

Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009

Fiscal Responsibility Law and expenditure on health personnel: an analysis of the condition of Brazilian municipalities from 2004 to 2009

Katia Rejane de Medeiros ¹

Paulette Cavalcanti de Albuquerque ¹

Ricardo Antônio Wanderley Tavares ²

Wayner Vieira de Souza ¹

Abstract *The limits for expenditure on personnel that were imposed by the Fiscal Responsibility Act (FRA) have been considered by local health managers as an obstacle to health sector policies. This paper analyzes the linear trend for the personnel expenses indicators and the correlation of this with the profile of spending on health care personnel in 5,356 Brazilian municipalities from 2004 to 2009. The study of the time series used data from the 'Finanças do Brasil' (Finbra) and data from the Information System on Public Health Budgets (SIOPS). There was a trend towards an increase of 1.3% in the annual average of total personnel expenditure in the municipalities, but the cost of health care staff did not follow that growth. There were no correlations between the indicators, and this result is contrary to the arguments given by the health managers. They attribute the problems with hiring workers and the expansion of health systems to the FRA. The availability of data from the Finbra and the Siops system is associated with a lack of knowledge on these issues. This makes it an opportune time for conducting new research.*

Key words *Health expenditure, Information system, Health policy, Fiscal policy*

Resumo *Os limites para as despesas com pessoal impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) têm sido apontados pelos gestores municipais de saúde como obstáculo à política do setor. O artigo analisa a tendência linear dos indicadores de despesas com pessoal e a correlação deste com o perfil de gastos com pessoal da saúde de 5.356 municípios brasileiros, entre 2004 e 2009. O estudo, de série temporal, recorreu aos dados do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Observou-se uma tendência de aumento de 1,3% nas médias anuais da despesa total com pessoal dos municípios, porém as despesas com pessoal da saúde não acompanharam esse crescimento. Não houve correlação entre os indicadores, portanto, esse resultado se opõe aos argumentos dos gestores de saúde, que atribuem à LRF os problemas para contratação de trabalhadores e expansão dos sistemas de saúde. A disponibilidade de dados dos sistemas Finbra e Siops associado à carência de conhecimento sobre o assunto tornam oportunas novas pesquisas.*

Palavras-chave *Gastos em saúde, Sistema de informação, Política de saúde, Política fiscal*

¹ Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Av. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária. 50670-420 Recife PE Brasil. kmedeiros@cpqam.fiocruz.br

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Como observado em outros países, no Brasil, nos anos 1990, foram introduzidas medidas de cunho neoliberal no plano econômico que exigiram uma postura fiscal mais conservadora por parte do Governo Central¹. Nesse contexto, no final do período, emergiu a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que reflete um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, que esta amparada nos pilares de *planejamento, transparência, controle e responsabilização* no uso dos recursos públicos. A LRF propõe atuar no fortalecimento do federalismo nacional, permitindo tratamento isonômico do Governo Federal, estados e/ou municípios do país.

Por seus pilares e por demonstrar esforços rumo ao *accountability* fiscal, coibindo a aplicação do dinheiro público em prioridades imediatistas, tem-se atribuído à LRF o mérito de construir uma nova cultura política de responsabilidade fiscal que inibe a adoção de práticas populistas irresponsáveis perante as contas públicas^{2,3}.

Como uma forte tentativa de “enquadrar” as finanças subnacionais, motivadoras de grande desequilíbrio nas contas públicas nacionais, a LRF objetiva assegurar o equilíbrio entre receita e despesa nas três esferas, dedicando especial atenção no limite e controle dos gastos com pessoal^{4,5}.

As razões da atenção e das medidas relativas a esse tipo de gastos se devem ao fato de que despesas elevadas com o funcionalismo público implicam, de um lado, a redução da receita disponível e da capacidade dos governos ofertarem serviços públicos básicos como educação, saúde e segurança e, de outro, em restrições para investimentos em infraestrutura⁶. Além desses aspectos, como principal item de despesa corrente, os estados brasileiros têm histórico de elevado comprometimento nos gastos com pessoal. Entre 1996 e 2000, os estados gastaram, em média, 67% de suas receitas correntes líquidas (RCL) com o funcionalismo público, aspecto que contribuiu para o desequilíbrio e o endividamento público^{6,7}.

Nesse contexto, a LRF fixou limites máximos para as despesas com pessoal aplicadas aos três poderes. Os limites são calculados como percentuais da RCL, ou seja:

[...] *o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis e militares, e de membros do Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, desde vencimentos e vantagens pessoais de qualquer na-*

*tureza, fixas e variáveis, até proventos da aposentadoria e encargos sociais e os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referirem à substituição de servidores e empregados públicos, para citar alguns exemplos*⁸.

Para o poder executivo municipal, a LRF estabeleceu como limite para as despesas totais com pessoal 54% de 60% da RCL. Logo, o denominado limite *prudencial* na esfera municipal equivale a 51,3% das despesas totais com pessoal⁹. O não cumprimento desse limite torna os municípios mais vulneráveis aos dispositivos e às sanções previstas na LRF⁹.

Os reflexos da lei nas finanças públicas brasileiras aos poucos despertaram o interesse da comunidade acadêmica, repercutindo nos eventos científicos de administração e contabilidade que, entre 2000 e 2010, socializaram 153 trabalhos, dos quais mais de 60% investigaram os efeitos da LRF na esfera municipal¹⁰.

Outros estudos evidenciaram que há margem para despesas com pessoal entre os municípios brasileiros^{1,6}.

