

PETRO-RENDAS E O SUS: MUNICÍPIOS DEPENDENTES DAS RENDAS PETROLÍFERAS GASTAM MAIS COM A SAÚDE PÚBLICA?

João Gabriel Ribeiro Pessanha Leal⁴

Vitor de Moraes Peixoto⁵

SUMÁRIO: • Introdução; • Revisão Bibliográfica; • Desenho de pesquisa; • Metodologia; • Resultados; • Conclusão; • Referências Bibliográficas.

RESUMO: As prefeituras brasileiras são peças fundamentais na dinâmica federativa para efetivar o direito universal à saúde da população. A bibliografia aponta que os municípios que recebem parcelas significativas das indenizações petrolíferas apresentam receitas municipais infladas com mais recursos. Diante deste cenário, a questão analítica expressa-se em verificar se os municípios brasileiros mais dependentes das receitas advindas do petróleo desprendem mais valores na saúde pública. A pergunta que orientou este artigo apresenta-se da seguinte forma: comparado com municípios que possuem o mesmo tamanho populacional, os municípios detentores de uma maior dependência das petro-rendas desprendem mais valores na saúde pública? Os resultados obtidos demonstraram que há uma relação entre ser dependente das indenizações petrolíferas e maiores gastos com recursos próprios na saúde. Ou seja, os municípios que possuem suas receitas infladas pelas as petro-rendas desprendem mais recursos no Sistema Único de Saúde. (2014-2017).

PALAVRAS-CHAVE: Petro-Rendas; Sistema Único de Saúde; Municípios Brasileiros.

⁴ Graduando em Administração Pública na Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF).

⁵ Doutor em Ciência Política pelo IUPERJ e Professor Associado da Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF).

OIL DAMAGES AND PUBLIC HEALTH: DEPENDENT MUNICIPALITIES OF PETROLEUM INCOME SPEND MORE WITH PUBLIC HEALTH?

SUMMARY: 0. Introduction; 1. Literature review; 2. Research Design; 3. Methodology; 4. Results; 5. Conclusion; 6. Bibliographic References.

ABSTRACT: Brazilian prefectures are fundamental pieces in the federative dynamics to realize the universal right to health of the population. The bibliography indicates that municipalities that receive significant portions of the petroleum indemnities present municipal revenues inflated with more resources. In view of this scenario, the analytical question of this article is expressed in verifying that the Brazilian municipalities more dependent on oil revenues give more values in public health. The question that guided this article is presented as follows: compared to municipalities that have the same population size, do municipalities with greater dependence on petro-rents give more values in public health? The results obtained showed that there is a relationship between being dependent on oil reparations and higher spending on own resources in health. That is, the municipalities that have their revenues inflated by petro-rents give more resources to the Unified Health System (2014-2017).

KEYWORDS: Petro-Rendas; Unified Health System (SUS); Brazilian Municipalities.

PETRO-RENDAS Y EL SUS: MUNICIPIOS DEPENDIENTES DE LAS RENDAS PETROLÍFERAS GASTAN MÁS CON LA SALUD PÚBLICA?

RESUMEN: 0. Introducción; 1. Revisión de la literatura; 2. Diseño de la investigación; 3. Metodología; 4. Resultados; 5. Conclusión; 6. Referencias bibliográficas.

RESUMEN: Las prefecturas brasileñas son piezas fundamentales en la dinámica federativa para realizar el derecho universal a la salud de la población. La bibliografía indica que los municipios que reciben porciones significativas de las indemnizaciones petroleras presentan ingresos municipales inflados con más recursos. En vista de este escenario, la pregunta analítica de este artículo se expresa en la verificación de que los municipios brasileños más dependientes de los ingresos del petróleo dan más valores en salud pública. La pregunta que guió este artículo se presenta de la siguiente manera: en comparación con los municipios que tienen el mismo tamaño de población, ¿los municipios con mayor dependencia de las petroleras dan más valores en salud pública? Los resultados obtenidos mostraron que existe una relación entre ser dependiente de las reparaciones petroleras y un mayor gasto en recursos propios en salud. Es decir, los municipios que tienen ingresos inflados por las rentas de origen dan más recursos al Sistema Único de Salud (2014-2017).

PALABRAS CLAVE: Petro-Rendas; Sistema Único de Salud (SUS); Municipios brasileños.

0. Introdução

Este artigo explora a relação entre dependência dos recursos advindos das indenizações petrolíferas e o custeio da saúde pública nos municípios brasileiros. O objetivo desta empreitada é o de verificar qual é o impacto de um município ser dependente das petrolíferas para o custeio da saúde financiada com recursos próprios municipais.

O artigo está organizado, além dessa seção, com mais seis seções principais. A seção 1 corresponde a revisão bibliográfica, onde expõe-se o apanhado bibliográfico que contextualiza o objeto pesquisado. A seção 2 indica o desenho da pesquisa. A seção 3 indica a metodologia utilizada. A seção 4 apresenta os resultados encontrados. A seção 5 apresenta a conclusão da pesquisa. A seção 6 trata-se das referências bibliográficas.

1. Revisão Bibliográfica

1.1 SUS: Das ruas à constituição.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na história sanitária brasileira. A relevância histórica desse sistema se faz presente ao menos por dois motivos. Primeiro motivo, o SUS reúne as principais demandas existentes entre os anos 60 e 80 no movimento nacional sanitaria (REGINA ABREU; HELENA MONTEIRO; GUILHERME NETTO, 2013; SILVA, 2001, p. 69). O segundo motivo se faz presente porque o SUS reconfigura a concepção de garantias sociais no campo da saúde ao garantir, no plano nacional, atenção universal, igualitária e integral à saúde (BRASIL, 1996, p. 83).

