A Resiliência das Grandes Cidades Brasileiras no Financiamento da Saúde na Pandemia de Covid-19 – Nilson do Rosário Costa – DCS/ENSP/FIOCRUZ

Resumo

O objetivo da Nota Técnica é descrever a resiliência do financiamento de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no Brasil durante a pandemia da Covid-19 em 2020. Demonstra que o desenvolvimento do setor público de saúde contemporâneo foi baseado no federalismo cooperativo. Nesse contexto, a participação municipal no financiamento foi consolidada em torno do pacto da vinculação orçamentária entre os níveis da federação (Governo Central, Estados e Municípios).

Com base nos indicadores do Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS)/DATASUS/Ministério da Saúde, são descritos o Índice de Vinculação Orçamentária (IVM) e a resiliência da amostra de 87 Municípios com elevada disponibilidade orçamentária.

A Nota Técnica demonstra que o governo central retirou o apoio à expansão das despesas com ASPS, estabilizando a alocação de seus recursos por meio do veto à vinculação orçamentária. A mudança de orientação federal transferiu o ônus da expansão do financiamento aos governos municipais e estaduais nas últimas décadas.

A Nota Técnica conclui que a estabilização das despesas federais foi compensada pelo crescimento da vinculação do orçamento municipal com as ASPS. Durante o primeiro ciclo da pandemia da Covid-19, a vinculação orçamentária foi crucial para a resiliência do financiamento das ASPS na maioria dos municípios da amostra.

Palavras-Chave: Financiamento da Saúde; Índice de Vinculação Orçamentária; Federalismo; Covid-19; Resiliência.

Abstract

The aim of the article is to describe the resilience of the financing of public health actions and services (PHAS) in Brazil during the Covid-19 pandemic in 2020. It shows that the development of the contemporary public health sector was based on cooperative federalism. In this context, municipal participation in financing was consolidated around the constitutional pact of budgetary binding between the levels of the Brazilian federation.

Based on the indicators of the Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS), available at DATASUS/Ministry of Health, the Budget Binding Index (BBI) and the resilience condition of the sample of 87 municipalities with high budget are described.

The article demonstrates that the central government withdrew in the last decade its support for the expansion of expenditures on ASPS, stabilizing the allocation of its resources through the veto of budget binding. The change in federal orientation shifted the burden of expanding financing to municipal and state governments.

The article concludes that the stabilization of federal expenditures was offset by the increase of municipal expenditures. During the first cycle of the Covid-19 pandemic, budget binding was crucial to the resilience of PHAS funding in most municipalities in the sample.

Key words: Health Financing; Budget Binding Index; Federalism; Covid-19; Resilience

Introdução

O objetivo dessa Nota Técnica é analisar o padrão de vinculação orçamentária e a resiliência do gasto público das grandes cidades com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) durante a pandemia da Covid-19 no Brasil em 2020. Neste ano, o país foi um dos mais afetados pela disseminação do SARS-CoV-2[1]. Em decorrência do negacionismo do governo central liderado pelo presidente Bolsonaro, as cidades brasileiras tiveram que assumir o protagonismo na implantação das medidas de isolamento social e assistência à saúde[2].

A pandemia em curso é um evento severo que sobrecarrega os sistemas de saúde em todo o mundo, exigindo a ampliação dos gastos nacionais[3]. Nesse cenário, a resiliência no financiamento às ASPS possibilita identificar a capacidade de resposta governamental ao choque inesperado provocado pela pandemia, mantendo ou expandindo as funções de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Como assinalado pela literatura, o papel das cidades brasileiras no financiamento das ASPS foi expandido significativamente nas duas últimas décadas.

É necessário chamar a atenção para a complexidade do arranjo institucional que pavimentou a participação das cidades brasileiras no financiamento das ASPS. No início da redemocratização, parcela dos recursos controlada pelo governo central foi transferida na década para a execução direta dos Estados e Municípios em troca da aceitação de uma agenda padronizada de políticas e programas de saúde[4]. O financiamento setorial ficou organizado em torno de um engenhoso sistema de transferências condicionadas de recursos, associado às instâncias de pactuação entre os gestores dos três níveis de governo na década de 1990[5]. A institucionalização do mecanismo de transferência obrigatória fundo a fundo convenceu os governos estaduais e locais à aceitação da agenda programática federal para o SUS [6,7].

