

GASTOS COM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE MONTES CLAROS (MG) APÓS O PACTO PELA SAÚDE: UM ESTUDO COMPARATIVO INTERMUNICIPAL

Sidnei Pereira do Nascimento¹

Rogélio Gerônimo dos Santos²

Resumo: Este artigo avaliou o comportamento dos gastos com saúde, no período de 2006 a 2012, nos municípios da Microrregião de Montes Claros. Mais especificamente avaliou os efeitos do Pacto pela Saúde nas despesas com saúde pública nos municípios da Microrregião de Montes Claros comparados ao município de Montes Claros. Para isto, utilizou-se da metodologia econométrica denominada de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais. Os resultados demonstraram que a evolução dos gastos com saúde pública do município de Montes Claros foi inferior aos demais municípios da Microrregião de Montes Claros. Também, demonstrou que os gastos com saúde pública, de forma conjugada, entre o município de Montes Claros e os demais municípios avaliados recuaram após a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006.

Palavras-chaves: Gastos com Saúde Pública. Pacto pela Saúde. Microrregião de Montes Claros.

¹ Doutor em Economia Aplicada pela ESALQ/USP. Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Mestre em Economia pela Universidade de Brasília (UNB) e Professor do Departamento de Economia da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em Londrina/ Paraná/ Brasil. Contato: sidnei@uel.br.

² Mestre em Economia Regional pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Graduado em Ciências Econômicas e Consultor Econômico e Professor de cursos de especialização da UEL em Londrina/Paraná/Brasil, na UNIVEL em Cascavel/Paraná/Brasil e na FACCAT Tupã/São Paulo/Brasil. Contato: rogelio1974@sercomtel.com.br.

Health expenditures in the municipalities of the Montes Claros (MG) after the Health Pact: A study comparative intercity

Abstract: This article evaluated the behavior of health spending, from 2006 to 2012, of the municipalities the Micro-region of Montes Claros. More specifically, it evaluated the effects of the Health Pact on public health expenditures in the municipalities of the Montes Claros Micro-region compared to the Municipality of Montes Claros. For this, we used the econometric methodology called Differences in Differences with Polygonal Adjustment. The results showed that the evolution of the public health expenditure of the municipality of Montes Claros was inferior to the other municipalities of the Montes Claros Micro-region. It also showed that public health spending, conjunction, between the municipality of Montes Claros and the other municipalities evaluated fell back after the implementation of the Pact for Health, in 2006.

Keywords: Spending on Public Health. Health Pact. Montes Claros Micro-region.

Gastos con salud en los municipios de la Microrregión de Montes Claros (MG) después del Pacto por la Salud: Un estudio comparativo intermunicipal

Resumen: Este artículo evaluó el comportamiento de los gastos de salud, en el período de 2006 a 2012, en los municipios de la Microrregión de Montes Claros. Más específicamente evaluó los efectos del Pacto por la Salud en los gastos de salud pública en la micro-región del condado de Montes Claros en comparación con la municipalidad de Montes Claros. Para ello, se utilizó la metodología econométrica denominada las Diferencias en Diferencias con Ajuste Poligonal. Los resultados demostraron que la evolución de los gasto en salud pública del municipalidad de Montes Claros fue inferior a los demás municipios de la Micro-región de Montes Claros. También demostró que los gastos con salud pública, la forma conjugada entre el municipio de Montes Claros y los demás municipios evaluados retrocedieron tras la implantación del Pacto por la Salud, en 2006.

Palabras clave: El Gasto en Salud Pública. Pacto por la Salud. Micro-region de Montes Claros.

1 Introdução

Com a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988 aconteceu no Brasil uma efetiva descentralização administrativa. Falletti (2005) ad-

verte que esta descentralização adveio a partir do ente público central, e se ampliou ao âmbito administrativo, político e fiscal. Como lembram Giambiagi e Além (2011) este processo iniciou-se no final dos anos de 1970 e foi ratificado em 1988, com a “Nova Constituição”.

A descentralização em um modelo federativo como aconteceu no Brasil ocasiona consequências e processos que levam a intensas discussões e negociações (FALLETI, 2005). Pois, como lembra Riani (1997), os gastos públicos são escolhas políticas dos governos no que se refere aos serviços que são oferecidos à sociedade em cada ente federativo.