No que se refere ao primeiro motivo encadeado, o movimento sanitaria desde da 1960 articulava-se para reconfigurar, ampliar e aprimorar o direito à saúde no Brasil (SILVA, 2001, p. 57). Nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) os membros desta sociedade cível organizada debatiam e projetavam assuntos de grande relevância nacional. A título de exemplificação; a descentralização das atribuições federais para a provisão de políticas de saúde e metodologias para controle de endemias. Após a realização da oitava conferências nacionais de saúde ocorrida em 1986, o movimento sanitaria obteve uma das suas principais conquistas. O relatório final elaborado na referida conferencia, no qual detalhava as principais demandas do movimento, foi introduzido na constituição promulgada dois anos depois. De modo prático, esse fato transformou o SUS em um direito e por consequência deu um salto expressivo nas garantias sociais no campo da saúde no Brasil.

A remodelagem da proteção social à saúde é o segundo argumento elencado para explicar o teor histórico do SUS, que atribui ao Estado três novos direitos a serem assegurados aos cidadãos brasileiros, quais sejam: a universalidade de acesso, a igualdade no exercício do direito a saúde e a integralidade da atenção. Segundo Machado (MACHADO, 2007, p. 37), os três direitos supracitados, tomados em seu conjunto, definem o estado de *optimalidade* social a ser perseguido na provisão dos bens e serviços garantidos na constituição federal:

Esses três atributos definem um estado de optimalidade social quanto ao exercício do direito à saúde, ou seja, uma situação típica idealmente ótima a ser assegurada pelo Estado, onde todos têm, igualmente, acesso integral aos bens e serviços necessários à conquista da sua saúde (MACHADO, 2007, p. 38).

Dessa forma, o direito à saúde no Brasil era caracterizado antes do SUS primeiro por um caráter seletivo, segundo por um tratamento desigual e terceiro por um apenas parcial dos problemas de saúde da população (LUCHESE, 1996; MACHADO, 2007; SILVA, 2001). Passou a ser assegurado pelo SUS a todos os cidadãos brasileiros numa complexa rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo o Estado.

A expansão da proteção social na área da saúde promoveu um expressivo aumento das atribuições e responsabilidades do Estado na referida área. O aparato estatal necessitou de uma reformulação, principalmente, nas formas de financiamento das políticas de saúde para operacionalizar os direitos inseridos no arcabouço legal do SUS (VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, 2009). A regulação e a amarração institucional para o financiamento das políticas de saúde é o principal tema da segunda perspectiva apresentada.

1.2 Os Municípios Brasileiros como peças chaves para provisão do direito à saúde.

A constituição de 1988, apelidada como a constituição cidadã, efetiva a saúde como um direito universal à todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1996). Além de garantir o direito, a CF/88 prever a formulação de uma rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo o Estado; o Sistema Único de Saúde (SUS). Seguindo o padrão de coordenação de políticas sociais adotado a partir da década de 1990 (ARRETCHE, 1996, 2000; ARRETCHE; MARQUES, 2002; LOTTA; GONÇALVES; BITELMAN, 2014), os municípios possuem papel fundamental na dinâmica para operacionalizar o direito à saúde.

Neste sentido, compete aos municípios responsabilidades cruciais no que se refere aos aspectos administrativos e financeiros do SUS. Essa sessão busca esclarecer alguns desses aspectos. Primeiro, por uma abordagem a respeito do arcabouço institucional para o financiamento do SUS. Segundo, por uma explanação de determinados papéis administrativos que são responsabilidades municipais. Terceiro, pela a demonstração das significativas parcelas das despesas com saúde que são pagas com receita municipal própria.

A estrutura-regulatória do financiamento do SUS é organizada através de um dispositivo jurídico-legal formado pela às Leis Orgânicas da Saúde 8.080, 8.142 e pela a Lei Complementar número 141/2012.(LUCHESE, 1996, p. 91; MACHADO, 2007, p. 45; SILVA, 2001, p. 71). Em relação a última lei, a LC n 141/2012, regulamentou a EC n 29/2000 e é considera pela a bibliografia especializada como uma evolução do marco legal do financiamento do SUS. A mesma regulamenta, dentre outros aspectos, o conceito de ações e serviços públicos de saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle, como também elenca os critérios de rateio aplicáveis às transferências de recursos entre esferas de governo no SUS (PIOLA, 2017, p. 09).

Esta sessão possui como objetivo debruçar-se sobre alguns aspectos da emenda constitucional n.29 regularizada pela a lei complementar 142 / 2012. A EC. 29 altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2000, p. 1). De modo prático, a EC.29 buscou a institucionalização do financiamento da Saúde visto que à época as fontes de financiamento do SUS eram muitos instáveis (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1614).

A EC-29 determina a vinculação dos percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde:

