TEXTO PARA DISCUSSÃO

2596

GASTOS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL: IMPACTOS DA UNIFICAÇÃO DOS PISOS CONSTITUCIONAIS

Fabiola Sulpino Vieira
Luciana Mendes Santos Servo
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Sérgio Francisco Piola
Rodrigo Octávio Orair

ipea

2596
TEXTO PARA DISCUSSÃO
Rio de Janeiro, setembro de 2020

GASTOS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO NO BRASIL: IMPACTOS DA UNIFICAÇÃO DOS PISOS CONSTITUCIONAIS

Fabiola Sulpino Vieira[1]
Luciana Mendes Santos Servo[2]
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides[3]
Sérgio Francisco Piola[4]
Rodrigo Octávio Orair[5]

1. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea. *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.
2. Técnica de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. *E-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>.
3. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.
4. Especialista em saúde pública e pesquisador no projeto Acompanhamento e Análise da Política de Saúde na Disoc/Ipea. *E-mail*: <sergiofpiola@gmail.com>.
5. Técnico de planejamento e pesquisa na Disoc/Ipea. *E-mail*: <rodrigo.orair@ipea.gov.br>.

Governo Federal

Ministério da Economia
Ministro Paulo Guedes

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Texto para Discussão

Publicação seriada que divulga resultados de estudos e pesquisas em desenvolvimento pelo Ipea com o objetivo de fomentar o debate e oferecer subsídios à formulação e avaliação de políticas públicas.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2020

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1.Brasil. 2.Aspectos Econômicos. 3.Aspectos Sociais. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

DOI: http://dx.doi.org/10.38116/td2596

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: H51; H52.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO 7

2 SINGULARIDADES DOS SISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO 11

3 FONTES DE DADOS E CONCEITOS 16

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 20

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....43

REFERÊNCIAS 44

APÊNDICE A 50

APÊNDICE B – TRATAMENTO DOS DADOS 57

ANEXO 60

SINOPSE

Este texto tem por objetivo investigar os efeitos da unificação dos pisos constitucionais de gastos em saúde e educação dos entes federados, especialmente nos municípios. Trata-se de uma contribuição ao debate público a respeito da proposição constante em algumas iniciativas legislativas, como as Propostas de Emenda à Constituição nº 186 e nº 188, de 2019. Para tanto, foram utilizados dados dos relatórios orçamentários da União, dos estados e do Distrito Federal, e dos municípios. Constatou-se que os gastos nas duas áreas excedem as aplicações mínimas em cada esfera de governo, sendo o excedente maior para a educação, no caso da União e do conjunto dos estados e do Distrito Federal, e maior para a saúde, no caso do conjunto dos municípios. A análise detalhada dos percentuais de gastos (em relação às receitas) de 5.480 municípios com informações disponíveis mostra que a aplicação em 80% deles foi maior do que 15,75% em saúde e 26,25% em educação, excedendo os respectivos pisos de 15% e 25%. Quanto ao risco de redução de recursos em um cenário de unificação dos dois pisos, identificou-se que 951 municípios têm maior risco de diminuição dos recursos que financiam a educação, por terem aplicação em educação próxima da fronteira do limite mínimo e aplicação em saúde acima da fronteira mínima. Contudo, 97 municípios têm maior risco de redução de recursos na saúde, pois a aplicação em saúde está próxima da fronteira mínima e a aplicação em educação está longe dessa fronteira. Esses achados provêm subsídios à hipótese de que, em um contexto de concorrência por recursos, os gastos em saúde serão mais resilientes, uma vez que tendem a ser menos elásticos, e, por conseguinte, os recursos para a educação estão sob maior risco de perdas.

Palavras-chave: financiamento da assistência à saúde; gastos em saúde; gastos em educação; Sistema Único de Saúde; Brasil.

ABSTRACT

This text aims at investigating the effects of unifying the constitutional minimum levels for healthcare and education expenditures, especially in municipalities. It provides a contribution to the public debate on a series of legislative initiatives, such as the Constitutional Amendment Proposals 186/2019 and 188/2019. The analysis is based on primary data from budget reports of the Brazilian Union, the States and the Federal District, and the Municipalities. Results show that expenditures in both areas exceeded the sum of the minimums in each level of government. This surplus is higher for education, in the case of the Union, the States and the Federal District. Whereas in the case of Municipalities

the surplus if higher for healthcare. The detailed analysis of expenditures (as percentage of total revenues) points that 80% of the 5,480 municipalities with available data were above 15.75% for healthcare and 26.25% for education, which exceeds the respective minimums of 15% and 25%. With regard to the risk of decreasing expenditures in a scenario of minimums unification, it is identified that 951 municipalities face a higher risk in the area of education, given the fact that their education expenditures are close to the border of the minimum and healthcare expenditures are above the minimum boundary. While 97 municipalities face higher risk in the area of healthcare, as the healthcare expenditure is close to the minimum border and education expenditure is far from it. These findings support the hypothesis that, in a context of competition between financial sources, healthcare expenditures tend to be more resilient, since they are less elastic, and, therefore, education expenditures are at greater risk of suffering losses.

Keywords: healthcare financing; health expenditures; education expenditures; unified health system; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

Desde 2015, a crise fiscal, que se prolonga até os dias atuais, tem motivado o aprofundamento das medidas de ajuste fiscal e de reforma do Estado. Uma medida de grande impacto aprovada foi a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congelou, em termos reais, as despesas primárias do governo federal e as aplicações mínimas em saúde e em educação até 2036 (Brasil, 2016a). Embora não declarada como medida reformadora do Estado, ao forçar a redução da participação das despesas com as políticas públicas em relação ao produto interno bruto (PIB), a EC nº 95/2016, promove uma nova configuração do Estado brasileiro, diminuindo o seu papel na concretização de direitos constitucionalmente enunciados (Vieira e Benevides, 2016).

Outra iniciativa dessa natureza, que ainda figura como proposição e não disfarça a sua pretensão reformadora, sendo anunciada como "uma ampla e decisiva agenda de transformação do Estado", representa um aprofundamento da política de austeridade fiscal explicitada na EC nº 95/2016. Trata-se do Plano Mais Brasil, que tem por objetivo "criar condições para impedir novas crises das contas públicas, como a que o país atravessou nos últimos anos, e oferecer estabilidade fiscal à União e aos entes subnacionais".[1]

Esse plano foi apresentado em novembro de 2019, e está consubstanciado em três Propostas de Emenda à Constituição (PECs), apresentadas por parlamentares da base aliada do governo ao Senado Federal: *i)* emergencial – PEC nº 186 (Brasil, 2019a); *ii)* dos fundos públicos – PEC nº 187 (Brasil, 2019b); e *iii)* do Pacto Federativo – PEC nº 188 (Brasil, 2019c). Há sinalização de que outras PECs serão apresentadas ao longo de 2020, entre as quais uma que proporá grande reforma administrativa. As mudanças propostas à Constituição Federal de 1988 (CF/1988) são profundas e foge ao escopo deste trabalho discutir cada uma delas.

Neste texto, o foco de análise recai sobre os possíveis impactos da proposta de unificação das aplicações mínimas (pisos) em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e em manutenção e desenvolvimento do ensino (MDE), presentes tanto na PEC nº 186/2019 quanto na PEC nº 188/2019. Caso essa unificação venha a ser aprovada, o gasto adicional em saúde, além do piso em ASPS, poderá ser computado para fins de apuração do piso em

1. Disponível em: <https://bit.ly/31llzRh> e <https://bit.ly/3fv1Nbh>. Acesso em: 2 jan. 2020.

MDE, e o gasto adicional em educação, além do piso em MDE, poderá ser computado para fins de apuração do piso em ASPS. Porém, antes de entrar propriamente nessa discussão, cabe comentar outra proposta contida na PEC nº 188/2019, a de submissão da promoção dos direitos sociais ao direito ao equilíbrio fiscal intergeracional, pela importância que esse mandamento e sua interpretação teriam sobre o investimento público em políticas sociais.

É interessante notar que o princípio de equilíbrio intergeracional não é inteiramente novo no arcabouço fiscal brasileiro, mas há que se ter prudência em sua interpretação. Um dos princípios da chamada regra de ouro, que veda a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital (Brasil, 1988, art. 167, inciso III), é justamente promover justiça intergeracional. Essa regra fiscal busca, simultaneamente, garantir um orçamento corrente equilibrado e dar flexibilidade ao orçamento de capital. O pressuposto básico é que a realização das despesas de capital no presente (ou, mais precisamente, a execução de projetos de investimentos) tem potencial de gerar benefícios para as gerações futuras – seja em termos de maiores receitas, produtividade e crescimento econômico, seja pelo patrimônio público que herdam –, justificando-se que seu custo seja diferido ao longo do tempo na forma de serviço da dívida (Couri *et al.*, 2018, p. 7).

Assim, a regra de ouro abre espaço para que as gerações futuras arquem com parte do financiamento pela via do endividamento público, evitando-se impor um ônus desproporcional sobre as gerações presentes que resulte em subinvestimento. É claro que os fundamentos da regra de ouro podem ser alvo de críticas, por exemplo, porque nem todos os projetos de investimentos deixarão benefícios para as gerações futuras ou porque se negligencia o fato de que outras despesas correntes podem deixar esses benefícios (gastos em saúde, educação, ciência e tecnologia etc.). De todo modo, o ponto central a ser destacado é que esse princípio de justiça intergeracional subordina o endividamento público à execução das despesas que geram benefícios para as gerações futuras.

Uma interpretação possível para a recente proposta de submissão da promoção dos direitos sociais ao direito ao equilíbrio fiscal intergeracional é que ela inverte a relação de subordinação. Segundo essa interpretação, o direito ao equilíbrio fiscal intergeracional pode ser traduzido como a formulação de que a trajetória de endividamento público deve ser estável ou cadente e que, para alcançá-lo, torna-se imperativo promover o esforço de resultado primário correspondente. O corolário desse imperativo, no contexto da atual agenda reformadora – isto é, diante da visão de

que é necessário reduzir o tamanho do Estado e de que o esforço de ajuste fiscal deve ser orientado quase exclusivamente para o corte das despesas, sob a aposta de que isso pode dinamizar o crescimento econômico –, é a contínua redução de espaço fiscal para as despesas primárias, sobretudo aquelas de caráter discricionário, que pode ser incompatível com a implementação das políticas de promoção dos direitos sociais. O direito ao equilíbrio fiscal intergeracional se traduz na subordinação da execução de quaisquer despesas primárias e políticas públicas à trajetória da dívida pública, mesmo que implique sacrificar direitos sociais.

Quanto a esse ponto, Scaff (2019) refletiu sobre o significado desse direito, considerando que ele não existe e seria criado em caso de aprovação da PEC. Para o autor, não há outra interpretação possível na hermenêutica jusfinanceira[2] que não seja a de que os direitos sociais devem ser garantidos hoje de forma contínua e permanente, e de que a economia auferida com o ajuste fiscal seja utilizada para investimento em capital humano. Isso porque a poupança que vier a ser feita deve ser utilizada no fortalecimento das instituições, a fim de garantir o exercício da liberdade com maior igualdade. A canalização integral dessa poupança para o pagamento de juros e repactuação do serviço da dívida esgotaria as fontes que deveriam amparar os investimentos em capital humano. Assim sendo, segundo o autor, a proposição de garantia do equilíbrio fiscal entre as gerações seria positiva somente se preservasse esses investimentos e garantisse os direitos sociais de forma contínua e permanente, sem os quais não haveria futuro: "Sem eles o desinvestimento social terá o mesmo efeito de uma bomba de nêutrons para grande parcela da população, pois exterminará as pessoas, mantendo o patrimônio" (Scaf, 2019, p. 4).

Diferentemente da visão de Scaff, que ainda vê um aspecto aceitável nessa proposição, desde que a poupança seja condicionada ao investimento nas instituições que implementam políticas públicas por meio das quais se garantem os direitos sociais, Fleury (2019) mostra-se cética sobre o interesse do governo em assegurar a efetividade desses direitos e questiona quem seria o destinatário do direito ao equilíbrio fiscal intergeracional, qual a base técnica e jurídica do conceito de equilíbrio fiscal intergeracional, e quem definirá esse equilíbrio. Pinto (2019), por sua vez, também descrente sobre o compromisso do governo com a garantia dos direitos sociais, defende

2. Diz respeito à ciência da interpretação da norma jurídica – neste caso, no âmbito jurídico-financeiro.

que é preciso incluir no controle do equilíbrio fiscal intergeracional as políticas monetária, creditícia e cambial, pois precisam ser submetidas ao crivo da conformidade à CF/1988. Para a autora, sem o controle do custeio do serviço da dívida, não há como falar em equilíbrio fiscal intergeracional.

A julgar pelas matérias tratadas nas três PECs (nºs 186/2019, 187/2019, 188/2019), a grande preocupação não parece ser com a garantia dos direitos sociais, mas sim com uma visão muito restrita de ajuste fiscal, mesmo que isso implique o sacrifício desses direitos. Em relação às proposições contidas nessas PECs, a manifestação da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) é contundente ao afirmar que elas são inconstitucionais por subverterem o espírito da CF/1988, que é de mais igualdade e menos discriminação. Segundo essa procuradoria, se as PECs forem aprovadas, os direitos que ainda não são completamente assegurados ficariam em segundo plano (Brasil, 2020).

Considerando que os direitos à saúde e à educação são direitos sociais fundamentais e como forma de contribuir com o debate público, o objetivo deste texto é investigar os possíveis efeitos da unificação dos pisos em ASPS e em MDE para o gasto em saúde e em educação dos entes federados.

A hipótese que sustenta a justificativa para a unificação desses pisos é a de que, ao permiti-la, estados e municípios teriam maior flexibilidade para alocar os recursos de acordo com suas necessidades. Isso conferiria maior eficiência a essa alocação, pois haveria casos de entes que têm poucas crianças e jovens, mas que são obrigados a gastar 25% das receitas próprias em educação. Tal hipótese remete à necessidade de análise do gasto em ASPS e em MDE dos entes da Federação, de forma isolada e conjunta, como a realizada neste texto.

Na seção após esta introdução, discutem-se as singularidades dos sistemas de saúde e educação. A seguir, na terceira seção, apresentam-se as fontes de dados utilizadas e conceitos importantes à análise dos dados de aplicação em ASPS e em MDE dos entes da Federação. Os resultados e a discussão desses resultados são apresentados na quarta seção e, por fim, considerações finais sobre os achados constam da quinta seção.

2 SINGULARIDADES DOS SISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

A saúde e a educação são frequentemente consideradas como se fossem áreas com políticas sociais similares. Em parte, isso se deve ao fato de essas duas políticas sociais terem passado por um profundo processo de descentralização, com maior responsabilização de estados, Distrito Federal e municípios pela gestão e pelo financiamento. Em ambos os casos, esse processo trouxe ganhos ao aproximar a população e o gestor da política, que, em princípio, teria maior conhecimento sobre as demandas dos seus munícipes. Todavia, os resultados foram diferenciados por níveis educacionais ou de atenção à saúde, havendo, nos dois casos, um importante debate sobre a qualidade dos serviços oferecidos à população (Orellano *et al.*, 2011; Silveira *et al.*, 2017; Castro *et al.*, 2019; Paim *et al.*, 2011).

Os 5.568 municípios existentes no país apresentam realidades socioeconômicas e regionais bastante diversas, as quais impõem restrições e necessidade de ajustes ao processo de descentralização em ambos os casos. Há questionamentos sobre a capacidade de a maioria dos municípios gerirem suas políticas e, no caso da saúde, sobre os problemas de escala relacionados ao porte e à densidade populacional desses municípios (Pinto, 2014; Faria, Jannuzzi e Silva, 2008; Gasparini e Miranda, 2011; Marinho, 2003; Rocha *et al.*, 2015). Além disso, ainda permanecem grandes desigualdades regionais e sociais no acesso à atenção à saúde e desigualdades estruturais relacionadas à qualidade do ensino e ao desempenho dos alunos no sistema educacional (Ribeiro, 2011; Andrade *et al.*, 2013; Andrade *et al.*, 2018; Paim *et al.*, 2011; Sá e Benevides, 2019; Servo, Andrade e Amaral, no prelo).

