

Administração pública, governo e terceiro setor

**COOPERAÇÃO OU COERÇÃO? UM ESTUDO DE CASO SOBRE OS RECURSOS
VOLUNTÁRIOS PARA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

RESUMO

Uma parte considerável dos estudos sobre o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro concentra-se na análise das transferências constitucionais e legais (automáticas) da União e Estados para os municípios. Embasado em conceitos advindos da teoria federalista, o trabalho procura demonstrar, pelo emprego de análise estatística de variância (ANOVA) que as transferências voluntárias (TVs) na saúde efetuadas pela União e Estado para o Município de São Paulo podem ser consideradas como uma expressão do federalismo cooperativo. Os resultados mostram que em termos agregados a regularidade de repasses se manteve ao longo dos anos avaliados, mas quando segmentadas por tipo de transferência, isto é, obrigatórias e voluntárias, as médias não se mantiveram, evidenciando uma diferenciação da aplicação de recursos em volume de recursos transferidos. Isto implica importantes contribuições para a literatura, visto que há poucos estudos que avaliam a pertinência do uso de transferências voluntárias na área da saúde.

Palavras-chave: transferências voluntárias, SUS, orçamento público, ANOVA

ABSTRACT

A considerable part of the studies on the financing of the Brazilian Unified Health System (SUS) focuses on the analysis of constitutional and legal (automatic) transfers from the Union or States to the municipalities. Based on concepts arising from the federalist theory, the work seeks to demonstrate, through the use of statistical analysis of variance (ANOVA) that voluntary transfers (TVs) in health carried out by the Union and the State to the Municipality of São Paulo can be considered as an expression of cooperative federalism. The results show that, in aggregate terms, the regularity of transfers was maintained over the years evaluated, but when segmented by type of transfer, that is, mandatory and voluntary, the averages did not remain, showing a differentiation in the application of resources in volume of transferred resources. This implies important contributions to the literature, since there are few studies that assess the relevance of using voluntary transfers in the health area.

1 INTRODUÇÃO

A operacionalização do Sistema Único de Saúde, o SUS, demandou grande esforço normativo de seus gestores ao longo de seus 31 anos de história. Em 1991, passou-se a utilizar portarias ministeriais denominadas Normas Operacionais Básicas (NOB e posteriormente chamadas de NOAS) como o principal instrumento jurídico norteador das ações definidas no planejamento orçamentário (CARVALHO, 2002; AGUIAR, 2015).

De modo sucinto, podemos dizer que o SUS passou então a ser esculpido a “golpes de portaria” (Goulart, 2001, p.292), instrumentos infralegais que possuem o intuito de estabelecer direções estratégicas na operacionalização das relações intergovernamentais. Assim, além de pactuar interesses entre o governo federal e municipal, tais normas passam a orientar os princípios de ação dos gestores de saúde e reforçarem a capacidade de indução e controle das mudanças das políticas públicas de saúde por parte do governo federal (MISOCZKY, 2003).

Dentre suas principais atribuições, as NOB e NOAS trataram de institucionalizar um padrão de transferência condicionada a alguns critérios pré-estipulados pelo governo federal aos demais entes federativos, variando desde aspectos ligados ao tipo de gestão a ser assumida pelos governos subnacionais, até características demográficas, de capacidade instalada, entre outras. Apesar da intensificação do uso das transferências denominadas condicionadas (ou obrigatórias), as transferências voluntárias, de caráter discricionário (que possuem regras específicas, altamente dependentes da pactuação entre os diferentes níveis de governo), são ainda largamente utilizadas e enraizadas no âmbito do financiamento público da saúde, principalmente pela utilização de convêniosⁱ – instrumento administrativo de descentralização orçamentária – efetivados principalmente para entidades privadas. Assim, as transferências incondicionais ou voluntárias não só continuaram a fazer parte do financiamento da saúde, mas permaneceram ao ponto de alguns autores não as considerarem como de fato “voluntárias” (ARRETCHE E FONSECA, 2013; CATAIA, 2011).