A edição de portarias pelo Ministério da Saúde (MS) foi o principal instrumento administrativo que viabilizou a coordenação das ações nacionais da saúde pública na federação. A descentralização de encargos da execução da política de saúde foi, portanto, derivada exercício da autoridade financiadora, administrativa e normativa do governo federal [8,9]. A Estratégia da Saúde da Família, a reforma da saúde mental e a politica de saúde bucal são exemplos paradigmáticos da aceitação consensual das iniciativas de politicas formuladas pelo governo central.

Viana elenca duas razões o sustentável sucesso da agenda indutiva do governo federal: (i) a CF-1988 atribui à União a competência exclusiva para criar e arrecadar as Contribuições Sociais, fontes de receita vinculadas à Seguridade Social; ((ii) a demora na descentralização do SUS, o que contribuiu para que estados e municípios comprometessem as suas receitas decorrente da partilha tributária instituída em 1988 com outras prioridades[10].

A indução do governo federal foi especialmente vitoriosa com o pacto da vinculação orçamentária formalizado pela Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC 29) à Constituição Federal de 1988. A EC29 pode ser considerada como um evento crítico na trajetória da descentralização do setor público de saúde brasileiro. A aprovação da EC 29 solucionou politicamente os dilemas da cooperação federativa no financiamento de ASPS ao instituir a participação de Estados e Municípios no gasto público com saúde inaugurando a segunda etapa do processo de descentralização federativa da ASPS.

A EC 29 modificou os artigos 167, inciso IV, e 198 da Constituição Federal e vinculou percentuais mínimos das receitas tributárias de competência dos estados e municípios para as ASPS (respectivamente 12% e 15% das receitas líquidas a partir de 2004), além de propor a correção, a partir de 2001, dos valores empregados pela União pela variação do Produto Interno Bruto (PIB)[11]. .

A regulamentação da EC 29 só foi concluída, após longa negociação de doze anos no Congresso Nacional, pela Lei Complementar nº 141 em 2012 (LC141/2012). Barros e Piola afirmam que a LC 141/2012 resolveu diversos contenciosos, porém não incorporou a proposta de aumento da participação federal no financiamento do sistema público[11]. Esperava-se que a participação da União passasse a ter como base, como no caso de Estados, DF e Municípios, o equivalente a 10% da receita corrente bruta. Segundo Piola e colaboradores, esse dispositivo acrescentaria R$ 40 bilhões ao ano no financiamento federal do SUS, e a correção anual teria como base a evolução da receita corrente bruta. A proposição foi vetada na LC 141[12].

Nesse sentido, no biênio 2013-2014, o movimento l Saúde + 10 apresentou o Projeto de Lei de Iniciativa Popular 321 (PLC 321/2013) ao Congresso Nacional com mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em prol da aplicação mínima de 10% da Receita Corrente Bruta da União em ASPS. Porém a quase totalidade dos deputados e senadores do Congresso Nacional foi contra a proposta (com o apoio do governo federal) e aprovou a Emenda Constitucional 86/2015 (EC 86)[13].

Conhecida como a Emenda Constitucional do "orçamento impositivo", a EC 86/2015 alterou parágrafos e incisos nos artigos 165 e 166 da Constituição, referentes à vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, e alterou o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer 15% de vinculação da Receita Corrente Líquida da União para programas e ações de saúde[13].

Estabeleceu a aplicação do montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro da União (artigo 198, parágrafo 2º, I). Além disso, o percentual de 15% estabelecido seria alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018 e 14,5% em 2019. Apenas em 2020 seria aplicado o percentual de 15% da receita corrente líquida em ações e serviços de saúde de forma plena (artigo 2º da EC 86)[14]. A

liminar do Ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski antecipou a aplicação dos 15% para 2018[15].

No cômputo desse montante foram incluídos os valores arrecadados de royalties do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas às ações e serviços de saúde. Os percentuais mínimos Constitucionais para os Municípios e Estados permaneceram conforme o previsto na EC 29/2000 (15% e 12% respectivamente das receitas próprias)[13]. A estabilização das suas despesas com ASPS em relação o PIB no decênio passado é uma consequência direta do veto do Executivo federal à vinculação orçamentária, refletido nos avanços e recuos legais e constitucionais. As despesas federais com ASPS oscilaram em torno de dois pontos percentuais do PIB no período 2010-2019[16]. Por outro lado, a aceitação da vinculação orçamentária por municípios sustentou o crescimento contínuo e sustentado da destinação do recurso para a saúde na década[12].