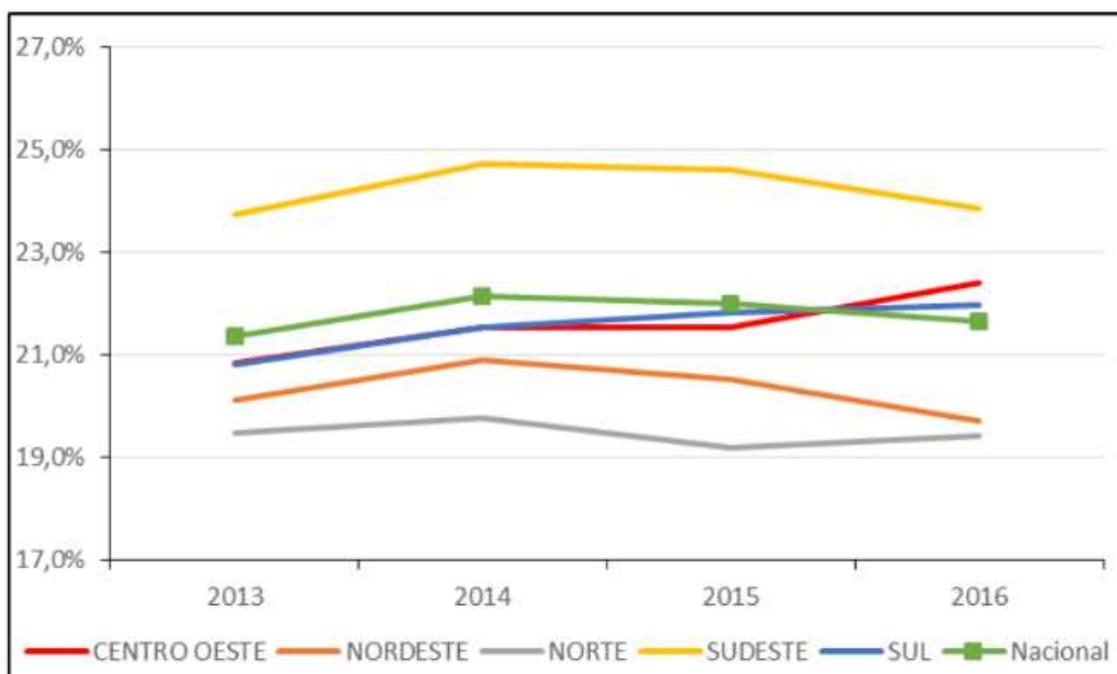
Figura 01: Os percentuais mínimos de recursos orçamentários da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios assegurados pela a EC.29.



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

Ao visualizarmos a figura 01 constatamos que para os municípios, ente nacional analisado neste trabalho, fixou-se o percentual mínimo de 15%. Ou seja, os municípios são obrigados a aplicar no mínimo 15% da sua receita total na saúde. O gráfico 01 descreve os percentuais médios da receita municipal aplicada na saúde, por região do país (2013-2016).

Gráfico 01: A média das participações percentuais da receita dos municípios empregadas na saúde no quadriênio 2013 a 2016, por região do país.



Fonte: As informações são oriundas do Sistema de informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

O gráfico 01 apresenta a média dos percentuais da receita municipal aplicadas na saúde segundo as regiões do país. O objetivo deste gráfico é o de ilustrar como os municípios vem se comportando frente a regra de vinculação obrigatória do percentual mínimo de 15 % das suas receitas para o financiamento público. O principal impacto demonstrado no gráfico é o de que em todas as regiões os municípios gastam percentuais a cima do mínimo exigido.

O resultado obtido no gráfico 01 corrobora com os apontamentos da bibliografia especializada. Trabalhos como o João Neto (2017) apontam os altos graus de comprometimento das receitas municipais na saúde. Percebe-se que a média nacional variou entre patamares de 20 a 23 por cento.

No período estudado encontra-se diferenças nos percentuais empregado na saúde entre as regiões. Os valores variaram entre 20% e 25 % da arrecadação total municipal. Percebe-se que a média nacional se manteve na casa dos 22%. Nota-se que no Norte encontra-se, em média, os menores % de aplicação. Enquanto que no Sudeste os maiores.

De maneira geral, no espaço temporal estudado não houve abruptos aumentos ou diminuições no % empregado na saúde. Percebe-se a região Sudeste com os valores acima da média nacional. Enquanto que as outras regiões com valores abaixo da média nacional. Exceto no último ano analisado onde a região Centro-Oeste e a Região Sul aumentaram os percentuais aplicados para acima da média.

Dessa forma, o gráfico 01 demonstra que as definições legais dadas pela EC-29 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos.

As Normas Operacionais Básicas (NOBS)⁶, portarias emitidas pelo o ministério da saúde na década de 90, que regularizaram o dispositivo jurídico-legal do SUS, tornaram os municípios brasileiros a base para organização do sistema de saúde. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 286; MACHADO, 2007, p. 45; SILVA, 2001, p. 89; VIANA, A. L. D.; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 13).

Ao analisar determinadas características das três NOBs emitidas, percebe-se, ao menos, duas constatações. A primeira constatação é a de que os avanços no processo de descentralização foram obtidos progressivamente. Cada nova NOB trazia mecanismos que aprimoravam os mecanismos lançados na norma anterior. Esse processo fez com que acontecesse um aprendizado institucional nos municípios prestadores do serviço. Segundo trabalhos de VIANA (p. 505) e SILVA (p. 78) os municípios que passaram por vários tipos de habilitação apresentaram melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. A segunda constatação é a de os mecanismos de descentralização regularizados nas legislações das NOBs são municipalistas e atribuem aos municípios prerrogativas cruciais para o funcionamento do sistema (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 456; SILVA, 2001, p. 90; SOUZA, 2004, p. 27).

A título de exemplificação, foram atribuídos aos entes municipais as seguintes responsabilidades, requisitos e prerrogativas:

“... as responsabilidades são: elaborar a programação municipal de serviços básicos, especializados e hospitalares; gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares próprias; garantir a prestação de serviços em seu território (...) E a execução dos serviços aos seus munícipes nos outros municípios (...) exercer o controle público dos serviços ambulatoriais e hospitalares, e executar ações em geral nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. Os requisitos são: comprovação de funcionamento do conselho municipal de saúde (CMS) e da operação do fundo municipal de saúde (FMS); assumir o compromisso de participar da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade. As prerrogativas são obter transferências de recursos federais e ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território (...)” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 75).