Giuberti⁶ investigou as despesas com pessoal de um conjunto não pareado de municípios brasileiros entre 1997 e 2003 e concluiu que o limite de gastos definidos pela lei não os afetou. Na mesma direção, Menezes¹ fez uma análise no período de 1998 a 2004 para um mesmo conjunto de municípios, revelando que era insignificante o número dos que excediam os limites de gastos com pessoal definidos pela LRF.

Apesar dessas evidências, alguns segmentos atribuem à LRF “engessamentos” administrativos⁸, notadamente frente ao desafio de ofertar políticas públicas, como no caso da saúde. Pelas especificidades da produção no setor saúde, que acontece majoritariamente na forma de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, por meio de ações fragmentadas, com alto grau de dependência entre os trabalhadores e elevada dependência de inserção de mão de obra humana¹¹, limites rígidos para contratação de mão de obra apontam em impedimentos para a oferta de serviços de saúde à população.

Assim, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) passou a denunciar que as regras de controle rigoroso dos gastos com pessoal impostas pela LRF são impeditivas ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal, frente às imposições de contratação de trabalhadores.

As denúncias relacionadas aos impedimentos criados pela LRF para contratação de trabalhadores entre 2004 e 2012 foram destaque em 23

cartas, três jornais, além de 19 revistas do Conasems¹².

Observou-se que a LRF foi relacionada à crise de governabilidade no setor¹³. Para Silva e Silva¹⁴, no âmbito da saúde pode-se dizer que a LRF criou um paradoxo, pois: “[...] ao mesmo tempo em que o Estado responsabiliza os gestores do SUS pela prestação de serviços de saúde integrais e universais, os impede de contratar pessoal para execução dessas políticas públicas”¹⁴.

Nesse ambiente, os congressos do Conasems entre 2006 e 2008 sugeriram a realização de estudos que auxiliassem a compreensão dos problemas resultantes dos limites e das implicações da LRF na contratação de trabalhadores de saúde. Em 2008, a necessidade de conhecimento do impacto da LRF na alocação dos recursos humanos em saúde foi incluída na agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde¹⁵.

Contudo, a incorporação da questão nas pautas de discussão ainda não permitiu, com suficiência, a identificação de respostas ou saídas mais conclusivas para o problema.

Não há publicações que investiguem os efeitos da LRF no âmbito da política de saúde, reconhecendo as especificidades desse setor e utilizando dados de receitas e despesas disponíveis nos sistemas de informação de contas públicas.

Considerando a necessidade de compreensão do impacto da LRF nas despesas com pessoal da saúde nos municípios brasileiros, este artigo apresenta uma análise de tendência temporal do indicador de despesas com pessoal e a correlação entre este e o perfil de gastos com pessoal da saúde, a capacidade de arrecadação e a situação de dependência, no período de 2004 a 2009.

Métodos

Realizou-se um estudo de série temporal. Nele, “[...] uma mesma área ou população é investigada em momentos distintos no tempo [...]”¹⁶.

Investigou-se, no sistema Finanças do Brasil (Finbra), o indicador de despesa total com pessoal (DTP). No Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foram utilizados os indicadores de despesas com pessoal da saúde (DPS), capacidade de arrecadação do município (CAM) e proporção de transferências intergovernamentais (PTI).

Os sistemas de informação são, respectivamente, de competência da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) e do Ministério da Saúde, cujo domínio público e acesso é possível pelos *sites*

<http://www.tesouro.fazenda.gov.br> e <http://www.siops.datasus.gov.br>, deles constando os dados das receitas e despesas dos municípios^{17,18}.

No Finbra, entre outros indicadores, é possível identificar o volume total de gastos com pessoal das esferas de governo, apurando-se o cumprimento do limite previsto na LRF. Do Siops examinou-se a proporção do orçamento da saúde com gastos com pessoal, além dos indicadores de capacidade de arrecadação e dependência de recursos intergovernamentais de transferência, os quais são aplicáveis ao propósito de avaliar a situação fiscal dos municípios¹⁹. Os indicadores pesquisados no Finbra e Siops, sua composição e o que medem estão explicitados no Quadro 1.

Os critérios para definição do universo de municípios e do período de estudo foram: a alimentação regular dos sistemas de informação e a disponibilidade contínua dos indicadores selecionados para o maior número pareado de municípios possível, o que resultou na análise de 4.356 unidades municipais, no período de 2004 a 2009.

Sem o objetivo de realizar ajustamentos ou projeção, ou seja, buscando-se tão somente analisar a tendência desses indicadores durante o período estudado, foram construídos modelos lineares simples ($y = a + b \cdot t$), procedendo-se a verificação da significância da inclinação (b) de cada reta²⁰.

No modelo, a variável independente foi o tempo ($t = 1, 2, 3, \dots, 6$), enquanto que para a dependente (y) tomou-se a mediana anual da distribuição de cada indicador, por município.

O coeficiente de correlação foi calculado nos indicadores de despesa total com pessoal, de gastos com pessoal da saúde e no indicador de autonomia municipal. Este último foi criado a partir da razão entre os indicadores que medem a capacidade de arrecadação sobre o que afere a dependência municipal aos recursos de transferência.

Adicionalmente, para testar as diferenças das séries das medianas anuais de cada um desses indicadores, segundo as macrorregiões e o porte populacional do município, se utilizou o teste de Kruskal-Wallis. Um teste não paramétrico destinado à comparação de amostras independentes e também indicado para pequenas amostras²¹.