Apesar de o processo de descentralização ter alguns elementos comuns no campo das políticas de educação e saúde, há mais diferenças entre essas duas áreas do que semelhanças. Castro e Musgrove (2016, p. 477, tradução nossa) ilustram alguns aspectos dessas diferenças por meio de uma narrativa fictícia sobre um ataque de ignorância sofrido por uma criança no meio da rua:

> uma criança em idade escolar caminha pela rua quando, de repente, começa a sentir-se ignorante. Esse sentimento aumenta a ponto de a criança ser forçada a se sentar e começar a gritar por socorro. As pessoas próximas tentam ajudar recitando a tabuada da multiplicação e perguntando se a criança lembra os nomes dos principais rios e cidades do país. Por sorte, entre as pessoas que

> passavam está um professor aposentado que tem a iniciativa de ligar para pedir ajuda profissional antes de sentar-se com a criança e assegurar-lhe que tudo ficará bem.[3]

A narrativa continua com a chegada de um ônibus escolar amarelo com sirenes ligadas, que leva a criança imediatamente para a universidade, onde fica sob cuidados intensivos de especialistas para descobrir as áreas de ignorância. Descobrem que o ataque agudo de ignorância foi relacionado às áreas de química e geografia, com menos traumas em matemática e português. Após alguns dias na unidade educacional intensiva, a criança é transferida para uma classe regular da universidade e, algumas semanas depois, já recuperada, é referida de volta para o ensino fundamental. Todos os profissionais da educação estão orgulhosos dos resultados e os pais agradecidos pelo atendimento imediato à criança. Porém, o ministro da educação se assusta com o valor dos custos da ignorância aguda, vinte vezes maior que um atendimento de um aluno numa classe regular do ensino fundamental. Segue-se uma discussão por causa das iniquidades desse tratamento, falta de priorização e pressão dos custos desses cuidados intensivos (Castro e Musgrove, 2016).

Como os autores afirmam, essa cena, impossível de ocorrer em um sistema educacional, é algo corriqueiro no sistema de saúde. Mesmo no caso de uma pessoa que esteja sendo regular e rotineiramente acompanhada na atenção básica, se ela tiver um acidente em casa, na rua, no carro ou em qualquer outro lugar e sofra algum politraumatismo pode necessitar imediatamente de cuidados intensivos de alto custo. Isso acarreta uma sequência de tratamentos posteriores que envolvem não somente a atenção básica, mas reabilitação e outros cuidados especializados de maior custo em outras unidades de saúde, muitas vezes em diferentes municípios. Essa é uma ótima analogia que os autores fazem para mostrar que há muito mais diferenças que similaridades entre a atenção à saúde e a escolarização.

Em ambos os casos, o componente demográfico é um fator importante para explicar a demanda por atenção à saúde e por educação formal, mas com diferenças

3. "*A school-age child is walking down the street, when suddenly he or she begins to feel ignorant. The feeling increases to the point where the child is forced to sit down and beg assistance from passers-by. Flustered, those people nearest him or her try to help by reciting the multiplication table, or asking if the child can remember the names of the principal rivers and cities of the country. Fortunately, among the nearby pedestrians is a retired schoolteacher, who has the presence of mind to telephone for professional help before sitting with the child and assuring him or her that everything will soon be all right*."

entre essas duas áreas. No caso da educação, a criança pode ser colocada em uma creche desde os primeiros dias de vida. Pode seguir para uma pré-escola onde permanece até entrar no ensino fundamental. Do ensino fundamental segue para o ensino médio, podendo posteriormente frequentar uma universidade e outros níveis educacionais. O fluxo dos usuários do sistema educacional é relativamente linear, da educação infantil à universidade. Ainda que ambos os sistemas tenham que considerar a escala de atendimento em rede – o que no caso da educação implica pensar o ensino médio e o superior, e na saúde pensar a média e alta complexidade –, a organização da rede é mais complexa no caso da saúde. Se um município pode organizar e responder com relativa autonomia pelo ensino fundamental, ele não consegue organizar sua atenção básica sem contar com apoio e aportes de serviços de média e alta complexidade disponíveis em outras unidades de saúde, que frequentemente se localizam em outros municípios.

No caso da educação, as necessidades e a demanda são mais previsíveis, ao passo que, na saúde, a formação das necessidades e os determinantes da demanda são mais complexos. Na saúde, a utilização de serviços é maior nos primeiros e nos últimos anos de vida. Ademais, há momentos específicos de maior utilização de serviços. Segundo os dados de utilização de serviços da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há um crescimento da utilização por mulheres aos 18 anos, relacionado, em geral, aos cuidados ginecológicos, à gravidez e ao parto. Para os homens, a curva volta a crescer próximo aos 40 anos (gráfico A.1).

Se o sistema educacional espera uma queda da demanda relacionada à diminuição da natalidade, na saúde a expectativa é de aumento, com o envelhecimento da população. Contudo, mesmo na perspectiva de possível diminuição da demanda por educação, a área apresenta problemas que precisam ser equacionados, gerando necessidades de financiamento. Entre eles, estão a defasagem idade-série, que ocorre quando o aluno tem uma idade superior à idade que seria esperada para a série, e o avanço no sistema educacional sem o aprendizado dos conteúdos associados à série frequentada (por exemplo, alunos no 4º ano do ensino fundamental que não dominam padrões mínimos de leitura e redação). São múltiplos os fatores explicativos para esses problemas, incluindo desigualdades socioeconômicas e regionais. Ambos os problemas exigem investimentos educacionais para melhoria da qualidade, bem como a implementação de políticas que promovam a redução das desigualdades.

Retornando à questão federativa, pode-se ampliar a qualificação dos municípios para gestão da educação básica e as responsabilidades desses entes federados quanto a esse nível de ensino.[4] A demanda que os municípios podem fazer para outros entes federados refere-se à melhoria da qualidade da formação dos professores nas universidades que, em geral, não estão sob sua responsabilidade. Ainda assim, o município pode ter grande autonomia na gestão do ensino fundamental para implantação de padrões de qualidade pactuados nacionalmente e para financiamento de suas unidades educacionais, mesmo contando com recursos transferidos de outros entes federados.

No caso da saúde, a atenção básica está a cargo dos municípios. Todavia, os atendimentos realizados, como dito anteriormente, dependem frequentemente de serviços ofertados em outros níveis de atenção. As pessoas, ao serem atendidas em uma unidade básica de saúde, podem demandar exames e diagnósticos que exigem tecnologias simples ou mais complexas e caras. A maior parte dos municípios brasileiros não tem e não deve ofertar todos os serviços de saúde. Conforme esclarecem Servo, Andrade e Amaral (no prelo):

> ainda que a descentralização do SUS [Sistema Único de Saúde] seja municipalista, sua organização apresenta uma lógica hierarquizada que precisa ser considerada. Essa lógica está associada à densidade tecnológica e complexidade dos tratamentos que ocorrem em escalas populacionais distintas para diferentes níveis de cuidado. Em geral, quanto mais complexo o tratamento, mais raro é o evento na população e mais densa a tecnologia necessária para garantir atenção adequada à saúde.

A organização de regiões de saúde e a conformação de redes de atenção têm sido utilizada como formas de resolver esse problema e garantir a integralidade do atendimento. Organizando-se em regiões, os municípios sem oferta de determinados serviços de saúde recorrem a outros que os possuem, por meio de um processo de regulação da atenção à saúde (Brasil, 2006a; Brasil, 2011a, Viana, Lima e Oliveira, 2002; Santos e Campos, 2015; Carvalho, Jesus e Senra, 2017). Esse processo traz grandes exigências em termos de coordenação federativa, tendo-se que lidar com vários problemas a ele relacionados (Lima *et al.*, 2012; Silva e Gomes, 2014; Mello *et al.*, 2017; Jaccoud e Vieira, 2018; Servo, Andrade e Amaral, no prelo). Surgem, então, várias questões, tais como: ao se verificar a necessidade de ampliar a oferta de

4. A educação básica é constituída pelas seguintes etapas de ensino: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio. As áreas prioritárias de atuação dos municípios são a educação infantil e o ensino fundamental.

serviços, haverá recursos para investir na ampliação dessa capacidade? Qual município receberá o investimento? Como serão compartilhados os ganhos "políticos" desse investimento entre os municípios? Como serão compartilhadas as informações sobre a disponibilidade de recursos financeiros, físicos e humanos em cada município, e como essas informações serão atualizadas de forma que todos os municípios tenham acesso? Como definir entre todos os municípios quais casos serão deslocados para atendimento em outros municípios e quais são de responsabilidade de cada município? Em resumo, a regulação e os instrumentos de planejamento e pactuação são essenciais.

No caso da educação, a cooperação financeira entre os entes federados é definida em lei e realizada *ex ante* por redistribuição automática de recursos por meio do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb),[5] com base no número de alunos matriculados em cada município. Os municípios devem aplicar recursos, prioritariamente, em educação infantil e no ensino fundamental, compartilhando responsabilidade com os estados. O ensino médio é de responsabilidade dos estados (CNM, 2012), mas não significa que municípios de maior porte não ofertem outros níveis de ensino, alguns deles tendo, inclusive, universidades. Entretanto, é clara a priorização a ser dada por eles à manutenção e ao desenvolvimento da educação infantil e do ensino fundamental.

No caso da saúde, busca-se, há cerca de duas décadas, um modelo de financiamento e de regionalização que garanta a universalidade e a integralidade por meio da responsabilização dos municípios com capacidade de atendimento de média e alta complexidade (MAC) pela atenção à saúde da população da sua região, ou de outras regiões – nos casos de maior complexidade – a partir da definição de referências para atendimento, conforme a especialidade e o nível de complexidade. A regionalização da oferta de serviços de MAC requer cooperação para organização de serviços e coordenação das ações para evitar a concorrência e as disputas entre os entes federados, bem como possíveis comportamentos oportunistas de seus gestores. Os instrumentos financeiros de coordenação – as transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e a vinculação de recursos – são fundamentais para conter ações isoladas por parte dos entes federados, incentivar o compartilhamento de recursos e estabelecer acordos para a oferta regionalizada de serviços (Paiva, Gonzalez e Benevides, 2020).

5. Explicado na seção de métodos.

Se os municípios ganham flexibilidade para decidir individualmente sobre quanto vão aplicar em saúde e em educação, considerando um montante comum para aplicação nessas duas áreas, quais seriam as consequências para o atendimento da população? Nas próximas seções, serão discutidos aspectos relacionados ao financiamento atual dessas duas áreas, buscando-se contribuir para esse debate.

3 FONTES DE DADOS E CONCEITOS

3.1 Fontes de dados

Dois sistemas de informação de acesso público foram utilizados para a obtenção de dados de gasto em ASPS e em MDE: *i)* o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), sob gestão do Ministério da Saúde, para as despesas com saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;[6] e *ii)* o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope), sob responsabilidade do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) do Ministério da Educação, para as despesas dos entes subnacionais em educação.[7] Os dados sobre a aplicação mínima e o gasto[8] em ASPS e em MDE da União foram obtidos dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO), disponibilizados em sítio eletrônico pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN).[9]

Diários oficiais dos estados de Alagoas, Minas Gerais, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul, além do *Diário Oficial do Distrito Federal*, foram utilizados para consulta ao Demonstrativo de Receitas e Despesas com MDE do RREO e obtenção dos seguintes indicadores: *i)* total da receita líquida de impostos; *ii)* total das despesas para fins de limite; e *iii)* percentual de aplicação em MDE sobre a receita líquida de impostos. A consulta a esses periódicos foi necessária para a complementação de dados não disponíveis no Siope, uma vez que esses entes não

6. Disponível em: <https://bit.ly/2YQyitQ>.
7. Disponível em: <https://bit.ly/37H9rg9>.
8. A aplicação mínima consiste no montante mínimo de recursos que o ente da Federação deve destinar para financiamento de despesas com ASPS e MDE, em conformidade com o que determina a CF/1988. Já o gasto diz respeito às despesas que foram empenhadas no ano.
9. Disponível em: <https://bit.ly/3eg1qBx>. Acesso em: 13 jan. 2020.

fizeram sua declaração de receitas vinculadas e de despesas em MDE por meio desse sistema de informação.

Quanto à execução das despesas, consideram-se, para fins de apuração, tanto do mínimo em ASPS como em MDE, as despesas liquidadas e os restos a pagar não processados – RPNP (Brasil, 2019d). No caso da saúde, uma lei federal determina que os RPNP somente poderão ser inscritos no próximo exercício financeiro se houver disponibilidade de caixa para sua inscrição (Brasil, 2012). Na prática, a soma das despesas liquidadas aos RPNP resulta na despesa empenhada no exercício em análise, que foi o estágio da despesa utilizado neste texto.

O número de matrículas em cada município por área da educação básica foi obtido no sítio eletrônico do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).[10] E a pesquisa Regiões de Influência das Cidades (Regic) do IBGE foi utilizada para classificação dos municípios. A Regic 2007 focou a gestão do território, avaliando níveis de centralidade dos poderes Executivo e Judiciário em nível federal, de centralidade empresarial e de presença de diferentes equipamentos e serviços, incluindo os de educação e de saúde. Com base em levantamento das ligações entre as cidades, a pesquisa identificou suas áreas de influência e a articulação de redes no território, hierarquizando os centros urbanos (cidades) em cinco grandes grupos, a saber (IBGE, 2008):[11] metrópoles, capitais regionais, centros sub-regionais, centros de zona e centros locais. A descrição de cada uma dessas categorias encontra-se no quadro A.1 do apêndice A. Além da classificação da Regic 2007, foram utilizados dois outros recortes para analisar as despesas dos municípios em saúde e educação: porte populacional e região do país. Por fim, os dados obtidos do Siops e do Siope foram submetidos a um processo de tratamento para lidar com inconsistências das informações primárias (conforme detalhado no apêndice B). Os dados de despesa em ASPS e MDE foram analisados, neste texto, para todos os entes da Federação.

10. Disponível em: <https://bit.ly/2YOKf3f >. Acesso em: 4 fev. 2020.
11. A classificação da Regic 2007 não considera todos os municípios, excluindo alguns que estão em áreas de abrangência das capitais regionais e metrópoles. O IBGE realizou nova pesquisa recentemente, mas o lançamento da Regic 2018 está previsto apenas para o segundo semestre de 2020. Foram divulgados resultados preliminares dessa pesquisa sobre deslocamentos em saúde, em razão da pandemia de Covid-19, a fim de apoiar a tomada de decisão dos gestores nesta área. Contudo, os dados disponibilizados, por ora, não permitem a atualização da classificação dos municípios como a feita neste texto. Mais informações disponíveis em: <https://bit.ly/3epauEC> e <https://bit.ly/2REoG2A>.

Porém, a análise dos impactos da unificação dos pisos constitucionais foi feita apenas para os municípios, considerando sua relevância para a execução descentralizada das políticas de saúde e de educação. Antes disso, entretanto, é preciso esclarecer os conceitos de aplicações mínimas e de despesas em ASPS e MDE subjacentes a essas análises.

3.2 Aplicação mínima em ASPS

A aplicação mínima em ASPS diz respeito aos montantes mínimos de recursos que devem ser alocados pelos entes da Federação para financiamento do SUS. As regras vigentes para cálculo dessas aplicações mínimas constam do art. 198 da CF/1988 e foram introduzidas por duas ECs, conforme a seguir.

1) EC nº 29/2000 (Brasil, 2000):
    a) estados: devem aplicar, no mínimo, 12% das suas receitas próprias, constituídas pelas receitas de impostos e transferências constitucionais e legais recebidas da União);
    b) municípios: devem aplicar, no mínimo, 15% das suas receitas próprias, constituídas pelas receitas de impostos e transferências constitucionais e legais recebidas da União e de seu respectivo estado); e
    c) Distrito Federal: deve aplicar 12% das receitas de impostos e das transferências constitucionais e legais que constituem a base estadual de receitas e 15% das receitas de impostos e das transferências constitucionais e legais que conformam a base municipal das receitas.
2) EC nº 95/2016 (Brasil, 2016a):
    a) União: em 2017, a aplicação mínima foi de 15% da receita corrente líquida (RCL) daquele ano. A partir de 2018 até 2036, trata-se do valor equivalente à aplicação mínima do ano anterior, corrigido pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado nos doze meses anteriores à elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) (julho do ano anterior a junho do ano de elaboração desse projeto).

O quadro A.2 do apêndice A apresenta de forma detalhada as receitas que compõem a base e a fórmula para cálculo da aplicação mínima em ASPS pelos entes da Federação, e o quadro A.3, as despesas que podem ser consideradas e as que não podem ser incluídas no cômputo da aplicação mínima em ASPS.

