

Coordenação federativa e desigualdade territorial: a efetividade e os limites da política redistributiva da União junto aos municípios no campo da saúde^{1,2}

Gabriel Santana Machado³ 
Fernando Luiz Abrucio⁴ 
Eduardo José Grin⁵ 

DOI: 10.1590/0103-3352.2025.44.286987pt

Introdução

O arranjo federativo brasileiro é marcado, especialmente a partir da Constituição de 1988 (Brasil, 2022), por políticas de combate às desigualdades territoriais, pela via das transferências financeiras e por meio da ampliação do Welfare State (Arretche, 2010). Esse processo equalizador foi liderado pela União, que criou diversos mecanismos, com maior ou menor sucesso, de coordenação federativa junto aos governos subnacionais, principalmente em

1 Este trabalho é parte dos resultados da dissertação de mestrado do primeiro autor, defendida no Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e que contou com financiamento parcial da Capes e da Fundação Konrad Adenauer (KAS), a quem agradecemos pelo apoio, assim como aos pareceristas anônimos da RBCP.

2 Para replicação dos dados: <https://doi.org/10.7910/DVN/F0I7FX>

3 Doutorando na Fundação Getúlio Vargas (FGV), Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo, São Paulo, SP, Brasil. Email: gabriel.santana.machado@alumni.usp.br

4 Professor na Fundação Getúlio Vargas (FGV), Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo, São Paulo, SP, Brasil. Email: fabrucio@gmail.com

5 Professor na Fundação Getúlio Vargas (FGV), Programa de Pós-Graduação em Administração Pública e Governo, São Paulo, SP, Brasil. Email: eduardo.grin@fgv.br

relação aos municípios (Abrucio, 2005; Arretche, 2012; Vazquez, 2014). A redução das disparidades entre os indivíduos distribuídos pelo território nacional foram bem sucedidas em várias áreas, com setores com maior êxito, como a Saúde. Todavia, fica a pergunta se esse processo é sustentável ao longo do tempo, isto é, se ele será capaz de manter a redução das desigualdades, assim como das iniquidades sociais. Esse é o tema do presente artigo.

Para analisar o papel equalizador da União tomando as capacidades estatais locais como referência das condições municipais para implementação das políticas públicas será analisada a política de Saúde, pois esta é a que possui o perfil mais universalista no Estado brasileiro. O modelo institucional que comanda essa política é o Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela combinação entre descentralização, principalmente como municipalização, arranjos de cooperação e coordenação federativa e instrumentos de apoio e indução federal aos governos locais, com grande destaque para as transferências financeiras.

Os resultados desse processo de coordenação federativa comandada pela União para as políticas municipais de Saúde foram o aumento da quantidade de serviços ofertados à população e a redução das desigualdades de receitas e despesas municipais em saúde (Arretche, 2010; Vazquez, 2014). Esses efeitos são uma expressão do federalismo brasileiro, no qual a União produz redistribuição entre os municípios a partir da sua capacidade regulatória e financeira para realizar transferências (Arretche, 2010). No entanto, políticas federais que dependem de adesão e contrapartidas municipais – como é o caso das políticas federais que viabilizaram a redução das desigualdades horizontais em saúde – podem priorizar os entes mais afluentes e com maior nível de capacidades estatais (Grin; Abrucio, 2017, 2021).

A despeito do papel da União para reduzir as desigualdades horizontais em saúde entre os municípios brasileiros, ainda há uma lacuna na literatura quanto à potencialidade e à efetividade dessas medidas. A literatura tem utilizado como critério de redução das desigualdades horizontais as transferências condicionadas realizadas pela União para os entes subnacionais. No entanto, deve-se considerar que a desigualdade é um conceito polissêmico e que, a depender da forma como é mobilizada analiticamente, pode lançar luz sobre diferentes aspectos da realidade. Neste sentido, argumentamos que a dimensão financeira das desigualdades territoriais deve ser conjugada com as

condições que os municípios possuem para implementar políticas públicas. Especificamente, argumentamos que **as capacidades estatais locais** sejam mobilizadas como uma forma de verificar se os municípios que são contemplados com as transferências da União são aqueles que já estão melhor situados em termos de condições para ofertar serviços à população, o que reforçaria as iniquidades sociais na provisão de serviços de saúde.

Essas políticas de transferências de recursos podem produzir não apenas desigualdades entre os municípios, mas também iniquidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando-se do conceito de iniquidades em saúde de Whitehead (1992), define-as como diferenças injustas e evitáveis (Valentine *et al.*, 2008). As iniquidades tendem a ser socialmente determinadas por fatores como gênero, raça, renda, orientação sexual, ou mesmo pelo próprio sistema de saúde como um determinante intermediário, já que não está atrelado a características intrínsecas ao indivíduo (Valentine *et al.*, 2008). Há ainda um componente territorial nas iniquidades, na medida em que a posição que os indivíduos ocupam no território determina as suas condições de acessar os serviços, tendo em vista que as condições do sistema de Saúde são desiguais territorialmente, o que denota uma iniquidade, segundo os parâmetros da OMS. No contexto brasileiro, isso se expressa no âmbito dos municípios, que são os principais entes federativos responsáveis pela implementação das políticas básicas do SUS.

Segundo Valentine *et al.* (2008), a correção das iniquidades em Saúde passa pela redistribuição de recursos com vistas a garantir que os piores situados melhorem as suas condições mais rapidamente do que os melhores situados. Transpondo esses pressupostos para o contexto federativo brasileiro, pode-se apreender que as políticas federais que privilegiam os municípios melhores situados em termos de recursos e de capacidades são políticas que geram iniquidades entre os municípios segundo as métricas da OMS, pois, além de serem injustas, elas também podem ser evitadas por meio da reconfiguração do desenho institucional das políticas.

Diante dessas considerações, o objetivo principal do artigo é identificar qual é o papel equalizador da União na redução das iniquidades municipais em saúde. Os objetivos específicos são: a) criar clusters de municípios a partir das suas capacidades estatais em saúde e identificar se os municípios com

piores níveis de capacidades estatais são contemplados com menor volume de recursos das transferências da União via Piso de Atenção Básica (PAB) variável; b) analisar se temporalmente existem mudanças no perfil de capacidades estatais em saúde dos diferentes grupos de municípios associadas ao recebimento das transferências do PAB variável.

As capacidades estatais locais em Saúde são mobilizadas no âmbito deste artigo como uma expressão dos recursos que os municípios possuem para implementar as suas políticas. Essas capacidades dizem respeito à dimensão dos sistemas de Saúde municipal que viabilizam a consecução das políticas públicas. Argumentamos que os sistemas de Saúde e seu estoque de capacidades estatais são determinantes sociais da saúde que estão relacionados com o recursos que os governos dispõem para lidar com as demais iniquidades e desigualdades sociais.

Nessa linha, a principal hipótese desse trabalho, em linha com Grin e Abrucio (2017, 2021), é que os municípios com maiores níveis de capacidades estatais em Saúde são aqueles que possuem maiores condições de ofertar os serviços do SUS, e por isso são os mais aderentes à política de transferências da União via PAB variável, cuja adesão é voluntária e condicionada à oferta de um conjunto de serviços de saúde. Portanto, as regras do PAB variável acabam reiterando as iniquidades sociais na provisão local de serviços de saúde. Empiricamente, este argumento guarda as seguintes relações com o objetivo principal deste trabalho:

(I) Caso os municípios com **maiores** níveis de capacidades estatais em Saúde sejam os mais aderentes à política do PAB variável, então, nesta dimensão da política de Saúde, a União é **produtora de iniquidades**.

(II) Caso os municípios com **menores** níveis de capacidades estatais em Saúde sejam os mais aderentes à política do PAB variável, então, nesta dimensão da política, a União atua como **reduzora das iniquidades** municipais em Saúde.

O artigo não busca analisar se o modelo de atuação redistributiva do Governo Federal aumenta a capacidade estatal dos governos municipais, mas sim discute se esse modelo atende prioritamente os municípios com maior ou menor disponibilidade de capacidades estatais. Busca-se identificar a natureza

redistributiva das transferências intergovernamentais e se estas atendem em maior medida os municípios com menor nível de capacidades estatais (redistribuição equitativa) ou se atendem em maior medida os municípios com maior nível de capacidades estatais (redistribuição não equitativa). Portanto, o conceito de equidade/iniquidade é mobilizado para caracterizar a natureza redistributiva das transferências intergovernamentais da União para os municípios. Essa mobilização conceitual justifica-se pelo fato de que para a OMS os sistemas de saúde podem ser determinantes sociais das iniquidades em saúde. Em suma, as capacidades estatais estão sendo mobilizadas no âmbito deste trabalho como proxies dos sistemas de saúde e como variáveis de controle, e não como variáveis dependentes.

O conceito de capacidades estatais está sendo mobilizado analiticamente para orientar a escolha das variáveis de controle do modelo. O trabalho não mensura as desigualdades entre os municípios, mas busca identificar a natureza redistributiva das transferências intergovernamentais da União. O foco é identificar se as transferências são realizadas para os municípios com maiores condições de implementar políticas de saúde (maiores níveis de capacidades estatais) ou se são realizadas para os municípios com menores condições de implementar políticas de saúde (menores níveis de capacidades estatais).