Além de servir como pilar fundamental para a administração dos serviços de saúde, pesquisas atuais⁷ apontam que as prefeituras brasileiras contribuem, significativamente, no que diz respeito ao financiamento do sistema. Os resultados

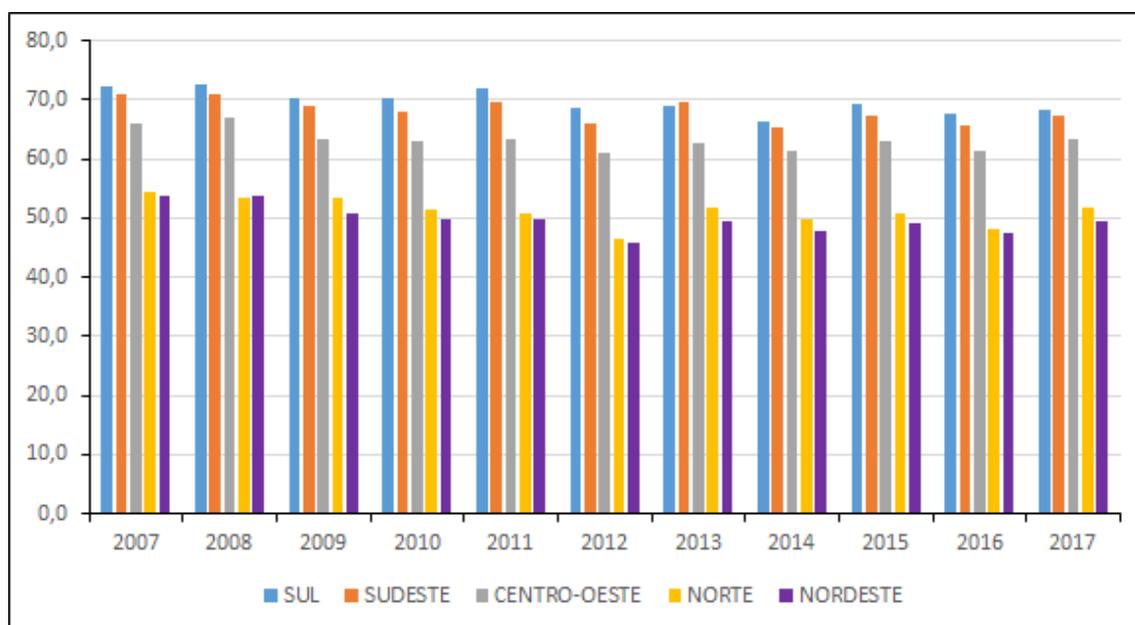
⁶ As NOBs foram os instrumentos fundamentais para efetivação do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 466). As NOBs possuem caráter transitório, visto que foram reeditadas de acordo com os avanços do processo de implementação do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 273). Foram emitidas na década de 90 três NOBs: NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e a NOB SUS 01/96.

⁷ Refiro-me aos artigos: Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil, 2017; Financiamento, gestor público e gestão de recurso de saúde: o cenário de um estado brasileiro, 2012; Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações, 2017.

obtidos no trabalho de Valéria Leite, Kenio Lima, Cipriano Vasconcelos, por exemplo, demonstram que “... apesar da relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União e maior participação dos municípios no financiamento...” (LEITE; LIMA; DE VASCONCELOS, 2012, p. 1853). Este aumento da participação municipal nos gastos acontece na maioria dos municípios brasileiros (DOS SANTOS NETO *et al.*, 2017). O gráfico a seguir realça a importância municipal no custeio das despesas com saúde.

O gráfico 01 apresenta os percentuais da despesa com saúde pagas com receita própria, ou seja, quanto da despesa municipal com saúde foram custeadas com recursos próprios municipais. Recursos próprios identificados aqui como recursos oriundos da tributação municipal direta e das transferências intergovernamentais obrigatórias, por força constitucional ou legal, oriundas da União ou dos estados.

Gráfico 02: A média do percentual de despesa municipal com saúde pagas com receita própria, por região. (2007 – 2017).



Fonte: Os dados foram retirados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Elaboração dos autores.

Em todas as regiões, em média, os gastos com saúde tem origem nas receitas próprias municipais em mais de 50%. No período analisado, em praticamente todas as regiões a participação da receita própria municipal é acima dos 50 %, chegando próximo aos 70% pagos com recursos próprios nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. Em resumo, as despesas com saúde pública no Brasil tem origem em grande medida nas receitas próprias dos municípios.

Nota-se que não há variações significativas no decorrer dos anos. Percebe-se um grupo formado pela as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste os quais a participação dos recursos próprios municipais é maior. Dentre esse grupo, os municípios da região Sul são os que, em média, mais desprendem proporcionalmente recursos próprios para o pagamento das despesas com saúde. No ano de 2011, esses municípios chegaram a cobrir,

em média, valores em torno de 72 % da despesa. É visível também que as regiões Noroeste e Norte são as que a participação percentual dos recursos próprios municipais para o pagamento de despesa com saúde é menor. A região Nordeste durante o tempo apresenta-se como a região com os menores percentuais, valores em torno dos 50 %.

Dessa maneira, os achados esclarecidos no gráfico 01 caminha na mesma direção dos apontamentos da bibliografia especializada; as prefeituras brasileiras são peças-chaves para a dinâmica do financiamento do Sistema Único de Saúde.

1.3 Royalties do Petróleo e os Municípios Brasileiros

Os royalties constituem-se como uma forma de pagamento de direitos sobre atividades econômicas. Refere-se ao embolso ao poder público por um ativo não renovável que o cede para ser negociado, consumido e explorado por algum grupo econômico (FERNANDES, C. F., 2007). Dessa forma, os royalties do petróleo são maneira de compensação econômica pela exploração de uma fonte de energia não renovável (POSTALI, 2007, p. 3).

Os trabalhos que se voltam para análises sobre este tema, muitas das vezes, focam nos municípios onde, historicamente, há uma concentração dos recursos advindos das indenizações petrolíferas. Refiro-me aqui, principalmente, os municípios do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro é contemplado pela a maior bacia petrolífera do Brasil⁸, a forma de repartimento dos royalties, adotada a partir da Lei do Petróleo (LEI Nº 9.478), contempla com maiores volumes de recursos os municípios com produção em terra ou confrontantes com a plataforma continental onde se realiza a produção (BRASIL, 1997, p. 12). Dessa forma, determinados municípios fluminenses concentram boa parte da parcela de royalties destinados as prefeituras brasileiras (FERNANDES, C. F., 2007; GOMES, 2007; POSTALI, 2007).