3.3 Aplicação mínima em MDE

O estabelecimento de aplicação mínima em educação remonta à Constituição de 1934 (Vieira e Vidal, 2015). Atualmente, as aplicações mínimas para os entes da Federação em MDE estão definidas no art. 212 da CF/1988 que, em linhas gerais, estabelece percentual mínimo de gasto (25%), calculado a partir da receita resultante de impostos e de transferências constitucionais e legais no caso de estados, Distrito Federal e municípios (Brasil, 1988). Para a União, sob a vigência da EC nº 95, a aplicação mínima em 2017 foi de 18% da receita de impostos, e a partir de 2018 até 2036 deve ser o valor equivalente à aplicação mínima do ano anterior, corrigido pelo IPCA, apurado da mesma forma que no caso das ASPS. O quadro A.4 do apêndice A apresenta de forma detalhada as receitas que compõem a base e a fórmula para cálculo da aplicação mínima em MDE pelos entes da Federação.

A diferença entre a base de cálculo de receitas para as aplicações mínimas em ASPS e em MDE, como se pode constatar da comparação entre os quadros A.2 e A.4 do apêndice A, reside especialmente na União, e está relacionada às contribuições que são consideradas para a apuração da RCL desse ente, compondo assim a base inicial de cálculo para ASPS, diferentemente do que está previsto para a base inicial de cálculo com MDE, que considera apenas as receitas de impostos. O quadro A.3 do apêndice A apresenta as despesas que podem ser consideradas e as que não podem ser incluídas no cômputo da aplicação mínima em MDE.

Uma particularidade envolvendo as despesas com MDE é a subvinculação de recursos para financiamento do Fundeb, que foi criado pela EC nº 53 como um fundo de natureza contábil, com vigência até 2020 (Brasil, 2006b). Com essa emenda constitucional, 20% das receitas de impostos e das transferências constitucionais e legais dos estados, do Distrito Federal e dos municípios devem ser alocados ao Fundeb para o financiamento da educação básica.[12] Na prática, existem 27 fundos no país (um em cada estado e no Distrito Federal), e os recursos alocados pelos municípios e seu respectivo estado são distribuídos no âmbito de cada unidade federativa de acordo com o número de alunos da educação básica, apurado por meio do último censo escolar, sendo observada a área de atuação prioritária dos entes da

12. A educação básica é composta pela educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio.

Federação, conforme art. 211 da CF/1988.[13] A União participa do financiamento do Fundeb nos estados que não atingem determinado valor mínimo por aluno definido nacionalmente (Brasil, 2011b; Brasil, 2019d).

Como todos os municípios, estados e Distrito Federal devem aplicar no mínimo 25% de seus recursos próprios em MDE, sendo que 20% dos recursos próprios devem ser alocados ao financiamento do Fundeb. Os repasses que recebem do Fundeb são calculados com base no número de alunos matriculados por área de atuação prioritária, e o saldo entre as contribuições para o fundo e o recebimento de recursos do fundo pode ser negativo ou positivo. Se o saldo é negativo, significa que o ente contribuiu mais do que recebeu do Fundeb. Nesse caso, o saldo negativo deve ser considerado para fins de apuração da aplicação mínima do ente federado em MDE. Entretanto, se o saldo é positivo, significa que o ente recebeu mais recursos do que contribuiu para o Fundeb. Assim, o saldo positivo não deve ser considerado para fins de apuração da aplicação mínima do ente federado em MDE (Brasil, 2019d).

Em relação às áreas prioritárias para fins de cálculo da aplicação em MDE e verificação do cumprimento do limite constitucional, para os municípios e o Distrito Federal, as áreas prioritárias são educação infantil e ensino fundamental; para os estados e o Distrito Federal, o ensino médio; e, para a União, o ensino superior (Brasil, 2019d).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção tem por principal objetivo analisar conjuntamente indicadores de aplicação de recursos pelos municípios em saúde e educação. Mas, antes disso, será feita uma breve análise da aplicação mínima e da despesa empenhada por União, estados e Distrito Federal, e municípios em ASPS e em MDE.

13. As áreas de atuação prioritárias são: educação infantil e ensino fundamental, no caso dos municípios, e ensino fundamental e médio, no caso dos estados. Os recursos do Fundeb repassados a estados e municípios observam estritamente o número de matriculados nas áreas prioritárias de atuação do ente.

4.1 Aplicação de recursos da União em saúde e educação (2011-2019)

A tabela 1 apresenta o gasto da União em saúde e em educação, ou seja, em ASPS e em MDE, que são as despesas consideradas para fins de apuração do cumprimento dos pisos constitucionais nessas duas áreas.

TABELA 1
Aplicações da União em saúde e em educação para fins de apuração do cumprimento do piso constitucional (2011-2019)
(Em R$ bilhões)

Exercício	Saúde[1]			Educação[2]		
	Aplicação mínima[3] (A)	Despesa empenhada[3] (B)	Aplicação adicional (C) = (B) - (A)	Aplicação mínima (D)	Despesa empenhada (E)	Aplicação adicional (F) = (E) - (D)
2011	113,2	113,6	0,4	58,1	62,5	4,4
2012	118,4	119,3	0,8	58,7	83,5	24,8
2013	116,3	116,5	0,2	60,3	75,6	15,2
2014	120,8	121,2	0,4	58,3	74,9	16,6
2015	118,9	121,0	2,1	56,3	71,8	15,5
2016	106,1	118,2	12,1	51,8	74,2	22,4
2017	117,3	123,3	6,0	52,7	67,9	15,3
2018	116,6	121,2	4,6	52,3	66,8	14,5
2019	117,3	122,3	5,0	52,7	63,0	10,4

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (STN). Disponível em: <https://bit.ly/31ltHBh>.
Elaboração dos autores.
Notas.: [1] A aplicação mínima em ASPS entre 2011 e 2015 correspondia à despesa empenhada no ano anterior acrescida da variação nominal do PIB conforme regra definida pela EC nº 29, de 2000. Em 2016, foi de 13,2% da RCL, de acordo com a EC nº 86, de 2015. Em 2017, foi de 15% da RCL, e em 2018 foi equivalente à aplicação mínima do ano anterior corrigida pelo IPCA, nos termos da EC nº 95, de 2016.
[2] A aplicação mínima em MDE no período de 2011 a 2017 correspondia à 18% da receita líquida de impostos, conforme CF/1988. A partir de 2018, passou a ser o valor da aplicação mínima do ano anterior corrigido pelo IPCA, nos termos da EC nº 95, de 2016. No caso da educação, os valores apresentados se referem às despesas empenhadas pela União em ensino superior, que é a sua área prioritária de atuação para fins de apuração da aplicação em MDE, conforme estabelece a CF/1988. Não abrange a totalidade dos gastos da União com educação, que executa despesas em outras áreas para além de sua área prioritária.
[3] A aplicação mínima diz respeito ao valor mínimo obrigatório a ser aplicado em saúde ou em educação, de acordo com as regras estabelecidas na CF/1988. Já a despesa empenhada consiste no valor empenhado do orçamento de cada exercício. Trata-se da reserva orçamentária para contratação de prestadores do serviço, compra de bens ou transferências de recursos para outros entes da Federação ou outras instituições.

Com base em dados declarados, constantes de seus RREO, a União cumpriu a aplicação mínima nas duas áreas, com maior *superavit* no caso da educação em todos os anos do período de 2011 a 2019. O ano de 2016 registra um adicional sobre a aplicação mínima muito superior ao dos demais anos da série analisada: de R$ 12,1 bilhões para a saúde e de R$ 22,4 bilhões para a educação em valores corrigidos para 2019. Esse foi o ano de maior impacto da crise econômica sobre a arrecadação de receitas da União. No ano de 2016, também houve mudança na regra de aplicação em ASPS pela União, que foi alterada para um percentual de 13,2% da RCL, em queda naquele ano, reduzindo a aplicação mínima

a um patamar inferior ao observado em 2015.[14] Como é muito difícil comprimir essas despesas em relação ao ano anterior, o resultado foi a necessidade de uma aplicação adicional para manter o nível de gasto[15] (Sá *et al.*, 2018; Vieira, Piola e Benevides, 2018). Uma vez que a aplicação de recursos para a educação em 2016 também era vinculada à arrecadação da União, nesse caso, 18% da receita de impostos, o mesmo processo explica a aplicação adicional em MDE superior à dos demais anos da série estudada.

Nota-se, ainda, na tabela 1, que a margem da aplicação adicional ao piso da saúde foi muito estreita até 2015. Esse fato foi observado desde a entrada em vigor da EC nº 29, concluindo-se que o piso da saúde se tornou teto de aplicação (Piola *et al.*, 2013). Ademais, é importante reiterar que os dados apresentados nesta tabela são declarados pela União no RREO. No caso da saúde, área para a qual muitas análises sobre a execução federal em ASPS foram realizadas, a aplicação efetiva em saúde, se descontados os restos a pagar cancelados, tem se mostrado inferior à aplicação mínima em muitos anos. O contingenciamento do pagamento de despesas do Ministério da Saúde em volume bastante elevado explica grande parte da elevada inscrição de despesas em ASPS em restos a pagar nesses anos (Vieira e Piola, 2016a; 2016b).

Além disso, como a obrigatoriedade de compensação do cancelamento de restos a pagar só ocorreu a partir de 2013, conforme estabeleceu a Lei Complementar (LC) nº 141/2012, nos anos anteriores uma parcela das despesas empenhadas, consideradas para comprovação da aplicação mínima, foram inscritas em restos a pagar, mas posteriormente canceladas. Ou seja, não se concretizaram em oferta de bens e serviços de saúde à população (Vieira, Piola e Benevides, 2018).

14. O ano de 2016 foi atípico. A aplicação adicional foi a maior do período. Isso ocorreu em virtude da mudança no parâmetro de fixação do piso de recursos federais para saúde que, conforme a EC nº 86/2015, passou a ser equivalente a 13,2% da RCL. Com base nesse parâmetro, o piso foi de R$ 106,1 bilhões, valor totalmente insuficiente para atender as necessidades do setor, o que requereu a utilização de recursos adicionais ao valor estabelecido.

15. Neste texto, optamos por adotar o cálculo conforme a posição oficial do Ministério da Saúde, que considera uma aplicação mínima de 13,2% da RCL. Há, entretanto, posicionamento do CNS deliberado na análise e parecer pela não aprovação do Relatório Anual de Gestão de 2016 do Ministério da Saúde, de que a revogação do art. 2º da EC nº 86 pela EC nº 95 em dezembro de 2016 elevou o percentual mínimo daquele ano para 15% da RCL, de forma que o Ministério da Saúde não teria cumprido o limite mínimo de aplicação naquele ano, além da decisão liminar do ministro Lewandowski na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5.595 para o cumprimento imediato do princípio da vedação de retrocesso (o piso da saúde não pode ser reduzido).

Quanto ao período sob vigência da EC nº 95, a partir de 2017, observou-se para a saúde aplicação adicional maior com base nas despesas empenhadas do que o observado até 2015. Se o mesmo regime dessa emenda (financeiro), chamada de emenda do teto dos gastos, fosse aplicado para apuração do piso em ASPS em 2017, teria havido um *deficit* de aplicação de R$ 2,5 bilhões (Vieira, Piola e Benevides, 2018). Porém, a partir de 2018, houve esforço do governo federal em pagar despesas em volume superior à aplicação mínima em saúde. Dessa forma, a soma das despesas do exercício pagas e dos restos a pagar pagos no exercício foi de R$ 121,2 bilhões em 2018 (a preços de 2019) e de R$ 122,4 bilhões em 2019,[16] ou seja, acima dos pisos de R$ 116,6 bilhões e de R$ 117,3 bilhões, respectivamente, constantes na tabela 1. Contudo, em comparação à regra anterior de aplicação mínima pela União, estabelecida na EC nº 86, de 2015, a nova regra (da EC nº 95) representa prejuízos para a alocação de recursos para o SUS (Funcia, 2020).

No caso da educação, a vinculação de recursos retomada com a CF/1988, após ter sido suprimida na ditadura militar, foi extremamente importante para o setor e resultou na ampliação dos gastos. O investimento público direto em educação das três esferas de governo evoluiu de R$ 122 bilhões em 1995 para R$ 360 bilhões em 2014, a preços constantes, aumentando a participação do gasto no PIB de 4% para 5% nesse período. A participação da despesa com MDE da União em relação ao PIB subiu de 0,5% para 1,0% entre 2000 e 2016 (Pinto, 2018). Outro estudo mostra que a alocação federal em educação cresceu 14% entre 1995 e 2005, passando de R$ 14,6 bilhões para R$ 16,6 bilhões nesse período. Entretanto, apesar desse aumento, a participação do governo federal no financiamento da educação pública decresceu: de 23,8%, em 1995, para 19,1%, em 2005; a dos estados também caiu: de 48,3% para 42,0%; e a dos municípios aumentou: de 27,9% para 38,9%. Segundo Castro (2011), esse quadro revela o processo acelerado de ampliação das responsabilidades dos municípios nessa área. Todavia, ainda que a participação federal tenha decrescido relativamente no financiamento da educação, antes da EC nº 95, as despesas empenhadas da União com MDE suplantavam com folga a aplicação mínima. Por isso, alguns pesquisadores, mais recentemente, preocupam-se com a possibilidade de essa aplicação convergir para o piso sob a vigência do teto de gastos, resultando em diminuição dos recursos alocados pela União para essa área (Rossi *et al.*, 2019).

16. Dados obtidos do Siga Brasil, disponível em: <https://bit.ly/30t3y4a>.

Em síntese, o que se observa quanto ao financiamento da saúde e da educação pela União é que houve aumento dos recursos alocados em termos absolutos, ainda que sua participação tenha caído ao longo dos anos, com a ampliação da participação dos estados e, especialmente, dos municípios, resultando em uma mudança na composição do gasto segundo as esferas de governo (Castro, 2011; Piola, Benevides e Vieira, 2018). Considerando a capacidade fiscal superior da União em relação à dos outros entes da Federação, esperava-se maior esforço do governo federal na alocação de recursos para o SUS e para a educação. Sob a vigência da EC nº 95, tal situação se torna praticamente impossível, o que deve manter intensa pressão sobre estados e municípios nessas áreas.

Quanto aos possíveis efeitos de uma unificação dos pisos em ASPS e em MDE para a União, é difícil prever os resultados. Há importantes fatores que pressionam o gasto com saúde – como a incorporação de novas tecnologias, o aumento do uso de serviços de saúde, o envelhecimento da população e as mudanças nos padrões de morbidade e de mortalidade, com o aumento das enfermidades crônico-degenerativas (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Além disso, recorrentes pandemias e epidemias, como a gripe por *influenza*, em 2009, e a recente crise provocada pela Covid-19, fazem lembrar que a falta de recursos para a manutenção de ações e serviços essenciais de saúde em tais situações pode resultar em aumento da mortalidade em todas as classes de renda, com grandes impactos sociais e econômicos. Na prática, o que se observa é que os gastos em saúde tendem a ser menos elásticos, o que os tornaria mais resilientes frente às despesas com outras políticas públicas.

4.2 Aplicação de recursos próprios dos estados e do Distrito Federal em saúde e educação (2011-2018)

No tocante ao gasto dos estados em saúde e em educação, a tabela 2 sumariza os valores aplicados no período de 2011 a 2018.[17] Assim como ocorreu para a União, a aplicação adicional em relação ao piso foi maior para a educação. Contudo, ao contrário do que

17. No caso da educação, os valores apresentados na tabela 2 se referem às despesas empenhadas pelos estados em ensino médio, que é a sua área prioritária de atuação para fins de apuração da aplicação em MDE, conforme estabelece a CF/1988. Os gastos do Distrito Federal também estão incluídos, abrangendo despesas em educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, dada a natureza especial desse ente da Federação. É importante ressaltar que os valores apresentados não representam a totalidade dos gastos dos estados e do Distrito Federal com educação, pois executam outras despesas em áreas que não são as suas áreas prioritárias de atuação.

ocorre no âmbito federal, para os estados e o Distrito Federal o gasto em educação é superior ao da saúde, o que é explicado pela diferença entre os percentuais de receitas vinculados entre as duas áreas. Chama atenção o valor adicional ao piso para a educação em 2018, muito inferior ao dos anos anteriores. É possível que a crise fiscal recente tenha impactado mais fortemente a despesa com educação, levando esses entes a promover cortes nessa área, algo mais difícil de ser feito com o gasto em saúde, mais inelástico. As diferenças entre essas duas áreas apontadas neste texto ajudam a explicar tal escolha e fortalecem a hipótese de que, sob a vigência de uma eventual concorrência por recursos, a saúde provavelmente será mais resiliente. Em outras palavras, a educação poderá perder recursos.