O artigo lança luzes sobre a identificação dos efeitos redistributivos das transferências da União via PAB variável para os municípios e fornece subsídios para que o governo central aprimore as suas políticas de transferência intergovernamental, considerando critérios de equidade e justiça.

Além desta introdução, o artigo é composto por outras três seções. Inicia-se com a revisão de literatura, abordando as relações entre federalismo e desigualdades territoriais, sobretudo no campo da Saúde, no caso brasileiro, além das capacidades estatais. A segunda seção apresenta a metodologia do estudo, percorrendo sobre os métodos e base de dados utilizados. A terceira seção apresenta e discute os resultados. Por fim, há as considerações finais, que apresentam um balanço do artigo.

Federalismo, capacidades estatais e desigualdades horizontais em saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2022) inaugura um novo modelo de cidadania no país em diversos segmentos de políticas públicas, tomando como princípio de muitas delas, inclusive na Saúde, a universalização, denotando desta forma a inclusão dos *outsiders* e a redução das desigualdades entre indivíduos (Arretche, 2018). A combinação da expansão do *Welfare State* brasileiro com o federalismo forjou-se no mesmo contexto em que se formaram os sistemas nacionais de políticas públicas (Franzese; Abrucio, 2013; Silva *et al.*, 2023). Segundo Franzese e Abrucio (2013), esse modelo de política nacional, coordenada pela União, mas orientada pela descentralização, propiciou a transferência de recursos para que os municípios tornassem-se protagonistas na implementação das políticas públicas. Segundo os autores:

Ao induzir a universalização de políticas sociais através da descentralização, o governo federal brasileiro não promove apenas a execução de um programa nacional por meio dos municípios, mas lhes transfere a operacionalização e a gestão da política pública (Franzese; Abrucio, 2013, p. 375).

A transferência de responsabilidades aos municípios deu-se em um contexto de grande heterogeneidade e desigualdade entre eles. Assim, a maioria dos governos locais não detinha capacidades estatais para realizar a contento esse processo descentralizador (Grin; Demarco; Abrucio, 2021). Para tanto, o papel das relações intergovernamentais tornou-se central, por meio da cooperação dos estados e, sobretudo, da União, para criar condições locais para a expansão das políticas sociais. O protagonismo da coordenação federal das políticas públicas evidencia-se de diferentes formas por meio das dinâmicas de cooperação, indução e regulação. Ao longo da década de 1990, diversos mecanismos de coordenação foram mobilizados pela União, visando criar convergência na atuação dos entes subnacionais. Todas essas medidas propiciaram condições para que houvesse um alinhamento na atuação dos entes subnacionais e redução das desigualdades territoriais/regionais no âmbito destas políticas (Abrucio, 2005).

A União, por meio da sua capacidade legislativa e financeira, segundo Vazquez (2014), estabeleceu mecanismos de regulação para que os entes subnacionais passassem a prover as políticas sociais. Induções e instrumentos de coordenação federativa, em cada setor de política, foram estabelecidos para guiar as relações entre a União e os entes subnacionais, para que estes gerissem localmente as políticas públicas desenhadas pelo governo central. Dentre outros objetivos, o foco era “garantir um padrão nacional e reduzir as desigualdades horizontais” (Vazquez, 2014, p. 972).

A política de saúde, que possui alto nível de atenção governamental sobre a descentralização fiscal dentre todos os setores de políticas públicas (Machado; Brasil; Peres, 2024), só teve a sua descentralização efetivada com a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/96 (Brasil, 1996),⁶ que introduziu mudanças expressivas em relação às normas anteriores (Arretche, 2002). A partir deste novo modelo, os entes seriam contemplados com os recursos antes mesmo de ofertarem os serviços de saúde. Além disso, haveria duas modalidades de oferta, a de gestão plena da atenção básica e a da gestão plena do sistema de Saúde. Também foram criadas duas modalidades de transferências de recursos para os entes subnacionais, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), que se divide entre fixo e variável:

- 1) o PAB fixo, que é calculado com base em um valor per capita, ou seja, os recursos são proporcionais à população e devem ser utilizados para o atendimento das especialidades de atenção básica; e
- 2) o PAB variável, com incentivos financeiros especiais para programas prioritários definidos pelo governo federal (Vazquez, 2014, p. 988-989).

Finalmente, a NOB nº 1/96 (Brasil, 1996) foi capaz de tornar praticamente todos os municípios aderentes ao SUS e ofertantes de serviços de atenção básica. Segundo Vazquez (2014), as transferências condicionadas da União, no qual para receber recursos o ente subnacional deve ofertar determinados tipos de serviços de atenção básica, foi responsável, juntamente com a regulação

6 Uma Norma Operacional Básica (NOB) é um instrumento normativo editado pelo Ministério por meio de uma portaria e que objetiva disciplinar a organização da gestão do Setor, como a transferência de recursos.

federal que estabeleceu um piso de gastos para saúde para estados e municípios, por reduzir as desigualdades horizontais em saúde.

Arretche (2010) também afirma que a regulação federal da política de saúde foi importante para reduzir as desigualdades horizontais entre os municípios. Segundo a autora, o modelo federativo brasileiro combina duas dinâmicas aparentemente paradoxais, embora sejam coexistentes. Enquanto os movimentos mobilizados pela União são centrípetos e buscam a convergência, as ações dos entes subnacionais são centrífugas e dispersas entre si, tendo em vista possuírem autonomia para gerir as suas políticas localmente. O resultado empírico destas dinâmicas para as políticas públicas são que o efeito da atuação da União sobre as desigualdades horizontais dá-se no sentido de reduzi-las, enquanto o efeito da atuação dos entes subnacionais dá-se no sentido de produzi-las (Arretche, 2010).

Além dos efeitos diretos da coordenação federal sobre as desigualdades territoriais em saúde, as transferências da União também produzem efeitos indiretos sobre este fenômeno. Em outras palavras, a capacidade financeira municipal afeta a forma como os entes inserem-se nas relações intergovernamentais, pois a maior disposição de recursos torna mais propícia a cooperação municipal, enquanto a menor disponibilidade de recursos possui efeitos contrários e afeta de diferentes formas os resultados da política no território (Menicucci; Marques, 2016). A despeito das implicações dos arranjos federativos para as desigualdades territoriais, fatores de outras ordens, como institucionais e econômicos, também importam na determinação das desigualdades federativas (Menicucci; Leandro, 2023).

Se as instituições federativas produzem efeitos sobre as políticas públicas e seus resultados (Obinger; Leibfried; Castles, 2005) é importante compreender o papel equalizador da União na redução das iniquidades municipais nos diversos setores de políticas públicas. Neste trabalho, analisa-se especificamente a política de Saúde, visando contribuir para literatura que aborda o papel da União na redução das desigualdades territoriais. A distinção entre desigualdade e iniquidade não é meramente terminológica, mas é também conceitual, ao trazer para a discussão variáveis que não podem ser ignoradas. Compreender as iniquidades para além das desigualdades busca lançar luz sobre aspectos da realidade que potencializam a promoção da justiça.

No âmbito deste trabalho, os sistemas de saúde são mobilizados analiticamente a partir das capacidades estatais em saúde, que podem ser entendidas como o estoque de recurso do Estado para implementar políticas públicas (Gomide; Pereira; Machado, 2017). Capacidades estatais são condições necessárias para materialização dessas políticas (*inputs*), embora não sejam uma condição suficiente para a obtenção de resultados (*outcomes*), tendo em vista que há muitos outros fatores que também operam para atingir esses fins (Grin; Demarco; Abrucio, 2021). Assim, quando tratamos das igualdades horizontais entre os entes federativos a partir de uma perspectiva da equidade – igualdade de condições –, é necessário considerar as suas capacidades para implementar políticas públicas.

Capacidades estatais condicionam as possibilidades do exercício do “poder infraestrutural” (Mann, 1984) para o Estado implementar suas ações junto à sociedade. O poder infraestrutural consiste em uma forma de ação do Estado que lhe permite penetrar na sociedade civil para coordenar suas atividades, mas sem, necessariamente, impor-se sobre ela. Por isso, é importante identificar os aspectos essenciais da eficácia burocrática que são responsáveis por gerar coesão administrativa e pela garantia da presença do Estado no território (Grin; Demarco; Abrucio, 2021). Capacidades estatais representam competência burocrática que aumenta a eficiência e a eficácia das respostas governamentais, o que requer o reforço de atributos de competência gerencial, técnica e administrativa (Enriquez; Centeno, 2012; Grindle, 1997). Os argumentos de Hildebrand e Grindle (1997) e Geddes (1994) são similares: construir capacidades aumenta o desempenho governamental e reforça atributos de competência gerencial, técnica e administrativa. Nessa linha, três ações são relevantes: recursos humanos (disponibilidade e capacitação); desenvolvimento organizacional (novas estruturas administrativas e recursos materiais e tecnológicos) e fortalecimento dos sistemas (administrativos e orçamentários, por exemplo). Portanto, capacidades estatais materializam as condições de administração pública implementar políticas públicas – o *to do*, também chamado de *power to* por Weiss (1998), ou *input* (Migdal, 1988).