De acordo com Mendes e Sousa (2007) as atribuições básicas confiadas aos municípios estão fundamentadas no artigo 30 da Constituição Federal de 1988 e se pautam com a organização e prestação dos serviços públicos de importância local, com a manutenção ou prestação de programas de educação e de serviços de atendimento à saúde da população.

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

A problemática pautada nesta pesquisa discute se o Pacto pela Saúde, ocorrido em 2006, ocasionou mudanças nos gastos com saúde pública nos municípios avaliados neste estudo? O município de Montes Claros, em Minas Gerais, aumentou suas despesas com saúde comparada aos demais municípios estudados nesta pesquisa?

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o comportamento dos gastos com saúde dos municípios pertencentes à Microrregião de Montes Claros, no período de 2006-2012. Mais especificamente, analisa os gastos com saúde pública no período após o Pacto pela Saúde, a partir do município de Montes Claros, no período 2006 a 2012.

Para isto utilizou-se do modelo econométrico denominado de Diferença em Diferença com Ajuste de Poligonais que tem a finalidade de detectar mudanças de tendência nas variáveis, após a implementação do Pacto pela Saúde, através da Portaria GM/399/2006, em 2006, nos municípios que compõem a Microrregião de Montes Claros: Montes Claros; Brasília de

Minas, Campo Azul, Capitão Enéias, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia (IBGE, 2016).

A escolha da Microrregião de Montes Claros ocorreu em virtude do grande número de municípios que a compõe, ou seja, 22 municípios, com população abaixo de 30 mil habitantes, com exceção de Montes Claros e Brasília de Minas que ultrapassaram, respectivamente, 31 mil e 370 mil habitantes (IBGE, 2016). E por fim, outro fator que influenciou na escolha da Microrregião é o montante atualizado dos recursos destinados ao financiamento da saúde pública que ultrapassou R\$ 2,41 bilhões, no período de 2006 a 2012.

A escolha do município de Montes Claros como grupo de controle aconteceu por este ser município-sede da microrregião e em virtude da maior participação em todo o grupo de municípios estudados nesta pesquisa. Neste contexto, apenas Montes Claros foi responsável por 68,42% do total de recursos destinados ao financiamento dos serviços de saúde ofertados à população da Microrregião de Montes Claros que correspondeu em 2012, ao montante de R\$ 290,2 milhões.

A relevância do estudo está relacionada à importância do tema, em época de crise fiscal, dos três entes da federação, principalmente, nos estados e nos municípios. Ainda, existe uma demanda crescente pelos serviços públicos de saúde, que perdura desde a criação do SUS.

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

2 Referencial Teórico

Dentre todos os tipos de despesas que existem na Administração Pública, uma delas, são os gastos sociais que segundo Fernandes *et al.* (1988) são aquelas voltadas para o progresso das condições de vida da população, em geral, podendo ser de curto ou de longo prazo. São aqueles gastos referentes aos programas, projetos e ações desenvolvidas em diferentes áreas,

tais como: saúde, alimentação, educação, saneamento, previdência, segurança, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e outros. Neste sentido, os conceitos de Rezende (1997) convergem com os de Fernandes *et al.* (1988), pois, este define gastos sociais como sendo uma parcela dos gastos em políticas públicas destinadas à provisões de bens e serviços essenciais.

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

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

O objeto de estudo desta pesquisa é o comportamento do gasto com saúde na microrregião de Montes Claros, no Norte de Minas Gerais, no período pós Pacto pela Saúde, ou seja, de 2006 a 2012, buscando comparar o movimento dos gastos entre os municípios desta microrregião.

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

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

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

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

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

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

Lembra-se que a Emenda Constitucional Nº 29/2000 fixou percentuais mínimos de gastos das receitas próprias dos estados e municípios em ações de serviços de saúde no Brasil. Para os estados a emenda em tela fixou em

no mínimo 12% das receitas próprias e para os municípios no mínimo em 15%. Esses percentuais deveriam ser implementados, gradativamente, no período de 2000 a 2004.

Os estados iniciaram o ano de 2000 com a responsabilidade de aplicação dessas receitas em ações de saúde de 7%. Nos anos 2001, 2002, 2003 e 2004 esses percentuais subiram, respectivamente, para 8%, 9%, 10% e 12%. Já para os municípios os percentuais foram fixados em 7%, 8,6%, 10,2%, 11,8% e 15%, respectivamente, para os anos de 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 (CONASS, 2003).