Estudos anteriores que investigaram as transferências voluntárias contribuíram para a literatura em diversas formas. Ao mapear o cenário nacional de descentralização de recursos do governo federal para os municípios brasileiros, Moutinho (2016) mostrou uma distribuição heterogênea destes recursos. Em outro estudo, Ferreira e Bugarin (2007) mostrou que estas transferências são influenciadas por motivações político-partidárias. Enquanto Moutinho et al. (2013) buscaram identificar como as práticas de gerenciamento de projetos podem influenciar a estratégia do processo de transferência voluntária de recursos de médio porte em municípios brasileiros. Embora estes estudos contribuíram em termos de mapeamento, motivação política e visão de gestão de projetos destas transferências voluntárias, estes estudos deram um enfoque na perspectiva geral destas transferências. Uma área que vem se destacando e merece destaque no que tange à transferência voluntária é no setor de saúde. Simão e Orellano (2015) investigaram sobre a distribuição destas transferências no setor de saúde no Brasil mostrando que a receita do município exerce um impacto positivo sobre o recebimento de transferência dos recursos da saúde, e que há indícios de haver influência de fatores políticos. Por fim, Bijos (2013), também avaliou a pertinência das transferências voluntárias da saúde, mas apenas em contexto subnacional, para o caso específico de Minas Gerais.

Este trabalho pretende contribuir para a literatura de Administração Pública, ao tem o objetivo de verificar se as transferências voluntárias são utilizadas como complementação das transferências obrigatórias no setor de saúde para termos agregados no Brasil, isto é, se as transferências voluntárias são efetivamente utilizadas como incentivos para pactuação de interesses comuns entre governo federal e municípios, aos moldes da Lei Complementar 101, a Lei de responsabilidade fiscal (BRASIL, 2000). Adicionalmente, analisar com base na perspectiva da teoria federalista (ARRETCHE, 1996; ARRETCHE, 2002; ARRETCHE, 2004; ABRUCIO, 2005; ABRUCIO, FRANZESE e SANO, 2010), no intuito de verificar mostrando que as transferências voluntárias podem ser consideradas como uma expressão do federalismo cooperativo.

Com relação à estrutura da análise, o trabalho foi dividido em 5 blocos. Após a introdução, a segunda parte dedica-se à uma breve revisão bibliográfica sobre federalismo, contextualizando os pensamentos sobre coerção e cooperação federalista. Na mesma seção, são apresentados conceitos sobre elaboração orçamentária e tipos de transferência federalista, contemplando também a evolução das normas de financiamento do SUS, de modo a contextualizar os critérios utilizados no trabalho.

Após detalhamento da metodologia empregada, no terceiro item é apresentada a metodologia, contemplando a técnica de análise de variâncias (ANOVA) e informações sobre a coleta de dados realizada para o trabalho. No quarto item, encontra-se a discussão sobre o problema empírico, isto é, sobre as transferências voluntárias e obrigatórias realizadas na saúde para o município de São Paulo. Por fim, são apresentadas as conclusões.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 *Federalismo coercitivo versus cooperativo*

No âmbito do federalismo brasileiro, o referencial de Arretche (1996; 2002; 2004; 2005) trabalha os aspectos da descentralização de políticas públicas. Resumidamente, para a autora, a ausência de uma combinação entre descentralização fiscal com descentralização de competências acabou por gerar uma centralização do poder decisório, por meio da superposição de ações (do Executivo sobre os demais atores), desigualdades territoriais na provisão de serviços e mínimos denominadores comuns nas políticas nacionais.

Como no Brasil a descentralização fiscal ocorre por meio de um sistema de transferências fiscais realizado de forma desigualⁱⁱ, a expansão das atividades estaduais e municipais foi realizada por delegação de ações impulsionadas pelo Executivo federal, que com sua maior capacidade financeira, administrativa e institucional na condução e regulação de políticas públicas, levou à cabo uma desconcentração da gestão para os

demais entes federativos, regulada preponderantemente pelo governo federal – ou no caso específico do setor saúde, conduzida pelo Ministério da Saúde.

Abrucio (2005), por sua vez, ressalta a importância da coordenação no processo de elaboração das políticas públicas. As formas de integração, compartilhamento de regras e decisão conjunta na federação acabam muitas vezes por tornarem-se conflituosas no contexto das relações intergovernamentais.

Citando Pierson (1995), Abrucio afirma que o dilema do compartilhar os processos de decisão entre os entes federativos é que, no caso dos governos subnacionais, eles só entram no esquema conjunto se de fato quiserem. Isso torna o processo altamente dependente de acordos políticos, negociações de veto, jogos de cooperação e decisões conjuntas entre os níveis de governo. Assim, a coordenação é garantida entre os diferentes entes federativos por meio de um arranjo capaz de calibrar competição e cooperação (ABRUCIO, 2005).