Capacidades estatais comumente são abordadas a partir de duas dimensões, a técnico-administrativa, que diz respeito a disposições burocráticas e materiais, e a dimensão político-institucional, que trata da mobilização de capital

político por parte dos gestores públicos com vistas a lograr os objetivos de política pública (Grin; Demarco; Abrucio, 2021; Pires; Gomide, 2014). No âmbito da política de saúde, Oliveira e Coelho (2021) indicam que as capacidades técnico-administrativas expressam-se pela disponibilidade de unidades e serviços de saúde, recursos humanos, sistemas de informação, medicamentos e financiamento; enquanto as capacidades político-institucionais expressam-se nos espaços institucionais de interação e negociação dos diferentes níveis de governo e destes com a sociedade (Oliveira; Coelho, 2021). Neste sentido, capacidades estatais em saúde dizem respeito às condições necessárias para que os serviços de saúde possam ser entregues à população, sendo que no âmbito da atenção básica esses serviços são principalmente vacinação, realização de exames, pré-natal, dentre outros.

Capacidades estatais em saúde também se referem à provisão de serviços assistenciais e o atendimento ambulatorial básico, “da ampliação do acesso em nível local e da cobertura assistencial em relação às ações básicas de saúde” (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016). Essa infraestrutura garante a ampliação do acesso aos serviços de saúde nos municípios. Igualmente importante é a capacidade do corpo técnico e a capacitação dos profissionais de saúde (Fleury *et al.*, 2010). Contudo, a garantia dessa infraestrutura de serviços está vinculada a capacidade de financiamento, investimento e gastos em saúde. Também o planejamento e a avaliação são relevantes, sobretudo porque a realidade local não é muito otimista nesse aspecto (Spedo; Tanaka; Pinto, 2009). As fragilidades da gestão local e da implementação do planejamento estão relacionados à rotatividade de cargos de gestão e a baixa qualificação das burocracias locais (Pinafo; Carvalho; Nunes, 2016). De forma geral, as carências de capacidades estatais em saúde requerem que, especialmente nos menores municípios, existam políticas do governo central que fortaleçam a gestão local do SUS, o que faz da equidade federativa com foco na qualidade da gestão um tema chave na agenda de cooperação intergovernamental.

Considerando a discussão proposta, argumentamos que o contexto federativo brasileiro é permeado por desigualdades territoriais no setor da Saúde (Ribeiro *et al.*, 2018), e que os municípios possuem diferentes níveis de capacidades estatais para implementar a provisão de serviços. No âmbito do SUS, as políticas de transferências condicionadas, como o Piso da Atenção Básica

variável, foram responsáveis por atenuar as desigualdades territoriais. No entanto, as políticas federais que dependem de contrapartidas municipais podem privilegiar os entes subnacionais que possuem mais capacidades estatais e mais condições de cumprir as referidas contrapartidas. Neste sentido, este trabalho investiga se, no campo da Saúde, os municípios com maiores níveis de capacidades estatais são os que recebem mais recursos das transferências condicionadas da União ou se essas transferências possuem um caráter equalizador ao priorizar os municípios com menores níveis de capacidades estatais.

Metodologia

Esta pesquisa é de natureza quantitativa e emprega o método de clusterização e de estatísticas descritivas para compreender os resultados das transferências intergovernamentais da política de saúde da União para os municípios. Diante da centralidade dos municípios no processo de descentralização realizado durante a década de 1990, e pelo fato de serem os principais entes contemplados com os recursos do PAB fixo e variável, essa esfera de governo é a unidade de análise.

A NOB nº 01/1996 (Brasil, 1996) foi publicada em 1996, momento no qual se criam os PABs fixo e variável, e, em 1998, praticamente todos os municípios já haviam aderido a algum dos tipos de gestão (gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema de saúde). Porém, só existem dados disponíveis dos PABs para os anos de 2000 até 2017, uma vez que, em 2019, o modelo de transferência intergovernamental é extinto e substituído pelo programa Previnde Brasil.⁷ Igualmente, dados referentes às disposições municipais de equipamentos de saúde e recursos humanos só existem para os anos posteriores ao ano de 2005, de modo que as análises completas só podem ser realizadas para o período de 2005 a 2017. Portanto, o presente estudo contempla o período de vigência de 13 anos dos PABs. Optou-se por realizar a análise longitudinal baseada nas transferências do PAB, pois como o Previnde Brasil apenas começou a ser implementado em 2020, a série histórica é menor e não discrimina as modalidades de transferência nas bases de dados oficiais. Nesse sentido, busca-se avaliar se uma política federal que vigorou até recentemente

7 Apesar dessa substituição, uma das modalidades do novo programa é baseado nas transferências condicionadas à prestação de um conjunto de serviços pelo município, assim como o PAB variável, que é o principal objeto de análise deste trabalho (Massuda, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021).

foi capaz de incidir sobre as iniquidades de recursos obtidos pelos municípios por meio de transferências intergovernamentais. A escolha da análise empírica também se deve ao fato de o programa Previne Brasil possuir modalidades de transferências similares ao PAB variável, com a vantagem deste dispor de uma série histórica para análise.

A escolha do PAB variável para análise justifica-se pelo fato de ser uma política desenhada centralmente pela União, que possui variação de adesão por parte dos municípios. Esta política exige condicionalidades dos municípios, pois precisam ofertar um conjunto de serviços para serem contemplados com as transferências da União. Já as unidades de análise são os municípios brasileiros, e não as suas respectivas populações, de modo que as iniquidades aqui tratadas não dizem respeito aos indivíduos, mas sim às municipalidades.

As variáveis de capacidades estatais utilizadas como *proxies* dos sistemas de saúde, que, por sua vez, são determinantes sociais da saúde (Valentine *et al.*, 2008), foram selecionadas a partir da disponibilidade de dados nos portais governamentais, refletindo assim um viés em sua seleção, uma vez que se trabalhará com as variáveis que são passíveis de serem trabalhadas, e não necessariamente com o conjunto de variáveis que seria o ideal para se mensurar o nível de capacidades estatais em saúde dos municípios. Além disso, nesta pesquisa, as capacidades estatais foram trabalhadas apenas na dimensão técnico-administrativa, pois as bases de dados oficiais dispõem de dados sobre as capacidades político-relacionais apenas para dois anos, que são as MUNICs (IBGE) de 2014 e 2018, além desses dados apresentarem pouca variabilidade entre as municipalidades, como já foi constatado por Oliveira e Coelho (2021).

Base de dados e tamanho amostral

O primeiro conjunto de dados que integra a base de dados formulada para este trabalho são os valores correspondentes ao PAB fixo e variável para os municípios entre 2000 e 2017. Esses dados foram obtidos do site do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e correspondem ao bloco da atenção básica que possui dois componentes: o PAB fixo e o PAB variável. Para viabilizar a comparação dos valores monetários dos PABs entre os anos, todos eles foram deflacionados pelo Índice de Preços do Consumidor Amplo (IPCA), tendo como referência o ano de 2020.

O segundo conjunto de dados diz respeito às variáveis de capacidades estatais em saúde, que podem ser compreendidas a partir de diferentes delimitações conceituais e podem ser mensuradas a partir de distintos arranjos e estratégias (Aguar; Lima, 2019). Atualmente, existem algumas bases de dados que possibilitam identificar e mensurar diferentes dimensões das capacidades estatais em saúde, ainda que algumas escolhas culminem em diferentes limitações. Por exemplo, a base de dados da Munic-IBGE possui um extenso conjunto de variáveis que identificam características municipais na área da saúde referentes às capacidades estatais, como observado por Oliveira e Coelho (2021). No entanto, esse conjunto de dados existe apenas para os anos 2014 e 2018.

Por outro lado, o DataSUS possui um significativo conjunto de dados referente aos estabelecimentos, profissionais e equipamentos da saúde para uma extensa série temporal, embora essas variáveis não permitam identificar todas as capacidades estatais da gestão municipal que podem explicar os resultados da política de saúde e a qualidade da gestão municipal. Para os fins deste trabalho, busca-se analisar uma série temporal mais extensa, cujo momento de início esteja mais próximo do começo da implementação da transferência intergovernamental via PAB. Além disso, a escolha do conjunto de variáveis do DataSUS é a que mais favorece ou limita a prestação dos serviços que integram o conjunto de procedimentos do PAB, de modo que este conjunto de capacidades estatais é o mais oportuno de ser controlado para se avaliar o papel equalizador da União na redução das disparidades municipais em saúde.

As variáveis de capacidades estatais em saúde utilizadas estão identificadas no Quadro 1 e dizem respeito a diferentes dimensões dos recursos (*inputs*) municipais para consecução dos serviços de saúde (*outputs*). As nove variáveis utilizadas podem ser agrupadas em três dimensões: estabelecimentos de saúde, profissionais da saúde e equipamentos de saúde. Todas as variáveis foram ponderadas pela população de cada um dos municípios nos respectivos anos a que se correspondem. As variáveis foram obtidas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponível no DataSUS. Por óbvio, todas as variáveis dizem respeito à gestão municipal e podem estar vinculadas à rede própria dos municípios ou à contratada. Essa escolha justifica-se pela previsão da NOB nº 1/96 (Brasil, 1996) de que os municípios podem contratar serviços para serem contemplados com recursos do PAB. A previsão

de que os municípios assumam os estabelecimentos ambulatoriais do estado ou da União também justifica a ausência de restrição da esfera administrativa das variáveis, de modo que a única restrição realizada é a de que as variáveis sejam correspondentes à gestão municipal.

