

Descentralização e corrupção: evidência a partir dos programas de atenção básica de saúde

Sandro Garcia Duarte Peixoto – BNDES
Fabiana Rocha – FEA/USP
Marislei Nishijima – EACH/USP
Fernando Antônio Slaibe Postali – FEA/USP

Resumo: O objetivo desse artigo é avaliar se maior descentralização na área de saúde está associada a um menor nível de corrupção. As medidas de corrupção são construídas a partir dos relatórios de avaliação dos programas de atenção básica dos municípios da região Sudeste, sorteados entre 2004 e 2006 para auditoria pela CGU. Utilizam-se duas medidas de descentralização como variável de interesse: um indicador de descentralização financeira, dado pela parcela de gastos com saúde financiada com recursos próprios em relação ao total de gastos do município com saúde e uma medida de descentralização administrativa, avaliada pelo percentual de produção de serviços ambulatoriais sob gestão municipal. Os resultados obtidos indicam que não existe relação entre descentralização e corrupção, qualquer que seja a medida de descentralização utilizada. Parece assim, que o sistema de descentralização da saúde ocorrido desde a Constituição de 1988 não produziu os resultados esperados, pelo menos no que diz respeito à melhora dos indicadores de corrupção.

Palavras-chave: descentralização, corrupção, setor saúde, dados de contagem.

Classificação JEL: H51, H75, I12.

Área 4: Economia do Setor Público

Abstract: The aim of this paper is to evaluate whether greater decentralization in health sector is associated with a lower level of corruption. Measures of corruption are built from the audit reports of programs for primary health care in the Brazilian southeastern municipalities between 2004 and 2006, randomly selected for audit by the CGU. We use two measures of decentralization as variable of interest: an indicator of financial decentralization, built as the share of health spending financed with own resources in relation to total health expenditures within the municipality; and a measure of administrative decentralization, measured by the percentage of production of outpatient services under municipal management. Results point that there is no relationship between decentralization and corruption, whatever the measure of decentralization used. Therefore, it seems that decentralization of health financing after the Constitution of 1988 did not produce the expected results, at least with regard to low corruption.

Keywords: decentralization, corruption, health sector, counting data.

JEL's Classification: H51, H75, I12.

1. Introdução

A Constituição de 1988 universalizou o acesso à saúde no Brasil e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), dando origem a um processo de descentralização no setor, que ainda está em curso. O SUS é organizado a partir de uma estrutura hierárquica em que os municípios são encarregados dos cuidados primários de saúde, enquanto os procedimentos mais complexos são de responsabilidade de grandes municípios e dos governos estaduais.

A lógica perseguida é similar à definida por Oates (1972) em seu Teorema da Descentralização: estados e, sobretudo, municípios, dispõem de informações mais completas sobre as necessidades e preferências de seus habitantes, de forma que a descentralização poderia melhorar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle, além de conferir uma oferta de bens públicos mais compatível com as preferências dos habitantes locais. Neste contexto, a responsabilidade sobre o financiamento (responsabilidade fiscal) por parte dos governos locais tenderia a aumentar, uma vez que esferas administrativas mais descentralizadas são capazes de avaliar melhor o benefício das receitas tributárias na comparação com os custos incorridos, tendo em vista a necessidade de esforço fiscal para a arrecadação.

Desta forma, após a Constituição, a responsabilidade pela prestação de serviços passou a ser compartilhada pelos três níveis de governo, ficando o governo federal responsável pelas diretrizes da política de saúde e transferência dos recursos necessários para que os estados e os municípios executem tal política. Embora a responsabilidade pelo financiamento tenha sido definida também de maneira compartilhada, apenas a participação do governo federal foi inserida nas disposições constitucionais transitórias¹.

No início de 1990, uma crise de financiamento se estabeleceu no setor brasileiro de saúde, cuja origem pode ser atribuída tanto à má definição das responsabilidades de cada esfera de governo na Constituição, quanto à falta de clareza sobre as fontes de financiamento e os níveis de comprometimento de cada esfera de governo nas despesas do setor. De fato, o SUS opera com sérias dificuldades de financiamento desde a sua criação, as quais são ilustradas pela necessidade crônica de expansão dos recursos destinados à saúde². Foi somente com a Emenda Constitucional 29/2000 que a crise começou a ser combatida, através da vinculação dos recursos das três esferas de governo para o financiamento das ações de saúde no Brasil. Apesar disso, nem todas as metas de destinação de recursos ocorreram de maneira imediata³ nos governos dos três entes federativos. Além disso, de acordo com Mendes et. al. (2008), a forma de transferência mudou gradualmente de pagamentos diretos para prestadores de serviços para transferências entre esferas de governo, com o intuito de concretizar a descentralização administrativa.

Importa observar, entretanto, que, apesar da orientação para a descentralização da saúde presente na Constituição de 1988, do ponto de vista teórico, não há consenso na literatura sobre os seus efeitos. Os argumentos a favor da descentralização seguiram inicialmente a racionalidade expressa por Tiebout (1956) relativa ao *matching* de preferências, segundo a qual a provisão de bens públicos a nível local leva a uma maior variedade e a uma maior adequação no atendimento das preferências das populações locais. A descentralização traria, assim, uma melhora na eficiência alocativa.

Mais recentemente, a descentralização passou a ser associada a um mecanismo de redução da corrupção. Modelos de concorrência interjurisdicional, como o de Brennan e Buchanan (1980), resultam em uma relação negativa entre descentralização e corrupção, pois a concorrência entre governos locais para atrair residentes tem a mesma lógica da competição de mercado entre bens, limitando o poder dos burocratas de extrair renda pela prestação de serviços. Careaga e Weingast (2000) e Rodden (2000), por outro lado, observam que descentralização de gastos sem a correspondente descentralização de receitas não conduz, necessariamente, à menor corrupção, uma vez que as transferências fiscais levam os governantes locais a relaxar o esforço fiscal. Persson e Tabellini (2000) constroem um modelo em que os agentes numa burocracia centralizada são responsáveis por várias tarefas que afetam vários municípios, enquanto numa burocracia descentralizada são responsáveis por uma tarefa específica numa única jurisdição. Assim, na burocracia descentralizada o agente é o responsável direto pelos seus atos, o que leva a uma *accountability* mais direta e uma melhora no desempenho,

¹ Quando ficou estabelecido que 30% do orçamento da Seguridade Social se destinaria ao setor de saúde.

² Estes sempre foram insuficientes em comparação com outros países, sobretudo quando avaliada pela necessidade de fonte estável de financiamento, com vistas a impedir a interrupção dos serviços. Enquanto em 2005, o Brasil gastou 7,9% do PIB com saúde, dos quais apenas 44% foram financiados com recursos públicos, os EUA gastaram 16% do PIB com saúde, sendo 45% financiado pelo setor público. Já o Reino Unido gastou 8,2% do PIB, sendo que 87,1% deste valor foi financiado pelo governo (WHO, *World Health Report*, 2005).

³ SIOPS/SCTIE/Ministério da Saúde

em última instância levando a uma associação negativa entre descentralização e corrupção.

A literatura empírica, em grande medida, dá suporte aos modelos teóricos. Fisman e Gatti (2002a), utilizando regressões *cross-country*, encontram evidência de que descentralização e corrupção são negativamente associadas. Fisman e Gatti (2002b) avaliam se o descompasso entre a descentralização de receitas e despesas conduz a maior corrupção, usando dados para os estados americanos. Concluem que a corrupção é maior nos estados que recebem maiores transferências federais.