Há, dentro da bibliografia especializada, diversas frentes teóricas para a compreensão do assunto. Neste artigo o tema está abordado a partir de dois aspectos principais, a saber, o primeiro refere-se a algumas associações entre royalties, desenvolvimento econômico local e aumento nos gastos sociais; o segundo tema diz respeito a demonstração dos valores arrecadados pelas as petro-rendas nos municípios do Brasil.

1.4 Royalties, desenvolvimento econômico local e gastos sociais.

O arcabouço jurídico sobre o tema não especifica formas que os recursos oriundos das arrecadações de royalties de petróleo devem ser gastos, porém veda a sua utilização para o pagamento de dívidas e quadro permanente de pessoal (BRASIL, 1997, p. 3). Logo, existe uma alta margem de discricionariedade por parte das administrações municipais para a utilização desses recursos. Espera-se que esses sejam aplicados em determinadas áreas que afetam direta ou indiretamente a qualidade de vida dos munícipes

⁸ Refiro-me à Bacia de Campos que se estende por todo o litoral do Espírito Santo até o norte do Rio de Janeiro.

(GOMES, 2007). Por exemplo, no fomento do desenvolvimento local e no aumento dos gastos sociais.⁹

O artigo escrito por Fernando Postali denominado: “Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos Municípios no Brasil” avalia se os recursos de royalties distribuídos aos municípios fluminenses colaboram para o crescimento de seus PIBs (POSTALI, 2007, p. 2). O principal achado encontrado esclarece que os municípios contemplados com tais recursos cresceram menos que os municípios que não receberam recursos. Ademais, quanto maior o volume de royalties transferidos, menor tende a ser o crescimento econômico do município (POSTALI, 2007, p. 16).

O artigo escrito por Rosana de Souza Gomes denominado: “A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do estado do rio de janeiro” discute a hipótese de que o aumento das receitas promovido pelos royalties resultaria em aumento das despesas sociais e na melhora dos indicadores de saúde e educação selecionados (GOMES, 2007, p. 4). Os resultados obtidos apontam que os municípios com altas receitas de royalties possuem um gasto social per capita maior do que os demais municípios fluminenses. As funções sociais que mais receberam recursos foram saúde e educação seguidos pelo urbanismo (GOMES, 2007, p. 27).

Os dois artigos supracitados contribuem, de certa forma, para verificar se os royalties de petróleo são utilizados nos municípios para a melhoria da qualidade de vida dos munícipes. No primeiro caso nota-se que a afirmação quase natural de que os royalties do petróleo contribuem com o crescimento do PIB dos municípios que os recebem pode se provar como falsa. O achado encontrado pelo o artigo caminha em uma direção análoga ao da maldição dos recursos naturais apontada pela a literatura especializada. No qual diz que países ricos em recursos naturais tendem a apresentar taxas de crescimento menores que os países relativamente desprovidos (POSTALI, 2007, p. 16). No segundo caso, encontrou-se uma relação positiva entre municípios recebedores de royalties e maiores gastos sociais. Por outro lado, devido a forma de partilha dos royalties alguns municípios são beneficiados com muitos recursos e a maior parte com pequenas parcelas. Encontrou-se uma diferença expressiva no gasto social per capita entre os municípios com maior receita e os com menor receita de royalties (GOMES, 2007, p. 27).

1.5. As arrecadações das Petro-Rendas nos Municípios Brasileiros.

A lei do petróleo prever quatro tipos de indenização para os municípios produtores de recursos hidrocarbonetos e/ou por ele afetados (FERNANDES, C. F., 2007, p. 13; POSTALI, 2007, p. 18). São eles; os royalties, as participações especiais, o bônus de assinatura e o pagamento pela ocupação ou retenção de área (BRASIL, 1997). Destaca-se:

Os royalties: “...constituem uma compensação financeira mensal à União incidente sobre o valor total da produção de óleo e gás...Os recursos arrecadados via royalties são divididos entre os Estados e os Municípios

⁹ Entende-se gasto social como “... o gasto público com programas voltados para a melhoria, a curto ou longo prazos, das condições de vida da população, e também para o atendimento mais amplo das demandas sociais colocadas pelo status de cidadania...” (FERNANDES, M. A. DA C. et al., 1998, p. 5).

produtores, o Tesouro Nacional e os Ministérios da Ciência e Tecnologia e da Marinha...” (POSTALI, 2007, p. 3).

As participações especiais: “... As participações especiais caracterizam-se por compensações extraordinárias ao Governo resultantes de casos de grande volume de produção ou de grande rentabilidade, com relação a cada campo de uma área de concessão. A apuração deste imposto é feita pela aplicação de alíquotas progressivas sobre a receita líquida da produção trimestral...” (POSTALI, 2007, p. 3).

“... O bônus de assinatura é o pagamento ofertado na proposta para a obtenção da concessão e é feito anteriormente ao início da exploração. O bônus tem um valor mínimo estabelecido no edital da licitação do bloco e deverá ser pago no ato da assinatura do contrato de concessão pela empresa vencedora da licitação...” (FERNANDES, 2007, p. 13)

“... O pagamento pela ocupação ou retenção de área é feito anualmente pelos concessionários, cujo valor inicial é estabelecido no edital da licitação e no contrato de concessão e é fixado por quilômetro quadrado ou fração da área do bloco...” (FERNANDES, 2007, p. 13)

As somas desses quatro tipos de recompensação financeira formam o que é chamado aqui de Petro-Renda. Nessa sessão expõem-se os valores que foram passados das rendas advindas das indenizações petrolíferas para os municípios.