Complementarmente, os grupos de municípios formados a partir das suas capacidades estatais foram analisados a partir do seu nível de dependência exclusiva do sistema público de saúde. Por sua vez, esse nível de dependência foi calculado a partir da proporção da população dos municípios que não dispõem de acesso aos serviços privados de saúde. Os dados da quantidade de indivíduos que possuem acesso a serviços privados de saúde foram obtidos no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os anos de 2008 a 2017.

Quadro 1 - Variáveis e fontes utilizadas no trabalho para formulação dos bancos de dados

Dimensão	Variável	Fonte
Transferência intergovernamental	PAB fixo	Fundo Nacional de Saúde (FNS)
	PAB variável	
Capacidades estatais em saúde	Estabelecimento ambulatorial básico por 10 mil habitantes	DATASUS (tabnet)
	Consultório ambulatorial básico por 10 mil habitantes	
	Consultório ambulatorial especializado por 10 mil habitantes	
	Consultório ambulatorial odontológico por 10 mil habitantes	
	Médicos por mil habitantes	
	Enfermeiros por mil habitantes	
	Dentistas por mil habitantes	
	Leitos ambulatoriais de repouso por mil habitantes	
	Equipamentos ambulatoriais por 10 mil habitantes ⁸	
Dependência exclusiva do SUS	Percentual da população municipal dependente exclusivamente do sistema público de saúde	ANS

Fonte: Machado (2023).

Análise de clusters

A análise da relação existente entre as duas dimensões de interesse deste trabalho – transferências intergovernamentais e capacidades estatais municipais – será feita a partir da formulação de clusters de municípios pelos seus níveis de capacidades estatais. Assim, os municípios podem ser agrupados a

8 Exemplos: aparelhos de raio X, ressonância magnética, ultrassom, mamógrafo, tomógrafo computadorizado e equipamento odontológico completo.

partir das características de interesse para este trabalho, que são as suas capacidades estatais, a despeito da sua localização geográfica, embora não se possa ignorar que este fator também se correlaciona com as características das municipalidades.

Dessa forma, constrói-se uma clusterização de municípios a partir das nove variáveis de capacidades estatais (Quadro 1). O agrupamento ou clusterização possibilita que as unidades de análise mantenham a menor variância interna ao grupo ao unir municípios próximos entre si quanto às suas capacidades estatais. Também mantém-se a maior variância possível entre os diferentes grupos, buscando garantir que os conjuntos de municípios sejam estatisticamente diferentes entre si (Hair Jr. *et al.*, 2009). Cada cluster representa um perfil de municípios que permite identificar os grupos com os melhores e piores níveis de capacidades estatais.

O método foi empregado de forma independente para todos anos de 2005 a 2017, de modo que é possível que em um ano o município faça parte de um grupo e em outro ano faça parte de outro grupo, a depender dos níveis de capacidades estatais no período analisado. A escolha desse período justifica-se pela disponibilidade de dados das capacidades estatais em saúde no DataSUS, que se inicia no ano de 2005, sendo 2017 o último ano com dados disponíveis do PAB. Foi definido previamente a quantidade de cinco clusters que seria gerada para cada um dos anos. Essa definição foi considerada importante para viabilizar a comparação dos agrupamentos entre os anos. No âmbito da educação, Moraes, Crozatti e Machado (2025) também identifica cinco perfis de municipalidades definidas pela estrutura das redes municipais de ensino. E assim como Moraes, Crozatti e Machado (2025), optou-se pelo emprego do método de associação de Ward, também conhecido como soma mínima dos quadrados, este é um método de aglomeração hierárquico, cujo objetivo é “minimizar o aumento na soma de quadrados de erro total dentro do cluster” (Everitt *et al.*, 2011, p. 77), de modo a criar clusters com a menor variância interna possível a partir da distância quadrática dos pontos. A escolha deste método também justifica-se pelo fato das variáveis serem do tipo contínua (Everitt *et al.*, 2011).

Resultados

Análise descritiva da distribuição do Piso da Atenção Básica

A análise da distribuição do PAB fixo médio per capita por porte populacional de municípios (Figura 1), mostra que até 2010 as diferentes faixas recebiam praticamente o mesmo valor médio per capita de transferências, o que se explica pelo critério de distribuição estabelecido na NOB nº 1/96 (Brasil, 1996). A partir de 2011, os municípios de menor porte populacional passam a ser mais priorizados em detrimento dos municípios de maior porte. Em 2016, esta diferença é muito expressiva e, em 2017, ano que antecede o fim desta modalidade de transferência, a curva de distribuição do PAB fixo apresenta praticamente o mesmo comportamento do PAB variável, priorizando os municípios de menor porte populacional em relação aos maiores.

Já a distribuição do PAB variável por porte populacional mostra que os seus valores médios são crescentes ao longo dos anos para todos os portes de municípios. Porém, desde o ano 2000, os municípios de menor porte são progressivamente contemplados com maiores valores médios per capita destes recursos em relação aos maiores. Apesar de esta relação ser mantida em todo o período analisado, com o decorrer dos anos, os municípios de menor porte recebem, proporcionalmente, maiores aportes médios de recursos per capita em relação aos maiores, indicando assim que são os municípios desses grupos que mais aderem aos programas do PAB variável e/ou possuem as maiores populações cobertas pelos programas.

Figura 1 – Valor médio per capita do PAB fixo e variável por porte populacional e ano (2000-2017)

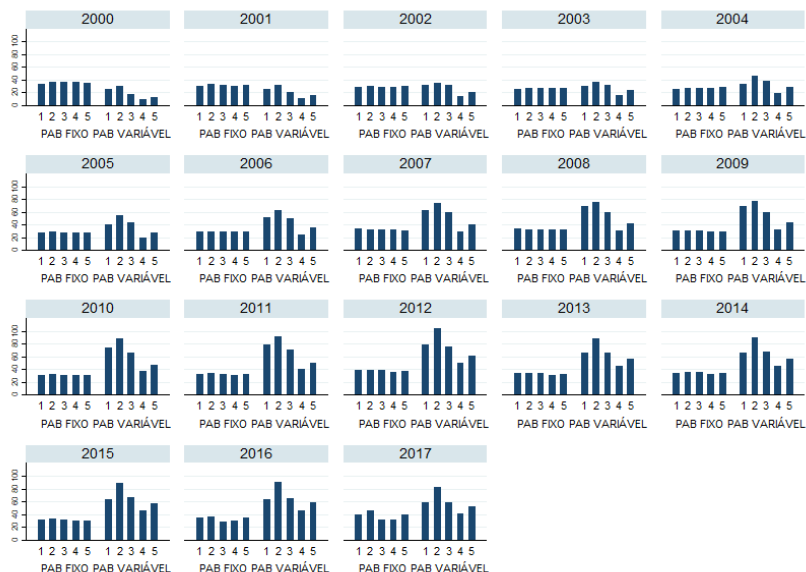


Fonte: Machado (2023).

Nota: Porte populacional: 1- até 5 mil habitantes; 2- de 5 a 10 mil habitantes; 3- de 10 a 20 mil habitantes; 4- de 20 a 50 mil habitantes; 5- de 50 a 100 mil habitantes; 6- de 100 a 500 mil habitantes; 7- acima de 500 mil habitantes.

Já a análise do valor médio per capita do PAB fixo por região do país (Figura 2) mostra que até 2010 os valores são similares para todas as regiões, assim como a distribuição por porte populacional. Porém, em 2011, esses valores começam a se diferenciar para as regiões, em desfavor da região sudeste neste ano. Em 2016, essas diferenças começam a se tornar mais evidentes, de modo que neste ano e no ano seguinte as regiões norte e nordeste do país passam a dispor das maiores médias per capita, enquanto as regiões centro-oeste e sudeste dispõem dos menores valores.

Figura 2 – Valor médio per capita do PAB fixo e variável por região e ano (2000-2017)



Fonte: Machado (2023).

Nota: Regiões: 1- norte; 2- nordeste; 3- centro-oeste; 4- sudeste; 5- sul.

Assim como na distribuição do PAB variável por porte populacional, a distribuição por regiões também é diferente para os diferentes grupos de municípios desde o ano 2000. Neste ano, é possível observar que as regiões que recebem os maiores valores médios per capita são nordeste e norte, sendo seguidas por centro-oeste, sul e sudeste. Apesar dos valores médios per capita crescerem para todas as regiões e haver pequenas variações nas regiões que recebem maior valor médio de recursos a depender do ano, em todos os anos, as regiões nordeste e norte são as que possuem maior valor médio de recursos per capita, enquanto as regiões sul e sudeste são as que recebem menor valor médio per capita do PAB variável.

Análise dos clusters de municípios de capacidades estatais em saúde

A Tabela 1 apresenta os valores médios dos indicadores de capacidades estatais por cluster de municípios. Apesar das pequenas variações que existem

entre os grupos de municípios melhor situados e os pior situados entre os anos, assim como a posição relativa de alguma variável em relação às demais, identificam-se as tendências que caracterizam o perfil dos grupos de municípios ao longo dos anos. Em termos gerais, houve crescimento dos nove indicadores de 2005 a 2017, o que sugere um crescimento médio no nível de capacidades estatais em saúde dos municípios.