2.1 O Pacto pela Saúde

Conforme anteriormente referido nesta seção, o Pacto pela Saúde foi constituído por meio da Portaria/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Este Pacto adequou a execução dos serviços públicos de saúde no Brasil, como a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, bem como a integração de formas de transferências de recursos financeiros da União (CONASS, 2011).

O Pacto pela Saúde, conforme definem Massambani, Nascimento, Câmara e Diniz (2013), abrange três pactos: o Pacto em Defesa do SUS; o Pacto de Gestão; e o Pacto pela Vida. Fadel, Schneider, Moimaz, Saliba e Nemre (2009) observam que o Pacto pela Saúde apareceu após várias experiências fracassadas de operacionalização do SUS na procura da materialização da equidade social.

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

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

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

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

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

Neste cenário, percebe-se que o Pacto pela Saúde foi o último ato institucional na tentativa de ofertar e garantir uma saúde pública de melhor qualidade e com equidade para a população brasileira. Este estudo não se utiliza de indicadores para mensurar a qualidade dos serviços prestados, porém, busca aferir se houve um aporte financeiro no que tange ao financiamento total dos serviços de saúde pública nos municípios da Microrregião de Montes Claros. Para isto utilizou-se da metodologia apresentadas na seção 3 a seguir.

3 Metodologia

Para alcançar os objetivos deste estudo, utilizou-se o modelo econométrico de Diferenças em Diferenças (Dif-Dif) com Ajuste de Poligonais a fim de examinar a dinâmica dos gastos com saúde sob a égide do Pacto pela Saúde entre os anos de 1998 a 2012, conforme empregado por Nascimento (2008) para medir guerra fiscal dos estados brasileiros.

3.1 Base de dados

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

3.2 Variáveis do Modelo

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

Observa-se que o modelo de Diferença em Diferença foi exposto por Wooldridge (2001) que utiliza variáveis binárias, com Ajuste de Poligonais especificados em Hoffmann (2006). A utilização do modelo de regressão linear múltipla de Diferenças em Diferenças com Ajuste de Poligonais se fez necessário para detectar mudanças e tendências das variáveis após o Pacto pela Saúde, ou seja, entre 2006 a 2012 e entre os dois grupos analisados: controle e tratamento, sendo controle o município de Montes Claros e tratamento os demais municípios que compõem a Microrregião de Montes Claros (21 municípios).

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

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

Em que:

Y_i : é a participação percentual do índice de gastos com saúde de cada município pertencente à Microrregião de Montes Claros;

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

T_i : é uma variável de tendência;

Θ : mostra a abscissa do vértice, que neste modelo é o ano que delimita o período anterior (1998-2005) e o posterior (2006-2012). Então, Θ é igual a 2005;

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

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

μ_i : representa o erro aleatório;

i : indica um determinado ano.

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

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

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

b) Valor esperado de Y_i no período após o Pacto pela Saúde no grupo de controle: $Y_{01}^* = E(Y_i | L_i = 0, P(T - \Theta)_i = 1) = \alpha_0 + \varphi_0$;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para este estudo, foram utilizados apenas os coeficientes φ_0 e φ_1 , respectivamente, das variáveis $P_i(T-\Theta)$ e $P_i(T-\Theta)L_i$. O parâmetro φ_0 mede a taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde pública do grupo de tratamento e de controle, no segundo período, ou seja, se houve mudança de comportamento nos dois grupos (controle e tratamento), no período compreendido entre 2006 e 2012. Já o coeficiente φ_1 , estima a diferença na taxa média anual de crescimento o grupo de controle, no segundo período, ou seja, após o Pacto pela Saúde em relação ao grupo de tratamento (SANTOS, 2014). Entretanto, para aferir os resultados, de acordo com os objetivos da pesquisa é necessário montar o modelo econométrico com todas as variáveis da equação 1.

Observa-se que no diagnóstico do coeficiente do modelo sempre que for mencionada taxa média, trata-se de uma taxa aritmética de variação e não da taxa geométrica. Para o parâmetro φ_1 , observa-se que se o sinal for negativo significa que o grupo de controle, neste caso, o município de Montes Claros aumentou seus gastos para financiamento da Saúde Pública, no período de 2006 a 2012. Por outro lado, se o sinal do coeficiente for positivo significa que o grupo de tratamento (os demais municípios avaliados nesta pesquisa) aumentou seus gastos com saúde pública.