Nesse contexto de fragilização da pactuação pela vinculação orçamentária obtida na EC29, cabe destacar que a decisão de redução das despesas primárias da União pela Emenda Constitucional 95 do Teto de Gastos em 2016 (EC95) constituiu uma ruptura particularmente severa no pacto federativo para o financiamento público da ASPS. O novo regime fiscal contido na EC 95 estabeleceu um teto de gasto para as despesas primárias da União, sem definição de limite para as despesas financeiras. Como alertam Santos e Vieira, a despesa primária do governo central poderia ficar congelada em termos reais em aproximadamente R$ 1,3 trilhão em função da correção anual pela inflação a partir de 2017 até 2036. As despesas com saúde e educação perderam efetivamente a vinculação em relação às receitas e passaram a ter as aplicações mínimas congeladas, nos mesmos termos das despesas primárias, com a diferença de que sua vigência começou em 2018[17]. Portanto, a pandemia que eclodiu em 2020 encontrou o governo federal em posição de saída da função normativa e indutora do desenvolvimento do SUS.

Cabe assinalar, ainda assim, que frente à situação emergencial o governo federal teve que aceitar, por pressão do legislativo federal, a realização de um esforço fiscal para dar conta dos efeitos imprevistos da imposição por governos locais e regionais do isolamento social para controlar a disseminação do novo coronavírus[18]. O decreto de calamidade pública e a PEC do orçamento de guerra fizeram com que as regras do Teto de Gasto instituídas pela EC95 fossem temporariamente suspensas[19]. A decretação do estado de calamidade autorizou a destinação de recursos extraordinários não contabilizáveis no teto de gastos. Com a decisão, em 2020 o Ministério da Saúde teve a aprovação de recurso adicional para o enfrentamento da pandemia de R$ 49,9 bilhões[15]. Estas decisões forçaram o adiamento da implantação do novo regime fiscal regressivo no país contido na EC95.

Desenho do Estudo

Para contribuir para a compreensão do efeito do processo no financiamento setorial no contexto da pandemia, a Nota Técnica analisa o comportamento da vinculação dos recursos próprios municipais às ASPS no período 2008-2020. A noção de recursos próprios municipais contempla as receitas originárias de royalties, imposto sobre serviços de qualquer natureza, imposto predial e territorial urbano e imposto sobre transmissão de bens imóveis. Os recursos advindos do Fundo de Participação dos Municípios e as transferências para as ASPS não entram no cálculo das receitas próprias []

A descrição do padrão de vinculação e da resiliência do financiamento das grandes cidades tem como fonte os dados de painel da amostra de 87 Municípios com informação completa no Sistema de Informação sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS) no período 2008-2020. A amostra contempla 96% dos Municípios brasileiros que informaram arrecadação de receita orçamentária superior a um bilhão de reais em 2019[20].

A característica essencial dos dados de painel é que as mesmas unidades são comparadas em dois pontos tempo[21]. Portanto, o desenho de pesquisa com dados de painel possibilita a análise da resiliência do mesmo conjunto de grandes cidades em dois momentos críticos – nos anos anteriores à pandemia e em 2020. Neste ano os governos locais lidavam com a pandemia ainda sem a disponibilidade da opção farmacológica da vacinação.

Com base nos valores observados da vinculação orçamentária das receitas próprias é calculado o Índice de Vinculação Orçamentária Municipal (***IVM)*** derivado da equação $\boldsymbol{IVM = Vo_t - Ve_{min} / Vt_{max} - Vt_{min.}}$ Na equação, $\boldsymbol{Vo_t}$ representa o valor observado do percentual de recursos próprios aplicados em ASPS em um ponto do tempo, conforme definido na EC 29 e $\boldsymbol{Vt_{max}}$ e $\boldsymbol{Vt_{min}}$ .são, respectivamente, os valores mínimos do percentual de recursos próprios aplicados ASPS conforme definido na EC29 para o nível municipal em determinado ano (t). O valor do ***IVM*** tem a amplitude de 0 a 100 e informa que o financiamento da ASPS é prioritário na agenda do governo municipal quando próximo do valor máximo. A modelagem do **IVM** tem como referência as ideias desenvolvidas por Pereira e colaboradores[22].