Existem diferenças nos valores médios dos indicadores de capacidades estatais entre os diferentes grupos de municípios, mostrando que o método de clusterização permite descrever e agrupar os diferentes perfis de municípios. No geral, observa-se que existe grande similaridade entre a posição relativa do conjunto de indicadores, de modo que o grupo melhor situado possui quase todos os indicadores nesta condição, enquanto o grupo pior situado idem, embora existam pequenas variações de um indicador para o outro.

Nesse sentido, os clusters 4 e 5 são integrados pelos municípios com os melhores níveis de capacidades estatais de 2005 a 2012, sendo que a posição de melhores situados fica com os clusters 3 e 5 nos anos de 2013 a 2017. Já os clusters 1 e 2 figuram entre os piores situados em todos os anos. Em termos médios, de 2005 a 2017, os clusters apresentam posições crescentes nos seus níveis de capacidades estatais em saúde, de modo que o cluster 1 apresenta os piores níveis de capacidades estatais, enquanto o cluster 5 apresenta os melhores níveis. Todavia, a construção dos clusters é feita de forma independente para cada um dos anos, de modo que é possível que os municípios pior situados em 2005, que compõem o cluster 1, sejam os mesmos que compõem o cluster 2 em 2007, que também é o pior situado. Por esta razão, as análises da distribuição dos recursos do PAB consideram as capacidades estatais dos clusters em cada um dos anos, para identificar se os clusters com mais capacidades estatais em saúde recebem mais ou menos recursos provenientes do PAB.

Tabela 1 – Média dos indicadores de capacidades estatais em saúde por cluster de municípios (2005-2017)

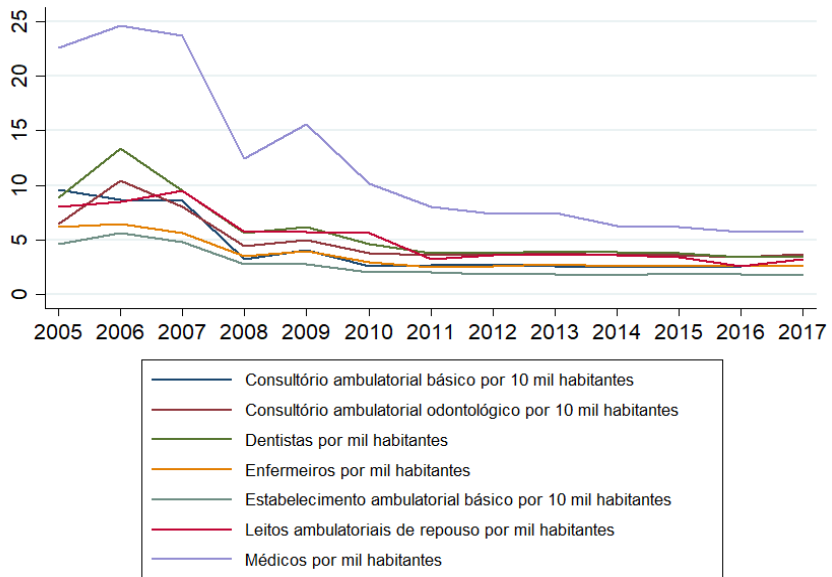
Variáveis de capacidades estatais em saúde	Cluster					Total
	1	2	3	4	5	
Estabelecimento ambulatorial básico por 10 mil habitantes	5,7	5,93	5,65	8,84	10,99	6,25
Consultório ambulatorial básico por 10 mil habitantes	3,61	3,61	3,98	6,58	8,09	4,09
Consultório ambulatorial especializado por 10 mil habitantes	0,85	0,79	2,1	4,1	7,07	1,52
Consultório ambulatorial odontológico por 10 mil habitantes	3,16	3,14	4,1	6,75	8,6	3,8
Médicos por mil habitantes	0,26	0,26	0,44	0,83	1,26	0,37
Enfermeiros por mil habitantes	0,34	0,35	0,37	0,62	0,73	0,38
Dentistas por mil habitantes	0,27	0,27	0,37	0,62	0,81	0,33
Leitos ambulatoriais de repouso por mil habitantes	0,09	0,09	0,13	0,2	0,21	0,11
Equipamentos ambulatoriais por 10 mil habitantes	12,21	10,04	30,15	56,16	81,42	20,3

Fonte: Machado (2023).

Nota: a análise de distribuição dos indicadores de capacidades estatais por cluster indica que há uma hierarquia entre os grupos de municípios para todos os indicadores analisados.

Também importa identificar as razões entre os melhores e piores situados para o conhecimento de quantas vezes o nível de capacidade estatal dos melhores situados é maior que a dos piores e qual é o comportamento dessas diferenças no período analisado. A Figura 3 mostra que em oito dos nove indicadores analisados há queda da razão entre o nível médio do cluster melhor situado em relação ao pior. O indicador com a maior razão é o de equipamentos ambulatoriais, que em 2005 era, em média, 101 vezes maior no cluster de melhor situação em relação ao pior, e passou a ser de 19,56 em 2017. Além deste, outros dois indicadores com alto nível de desigualdade entre os melhores situados e os piores são os consultórios especializados por 10 mil habitantes e a quantidade de médicos por mil habitantes, que também tiveram queda expressiva no período analisado. Já o indicador que apresenta a menor desigualdade em relação aos outros indicadores em todo o período analisado, variando entre 4,61 (2005) e 1,78 (2017), é o indicador de estabelecimento ambulatorial básico por 10 mil habitantes.

Figura 3 – Razão dos valores médios das variáveis de capacidades estatais em saúde do cluster melhor situado em relação ao cluster pior situado de 2005 a 2017



Fonte: Machado (2023).

Distribuição do PAB variável por cluster de municípios

A Tabela 2 mostra que os municípios dos clusters 1 e 2, que correspondem ao grupo de municípios com os piores níveis de capacidades estatais, são os municípios que, em média, recebem os maiores valores do PAB variável per capita. Por outro lado, os municípios dos clusters 4 e 5 ou 3 e 5 são aqueles que, em média, recebem os menores valores do PAB variável per capita. Deve-se destacar que nos anos em que o cluster 3 apresentou os melhores níveis de capacidades estatais (2013 a 2017) foram também os anos em que este cluster recebeu os menores valores médios de transferências. Em 2005, o cluster mais bem situado (cluster 5) recebeu 2,1 vezes menos recursos que o cluster pior situado (cluster 1) em termos de capacidades estatais em saúde. Essa relação variou ao longo do tempo e em 2017 foi de 1,33.

Tabela 2 – Média do PAB variável per capita por cluster de municípios e ano (2005-2017)

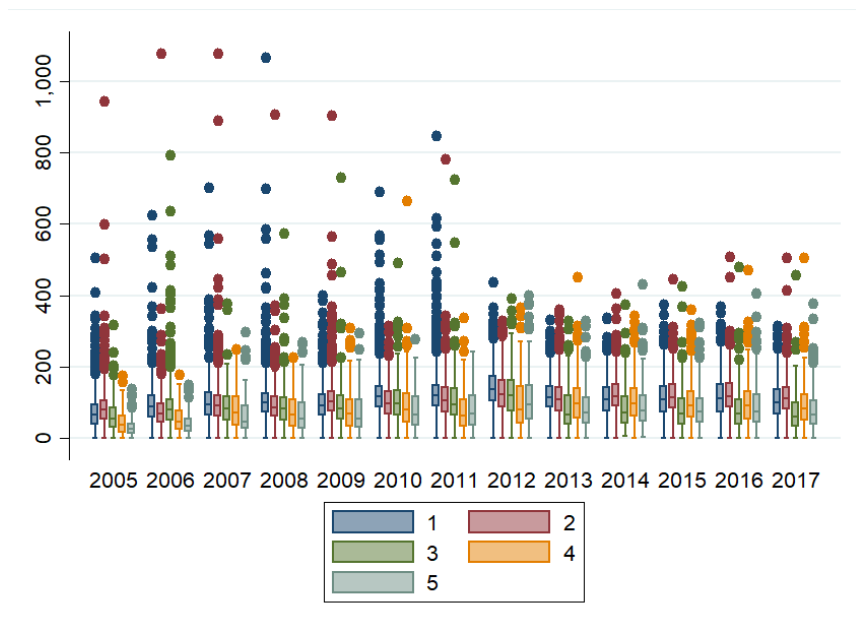
Ano	Medida	Cluster					Total Geral
		1	2	3	4	5	
2005	Média	68,87	83,28	60,68	44,35	32,67	69,32
	Frequência	3260	1208	406	278	135	5287
2006	Média	90,75	75,12	82,66	54,11	42,08	81,48
	Frequência	1559	672	2705	235	176	5347
2007	Média	96,55	91,82	83,88	80,28	64,31	91,34
	Frequência	1857	2665	516	221	171	5430
2008	Média	100,47	90,39	85,15	73,08	70,59	93,02
	Frequência	2961	1027	880	380	218	5466
2009	Média	94,61	104,23	87,27	77,19	72,99	96
	Frequência	1455	2554	896	433	131	5469
2010	Média	118,49	99,93	99,35	87,74	78,37	106,86
	Frequência	2667	1046	995	590	175	5473
2011	Média	121,69	108,56	101,47	77,43	81,34	112,49
	Frequência	3095	1029	924	153	285	5486
2012	Média	138,16	125,34	121,18	98,83	106,22	128,29
	Frequência	2613	1294	1004	231	365	5507
2013	Média	116,55	110,4	84,52	100,35	85	109,64
	Frequência	2450	1892	148	716	325	5531
2014	Média	110,44	120,4	87,84	101,77	88,9	110,93
	Frequência	2139	2091	189	741	346	5506
2015	Média	110,75	118,84	86,09	99,01	87,88	111,28
	Frequência	2281	2300	148	557	240	5526
2016	Média	113,49	120,74	81,22	99,34	92,15	114,26
	Frequência	1436	3123	145	540	283	5527
2017	Média	103,58	112,93	77,59	91,51	79,24	104,87
	Frequência	2249	2459	72	418	366	5564
2005-2017	Média	106,73	107,96	90,62	88,24	80,22	102,46
	Frequência	30022	23360	9028	5493	3216	71119

Fonte: Machado (2023).

