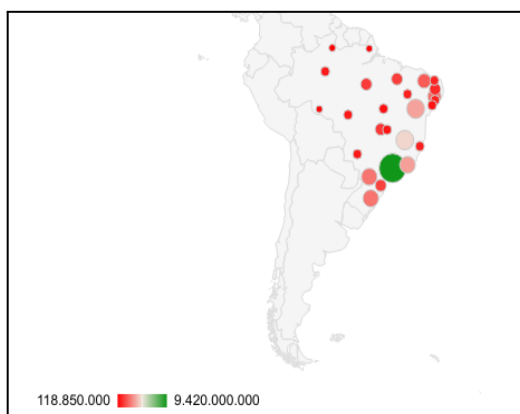
Gráfico 5 - Repasse Constitucional (Brasil, 2000)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS.

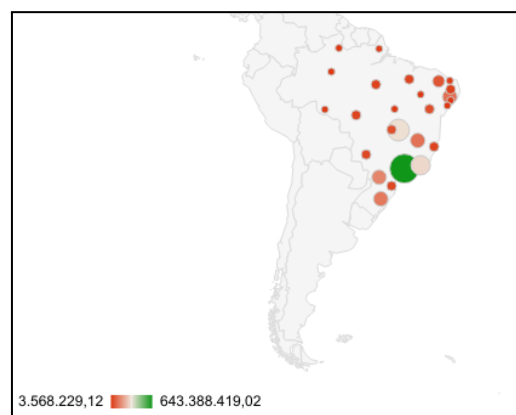
Gráfico 6 - Repasse Voluntário (Brasil, 2000)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS.

O gráfico 5, mostra que nos anos 2000 o maior montante das transferências constitucionais foram direcionadas para o sudeste. Em contrapartida, todos os estados do nordeste - em alguma área de sua extensão - receberam valores mínimos, em relação ao que foi estipulado anteriormente. Referindo-se ainda ao ano 2000, o repasse voluntário, teve sua maior concentração no centro-oeste, enquanto o nordeste por sua vez, apresenta novamente uma maior concentração de estados que recebem os valores mínimos.

Gráfico 7 - Repasse Constitucional (Brasil, 2010)

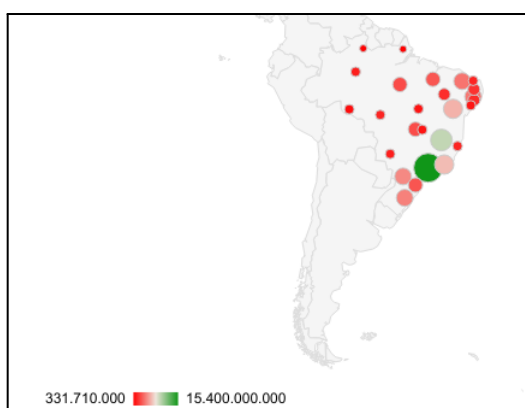
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS

Gráfico 8 - Repasse Voluntário (Brasil, 2010)

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS

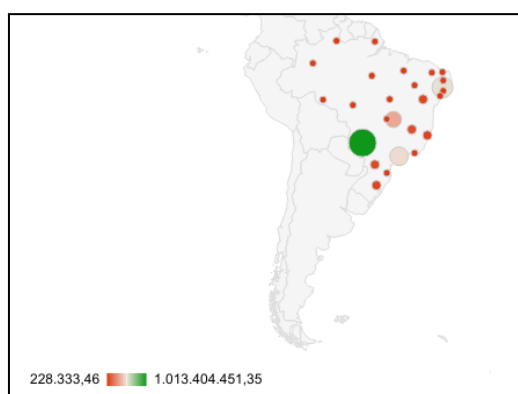
O gráfico 7, referente às transferências de 2010 no âmbito constitucional, retrata que novamente os valores direcionados ao sudeste apresentam altos índices, enquanto estados do norte - dessa vez com um crescimento dos dados de repasses mínimos - e o nordeste evidenciam alocações ineficientes. O gráfico 8, voltado para os repasses voluntários de 2010, exhibe altos montantes novamente direcionados ao centro-oeste, enquanto estados em todas as regiões apresentam números mínimos.