A Nota Técnica assume também o pressuposto que a variação positiva do valor do ***IVM*** de 2020 quando comparada ao valor médico observado no período 2018-2019 indica que o município foi resiliente (R) no financiamento das ASPS durante a pandemia da Covid-19 ($R=IVM_{020}-IVM_{2018-2019} >1$). A Nota Técnica também correlaciona a condição de resiliência (R) das grades cidades em 2020 com as variáveis do SIOPS do mesmo ano:

- Porte populacional
- Localização regional
- Escala de Dependência às Transferências de Outra Esfera
- Escala Participação das transferências específicas para a Saúde da União em relação ao total das Transferências da União

- Escala dos Recursos Próprios aplicados com Saúde de acordo com a EC29.

A descrição por meio do coeficiente de correlação ***r*** destas variáveis do SIOPS propõe identificar o grau de associação da resiliência às variáveis estruturais da amostra de grandes ciades. O indicativo de que há ou não correlação entre as variáveis selecionadas é o coeficiente de correlação, que assume valores entre -1 a +1. Quanto maior o valor do coeficiente de correlação, independente de assumir valor positivo ou negativo, maior o grau de associação linear entre as variáveis[23]. Os dados foram analisados pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24.0.

Resultados

As cidades da amostra eram de grande porte (todos com população acima de 100 mil habitantes) e situadas a maioria (52%) na Região Sudeste. O estatuto de capital contemplava 29% dos Municípios bilionários. A amostra totalizava 1,5% das cidades brasileiras e concentrava 35% da população residente no país.

De acordo com a Tabela 1, as maiores diferenças nos indicadores da amostra estavam no tamanho da população, na parcela de transferência vinculada à Saúde da União e Estados e no Índice de Vinculação Orçamentária Municipal. A média do IVM foi de 44,73 em 2020, com grande variabilidade entre os Municípios da amostra (42%).

Por outro lado, a elevada participação relativa da União nos recursos transferidos para a Saúde (média de 89,5%) apresentava menor coeficiente de variabilidade na amostra. Cabe chamar a atenção para a baixa participação percentual dos Estados nas transferências dos entes federais aos Municípios estudados para as ASPS (média de 10,5%).

A discrepância da situação de dependência às transferências de receitas fiscais de outra esfera federal era especialmente elevada na amostra estudada, variando os entre 31,5% e 82%. A tabela 1 demonstra, sobretudo, que os Municípios bilionários estavam distribuídos em dois grupos bastante diferenciados em relação à dependência às transferências do governo central.

Tabela 1

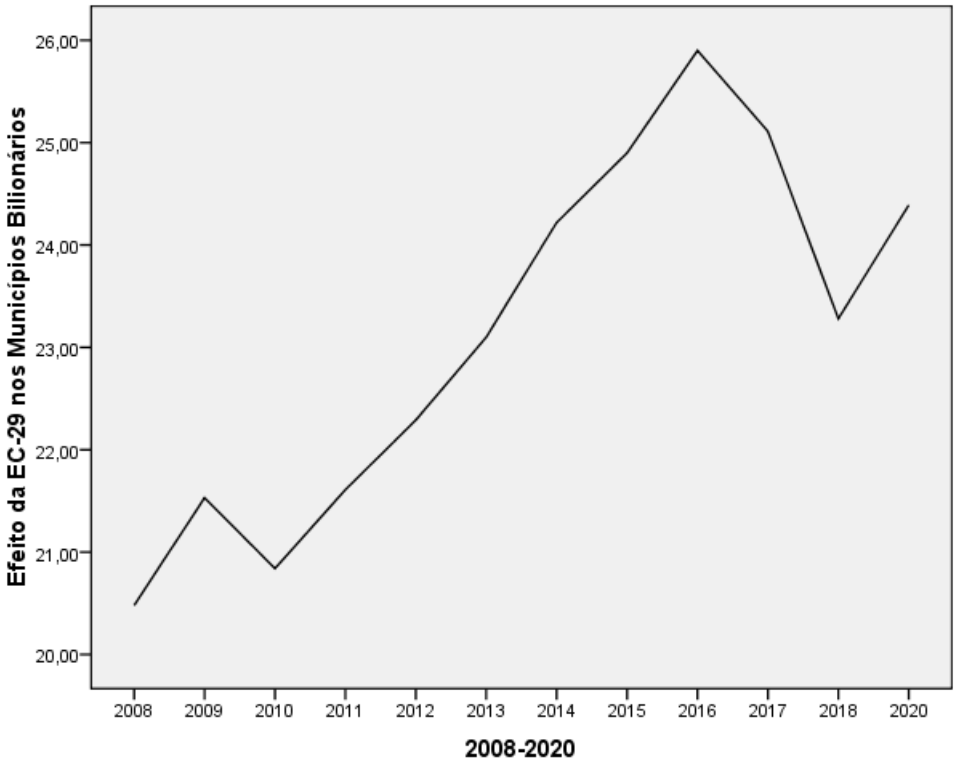
Características dos Municípios Bilionários – 2020 (n=87)