Levando em conta a paulatina transformação no processo de financiamento da saúde no Brasil desde a Constituição de 1988, o objetivo deste artigo é investigar se a descentralização tem tornado a gestão da saúde menos suscetível a esquemas de corrupção. Para esta finalidade, foram estimados modelos de dados de contagem, usando como medida de corrupção as irregularidades encontradas nos programas de atenção básica de saúde a partir da análise dos documentos resultantes da fiscalização dos municípios pela Controladoria Geral da União (CGU).

Além desta introdução, o artigo está organizado da seguinte maneira. A segunda seção apresenta as informações sobre irregularidades nos diferentes programas de atenção básica de saúde e discute quais delas podem ser consideradas corrupção. A terceira seção lista brevemente as diferentes medidas de descentralização existentes na literatura e discute as dificuldades envolvidas na mensuração da autonomia dos governos sub-nacionais. A quarta seção avalia os resultados das estimativas obtidas com dados de contagem. Finalmente, a quinta e última seção apresenta as principais conclusões.

2. Medidas de corrupção

Os dados utilizados para avaliar o grau de corrupção nos municípios são oriundos dos relatórios de auditoria da Controladoria Geral da União (CGU).⁴ Os municípios auditados são definidos a partir de um sorteio⁵ e os relatórios descrevem o número de irregularidades associadas à execução de programas federais implementados de forma descentralizada e com repasses vinculados à União, tais como os programas associados à estratégia de atenção básica de saúde. Estes dados são bastante adequados para mensurar os efeitos da descentralização sobre a corrupção, porque tais fiscalizações são desenhadas com vistas a incentivar a participação da sociedade civil no controle e a melhorar as práticas com o uso do recurso público por parte dos gestores.

No caso dos programas de saúde executados pelos municípios, existem duas formas de repasses da União: através do PAB (Piso Assistencial Básico), composto por uma parcela fixa e outra variável, ou através de convênios. Os relatórios da CGU contêm informações sobre três programas de atenção básica: o Atendimento Assistencial nos Municípios Brasileiros financiado pelo PAB-Fixo, que exige a contrapartida de várias condicionalidades⁶ dos municípios; o Programa Saúde da Família financiado pelo PAB, que é um programa de estruturação de sistemas de saúde

⁴ Os relatórios da CGU foram utilizados por Mendes (2004) para avaliar as irregularidades na administração do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) e por Ferraz e Finnan (2008) para avaliar a relação entre corrupção e eleições nos municípios.

⁵ A seleção de unidades a serem fiscalizadas é realizada mediante sorteio empreendido pela Caixa Econômica Federal. O programa iniciou de maneira experimental em 2003. São sorteados 60 municípios de até 300.000 habitantes

⁶ Tais como a elaboração do Plano Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão, assim como o adequado funcionamento de Conselho Municipal de Saúde (CMS).

municipais; e a Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde estabelecida por convênios entre as secretarias municipais e o Ministério da Saúde.

A construção do banco de dados consistiu em sistematizar e ordenar as informações de irregularidades nos relatórios CGU por incidência,⁷ através da criação de categorias por tipo de irregularidades⁸. Considerando que os relatórios apresentam diferentes graus de aprofundamento na descrição das irregularidades, bem como falta de homogeneidade, optou-se por focar a investigação nos aspectos qualitativos das informações, de modo a minimizar perdas.

Após a contabilização das ocorrências, estabeleceu-se um critério para definir entre quais irregularidades caracterizariam indícios fortes de corrupção, com vistas a construir a variável que mensurasse tal fenômeno.

A amostra de dados⁹ consta de 178 municípios da Região Sudeste, sorteados e fiscalizados entre agosto de 2004 e julho de 2006. Nesta amostra, em 169 municípios havia pelo menos um dos programas objetos da pesquisa sendo executados, sendo 10 do Espírito Santo, 76 de Minas Gerais, 20 do Rio de Janeiro e 63 de São Paulo.

A Tabela 1 mostra a média das principais características socioeconômicas dos municípios da amostra vis-à-vis àquelas do universo dos municípios brasileiros e da Região Sudeste. A Tabela 2 informa a composição média da receita total dos municípios frente ao total no Brasil e na Região Sudeste.

Tabela 1 - Características geográficas e populacionais médias dos municípios auditados, do total de municípios do Sudeste e do total de municípios do Brasil

	Auditados	Sudeste	Brasil
Área geográfica (Km2)	540	555	1543
Distância em relação à capital estadual	260	261	253
Médicos Residentes (por mil habitantes)	0,43	0,41	0,27
Índice de Desenvolvimento Humano	0,75	0,74	0,70
Índice de Gini	0,55	0,54	0,56
População Residente	28245	43465	30833
Percentual da população em área urbana	85,0%	90,5%	81,3%

Fonte: IBGE (2000).

⁷ Incidência = N°. de ocorrências / Total de Municípios em que o programa em questão foi fiscalizado.

⁸ Para maior detalhamento das irregularidades contabilizadas e sistematizadas, ver Peixoto (2008).

⁹ Relatórios disponíveis em <http://www.cgu.gov.br>.

Tabela 2 - Composição da receita total: municípios auditados, total de municípios do Sudeste e do Brasil (2005)

	Auditados	Sudeste	Brasil
1. Receitas Correntes	98,2%	97,8%	97,5%
1.1 Receita Tributária	7,3%	7,5%	5,7%
1.1.1 IPTU	2,0%	2,3%	1,3%
1.1.2 ISS	2,6%	2,5%	2,0%
1.1.3 Taxas	1,0%	1,0%	0,7%
1.1.4 Outras Receitas Tributárias	1,6%	1,6%	1,6%
1.2 Outras Rec. Correntes Próprias	7,3%	7,6%	5,5%
1.3 Rec. de Transferências Correntes	83,6%	82,7%	86,3%
1.3.1 FPM	34,5%	36,2%	38,8%
1.3.2 SUS	4,7%	4,6%	6,1%
1.3.3 FNAS	0,3%	0,3%	0,7%
1.3.4 FNDE	1,5%	1,5%	1,9%
1.3.5 ICMS	24,0%	22,7%	18,8%
1.3.6 IPVA	2,0%	2,0%	1,3%
1.3.7 FUNDEF	9,6%	9,4%	12,8%
1.3.8 Convênios SUS	0,3%	0,3%	0,4%
1.3.9 Outros Convênios	1,6%	1,4%	1,4%
1.3.10 Outras Transferências Correntes	5,2%	4,4%	4,1%
2. Receitas de Capital	1,8%	2,2%	2,5%

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional.

As Tabelas 1 e 2 mostram que os municípios auditados são representativos da localidade média da Região Sudeste. Verifica-se que as variáveis geográficas e populacionais são similares entre os dados da amostra e os relativos ao Sudeste, exceto na população residente média, como era esperado, pois os sorteios da CGU abrangem somente municípios com até 300 mil habitantes.