Ao todo, são três os tipos de coordenação federativa elencadas pelo autor: 1) através de regras legais que obriguem os atores a compartilhar decisões e tarefas – definição de competências no terreno das políticas públicas, por exemplo” (ABRUCIO, 2005, p.45); por meio de fóruns intergovernamentais, ou instância que garanta a defesa dos direitos dos entes federativos (cortes constitucionais); 3) através do governo central no papel de indutor de políticas públicas – por meio da resolução de problemas financeiros dos governos subnacionais ou por sua capacidade de arbitrar conflitos jurisdicionais e/ou políticos.

Como ressalta o autor, caso as condições de “autonomia, direitos originários dos governos subnacionais, a barganha e o pluralismo associados ao relacionamento intergovernamental e os controles mútuos” (ABRUCIO, 2005, p.46) sejam quebradas, o processo de participação decisório é quebrado, criando de fato uma “hierarquia centralizadora” (ABRUCIO, 2005).

2.2 Conceitos sobre elaboração orçamentária e tipos de transferência intergovernamental

Com relação à classificação sobre a movimentação de recursos nos orçamentos, há diferentes nomenclaturas. Uma primeira visão, definida pelo ponto de vista do chamado “grau de condicionalidade” de recursos que serão utilizados pelo orçamento receptor, as transferências intergovernamentais podem ser classificadas como livres (ou incondicionadas) e transferências vinculadas (ou condicionadas) (GOMES, 2010).

Sob outro tipo de avaliação, da visão que analisa o orçamento cedente, “as transferências podem ser classificadas em transferências legais (ou automáticas) e transferências discricionárias ou voluntárias” (GOMES, 2010, p.3). Ou seja, quando previstas em algum tipo de norma, tornam-se parte fixa do orçamento e devem ser realizadas de forma automática. Já as discricionárias/voluntárias dependem da negociação das autoridades dos diferentes governos (geralmente entre Executivo e Legislativo), entre outros fatores como arranjos burocráticos, programas de governo etc. De acordo com Bijos (2013, p. 28), as transferências voluntárias são instrumentos de repasse que “independem de previsão legal específica, não possuem vinculação com os motivos de externalidade, compensação e redistribuição e sua realização depende de acordos negociados entre os entes da federação”.

O modelo oficial brasileiro utilizado por órgãos como o Senado Federal e Tribunal de Contas da União por exemplo, estabelece como critério de classificação a origem normativa dos recursos. Neste critério, as transferências podem ser agrupadas como: constitucionais, legais ou voluntárias. Enquanto as transferências constitucionais se referem aos repasses garantidos nos artigos constitucionais propriamente ditos, de forma análoga as transferências legais têm como base leis federais que garantem a efetivação desses repasses, sendo estas duas categorias de repasses também chamadas de “automáticas”, realizados diretamente de fundos federais para fundos municipais, gerando as transferências denominadas “fundo a fundo”. Na área da saúde, a maioria das transferências decorrem de normas infralegais, geralmente associadas à alguma portaria ministerial. Nas palavras de Gomes (2010, p. 83) “[as] transferências automáticas

consistem no repasse de recursos financeiros sem a utilização de convênio, ajuste, acordo ou contrato, mediante depósito em conta-corrente específica, aberta em nome do beneficiário”.

A acepção mais usual de transferências voluntárias atualmente é a definida pela Lei Complementar 101, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Em seu texto, tais transferências são descritas como “entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde”. São, portanto, recursos financeiros repassados pela União ou pelos Estados às municipalidades, para realizar obras e/ou serviços de interesse comum.

A dotação orçamentária e gestão dos recursos das TVs encontram-se detalhadas todos os anos na LDO. É ela que permite que este tipo de transferência (voluntária) seja realizado aos entes federativos, entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, mediante instrumentos administrativos como convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada (ENAP, 2006).

Em resumo, para este estudo, pode-se considerar como sinônimos de transferências incondicionais as transferências obrigatórias e fundo a fundo. Analogamente, as tranferências incondicionais podem ser consideradas sinônimos de transferências voluntárias, feitas *ad-hoc*, isto é, transferidas diretamente para instituições públicas ou privadas, a depender das especificidades de cada caso pactuado entre a União e o município.