TABELA 2
Aplicação dos estados e do Distrito Federal[1] em saúde e em educação para fins de cumprimento do piso constitucional (2011-2018)
(Em R$ bilhões)

Exercício	Saúde			Educação		
	Aplicação mínima (A)[2]	Despesa empenhada (B)[3]	Aplicação adicional (C) = (B) - (A)	Aplicação mínima (D)	Despesa empenhada (E)	Aplicação adicional (F) = (E) - (D)
2011	60,9	65,1	4,2	161,1	184,4	23,2
2012	63,3	66,8	3,5	166,0	189,1	23,2
2013	67,0	73,1	6,1	172,7	197,7	24,9
2014	67,5	75,6	8,1	169,5	193,2	23,7
2015	64,8	73,3	8,5	163,4	188,1	24,7
2016	63,8	70,4	6,6	158,9	179,0	20,1
2017	65,4	73,6	8,2	160,1	182,6	22,5
2018	67,1	73,4	6,3	164,5	171,3	6,7

Fonte: Saúde (ASPS): Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops); Educação (MDE): FNDE. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope); e demonstrativos de despesas com MDE do RREO dos estados que não declararam dados por meio do Siope.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Dados do Distrito Federal foram obtidos do demonstrativo de despesa com ASPS do RREO disponibilizado por meio do Siops.
[2] Aplicação mínima diz respeito ao valor mínimo obrigatório a ser aplicado em saúde ou em educação, de acordo com as regras estabelecidas na CF/1988.
[3] A despesa empenhada consiste no valor empenhado do orçamento de cada exercício. Trata-se da reserva orçamentária para contratação de prestadores de serviços, compra de bens ou transferências de recursos para outros entes da Federação ou para outras instituições.

Os dados apresentados na tabela 2 estão baseados na declaração dos estados e do Distrito Federal. É possível que o gasto efetivo tenha sido inferior ao declarado. Para a saúde, após 2004, quando a EC nº 29 passou a ter efeito pleno e os estados passaram a alocar 12% dos seus recursos próprios em ASPS, alguns acabaram contabilizando gastos não autorizados para fins de cumprimento do piso constitucional. Exemplificam essa situação, tanto pela União como pelos demais entes da federação, a inclusão de despesas financiadas com recursos do Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza, com serviços de saúde para os servidores (de atendimento não universal), com inativos, entre outras (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011). Embora resolução do Conselho

Nacional de Saúde (CNS) vedasse a inclusão dessas despesas, na prática, a normativa era ignorada por alguns desses entes. A situação somente foi alterada com a aprovação da LC nº 141/2012, que estabeleceu o que são despesas em ASPS, vedou a inclusão dos restos a pagar sem disponibilidade financeira em caixa e definiu sanções para o descumprimento das regras de aplicação mínima (Vieira, Piola e Benevides, 2019).

4.3 Aplicação de recursos próprios dos municípios em saúde e educação (2011-2018)

Em 2018, o conjunto dos municípios aplicou R$ 101,0 bilhões em educação e R$ 87,2 bilhões em saúde provenientes de recursos próprios. A tabela 3 revela ser a aplicação adicional ao piso da saúde maior do que a aplicação adicional da educação.[18] O esforço maior dos municípios em relação ao dos estados e ao da União para financiamento do SUS está bem documentado (Servo *et al.*, 2011; Piola *et al.*, 2013; Piola, Benevides e Vieira, 2018; Vieira, Piola e Benevides, 2019). Com a descentralização de ações e serviços de saúde, os municípios sentem mais intensamente a pressão da demanda, o que resulta em aumento do gasto em saúde. Dada a natureza dessas demandas, é provável que, em um cenário de concorrência por recursos entre a saúde e a educação, o risco de perda de recursos seja maior para a educação, ainda que, na última década, também tenha ocorrido nessa área uma aceleração do processo de transferência de responsabilidades da União e dos estados para os municípios (Castro, 2011).

Como mencionado anteriormente, a hipótese que sustenta a justificativa para a unificação dos pisos em saúde e em educação é de que os estados e municípios teriam maior flexibilidade para alocar recursos de acordo com suas necessidades. Isso conferiria maior eficiência a essa alocação, pois haveria casos de entes que possuem poucas crianças e jovens, mas que são obrigados a gastar 25% das receitas próprias com educação. Se tal hipótese fosse verdadeira, uma análise das aplicações dos municípios em MDE deveria revelar aplicação muito próxima à aplicação mínima (25%). Mas não é isso o que se verifica na seção que segue.

18. No caso da educação, os valores apresentados nesta tabela se referem às despesas empenhadas pelos municípios em educação infantil e ensino fundamental, que são as suas áreas prioritárias de atuação para fins de apuração da aplicação em MDE, conforme estabelece a CF/1988. É importante ressaltar que os valores apresentados não representam a totalidade dos gastos dos municípios com educação, pois eles executam outras despesas em áreas que não são as suas áreas prioritárias de atuação.

TABELA 3
Aplicação dos municípios[1] em saúde e em educação para fins de cumprimento do piso constitucional (2011-2018)
(Em R$ bilhões)

Exercício	Saúde				Educação			
	Municípios	Aplicação mínima (A)[2]	Despesa empenhada (B)[3]	Aplicação adicional (C) = (B) - (A)	Municípios	Aplicação mínima (D)	Despesa empenhada (E)	Aplicação adicional (F) = (E) - (D)
2011	5.525	52,9	72,2	19,3	5.493	88,2	97,4	9,2
2012	5.445	54,4	77,5	23,1	5.425	90,8	101,6	10,8
2013	5.562	57,0	84,0	27,0	5.548	95,4	106,0	10,5
2014	5.568	58,1	88,9	30,7	5.540	97,2	109,2	12,0
2015	5.568	56,3	87,4	31,0	5.508	94,2	104,8	10,6
2016	5.536	54,8	87,3	32,6	5.463	92,7	102,9	10,2
2017	5.568	55,1	88,8	33,8	5.519	93,0	108,9	15,9
2018	5.568	57,4	87,8	30,4	5.349	94,7	104,8	10,1

Fonte: Saúde (ASPS): Ministério da Saúde; Siops; Educação (MDE): FNDE; Siope.
Elaboração dos autores.
Notas: [1] Foram contabilizados apenas os municípios que declararam percentual de aplicação em despesas com MDE superior a zero.
[2] A aplicação mínima diz respeito ao valor mínimo obrigatório a ser aplicado em saúde ou em educação, de acordo com as regras estabelecidas na CF/1988.
[3] A despesa empenhada consiste no valor empenhado do orçamento de cada exercício. Trata-se da reserva orçamentária para contratação de prestadores de serviço, compra de bens ou transferência de recursos para outros entes da Federação ou outras instituições.

4.4 A dinâmica da aplicação de recursos em saúde e em educação pelos municípios (2015-2018)

Nesta subseção serão analisados os percentuais de aplicação em saúde e educação visando esclarecer algumas questões: *i)* qual o percentual de aplicação dos municípios em ASPS e em MDE *ii)* se há municípios aplicando muito acima ou muito abaixo do piso estabelecido constitucionalmente (15% para saúde e 25% para educação); e *iii)* se há uma convergência dos municípios: aqueles que aplicam mais em saúde aplicam mais em educação. Essas análises serão feitas no agregado e considerando a Regic/IBGE, o porte populacional dos municípios e as grandes regiões do país.

A tabela 4 demonstra que a imensa maioria dos municípios são centros locais, cuja atuação limita-se ao seu próprio território. Metade desses municípios aplicou mais que 28% dos seus recursos em educação (pelo menos 3 pontos percentuais – p.p. – a mais que a aplicação mínima) e 20,9% em saúde (quase 6 p.p. – a mais que a aplicação mínima). Metade dos municípios centros de zona, que exercem gestões elementares junto aos municípios limítrofes, também aplicou 27,6% em educação (2,6 p.p. a mais) e 22,4% em saúde (7,4 p.p. a mais). A aplicação em educação das outras categorias da Regic (centro sub-regional, capital regional, metrópole) ficou próxima a 27%. Merece destaque a aplicação em saúde bem mais elevada das capitais regionais: metade dessas capitais chegou a aplicar quase 10 p.p. a mais que o mínimo.

TABELA 4
Brasil: percentual mediano, mínimo e máximo de aplicação em educação e saúde, por classificação da Regic (2015-2018)

Recorte	Municípios	Educação			Saúde		
		Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
Brasil	5.480	27,9	21,9	39,1	21,2	11,8	41,1
Regic	Municípios	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
Centro local	4.400	28,0	21,9	39,1	20,9	11,8	41,1
Centro de zona	554	27,6	24,6	37,5	22,4	14,0	36,6
Centro sub-regional	161	27,1	25,0	35,3	22,5	15,1	36,1
Capital regional	77	23,6	25,2	33,4	24,8	15,3	41,0
Metrópole	11	27,0	25,8	27,9	21,5	17,8	25,9
Sem classificação	277	-	-	-	-	-	-
Região	Municípios	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
Norte	422	27,2	25,0	35,6	18,2	15,0	34,9
Nordeste	1.750	27,7	23,5	38,9	19,3	11,8	35,0
Sudeste	1.657	28,0	25,0	39,1	24,1	14,0	41,1
Sul	1.187	27,8	21,9	35,8	21,3	15,1	41,0
Centro-Oeste	464	29,0	24,6	36,0	21,3	15,1	34,9
Porte populacional	Municípios	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
Até 5.000 hab.	1.244	28,3	25,0	35,7	20,1	11,8	33,8
5.001 a 10.000 hab.	1.196	28,0	25,0	39,1	20,9	15,0	41,1
10.001 a 20.000 hab.	1.344	27,9	21,9	38,9	21,7	15,3	35,0
20.001 a 50.000 hab.	1.061	27,6	24,5	37,4	22,0	14,0	38,6
50.001 a 100.000 hab.	342	27,4	24,3	37,5	23,2	15,0	35,0
100.001 a 500.000 hab.	254	27,0	25,0	35,1	23,6	15,1	38,9
Acima de 500.000 hab.	39	26,7	25,1	33,4	24,2	16,1	41,0

Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE, Regic 2007.
Elaboração dos autores.

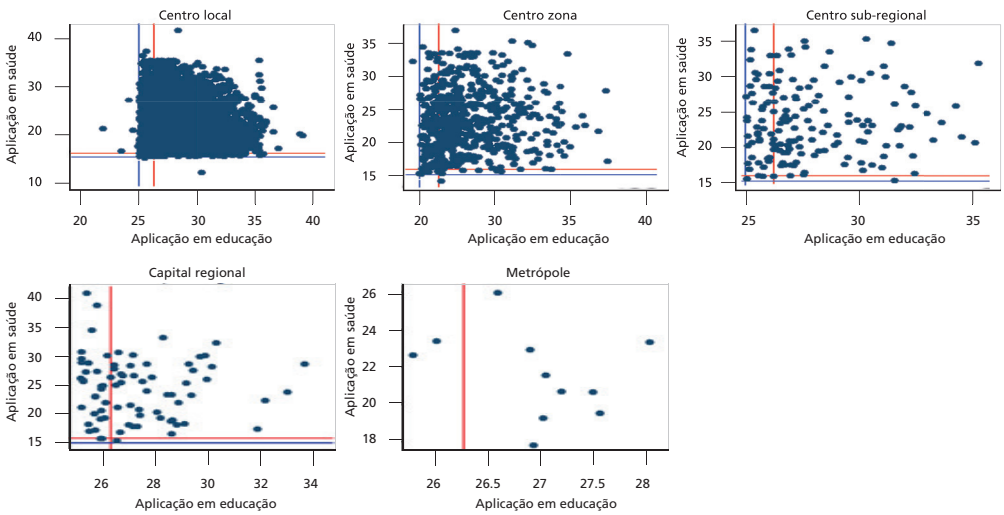
No recorte por grande região, observa-se que os municípios da região Centro-Oeste aplicaram em educação percentuais superiores aos das outras regiões, seguida pelo Sudeste, Sul e Nordeste e, por último, pelo Norte. Ainda assim, em todas essas regiões, houve municípios que chegaram a aplicar 10% acima do mínimo em educação. No caso da saúde, a aplicação dos municípios da região Sudeste foi mais elevada que das outras regiões, seguida por Centro-Oeste e Sul, Nordeste e Norte. Em ambos os casos, a aplicação da região Norte foi menor. Ainda assim, em todas essas regiões houve municípios aplicando 20% a mais que o piso da saúde.

Na análise por porte, a aplicação em educação é menor quanto maior o porte do município, acontecendo o movimento inverso com relação à saúde – quanto maior o porte, maior a aplicação. Exceto pelas áreas metropolitanas, pode-se afirmar que a aplicação em saúde tendeu a aumentar com a centralidade do município – quanto maior o seu porte e quanto mais desenvolvida a região onde ele se localiza.

Esses resultados nos mostram, também, que para todos os municípios o percentual aplicado em saúde estava mais distante do mínimo constitucionalmente definido quando comparado ao percentual aplicado em educação e o piso de aplicação nesta área. Em geral, os percentuais de aplicação dos municípios em educação ficaram até 3 p.p. acima do mínimo, ao passo que os percentuais em saúde, em geral, ficaram entre 5 p.p. e 7 p.p. acima do mínimo. Apenas nas regiões Norte e Nordeste a diferença em relação ao mínimo de aplicação em educação e saúde se igualou (em torno de 3 p.p.).

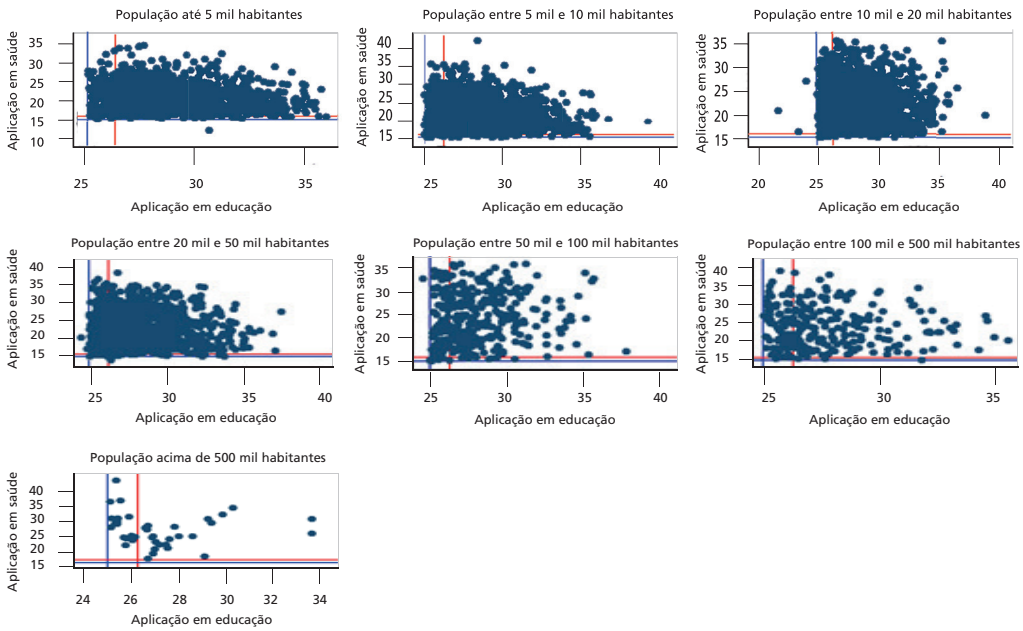
Os gráficos 1, 2 e 3 mostram a distribuição da aplicação dos municípios por porte populacional, região e segundo a classificação da Regic. A linha azul representa o percentual mínimo definido constitucionalmente. A linha vermelha representa uma banda de 5% sobre esse mínimo: 15,75% no caso da saúde e 26,25% no caso da educação. A primeira observação refere-se ao fato de que, para todos os portes, regiões e classificações da Regic, a aplicação em educação e em saúde da imensa maioria dos municípios encontrava-se acima do mínimo e na maioria deles acima dessa banda superior a 5% sobre o mínimo. Dos 5.480 municípios analisados, 3.368 (61,5%) tiveram aplicação em educação no período 2015-2018 superior a 26,25%, sendo 5.334 os que aplicaram acima de 15,75% em saúde (97,4%).