Em relação à estrutura de arrecadação, os municípios do Sudeste têm ligeira vantagem na capacidade de geração de receitas próprias em relação à média do país, mas a diferença é pequena. Os municípios da amostra e do Sudeste têm indicadores socioeconômicos melhores que a média nacional, além de dependerem menos de transferências governamentais da União e de estados. Entretanto, mesmo no Sudeste, a estrutura da composição de receitas dos municípios é ainda fortemente dependente das transferências governamentais. Este fenômeno é resultante da estrutura tributária brasileira bastante centralizada, em que os principais impostos são de competência da União (como IR, COFINS e IPI) ou dos estados (destaque para o ICMS). O grande problema subjacente a este modelo é o baixo incentivo municipal para a cobrança e para a otimização dos recursos disponíveis para as prefeituras, já que seu custo de captação é socializado com o todo o país.

Dos 169 municípios auditados e dotados de sistema de atenção básica de saúde, em 133 havia o Programa de Saúde da Família, do qual foram criadas 16 categorias de irregularidades. O PAB-Fixo, por sua vez, gerou 19 itens, num total de 156 municípios auditados. O Programa Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica foi objeto de análise em uma quantidade inferior de municípios (79), com a criação do total de 14 classificações de impropriedades.

Com relação às ocorrências classificadas por programa, a Tabela 3 mostra as irregularidades no âmbito do Programa Saúde da Família, a Tabela 4 mostra as irregularidades no âmbito do PAB – Fixo / Atendimento Assistencial Básico e a Tabela 5 descreve as irregularidades no âmbito da Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

A única irregularidade que é comum aos três programas é a notificação inadequada da liberação de recursos pela prefeitura em dissonância ao exigido pela Lei 9.452/97, que obriga os municípios comunicarem o recebimento de recursos da União aos partidos políticos, sindicatos profissionais e patronais com sede no município. A elevada incidência deste desvio (55,6% dos municípios fiscalizados) sugere reduzido grau de transparência na condução das políticas públicas executadas pelas prefeituras municipais.

Tabela 3 - Irregularidades no âmbito do Programa Saúde da Família

Irregularidade	Ocorrências	Incidência (%)
Não é atendido ou estabelecido no desenho do programa acerca da razão de famílias atendidas por equipes de saúde ou seus componentes	43	32,33
Equipes de Saúde da Família (ESF) não dispõem de infra-estrutura adequada para execução de seus trabalhos	38	28,57
Monitoramento insuficiente das Equipes de Saúde da Família.	38	28,57
Inconsistência nos dados do SIAB	33	24,81
Irregularidades na contratação de profissionais ou na constituição das ESF	28	21,05
Capacitação inexistente ou insuficiente para ACS e demais integrantes das ESF contratados	25	18,80
Ações previstas no desenho do programas não são executadas adequadamente no município	20	15,04
Irregularidades no gerenciamento de medicamentos e materiais para uso exclusivo das ESF	9	6,77
Contratação irregular de organização executora do programa	8	6,02
Planejamento deficiente para implantação, execução e expansão do PSF	8	6,02
Desvio de finalidade na aplicação de recursos financeiros destinados ao PACS / PSF	7	5,26
Rede de saúde desarticulada para implementar a estratégia de atuação do PSF	7	5,26
Outros	5	3,76
Ausência / Insuficiência de veículos para locomoção das equipes PSF	4	3,01
Impossibilidade / Ausência de comprovação das despesas realizadas a partir de recursos da conta PSF	4	3,01
ACS contratados não residem nas comunidades em que atendem	2	1,50

Fonte: Controladoria Geral da União

Tabela 4. Irregularidades no âmbito do PAB – Fixo / Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros

Irregularidade	Ocorrências	Incidência (%)
Irregularidades referentes aos instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS	122	78,21
Desvio de finalidade na utilização de recursos do PAB	72	46,15
Irregularidades relativas à formação e/ou ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS)	72	46,15
Falhas na gestão e operacionalização do Fundo Municipal de Saúde – FMS	45	28,85
Gerenciamento inadequado dos recursos financeiros e das contas do PAB	41	26,28

Documentação com elementos insuficientes para atestar a finalidade de uso de recursos do PAB/desorganização documental	26	16,67
Aquisição de bens ou contratação de serviços não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações	25	16,03
Impropriedades em processos licitatórios	21	13,46
Impropriedades detectadas no gerenciamento de bens móveis e serviços realizados com recursos do PAB-fixo	18	11,54
Licitação na modalidade convite com número de propostas válidas inferior a três	14	8,97
Irregularidades na contratação de profissionais e/ou de instituições privadas responsáveis pela execução de serviços básicos de saúde	12	7,69
Restrição à competitividade em certame licitatório	10	6,41
Outros	8	5,13
Monitoramento deficiente dos profissionais e das entidades conveniadas que atuam na atenção básica	8	5,13
Indícios de fraude em processos licitatórios	5	3,21
Insuficiência de medicamentos e/ou deficiência no controle e estocagem	4	2,56
Pagamentos acima do estipulado em contrato / processo licitatório; Pagamento intempestivo	3	1,92
Baixa resolubilidade do sistema de atenção básica à saúde no município	2	1,28
Cobrança de consultas básicas aos usuários do SUS por parte de entidade conveniada	1	0,64

Fonte: Controladoria Geral da União

Tabela 5 - Irregularidades no âmbito da Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

Irregularidade	Ocorrências	Incidência (%)
Descumprimento de exigências perante órgão concedente previstas em contrato	35	44,30
Irregularidades no gerenciamento dos bens adquiridos mediante convênio com a União	31	39,24
Impropriedades em processos licitatórios	29	36,71
Informações incompletas no preenchimento das notas fiscais, conforme preceitua o art. 30º da IN/STN 01/97.	23	29,11
Restrição à competitividade em certame licitatório	19	24,05
Licitação na modalidade convite com número de propostas válidas inferior a três	17	21,52
Outros	15	18,99
Aquisição de bens ou contratação de serviços não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações	13	16,46
Documentação precária referente a convênio / licitação	13	16,46
Indícios de fraude em processos licitatórios	11	13,92
Preços Unitários de itens contratados com valores acima aos de mercado / superfaturamento	11	13,92
Atraso na execução do Plano de Trabalho / convênio	6	7,59
Irregularidades na execução e pagamento de obras	6	7,59
Liberação de recursos antecipada / com o Plano de Trabalho incompleto	4	5,06

Fonte: Controladoria Geral da União

No Programa Saúde da Família, a irregularidade mais frequente foi o descumprimento do número mínimo de profissionais por habitantes, observada em 32,3% dos municípios fiscalizados, seguido da constatação de infra-estrutura deficiente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do monitoramento insuficiente das frequências e ações dos profissionais de saúde, ambos verificados em 28,57% dos municípios. Inconsistência entre dados do SIAB e observados nas fiscalizações foi constatada em 24,8% dos municípios. Em 21,05% dos municípios, observou-se a contratação irregular de profissionais e constituição inadequada das equipes de saúde (Nogueira, 1996; Nogueira, Silva e Ramos, 2000; Ministério da Saúde, 2002). A capacitação deficiente dos profissionais de saúde, por sua vez, desponta como irregularidade incidente em 18,8% das localidades auditadas¹⁰.

Deve-se notar que existe uma controvérsia sobre a forma de contratação direta ou indireta de profissionais, conforme possibilidades aceitas pelo Ministério da Saúde e pela Justiça do Trabalho. Na direta - pelo regime CLT, por concurso público – a estabilidade funcional é o regime mais indicado para a consecução de metas, pois pode contar com conhecimento especializado e tácito. A indireta¹¹ – parcerias firmadas com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)¹² e contrato de gestão com Organização Social (OS)¹³ – permite maior concorrência e flexibilidade. A fiscalização da CGU verificou a presença de várias formas de contratação de profissionais não aderentes a essas diretrizes: informalidade absoluta, realização de licitação entre profissionais como prestadores de serviços, cargos comissionados ou estatutários, contrato por tempo determinado, entre outros (Nogueira, Silva e Ramos, 2000).