Para o estimador φ_0 , se o sinal for positivo significa que o grupo de controle e o grupo de tratamento, de forma conjugada, aumentaram suas despesas com saúde pública, após, o Pacto pela Saúde. E se o sinal for negativo significa que o grupo de controle e o grupo de tratamento recuaram seus gastos em saúde pública, após, o Pacto pela Saúde, em 2006.

E por fim, observa-se que o modelo de Diferenças em Diferenças com Ajustes de Poligonais possui duas limitações importantes que pode levar o pesquisador ao erro na interpretação dos dados: a primeira é a definição imprópria do período de corte, que neste caso foi utilizado, o ano de 2005; a segunda limitação são as propriedades estatísticas dos parâmetros estimados por margem de erro que varia de acordo com o desvio padrão. Isto significa que baixa variabilidade torna o estimador mais confiável.

4 Resultados

Nesta seção realiza-se se a descrição dos resultados econométricos dos parâmetros φ_0 e φ_1 , respectivamente, das variáveis

$P_i(T - \Theta)$ e $P_i(T - \Theta)L_i$, no período de 1998 a 2012. Após, a apreciação dos resultados faz-se uma síntese dos resultados que será tratada na subseção 4.2.

4.1 Resultados econométricos

Na Tabela 1 são apresentados os resultados das regressões do município de Montes Claros em relação aos demais 21 municípios pertencentes à Microrregião de Montes Claros, conforme metodologia apresentada na seção anterior.

Dos resultados dos estimadores da regressão entre Montes Claros e Brasília de Minas apenas, o parâmetro φ_1 demonstrou ser estatisticamente significativo. Assim, não é possível afirmar que, conjuntamente, os dois municípios aumentaram seus gastos com saúde após o Pacto com Saúde, em 2006. Todavia, é possível afirmar que o município de Brasília de Minas superou o município de Montes Claros em seus gastos com saúde em média anual de 2,76%, no período de 2006 a 2012, ou seja, após a implantação do Pacto pela Saúde.

A regressão entre o município de Montes Claros e Campo Azul demonstrou que os dois municípios recuaram seus gastos com saúde, com média anual de 0,27%, no período de 2006 a 2012. Porém, o município de Montes Claros foi suplantado pelo município de Campo Azul a uma taxa média anual de 0,61%, no mesmo período, ou seja, após a implantação do Pacto pela Saúde.

Em relação ao comportamento dos gastos com saúde dos municípios de Montes Claros e de Capitão Enéias, conjuntamente, não é possível fazer qualquer inferência em virtude da ausência de significância estatística. Entretanto, o estimador que mede a diferença de crescimento entre os dois municípios, demonstrou que Capitão Enéias cresceu suas despesas com saúde pública, após o Pacto pela Saúde, em média de 1,14% ao ano.

O estimador φ_0 da regressão entre o município de Montes Claros e Claro dos Poções também não demonstrou ser estatisticamente significativo para fazer qualquer inferência no que tange à dinâmica dos gastos com saúde de forma conjunta entre os dois municípios. Contudo, o município de Claro dos Poções suplantou seus gastos com saúde em relação ao município de Montes Claros, em média, de 1,15% ao ano, no período de 2006 a

2012, ou seja, após a efetiva implantação do Pacto pela Saúde, em fevereiro de 2006.

A regressão entre os municípios de Montes Claros e Coração de Jesus mostrou ser estatisticamente significativa nos dois parâmetros. Assim, é possível afirmar que os dois municípios reduziram suas despesas com saúde, no período de 2006 a 2012, a uma taxa média de 2% ao ano. Também, é possível afirmar que o município de Coração de Jesus superou seus gastos com saúde, após o Pacto pela Saúde, em 2006, comparativamente ao município de Montes Claros a uma taxa média de 4,47% ao ano.

Tabela 1. Estimadores das Regressões do Município de Montes Claros em Relação aos Demais Municípios da Microrregião de Montes Claros.