A análise da distribuição do PAB variável per capita por cluster e ano (Figura 4) mostra que existe variação interna e *outliers* em todos os clusters de municípios e em todos os anos. Apesar dessas diferenças, vê-se que a maior concentração de observações dos clusters 1 e 2 é superior à maior concentração de observações dos cluster 4 e 5 ou 3 e 5, indicando mais uma vez que os

municípios dos cluster 1 e 2 tendem a ser contemplados com maiores aportes do PAB variável per capita em relação aos demais grupos de municípios.

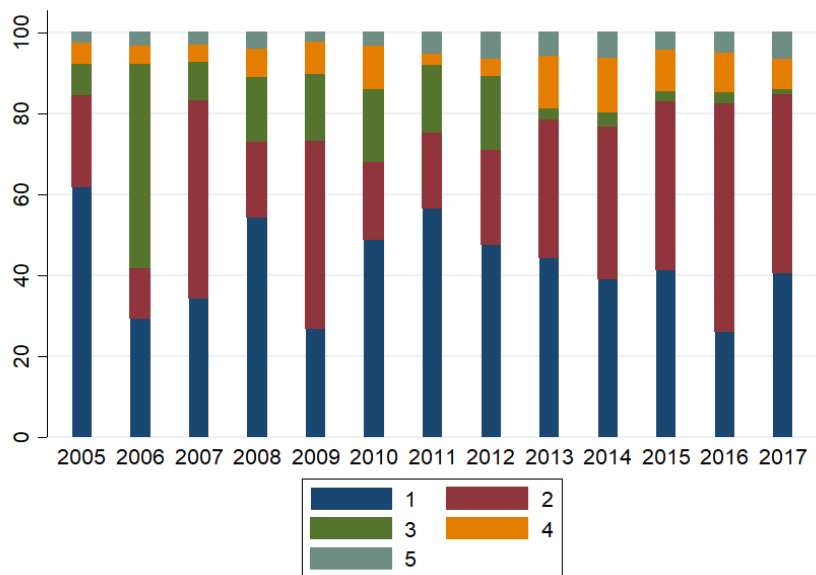
Figura 4 – Box plot do PAB variável per capita por cluster e ano



Fonte: Machado (2023).

A Tabela 2 ainda permite verificar a quantidade de municípios por cluster e ano. O primeiro destaque que deve ser feito, já identificado na Tabela 2, é que nem todos os municípios são aderentes do PAB variável, de modo que, apenas no ano de 2017, chega-se próximo da universalização do programa, quando 5.564 municípios passam a ser contemplados com este tipo de transferência. O segundo destaque é de que os clusters 1 e 2 são os que concentram a maior quantidade de municípios, enquanto os cluster 3, 4 e 5 são os que tendencialmente concentram as menores quantidades de municípios. A maior parte dos municípios situa-se nos clusters de municípios com piores níveis de capacidades estatais em saúde, e uma menor parte situa-se no grupo de municípios com os melhores níveis de capacidades estatais. A Figura 5 ilustra graficamente o percentual da quantidade de municípios por cluster.

Figura 5 – Percentual da quantidade de municípios por cluster e ano



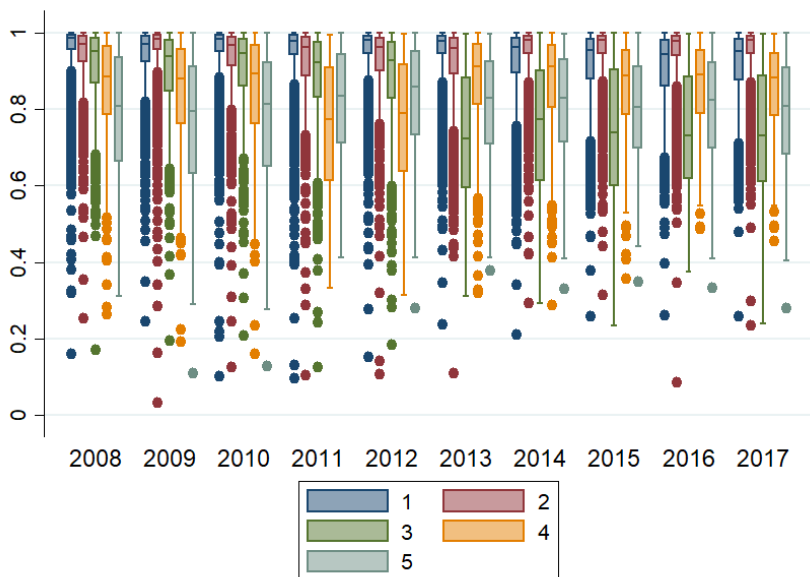
Fonte: Machado (2023).

Com o intuito de aprofundar a análise descritiva dos clusters de municípios para buscar explicar os níveis do PAB variável por cluster e ano, a Figura 6 apresenta o percentual da população municipal dependente exclusivamente do sistema público de saúde. Machado (2021) mostrou que os municípios mais dependentes exclusivamente do sistema público de saúde são os que possuem maiores aumentos dos níveis de capacidades estatais em saúde de 2013 a 2015.

A partir da Figura 4, observa-se que os municípios dos clusters 1 e 2, aqueles que em média recebem os maiores valores do PAB variável, são também os clusters que concentram a maior quantidade de municípios com maior dependência exclusiva do sistema público de saúde. Por outro lado, os clusters 3, 4 e 5, que, em média, recebem menores valores do PAB variável, são também os clusters que concentram menor quantidade de municípios com alto nível de dependência exclusiva do sistema público de saúde, embora a variação da dependência seja maior. A partir de 2013, os municípios do cluster 3 recebem,

em média, valores maiores do PAB variável, mas possuem a maior concentração de municípios com menor nível de dependência exclusiva.

Figura 6 – Box plot do percentual da população municipal dependente exclusivamente do sistema público de saúde por cluster e ano



Fonte: Machado (2023).

Discussão dos resultados

Em sintonia com os propósitos deste trabalho, Oliveira (2007, p. 160) constata que “as desigualdades [em saúde] não foram equacionadas pela fórmula de distribuição de recursos introduzida com o PAB”, tanto o fixo quanto o variável. O PAB variável é desprovido de “um caráter equalizador no sentido de dar mais recursos aos municípios mais carentes” (Oliveira, 2007, p. 154). Em relação ao PAB fixo, os resultados desse artigo corroboram com as indicações de Oliveira (2007), embora se observe que, a partir de 2011, os municípios de menor porte e das regiões Norte e Nordeste do país são contemplados com maior volume médio de recursos per capita em virtude das mudanças nos critérios de sua distribuição que visam ser mais equitativos e atender prioritariamente os municípios mais vulneráveis (Pinto, 2018).

Por outro lado, em relação ao PAB variável, os resultados são divergentes dos resultados de Oliveira (2007), pois se identifica que os seus resultados distributivos possuem natureza equitativa ao priorizar os municípios mais vulneráveis em termos de capacidades estatais frente aos municípios menos vulneráveis.

Os resultados deste artigo evidenciam que a natureza equitativa dos resultados da distribuição dos recursos do PAB variável ocorre a despeito do desenho da política, que não prevê nenhum mecanismo que discrimine os municípios para priorizar os mais necessitados de recursos. Neste sentido, por que os municípios com menores níveis de capacidades estatais são os mais aderentes à política federal? Uma possível explicação repousa na dependência exclusiva do sistema público de saúde. Na medida em que a população dos municípios é mais dependente do sistema público de saúde, os incumbentes possuem maiores incentivos para recorrerem aos programas federais de transferências de recursos. Como constatado, os municípios com menores níveis de capacidades estatais, que também são os mais aderentes da política do PAB variável, também são os que concentram a população mais dependente exclusivamente do SUS.

Outra forma de explicar esse resultado é que, nas cidades menores, as necessidades de saúde não podem ser cobertas com recursos próprios, o que é mais viável nas maiores, o que amplia a adesão ao PAB variável, mesmo que existam contrapartidas locais. Um argumento similar a esse foi explorado por Sátyro, Cunha e Campos (2016) e com relação ao gastos municipais de transferências federais na política de assistência social.