Com relação ao Programa de Atendimento Assistencial nos Municípios Brasileiros, houve alta evidência (78,21%) de irregularidades referentes aos instrumentos básicos de planejamento do sistema de atenção básica municipal. Este item inclui municípios com falhas associadas ao Plano Municipal de Saúde ou Relatório de Gestão, cujos documentos são necessários para a habilitação dos municípios no SUS e para o conseqüente recebimento de verbas. Dentre estas falhas, destacam-se: falta de apresentação de documentos aos auditores ou apresentação sem as exigências previstas na legislação; não aprovação pelo CMS; ou aprovação fora do prazo legal.

A constatação de problemas nos instrumentos básicos de gestão da atenção básica – o desvio de finalidade dos recursos do PAB-Fixo – apresentou incidência em 46,15% da amostra. Apesar disso, na maioria dos casos, a verba se destinou a outro item de saúde que não a destinação específica do PAB-Fixo, resultando assim na utilização para outros fins que não o previsto na legislação¹⁴.

Irregularidades referentes à formação e ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS)¹⁵ foram detectadas em 46,15% das localidades fiscalizadas como, por exemplo, composição do colegiado em desacordo com a legislação, não observância das regras de eleição do Presidente do CMS, ausência de Regimento

¹⁰ Portaria 648 / 2006 GM/MS

¹¹ Em 6,02% dos municípios auditados, foi constatada a presença de contratação irregular de organização executora do programa, o que abarca desde a organização executora não se enquadrar juridicamente nas exigências da legislação, irregularidades na documentação referente ao convênio com a entidade contratada e até a inobservância do princípio de segregação de funções (gestor municipal de saúde era também gestor da contratada).

¹² Trata-se de ONGs tituladas pelo governo federal.

¹³ Vide Lei 9.637/98, Lei 9.790/99 e Ministério da Saúde, 2002.

¹⁴ No entanto, houve a constatação de um desvio grave em um único município, como o pagamento de veículo de propriedade de particulares com recursos do PAB.

¹⁵ Regido pela Lei 8.142/1990 e pela Resolução 333/2003

Interno do conselho, atuação independente do gestor da saúde no CMS, periodicidade irregular das reuniões, ausência de atas e relatórios (ou não disponibilizados à CGU) , ausência de participação do CMS na elaboração do orçamento anual e demais instrumentos de gestão da saúde municipal e desconhecimento, pelo CMS, dos recursos financeiros disponibilizados e aplicados nas ações de saúde.

O Fundo Municipal de Saúde é pré-condição para o PAB, que deve ser gerido por secretários de saúde e fiscalizado pelos respectivos conselhos de saúde. Em 28,85% dos municípios auditados, foi constatada alguma irregularidade na gestão dos fundos municipais de saúde, tais como: inexistência jurídica do Fundo Municipal de Saúde, gestão do fundo realizada pelo prefeito, e conta corrente de titularidade da prefeitura (e não da SMS). Em 26,28% da mostra, constataram-se irregularidades no gerenciamento dos recursos financeiros e das contas do PAB, tais como: recursos sem identificação referentes a vários programas gerenciados por conta única, movimentação na conta PAB de recursos não referentes à atenção básica, movimentação de recursos destinados à cobertura da atenção básica em contas que não compõem o FMS, devolução de cheques emitidos em nome do FMS, ausência de aplicação de saldo remanescente da conta corrente em depósitos de poupança ou fundos de investimento e a utilização de recursos federais destinados a outros programas de saúde para a contrapartida municipal no atendimento básico ou de recursos do PAB para contrapartida em outros programas federais.

Ainda no que se refere à gestão financeira do PAB¹⁶, 16,67% dos municípios não apresentaram demonstrativo de uso dos recursos devido ao extravio dos documentos, à desorganização dos documentos comprobatórios, ou ainda à especificação imprecisa nas notas de empenho do programa de atendimento básico de saúde ao qual a despesa se refere.

Foram constatadas, também, várias irregularidades referentes à contratação de fornecedores, em desacordo com a Lei 8.666/1993, que institui as normas gerais sobre licitações e contratos da Administração Pública Federal, Estadual e Municipal. Neste trabalho, optou-se por sistematizar as informações com base nos seguintes critérios: natureza da irregularidade, nível de gravidade e incidência. O formato final das categorias referentes às irregularidades em processos licitatórios está disposto na Tabela 6, que ainda informa a sua incidência no âmbito do Programa de Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros. Vale destacar que este mesmo padrão foi adotado nos desvios correspondentes ao Programa de Estruturação da Atenção Básica de Saúde, cujo foco é justamente a construção e aquisição de equipamentos para viabilizar atendimento primário adequado, cujos resultados são apresentados mais adiante.

Tabela 6 - Irregularidades referentes à Lei 8.666/1.993 – PAB- Fixo

Irregularidade	Inc idência (%)
Contratação não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações	16,0
Impropriedades em processos licitatórios	13,4
Licitação na modalidade convite com menos que três propostas válidas	8,97
Restrição à competitividade em certame licitatório	6,41
Indícios de fraude em processos licitatórios	3,21

Fonte: Controladoria Geral da União.

¹⁶ Portaria 648/2006 GM/MS.

A primeira das categorias disposta na Tabela 6 mostra que 16% dos municípios incorreram em falhas estruturais (não observância artigos 23 e 24 da lei 8.666/93) no processo de contratação de despesas. Nestes municípios, as exigências estabelecidas pela lei não foram cumpridas adequadamente por inobservância da obrigação legal de licitar¹⁷, por falhas na documentação que suportaria a dispensa de licitação, pelo fracionamento indevido de despesas e enquadramento inadequado da modalidade de licitação.

Três categorias de irregularidades foram criadas com base no nível de gravidade dos desvios constatados pelos fiscais ao longo das licitações: impropriedades em processos licitatórios, restrição à competitividade em certame e indícios de fraude. A primeira abarca as irregularidades menos graves, ao passo que a última incorpora as mais críticas.

As menos graves – classificadas como impropriedades em processos licitatórios – consistem no descumprimento de exigências procedimentais estabelecidas na Lei 8.666/93 tais como: falta de numeração do processo e das folhas, descumprimento do prazo mínimo de cinco dias úteis entre a divulgação da licitação e a abertura do certame, certidão expedida pela empresa vencedora com data posterior à abertura das propostas, falta identificação de representante legal e assinatura de participante em certame licitatório.

As falhas classificadas como restrição à competitividade representam aquelas cuja ocorrência pode indicar a inobservância dos princípios de isonomia e primazia pelo caráter competitivo da licitação, com potencial de interferência no resultado do certame. Exemplos são: poucas empresas convidadas em licitação na modalidade Tomada de Preços, constatação de direcionamento de escolha de marca em licitação, publicação deficiente do processo licitatório, convites a empresas com sócios em comum, mas pelo menos uma com sócios diferenciados, descarte de proposta de participante mediante justificativa inadequada e a realização de licitação do tipo menor preço global ao invés do menor preço unitário.