3 METODOLOGIA

3.1 ANOVA

A análise de variância é um método estatístico que permite aferir a verificação da existência entre as médias de três ou mais grupos ou condições (HAIR, 2009). Para isso, este método de uma via analisa as relações entre os grupos comparados e a variância dentro do grupo (WISE, 1990).

Os pressupostos subjacentes à análise de variância (ANOVA) são (LUNNEY, 1970):

- 1 – As observações em cada grupo são aleatórias para cada uma das populações investigadas;
- 2 – A distribuição de cada população é normal; e
- 3 – A variância para várias populações é a mesma

De acordo com Gelman (2005), uma análise ANOVA clássica opera em três frentes:

- 1 – Como análise exploratória, trata-se de uma decomposição ativa de dados e a soma dos seus quadrados indica a variação de cada componente da decomposição;
- 2 – Comparações entre as médias dos quadrados permitem testar uma sequência de modelos;
- 3 – A Anova oferece um modelo linear ajustado com estimativas de coeficiente e desvio padrão.

O teste Anova fornece um teste F que determina ou não a existência de diferenças entre os grupos analisados. Neste sentido, um valor alto de F indicará um valor de p mais significativo. Contudo, o valor F identifica somente se existem ou não diferenças nos grupos analisados, mas seu valor não indica em quais grupos as médias se diferenciam (WISE, 1990). Neste sentido, faz-se necessária a declaração de, pelo menos, duas hipóteses de um estudo a priori (HAIR, 2009) nas quais:

H0: As médias são iguais ($\mu_1 = \mu_2 = \dots \mu_k$)

H1: Uma das médias pelo menos é diferente

Para superar essa limitação do teste foram desenvolvidos os testes post hoc para avaliar em quais grupos ocorre a diferenciação. Deste modo, a aplicação destes testes é fundamental para dar robustez às análises dos estudos (TABACHNIK, FIDELL E OSTERLIND, 2001).

Tendo em vista os objetivos mencionados na presente pesquisa e levando-se em consideração a revisão de literatura empregada no presente trabalho, bem como a

amostra selecionada, optou-se pela utilização de uma análise de variância (ANOVA) para testar duas hipóteses.

A primeira delas refere-se à tempestividade dos dados orçamentários agregados ao longo dos anos. Mais especificamente, a aplicação da ANOVA nesse caso servirá para verificar se a volatilidade dos dados evidencia repasses irregulares para saúde ao longo do período. Assim temos:

H0: Repasses são regulares ao longo dos anos

H1: Repasses não são regulares ao longo dos anos

Após averiguada a tempestividade dos repasses, caso sejam regulares, a aplicação da ANOVA será realizada sobre as categorias agregadas, isto é, se os dados das transferências voluntárias são estatisticamente diferentes dos repasses obrigatórios. Se houver evidências de que as médias são estatisticamente diferentes, há evidências de que os recursos voluntários são utilizados como incentivos, isto é, os recursos incentivam marginalmente políticas conjuntas realizadas entre governo federal e o município de São Paulo. Caso contrário, se não houver diferenciação entre os tipos de recursos, há evidências de que os recursos voluntários são utilizados como complementação orçamentária aos recursos obrigatórios, indicando que a elaboração orçamentária obrigatória é subestimada no período analisado. Portanto, temos:

H0: Não há evidências de federalismo cooperativo nas transferências voluntárias realizadas para o município de São Paulo – médias não possuem diferença estatística significativa

H1: Há evidências de federalismo cooperativo nas transferências voluntárias realizadas para o município de São Paulo – médias possuem diferença estatística significativa

Considerando-se as hipóteses acima elencadas e que os testes de variância como o ANOVA tem são utilizados para verificar diferenças nas médias (HAIR, 2009), a seção 4 apresenta a discussão sobre os resultados encontrados.

3.2 Coleta de dados

Levando em consideração o histórico das normas regulamentadoras do SUS, a análise de cunho exploratório (YIN, 1994) visa compreender o fenômeno das

transferências voluntárias na área da saúde à luz da Lei Complementar 101, norma que consolida a regulamentação e instruções sobre o financiamento realizado via transferências voluntárias (BRASIL, 2000).