Gráfico 03: Soma das receitas municipais oriundas das petro-rendas entre 2006 e 2017.



Fonte: Elaboração dos Autores. Tesouro Nacional. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Ao visualizarmos o gráfico 02, percebe-se as expressivas quantias que inflam os cofres dos municípios mais beneficiados pela as petro-rendas. Os valores sofreram aumentos abruptos entre os anos de 2009 e 2013. Chegando a alcançar patamares a cima de 11 bilhões de reais. (2013). Por outro lado, é nítida a queda ocorrida entre os anos de 2015 e 2016. Essa queda está ligada a desvalorização do preço do barril do petróleo

ocorrido no referido período. Porém, de 2016 para o ano de 2017 é possível visualizar sinais de recuperação.

É relevante apontar que essas receitas chegam nos municípios sem ter uma vinculação obrigatória. Os limites legais para o emprego dessa renda são pequenos, como já ressaltado na sessão 1.3 desse artigo. Dessa forma, existe uma larga margem de discricionariedade de atuação para os prefeitos decidirem como empregar esses valores.

2. Desenho de Pesquisa

Como descrito no gráfico 02 e apontado pela a bibliografia especializada, as rendas petrolíferas inflam as receitas dos municípios que são beneficiados pela as fatias mais consideráveis do bolo financeiro advindos das compensações financeiras da exploração do petróleo. A primeira parte desta sessão realçou a importância crucial dos municípios brasileiros na operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, a chave analítica deste trabalho é o de verificar se os municípios que são mais dependentes das chamadas petro-rendas desprendem maiores valores no financiamento do SUS com recursos próprios municipais.

A pergunta da pesquisa, então, pode ser formulada da seguinte forma: comparado com municípios que possuem o mesmo tamanho populacional, os municípios detentores de uma maior dependência das petro-rendas desprendem mais valores na saúde pública?

3. Metodologia

O arcabouço metodológico utilizado no trabalho debruça-se em métodos quantitativos. A metodologia que sustenta essa empreitada expressa-se a partir de quatro atividades principais. A saber: a coleta dos dados, a definição do recorte temporal, a deflação dos valores coletados e a construção de um indicador que mensura a dependência das petro-rendas na receita dos municípios.

Os dados relacionados as finanças municipais foram coletados no site do tesouro nacional, na ferramenta denominada Finbra (Finanças do Brasil). Foram coletadas informações referentes a receita total do município e as receitas oriundas de indenizações petrolíferas. Enquanto que os dados sobre o financiamento da saúde com recursos municipais próprios foram coletados na plataforma digital denominada Sistema de Informações sobre o Orçamento Público (SIOPS). Recursos próprios é identificado como os recursos oriundos da tributação municipal direta e das transferências intergovernamentais obrigatórias, por força constitucional ou legal, oriundas da União ou dos estados. O recorte temporal da pesquisa contempla os anos de 2013 ao ano de 2017.

Para a realização de comparação dos valores ao longo do tempo, realizou-se a deflação da variável que expressa a soma das receitas oriundas de petro-renda. A deflação baseia-se no IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Por fim, o último passo metodológico da pesquisa consiste na criação de um indicador de dependência das petro-rendas. Este indicador tem o objetivo de mensurar qual é a dependência dos municípios brasileiros no que se refere as receitas oriundas das indenizações petrolíferas.

Criou-se o indicador a partir da verificação do percentual que a receita oriunda das indenizações petrolíferas corresponde da receita bruta realizada dos municípios. Elaborou-se quatro categorias de dependência:

- Até 2% de dependência
- 2,1 % a 10 % de dependência
- 10,1 % a 20 % de dependência
- Acima de 20 % de dependência

4. Resultados

Os resultados do trabalho estão divididos em duas partes. A primeira, apresenta os municípios dependentes das petro-rendas segundo a região e o tamanho populacional. A segunda, expõe demonstrações gráficas que apresenta o gasto com saúde, com recursos próprios municipais, de acordo com o grau de dependência de petro-rendas. As análises dessas duas partes norteiam a conclusão do trabalho.

A tabela 01 apresenta a dependência das petro-rendas segundo os municípios distribuídos nas regiões do país. Pode-se visualizar que as regiões que acumulam os municípios mais dependentes são a região Sudeste e a região Nordeste. Este resultado já é o esperado, devido a forma legal de distribuição das indenizações petrolíferas. O modelo vigente privilegia os municípios que possuem maiores níveis de produção de petróleo. Os municípios que apresentam esse requisito concentram-se no Nordeste e, principalmente, no Sudeste. No que se refere ao Sudeste, destaca-se alguns municípios do Estado de São Paulo e os municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 01: Media da dependência das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017. Segundo as regiões do país.

		Media da dependencia das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017				Total
		Até 2 %	2 % a 10 %	10 % a 20 %	Acima de 20 %	
REGIÃO	CENTRO OESTE	459	1	0	0	460
	NORDESTE	1690	53	31	13	1787
	NORTE	429	5	0	1	435
	SUDESTE	1472	122	32	23	1649
	SUL	1154	5	6	0	1165
Total		5204	186	69	37	5496

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional.

Percebe-se que uma parcela significativa dos municípios apresentam uma baixa dependência das petro-rendas. A afirmativa anterior é respaldada quando se visualiza a quantidade de prefeituras localizadas na primeira categoria de dependência, um total de 5204 municípios. Na segunda faixa de dependência que diz respeito aos municípios que possuem uma média de 2 % a 10% de dependência das petro-rendas o volume de municípios cai para 186. Destes 186 municípios, 1 município localiza-se no Centro Oeste, 5 no Sul, 5 no Norte, 53 no Nordeste e 122 municípios no Sudeste.