Municípios	φ_0	Valor- p	φ_1	Valor- p
Brasília de Minas	-1,24	0,20***	2,76	0,08**
Campo Azul	-0,27	0,09**	0,61	0,02*
Capitão Enéias	-0,51	0,36***	1,14	0,07**
Claro dos Poços	-0,51	0,15***	1,15	0,05*
Coração de Jesus	-2,00	0,07**	4,47	0,01*
Francisco Sá	-0,62	0,26***	1,59	0,08**
Glaucilândia	-0,33	0,12***	0,75	0,03*
Ibiracatu	-0,22	0,14***	0,56	0,02*
Japonvar	-0,41	0,11***	0,92	0,03*
Juramento	-0,23	0,26***	0,55	0,11***
Lontra	-0,57	0,07**	1,32	0,01*
Luislândia	-0,52	0,06**	1,17	0,01*
Mirabela	-0,53	0,32***	1,28	0,15***
Patis	-0,35	0,13***	0,78	0,04*
Ponto Chique	-0,35	0,09**	0,79	0,02*
São João da Lagoa	-0,06	0,16***	0,15	0,04*
São João da Ponte	-0,81	0,14***	2,09	0,02*
São João do Pacuí	-0,21	0,13***	0,51	0,03*
Ubai	-0,20	0,44***	0,51	0,24***
Varzelândia	-0,44	0,09**	1,05	0,01*
Verdelândia	-0,24	0,19***	0,58	0,06**

Fonte: Elaborado pelos Autores.

Notas: *Estatisticamente significativo ao nível de 5%.

** Estatisticamente significativo ao nível de 10%

*** Ausência de significância estatística.

O coeficiente da regressão entre o município de Montes Claros e Francisco Sá não resultou ser estatisticamente significativo, assim, não é possível fazer qualquer diagnóstico sobre o comportamento dos gastos com saúde entre os dois municípios. Todavia, é possível aferir o comportamento da diferença de crescimento do município de Francisco Sá que superou o

município de Montes Claros a uma taxa média de 1,59% ao ano, no período, de 2006 a 2012.

A regressão entre o município de Glaucilândia e Montes Claros apresentou apenas um parâmetro estatisticamente significativo. Esse coeficiente refere-se à variável que mede a diferença de crescimento entre os dois municípios, após, a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006. Diante do exposto, é possível afirmar que o município de Glaucilândia superou o município de Montes Claros no gasto em saúde, em média, de 0,75% ao ano, entre 2006 a 2012. Quanto ao crescimento conjugado fica prejudicada qualquer inferência, pois, não mostrou significância estatística.

Quando se examina o comportamento dos gastos com saúde, conjuntamente, entre os municípios Montes Claros e Ibiracatu e entre Montes Claros e Japonvar não é possível fazer qualquer diagnóstico também em virtude de ausência de significância estatística. Todavia, quando se apura a diferença de crescimento dos gastos com saúde entre os municípios de Montes Claros e Ibiracatu e entre Montes Claros e Japonvar os estimadores provam que o município de Montes Claros foi superado por Ibiracatu e Japonvar, respectivamente, a uma taxa média anual de 0,56% e 0,92%.

Na regressão entre o município de Montes Claros e Juramento os dois parâmetros não foram estatisticamente significativos para fazer qualquer inferência estatística. O mesmo acontece com a regressão entre o município de Montes Claros e Mirabela. E por fim, a regressão entre o município de Montes Claros e Ubai, por ausência de significância estatística não é possível fazer qualquer diagnóstico sobre os dois parâmetros.

Nas regressões entre os municípios de Montes Claros e São João da Lagoa, entre Montes Claros e São João da Ponte, e Montes Claros e São João do Pacuí os três estimadores são ausentes de significância para fazer qualquer inferência estatística. Todavia, os três estimadores, resultaram em ser estatisticamente significativos ao nível de 0,05. Assim, é possível afirmar que Montes Claros foi superado por São João da Lagoa, São João da Ponte e São João do Pacuí, nos gastos com saúde, a uma taxa média anual, respectivamente, de 0,15%, 2,09% e 0,51%, no período de 2006 a 2012.