Na última linha da Tabela 6, as irregularidades categorizadas como indícios de fraude consistem naquelas em que há presença de elementos que demonstram inequívoca má-fé no decorrer do processo licitatório. São exemplos de fraudes constatados pelos fiscais: sócios comuns a todas as empresas convocadas em processo na modalidade convite, empresas contratadas reconhecidamente inidôneas, presença de diferença padronizada nos preços unitários dos itens apresentados pelos participantes da licitação (caracterizando conluio entre estes), redação e formatação idênticas de propostas apresentadas pelos concorrentes e falsificação de assinaturas e de documentos.

As irregularidades do Programa de Estruturação da Rede de Serviços da Atenção Básica, o terceiro programa investigado, cujo objeto é a realização de licitações, puderam ser classificadas da mesma maneira que as do programa de Atendimento Assistencial nos Municípios Brasileiros, financiado pelo PAB-fixo, descritas acima. Verifica-se na Tabela 7 que cada um dos cinco desvios discutidos anteriormente tiveram incidência ainda maior neste programa.

¹⁷ Ressalte-se que neste caso, grande parte das irregularidades constatadas tem como origem entes conveniados que, por serem privados, entendem que suas compras não necessitariam de processo licitatório, a despeito de serem realizadas com recursos federais, o que contraria norma da Secretaria do Tesouro Nacional.

Tabela 7 - Irregularidades referentes à Lei 8.666/1993 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde

Irregularidade	Incidência (%)
Impropriedades em processos licitatórios	36,71
Restrição à competitividade em certame licitatório	24,05
Licitação na modalidade convite com menos que três propostas válidas	21,52
Contratação não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações	16,46
Indícios de fraude em processos licitatórios	13,92

Fonte: Controladoria Geral da União

A Instrução Normativa STN 1/1997 é a principal norma a reger os convênios celebrados entre a União e os demais entes federativos, estabelecendo os procedimentos subjacentes, desde o credenciamento até a respectiva prestação de conta. Em 44,3% dos municípios fiscalizados, houve constatação de descumprimento das exigências previstas na referida norma perante o órgão concedente, tais quais a alteração de objeto do convênio sem retificação perante órgão concedente¹⁸, o emprego do objeto em desacordo com previsto no Plano de Trabalho, a falta de disponibilização de contrapartida do contrato ou convênio, as irregularidades na aplicação financeira dos recursos mantidos em conta corrente¹⁹ e a não devolução de saldo de convênio remanescente para a Administração Federal foram as irregularidades cometidas em desacordo esta Instrução Normativa.

Irregularidades no gerenciamento dos bens adquiridos através de convênio representaram a segunda falha mais freqüente, constatada em 39,24% das localidades fiscalizadas. Exemplos de gerenciamento inadequado foram: não-localização ou não-utilização dos bens adquiridos ou equipamentos construídos com recursos de convênio, sub-utilização ou ociosidade de unidades móveis de saúde, ausência de plaquetas de patrimônio em equipamentos hospitalares, controle insuficiente da movimentação de veículos e uso por entidades privadas de equipamento público adquirido com recursos do convênio.

Na seqüência, pela ordenação das categorias de irregularidades com base em sua incidência, verificou-se a presença de duas ocorrências irregulares que, embora possam ser consideradas de caráter formal, podem indicar fragilidade no gerenciamento do poder público municipal: o desacordo com o estabelecido pela legislação acerca do preenchimento das notas fiscais (29,11% dos municípios) e precariedade na documentação referente a convênio e licitação associada (16,46%).

Finalmente, com base nas irregularidades listadas acima, foram definidas como ações de corrupção um subgrupo de itens com maior probabilidade de resultarem de atitudes deliberadamente ilegais em um processo de investigação mais aprofundado. O número dessas irregularidades será a variável dependente no modelo de dados de contagem. Deste modo, foram excluídas irregularidades tais como atrasos, inadequação

¹⁸ A alteração de convênio, ou Plano de Trabalho, seja acerca do objeto adquirido ou do emprego ao qual este se destina, requer solicitação ao órgão concedente e sua posterior aprovação previamente à iniciação do certame licitatório, nos termos da IN 1-97 STN, art. 15.

¹⁹ O art. 20 da IN 1-97 STN estabelece as modalidades em que os recursos transferidos pela União para execução de convênios devem ser aplicados no mercado financeiro, enquanto não são destinados ao pagamento do objeto contratado. O mesmo explicita que os recursos apenas podem ser utilizados para a execução do convênio firmado.

de infra-estrutura e de pessoal. As irregularidades efetivamente computadas como indícios de corrupção foram as seguintes:

- a) Irregularidades na contratação de profissionais ou na constituição das ESF
- b) Irregularidades no gerenciamento de medicamentos e materiais para uso exclusivo das ESF
- c) Impossibilidade / Ausência de comprovação das despesas realizadas a partir de recursos da conta PSF
- d) Inconsistência nos dados do SIAB
- e) Contratação irregular de organização executora do programa
- f) Impropriedades detectadas no gerenciamento de bens móveis e serviços realizados com recursos do PAB-fixo
- g) Documentação com elementos insuficientes para atestar a finalidade de uso de recursos do PAB / desorganização documental
- h) Irregularidades na contratação de profissionais e/ou de instituições privadas responsáveis pela execução de serviços básicos de saúde
- i) Gerenciamento inadequado dos recursos financeiros e das contas do PAB
- j) Desvio de finalidade na utilização de recursos do PAB
- k) Irregularidades referentes aos instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS
- l) Cobrança de consultas básicas aos usuários do SUS por parte de entidade conveniada
- m) Pagamentos acima do estipulado em contrato / processo licitatório; Pagamentos intempestivo
- n) Aquisição de bens ou contratação de serviços não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações
- o) Licitação na modalidade convite com número de propostas válidas inferior a três
- p) Impropriedades em processos licitatórios
- q) Restrição à competitividade em certame licitatório
- r) Indícios de fraude em processos licitatórios
- s) Irregularidades relativas à formação e/ou ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS)
- t) Impropriedades em processos licitatórios
- u) Restrição à competitividade em certame licitatório
- v) Indícios de fraude em processos licitatórios
- w) Aquisição de bens ou contratação de serviços não foi estruturada de acordo com a Lei de Licitações
- x) Licitação na modalidade convite com número de propostas válidas inferior a três
- y) Documentação precária referente a convênio / licitação
- z) Irregularidades no gerenciamento dos bens adquiridos mediante convênio com a União
- aa) Descumprimento de exigências perante órgão concedente previstas em contrato
- bb) Irregularidades na execução e pagamento de obras
- cc) Preços Unitários de itens contratados com valores acima aos de mercado / superfaturamento

3. Medidas de descentralização

A obtenção de uma medida adequada de descentralização é uma das principais dificuldades encontradas na comparação de estruturas governamentais verticais, como as organizadas em federações. A literatura sobre descentralização fiscal, em geral aplicada a estudos entre países, utiliza como fonte de dados o *Government Finance Statistics* (GFS) do Fundo Monetário Internacional, de modo que a medida geral de descentralização fiscal é função da parcela do gasto (ou da receita) sub-nacional no gasto (ou receita) governamental total ou no produto interno bruto.