Gráfico 9- Repasse Constitucional (Brasil, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS

Gráfico 10 - Repasse Voluntário (Brasil, 2019)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do FNS

Por fim, em 2019 os repasses constitucionais mostram uma maior atenção ao centro-oeste e sudeste, enquanto as localidades do norte, sul e no nordeste que recebem valores mínimos, demonstram uma maior área territorial - em relação ao gráfico 9. Já no que se refere ao repasse voluntário, existe uma mudança em relação às áreas beneficiadas, nesse caso o centro-oeste e o nordeste apresentam valores superiores e a extensão das áreas com recebimentos mínimos foram encurtadas.

Dessa forma, entende-se que as transferências voluntárias e obrigatórias de fato não são norteadas unicamente pelo fator “vulnerabilidade”. Nota-se também que as transferências constitucionais apresentam uma maior coesão, uma vez que em sua maioria os estados recebem tais alocações de forma mais uniforme, direcionados a partir de uma lógica populacional e, os estados que recebem uma maior atenção fiscal não o recebem com a mesma frequência que ocorre em alocações voluntárias.

Além disso, a Lei Complementar nº 141 (LC 141), que regulamentou o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal - citada anteriormente -, teria o encargo justamente

de evitar que as transferências constitucionais, asseguradas por acordos advindos desde a redemocratização, desviasse do objetivo de equalizar a saúde. Pode-se identificar no entanto que as transferências constitucionais ainda que mais padronizadas apresentam grande assimetria acerca do valor total de suas alocações.

6. CONCLUSÃO

Assim, o resultado alcançado a partir dos dados coletados no Painel de Informação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), indica que a vulnerabilidade da região não é o único fator que norteia os direcionamentos de verbas. Uma vez que o norte e nordeste por exemplo, apresentam - em todos os anos observados - estados que recebem transferências mínimas, além de abarcar a maior concentração desses estados. Enquanto o sul, centro-oeste e sudeste, regiões que não apresentam dados socioambientais pessimistas ao longo dos anos, detêm a maior concentração de repasse.

Vale pontuar também que um passo central para a elaboração dessa pesquisa foi a coleta de dados, que foi disponibilizada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), a partir de uma consulta detalhada. Entretanto, os dados disponíveis são fragmentados de tal forma que uma pesquisa voltada para uma macrorregião/ microrregião ou mesmo voltada para os municípios seria inviável, em decorrência do tempo necessário para cumprir tal atividade.

Nesse sentido, uma observação acerca das distinções distributivas na capital/interior, que seria pertinente para identificar melhor as nuances nos resultados da pesquisa, foi inviável em decorrência da grande fragmentação de dados. Por essa razão, a escolha feita diminuiu a possibilidade de identificar os fatores das modulações existentes, e se propôs a identificar apenas em nível estadual e regional, quais as discrepâncias existentes nas Transferências Governamentais.

Por fim, cabe analisar, enquanto agenda de pesquisa, fatores populacionais e de alinhamento partidário, bem como uma observação acerca das distinções distributivas na capital/interior, a fim de identificar quais elementos detêm um maior teor explicativo acerca das transferências disformes. Uma vez que a descrição de tal fenômeno foi elaborada, cabe identificar quais os critérios que de fato direcionam os padrões das alocações do Governo Federal para com os estados brasileiros.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. H. 1985. **Os Despossuídos : crescimento e pobreza no país do milagre**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar.

ABRUCIO, F. L. (2002). **Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC**. In F. L. Abrucio & M. R. G. Loureiro (Eds.), *O Estado numa era de reformas: os anos FHC* (p. 107). Brasília, DF

AFONSO, J. R. R. e ARAÚJO, E. A. (2006), "**Local Government Organization and Finance: Brazil**", in A. Shah (ed.), *Local Governance in Developing Countries*. Washington, The World Bank, pp. 1-38.

ARRETCHE, M.. **Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?**. Dados, v. 53, p. 587-620, 2010.

ARRETCHE, M. **Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira**. Revista de Sociologia e Política, p. 69-85, 2005.

BAIÃO, A. L.; COUTO, C. G.; OLIVEIRA, V. E. **Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em saúde no Brasil**. Revista de Sociologia e Política, v. 27, 2020.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, Rosangela Maria. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, p. 380-398, 1996.

BROLLO, F.; NANNICINI, T. **Tying your enemy's hands in close races: the politics of federal transfers in brazil**. American Political Science Review, Cambridge University Press, v. 106, n. 4, p. 742–761, 2012.

BUENO, N. S. Bypassing the enemy: **Distributive politics, credit claiming, and nonstate organizations in Brazil**. Comparative Political Studies, v. 51, n. 3, p. 304–340, 2018. BUGARIN, M.; MARCINIUK, F. Strategic partisan transfers in a fiscal federation: Evidence from a new brazilian database. Journal of Applied Economics, Elsevier, v. 20, n. 2, p. 211–239, 2017.