Resultados

A Figura 1 e a Tabela 1 apresentam, respectivamente, as medianas das séries históricas dos indicadores pesquisados e a análise de tendência dos indicadores.

Quadro 1. Composição dos indicadores municipais mediante dados declarados no FINBRA e SIOPS.

Indicador	Composição do Indicador	O que responde?	SI
Percentual das despesas com pessoal sobre a Receita corrente líquida do município	ATIVOS (Pessoal e Encargos Sociais –Aposentadorias e Reformas – Pensões – Contribuição a Entidades Fechadas de Previdência-Salário-Família– Obrigações Patronais –Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização –Depósitos Compulsórios –Sentenças Judiciais –Despesas de Exercícios Anteriores –Indenizações Restituições Trabalhistas –Ressarcimento de Despesas de Pessoal Requisitado) + Aposentadorias e Reformas + Pensões + Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização <hr/> RECEITAS CORRENTES – CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS – DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE	Os limites/ possibilidades de gastos com pessoal. Apura o cumprimento do limite legal pelo município em conformidade com a LRF LC 101/2000. Despesa Total com Pessoal = DTP	FINBRA
Percentual da receita de impostos sobre a receita total do município, excluídas as deduções.	IMPOSTO+ Multas e Juros de Mora (MJM) sobre o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural – (ITR)+ MJM sobre o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)+ MJM sobre o Imposto sobre Transmissão Inter Vivos de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI)+ MJM sobre o Imposto sobre Serviços (ISS)/ Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - (ISSQN)+ MJM de Outros Tributos+ MJM da Dívida Ativa sobre o ITR+ MJM da Dívida Ativa do IPTU+ MJM da Dívida Ativa do ITBI+ MJM da Dívida Ativa ISS/ ISQN, MJM da Dívida Ativa de Outros Tributos+ Receita da Dívida Ativa do ITR+ Receita da Dívida Ativa do IPTU+Receita da Dívida Ativa ITBI+ Receita da Dívida Ativa do ISS/ISQN+ Receita da Dívida Ativa de Outros Tributos + IMPOSTO sobre Patrimônio e Renda (Intra-Orçamentária) + IMPOSTO sobre Produção e Circulação de Mercadorias(Intra-Orçamentária)+Outros Impostos (Intra-orçamentária) <hr/> RECEITAS CORRENTES+RECEITAS DE CAPITAL + RECEITAS CORRENTES (intra-orçamentária) (-) DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE	Capacidade de Arrecadação do município Capacidade de Arrecadação do Município = CAM	SIOPS
Percentual das transferências intergovernamentais sobre receita total do município, excluídas as deduções.	Transferências Intergovernamentais (Transf. Correntes) +Transferências Intergovernamentais (Transf. de Capital) <hr/> RECEITAS CORRENTES+ RECEITAS DE CAPITAL+ RECEITAS CORRENTES (intra-orçamentaria) (-) DEDUÇÕES DA RECEITA CORRENTE	Grau de dependência do município em relação às transferências de outras esferas de governo Proporção de Transferências intergovernamentais = PTI	SIOPS
Percentual das despesas com pessoal sobre as despesas totais com saúde.	Pessoal e Encargos Sociais (-) Aposentadorias (-) Pensões (-)Salário Família (-) Vencimentos e Vantagens Fixas (Pessoal Militar)(-)+ Outras Despesas Variáveis (Pessoal Militar)+ Sentenças Jurídicas + Despesas Exercícios Anteriores (-) Sentenças Judiciais (-) Despesas Exercício Anteriores <hr/> DESPESAS CORRENTES COM SAÚDE + DESPESAS DE CAPITAL COM SAÚDE (-) APOSENTADORIAS(-) PENSÕES(-)	A participação % do gasto com pessoal sobre o gasto total com saúde. Despesas com Pessoal da Saúde = DPS	SIOPS