Todavia, é preciso investigar mais para saber se a maior dependência da população ao sistema público de saúde é um incentivo para os incumbentes aderirem aos programas federais ou se a maior dependência da população ao sistema público é uma expressão da vulnerabilidade econômica do município que se reflete nos seus níveis de arrecadação e menores níveis de capacidades estatais em saúde. Tal realidade, por sua vez, pode se refletir na maior dependência dos recursos federais por parte desses municípios, pois aqueles com maiores níveis de capacidades estatais tendem a ser menos dependentes de outras fontes de recursos.

Oliveira (2007) também destaca que a “descentralização dirigida”, sob coordenação federal, não foi capaz de reduzir as desigualdades previamente existentes, o que converge parcialmente com os resultados deste trabalho. Entre 2005 a 2017, não houve mudanças expressivas na composição dos grupos de municípios em relação às suas capacidades estatais. Os piores grupos continuam concentrando a maior quantidade de municípios enquanto os melhores continuam concentrando as menores quantidades de municípios. Essa situação sugere que há limitações da União em alterar o perfil das capacidades estatais municipais em Saúde, visando reforçar as condições para cumprirem com as suas atribuições.

No contexto mais recente, as mudanças introduzidas em 2019 na política das transferências intergovernamentais para os municípios não foi consensual no campo da saúde. Da parte do governo Bolsonaro argumentava-se que as mudanças do PAB para o modelo do programa Previnde Brasil aumentariam a eficiência das transferências (Harzheim, 2020). Outros atores argumentavam que a mudança aumentaria as desigualdades territoriais em saúde, pois as mudanças privilegiariam os municípios com maiores disposições de recursos (Massuda, 2020; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021). Portanto, em termos aplicados, este trabalho situa-se no cerne deste debate, visando discutir os resultados redistributivos de um programa federal que vigorou por quase vinte anos e cujas principais chaves ainda integram o financiamento da atenção básica nos municípios.

Considerações finais

Este trabalho buscou compreender o papel equalizador da União na redução das disparidades municipais em saúde a partir das transferências intergovernamentais realizadas via PAB variável, controlando os níveis de capacidades estatais dos municípios. Os resultados mostram que o papel da União tem sido o de atenuar as iniquidades municipais em Saúde, uma vez que os grupos de municípios com as piores condições em ofertar tal política são contemplados com os maiores volumes de recursos das transferências condicionadas. Esse achado joga luzes sobre a literatura que analisa o federalismo cooperativo no Brasil e os argumentos teóricos testados nesse trabalho apresentam novas perspectivas de análise sobre as transferências governamentais na área da

saúde. Trabalhos anteriores que analisaram o papel da União na redução das desigualdades municipais abordaram o efeito das transferências sobre a desigualdade de receitas dos municípios (Arretche, 2010). Contudo, essa literatura não considerou as capacidades estatais que as localidades possuem para implementar as políticas públicas. A contribuição original do trabalho reside na identificação do perfil dos municípios contemplados com os recursos das transferências intergovernamentais quanto aos seus maiores ou menores níveis de capacidades estatais.

Dado que o PAB variável foi um programa de adesão voluntária que exigia contrapartidas de oferta de serviços pelos municípios, seria intuitivo inferir que a adesão dos municípios com maiores níveis de capacidades estatais seria maior, que é justamente o que não se observa empiricamente. Com efeito, não é um resultado óbvio que os municípios com menos condições de atender as contrapartidas do governo federal são os mais aderentes à política das transferências condicionadas, enquanto que os municípios que, em tese, possuiriam as maiores condições de capacidades para atender a estas contrapartidas são os menos aderentes. Essas evidências contribuem para a agenda de pesquisa que analisa o efeito das transferências federais nos marcos das relações intergovernamentais cooperativas.

Os resultados das transferências realizadas pela União produzem redistribuição que atende prioritariamente os municípios mais vulneráveis, a despeito da fragilidade de suas capacidades estatais em saúde. Observa-se ainda que a partir dessas transferências a União promove equidade vertical, uma vez que distribui desigualmente recursos entre os municípios.

Todavia, a promoção de equidade pela União ocorre a despeito do desenho institucional da política do PAB variável, que não prevê nenhum mecanismo que privilegie os municípios com piores níveis de capacidades estatais, em detrimento dos municípios com melhores níveis de capacidades estatais. Portanto, apreende-se que os resultados da política possuem uma natureza equitativa, embora o seu desenho propriamente não possua regras para esse fim.

Constata-se ainda que a hipótese apresentada, segundo a qual os municípios com maiores níveis de capacidades estatais seriam os mais aderentes do programa federal, cuja adesão é voluntária e as transferências são condicionadas a contrapartidas municipais, não se confirma. Uma possível explicação

repousa no fato de que o trabalho de Grin e Abrucio (2017, 2021), que subsidia o argumento proposto, analisa uma área que objetiva aumentar a capacidade estatal dos municípios para ampliar os seus níveis de arrecadação, enquanto a política que é objeto desta pesquisa é de uma área fim, cujos resultados são entregues à sociedade por meio de serviços. Trabalhos futuros poderão investigar se a natureza da política que é objeto do programa federal, e que depende de contrapartidas municipais, afeta os seus resultados distributivos: se as transferências atendem os municípios mais ou menos afluentes em termos de capacidades estatais. Igualmente, novas pesquisas poderão comparar o desenho institucional do PAB variável e do Previnhe Brasil para avaliar se os resultados assemelham-se ou não àqueles encontrados nesse trabalho.

Os resultados deste trabalho mostram que os clusters integrados por municípios com os piores níveis de capacidades estatais são compostos pela maior quantidade de municípios, enquanto os clusters com os melhores níveis de capacidades estatais são integrados por menos municípios. Os clusters de municípios pior situados estão associados ao recebimento dos maiores valores médios do PAB variável per capita no período analisado, enquanto os clusters de municípios melhor situados estão associados ao recebimentos dos menores valores médios. Contudo, durante o período analisado, não existe aumento da quantidade de municípios que integram os clusters com maiores níveis de capacidades estatais, mostrando que as transferências do PAB variável não são suficientes para alterar o perfil dos diferentes grupos de municípios, de modo que os municípios pudessem migrar do grupo dos piores situados para o dos melhores situados.

Em suma, os resultados sugerem que atacar as iniquidades sem mudar as capacidades pode ser uma forma limitada de combater esse fenômeno, uma vez que não se garante condições suficientes para que os municípios alterem o perfil dos recursos necessários para implementar políticas públicas de saúde. Por esta razão, tratar do papel equalizador da União, para além da sua atuação na redução das desigualdades, contribui para uma melhor compreensão das disparidades municipais e da produção de políticas públicas no contexto local; sobretudo, considerando a redução das assimetrias territoriais e da capacidade de melhorar os serviços.

Todavia, também se constata que essa limitação da União em alterar o perfil dos diferentes grupos de municípios a partir dos seus níveis de capacidades estatais é atenuada pelo fato de que se observa um aumento dos níveis de capacidades estatais dos municípios no período observado. A razão entre as condições dos clusters melhor e pior situados também diminui para a maior parte dos indicadores no período analisado, embora não se possa inferir que esses resultados sejam provenientes do programa federal.

Em poucas palavras, a possibilidade de os governos locais tornarem-se mais autônomos nos próximos anos na produção de políticas de Saúde vai depender da criação de capacidades estatais locais, as quais são muito desiguais entre os municípios. O PAB consegue reduzir desigualdades na provisão local, mas não muda a situação estrutural das capacidades estatais locais. A mudança nesta situação faria com que o SUS, sob coordenação federal, pudesse ter uma política não só contra as desigualdades, mas que potencializasse ainda mais a redução das iniquidades, de modo que iniciativas federais para os municípios com menores disposições de capacidades pudesse gerar condições para que novas capacidades fossem criadas a contento e de forma equitativa aos municípios melhor situados.

Em termos teóricos, os resultados deste artigo contribuem para a literatura que se dedica a compreender as relações entre federalismo e redistribuição. O sistema federativo brasileiro, sobretudo a coordenação federativa exercida pela União, viabiliza não apenas a redução das desigualdades horizontais, mensurada pelas receitas dos municípios, mas também uma redistribuição de caráter equalizador, na medida em que, no fim do dia, os resultados redistributivos priorizam os entes com menores condições de implementar políticas públicas no campo da Saúde.

Referências

- ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- AGUIAR, Rafael Barbosa de; LIMA, Luciana Leite. Capacidade estatal: definições, dimensões e mensuração. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, São Paulo, n. 89, p. 1-28, ago. 2019.

- ARRETCHE, Marta. Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 33, n. 96, p. 1-23, 5 fev. 2018.
- ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; Editora Fiocruz, 2012.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.
- ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, nº 216, 6 nov. 1996. p. 22932-22940.
- ENRIQUEZ, E.; CENTENO, M. A. State capacity: utilization, durability, and the role of wealth vs. history. **International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences**, v. 1, n. 2, p.130-162, 2012.
- EVERITT, Brian S.; LANDAU, Sabine; LEESE, Morven; STAHL, Daniel. **Cluster analysis**. King's College London: John Wiley & Sons, 2011.
- FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Luiz Mafor; KRONEMBERGER, Thais Soares; ZANI, Felipe Barbosa. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446-455, 2010.
- FRANZESE, Cibele; ABRUCIO, Fernando Luiz. Efeitos recíprocos entre federalismo e políticas públicas no Brasil: os casos dos sistemas de saúde, de assistência social e de educação. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Federalismo e políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 361-386.
- GEDDES, Barbara. **Politician's dilemma: building state capacity in Latin America**. Los Angeles: University of California Press, 1994.