GRÁFICO 1
Mediana de aplicação dos municípios em saúde e educação por classificação da Regic (2015-2018)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE, Regic 2007.
Elaboração dos autores.

GRÁFICO 2
Mediana de aplicação dos municípios em saúde e educação por porte populacional (2015-2018)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE, Regic 2007.
Elaboração dos autores.

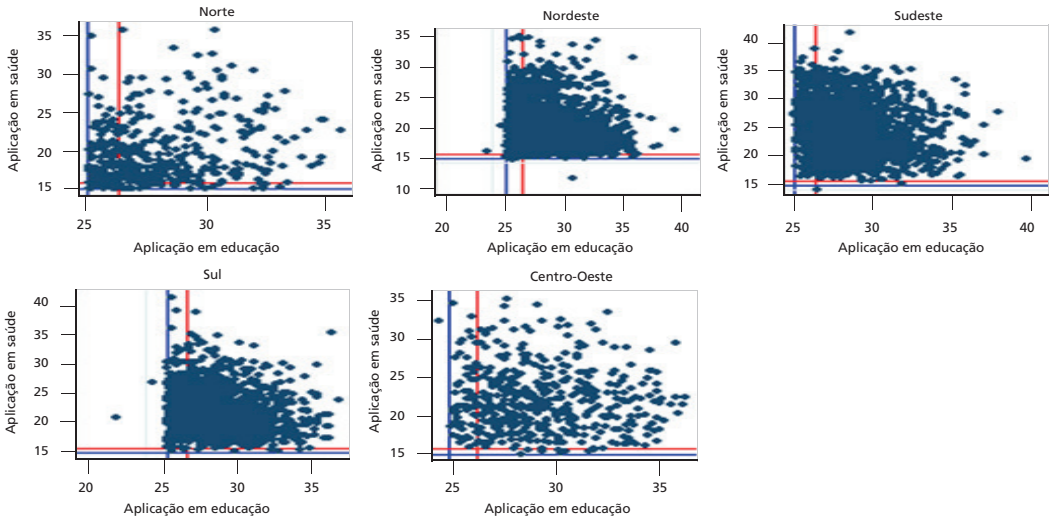
No caso da educação, os centros locais, os municípios até 50 mil e aqueles localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país apresentaram percentual de aplicação entre 25% e 35%. Para outras classificações da Regic, porte e regiões, houve maior dispersão.

No caso da saúde, os centros locais e centros de zona concentraram suas aplicações entre 15% e 30%. Esse mesmo padrão foi observado para praticamente todos os portes, exceto os grandes municípios, e para todas as regiões, exceto a região Norte.

Outro fato já observado na tabela 4 e que fica claro nos gráficos é que o valor máximo de aplicação das metrópoles foi de 27,9% em educação e 25,9% em saúde. Ainda que esses percentuais não possam ser, a rigor, somados, pois os denominadores são ligeiramente diferentes, a adição das aplicações resulta em percentual superior a 50% dos seus recursos próprios em saúde e educação. Quando analisamos os centros locais, há uma proporção não desprezível aplicando 30% em educação e 30% em saúde. Esse foi o caso, também, dos municípios até 500 mil habitantes e daqueles localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país.

Em síntese, a grande maioria dos municípios analisados (4.480 em 5.480, 81,8%) tem percentual de aplicação superior a 26,25% em educação (piso + 5%). Assim, não parece razoável que tenham aplicado mais do que o mínimo obrigatório em educação se não precisassem realizar despesas adicionais ao piso constitucional.

GRÁFICO 3
Mediana de aplicação dos municípios em saúde e educação por região (2015-2018)
(Em %)



Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE, Regic 2007.
Elaboração dos autores.

Esses dados também nos levam a duas outras questões: *i)* qual a mediana do gasto *per capita* dos municípios que aplicam muito acima do piso em saúde e em educação; e *ii)* quais são as características dos municípios que aplicam percentual próximo ao mínimo, ou seja, até 15,75% em saúde e/ou 26,25% em educação. Esses últimos são os municípios que, a nosso ver, têm maior potencial para reduzir seus percentuais de aplicação em saúde ou em educação, considerando uma eventual unificação dos pisos de aplicação nessas duas áreas. Aqueles que estão aplicando muito acima desses percentuais já poderiam ter reduzido suas despesas, mas não o fizeram, de forma que a unificação dos pisos, nesses casos, pode ser inócua, ao menos no horizonte mais próximo. Essa questão é objeto de discussão na próxima subseção.

4.5 Análise dos municípios com aplicação próxima ao piso constitucional estabelecido para a saúde ou para a educação (2015-2018)

A tabela 5 apresenta a classificação de risco feita para os 5.480 municípios analisados quanto à aplicação em saúde e em educação.[19] A classificação do risco foi feita levando-se em consideração o pressuposto de que maior demanda por parte da população e/ou maior priorização de determinada área de política pública pelos governantes levam a maiores gastos nas áreas demandadas e/ou priorizadas.[20] Em ambos os casos, a tendência é de que o gasto realizado se distancie da aplicação mínima. Mas se, contrariamente, a demanda e/ou a prioridade são baixas, o gasto tende a se aproximar da aplicação mínima. Considerando uma eventual unificação dos pisos em saúde e em educação, é preciso analisar o comportamento dos dois gastos conjuntamente, a fim de se ter uma noção sobre a pressão exercida sobre cada política.

TABELA 5
Classificação do risco de redução dos recursos para a saúde (ASPS) e para a educação (MDE)

Categorias	Municípios		População 2018		Saúde		Educação	
	Número	Frequência (%)	Habitantes	Frequência (%)	Aplicação média (%)	Gasto médio *per capita* (R$ de 2019)	Aplicação média (%)	Gasto médio por aluno (R$ de 2019)
Grupo 1 - Alto risco para a educação (aplicação em MDE ≤ 26,25% e aplicação em ASPS > 15,75%)	951	17,4	51.964.494	25,7	22,4	441	25,7	5.970
Grupo 2 - Alto risco para a saúde (aplicação em ASPS ≤ 15,75% e aplicação em MDE > 26,25%)	97	1,8	2.241.711	1,1	15,4	285	29,3	5.675
Grupo 3 - Baixo risco para a saúde e a educação (aplicação em ASPS > 15,75% e aplicação em MDE > 26,25%)	4.383	80,0	144.815.173	71,8	22,1	516	29,0	6.686
Grupo 4 - Risco para a saúde ou para a educação (aplicação em ASPS ≤ 15,75% e aplicação em MDE ≤ 26,25%)	49	0,9	2.783.218	1,4	15,4	227	25,6	4.736
Total	**5.480**	**100,0**	**201.804.596**	**100,0**	**22,0**	**496**	**28,4**	**6.526**

Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE (população estimada).
Elaboração dos autores.

19. Na tabela 5 e nas demais que se seguem, o gasto por aluno de um município considera as despesas realizadas com os alunos desse município, mesmo que financiadas com recursos adicionais recebidos do Fundeb. O denominador utilizado é a soma do número de matrículas na educação infantil e no ensino fundamental. O gasto *per capita* em saúde abrange o gasto com recursos próprios dos municípios.

20. Em estudo econométrico realizado com o objetivo de avaliar se a ideologia dos governantes afeta o gasto com política social na América Latina, a autora chegou à conclusão de que governos que formam coalizões de esquerda investem mais na área social, levando ao aumento do gasto nas políticas correspondentes (Batista, 2008). É claro que não é o único determinante do gasto social, mas é um determinante importante, que resulta em priorização da área de política social e em aumento do gasto.

Com isso, obtém-se um quadro que revela o esforço do município que pode ser: *i)* maior para a saúde e menor para a educação; *ii)* menor para a saúde e maior para a educação; *iii)* igualmente elevado para as duas áreas; e *iv)* igualmente baixo para as duas áreas. Dessa forma, o risco avaliado é o de uma das áreas perder recursos em uma situação de concorrência entre as políticas, por ter sido menos demandada e/ou priorizada nos anos recentes. E por que trabalhar com uma classificação de risco? Porque há incerteza sobre se o mesmo padrão de aplicação de recursos para as duas áreas no período recente se manterá nos próximos anos. Pode ser que sim ou que não. Porém, como se trabalhou com a mediana do gasto de um período de quatro anos (2015 a 2018) para cada município, é pouco provável que o padrão identificado mude drasticamente em cada município e para um número significativo de municípios.

Como ambas as áreas, saúde e educação, contam com aplicações mínimas obrigatórias, a análise do esforço municipal precisa ser feita tomando-se por base esses pisos. Neste texto, de forma mais conservadora, arbitrou-se ainda uma margem de 5% acima da aplicação mínima, de sorte que para a educação o limite considerado foi de 26,25% (25% + 5% de 25%) e para a saúde foi de 15,75% (15% + 5% de 15%). A partir desses valores, elaboraram-se as categorias de risco.

O risco foi considerado alto para a educação se a aplicação em MDE do município foi menor ou igual a 26,25% e a mediana da aplicação em ASPS foi superior a 15,75% (grupo 1). O risco foi considerado alto para a saúde no caso dos municípios cuja aplicação em ASPS foi menor ou igual a 15,75% e a aplicação em MDE foi maior do 26,25% (grupo 2). Essa avaliação se deve ao fato de que são esses os municípios que, em uma unificação dos pisos, poderiam reduzir seus gastos em educação ou em saúde. Os municípios que estão muito acima desse percentual já poderiam ter diminuído seus gastos em educação ou em saúde e ainda cumpririam a Constituição.

O grupo 3 é composto pelos municípios com baixo risco para as duas áreas, uma vez que a aplicação excede o piso em percentuais superiores a 15,75% em ASPS e 26,25% em MDE, e o grupo 4 é composto por municípios para os quais a probabilidade de perda para qualquer área é semelhante, pois registraram aplicação em ASPS inferior a 15,75% e aplicação em MDE inferior a 26,25%.

No grupo 1, alto risco para a educação, a aplicação média[21] em MDE foi apenas 0,7 p.p. maior que a aplicação mínima, enquanto a aplicação média em ASPS foi 7,4 p.p. maior. Verifica-se, na tabela 5, que esse grupo é constituído por 951 municípios que apresentaram média de gasto por ano de R$ 5.970 no período de 2015 a 2018, valor que corresponde a 91,5% do gasto médio por aluno de todos os municípios analisados, que foi de R$ 6.526 no mesmo período, em valores de 2019. Ainda na tabela 5, no grupo 2, alto risco para a saúde, a aplicação média em ASPS foi 0,4 p.p. maior que a aplicação mínima e a aplicação média em MDE foi 4,3 p.p. superior ao piso. Esse grupo é constituído por 97 municípios, que tiveram gasto *per capita* médio de R$ 285, valor que equivale a 57,3% do gasto médio *per capita* de todos os municípios analisados, que foi de R$ 496 no período de 2015 a 2018. Logo, conclui-se que a educação é a área que pode apresentar maiores perdas, em termos da quantidade de municípios afetados, e que nos municípios sob maior risco para a saúde o gasto *per capita* médio é significativamente mais baixo (42,7% inferior ao gasto *per capita* médio com ASPS de todos os municípios).

A seguir, as tabelas 6 e 7 apresentam o perfil desses dois grupos de municípios segundo a região, porte populacional e categoria da Regic.

TABELA 6
Grupo 1: perfil dos municípios (alto risco para a educação)

Categorias	Municípios			População em risco (estimada em 2018)	Aplicação média em saúde		Aplicação média em educação	
	Analisados (A)	Quantidade no grupo 1 (B)	Participação (%) (C) = (B)/(A)		%	*Per capita* (R$ de 2019)	%	Por aluno (R$ de 2019)
Região geográfica								
Norte	422	94	22,3	6.770.435	19,6	260	25,6	4.750
Nordeste	1.750	342	19,5	13.107.779	20,8	270	25,7	4.539
Sudeste	1.657	238	14,4	21.585.808	25,6	558	25,8	6.533
Sul	1.187	217	18,3	7.923.062	22,8	600	25,7	7.643
Centro-Oeste	464	60	12,9	2.577.410	22,6	660	25,7	7.752
Total	**5.480**	**951**	**17,4**	**51.964.494**	**22,4**	**441**	**25,7**	**5.970**
Porte populacional								
Até 5.000 hab.	1.244	144	11,6	479.446	20,9	851	25,7	8.168
5.001 a 10.000 hab.	1.196	168	14,0	1.256.775	21,8	452	25,8	5.775
10.001 a 20.000 hab.	1.344	225	16,7	3.312.417	22,4	361	25,7	5.292
20.001 a 50.000 hab.	1.061	231	21,8	7.037.750	22,5	315	25,7	5.193

(Continua)

21. Nas tabelas de 5 a 7, as médias foram calculadas a partir das medianas de aplicação dos municípios obtidas para o período de 2015 a 2018.

(Continuação)

Categorias	Municípios			População em risco (estimada em 2018)	Aplicação média em saúde		Aplicação média em educação	
	Analisados (A)	Quantidade no grupo 1 (B)	Participação (%) (C) = (B)/(A)		%	*Per capita* (R$ de 2019)	%	Por aluno (R$ de 2019)
Porte populacional								
50.001 a 100.000 hab.	342	86	25,1	6.297.528	23,2	313	25,7	5.456
100.001 a 500.000 hab.	254	81	31,9	18.505.038	24,9	397	25,7	6.795
Acima de 500.000 hab.	39	16	41,0	15.075.540	27,5	479	25,6	7.573
Total	**5.480**	**951**	**17,4**	**51.964.494**	**22,4**	**441**	**25,7**	**5.970**
Regic								
Centros locais	4.400	687	15,6	10.694.776	22,0	469	25,7	5.884
Centros de zona	554	118	21,3	5.035.381	22,2	324	25,7	5.760
Centros sub-regionais	161	43	26,7	5.002.119	24,1	364	25,6	6.263
Capitais regionais	77	28	36,4	11.738.137	25,6	441	25,6	7.463
Metrópoles	11	2	18,2	3.631.176	23,0	305	25,9	6.357
Não classificados na Regic	277	73	26,4	15.862.905	24,8	408	25,7	6.358
Total	**5.480**	**951**	**17,4**	**51.964.494**	**22,4**	**441**	**25,7**	**5.970**

Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE (população estimada) e Regic 2007.
Elaboração dos autores.

Para o grupo 1, a soma da população dos municípios que apresentam maior risco para a educação é de quase 52 milhões de pessoas (tabela 6), o equivalente a 25% da população brasileira em 2018.[22] Fazem parte desse grupo 22% dos municípios da região Norte analisados e 20% da região Nordeste. Nesses municípios, o gasto médio por aluno foi de R$ 4.750 e R$ 4.539, respectivamente. São valores inferiores aos das outras regiões e aos dos outros grupos de municípios, seja pela classificação de porte populacional, seja pela da Regic. Quanto ao porte populacional, estão no grupo 41% dos municípios com população superior a 500 mil habitantes, 32% dos que têm população entre 100 mil e 500 mil habitantes, e 25% dos que têm população entre 50 mil e 100 mil habitantes. No tocante à Regic, observa-se que 36% das capitais regionais[23] e 27% dos centros sub-regionais compõem o grupo. Em 2018, esses municípios somavam 5,7 milhões de matrículas na educação infantil e no ensino fundamental, que são suas áreas prioritárias de atuação.

22. A população brasileira estimada pelo IBGE em 2018 foi de 208.494.900 habitantes.

23. Enumeram-se a seguir as capitais regionais que compõem o grupo 1, considerando a sua relevância na rede urbana brasileira: Araçatuba, Arapiraca, Barreiras, Bauru, Cachoeiro de Itapemirim, Cascavel, Cuiabá, Ipatinga, Joinville, Juazeiro, Juazeiro do Norte, Macapá, Maceió, Marília, Maringá, Novo Hamburgo, Passo Fundo, Ponta Grossa, Santa Maria, Santos, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Leopoldo, São Luís, Sorocaba, Teresina, Vitória da Conquista e Volta Redonda.