Na faixa 3 que diz respeito aos municípios com uma dependência de 10 % a 20 % apresenta um número ainda mais restrito; um total de 69. Sendo 6 localizado no Sul, 31 no Nordeste e 32 no Sudeste. Por fim, a faixa 4 que contempla os municípios apresentados aqui como os mais dependentes reuni 37 municípios. Sendo 1 no Norte, 13 no Nordeste e 23 no Sudeste.

O foco da análise, neste momento, inclina-se para o para o tamanho populacional. A tabela 02 ilustra a dependência segundo o tamanho populacional. Nela, podemos averiguar, por exemplo, se há um perfil populacional dos municípios mais dependentes das petro-rendas.

O principal impacto ao analisar a tabela 02 é o fato de perceber que os municípios com maiores dependências são os de menor tamanho populacional. Destaca-se as faixas populacionais de 5.001 a 10.000 habitantes até a faixa populacional de 20.001 habitantes a 50.000 habitantes.

Tabela 02: Media da dependência das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017. Segundo o tamanho populacional.

	Media da dependencia das petro-rendas, por categoria, nos anos de 2013 ao ano de 2017				Total
	Até 2 %	2 % a 10 %	10 % a 20 %	Acima de 20 %	
Até 5.000 hab	1334	10	3	2	1349
De 5.001 a 10.000 hab	1244	23	19	7	1293
De 10.001 a 20.000 hab	1201	51	25	9	1286
De 20.001 a 50.000 hab	929	58	14	14	1015
De 50.001 a 100.000 hab	276	24	3	3	306
De 100.001 a 500.000 hab	189	18	5	2	214
Mais de 500.000 hab	31	2	0	0	33
Total	5204	186	69	37	5496

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional.

Depois de ter apresentado o cenário dos municípios dependentes das petro-rendas, o próximo passo é o de averiguar a relação entre os municípios dependentes e o pagamento de despesas na saúde.

A tabela 03 apresenta a média da despesa paga em saúde com recursos próprios municipais (2013-2017). Antes de debruçar-se na análise da tabela é relevante ressaltar um ponto da tabela 01; os municípios mais dependentes concentram-se na região Nordeste e Sudeste. O principal ponto, ao visualizar a tabela 03, é o fato de que em 3 das 5 regiões do país os municípios mais dependentes das petro-rendas desprenderam maiores valores de recursos próprios municipais na saúde.

Tabela 3: Média das despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013 - 2017), por região e por dependência das petro-rendas. Em reais.

REGIÃO	Dependencia das petro-rendas	Despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013-2017)
CENTRO-OESTE	Até 2 %	10.657.506
	2 % a 10 %	5.950.075
NORDESTE	Até 2 %	8.367.159
	2 % a 10 %	18.313.428
	10 % a 20 %	8.412.385
	Acima de 20 %	6.408.698
NORTE	Até 2 %	10.106.368
	2 % a 10 %	5.715.467
	Acima de 20 %	37.280.710
SUDESTE	Até 2 %	27.277.762
	2 % a 10 %	24.672.767
	10 % a 20 %	45.460.384
	Acima de 20 %	44.377.063
SUL	Até 2 %	11.330.825
	2 % a 10 %	7.652.200
	10 % a 20 %	20.967.158

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional. Data-SUS. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Ao focar a análise no Sudeste percebe-se que os municípios mais dependentes dispõem valores expressivamente maiores comprados aos menos dependentes. Os municípios dentro da faixa mais dependentes gastam, em média, 17.099.301 milhões a mais do que os municípios localizados na faixa de menor dependência.

Por outro lado, esse padrão de gasto médio maior não é notado no caso da região do Nordeste. No Nordeste não dá para se parar notar uma relação aparente entre dependência das petro-rendas e maiores gastos no SUS. Situação diferente do que é notada na região Norte e a região Sul.

No que se refere a região Norte, os municípios mais dependentes dispõem mais que o dobro de que os menos dependentes. Enquanto que no Sul essa situação quase que se repete, os municípios dependentes gastam, em média, valores expressivamente maiores do que a categoria dos menos dependentes.

Dessa forma, os resultados apresentados na tabela 03 dão indício de que, em âmbito regional, os municípios mais dependentes das petro-rendas dispõem mais valores com a saúde. Agora o esforço intelectual volta-se para o tamanho populacional.

A tabela 04 ilustra a média das despesas com saúde pagas com recursos próprios, por tamanho de município e por dependência das petro-rendas. Ao visualizarmos a tabela nota-se que em 6 das 7 faixas populacionais os municípios da categoria de maior dependência dispõem mais valores no pagamento de despesas na saúde.

Tabela 04: Média das despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013 - 2017), por tamanho de município e por dependência das petro-rendas. Em reais.

População Categórica	Dependencia das petro-rendas	Despesas com saúde pagas com recursos próprios (2013-2017)
Até 5.000 hab	Até 2 %	2.598.683
	2 % a 10 %	2.924.847
	10 % a 20 %	5.200.353
	Acima de 20 %	3.125.667
De 5.001 a 10.000 hab	Até 2 %	3.507.748
	2 % a 10 %	4.906.871
	10 % a 20 %	6.450.069
	Acima de 20 %	6.322.197
De 10.001 a 20.000 hab	Até 2 %	5.773.321
	2 % a 10 %	7.733.938
	10 % a 20 %	8.951.802
	Acima de 20 %	11.695.575
De 20.001 a 50.000 hab	Até 2 %	10.931.223
	2 % a 10 %	15.179.132
	10 % a 20 %	19.988.122
	Acima de 20 %	30.345.203
De 50.001 a 100.000 hab	Até 2 %	28.150.838
	2 % a 10 %	28.232.064
	10 % a 20 %	86.480.985
	Acima de 20 %	33.291.276
De 100.001 a 500.000 hab	Até 2 %	94.548.863
	2 % a 10 %	80.272.093
	10 % a 20 %	188.019.022
	Acima de 20 %	230.396.340
Mais de 500.000 hab	Até 2 %	839.937.092
	2 % a 10 %	257.041.746

Fonte: Elaboração dos autores. Tesouro Nacional. Data-SUS. Os valores estão deflacionados pela IPC-A com base no mês de janeiro de 2018.