Todavia, esta medida apresenta dois problemas: i) as restrições fiscais impostas pelo governo central sobre os níveis de governo sub-nacional e a coordenação entre os níveis de governo na provisão de bens públicos e no financiamento conjunto não podem ser mensuradas quantitativamente; ii) elimina detalhes sobre o desenho dos sistemas fiscais, não permitindo identificar o grau de autonomia do gasto local, nem distinguir as fontes de receitas entre tributárias versus não tributárias, transferências intergovernamentais versus outras transferências, além de não separar quanto das

transferências é condicional e que parcela é destinada a propósitos gerais (não condicionais).

Kaufman (1963) apresenta vários indicadores que medem o grau de controle do governo central sobre o governo sub-nacional, dentre os quais o envolvimento na seleção de *staff* administrativo, a frequência da consulta e extensão da supervisão. Smith (1997) e Bahl (1999) discutem exaustivamente os fatores que descrevem conjuntamente a extensão da descentralização fiscal: conselhos localmente eleitos, provisões institucionais, o tamanho e o número de autoridades sub-nacionais, estruturas organizacionais, indicadores fiscais de gasto, taxaço e capacidades de endividamento. Como medidas alternativas de descentralização de natureza semelhante aparecem ainda o tamanho e o número de autoridades sub-centrais, o número de jurisdições sub-centrais normalizado pela população²⁰ ou número de *tiers* do governo sub-nacional.

Dados estes problemas, surgiram novas abordagens que buscam levar em conta a estrutura vertical de tomada de decisão ao analisar o grau de descentralização fiscal. Sobre a oferta de bens públicos, a extensão pela qual os governos sub-nacionais dependem de transferências do governo central para apoiar os seus gastos (desequilíbrio fiscal vertical) é usada como uma medida de autonomia de gasto. Uma abordagem mais exaustiva, como a de Pola (1999), envolve a separação dos gastos do governo sub-central por função e sua classificação de acordo com o grau de discricionariedade local na sua formulação e execução.

Do lado das receitas, o grau de dependência em relação aos recursos próprios (*own revenue*) é geralmente usado como um indicador de autonomia de receita dos governos sub-nacionais. Esse indicador é definido como a razão entre receitas totais líquidas de transferências intergovernamentais e a receita total dos governos sub-centrais.

Uma estrutura analítica mais recente fornecida pela OCDE (1999, 2001) que classifica os impostos de acordo com o grau de discricionariedade local, deu origem a outros indicadores de descentralização fiscal. A OCDE identifica três fontes de receitas sub-nacionais: as receitas tributárias, as não tributárias; e as transferências intergovernamentais. As receitas tributárias e as transferências intergovernamentais são sub-divididas em dois grupos: caso os governos sub-nacionais tenham controle significativo ou total sobre um imposto (um controle próprio sobre a alíquota ou sobre a base tributária de um imposto e sua alíquota), isso é listado como “*own tax revenue*”. Caso o governo sub-nacional tenha nenhum ou apenas controle limitado sobre a alíquota e a base de um imposto e o governo central determine a divisão das receitas, isso é listado como “*revenue from tax sharing*”. Receitas não-tributárias incluem rendimento de operações e propriedade de negócios, taxas e *duties* administrativos, multas.

As transferências intergovernamentais são posteriormente classificadas como de propósitos gerais ou específicos. As transferências com propósitos gerais podem ser usadas como receitas próprias, mas elas podem ser alocadas com base em critérios objetivos ou discricionários pelo governo central. As transferências específicas são carimbadas para determinados propósitos e a alocação pode ou não ser condicional através dos governos sub-nacionais. Portanto, transferências com propósitos gerais ou específicos são identificadas como sub-grupos separados.

Baseado nesta estrutura da OCDE, Stegarescu (2004) constrói diferentes medidas de autonomia fiscal e descentralização de receitas. Por exemplo, uma de suas medidas do grau de autonomia fiscal é definida como a receita tributária própria do

²⁰ Por exemplo, Oates (1985).

governo sub-nacional dividida pela receita tributária total do governo sub-nacional. Uma de suas medidas de descentralização da receita tributária é definida como receita tributária própria do governo sub-nacional dividida pela receita tributária do governo geral consolidado.

Ebel e Yilmaz (2002) incluem transferências com propósitos gerais com critérios objetivos e transferências específicas não condicionais na variável de descentralização, uma vez que os governos sub-nacionais tem pelo menos alguma autonomia de gasto com estas transferências.

Para o Brasil, Guedes e Gasparini (2007), ao discutirem a relação entre descentralização e tamanho do governo, utilizam duas medidas de descentralização: a participação da receita tributária municipal nas despesas orçamentárias totais para captar a capacidade de autofinanciamento dos municípios e, seguindo a tradição na literatura, usam também a participação das despesas orçamentárias municipais nas despesas orçamentárias totais do governo.

Percebe-se, assim, a grande dificuldade de mensurar a descentralização e, portanto, de obter resultados mais conclusivos sobre seus efeitos sobre variáveis de interesse. Diante disso, são utilizadas neste estudo duas medidas de descentralização. A primeira corresponde a uma medida “clássica” de descentralização, dada pela parcela dos gastos com saúde financiados com recursos próprios do município em relação ao gasto total com saúde na localidade. Para o caso particular deste trabalho, que trata exclusivamente do setor saúde e de unidades dentro do mesmo país, boa parte dos problemas desta medida fica minimizada, pois não se trata de gastos/receitas agregados dos países nos vários setores nem de localidades com diferentes estruturas e desenhos institucionais. Utilizou-se, ainda, uma medida de descentralização administrativa avaliada pelo percentual de produção ambulatorial sob gestão municipal.

4. Modelo e resultados econométricos

A fim de se investigar se a descentralização causou algum impacto na corrupção, este artigo lança mão do modelo de dados de contagem. A variável dependente é dada pelo número de irregularidades observadas nos diferentes programas de atenção básica de saúde, definido a partir dos relatórios de fiscalização da CGU. Os dados foram contabilizados em termos anuais, conforme a disponibilidade das informações nos relatórios.

Inicialmente, assume-se que as irregularidades possuem uma distribuição de Poisson. Portanto, sendo μ a taxa de incidência, a probabilidade de se observarem y ocorrências irregulares é dada por:

$$P(Y = y) = \frac{e^{-\mu} \mu^y}{y!}, y = 0, 1, 2, \dots \quad (1)$$

O modelo de regressão em dados de contagem deriva da parametrização da média μ em relação a um vetor de variáveis explicativas x . Assumindo, por exemplo, uma média exponencial tem-se:

$$\mu_i = \exp(x_i' \beta), i = 1, \dots, N \quad (2)$$

A variável de interesse é a descentralização e, como discutido anteriormente, são utilizadas duas medidas diferentes para avaliar a extensão da autonomia dos municípios na área de saúde.

A primeira corresponde a um indicador de descentralização financeira (Desc. Financ.) dada pela razão entre os recursos próprios dos municípios direcionados ao setor saúde e os recursos públicos totais (municipais, estaduais e federais) que financiam a saúde naquela localidade.

A segunda variável corresponde a um indicador de descentralização administrativa (Desc. Administ.) e procura medir em que extensão os municípios têm responsabilidade direta pela administração da área de saúde. Esta variável é definida pela proporção da produção ambulatorial do município sob gestão da prefeitura.