Descritor	Média	Coeficiente de Variação (%)	Mínimo	Máximo
População	865.248	174	130.705	12.252.023
Capacidade de Arrecadação (%)	25,02	37	10,43	55,55
Grau de Dependência às Transferências de Outra Esfera (%)	54,67	20	31,47	81,98
Parcela da receita da Transferência vinculada à Saúde (%)	20,86	50	4,04	46,35
Participação da União nos Recursos Transferidos para a Saúde (%)	89,43	10	58,84	100
Participação das transferências específicas para a Saúde da União em relação ao total das Transferências da União (%)	44,32	37	5,71	75,52
Participação da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município (excluídas as deduções) (%)	52,48	18	30,78	74,24
Participação das Transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde (%)	44,67	38	11,25	92,40
Recursos Próprios aplicados com Saúde (%) de acordo com a EC29	25,14	23	11,30	42,24
Índice de Vinculação Orçamentária (IVM)	44,73	42	0,0	100

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/DATASUS

De acordo com o observado para o conjunto dos Municípios nacionalmente, a vinculação das receitas próprias com ASPS nos anos posteriores a EC29 teve uma evolução notável entre 2008-2016, como mostra o Gráfico A. Observa-se também no Gráfico A que o veto à vinculação do orçamento federal no financiamento do SUS, explicitado na EC95, afetou diretamente o viés expansivo da destinação dos recursos próprios municipais para as ASPS nos anos recentes, revertendo a evolução da vinculação orçamentária. Com efeito, o biênio 2017-2018 registrou uma reversão significativa da vinculação dos recursos próprios municipais para a saúde.

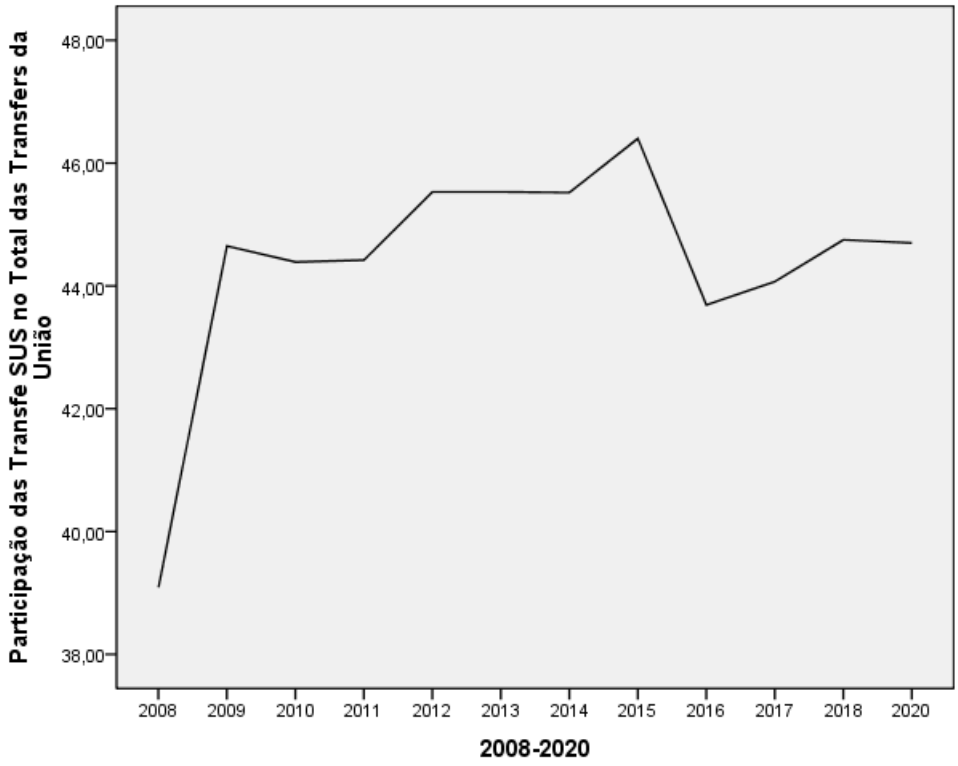
Gráfico A – Impacto da Emenda Constitucional 29 da Vinculação de Receitas Próprias nas Ações e Serviços de Saúde Pública nos Municípios Bilionários– 2008-2020 (n=87) (%)



Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/DATASUS

Nesse sentido, cabe destacar que a tendência à estabilização das transferências de recursos federais para as ASPS entre 2008 e 2019 na amostra estudada, observada no Gráfico B. Esta tendência *não* foi revertida pelo Decreto de Calamidade Pública e a PEC do orçamento de guerra de 2020. Paradoxalmente, os recursos extraordinários decorrentes da necessidade de manejo nacional da pandemia da Covi-19 não ultrapassaram o pico das transferências federais para os municípios bilionários observado em 2015 nem superaram a destinação dos recursos federais para as ASPS de 2019.

Gráfico B – Percentual da Transferência Federal para Ações e Serviços de Saúde Pública nos Municípios Bilionários – 2008-2020 (n=87)



Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/DATASUS

A tabela 2 demonstra que a resiliência do financiamento municipal independeu das condições estruturais do Município (localização regional, tamanho da população, dependência fiscal ou aderência à EC29). O fator condicionante da resiliência na maioria da amostra das cidades bilionários em 2020 era a menor participação das transferências da União para a saúde em relação à despesa total das transferências federais para o Município em 2020. Em outros termos, os municípios resiliente, que ampliaram os recursos próprios para as ASPS, receberam proporcionalmente *menos* recursos do governo federal durante a emergência sanitária produzida pelo novo coronavírus em comparação aos não resilientes.

Tabela 2 – Correlação da Resiliência no Financiamento de Ações e Serviços Públicos de Saúde do (ASPS) nos Municípios Bilionários em 2020 (n=87).

	Resiliência em 2020	População	Localização no Sudeste	Dependência das Transferências da União e Estados	Participação das Transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde (%)	Despesas com Recursos próprios segundo a EC29
Resiliência em 2020	1					
População	0,018	1				
Localização no Sudeste	0,087	0,062	1			
Dependência das Transferências da União e Estados	0,057	0,317**	0,106	1		
Participação das Transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde (%)	-0,252*	0,286**	0,012	0,254*	1	
Despesas com Recursos próprios segundo a EC29	0,161	0,160	0,077	0,033	0,011	1

*Valor de p. 0,05
*Valor de p. 0,01

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/DATASUS

Como mostra a Tabela 3, a debilidade da coparticipação do financiamento federal observado em 2020 pode explicar a elevada proporção (61%) dos Municípios bilionários que foram resilientes no financiamento das ASPS durante a pandemia e ampliaram substancialmente a vinculação orçamentária.

A tabela 3 também evidencia que o IVM no conjunto dos municípios resiliente foi expressivamente expandido em 8,6 pontos em 2020 em comparação à média do biênio 2018-2019. Por outro lado, o IVM apresentou uma leve redução de -1,32 pontos nos 34 municípios não resilientes em 2020 em comparação à média do biênio 2018-2019.

Tabela 3 – Condição de Resiliência e Variação no Índice de Vinculação Orçamentária (IVM) 20i7-2019 e 2020nos Municípios Bilionários (n=87)

Condição de resiliência/Ivo	IVM em 2020	Média do IVM 2018-2019	Variação (A-B)
Municípios Não Resilientes – 34 (39%)	40,0	41,2	-1,2
Municípios Resilientes - 53 (61%)	44,7	36,1	+8,6

Fonte: SIOPS/Ministério da Saúde/DATASUS.