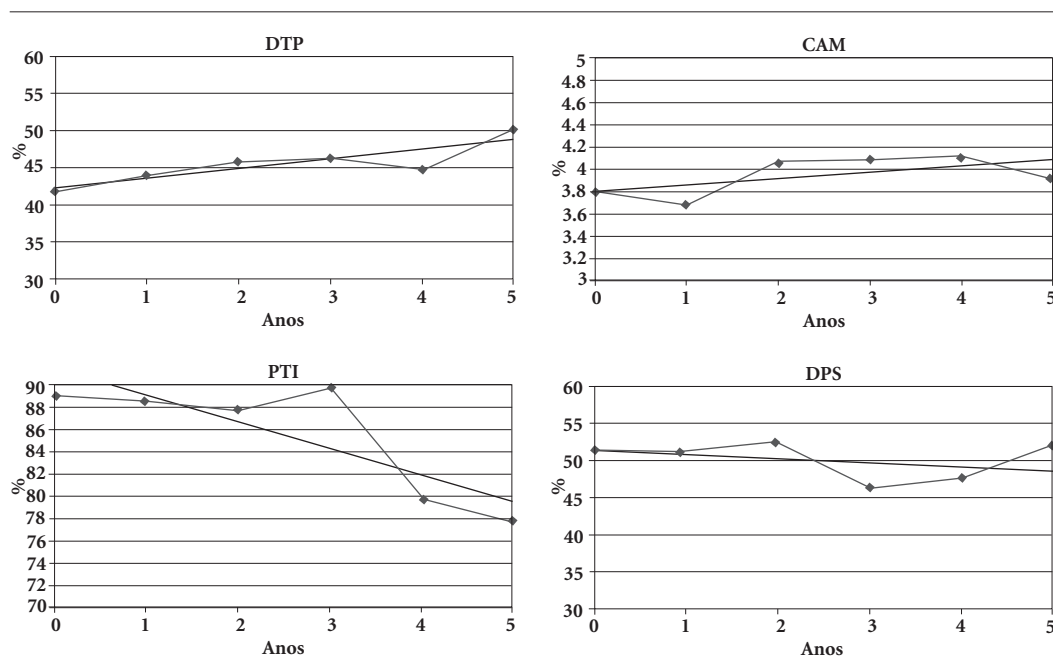


Figura 1. Medianas das séries históricas dos indicadores de Despesas Total com Pessoal, Capacidade de Arrecadação Municipal, Proporção de transferência intergovernamentais e Despesa com pessoal da saúde nos municípios, Brasil, 2004-2009.

Tabela 1. Análise de Tendência (linear) dos indicadores de Despesas Total com Pessoal, Capacidade de arrecadação do Município, Proporção de Transferência Intergovernamental e Despesas com Pessoal da Saúde, dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009.

Indicador	Modelo		R ²	p ^{***}	Tendência
	a (intercepto)	b			
Despesa Total com Pessoal (DTP)	41,09	1,26	0,72	0,032	Crescente
Capacidade de Arrecadação do Município (CAM)	3,76	0,05	0,31	0,248	Estável
Proporção de Transferência Intergovernamentais (PTI)	93,56	-2,30	0,68	0,045	Decrescente
Despesas com Pessoal da Saúde (DPS)	51,56	-0,43	0,11	0,528	Estável

Nota: Modelo $y = a + b.t$ onde $t(1)=2004; \dots t(6)=2009$

R² = Coeficiente de Determinação

p^{***} = Significância do teste da hipótese nula $b=0$

Observando o DTP dos municípios analisados do Brasil, entre 2004 e 2009, verifica-se que apresentou elevação a partir de 2008. Esse aspecto é reforçado, na Tabela 1, onde se observa um crescimento nas médias desse indicador, de 1,3% ao ano ($p = 0,032$). Logo, ficou demonstrado que houve maior comprometimento das receitas das municipalidades brasileiras nesse tipo de despesa, no período.

Apesar do indicador que mede a CAM não ter apresentado diminuição significativa ($p = 0,248$), observou-se uma discreta redução nos dois últimos anos (2008 e 2009), sugerindo um

decréscimo do volume de tributos recolhidos pelas administrações municipais (Tabela 1).

Ainda na Figura 1, o indicador que afere o PTI, ou seja, a dependência dos municípios aos recursos de transferência evidenciou, a partir de 2007, um aporte menor dessa fonte, aspecto também expresso na Tabela 1, que aponta, no período, uma redução nas médias, de -2,3 ao ano ($p = 0,045$).

Na análise de regressão de tendência das despesas com pessoal da saúde dos municípios, explicitada na Figura 1, não houve evidências de qualquer crescimento ou decréscimo entre 2004

e 2009. Logo, não se observou a mesma tendência de elevação do indicador de despesa total com pessoal.

A aplicação do teste de correlação (Tabela 2) evidenciou a ausência de correlação nos três indicadores, quais sejam: despesa total com pessoal, gastos com pessoal da saúde e indicador de autonomia municipal.

Essa ausência de correlação entre os indicadores selecionados no período de 2004 a 2009 indicou que os municípios que mais gastaram com pessoal da saúde nem sempre foram aqueles que mais se aproximaram dos limites de despesas com pessoal definidos pela LRF.

No indicador de despesa total com pessoal, o teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças por região ou estrato populacional dos municípios, ou seja, nas regiões Sudeste e Nordeste foram identificadas as maiores proporções de DTP ($p < 0,1\%$) e, no estrato populacional, os municípios com populações acima de 500.000 habitantes apresentaram maior proporção de despesas ($p < 0,1\%$).

Quanto ao indicador de autonomia municipal por região, identificou-se que o Centro-Oeste, Sudeste e Sul são as regiões mais autônomas ($p < 0,1\%$), contrastando com o Nordeste do Brasil. No indicador de despesas com pessoal da saúde, não foram evidenciadas diferenças significantes, tanto por macrorregião quanto por porte populacional.

Discussão

Santos et al.¹⁰ afirmam que a LRF é, na atualidade, o principal instrumento de controle da gestão, no que tange às finanças públicas. Sua criação ampliou as demandas de acesso às informações sobre receitas e despesas municipais, sobretudo no que diz respeito ao monitoramento e controle das despesas com pessoal²².

As evidências de elevação nas despesas com pessoal das administrações municipais identificadas nesse estudo estão de acordo com os achados de outras pesquisas^{9,23-26}.

Como verificado neste estudo, Nogueira e Rodrigues⁹ também constataram, numa amostra de 3.215 municípios brasileiros, que desde o ano 2000 houve evidência de crescimento nas despesas com pessoal, sobretudo nos municípios maiores.

Zuccolotto et al.²³ analisaram cinco grupos de capitais, segundo sua riqueza, medida pelo Produto Interno Bruto (PIB). No período de 1998 a 2006, a pesquisa revelou que as Despesas com Pessoal tiveram os maiores percentuais de participação nos gastos totais, com elevação média de 20,84%, em detrimento das demais despesas²².

Oliveira et al.²⁴, em estudo enfocando municípios baianos, identificaram que, entre 1998 e 2008, houve também um crescimento nas médias da despesa líquida com pessoal.