Considerando os municípios do grupo 1, o gasto adicional ao piso da saúde poderia ser somado ao gasto com educação para fins de apuração da aplicação mínima em MDE, em um cenário de unificação dos pisos. Isso não significa que a saúde teria recursos a mais, mas sim que haveria redução do gasto com educação. As despesas com saúde poderiam ficar no mesmo patamar, porém as despesas com educação poderiam ser reduzidas, uma vez que o percentual de aplicação em saúde já é muito superior ao mínimo (7,4 p.p. acima), ao passo que o da educação está próximo ao mínimo (0,7 p.p acima). Ou seja, os municípios já têm espaço para reduzir a aplicação em saúde, mas não o fizeram. Aqueles que estão próximos do mínimo em educação podem não ter reduzido a aplicação devido à existência da vinculação constitucional.

Na tabela 7, o grupo 2 – alto risco para a saúde – tem maior participação de municípios nas regiões Norte e Nordeste, de 6,4% e 2,8%, respectivamente, com gasto médio *per capita* em ASPS inferior ao gasto médio *per capita* de todos os outros grupos de municípios analisados. A maior participação relativa foi do grupo de municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes (2% dos municípios com esse porte populacional analisados) e caracterizados na Regic como centros locais (2% dos centros locais analisados).

TABELA 7
Grupo 2: perfil dos municípios (alto risco para a saúde)

Categorias	Municípios			População em risco (estimada em 2018)	Aplicação média em saúde		Aplicação média em educação	
	Analisados (A)	Quantidade no grupo 2 (B)	Participação (%) (C) = (B)/(A)		%	*Per capita* (R$ de 2019)	%	Por aluno (R$ de 2019)
Região geográfica								
Norte	422	27	6,4	559.236	15,4	238	28,8	5.237
Nordeste	1.750	49	2,8	1.284.532	15,4	239	29,4	4.875
Sudeste	1.657	4	0,2	199.564	15,1	213	29,2	5.975
Sul	1.187	9	0,8	73.747	15,5	427	30,3	8.043
Centro-Oeste	464	8	1,7	124.632	15,4	597	30,0	9.240
Total	**5.480**	**97**	**1,8**	**2.241.711**	**15,4**	**285**	**29,3**	**5.675**
Porte populacional								
Até 5.000 hab.	1.244	22	1,8	80.417	15,3	553	29,9	7.401
5.001 a 10.000 hab.	1.196	23	1,9	157.653	15,4	260	29,6	5.241
10.001 a 20.000 hab.	1.344	22	1,6	308.873	15,5	192	29,3	5.083
20.001 a 50.000 hab.	1.061	21	2,0	661.828	15,4	177	28,8	5.025
50.001 a 100.000 hab.	342	6	1,8	402.587	15,6	168	28,6	5.124

(Continua)

(Continuação)

Categorias	Municípios			População em risco (estimada em 2018)	Aplicação média em saúde		Aplicação média em educação	
	Analisados (A)	Quantidade no grupo 2 (B)	Participação (%) (C) = (B)/(A)		%	*Per capita* (R$ de 2019)	%	Por aluno (R$ de 2019)
Porte populacional								
100.001 a 500.000 hab.	254	3	1,2	630.353	15,2	159	28,5	6.344
Acima de 500.000 hab.	39	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Total	**5.480**	**97**	**1,8**	**2.241.711**	**15,4**	**285**	**29,3**	**5.675**
Regic								
Centros locais	4.400	84	1,9	1.132.219	15,4	302	29,5	5.710
Centros de zona	554	7	1,3	329.813	15,3	180	28,1	5.463
Centros sub-regionais	161	2	1,2	210.236	15,4	161	29,3	6.424
Capitais regionais	77	1	1,3	164.844	15,3	192	26,5	5.249
Metrópoles	11	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Não classificados na Regic	277	3	1,1	404.599	15,4	153	28,2	4.833
Total	**5.480**	**97**	**1,8**	**2.241.711**	**15,4**	**285**	**29,3**	**5.675**

Fonte: Ministério da Saúde, Siops; FNDE, Siope; e IBGE (população estimada) e Regic 2007.
Elaboração dos autores.

Mais de 2,2 milhões de pessoas poderiam ser afetadas em um cenário de redução do gasto em saúde dos municípios em que residem, os quais, como pôde ser visto na tabela 7, são municípios pequenos, majoritariamente classificados como centros locais, o que implica baixa estrutura em saúde. Contudo, entre os 97 municípios, há uma capital regional e dois centros sub-regionais responsáveis pelo atendimento não só de sua população como também da população de municípios vizinhos, para serviços de média e alta complexidade em saúde. Isso significa que a população afetada, nesse caso, em uma eventualidade de redução de seus gastos com saúde, seria maior do que o total de 375 mil habitantes residentes em seus territórios.

4.6 Síntese dos resultados e discussão

Na proposta de unificação dos pisos está implícita a ideia de que há certa similaridade entre as áreas de saúde e educação, o que parece não ser totalmente verdadeiro. Um importante alerta deste texto é quanto ao fato de que essas duas áreas são mais diferentes que similares (Castro e Musgrove, 2016). Entre as similaridades está o grau de descentralização para os municípios das ações de educação básica, principalmente do primeiro ciclo do ensino fundamental e da atenção básica (atenção primária). Os municípios assumiram, ao longo do tempo, responsabilidades cada vez maiores sobre a gestão e o financiamento

dessas ações. Todavia, essa similaridade esconde muitas diferenças. Uma grande diferença refere-se, como colocado anteriormente, à necessidade de coordenação das ações entre os municípios, e destes com os estados e com o governo federal.

Na educação, o aluno inicia e conclui o ensino fundamental e, somente depois, segue para os outros níveis de ensino. A oferta de ensino médio e universitário se dá, normalmente, em municípios de maior porte. Assim, para que o estudante complete a educação básica, é importante que a rede seja organizada de tal forma que os municípios maiores possam prover a vagas de ensino médio para alunos provenientes de municípios menores. Entretanto, alguns anos separam a demanda inicial de educação infantil e ensino fundamental daquela do ensino médio, o que favorece o planejamento da oferta de vagas.

No caso da saúde, para a atenção primária ser resolutiva, garantindo atendimento com qualidade, é fundamental que outros serviços de saúde funcionem simultaneamente. Que seja garantido o acesso complementar a medicamentos, a exames, à atenção especializada e a internações não presentes nas unidades básicas de saúde. Muitos desses serviços não estão disponíveis em diversos municípios e demandam coordenação efetiva e rotineira com outros municípios para que o atendimento às necessidades de saúde da população se concretize em sua integralidade. Uma pessoa atendida na atenção primária pode demandar quase que imediatamente cuidados de outros níveis de atenção. Essa diferença é central para se pensar o planejamento da educação e da saúde nos municípios e sua relação com o planejamento de outros entes federados.

O componente demográfico afeta ambas as áreas, em princípio, de forma inversa: a demanda por educação é maior nas faixas de idade inferiores a 30 anos e, no caso da saúde, as demandas são maiores nos primeiros cinco anos de vida. Principalmente no primeiro ano, se reduzem nas faixas etárias seguintes e voltam a crescer por volta dos 30 anos de idade, com algumas diferenças por gênero, e aumentam progressivamente nas faixas de idade mais avançadas. Este tem sido o principal argumento para a unificação: as demandas relacionadas à educação vão se reduzir nas próximas décadas e com isso os recursos poderiam ser deslocados para a área de saúde, cujas demandas irão crescer com o processo de envelhecimento da população.

Para avaliar, de forma mais consistente, as prováveis consequências da unificação dos pisos constitucionais da educação e da saúde, procurou-se responder, inicialmente, algumas questões relacionadas ao financiamento dessas áreas: quanto os municípios têm aplicado em ASPS e em MDE? Essas aplicações estão próximas do mínimo definido constitucionalmente? Os perfis de municípios são similares entre as duas áreas?

Ao buscar responder essas questões, um dos recortes territoriais utilizados neste texto foi o da pesquisa Regic do IBGE. Observa-se que metade dos centros locais, que representam a imensa maioria dos municípios (4.400) e cuja atuação limita-se aos seus residentes, aplicava mais que 28% dos seus recursos em educação (pelo menos 3 p.p. a mais que a aplicação mínima) e 20,9% em saúde (quase 6 p.p. superior à aplicação mínima). Esses municípios têm perfil similar ao dos municípios classificados como centros de zona, que exercem gestões elementares junto aos municípios limítrofes. Somados, esses dois recortes da Regic representam 90% dos municípios brasileiros e 39% da população.

Na análise por porte populacional, a aplicação em educação foi menor quanto maior o porte do município, acontecendo o oposto com relação à saúde, quanto maior o porte, maior a aplicação. Exceto pelas áreas metropolitanas, pode-se afirmar que a aplicação em saúde tendeu a aumentar com a centralidade do município, quanto maior o seu porte e quanto mais desenvolvida era a região do país onde estava localizado.

Esses resultados nos mostram, também, que para todos os municípios o percentual aplicado em saúde estava mais distante do mínimo constitucionalmente definido quando comparado ao de aplicação em educação – em geral, o dobro da diferença (3 p.p. acima para a educação e 5 a 7 p.p. acima para a saúde). Contudo, nas regiões Norte e Nordeste, a diferença em relação ao mínimo nos percentuais de aplicação em educação e saúde se igualavam (em torno de 3 p.p.).

A aplicação em torno dos mínimos definidos constitucionalmente pode sofrer variações e, com isso, consideramos uma banda de 5% sobre esse percentual mínimo: 15,75% no caso da saúde e 26,25% no caso da educação. A primeira observação refere-se ao fato de que, para todos os portes, regiões do país e classificações da Regic, a aplicação em educação e em saúde da imensa maioria dos municípios foi superior ao mínimo; e, na maioria deles, acima dessa banda superior a 5% sobre o mínimo. Dos 5.480 municípios

analisados, 3.368 (61,5%) registraram aplicação em educação no período 2015-2018 superior a 26,25%, e 5.334 acima de 15,75% em saúde (97,4%). Considerando essas linhas de corte, foram analisados, também, os gastos *per capita* em ASPS e por aluno em MDE, especialmente para os municípios classificados como de alto risco de perda de recursos na saúde ou na educação.

A análise do gasto *per capita* e dos percentuais aplicados revela que o maior risco da unificação dos mínimos constitucionais recairia sobre as aplicações em MDE, ou seja, a educação teria maior risco de perda de recursos que a saúde em 951 municípios, enquanto a saúde estaria em maior risco em 97 municípios.

Para o grupo de municípios sob maior risco para a educação, 436 (46% do total em risco para a educação) localizam-se nas regiões Norte e Nordeste, com população somada de 19,9 milhões de habitantes e total de 2,8 milhões de matrículas. Esses apresentaram despesa média por aluno inferior à de todas as outras regiões e demais recortes populacionais estudados, e cerca de 30% inferior à despesa média por aluno do conjunto de 5.480 municípios analisados (R$ 6.526). Embora esses números revelem que a maioria dos municípios desse grupo tinha, portanto, gasto médio por aluno maior do que o gasto médio mencionado, essas médias são significativamente inferiores ao indicador custo-aluno qualidade (CAQ) proposto pela Campanha Nacional pelo Direito à Educação, que para 2019 foi calculado entre R$ 5.357 e R$ 24.966 em média, a depender da etapa do ensino, se a escola é urbana ou rural, e se a modalidade é parcial ou integral[24] (anexo I). O CAQ representa o custo por aluno que aproximaria o Brasil do padrão de qualidade dos países mais desenvolvidos em termos educacionais.[25]

Retomando a discussão demográfica, poderia fazer sentido que o ajuste, decorrente da unificação dos pisos, recaísse sobre a educação, visto que com o envelhecimento da população a demanda deve cair ao longo do tempo, enquanto a demanda relacionada à saúde deve aumentar de forma bastante acentuada. Todavia, cabe destacar uma questão apontada pela literatura: os grandes problemas de qualidade

24. O intervalo das médias apresentado abrange as seguintes etapas do ensino: creche, pré-escola, ensino fundamental (anos iniciais) e ensino fundamental (anos finais). O simulador de CAQ está disponível em: <https://bit.ly/2NftA3H>. Acesso em: 12 mar. 2020.
25. Disponível em: <https://bit.ly/3hLIVHl>. Acesso em: 12 mar. 2020.

ainda enfrentados pelo sistema educacional brasileiro. Analisando um dos indicadores de qualidade, a defasagem idade-série, Soares e Sátyro (2008) destacaram a importância dos insumos escolares (formação docente; existência de biblioteca ou sala de leitura; material pedagógico) para o desempenho educacional. Eles realizaram uma avaliação a partir dos dados do censo escolar de 1998 a 2005 e mostraram que quanto maior a precariedade das condições de infraestrutura das escolas, maior era a importância dos insumos escolares. Nessa avaliação, mediram os efeitos dos insumos, com controle das características dos municípios. Esses autores argumentaram ainda que a origem socioeconômica dos alunos e os efeitos dos pares (*peer effect*) e de uma gestão eficiente continuavam sendo muito importantes. Todavia, mesmo após se controlar por esses fatores, os efeitos dos insumos são significativos: "(...) a presença da biblioteca, que reduz a defasagem em 1,5 ponto percentual (p.p.) no modelo de efeitos fixos e tem como único efeito significativo uma redução de 0,17 p.p. para o ano 1999" (Soares e Sátyro, 2008, p. 12). Encontraram, também, efeito importante da redução do tamanho da turma, de quarenta para trinta alunos (2.2 p.p. de redução da defasagem), e do aumento de quatro para cinco horas aula (5.7 p.p.). Aumentar de 0% para 10% a proporção de professores com nível superior reduziria a defasagem entre a idade e a série em quase 2 p.p.

Em análise mais recente desse indicador, considerando indivíduos de 6 a 29 anos, Oliveira e Givisiez (2014) utilizaram uma perspectiva demográfica e chamaram atenção para algumas questões importantes: houve queda da probabilidade da defasagem entre 2001 e 2012; ainda há situações que demandam políticas educacionais, tais como indivíduos com 29 anos de idade cursando a primeira série do ensino fundamental; e mais tempo na escola sem investimentos em atividades que favoreçam o processo de ensino-aprendizagem acabam sendo inócuas. Assim, considerando apenas um dos indicadores de qualidade do sistema educacional brasileiro, parece ficar claro que se fazem necessários novos investimentos para a melhoria da qualidade e da efetividade no processo ensino-aprendizagem, por meio do reforço ou da revisão de algumas políticas.

A remuneração dos professores, considerada elemento importante para a melhoria da qualidade da educação, é considerada baixa no Brasil, mesmo em comparação com a dos países da América Latina de renda menor que a brasileira (Barbosa, 2014). E, na educação infantil, área de atuação prioritária dos municípios e que possui o custo mais elevado entre as etapas e as modalidades educacionais, para melhorar a qualidade seria

preciso: *i)* ampliar a cobertura; *ii)* melhorar a formação dos professores e as condições de infraestrutura; *iii)* reduzir a proporção adulto-criança; e *iv)* realizar outras melhorias nas instituições e nas relações entre as famílias e as unidades escolares (Macedo e Dias, 2011). Para tanto, seria preciso ampliar seu financiamento, sendo fundamental a participação da União a fim de que as grandes desigualdades nessa etapa pudessem ser reduzidas no país (Santos, 2019).

Uma simulação dos efeitos no valor médio por aluno de implantação do custo-aluno qualidade inicial (CAQi)[26] para 2016 mostra que, para que todos os estados atingissem este valor, a complementação da União ao Fundeb deveria subir de 0,2% para 1,1% do PIB (Pinto, 2018). Esse aumento dificilmente ocorrerá sob a vigência da EC nº 95, que congela as despesas primárias e a aplicação mínima em MDE da União até 2036, uma vez que impossibilita que as receitas provenientes de futuro crescimento da arrecadação possam ser alocadas para a educação ou outras políticas públicas (Rossi e Dweck, 2016).

Adicionalmente, cabe lembrar que a educação é um importante determinante social da saúde. Ela consta no nível dos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais. Pessoas em desvantagem social no tocante ao acesso à educação estão sujeitas a risco diferenciado de serem acometidas por doenças ou de sofrerem agravos à sua saúde (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Assim, reduções no investimento em educação geram impactos negativos sobre a saúde da população.