Foram utilizadas, ainda, as transferências do SUS como indicador de situação fiscal. Por imposição legal, os municípios brasileiros devem destinar pelo menos 15% de suas receitas para o financiamento da saúde²¹. Além disso, o governo federal complementa os recursos municipais através de transferências fundo a fundo, ou seja, através de transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde. Para o Brasil como um todo, 62,7% do financiamento da saúde municipal é realizado com recursos próprios, enquanto as transferências federais representavam 37,3%, indicando a importância relativa dessas últimas no financiamento do setor (Mendes, 2008). Como estas transferências devem ser aplicadas em programas pré-estabelecidos pelo governo, observa-se uma baixa autonomia de gasto por parte dos municípios.

A título de controle, são utilizadas as seguintes variáveis municipais: tamanho do Governo (indicado pela razão entre as receitas de impostos e o produto municipal), produto per capita, escolaridade média no município, coeficiente de Gini, o Índice de Desenvolvimento Humano, a população residente (em logaritmo), grau de urbanização, distância da capital do estado e transferências do SUS. Estes dados anuais foram obtidos no DATASUS, do IBGE e do IPEADATA.

A Tabela 9 apresenta os resultados para diferentes combinações de variáveis explicativas. O que chama atenção nas estimativas obtidas é a falta de significância estatística da variável descentralização financeira, independentemente de quais controles são utilizados nas especificações. Aparecem ainda como estatisticamente significantes: i) a educação, afetando negativamente a corrupção como seria esperado; ii) o IDH afetando também negativamente corrupção como esperado; iii) o grau de urbanização afetando positivamente a corrupção ; iv) a distância da capital do estado afetando negativamente a corrupção, esse fenômeno possivelmente pode estar relacionado com o observado em (iii) caso se verifique uma tendência das cidades mais urbanizadas se situarem mais distantes da capital.

²¹ O cálculo das receitas municipais para fins de aplicação no SUS é dado por: total das receitas de impostos municipais (ISS, IPTU e ITBI) mais receitas de transferências da União (Quota-parte do FPM, Quota-parte do ITR e Quota-parte da Lei Complementar no. 87 de 1996) mais Imposto de renda retido na fonte mais receitas de transferências do estado (Quota-parte do ICMS, Quota-parte do IPVA e Quota-parte do IPI sobre exportações) outras receitas correntes.

Tabela 8– Irregularidades e descentralização fiscal: Poisson

Variável	Especificação			
	1	2	3	4
Desc. Fiscal	0,0162 (0,942)	0,0276 (0,896)	-0,0143 (0,946)	-0,0716 (0,729)
Tamanho	0,0018 (0,414)	0,0021 (0,326)	0,0020 (0,357)	0,0023 (0,289)
Renda per capita	-0,0019 (0,517)	-	-	-0,0007 (0,792)
Escolaridade	-0,2413* (0,000)	-0,0491 (0,558)	-	-0,2362* (0,000)
Gini	-0,5553 (0,507)	-22,103 (0,032)**	-	-0,5066 (0,545)
LPopulação	0,0511 (0,163)	0,0378 (0,297)	0,0433 (0,229)	0,0462 (0,203)
Urbanização	0,8723* (0,002)	0,7788* (0,006)	0,8542* (0,000)	0,8849* (0,002)
Distância	-6e-04** (0,032)	-4e-04 (0,132)	-4e-04*** (0,09)	-6e-04** (0,033)
Transf. SUS	0,0002 (0,274)	0,0001 (0,494)	0,0001 (0,423)	-
Pobreza	-	0,0141* (0,003)	-	-
IDH	-	-	-5,0522* (0,000)	-
Constante	18,299 (0,007)	-	42,026 (0,000)	18,746 (0,005)

Obs:*, ** e *** indicam significância estatística a 1%, 5% e 10%, respectivamente.
P-valor entre parênteses.

A Tabela 10 mostra os resultados para as mesmas especificações da Tabela 9, mas substituindo a variável descentralização financeira pela variável descentralização administrativa. Em algumas especificações, a maior autonomia municipal leva a um maior nível de corrupção, sendo o coeficiente estimado estatisticamente significativo. Aparecem ainda como estatisticamente significantes as mesmas variáveis, ou seja, a educação negativamente associada às ocorrências irregulares, o IDH com impacto também negativo, o grau de urbanização com impacto positivo e a distância da capital do estado com impacto negativo.

Tabela 9 – Irregularidades e descentralização administrativa: Poisson

Variável	Especificação			
	1	2	3	4
Desc. Administr.	0,2783 (0,223)	0,3805*** (0,095)	0,4005*** (0,073)	0,2766 (0,225)
Tamanho	0,0014 (0,521)	0,0016 (0,464)	0,0015 (0,500)	0,0017 (0,412)
Renda per capita	-0,0016 (0,582)	-	-	-0,0006 (0,832)
Escolaridade	-0,2338* (0,000)	-0,0291 (0,730)	-	-0,2276* (0,000)
Gini	-0,4306 (0,610)	-2,1340** (0,038)	-	-0,3903 (0,644)
Lpopulação	0,0559 (0,115)	0,0446 (0,207)	0,0547 (0,117)	0,0552 (0,120)
Urbanização	0,8475* (0,002)	0,7538* (0,008)	0,8455* (0,000)	0,8439* (0,003)
Distância	-0,0006** (0,044)	-0,0004 (0,189)	-0,0004 (0,116)	-0,0006** (0,048)
Transf. SUS	0,0002 (0,245)	0,0001 (0,469)	0,0001 (0,338)	-
Pobreza	-	0,0149* (0,002)	-	-
IDH	-	-	-5,0308* (0,000)	-
Constante	14,829 (0,040)	1,002 (0,172)	37,556 (0,000)	14,456 (0,045)

Obs:*, ** e *** indicam significância estatística a 1%, 5% e 10%, respectivamente. P-valor entre parênteses

Uma restrição implícita imposta pelo modelo de Poisson é de mesma dispersão (*equidispersão*), dado que os dois primeiros momentos da distribuição de Poisson são, respectivamente, $E[Y] = \mu$, $Var[Y] = \mu$. Para testar a hipótese de igualdade entre a média e a variância de y , Cameron e Triverdi (1990) propuseram um teste baseado na estatística z_i , definida como:

$$z_i = \frac{(y_i - \hat{\mu})^2 - y_i}{\hat{\mu}\sqrt{2}}$$

A idéia do teste é verificar a significância de z_i em relação ao valor esperado de uma regressão baseada no modelo de Poisson. Se a estatística não for significativa, a regressão não difere da de um modelo de Poisson. Em síntese, tal estatística permite testar a seguinte hipótese

$$H_0 : Var[Y] = E[Y],$$

$$H_1 : Var[Y] = E[Y] + \alpha g(E[y_1])$$

O teste foi realizado depois de estimadas especificações em que foram mantidas as variáveis que apareceram como estatisticamente significantes na maioria das vezes nas especificações das Tabelas 8 e 9 (IDH, Urbanização, Distância) e também as

transferências do SUS. Estas últimas foram ainda utilizadas a fim de verificar se de fato não afetam corrupção, o que acabou se confirmando.

No que diz respeito à especificação, em que é usada a descentralização financeira, na aplicação do teste de *overdispersion*, o coeficiente estimado é igual a 0,1415, com p-valor 0,001, o que implica rejeição da hipótese nula de igualdade entre a média e a variância. Com relação à especificação em que é usada a descentralização administrativa, novamente chega-se à conclusão de existência de dispersão excessiva. O coeficiente estimado é igual a 0,1390, com p-valor 0,001, indicando rejeição da hipótese nula.²²

No caso de rejeição da hipótese de igualdade entre a média e a variância, uma alternativa é usar uma distribuição binomial negativa. Os resultados são apresentados na Tabela 10 e indicam que tanto descentralização financeira quanto a administrativa não afetam corrupção nos programas de atenção básica de saúde.