Santolin et al.²⁵ e Linhares et al.²⁶ analisaram, antes e depois da Lei, municípios de Minas Gerais e do Piauí, concluindo que o efeito da LRF foi a elevação dos gastos com pessoal.

Tabela 2. Correlação entre os indicadores de Despesas com Pessoal, Despesas com Pessoal da Saúde e Indicador de Autonomia Municipal dos municípios brasileiros.

		Despesa com Pessoal da Saúde	Despesa Total com Pessoal	Indicador de Automia Municipal
Despesa com Pessoal da Saúde (DPS)	Correlação	1	0,02	-0,07
		-	0,083	0,644
	N	4356	4356	4356
Despesa Total com Pessoal (DTP)	Correlação	0,02	1	0,011
		0,883	-	0,457
	N	4356	4356	4356
Indicador de Autonomia Municipal (IAM)	Correlação	-0,07	0,011	1
		0,644	0,457	-
	N	4356	4356	4356

Amparados nessas evidências, alguns desses autores advertem para o fato de que, caso as administrações municipais preservem esse comportamento, as despesas com pessoal tendem a convergir para proporções que comprometerão maior volume da RCL, o que indubitavelmente resultará em restrições fiscais e em limites para condução de outras políticas públicas^{9,23}.

A análise da tendência dos indicadores que medem a capacidade de arrecadação e proporção de transferências intergovernamentais torna oportuno esclarecer que as receitas orçamentárias são classificadas em próprias ou oriundas de transferências.

As primeiras resultam das fontes municipais e refletem a capacidade dos municípios em explorar seu patrimônio por meio da arrecadação ou da expropriação dos recursos de terceiros, mediante tributação. As fontes de transferências podem ser intra ou intergovernamentais²⁷. No Brasil, as receitas orçamentárias dos municípios são notadamente oriundas dessas duas fontes¹⁹.

Identificou-se que, no período estudado, os municípios brasileiros não apresentaram melhoria na exploração daqueles tributos que oferecem potencialidade para elevação da CAM, o que coincide com as observações de Carneiro e Brasil²⁸. Os autores destacam que, apesar da Constituição de 1988 ter ampliado as competências e a necessidade de expansão da arrecadação municipal, ela não foi capaz de promover a materialização, nem um reforço mais substantivo das finanças municipais. Isso se explica pelo fato de que a Constituição, mesmo atribuindo aos municípios a competência de cobrar tributos, não tornou esta medida obrigatória²⁹.

Para Santos³⁰, é importante destacar que, apesar do município seguir como ente federativo, a autonomia conquistada tem sido limitada por reformas constitucionais que afetam a capacidade desses governos em protagonizarem políticas públicas. Até 2011, ou seja, após 23 anos de vigência da Constituição, já haviam sido editadas 67 emendas constitucionais (ECs) e, destas, 26 afetavam, positiva ou negativamente, a autonomia municipal. De 1995 a 2002 foram aprovadas 14 emendas e de 2003 a 2010, 12³⁰.

Ficou notória a importância e a dependência dos municípios dos recursos de transferências, o que permite afirmar que estes continuam sendo a “coluna vertebral” das finanças públicas municipais. Esse resultado é comparável com pesquisas realizadas em 2000³¹, 2007²⁹, 2009²⁵, tornando oportuno refletir sobre os critérios de divisão destes recursos entre as esferas.

Após a Constituição de 1988, no processo de descentralização houve uma desconcentração dos recursos, o que teve efeitos adversos, pois a dependência dos municípios a fontes provenientes da União e do Estado pode gerar uma certa “acomodação” de suas administrações, reforçando a baixa exploração de recursos de arrecadação. Em municípios de menor porte, as principais receitas são oriundas de repasses de transferências dos Estados ou da União²⁵.

A esse respeito Lima³² comenta que, pela ausência de critérios pautados no esforço fiscal, o atual sistema de partilha da receita da União para com os entes subnacionais tem como reflexo a falta de estímulos àqueles que mais arrecadam ou que apresentam melhor desempenho de suas máquinas fazendárias³².

Todavia, apesar de ser uma importante fonte de recursos para os municípios, considerável parte dessas transferências é considerada como de caráter redistributivo setorial e, por isso, se restringe a funções específicas, não se refletindo diretamente sobre a capacidade geral de gasto do governo que as recebe³³.

Assim, o fato desses recursos se vincularem a programas que impõem sua aplicação em funções específicas reforça ainda mais a dependência, uma vez que tal vinculação suprime a autonomia municipal no seu gasto²⁷. No caso da saúde, por serem geralmente recursos com destinação pré-definida, ou denominados “carimbados”, tais fontes acabam forçando os municípios a adotarem uma política vertical, cuja característica é atender mais às necessidades de convênios e programas do que à realidade epidemiológica local³⁴.

Para Giroldo e Kempfer³⁵, apesar dos municípios brasileiros terem percorrido um longo caminho até a elevação de seu status federativo, atualmente estas unidades ainda não estão consolidadas paritariamente com os outros entes federativos, pois, em virtude de sua hipossuficiência econômica, são dependentes dos demais entes. Nessas circunstâncias, as autonomias administrativas e política ficam comprometidas, face à ausência da autonomia financeira dos municípios³⁵.

Sabendo-se que o cálculo de despesa total com pessoal tem como denominador a RCL (Quadro 1) e que esta é influenciada pela capacidade de arrecadação de tributos, presume-se que as elevações nas médias da despesa total com pessoal podem estar diretamente relacionadas à pouca alteração no padrão de arrecadação dos municípios, no período de 2004 a 2009, ou seja, as contrata-

ções acontecem sem uma proporcional elevação na autonomia financeira dos municípios.