Comparações internacionais mostram que o gasto público com saúde *per capita* e com educação por aluno do Brasil é baixo, mesmo em relação aos gastos de países de renda semelhante. Em 2015, o gasto público em saúde *per capita* foi de 595 dólares internacionais (ajustado pela paridade do poder de compra), enquanto o do Chile foi de 1.157 e o da Argentina, de 993 dólares internacionais, no mesmo ano (Vieira, Piola e Benevides, 2019). Na saúde, é quase desnecessário lembrar as consequências do ainda

26. O CAQi "é um indicador que mostra quanto deve ser investido ao ano por aluno de cada etapa e modalidade da educação básica. Considera os custos de manutenção das creches, pré-escolas e escolas para que estes equipamentos garantam um padrão mínimo de qualidade para a educação básica, conforme previsto na Constituição Federal, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) e no Plano Nacional de Educação (Lei nº 13.005/2014), entre outras leis". Ele difere do CAQ pelo fato de que este último representa o esforço do Brasil em se aproximar dos países mais desenvolvidos do mundo nessa área. Disponível em: <https://bit.ly/3dgUjYd>. Acesso em: 12 mar. 2020.

baixo gasto público no SUS. A pandemia de Covid-19 deixou ainda mais patente os problemas de insuficiência e distribuição desigual da oferta de serviços, a escassez de recursos físicos e humanos e a necessidade urgente de qualificar ainda mais os serviços.

Na educação, o gasto por aluno ainda é muito inferior ao da maioria dos países-membros e parceiros da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em 2015, o Brasil investiu cerca de US$ 3.800 por estudante dos ensinos fundamental e médio nas instituições públicas, e o gasto acumulado do país por aluno na faixa etária de 6 a 15 anos foi de aproximadamente US$ 47.300, valor superior ao do México, mas inferior ao do Chile (OECD, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto surgiu a partir da preocupação com os possíveis impactos para o financiamento do SUS da proposta de mudança das regras de aplicações mínimas de recursos para educação e saúde, previstas na CF/1988. Apesar de a maioria dos autores ter sua trajetória vinculada à área de saúde, era impossível analisar a questão da saúde sem adentrar, em alguma medida, na questão dos recursos para a educação.

A proposta de unificação dos pisos, ainda que traga o atrativo de flexibilizar o uso dos recursos pela gestão local, pode não contribuir para a melhoria das políticas universais de saúde e educação. Ao contrário, pode criar um ambiente de disputa, não produtivo, entre as duas áreas que, como vimos, ainda demandam maiores investimentos para responder às necessidades de correção das desigualdades no acesso e melhorar a qualidade dos serviços produzidos. Pode, além disso, criar novas dificuldades para a coordenação federativa, ao elaborar espaço de competição por recursos entre os dois sistemas, gerando conflitos que se amplificarão em ambientes recessivos, com diminuição das receitas fiscais.

As diferenças entre a gestão e a organização dos sistemas de saúde e de educação nos permitem dizer que a unificação dos pisos de recursos dessas duas áreas exige avaliações mais cautelosas. Nessa primeira análise, a educação seria a área potencialmente mais afetada pela perda de recursos, por apresentar um maior número de municipalidades com a aplicação bastante próxima ao piso. Todavia, a proposta analisada não contribui para a solução de questões de redistribuição de recursos entre regiões e entes federativos. As regiões Norte e Nordeste, reiteradamente, apresentam valores por habitante em ambas

as políticas abaixo das médias nacionais. Ou seja, os possíveis transtornos provocados pelas alterações das regras vigentes de organização e financiamento das duas áreas não compensariam eventuais ganhos decorrentes da unificação dos pisos, com o pretenso objetivo de flexibilizar a gestão no âmbito local.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al*. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada**, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ANDRADE, M. V. *et al*. Desafios do sistema de saúde brasileiro. *In*: DI NEGRI, J. A.; ARAÚJO, B. C. P. O. de; BACELETTE, R. G. **Desafios da nação**: artigos de apoio. Brasília: Ipea, 2018. v. 2. Disponível em: <http://bit.ly/2xBAXO9>.

BARBOSA, A. Salários docentes, financiamento e qualidade da educação no Brasil. **Educação e Realidade**, v. 39, n. 2, p. 511-532, 2014.

BATISTA, C. Partidos políticos, ideologia e política social na América Latina: 1980-1999. **Dados**, v. 51, n. 3, p. 633-672, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: <https://bit.ly/1dFiRrW>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 set. 2000. Disponível em: <http://bit.ly/36kSJSx>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 fev. 2006a.

_____. Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 dez. 2006b. Disponível em: <http://bit.ly/2MSjC8B>. Acesso em: 3 jan. 2020.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011a.

_____. Ministério da Educação. **Fundo de manutenção e desenvolvimento da educação básica e de valorização dos profissionais da educação (Fundeb)**: perguntas frequentes. Brasília: FNDE; MEC, 2011b. Disponível em: <http://bit.ly/2MSAmwe>.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2tuAmf2>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2016a. Disponível em: <http://bit.ly/2FeNXKs>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: Siops, 2016b. Disponível em: <http://bit.ly/2MU9Nah>.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 186, de 2019**. Altera o texto permanente da Constituição e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, dispondo sobre medidas permanentes e emergenciais de controle do crescimento das despesas obrigatórias e de reequilíbrio fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2019a. Disponível em: <http://bit.ly/36kC0hV>. Acesso em: 2 jan. 2019.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 187, de 2019**. Institui reserva de lei complementar para criar fundos públicos e extingue aqueles que não forem ratificados até o final do segundo exercício financeiro subsequente à promulgação desta Emenda Constitucional, e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2019b. Disponível em: <http://bit.ly/2rTeOZq>. Acesso em: 2 jan. 2019.

_____. **Proposta de Emenda à Constituição nº 188, de 2019**. Altera arts. 6º, 18, 20, 29-A, 37, 39, 48, 62, 68, 71, 74, 84, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 184, 198, 208, 212, 213 e 239 da Constituição Federal e os arts. 35, 107, 109 e 111 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 135-A, 163-A, 164-A, 167-A, 167-B, 168-A e 245-A; acrescenta ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias os arts. 91-A, 115, 116 e 117; revoga dispositivos constitucionais e legais e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2019c. Disponível em: <http://bit.ly/2ucMPEO>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Manual de demonstrativos fiscais**: aplicado à União e aos estados, Distrito Federal e municípios. 10. ed. Brasília: STN, 2019d. v. 2.

_____. Ministério Público Federal. **Nota Técnica nº 2/2020/PFDC, de 10 de fevereiro de 2020**. "Plano Mais Brasil": PECs nºs 186/2019, 187/2019 e 188/2019. Inconstitucionalidade e incompatibilidade com tratados e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário. Medidas que geram maior desigualdade e estão em desacordo com o pacto constitucional de 1988. Objetivo único de saneamento ou estabilização da dívida pública. Ausência de transparência e de informações sobre o endividamento público que impedem o exercício do controle social e judicial. Brasília: MPF; PFDC, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2IOJsYD>.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis,** v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização do SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica dos gestores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017.

CASTRO, C. de M.; MUSGROVE, P. Why education and health are more different than alike. **Ensaio**: **Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 24, n. 91, p. 477-491, 2016.

CASTRO, J. A. de. Financiamento da educação pública no Brasil: evolução dos gastos. *In*: GOUVEIA, A. B.; PINTO, J. M. de R.; CORBUCCI, P. R. (Org.). **Federalismo e políticas educacionais na efetivação do direito à educação no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011. p. 29-49.

CASTRO, M. C. *et al*. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Educação**: o planejamento da educação no município. Brasília: CNM, 2012. v. 5.

COURI, D. V. *et al*. **Regra de ouro no Brasil**: balanço e desafios. Brasília: IFI, 2018. (Estudo Especial, n. 5).

FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. de M.; SILVA, S. J. da. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 1, p. 155-177, 2008.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE/PR, 2012.

FLEURY, S. Apocalipse já: a destruição do estado de bem-estar social. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**, 13 nov. 2019. Disponível em: <http://bit.ly/2QD42yN>. Acesso em: 2 jan. 2020.

FUNCIA, F. R. Estimativas da perda de recurso de Sistema Único de Saúde (SUS) como decorrência da Emenda Constitucional nº 95/2016. **Domingueira**, n. 10, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2TTeOE1>. Acesso em: 14 mar. 2020.

GASPARINI, C. E.; MIRANDA, R. B. Transferências, equidade e eficiência municipal no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 36, p. 312-349, 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influência das cidades**: 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

JACCOUD, L.; VIEIRA, F. S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS**: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2399).

LIMA, L. D. de *et al*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MACEDO, L. C. de; DIAS, A. A. A política de financiamento da educação no Brasil e a educação infantil. **RBPAE**, v. 27, n. 2, p. 165-184, 2011.

MARINHO, A. **The process of public resources allocation for investment in hospital capacities**. Rio de Janeiro: Ipea, 2003. (Texto para Discussão, n. 0949).

MELLO, G. A. *et al*. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

OECD – ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Education at a glance 2018**. Tradução de Walkíria de Moraes Teixeira da Silva. Brasília: Inep, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2IMEMm6>.

OLIVEIRA, E. L. de; GIVISIEZ, G. H. N. Defasagem idade-série no Brasil: uma aplicação do modelo de análise de sobrevivência. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 19., 2014, São Pedro, São Paulo. **Anais**... São Pedro: Abep, 2014. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2215/2170>. Acesso em: 14 mar. 2020.

ORELLANO, V. *et al*. **Descentralização fiscal e municipalização do ensino fundamental**: impactos sobre os indicadores de desempenho educacional. São Paulo: Editora FGV, 2011. (Texto para Discussão, n. 287).

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIVA, A. B.; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. P. S. Instrumentos financeiros de coordenação do SUS. *In*: JACCOUD, L. (Org.). **Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras**. Brasília: Ipea, 2020.

PINTO, E. G. Equilíbrio constitucional intergeracional das políticas macroeconômicas. **Consultor Jurídico**, 17 dez. 2019. Disponível em: <http://bit.ly/2tqwLyE>. Acesso em: 2 jan. 2020.

PINTO, J. M. R. Federalismo, descentralização e planejamento da educação: desafios aos municípios. **Cadernos de Pesquisa**, v. 44, n. 153, p. 624-644, 2014.

_____. O financiamento da educação na Constituição Federal de 1988: 30 anos de mobilização social. **Educação e Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 846-869, 2018.

PIOLA. S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. e; VIEIRA, F. S. **Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde**: trajetória e percalços no período de 2003-2017. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para Discussão, n. 2439).

PIOLA, S. F. *et al*. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

RIBEIRO, C. A. C. Desigualdade de oportunidades educacionais no Brasil: raça, classe e gênero. **Dados**: **Revista de Ciências Sociais**, v. 54, n. 1, p. 41-87, 2011.

ROCHA, F. *et al*. Eficiência na provisão de educação e saúde: resenha e aplicações para os municípios brasileiros. *In*: BOUERI, R.; ROCHA, F.; RODOPOULOS, F. (Org.). **Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência**. Brasília: STN, 2015. p. 395-420.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2Qhxqes>.

ROSSI, P. *et al*. Austeridade fiscal e o financiamento da educação no Brasil. **Educação e Sociedade**, v. 40, 2019.

SÁ, E. B. de; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades**: o que mostra o retrato do Brasil? Brasília: Ipea, 2019. (Cadernos ODS, n. 3). Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

SÁ, E. B. de *et al*. Saúde. **Políticas Sociais**: **Acompanhamento e Análise**, n. 25, p. 111-160, 2018.

SANTOS, J. B. dos. O financiamento da educação infantil a partir da implementação do Fundeb: avanços e limites. **Notandum**, n. 50, p. 19-43, 2019.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SCAFF, F. F. O significado de equilíbrio fiscal intergeracional nas PECs de Paulo Guedes. **Consultor Jurídico**, 10 dez. 2019. Disponível em: <http://bit.ly/2MNQsYj>. Acesso em: 2 jan. 2020.

SERVO, L. M. S.; ANDRADE, M. V.; AMARAL, P. M. V. **Os caminhos da regionalização da saúde no Brasil**: adequação e acesso geográfico nos anos 2000. Brasília: Ipea, no prelo.

SERVO, L. M. S. *et al*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

SILVA, E. C. da; GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, 2014.

SILVEIRA, I. M. da *et al*. Avaliação do efeito do Fundeb sobre o desempenho dos alunos do ensino médio no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v. 47, n. 1, p. 7-44, 2017.

SOARES, S.; SÁTYRO, N**. O impacto da infraestrutura escolar na taxa de distorção idade-série das escolas brasileiras de ensino fundamental**: 1998 a 2005. Brasília: Inep, 2008. (Texto para Discussão, n. 29).

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

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. **Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União**: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde. Brasília: Ipea, 2016a. (Texto para Discussão, n. 2225).

_____. **Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2016b. (Texto para Discussão, n. 2260).

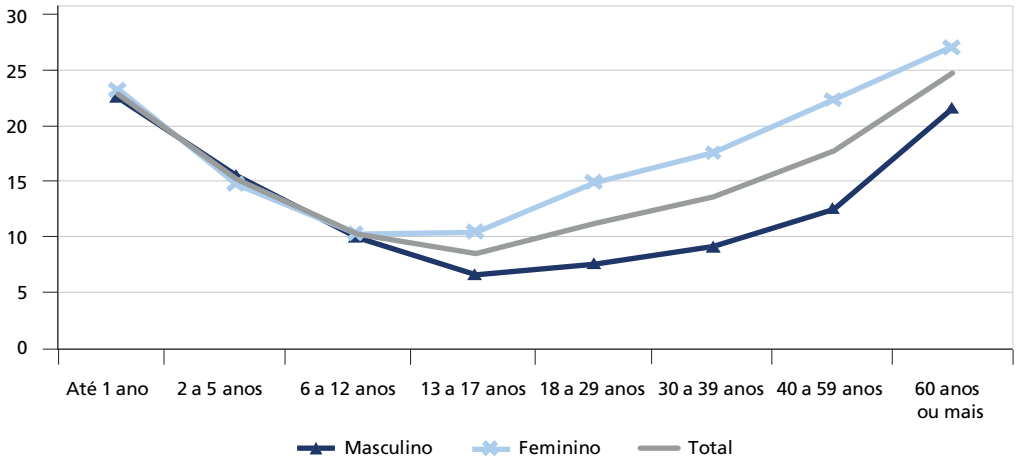
VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. e. Notas de política social: controvérsias sobre o Novo Regime Fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde. **Políticas Sociais**: Acompanhamento e Análise, n. 25, p. 463-506, 2018.

_____. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília: Ipea, 2019. (Texto para Discussão, n. 2516).

VIEIRA, S. L.; VIDAL, E. M. Política de financiamento da educação no Brasil: uma (re)construção histórica. **Em Aberto**, v. 28, n. 93, p. 17-42, 2015.

APÊNDICE A

GRÁFICO A.1
Pessoas à procura de atendimento de saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, por faixa etária e sexo
(Em %)



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estattica (IBGE), 2013; Ministério da Saúde, disponível em: <https://bit.ly/3i8QgzV>.
Elaboração dos autores.

QUADRO A.1
Categorias das cidades segundo a pesquisa Regiões de Influência das Cidades (Regic) (2007)

Categorias	Descrição
Metrópoles	Caracterizam-se por seu grande porte, fortes relacionamentos entre si e possuírem, em geral, extensa área de influência direta (são 12 cidades no país). A categoria é subdividida de acordo com o porte populacional e o nível de gestão territorial (um e dois) em: grande metrópole nacional, metrópole nacional e metrópole.
Capitais regionais	Têm capacidade de gestão em nível inferior ao das metrópoles, área de influência em âmbito regional e constituem destino para um conjunto de atividades por elevado número de municípios (são 70 cidades no país). A categoria é subdividida de acordo com o porte populacional e o número de relacionamentos em: capital regional A, capital regional B e capital regional C.
Centros sub-regionais	Possuem atividades de gestão territorial menos complexas, área de atuação mais reduzida e relacionamentos com apenas três centros externos à sua própria rede: São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília (são 169 cidades no país). A categoria é subdividida de acordo com o porte populacional e o número de relacionamentos em: centro sub-regional A e centro sub-regional B.
Centros de zona	São constituídos por municípios de menor porte, com atuação restrita à sua área imediata e exercício de funções de gestão elementares (são 556 cidades no país). A categoria é subdividida de acordo com o porte populacional e o número de relacionamentos em: centro de zona A e centro de zona B.
Centros locais	Constituem as demais cidades cuja centralidade e atuação se limita ao próprio município (são 4.473 cidades no país), com população predominantemente inferior a dez mil habitantes e mediana de 8.133 habitantes.

Fonte: IBGE (2008).