Também não foram significativos os coeficientes que aferiram a variação do crescimento conjunto entre o município de Montes Claros e Patis, bem como Montes Claros e Verdelândia. Dessa forma, não é possível prognosticar o desenvolvimento dos gastos de forma conjugada entre Montes

Claros e estes dois municípios. Porém, quando se analisa as diferenças de crescimento entre Montes Claros e Patis e Montes Claros e Verdelândia chega-se a uma taxa média anual de crescimento dos gastos com saúde da rede pública, após o Pacto pela Saúde, dos municípios de Patis e Verdelândia, respectivamente, de 0,78% e 1,05% em relação a Montes Claros.

Os resultados dos estimadores da regressão entre o município de Montes Claros e Lontra foram estatisticamente significativos. Assim, os dois municípios recuaram no que tange às despesas com saúde após a implementação do Pacto pela Saúde, a partir de 2006. Todavia, o município de Lontra superou o município de Montes Claros a uma taxa média anual de 1,32%, no período de 2006 a 2012.

O mesmo aconteceu com a regressão entre o município de Montes Claros e Luislândia, ou seja, os dois municípios recuaram no que se refere aos gastos com pessoal no período de 2006 a 2012 com uma taxa média de 0,52% ao ano. Entretanto, Luislândia suplantou o município de Montes Claros com uma taxa média anual de 1,17%.

Os municípios de Ponto Chique e Varzelândia, após, o Pacto pela Saúde, em 2006 aumentaram suas despesas com saúde pública em relação ao município de Montes Claros. As taxas foram de 0,79% e 1,05%, respectivamente, para Ponto Chique e Varzelândia. Mas os dois municípios apresentaram retrocesso nas despesas com saúde pública, no período de 2006 a 2012, quando a análise é conjunta, em relação ao município de Montes Claros.

Diante do exposto, em geral, o município de Montes Claros, conjuntamente, com os demais municípios avaliados neste estudo, recuaram no que tange às suas despesas com saúde pública, após, a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ainda, o comportamento dos gastos com saúde pública do município de Montes Claros foi suplantado pelos demais municípios pertencentes à Microrregião de Montes Claros, no período de 2006 a 2012. Observa-se que as exceções são aqueles estimadores que não mostraram ser estatisticamente significativos.

4.2 Uma síntese dos resultados

O município de Montes Claros gastou em saúde pública, após o Pacto pela Saúde, ou seja, entre os anos de 2006 e 2012, R\$ 1,61 bilhões que

correspondeu a 67,08% do total dispendido por todos os municípios pertencentes à Microrregião de Montes Claros. Brasília de Minas foi o segundo município que mais investiu em saúde pública no mesmo período, correspondente a R\$ 149,15 milhões. O total investido pelos 22 municípios atualizados para dezembro de 2015 foi na ordem de R\$ 2,41 bilhões, no período de 2006 a 2012.

Os resultados econométricos demonstraram que o município de Montes Claros conjuntamente com os municípios de Campo Azul, Coração de Jesus, Lontra, Luislândia, Ponto Chique e Varzelândia reduziram seus gastos com saúde pública, no período compreendido entre os anos de 2006 a 2012.

Os estimadores, φ_0 das demais regressões entre o município de Montes Claros e os municípios de Brasília de Minas, Capitão Enéias, Claro dos Poções, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Mirabela, Patis, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí e Verdelândia não mostraram ser estatisticamente significativos ao nível de 0,05 e 0,10. Diante do exposto não é possível fazer diagnóstico sobre a evolução dos gastos com saúde. Porém, vale ressaltar que todos os coeficientes, φ_0 das regressões entre o município de Montes Claros e os demais municípios da Microrregião de Montes Claros apresentaram sinais negativos, após o Pacto pela Saúde, no período de 2006 a 2012, indicando que pode ter ocorrido redução dos gastos com saúde.

Os resultados econométricos também demonstraram que o município de Montes Claros foi suplantado em seus gastos com saúde pelos municípios de Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéias, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Lontra, Luislândia, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Varzelândia e Verdelândia, após o Pacto pela Saúde.

Com relação às regressões entre os municípios de Montes Claros com os municípios de Juramento, Mirabela e Ubaí os estimadores φ_1 não mostraram ser estatisticamente significativos para fazer qualquer diagnóstico, todavia, os sinais destes três estimadores aferidos são positivos, ou seja, mantem o padrão das demais regressões que evidenciaram significância estatística. Deste modo, existem evidências que esses municípios também superaram Montes Claros no que se refere aos gastos com saúde pública, após o Pacto pela Saúde, em 2006.