Nessas condições, as administrações municipais terão, de fato, limite para manutenção ou ampliação das políticas públicas, visto que os gastos com pessoal não serão acompanhados de novas receitas. Deste modo, estarão mais suscetíveis às sanções da LRF. É pertinente lembrar que despesas com pessoal tendem a apresentar caráter constante e crescente. Esse aspecto torna-se problemático frente à trajetória de receitas que é vulnerável às conjunturas ou ciclos de crise econômica. Nesses períodos, o conjunto de receitas, sejam próprias ou de transferência, sofre uma queda, o que torna a manutenção de despesas rígidas, como as de pessoal, mais problemática, dificultando o cumprimento da LRF³⁶. Todavia, os achados desta pesquisa ainda são parciais, o que sugere a pertinência de novas investigações sobre o tema.

Quanto ao comportamento dos municípios nas despesas com pessoal da saúde, é adequado destacar que, nos últimos anos, em virtude do uso intensivo de mão de obra na saúde, observou-se uma importante elevação nas proporções de trabalhadores vinculados aos municípios, que se tornaram os principais empregadores do setor público^{8,36-38}. Apesar da pertinência de tais considerações, neste estudo não se identificou tendência de crescimento nas médias anuais do indicador das despesas com pessoal da saúde entre 2004 e 2009.

A emergência do debate sobre as implicações da LRF na contratação dos trabalhadores de saúde nas publicações do Conasems foi investigada por Medeiros e Albuquerque¹². As autoras demonstraram que, desde o congresso do Conasems de 2000, a questão tem ocupado espaço e merecida atenção na agenda do colegiado. Porém, foi a partir de 2005 que se passou a vincular a LRF como indutora de limites para a contratação de trabalhadores de saúde e como obstáculo ao desenvolvimento do SUS¹².

A ausência de correlação entre os indicadores estudados contradiz e coloca em cheque os argumentos contidos nas publicações dos gestores de saúde, que atribuem a crise de governabilidade do setor saúde aos limites de gastos com pessoal definidos pela LRF¹⁴.

Considerando a frequência dessa questão na agenda do Conasems e a importância dos achados desta pesquisa, algumas considerações sobre os indicadores de despesa total com pessoal e despesas com pessoal da saúde tornam-se necessárias.

Dias³⁹ adverte que apesar da LRF ser bastante cuidadosa na definição exaustiva de despesas com pessoal e na forma como deve ser calculada, observa-se que as esferas subnacionais utilizam artifícios para se adequar aos limites de despesas e evitar, portanto, a aplicação das sanções fiscais.

Na experiência dos municípios, Carvalho⁴⁰ destaca que algumas saídas utilizadas têm sido: contabilizar o limite de gastos com toda a administração e não apenas com a saúde; terceirizar legitimamente pessoal de atividades-meio, diminuindo cargos e fazendo readequações funcionais dos remanescentes e terceirizar atividades possíveis para pessoas jurídicas, como: obras, limpeza, vigilância. Outro aspecto importante é a exclusão dos contratos precários no cálculo de despesas com pessoal dos municípios.

O uso de artifícios no registro das despesas com pessoal pelas administrações municipais, com vista a atenuar os riscos das sanções previstas na LRF, pode comprometer o indicador fiscal, ou seja, o uso dessas “saídas” pode omitir a real condição dos municípios, refletindo-se numa fragilidade na qualidade desse indicador.

Todavia, a confirmação ou a refutação desse argumento sugere a necessidade de desenvolver investigações que objetivem aferir a confiabilidade e a validade deste indicador da base Finbra ou explorá-lo sob outras perspectivas.

Para Hernandez *et al.*⁴¹, a disponibilidade de informação sobre a despesa total com os recursos humanos em saúde é considerada como o componente mais importante de um conjunto mínimo de indicadores para identificação do peso que essas despesas representam nas finanças do setor. Sabendo-se que a remuneração da atividade no trabalho representa a maior fatia da despesa nas finanças dos sistemas para a oferta de serviços de saúde, a disponibilidade dessa e de outras informações nas bases de dados nacionais brasileiras sugere inúmeras possibilidades de investigação.

Quanto aos indicadores do Siops, Lima *et al.*⁴² afirmam que se trata de dados confiáveis. Todavia, Gonçalves *et al.*⁴³ identificaram problemas de uniformidade entre os registros dos dados do Siops e do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco. Com base nessas constatações, autores reforçam a necessidade de estudos que apurem a confiabilidade do sistema^{29,31}.

Conforme se observa, há posições diferentes sobre a confiabilidade dos dados do Siops, a depender do tipo de indicador, e de que base será utilizada para comparabilidade. Essas evidências e a ausência de estudos que explorem o indicador de despesas com pessoal da saúde tornam fun-

damental a realização de pesquisas que também averiguem a confiabilidade e a validade desse indicador. Mas, essas considerações não invalidam o reconhecimento de que Siops e Finbra são importantes fontes de registro contábil dos entes subnacionais.¹⁷

Os achados identificados com a aplicação do teste de Kruskal-Wallis são comparáveis aos do estudo de Giuberti⁶, que mostrou, nos anos de 2002 e 2003, maiores despesas com pessoal na Região Sudeste. Todavia, quanto à análise por estrato populacional, os resultados deste artigo são confrontáveis com os do autor citado, que constatou, entre 1997 e 2003, uma redução na proporção de gastos com pessoal nos municípios com população inferior a 50.000 habitantes.