QUADRO A.2
Receitas da base de cálculo e aplicação mínima dos entes da Federação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS)

União	
Receita corrente (I)	Receita tributária
	Receita de contribuições
	Receita patrimonial
	Receita agropecuária
	Receita industrial
	Receita de serviços
	Transferências correntes
	Receitas correntes a classificar
	Outras receitas correntes
Deduções (II)	Transferências constitucionais e legais
	Contribuições de empregados e trabalhadores para a Seguridade Social
	Contribuição para Plano Seguro Social do Servidor
	Compensação financeira Regime Geral de Previdência Social (RGPS)/Regime Próprio de Previdência Social (RPPS)
	Contribuição para custeio das pensões de militares
	Contribuição para o Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep)
Aplicação mínima da União (III)	2017: III = [0,15 * (I – II)]
	2018 a 2036: III = III(n-1) * Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), onde *n* = ano corrente
Estados	
Receita de impostos (IV)	Impostos sobre a Transmissão *Causa Mortis* e Doação de Bens e Direitos (ITCMD)
	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS)
	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA)
	Imposto sobre a Renda Retido na Fonte (IRRF)
	Multas, juros de mora dos impostos
	Dívida ativa dos impostos
	Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa
Receita de transferências constitucionais e legais (V)	Transferências da União
	Cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
	Cota-parte do Imposto sobre Produtos Industrializados Proporcional às Exportações (IPI-Exportação)
	Compensações financeiras provenientes de impostos e transferências constitucionais
	Desoneração ICMS (Lei Complementar – LC nº 87/1996)
	Outras
(-) Deduções de transferências constitucionais aos municípios (VI)	Parcela do ICMS repassada aos municípios (25%)
	Parcela do IPVA repassada aos municípios (50%)
	Parcela da cota-parte do IPI-Exportação repassada aos municípios (25%)
Aplicação mínima dos estados (VII)	VII = [0,12 * (IV + V – VI)]

(Continua)

(Continuação)

Municípios	
Receita de impostos (VIII)	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR)
	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)
	IRRF
	Imposto sobre a Transmissão Intervivos de Bens Imóveis e de Direitos Reais sobre Imóveis (ITBI)
	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS)
	Multas, juros de mora dos impostos
	Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa de impostos
	Dívida ativa de impostos
Receita de transferências constitucionais e legais (IX)	Transferências da União
	Cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM)
	Cota-parte do ITR
	LC nº 87/1996 – Lei Kandir
	Transferências do Estado
	Cota-parte do ICMS
	Cota-parte do IPVA
	Cota-parte do IPI-Exportação
Aplicação mínima dos municípios (X)	X = [0,15 * (VIII + IX)]
Distrito Federal	
Receita de impostos de competência estadual (XI)	ITCMD
	ICMS
	IPVA
	Multas e juros de mora dos impostos
	Dívida ativa dos impostos
	Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa
Receitas de transferências constitucionais e legais (XII)	Cota-parte do FPE
	Cota-parte do IPI-Exportação
	Desoneração do ICMS (LC nº 87/1996 – Lei Kandir)
Receita de impostos de competência municipal (XIII)	IPTU
	ITBI
	ISS
	Imposto sobre o ISS – Simples Nacional
	Multas e juros de mora e dos impostos
	Dívida ativa dos impostos
	Multas, juros de mora e outros encargos da dívida ativa
Receitas de transferências constitucionais e legais (XIV)	Cota-parte do FPM
	Cota-parte do ITR
Imposto não segregável de competência estadual ou municipal (XV)	IRRF
Aplicação mínima do Distrito Federal (XVI)	XVI = {[0,12 * (XI + XII)] + [0,15 * (XIII + XIV)] + [0,12 * XV]}

Fonte: Brasil (2016).
Elaboração dos autores.

QUADRO A.3
Despesas que podem ser consideradas e que não podem ser consideradas no cálculo das aplicações mínimas em ASPS e em manutenção e desenvolvimento do ensino (MDE)

ASPS	MDE
Despesas consideradas	Despesas consideradas
i) vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; *ii)* atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; *iii)* capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); *iv)* desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS; *v)* produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; *vi)* saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; *vii)* saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; *viii)* manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças; *ix)* investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; *x)* remuneração do pessoal ativo da área de saúde; *xi)* ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e *xii)* gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	*i)* remuneração e aperfeiçoamento do pessoal docente e demais profissionais da educação; *ii)* aquisição, manutenção, construção e conservação de instalações e equipamentos necessários ao ensino; *iii)* uso e manutenção de bens e serviços vinculados ao ensino; *iv)* levantamentos estatísticos, estudos e pesquisas visando precipuamente ao aprimoramento da qualidade e à expansão do ensino; *v)* realização de atividades-meio necessárias ao funcionamento dos sistemas de ensino; *vi)* concessão de bolsas de estudo a alunos de escolas públicas e privadas; *vii)* amortização e custeio de operações de crédito destinadas a atender ao disposto nos incisos deste artigo; e *viii)* aquisição de material didático-escolar e manutenção de programas de transporte escolar.
Despesas que NÃO são consideradas	Despesas que NÃO são consideradas
i) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; *ii)* pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; *iii)* assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; *iv)* merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º; *v)* saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; *vi)* limpeza urbana e remoção de resíduos; *vii)* preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; *viii)* ações de assistência social; *ix)* obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e *x)* ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.	*i)* pesquisa, quando não vinculada às instituições de ensino, ou, quando efetivada fora dos sistemas de ensino, que não vise, precipuamente, ao aprimoramento de sua qualidade ou à sua expansão; *ii)* subvenção a instituições públicas ou privadas de caráter assistencial, desportivo ou cultural; *iii)* formação de quadros especiais para a administração pública, sejam militares ou civis, inclusive diplomáticos; *iv)* programas suplementares de alimentação, assistência médico-odontológica, farmacêutica e psicológica, e outras formas de assistência social; *v)* obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede escolar; *vi)* pessoal docente e demais trabalhadores da educação, quando em desvio de função ou em atividade alheia à manutenção e desenvolvimento do ensino; e *vii)* despesas com o pagamento de inativos e pensionistas também não podem ser contabilizadas na apuração do piso com MDE.

Fonte: Brasil (1996; 2012; 2019d).

QUADRO A.4
Receitas da base de cálculo e aplicação mínima dos entes da Federação em MDE

União	
Receita de impostos (I)	Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ)
	IRRF
	Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)
	IPI
	Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)
	Imposto de importação
	Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária)
Deduções (II)	FPE
	FPM
	IPI-Exportação
	Imposto sobre Operações Financeiras Ligadas ao Ouro (IOF-Ouro)
	LC nº 87/1996 – Lei Kandir
	Transferências aos fundos constitucionais
Aplicação mínima da União (III)	2017: III = [0,18 * (I – II)]
	2018 a 2036: III = III(n-1) * IPCA, onde *n* = ano corrente
Estados	
Receita de impostos (IV)	ITCMD
	ICMS
	IPVA
	IRRF
	Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária)
Receita de transferências constitucionais e legais (V)	Transferências da União
	Cota-parte do FPE
	Cota-parte do IPI-Exportação
	Cota-parte do IOF-Ouro
	Transferências da Lei Kandir (LC nº 87/1996)
	Outras
(-) Deduções de transferências constitucionais aos municípios (VI)	Parcela do ICMS repassada aos municípios (25%)
	Parcela do IPVA repassada aos municípios (50%)
	Parcela da cota-parte do IPI-Exportação repassada aos municípios (25%)
Aplicação mínima dos estados (VII)	VII = [0,25 * (IV + V – VI)]
Municípios	
Receita de impostos (VIII)	ITR
	IPTU
	IRRF
	ITBI
	ISS
	Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária)

(Continua)

(Continuação)

Municípios	
Receita de transferências constitucionais e legais (IX)	Transferências da União
	Cota-parte FPM
	Cota-parte ITR
	Cota-parte do IOF-Ouro
	LC nº 87/1996 – Lei Kandir
	Transferências do Estado
	Cota-parte do ICMS
	Cota-parte do IPVA
	Cota-parte do IPI-Exportação
Aplicação mínima dos municípios (X)	X = [0,25 * (VIII + IX)]
Distrito Federal	
Receita de impostos de competência estadual (XI)	ITCMD
	ICMS
	IPVA
	IRRF
	Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária)
Receitas de transferências constitucionais e legais (XII)	Cota-parte do FPE
	Cota-parte do IPI-Exportação
	Cota-parte do IOF-Ouro
	Transferências da Lei Kandir (LC nº 87/1996)
	Outras
Receita de impostos de competência municipal (XIII)	ITR
	IPTU
	IRRF
	ITBI
	ISS
	Outras receitas correntes (receita da dívida ativa tributária de impostos, multas, juros de mora e correção monetária)
Receitas de transferências constitucionais e legais (XIV)	Cota-parte do FPM
	Cota-parte do ITR
	Cota-parte do IOF-Ouro
	LC nº 87/1996 – Lei Kandir
Aplicação mínima do Distrito Federal (XVI)	XVI = [0,25 * (XI + XII + XIII + XIV)]

Fonte: Santos *et al*. (2017).
Elaboração dos autores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://bit.ly/39FeaQ3>. Acesso em: 3 jan. 2020.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://bit.ly/2tuAmf2>. Acesso em: 2 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Base de cálculo e aplicação mínima pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde**. Brasília: Siops, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2MU9Nah>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influência das cidades**: 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

SANTOS, C. H. M. dos *et al*. **A dinâmica dos gastos com saúde e educação públicas no Brasil (2006-2015)**: impacto dos mínimos constitucionais e relação com a arrecadação tributária. Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para Discussão, n. 2289).

APÊNDICE B

TRATAMENTO DOS DADOS

Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foram extraídos diretamente da página desse sistema na internet. Os dados e informações extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Educação (Siope) foram disponibilizados em arquivos no formato .csv ou .xls pela equipe gestora do sistema no Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), vinculado ao Ministério da Educação. Esses dados foram utilizados diretamente na análise ou trabalhados para gerar informações a ser analisadas sobre os municípios, como se vê na sequência.

- Percentual de aplicação em manutenção e desenvolvimento do ensino (MDE) sobre a receita líquida de impostos (equivalente ao item 37 do anexo 8 do Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO, modelo de demonstrativo válido para 2020)[1] (*A*).
- Total da receita de impostos para fins de apuração do limite com MDE (equivalente ao item 3 do anexo 8 do RREO, modelo de demonstrativo válido para 2020) (*B*): calculado a partir de dois arquivos disponibilizados: primeiro arquivo contendo as receitas que fazem parte da base de cálculo do mínimo em MDE (*C*); e segundo arquivo contendo as deduções permitidas (*D*), de forma que (*B*) = (*C*) – (*D*).
- Resultado líquido das transferências do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (Fundeb) (equivalente ao item 12 do anexo 8 do RREO, modelo de demonstrativo válido para 2020) (*E*): calculado a partir dos dados disponibilizados em arquivo contendo as receitas recebidas do Fundeb (*F*) e as receitas transferidas para o Fundeb (*G*), onde (*E*) = (*F*) – (*G*).
- Deduções para fins de limite constitucional, exceto resultado líquido do Fundeb (*H*), incluem a parcela de complementação da União, restos a pagar inscritos no exercício sem disponibilidade financeira vinculados a despesas com MDE (área prioritária), cancelamento de restos a pagar inscritos no exercício com disponibilidade financeira vinculados a despesas com MDE (área prioritária), recursos recebidos do Fundeb do

1. Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. *Manual de demonstrativos fiscais*: aplicado à União e aos estados, Distrito Federal e municípios. 10. ed. Brasília: STN, 2019. v. 2. p. 345-346.

ano anterior que não foram utilizados e despesas custeadas com o *superavit* financeiro do Fundeb e de outros impostos do exercício anterior.

- Total das despesas para fins de limite constitucional (equivalente ao item 36 do anexo 8 do RREO, modelo de demonstrativo válido para 2020) (*I*), onde (*I*) = [(*B*)*(*A*)]/100.
- Número de alunos matriculados na educação infantil e no ensino fundamental, extraído do sítio eletrônico do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)[2] (*J*).
- Despesa total com os próprios alunos em MDE na área prioritária de atuação (educação infantil e ensino fundamental) por aluno no exercício (L):
  a) se o saldo líquido do Fundeb é positivo, (*E*) > 0, então (*L*) = [(*I*) + (*H*) + (+*E*)]/(*J*). Nesse caso, o município recebeu um montante de recursos do Fundeb superior à sua contribuição. Esse saldo deve ser somado, pois, para fins de limite, as despesas financiadas com esses recursos são deduzidas por serem provenientes de outros entes da Federação, mas constitui gasto com os seus próprios alunos, assim como a contrapartida da União deve ser somada (contida no item *H*).
  b) Se o saldo líquido do Fundeb é negativo, (*E*) < 0, então (*I*) = [(*H*) + (*J*) + (-*E*)]/(*J*). Nesse caso, o saldo negativo corresponde à parcela de recursos do município que financiaram as ações de MDE de outros municípios e não deve ser contabilizada para fins de cálculo do gasto com seus próprios alunos. A fórmula é a mesma, mas, como o valor do saldo é negativo, ele será deduzido.

Inicialmente, as duas bases foram tratadas considerando o percentual de aplicação em saúde e educação. Essas análises foram realizadas com o objetivo de garantir a consistência dos dados para cálculo da mediana do percentual de aplicação para o período 2015-2018. Os tratamentos realizados foram:

- considerar valores zerados de percentual de aplicação como *missing*;
- converter em *missing*, na série de saúde e educação, os percentuais mínimos de aplicação dos municípios inferiores a dois terços do mínimo constitucional: 10% no caso da saúde e 16,67% no caso da educação;
- considerar para análise somente os municípios com valores informados (não *missing*) para três dos quatro anos da série; e

2. Dados disponíveis em: <https://bit.ly/30YFO91>.

- considerar, após os tratamentos anteriores, somente os municípios com informações em ambas as bases. Cabe observar que esses municípios podem apresentar valores *missing* em um dos anos da série, desde que, como dito anteriormente, tenham valores informados para pelo menos três dos quatro anos.

A justificativa para utilizar a mediana é que essa medida de tendência central, diferentemente da média, não é influenciada por valores extremos, observados em alguns municípios em determinados anos.

ANEXO

TABELA A.1

Custo Aluno-Qualidade (CAQ) (2019)
(Em %)

Área da localidade/turno	Etapa	CAQ 2019 (R$)	Valor-aluno FUNDEB (Menor) (RS)	Valor-aluno FUNDEB (Maior) (R$)
	CAQ médio	7.150		
Urbana/parcial	Creche	11.999	3.724	4.917
	Pré-escola	6.484	3.400	4.489
	Ensino fundamental – anos iniciais	5.759	3.239	4.275
	Ensino fundamental – anos finais	5.357	3.562	4.703
	Ensino médio	5.435	4.048	5.344
	Educação de Jovens e Adultos (EJA)	5.848	1.865	3.420
Urbana/integral	Creche	19.741	4.210	5.558
	Pré-escola	11.473	4.210	5.558
	Ensino fundamental – anos iniciais	7.891	4.210	5.558
	Ensino fundamental – anos finais	7.239	4.210	5.558
	Ensino médio	7.586	4.210	5.558
Rural/parcial	Creche	20.180	3.724	4.917
	Pré-escola	8.747	3.400	4.489
	Ensino fundamental – anos iniciais	7.737	3.724	4.917
	Ensino fundamental – anos finais	7.155	3.886	5.131
	Ensino médio	7.243	4.210	5.558
	Educação de Jovens e Adultos (EJA)	7.638	1.865	3.420
Rural/integral	Creche	24.966	4.210	5.558
	Pré-escola	17.374	4.210	5.558
	Ensino fundamental – anos iniciais	12.001	4.210	5.558
	Ensino fundamental – anos finais	11.400	4.210	5.558
	Ensino médio	13.540	4.210	5.558

Fonte: Campanha Nacional pelo Direito à Educação. Disponível em: <https://bit.ly/31kclF5>.
Obs.: FUNDEB — Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Reginaldo da Silva Domingos

Supervisão
Carlos Henrique Santos Vianna

Revisão
Bruna Oliveira Ranquine da Rocha
Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Lis Silva Hall
Mariana Silva de Lima
Marlon Magno Abreu de Carvalho
Vivian Barros Volotão Santos
Laysa Martins Barbosa Lima (estagiária)

Editoração
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Mayana Mendes de Mattos

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

Projeto Gráfico
Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DA
ECONOMIA

PÁTRIA AMADA BRASIL
GOVERNO FEDERAL

ISSN 1415-4765