Diante do exposto os resultados demonstraram que os gastos destinados à saúde pública dos municípios de Montes Claros e os demais municípios da Microrregião de Montes Claros, conjuntamente, reduziram, após a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006. Ou seja, entre os anos de 2006-2012 quando avalia o comportamento conjunto do município de Montes Claros com os demais municípios da Microrregião em tela os resultados evidenciaram redução dos gastos em saúde. Também, é possível afirmar que o município de Montes Claros foi superado pelos demais municípios pertencentes à Microrregião de Montes Claros, no que tange aos gastos com saúde, após, a efetiva implantação do Pacto pela Saúde, em 2006.

5 Considerações Finais

O estudo demonstrou que alguns municípios avaliados comparados ao município de Montes Claros recuaram nos recursos financeiros direcionados ao financiamento dos gastos com a saúde pública, após, o Pacto pela Saúde, ou seja, a partir do ano de 2006. O município de Montes Claros, o que mais aumentou os seus gastos nesta área, dentre todos os avaliados, foi suplantado por todos os demais municípios quando se compara o comportamento dos gastos com saúde entre dois municípios, no período de 2006 a 2012. A exceção está relacionada às regressões que não restaram ser estatisticamente significativas.

Não foi possível identificar um ponto de inflexão, ou seja, uma mudança de tendência em relação aos gastos com saúde na Microrregião de Montes Claros após a implantação do Pacto pela Saúde, em 2006. Todavia, é possível afirmar que os estimadores que mostraram ser estatisticamente significativos indicam que os municípios pertencentes a esta microrregião recuaram nos gastos com saúde pública quando analisados conjuntamente com o município de Montes Claros. Ainda é possível garantir que o município de Montes Claros não evoluiu da mesma forma que os demais municípios da microrregião, pois a variação dos gastos com saúde deste município ficou aquém dos demais municípios da microrregião.

Ressalta-se ainda que a análise sobre a temática não se exauriu nesta pesquisa. Novos estudos devem ser realizados para o real entendimento sobre o impacto do Pacto pela Saúde nos gastos com saúde no âmbito municipal. A pesquisa limitou-se a aferir o comportamento dos gastos com saúde, agregada por municípios, numa microrregião de saúde localizada

no Norte do Estado de Minas Gerais, no período imediatamente pós implantação deste pacto, utilizando-se para isto, de um modelo econométrico de variáveis que captam as tendências tornando resultados com robustez estatística.

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

Referências

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

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

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Available in: <www.ibge.br>. Consultado em: 14 de julho de 2016.

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

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

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

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

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

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

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

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

_____. Sistema Único de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf>. Acesso em: 22 de dezembro de 2016.

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

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

FALLETTI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. **Dossiê Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez. 2006. Available in: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a04n16.pdf>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2016.

FERNANDES, M. A. da C. *et al.* Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal. **IPEA**, texto para discussão n°. 547, 1988. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3820&Itemid=1. Acesso em: 26 de dezembro de 2016.

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

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

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

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

MASSAMBANI, M. O. **Avaliação Econômica dos Gastos com Saúde Pública dos Principais Municípios Paranaense**. 152 f. Dissertação (Mestrado em Economia Regional) - Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000185869>. Acesso em: 11 de agosto de 2016.

MASSAMBANI, M. O; NASCIMENTO, S. P; CÂMARA, M. R. G. DINIZ, S. S. Gastos Com Saúde Pública para Municípios Selecionados do estado do Paraná: uma análise a partir do modelo de Ajustes de Poligonais. **Revista Economia & Região**, Londrina, v. 1 n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/17632>. Acesso em: 12 de agosto de 2016.

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

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

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

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

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

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

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

SANTOS, R. G.; BACHI, M. B.; NASCIMENTO, S. P. A dinâmica dos gastos com pessoal em municípios do estado de São Paulo: Uma análise sob os

efeitos da Lei de Responsabilidade Fiscal. **Revista Economia & Região**. V.4, n. 2, p.127-139, 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/27714/20196>. Acesso em: 04 de janeiro de 2017.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J. A. G.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade. Passo Fundo: **IFIBE/CEAP**, 2009. Disponível em: http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf. Acesso em: 12 de julho de 2016.

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

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