Para a melhor compreensão do cenário, o foco da análise inclina-se, especificamente, para duas faixas populacionais. A primeira, a faixa de 10.001 a 20.000 habitantes que expressa bem a situação de maiores volumes de dinheiro despendidos pelos os municípios mais dependentes. Na refira faixa populacional, os municípios mais dependentes das petro-rendas despendem mais que o dobro comparado com a faixa dos municípios menos dependentes.

A segunda, a faixa de 100.001 habitantes a 500.00 habitante. Na qual, os municípios mais dependentes das petro-rendas despendem, em média, 230. 396,340 reais de recursos próprios para a saúde. Enquanto que os municípios menos dependentes despendem, em média 94.548,863 reais. Ou seja, diante deste contexto, os municípios mais dependentes depreendem, em média, 41 % a mais de recursos próprios para o pagamento de despesas com saúde em relação ao municípios menos dependentes.

5. Conclusão

O objetivo principal desta empreitada foi o de verificar qual é o impacto de um município ser dependente das petro-rendas para o custeio da saúde financiada com recursos próprios municipais. Os resultados demonstrados no trabalho geraram insumos para serem feitas algumas associações entre ser dependente das indenizações petrolíferas e desprender maiores valores para o pagamento de despesas com saúde.

O primeiro indício encontra-se na descrição da tabela 03, na qual em 3 das 5 regiões do país os municípios mais dependentes das petro-rendas desprenderam maiores valores de recursos próprios municipais na saúde. O segundo indício demonstra-se na tabela 04 em relação as faixas populacionais. O municípios da categoria de maior dependência desprendem mais valores no pagamento de despesas na saúde. Como visualizado na faixa populacional de 50.000 habitantes a 100.000 habitantes. Onde, os municípios dentro da faixa mais dependentes gastam, em média, 17 milhões a mais do que os municípios localizados na faixa de menor dependência.

Dessa forma, os resultados demonstrados neste artigo respaldam a afirmação de que: a dependência das indenizações advindas da exploração do petróleo pode, de certa forma, explicar maiores valores para o pagamento de despesas, com recursos próprios, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Procurou-se nesta empreitada voltar o esforço intelectual para a relação das petro-rendas e economia na saúde. O desenho metodológico apresentado procurou operacionalizar esta relação. Espera-se que este artigo fomente estudos com desenho de pesquisa voltados para outras questões. Como traçar uma relação entre petro-rendas, qualidade e o acesso aos serviços de saúde.

6. Bibliografia

ALCIMAR DAS CHAGAS RIBEIRO, JOSÉ RAMON ARICA CHAVEZ, V. P. **Os reflexos da queda das rendas do petróleo nos principais municípios da Bacia de Campos**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIII, p. 8–10, 2015.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. [S.l: s.n.], 2000.

ARRETCHE, M. **Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas**. *Revista brasileira de ciências sociais*, v. 11, n. 31, p. 44–66, 1996.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. [S.l.]: Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações, 1996. v. 1.

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**. 2000.

BRASIL. Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997. **Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos**, regulamenta o inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13. *Diário Oficial da União*, 1997.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29**

no **Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 1613–1623, 2007.

CRUZ, J. L. V. DA. **Que Crise é Essa? A Queda na Arrecadação das Rendas Petrolíferas nos Municípios da Região Produtora do Estado do Rio de Janeiro**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIV, p. 4–7, 2015.

DOS SANTOS NETO, J. A. et al. **Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1269–1280, 2017.

FERNANDES, C. F. **A Evolução da Arrecadação de Royalties do Petróleo no Brasil e seu Impacto sobre o Desenvolvimento Econômico do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro: Instituto de Economia, 2007.

FERNANDES, M. A. DA C. et al. **Gasto social das três esferas de governo: 1995. 1998**.

GOMES, R. DE S. **A influência dos royalties de petróleo no gasto social: o caso dos municípios do Estado do Rio de Janeiro**. . [S.l: s.n.]. , 2007

JOSÉ LUIS VIANNA DA CRUZ, J. A. DE A. N. **Crise do petróleo, dependência dos royalties e ajuste fiscal: o caso do município de Campos dos Goytacazes/RJ**. *Petróleo, Royalties e Região*, v. XIII, p. 2–7, 2016.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; DE VASCONCELOS, C. M. **Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1849–1856, 2012.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LOTTA, G. S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. **A Coordenação Federativa de Políticas Públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas**. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 19, n. 64, 2014.

LUCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde—retrospectiva 1990/1995**. *Planejamento e Políticas Públicas*, v. 14, p. 75–158, 1996.

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde**. 2007. 377 f. 2007.

PAIM, J. **O que é o SUS**. [S.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PIOLA, S. F. **Transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde para estados, Distrito Federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da Lei Complementar nº 141/2012**. 2017.

POSTALI, F. A. S. **Efeitos da distribuição de royalties do petróleo sobre o crescimento dos municípios no Brasil: utilizando a lei do petróleo como um experimento natural**. *ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA*, v. 35, 2007.

REGINA ABREU; HELENA MONTEIRO; GUILHERME NETTO. **O SUS do Brasil**. . [S.l.]: **Laboratório de Memória e Imagem/PPGMS/UNIRIO**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Cb-csINmGnE>>. , 2013

SILVA, S. F. DA. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. [S.l.:

s.n.], 2001.

SOUZA, C. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 2, p. 27–41, 2004.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. DE; OLIVEIRA, R. G. DE. **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; MACHADO, C. V. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 3, p. 807–817, 2009.