Nesse contexto, é sempre importante chamar a atenção para o papel residual do controle pelo município sobre a alocação de recursos do setor saúde brasileiro ao longo das últimas décadas a despeito do esforço do federalismo cooperativo, como mostra a Tabela 4. A alocação de recursos pelo segmento privado (famílias e empresas de plano de saúde) e pelo governo central ainda é dominante no Brasil. De acordo com a tabela 3, os recursos alocados diretamente pelos Municípios brasileiros alcançaram no máximo a 13% da totalidade disponível pelo setor saúde em 2017 a despeito do monumental esforço de expansão dos gastos próprios por meio da vinculação orçamentária.

Tabela 3 - Fontes das Despesas Com Assistência à Saúde no Brasil 2003 e 2017 (Em U$ por Paridade do Poder de Compra Per Capita)

Despesas Per Capita com Saúde (U$ PPP)	2003	2017
União	168 (21%)	267 (18%)
Estados	88 (11%)	163 (11%)
Municípios	88 (11%)	193 (13%)
Privado	454 (57%)	860 (58%)
Total	798 (100%)	1482 (100%)

Fontes: **https://data.worldbank.org/indicator;** Barros, MED, Piola, SF. O Financiamento dos Serviços de Saúde no Brasil In: Marques, RM, Piola, SF, Roa, AC organizadores. Sistema de Saúde no Brasil Organização e Financiamento. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2014: 101-138.

Conclusões

A Nota Técnica evidencia um padrão de resiliência dos Municípios ao choque da pandemia da Covid-19 no cenário do federalismo cooperativo vis-à-vis a consolidação da agenda da austeridade fiscal no governo central brasileiro. A expansão da alocação de recursos para as ASPS em contexto de crise sanitária severa ao longo de 2020 nos municípios bilionários autoriza a revisão do ceticismo sobre a experiência da descentralização no contexto brasileiro.

A primeira visão pessimista a ser revisada identifica a disparidades entre as regiões como o principal entrave ao sucesso da descentralização Esta disparidade negaria a hipótese de que um círculo virtuoso de política pública possa ser desencadeado pela descentralização. Por esta tese, a maioria dos municípios é incapaz de expandir a arrecadação de impostos nem financiar qualquer atividade, além da remuneração de servidores públicos e execução das atividades relacionadas à prestação de serviços de saúde e educação com os recursos transferidos.

Já a segunda perspectiva cética associa a vinculação de receitas à ineficiência na alocação de recursos públicos porque esta restrição constitucional torna impossível que os prefeitos eleitos definam as suas prioridades de acordo com a agenda partidária. A vinculação orçamentária promoveria também a captura de recursos por grupos de interesse corporativos, engessando a alocação dos recursos públicos e produzindo mal-estar coletivo.

O Índice da Vinculação Orçamentária e a condição de resiliência dos municípios bilionários revelam um cenário menos sombrio para a experiência da descentralização no federalismo cooperativo do que o antevisto pela literatura. Pode-se afirmar que o sucesso no processo de aprendizagem e construção de consenso na descentralização no SUS contribuiu para os municípios comprometessem com as ASPS parcelas substantivas das receitas decorrente da partilha tributária instituída em 1988, colocando a agenda da saúde no centro das decisões dos governos locais. O oportunismo fiscal e o suposto engessamento do governo local não comprometeram o engajamento das cidades bilionárias com o setor de saúde no período analisado. A vinculação implantada pela EC 29/2000 assegurou a ampliação dos recursos alocados no SUS nas cidades mais ricas, possibilitando o envolvimento do governo local com as tarefas inesperadas de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Esta Nota Técnica evidencia também que a única possível causa do enfraquecimento do compromisso municipal na saúde está associada à aderência do governo federal à politica da austeridade fiscal nos anos recentes. A ruptura do pacto da vinculação orçamentária pelo governo central por meio da ameaça do Teto dos Gastos influenciou a redução da destinação de recursos dos municípios bilionários nas ASPS pela mudança da *expectativa* inaugurada pela EC29. Ainda assim, o veto à vinculação do orçamento promovido pela EC 95/2016 não colapsou o financiamento do setor público de saúde no contexto da pandemia em 2020 para a parcela majoaritária de municípios de grande porte. Pelo contrário, o artigo mostra que efeito do

recuou do Executivo federal foi mitigado em função da resiliência da maioria das cidades bilionárias na ampliação do financiamento do setor saúde. Resta saber se o esforço municipal foi suficiente para contrabalançar a conduta errática do governo Bolsonaro em relação aos riscos da pandemia da Covid-19. O acumulo de perdas de vidas pela pandemia no Brasil em 2020 comprova infelizmente que não.