- GOMIDE, Alexandre de Ávila; PEREIRA, Ana Karine; MACHADO, Raphael. Apresentação - O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 3-12, jan-jun. 2017.
- GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. O elo perdido da descentralização no Brasil: a promoção das capacidades estatais municipais pelo governo federal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 29, n. 77, p. 1-23, 2021.
- GRIN, Eduardo José; ABRUCIO, Fernando Luiz. Quando “feds” e “locals” não falam a mesma língua: uma análise sobre dissonâncias na cooperação federativa. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 694-719, jul-set. 2017.
- GRIN, Eduardo José; DEMARCO, Diogo José; ABRUCIO, Fernando Luiz (orgs.). **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021.
- GRINDLE, M. S. (ed.) **Getting good government: capacity building in the public sector of developing countries**. Harvard Institute for International Development; Harvard University, 1997.
- HAIR JR, Joseph F.; BLACK, William C.; BABIN, Barry J.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L. **Análise multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2009.
- HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, 2020.
- HILDEBRAND, M. E.; GRINDLE, M. S. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: GRINDLE, M. S. (ed.) **Getting good government: capacity building in the public sector of developing countries**. Harvard Institute for International Development; Harvard University, 1997. p. 31-62.
- MACHADO, Gabriel Santana. Partidos, eleições e desigualdades em saúde nos municípios brasileiros: uma análise relacional a partir dos fatores políticos, de gestão e da dependência do sistema público. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI**, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 72-102, dez. 2021.

- MACHADO, Gabriel Santana. **Coordenação federativa e desigualdade territorial**: a efetividade e os limites da política redistributiva da União junto aos municípios no campo da saúde. 2023. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2023.
- MACHADO, Gabriel Santana; BRASIL, Felipe Gonçalves; PERES, Ursula Dias. Descentralização fiscal brasileira: as prioridades orçamentárias sob a perspectiva de *agenda-setting*. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 32, p. 1-23, 2024. [e010].
- MANN, Michael. The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results. **Archives Européennes de Sociologie**, v. 25, n. 2, p. 185-213, 1984.
- MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.
- MENICUCCI, Telma; LEANDRO, José Geraldo. Arranjo federativo e desigualdades em saúde no Brasil e na Argentina. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 1-46, 2023. [e20200309].
- MENICUCCI, Telma; MARQUES, Alisson Maciel de Faria. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas: o caso da saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.
- MIGDAL, J. S. **Strong societies and weak states**: state-society relations and state capabilities in the Third World. Princeton: Princeton University Press, 1988.
- MORAES, Vinicius Macedo de; CROZATTI, Jaime; MACHADO, Gabriel Santana. Federalismo e desigualdades horizontais em educação: conectando os anseios equalizadores por meio de uma tipologia de municípios. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 1-50, 2025. [e20220063].
- OBINGER, Herbert; LEIBFRIED, Stephan; CASTLES, Francis G. **Federalism and the welfare state**: new world and european experiences. New York: Cambridge University Press, 2005.
- OLIVEIRA, Vanessa Elias. **O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas de saúde: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas**. 2007. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

- OLIVEIRA, Vanessa Elias; COELHO, Vera Shattan P. Capacidades estatais municipais em saúde. *In*: GRIN, Eduardo José; DEMARCO, Diogo José; ABRUCIO, Fernando Luiz (orgs.). **Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro**. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2021. p. 366-400.
- PINAFO, Elisangela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabet de Fátima Polo de Almeida. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1511-1524, 2016.
- PIRES, Roberto Rocha C.; GOMIDE, Alexandre de Ávila. Análise comparativa: arranjos de implementação e resultados de políticas públicas. *In*: GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha C. **Capacidades estatais e democracia: a abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas**. IPEA, 2014. p. 351-379.
- PINTO, Hêider Aurélio. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.
- RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga; OUVENEY, Assis Maffort; PINTO, Luiz Felipe; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Federalism and health policy in Brazil: institutional features and regional inequalities. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, 2018.
- SÁTYRO, Natália G. D.; CUNHA, Eleonora S. M.; CAMPOS, Jarvis. Análise espacial da burocracia da assistência social nos municípios brasileiros: notas para uma reflexão sobre a capacidade de implementação dessa política. **Opinião Pública**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 286-317, 2016.
- SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3781-3786, 2021. [suplemento 2].
- SILVA, André Luis Nogueira; SEGATTO, Catarina Ianni; ABRÚCIO, Fernando Luiz; MACHADO, Gabriel Santana. Criação, difusão e aprendizados dos sistemas nacionais de políticas públicas: os caminhos heterogêneos do SNRH, SUAS e SUSP. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, v. 15, n. 1, 20 jan. 2023.

- SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, 2009.
- VALENTINE, Nicole; SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec; NOLEN, Lexi; PRASAD, Amit. **Health equity at the country level: building capacities and momentum for action**. Geneva: World Health Organization - WHO, 2008. [SDHE Implementation Discussion Paper Series, 3].
- VAZQUEZ, Daniel Arias. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 969-1005, dez. 2014.
- WEISS, L. **The myth of powerless state**. New York: Cornell University Press, 1998.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 23, n. 3, p. 429-445, 1992.

Coordenação federativa e desigualdade territorial: a efetividade e os limites da política redistributiva da União junto aos municípios no campo da saúde

Resumo: A coordenação federativa da União via indução financeira proporcionou a redução das desigualdades municipais em Saúde. Todavia, as políticas federais que dependem de adesão e contrapartidas podem privilegiar os municípios com maior capacidade estatal, o que gera a reprodução de iniquidades. Diante da diferença dessas duas formas de reduzir a desigualdade, o argumento básico do artigo é que atacar a assimetria de capacidades estatais dos governos municipais é um instrumento mais efetivo para criar condições sustentáveis de produzir maior equidade entre os cidadãos brasileiros no acesso à Saúde. Além de identificar qual é o papel equalizador da União na redução das disparidades municipais, o trabalho procura também, como objetivos específicos, criar uma clusterização de municípios a partir das suas capacidades estatais em Saúde e identificar o perfil das transferências da União via Piso da Atenção Básica (PAB) variável por grupo, bem como analisar se existem mudanças no perfil dos diferentes grupos associadas ao recebimento dessas transferências. Para isso, foi empregado o método de clusterização em nove indicadores de capacidades estatais em saúde no período de 2005

a 2017. Os resultados indicam que os clusters de municípios com piores níveis de capacidades são contemplados com maiores volumes do PAB variável per capita e que, ademais, os clusters de municípios com piores níveis de capacidades possuem a maior quantidade de municípios em todo o período. O texto contribui, assim, com a literatura de federalismo ao lançar novas perspectivas analíticas sobre as desigualdades horizontais e sobre a função do Governo Federal em atenuá-las.

Palavras-chave: federalismo; desigualdades; saúde; capacidade estatal; transferências intergovernamentais; redistribuição.

Federative coordination and territorial inequality: the effectiveness and limitations of the Brazilian Federal Government's redistributive policy on health at the municipal level

Abstract: Federal coordination of Brazilian subnational governments via financial induction has reduced health inequalities at the municipal level. At the same time, federal health policies depend on the adherence and conditions of subnational governments, which may favor municipalities with greater state capacity and, consequently, reproduce inequities. Against this backdrop, this article advocates that attacking the asymmetry of municipal state capacities is a more effective instrument for creating sustainable conditions for achieving equity in healthcare among Brazilian citizens. The research aims to analyze the federal government's role in reducing health inequities in municipalities. It classifies municipalities into clusters based on their state capacities in health and analyzes the profile of transfers from the federal government by observing the Variable Basic Health Care Floor (variable-BHCF), which is a component of Brazil's primary healthcare financing system, for each cluster. The clustering method considers nine indicators of state capacities in health from 2005 to 2017. The results indicate that clusters of municipalities with lower state capacities receive larger transfers when considering variable-BHCF per capita. Additionally, the largest clusters are those formed of municipalities with the lowest state capacities during this period. This research contributes to the federalism literature by introducing new analytical perspectives on horizontal inequalities and the federal government's role in mitigating them.

Keywords: federalism; inequalities; health; state capacity; intergovernmental transfers; redistribution.

CRedit

- a. Participação na discussão conceitual: MACHADO, Gabriel Santana; ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José.
- b. Trabalho e pesquisa de campo: MACHADO, Gabriel Santana.
- c. Participação na discussão dos resultados: MACHADO, Gabriel Santana; ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José.
- d. Revisão e aprovação da versão final do trabalho: MACHADO, Gabriel Santana; ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, Eduardo José.

Editoras:

Debora Rezende de Almeida

Rebecca Neaera Abers

Submetido em 26 de maio de 2024

Aprovado em 27 de novembro de 2024