Diante da impossibilidade de analisar de forma criteriosa todos os tipos de transferências voluntárias federais realizadas às municipalidades e estados, escolheu-se como estudo de caso o município de São Paulo. O fato do município ser palco de centenas de transferências voluntárias todos os anos fornece uma série temporal mais estável, com periodicidade bem definida, além de evitar a inclusão de valores extremamente discrepantes na análise.

Na consulta de dados secundários, compilou-se informações do Portal da Transparência, administrado pelo Ministério da Transparência (antiga Controladoria Geral da União, CGU), realizando categorização das transferências de acordo com as informações referentes ao objeto e à atividade principal do beneficiário dos recursos, no caso, todas instituições públicas e privadas presentes no município de São Paulo.

De acordo com os conceitos orçamentários apresentados no trabalho, todas as transferências realizadas para fundos públicos foram enquadrados como transferências obrigatórias, pois configuram-se como transferências fundo a fundo (FF), enquanto as demais (“Administração Pública Estadual ou do Distrito Federal”, “Organizações Internacionais”, “Entidades Sem Fins Lucrativos”, “Entidades Empresariais Privadas” e “Administração Pública Municipal”), foram enquadradas como transferências voluntárias (TV).

4 DISCUSSÃO

4.1 *Análise descritiva dos dados*

Após realizadas a categorização da base de dados, nessa subseção serão apresentadas as estatísticas descritivas sobre as características dos recursos transferidos da União para o Município de São Paulo.

Tabela 1 –Transferências federais para São Paulo/SP – por ano

	Valor Transferido - em reais				
	2014	2015	2016	2017	2018
Quantidade	96	77	82	74	60
Média	7.867e +7	9.066e +7	8.562e +7	9.683e +7	1.305e +8
Mediana	1.540e +6	1.801e +6	2.000e +6	1.826e +6	1.579e +6
Desvio-padrão	4.196e +8	4.801e +8	4.542e +8	5.056e +8	6.179e +8
Mínimo	2500.000	2500.000	11669.000	7560.000	7100.000
Máximo	3.854e +9	4.071e +9	3.947e +9	4.210e +9	4.623e +9

Fonte: elaboração própria.

Com exceção da informação de quantidade, todas as demais variáveis são medidas em reais. Como é possível observar, há uma gradual redução após 2014, valor condizente com o cenário econômico do período, que entra em crise em 2015 e 2016, passando por reajustes ainda em curso, diminuindo gradativamente o volume de repasses.

Quando segmentadas por tipo de transferência, isto é, se voluntárias ou fundo a fundo (obrigatórias), vemos que o volume de transferências obrigatórias é maior. Tal fato é esperado, dado que a peça orçamentária sempre é elaborada com base no último orçamento disponível e incorpora transferências recorrentes no momento de elaboração orçamentária.

Tabela 2 –Transferências federais para São Paulo/SP - por tipo de transferência

	Valor Transferido - reais	
	FF	TV
Quantidade	267	122
Média	1.273e +8	2.101e +7
Mediana	2.247e +6	886062.000
Desvio-padrão	5.823e +8	9.576e +7
Mínimo	2500.000	7100.000
Máximo	4.623e +9	1.014e +9

Fonte: elaboração própria.

Além disso, nota-se que tanto a média como a mediana dos valores transferidos via transferências voluntárias é menor: enquanto as transferências obrigatórias são realizadas na escala de centenas de milhões de reais, as transferências voluntárias são feitas na escala de dezenas de milhões de reais.

Assim podemos verificar que, apesar de prevalecer um maior número de transferências obrigatórias (com maior volume médio de recursos transferidos inclusive), o volume de transferências voluntárias é ainda bastante relevante, tanto em número de operações como em valores.

Se o volume de recursos voluntários for elevado, ao ponto de servir para complementar o orçamento de ações usuais dos serviços de saúde, a cooperação esperada entre partes pretendido pela LC 101 pode ser desestimulada. Portanto, torna-se necessário verificar se de fato há diferenças estatísticas significativas entre os volumes transferidos obrigatórios e voluntários. Para tanto, iremos comparar as médias entre as variâncias das séries de repasses.