Na mesma direção dos achados do presente estudo, a importância das despesas com pessoal em municípios maiores foi também observada no período de 1998 a 2006 por Macedo e Cobari⁷. Com efeito, os aspectos aqui revelados sobre a autonomia municipal corroboram estudos anteriores^{6,19,31}.

Conclusões

Conclui-se que, nas análises de tendência, houve elevação na despesa total com pessoal, de 1,3% ao ano, além de uma discreta redução no padrão de dependência dos municípios aos recursos de transferência. Os perfis de arrecadação observados nos municípios, no período, sugerem que, se mantidas as mesmas condições das municipalidades nos próximos anos, poderão ampliar-se as margens de vulnerabilidade às sanções fiscais.

Tanto a análise de tendência dos gastos com pessoal da saúde quanto os testes de correlação revelaram discordância com o discurso ainda presente no colegiado de secretários municipais de saúde, que vinculam a crise de governabilidade do setor à LRF.

Embora apresente limites, o Finbra é a principal fonte primária de dados sobre as finanças públicas municipais brasileiras⁴⁴. Medeiros⁴⁵ investigou a qualidade do Finbra quanto à acessibilidade, oportunidade e cobertura e constatou que o sistema é bem avaliado nas duas primeiras dimensões. Contudo, a autora destaca que há restrições quanto à cobertura, pois, no tratamento dos dados declarados pelos municípios verifica-se o cumprimento das atribuições legais e, quando há registros incoerentes com os dados de períodos anteriores, gera-se uma relação de municípios “denominados” inconsistentes. Em outras palavras, não há meios de acesso a seus dados naquele ano, reduzindo a cobertura do sistema. Orair et al.⁴⁴ também identificaram a variabilidade de cobertura do Finbra. Todavia, esses aspectos não impossibilitaram o cumprimento dos objetivos deste estudo, defendendo-se a importância do Finbra nas pesquisas sobre as finanças públicas municipais⁴⁵.

Ademais, pela escassez de investigações que explorem conjuntamente os sistemas Finbra e Siops e pela premência de respostas às questões colocadas a partir da LRF, tornam-se necessárias novas investigações que explorem, inclusive, dimensões de confiabilidade e validade desses indicadores nos sistemas citados.

Colaboradores

KR Medeiros participou da elaboração do projeto, concepção do artigo, revisão bibliográfica, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação do artigo; PC Albuquerque da concepção e redação do artigo; RAW Tavares da redação e aprovação do artigo; e WV Souza da análise e interpretação dos dados, redação e aprovação do artigo.

Referências

- Menezes RT. *Efeitos da LRF sobre as categorias e funções de despesas dos municípios brasileiros (1998 a 2004)* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
- Santos SRT, Alves TW. O impacto da lei de responsabilidade fiscal no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios do Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. *Rev Adm Publ* 2011; 45(1):181-208.
- Loureiro MR, Abrúcio FL. Política e reforma fiscal no Brasil recente. *Rev Econ Pol* 2004; 24(1):50-71.
- Afonso JR. Federalismo fiscal: receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. *Informe-se* [Internet] 2001; 28:1-8. [acessado 2012 jan 15]. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informese/inf_28.pdf
- Figueiredo CM, Nóbrega MAR. *A LRF: a experiência brasileira, o caso do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, 2001*. [acessado 2006 ago 23]. Disponível em: www.federativo.bndes.gov.br/lrf_opiniones_estudos.htm
- Giuberti AC. *Efeitos da lei de responsabilidade fiscal sobre os gastos dos municípios brasileiros* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
- Macedo JJ, Corbari EC. Efeitos da lei de responsabilidade fiscal no endividamento dos municípios brasileiros: uma análise de dados em painéis. *Rev Contab Financ* 2009; 20(51):44-60.
- Braga DG, Amorim JCM, Teixeira M. Responsabilidade fiscal e conflitos de trabalho. In: Braga DG, Amorim JCM, Santos L, Teixeira M. organizadores. *Curso de negociação do trabalho no SUS*. Rio de Janeiro: EAD, ENSP; 2008. p. 114-118. (Cadernos de Textos).
- Nogueira RP, Rodrigues VA. Despesa com pessoal e lei de responsabilidade fiscal: uma análise da situação na União, nas Unidades Federadas e nos Municípios. In: Duarte BC. *Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a dimensão econômica na gestão de recursos humanos no Brasil*. Brasília: UnB; 2010. p. 71-108.
- Santos PSA, Dani AC, Rausch RB. Finanças públicas e Lei de Responsabilidade Fiscal: reflexos na produção científica nos principais congressos brasileiros de administração e contabilidade no período de 2000 a 2010. *Rev Infor Contábil* 2012; 6(3):74-94.
- Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):721-725.
- Medeiros KR, Albuquerque PC. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012. In: Martins MIC, Marques AP, Costa NR, Matos A, organizadores. *Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas*. Rio de Janeiro, Braga: Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM), Escola Nacional de Saúde; 2014. v. 1, p. 65-67.
- Medeiros KR, Tavares RAW. Questões contemporâneas da gestão do trabalho em saúde: em foco a Lei de Responsabilidade Fiscal. *Divulg Saúde Debate* 2012; (47):563-571.
- Silva EVMCO, Silva SF. Desafio da gestão municipal em relação á contratação da força de trabalho em saúde. *Divulg Saúde Debate* 2007; (40):7-12.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2ª ed. Brasília: MS; 2008.
- Almeida Filho N, Barreto ML. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 165-174.
- Medeiros KR, Albuquerque PC, Diniz GTN, Alencar FL, Tavares RAW. Bases de dados orçamentários e qualidade da informação: uma avaliação do Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). *Rev Adm. Públ* 2014; 48(5):113-133.
- Faveret ACSC. *Prontuários de bases de dados: informação sistematizada para as contas de saúde do Brasil*. Brasília: Ipea; 2009.
- Pinheiro TC. Hierarquia urbana e situação fiscal dos municípios brasileiros. *Rev Ass Bras Estud Reg Urb* 2009; 3(1):107-127.
- Vieira S. *Introdução à bioestatística*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1991.
- Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric statistical methods*. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
- Beuren IM, Zonato VCS. Perfil dos artigos sobre controle interno no setor público em periódicos nacionais e internacionais. *Rev Adm Públ* 2014; 48(5):1135-1163.
- Zuccolotto R, Ribeiro CPP, Abrantes LA. O comportamento das finanças públicas municipais nas capitais dos estados brasileiros. *Enfoque* (Maringá) 2009; 28(1):54-60.
- Oliveira NR, Bruni AL, Dias Filho JM. *O comportamento dos gastos públicos na era da responsabilidade fiscal: um estudo a luz da teoria institucional* [Internet]. Salvador: UFBA; 2010. [acessado 2005 jun 21]. Disponível em: http://www.contabeis.ufba.br/Site/arquivos/Editor/file/Mestrado/Artigos/2010/cbc2010%5B1%5D_artigo_0182_.pdf
- Santolin R, Jaime Júnior FG, Reis JC. Lei de Responsabilidade Fiscal e implicações das despesas de pessoal e de investimentos nos municípios mineiros: um estudo com dados de painel dinâmico. *Est Econ* 2009; 39(4):895-923.
- Linhães F, Penna C, Borges G. Os efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal no endividamento dos municípios do Piauí. *Rev Adm Públ* 2013; 47(6):1359-1373.