Referências

1 - Milhorance, F. Brazil could have stopped 400,000 Covid deaths with better response, expert says. The Guardian, June, 29, 2021. [https://www.theguardian.com/global-development/2021/jun/29/brazil-coronavirus-deaths-jair-bolsonaro?CMP=Share_iOSApp_Other].

2 - Supremo Tribunal Federal. STF reconhece competência concorrente de estados, DF, municípios e União no combate à Covid-19. Disponível em [http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=441447&ori=1].

3 – Haldane, V, Legido-Quigley, H et al. Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries. Nature Medicine. Disponível em [www.nature.com/naturemedicine]

4 - Arretche, M, Marques, E, Faria, CAP. As Políticas da Política – Desigualdade e Inclusão nos Governos do PSDB e do PT. São Paulo: Editora UNESP; 2019.

5 - Paiva, AB, Gonzalez, RHS, Leandro, JG. Coordenação Federativa e Financiamento da Política de Saúde. Mecanismos vigentes, mudanças sinalizadas e perspectivas para o futuro. Novos Estudos CEBRAP, 2017; 36 (2): 55-81.

6- Lima, LD, Vianna, ALA. Descentralização, Regionalização e Instâncias Intergovernamentais no Sistema Único de Saúde In: Lima, LD, Vianna, ALA. Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro: Contracapa, 2011: 27-38.

7- Vazquez, DA. Mecanismos Institucionais de Regulação Federal e seus Resultados nas Políticas de Educação e Saúde. 2014*; Dados* 57(4):969-1005.

8– Arretche, MTS. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1999; 14 (40): 23 - 42.

9 - Arretche, M. Fonseca, EM. Brazil: Local Government Role in Health Care. In: Marchildon, PG, Bossert, T. Editors. Federalism and Decentralization in Health Care: A Decision Space Approach. Toronto: University of Toronto Press; 2018: 40-50.

10- Vianna, SM. A Seguridade Social e o SUS: revisitando o tema. *Saude e Sociedade 2015;* 14 (1): 7-22.

11- Piola, SF, França, JRM, Nunes, A. Os Efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. 2016; *Ciência & Saúde Coletiva* 21(2):411-421.

12- Barros, MED, Piola, SF. O Financiamento dos Serviços de Saúde no Brasil In: Marques, RM, Piola, SF, Roa, AC organizadores. Sistema de Saúde no Brasil Organização e Financiamento. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Economia da Saúde, 2014: 101-138.

13- Funcia, F. Implicações da Emenda constitucional n. 86/2015 para o processo de financiamento do Sistema Único de Saúde. 2015; *Revista Consensus* 5(15): 36-40.

14- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Lei Complementar 141/2012. Guia Prático para Gestores. Brasília: CONASEMS, 2015.

15- Chioro, A, Moretti, B. Financiamento do SUS e garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2021.
16- Brasil**.** Ministério da Fazenda – Secretaria do Tesouro Nacional. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. 2018.
17- Santos, IS, Vieira, FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2018; .23 (7):2303-2314.
18 - Folha de S. Paulo. Auxílio emergencial alcançou um terço da população a um custo de R$ 254 bilhões. Disponível em [https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/08/auxilio-emergencial-alcancou-um-terco-da-populacao-a-um-custo-de-r-254-bilhoes.shtml]
19 - Salomão, B, Silva, CG. Gastar, Arrecadar e a Retórica da Austeridade. Jornal Valor Econômico. 7 de Maio de 2021, p. A14
20 - Bremaeker, FEJ. Mudanças políticas nos municípios que tiveram receita bilionários em 2019. São Paulo: Observatório de Informações Municipais, 2021.
21- Wooldridge, JF. Introdução a Econometria – uma abordagem moderna. São Paulo: Thompson; 2006.
22 - Pereira, ATS et al. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (3): 607-620, 2006.
23 – Agresti, A, Finlay, B. Statistical Methods for the Social Sciences. New Jersey: Prentice Hall, 1997.
24- Rossi, P, Dweck, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cadernos de Saúde Pública*, 2016; 32 (12):1-5.