CÂMARA, G. et al. Análise espacial e geoprocessamento. **Análise espacial de dados geográficos**. Brasília: Embrapa, p. 21-54, 2004.

DUARTE, C. M. R. **Eqüidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?**. Ciência & saúde coletiva, v. 5, p. 443-463, 2000.

FERREIRA, I. F.; BUGARIN, M. S. **Transferências voluntárias e ciclo político orçamentário no federalismo fiscal brasileiro.** Revista Brasileira de Economia, SciELO Brasil, v. 61, n. 3, p. 271–300, 2007.

FIGUEIREDO, A. & LIMONGI, F. (2001). **Executivo e legislativo na nova ordem constitucional.** Rio de Janeiro: Editora FGV.

GOMES, J. L. P. et al. **Mercado de trabalho e políticas públicas de emprego e renda.** Research, Society and Development, v. 9, n. 8, p. e166985416-e166985416, 2020.

HENRIQUES, A. B. L.; LEITE, A. C. C.; JÚNIOR, A. W. M. T. **Reavivando o método qualitativo: as contribuições do Estudo de Caso e do Process Tracing para o estudo das Relações Internacionais.** Revista Debates, v. 9, n. 1, p. 09-23, 2015.

KING, G.; KEOHANE, R. O.; VERBA, S. **Designing social inquiry: Scientific inference in qualitative research.** Princeton university press, 2021.

LARCINESE, V.; RIZZO, L.; TESTA, C. **Allocating the us federal budget to the states: The impact of the president.** The Journal of Politics, Cambridge University Press New York, USA, v. 68, n. 2, p. 447–456, 2006.

LIRA, E. **Alinhamento partidário e oferta de políticas públicas no Brasil.** Revista de Administração Pública, v. 57, p. e-2022-0135, 2023.

MACHADO, J. A. and GUIM, A. L. S. **“Descentralização E Uniformidade Nacional Na Provisão Dos Serviços de Saúde: O Caso Do Brasil.”** Revista Do Serviço Público, vol. 68, no. 1, 31 Mar. 2017, pp. 37–64.

MEDICI, A. C. **Saúde: modelos de gestão descentralizada: alternativas para o Brasil.** JP Velloso, RC De Albuquerque y J. Knoop (coords.), Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade, Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Altos Estudos (INAE), 1995.

MEIRELES, F. **A política distributiva da coalizão.** 2019.

OLIVEIRA, V. E. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas.** 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PEREIRA, C.; MUELLER, B. **Comportamento estratégico em presidencialismo de coalizão: as relações entre Executivo e Legislativo na elaboração do orçamento brasileiro.** Dados, v. 45, p. 265-301, 2002.

PEREIRA, C. & Mueller, B., 2004. **The cost of governing strategic behavior of the president and legislators in Brazil’s budgetary process.** Comparative Political Studies, 37(7), pp. 781-815.

PORTO S. M. 1994. **Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde. O financiamento da Saúde no Brasil.** Série Economia e Financiamento no 4. OPAS, Brasília.

RAILE, E. D.; PEREIRA, C. ; POWER, Timothy J. **The executive toolbox: building legislative support in a multiparty presidential regime.** Political Research Quarterly, v. 64, n. 2, p. 323-334, 2011.

SHAH, A. (Ed.). **Local governance in developing countries.** World Bank Publications, 2006.

SANTOS, W. G. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. In: **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** 1987. p. 89-89.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina.** Campinas, 1995. 445p. Tese (doutorado) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas

SOUSA, C. E. S. **A equidade em saúde nas transferências fundo a fundo de recursos federais do SUS.** 2014.

TEIXEIRA, S.M.F. **Política de saúde na transição conservadora.** Rev. Saúde Debate. n.26, p.42-43, 1989.

TORRES, J. D. T.. **Implementación del modelo bottom up en la política pública de asentamientos informales en Neiva.** Revista Ciudades, Estados y Política, p. 17-31, 2019.

TORRES, M. V. S. **Transferências federais, Organizações da Sociedade Civil e qualidade na saúde municipal.** 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

TURNER B. 1986. **Equality.** Ellis Horwood Limited-Tavistock Publications, Londres-Nova York.

VIANA, A. L. Á.;MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WILDAVSKY, A.. **Federalism means inequality: political geometry, political sociology and political culture.** 1984.