27. Braga JP, Cruz CF, Mendes EL. *Análise empírica da autonomia financeira e da alocação de recursos de um município da Região Nordeste do Brasil* [Internet]. São Paulo: USP; 2009. [acessado 2010 mar 15]. Disponível em: <http://www.congressosp.fipecafi.org/artigos92009/378.pdf>
28. Carneiro R, Brasil PDF. Descentralização e financiamento dos municípios no Brasil contemporâneo. *Rev Adm* 2010; 9(2):87-104.
29. Ferreira IFS, Bugarim MS. Transferências voluntárias e ciclo político orçamentário no federalismo fiscal brasileiro. *Rev Bras Econ* 2007; 61(3):271-300.
30. Santos AP. Autonomia municipal no contexto Federativo brasileiro. *Rev Paran Des* 2011; 120(1):209-230.
31. Tristão JAM. *A administração tributária dos municípios brasileiros: uma avaliação do desempenho da arrecadação* [tese]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
32. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):511-522.
33. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab Educ Saude* 2009; 6(3):573-597.
34. Silva KSB, Bezerra AFB, Sousa IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):373-382.
35. Giroldo CN, Kempfer M. Autonomia municipal e o federalismo fiscal brasileiro. *Rev Dir Públ* 2012; 7(3):3-20.
36. Gadelha SRB. Análise dos impactos da Lei de Responsabilidade Fiscal sobre a despesa de pessoal e a receita tributária nos municípios brasileiros: um estudo com modelo *probit* aplicado a dados em painel. *Rev Bras Econ Emp* 2011; 11(1):65-77.
37. Moysés NMN, Machado MH. Políticas de gestão do trabalho no SUS: o desafio sempre presente. *Divulg Saude Debate* 2010; (45):33-41.
38. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM. As relações laborais no âmbito da municipalização de gastos em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):918-928.
39. Dias FAC. *O controle institucional das despesas com pessoal*. Brasília: Centro de Estudos da Consultoria do Senado Federal; 2009.
40. Carvalho G. *LRF: e o limite de gastos com pessoal da saúde* [Internet]. São Paulo: Idisa; 2011. [acessado 2015 fev 12]. Disponível em: http://www.idisa.org.br/site/documento_5191_0_2011---27---569--domingueira--lrf-e-limites-de-gastos-com-pessoal-saude.htmlhttp://www.idisa.org.br
41. Hernandez P, Tan-Torres T, Evans DB. Quantificação das despesas com o pessoal de saúde: conceitos, fontes de dados e métodos. In: Dal Poz MR, Gupta N, Quain E, Soucat ALB. *Manual para a monitorização e avaliação de recursos humanos de saúde com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio*. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2014. p. 73-90.
42. Lima CRA, Carvalho MS, Schramm JMA. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. *Cad Saude Publica* 2006; 22(9):1855-1864.
43. Gonçalves RF, Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Sousa IMC, Duarte-Neto PJ, Silva KSB. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2612-2620.
44. Orair RO, Santos CHM, Silva WJ, Brito JMM, Silva HL, Rocha WS, Ferreira AS. *Uma metodologia de Construção de séries de alta frequência das finanças municipais no Brasil com aplicação para o IPTU e o ISS: 2004-2010*. Rio de Janeiro: IPEA; 2011. Texto para Discussão.
45. Medeiros KR. *Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros* [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2011.

Artigo apresentado em 15/09/2016

Aprovado em 23/11/2016

Versão final apresentada em 25/11/2016