4.2 Aplicação do ANOVA para os dados

Para testar as diferenças, em primeiro lugar irá se testar se o número de transferências ao longo dos anos é muito discrepante, isto é, se não há regularidade anual no volume de repasses. Assim, temos:

$$H_0: \mu_{2014} = \mu_{2015} = \mu_{2016} = \mu_{2017} = \mu_{2018}$$

$$H_1: \text{pelo menos um par é diferente}$$

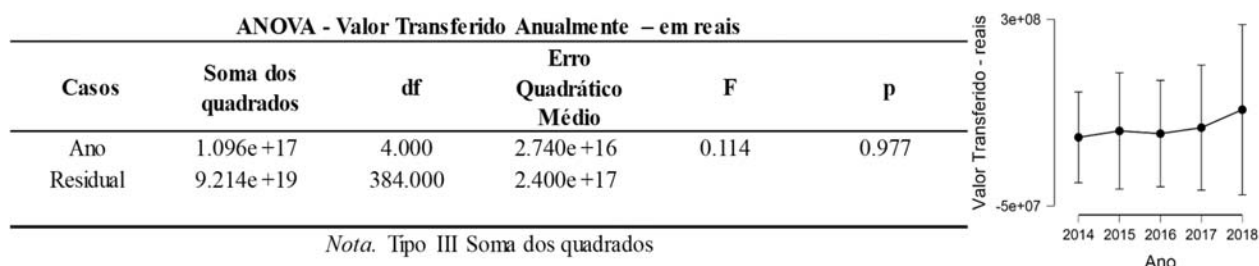
Onde μ_n representa a média das variâncias para os anos analisados.

Somando ao todo 389 transferências, segmentadas conforme descrito na tabela 1, através do programa G-Powerⁱⁱⁱ foi realizado um pré-teste (*post hoc*) para calcular a significância estatística para as médias das variâncias entre os anos, para posterior aplicação do teste F.

Para o cálculo, a série de transferências foi segmentada em 5 grupos (anos das transferências), com nível de significância de 5%. O poder de explicação obtido foi de 1,000, e valor do F crítico obtido foi de 2,3951838. O resultado do pré-teste pode ser visualizado na figura abaixo:

Com a confirmação do pré-teste, foi possível seguir com o cômputo do ANOVA efetivo para a série, como pode ser observado na tabela e gráficos a seguir:

Figura 1 – ANOVA - Valor Transferido Anualmente – em reais



Fonte: Elaboração própria

O teste apresentou que ao nível de 5% de significância, o teste F obtido foi 0,11, bastante abaixo do valor crítico do pré-teste, não sendo possível rejeitar a hipótese nula, isto é, a de que as médias das variâncias anuais sejam iguais. Assim, podemos afirmar que os valores dos repasses não apresentam diferenças estatísticas significativas, condizente com a ideia de manutenção regular dos repasses à saúde ao longo do período analisado.

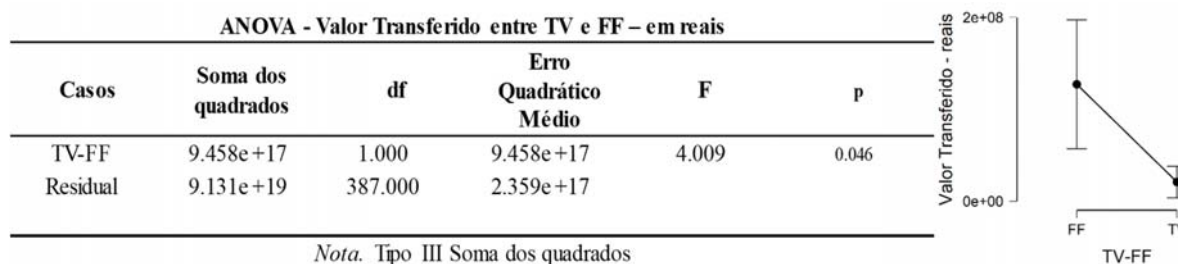
O teste, contudo, mostra o valor agregado das transferências e foi realizado com o intuito de verificar se não há grandes mudanças das dotações orçamentárias anuais, fator que dificultaria a inferência pelo método ANOVA. Como não houve diferença estatística entre os anos, agrupou-se as séries desde 2014 até 2018, segmentado-as entre recursos voluntários (transferências voluntárias, TV) e obrigatórios (Fundo a Fundo, FF). Neste caso, a nova hipótese será dada por:

$$H_0: \mu_{FF} = \mu_{TV}$$

$$H_1: \mu_{FF} \neq \mu_{TV}$$

O resultado do pré-teste realizados com o G-Power e realizados *post-hoc*, com nível de significância de 5% obteve um poder de explicação de 1,000, com valor do F crítico obtido foi de 3.8638552. Com a confirmação do pré-teste, realizou-se outro teste ANOVA, aplicados para diferenciação entre dois grupamentos, entre transferências voluntárias e fundo a fundo (obrigatórias), como pode ser observado na tabela e gráficos a seguir:

Figura 2– ANOVA - Valor Transferido entre TV e FF – em reais



Fonte: Elaboração própria

Neste caso, o valor F situa-se acima do F crítico, rejeitando-se então a hipótese nula, de igualdade das médias. Desta forma, é possível afirmar que há diferença entre os grupos, o que, em tese, corroboraria a ideia de que os recursos voluntários possuem magnitudes diferentes de recursos e, mais especificamente, que os recursos voluntários não seriam utilizados como uma mera complementação orçamentária, fazendo jus à ideia de incentivo e pactuação entre os entes federativos.

5 CONCLUSÕES

Após o levantamento bibliográfico sobre as normas que regem os aspectos técnicos da alocação de recursos orçamentários para o setor Saúde, foi possível compreender que o atual modelo utilizado para realização de transferências intergovernamentais é regido por uma complexa matriz de critérios, que coaduna tanto aspectos administrativos, epidemiológicos, orçamentários, sociais, demográficos entre outros. Com isso, optou-se por realizar o estudo da alocação dos recursos voluntários de acordo a LC 101, a Lei de Responsabilidade Fiscal.

De modo a contrastar a análise das normas de alocação de recursos, realizou-se uma análise empírica dos dados referentes ao município de São Paulo disponibilizado pelo Ministério da Transparência, fato que permitiu mensurar quantitativamente a destinação destino das TVs de acordo com os blocos de financiamento.

Os resultados mostraram que em termos agregados a regularidade se manteve ao longo dos anos avaliados, mas quando segmentadas por tipo de transferência, isto é,

obrigatórias e voluntárias, as médias não se mantiveram, evidenciando uma diferenciação da aplicação de recursos em volume de recursos transferidos.

A indagação presente no título deste estudo é, portanto, respondida para o caso de São Paulo, uma vez que a constatação evidenciada pela análise suporta o modelo teórico de federalismo cooperativo (ABRUCIO, FRANZESE e SANO, 2010), mantendo-se, portanto, o intuito de incentivo condicionado do governo federal para o município de São Paulo, conforme as premissas descritas pela LC 101, que institucionalizaram as transferências voluntárias para elaboração orçamentária. Ademais, essa ideia se suporta na condição de que, se não houvesse diferença estatística significativa, haveria evidências de que o orçamento obrigatório municipal é subfinanciado e seria assim obrigado a realizar determinadas políticas para angariar mais recursos para cumprir as políticas obrigatórias.

Desta forma, o estudo contribui para a literatura, visto que há poucos estudos que avaliam a pertinência do uso de transferências voluntárias na área da saúde, já que as regras de enquadramento das transferências são muito dinâmicas e dependentes de políticas federais consistentes. Ademais, os achados contribuem para o aspecto de gestão e planejamento orçamentário da saúde, uma vez que o presente estudo elabora uma metodologia comparativa para uso dos recursos voluntários e incondicionados.

Sobre as limitações do estudo, ressalta-se que o estudo foi só possível ser realizado a partir de 2014, período pelo qual o sistema do site do Ministério da Transparência passa a disponibilizar os dados.

Outra limitação foi o fato das séries não apresentarem correção monetária pela inflação. Apesar do fator limitante, o estudo apresentou resultados satisfatórios para o período analisado mesmo sem aplicação do deflator, fator que pode ser atribuído à estabilidade monetária no período, que foge de períodos de grandes alterações orçamentárias, como no período de hiperinflação brasileira.