Tabela 10– Irregularidades e descentralização: Binomial negativa

Variáveis	Equação 1	Equação 2
Desc. Fiscal.	-0,054 (0,841)	-
Desc. Administ.	-	0,3767 (0,189)
IDH	-5,0439* (0,000)	-5,0375* (0,000)
Urbanização	0,8457* (0,007)	0,8343* (0,007)
Distância	-0,005 (0,169)	-0,0004 (0,225)
Transf. SUS	0,0001 (0,502)	0,0001 (0,433)
Constante	46857 (0,000)	43372 (0,000)

Obs:*, ** e *** indicam significância estatística a 1%, 5% e 10%, respectivamente. P-valor entre parênteses.

Nota-se assim que os resultados obtidos sobre os efeitos da descentralização sobre a corrupção são robustos a forma funcional especificada para a distribuição de probabilidade atribuída à ocorrência de eventos, y .

5. Conclusões

O objetivo desse artigo foi avaliar se maior descentralização na área de saúde está associada a menor corrupção. Para tanto, utiliza duas medidas de descentralização: uma medida de descentralização financeira, dada pela parcela de gastos com saúde financiada com recursos próprios em relação ao total de gastos do município com saúde e uma medida de descentralização administrativa, avaliada pelo percentual de produção de serviços ambulatoriais sob gestão municipal.

Os resultados obtidos indicam que não existe relação entre descentralização e corrupção, qualquer que seja a medida de descentralização utilizada. Parece assim, que o sistema de descentralização da saúde que tem sido montado no país desde a Constituição de 1988 não produziu os resultados esperados, pelo menos não no que diz respeito a melhora dos indicadores de corrupção.

²² Na verdade, qualquer que seja a especificação utilizada obtém-se evidência de dispersão excessiva, uma vez que em trabalhos aplicados é comum a variância (condicional) ser maior do que a média (condicional).

O grande desafio é a construção das variáveis de interesse. Os dados de irregularidades avaliadas como corrupção parecem bastante adequados porque trazem informações específicas sobre a gestão da saúde nos municípios, ainda que envolvam um certo grau de subjetividade associado à percepção do pesquisador(es) que faz(em) as classificações. Da mesma forma, a dificuldade é grande no que diz respeito à mensuração da descentralização. Neste ponto, algumas perspectivas de avanço aparecem naturalmente. Seria importante distinguir entre tipos de descentralização que podem ser efetuadas pelo Governo. Ainda que o trabalho tenha separado a descentralização financeira e a administrativa, é necessário avaliar até que ponto houve descentralização de receitas e gastos ou somente de receitas.

É importante enfatizar, ainda, que a ausência de relação entre descentralização e corrupção não indica, contudo, que o processo de descentralização foi um erro. Como observado anteriormente, um dos méritos da descentralização é a provisão de uma maior variedade de bens públicos e no que se refere a esse aspecto por enquanto não existe qualquer evidência.

Referências

- Bahl, R. 1999. *Implementation rules for fiscal decentralization*, Andrew Young School of Policy Studies, Georgia State University, unpublished manuscript.
- Brennan, G., Buchanan, J. 1980. *The power to tax*. New York: Cambridge University Press.
- Careaga, M., Weingast, B. 2000. The fiscal pact with the devil: a positive approach to fiscal federalism, revenue sharing, and good governance. Working paper. Hoover Institution, Stanford University.
- Bird, R., Ebel, R., Wallich, C. 1995. Decentralization of the socialist state: intergovernmental finance in transition economies. Washington, D.C. : World Bank.
- BRASIL. Constituição Federativa do Brasil (1988).
- BRASIL. Controladoria Geral da União. Disponível em <http://www.cgu.gov.br>. Acesso em 20/08/2008.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal. Carga Tributária no Brasil 2005. Brasília, 2006.
- Cameron, A. C, Trivedi, P.K.. 1990. Regression-based tests for overdispersion in the Poisson model," *Journal of Econometrics*, Elsevier, vol. 46(3), pages 347-364, December.
- Ebel, R. e Yilmaz, S. 2003. On the measurement and impact of fiscal decentralization, in J. Martinez-Vasquez and S. Yilmaz (eds) *Public finance in developing and transitional countries Essays in honour of Richard Bird*, Cheltenham: Elgar, Cheltenham, pp. 101-126.
- Ferraz, C., Finan, F. 2008. Exposing corrupt politicians: the effects of Brazil's publicly released audits on electoral outcomes. *Quarterly Journal of Economics* 123(2): 703-745.
- Fisman, R., Gatti, R. 2002a. Decentralization and corruption: evidence across countries. *Journal of Public Economics* 83, 325-346.
- Fisman, R., Gatti, R. 2002b. Decentralization and corruption: evidence from U.S. federal transfer programs. *Public Choice* 113:25-35.
- Guedes, K.P. e Gasparini, C.E. 2007. Descentralização fiscal e tamanho do governo no Brasil, *Economia Aplicada*, v. 11, n. 2, pp. 303-323.
- Kaufman, H. 1963. *Politics and policies in state and local governments*, Englewood Cliffs (N.J.)

- Mendes, M. 2004. Análise das irregularidades na administração municipal do FUNDEF: Constatações do programa de fiscalização a partir de sorteios públicos da Controladoria Geral da União, Transparência Brasil, Dezembro.
- Mendes, M., Miranda, R.B., Cossio, F.B. 2008. Transferências intergovernamentais no Brasil: diagnóstico e proposta de reforma, Consultoria Legislativa do Senado Federal, Textos para Discussão 40, Abril.
- Nogueira, R.P. 1996. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de Recursos Humanos em saúde. *Divulgação em saúde para debate*, v. 14, p.18-2..
- Nogueira, R.P.; Silva, F.B.; Ramos, Z.V.O. 2000. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o Agente Comunitário de Saúde. IPEA – Texto para discussão nº 735. Rio de Janeiro.
- Oates, W. E. 1972. *Fiscal Federalism*. New York: Harcourt Bruce Jovanovich.
- OECD. 2001. *Fiscal design across levels of government*, Paris.
- OECD 1999, *Taxing powers of state and local government*, OECD Tax Policy Studies no. 7, OECD, Paris.
- Pola, G. 1999, A comparative view of local finances in EU member countries: are there any lessons to be drawn?, In Fossati, A. e G. Panella (eds.) *Fiscal federalism in the European Union*, London and New York, 15-62.
- Peixoto, S. G. D., 2008. Eficácia e gestão da Política de Atenção Básica de Saúde nos municípios brasileiros. Dissertação de Mestrado, IPE/USP.
- Persson, T., Tabellini, G. 2000. Constitutional determinants of government spending. Mimeo. Bocconi University.
- Rodden, J. 2000. The dilemma of fiscal federalism: hard and soft budget constraints around the world. Mimeo. MIT.
- Smith, B.C. 1997. The decentralization of health care in developing countries: organizational options. *Public Administration and Development*, 17, 399-412.
- Stegarescu, D. 2004. Public sector decentralization: Measurement concepts and recent international trends, ZEW Discussion Paper 04-74.
- Tiebout, C. 1956. A pure theory of local expenditures. *Journal of Political Economy* 64, 416-424.
- WHO. 2005. World Health Report.