Por fim, como agenda de pesquisa, o tema poderá evoluir de dois modos. O primeiro deles é através de uma padronização de séries temporais e organização das informações, visto que possuem uma dinâmica muito intempestiva devido à mudança de

diretrizes de novos governos em âmbito federal. O segundo modo visível no horizonte atual de informações é através de estudos mais específicos, abordando as transferências voluntárias a nível de sub-blocos ou mesmo a nível subnacional, isto é, replicando as métricas para estados e outros municípios, cujas realidades e necessidades para área da saúde são bastante díspares quando comparadas à capital paulista.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. **A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula**. Revista de Sociologia Política, Curitiba, p. 41-67, jun 2005.

ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. **Coordenação e Cooperação no Federalismo Brasileiro: Avanços e desafios**. In: IPEA Estado, instituições e democracia: república. Projeto perspectivas do desenvolvimento brasileiro. Brasília: IPEA–INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, v. 1, 2010.

AGUIAR, Z.N. **SUS-Sistema Único Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2a. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

ARRETCHE, M. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil - Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 1996.

ARRETCHE, M.; FONSECA, E. M. D. **Health system decentralization in Brazil**. Forum of Federations. [S.l.]: [s.n.]. 2013.

BIJOS, D. **Estudo sobre os Elementos Determinantes das Transferências Voluntárias da União para os Municípios MG**. Universidade de Brasília. Brasília. 2013.

BRASIL. Lei 8.080. In: _____ **Código Civil**. [S.l.]: [s.n.], 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

BRASIL. Lei 8.142. In: _____ **Código Civil**. [S.l.]: [s.n.], 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL. **Lei complementar 101**. In: _____ **Código Civil**. [S.l.]: [s.n.], 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>.

CARVALHO, G. D. C. M. D. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988–2001**. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002.

Cataia, M. (2011). **Federalismo brasileiro. As relações intergovernamentais analisadas a partir das transferências voluntárias (união/municípios)**. Revista Geográfica De América Central.

ENAP. (2006). **Gestão de Convênios para Convenentes (mar/2015 ed.)**. Brasília: Enap Escola Nacional de Administração Pública.

FERREIRA, Ivan F. S.; BUGARIN, Mauricio S. (2007). **Transferências voluntárias e ciclo político-orçamentário no federalismo fiscal brasileiro**. Rev. Bras. Econ., Rio de Janeiro , v. 61, n. 3, p. 271-300, Sept. 2007 .

FNS. Definição de Blocos. **Fundo Nacional de Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=17>>. Acesso em: 2016 nov. 10.

GELMAN, A. **Analysis of Variance - Why it is more Important than Ever**. The annals of Statistics, v. 33, n. 1, pp 1-53, 2005.

GOMES, E. C. (2010). **Fundamentos das transferências intergovernamentais**. Direito Público, 27(1).

GOULART, F. D. (2001). **Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2), 292-300.

- HAIR, J. F. et al. Análise multivariada de dados. São Paulo: Bookman Editora, 2009.
- LUNNEY, G. H. (1970). **Using analysis of variance with a dichotomous dependent variable: an empirical study 1**. Journal of educational measurement, 7(4), 263-269.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE A. Legislação básica do SUS. **Portal da Saúde**, 18 out. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/legislacao>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- MISOCZKY, M. C. **Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde**. Revista de Administração Pública, p. 335-354, 2003.
- MOUTINHO, J.A. (2016). **Transferências voluntárias da União para municípios brasileiros: mapeamento do cenário Nacional**. Revista de Administração Pública - RAP, v.50, n.1, p.151-166, 2016.
- MOUTINHO, José A.; KNISS, Cláudia T.; MACCARI, Emerson A (2013). **The Influence of Project Management in the Strategy of Voluntary Transfers of Union Resources for Brazilian Municipalities: The Case of a Medium-Sized City Hall**. Iberoamerican Journal of Strategic Management (IJSM), v. 12, n. 1, p. 181-207, 2013.
- PIERSON, P. (Outubro de 1995). Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy. Governance, 8(4), 448-478.
- SIMAO, Juliana Barby; ORELLANO, Veronica Ines Fernandez.(2015). **Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil**. Estud. Econ., São Paulo , v. 45, n. 1, p. 33-63,)Mar. 2015.
- TABACHNICK, B. G., FIDELL, L. S., & OSTERLIND, S. J. (2001). **Using multivariate**. New York: Statistics. v. 33, n. 1, pp 1-53, 2005.
- WISE, S. L. (1990). **Applied statistics-analysis of variance and regression**, -DUNN, OJ, CLARK, VA.
- YIN, R. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. [S.I.]: Bookman, 1994.