

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Centro de Ciências Jurídicas
e Políticas - Programa de Pós-Graduação em Ciência Política

Os determinantes políticos do financiamento da saúde nos municípios
brasileiros (2005-2020)

JOÃO GABRIEL RIBEIRO PESSANHA LEAL

Rio de Janeiro, RJ

2022

JOÃO GABRIEL RIBEIRO PESSANHA LEAL¹

Os determinantes políticos do financiamento da saúde nos municípios
brasileiros (2005-2020)

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cristiane Corrêa Batista Santos (Orientadora - UNIRIO)

Prof. Dra. Celina Maria de Souza (Avaliadora Interna - UNIRIO)

Prof. Dr. Vitor de Moraes Peixoto (Avaliador Externo - UENF)

Rio de Janeiro, RJ

2022

¹ ID Lattes: lattes.cnpq.br/9277299850069272

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

L433 Leal, João Gabriel Ribeiro Pessanha
Os determinantes políticos do financiamento da
saúde nos municípios brasileiros (2005-2020) / João
Gabriel Ribeiro Pessanha Leal. -- Rio de Janeiro,
2022.
178 p

Orientadora: Cristiane Corrêa Batista Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Ciência Política, 2022.

1. Municípios Brasileiros. 2. Partidos Políticos.
3. Financiamento da Saúde. 4. Determinantes
Políticos . I. Batista Santos, Cristiane Corrêa,
orient. II. Título.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Relação entre a liberdade de atuação dos prefeitos e o peso da indução da União sobre as políticas sociais.....	31
Figura 02. Percentuais mínimos de recursos orçamentários a serem aplicados na saúde*	42
Figura 03. Sistema de transferências de recursos financeiros de modo regular e automático da União para os demais entes	45
Figura 4. Consequências econômicas e políticas da rede de Bem-Estar Social (Welfare State)	65
Figura 05. Empenho dos partidos políticos em políticas sociais, segundo as suas características ideológicas	69
Figura 06. Esboço da estrutura dos modelos estatísticos.....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Distribuição percentual dos municípios por região	26
Tabela 02. Distribuição populacional dos municípios por região	26
Tabela 03. Distribuição da população em 2012 por faixas populacionais.....	27
Tabela 04. O processo de descentralização conduzido pelo Ministério da Saúde de 1990 a 2002.....	36
Tabela 05. Número total de partidos nas últimas décadas.	72
Tabela 06. Resumo dos principais resultados da literatura sobre determinantes políticos de políticas públicas nas unidades subnacionais brasileiras	78
Tabela 07. Posição Ideológica dos Partidos Políticos.....	89
Tabela 8. Posição ideológica do partido eleito nas eleições municipais	90
Tabela 09. Variáveis que serão utilizadas na pesquisa	94
Tabela 10. Relação das variáveis utilizadas e os efeitos esperados sobre o gasto municipal próprio em saúde	98
Tabela 11. Determinantes do gasto <i>per capita</i> em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com os 10 maiores partidos políticos.....	115
Tabela 12. Determinantes do gasto <i>per capita</i> em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a indicação do PT, PSDB e PMDB com maioria parlamentar	118
Tabela 13. Determinantes do gasto <i>per capita</i> em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a variável esquerda e direita.....	119
Tabela 14. Determinantes do gasto <i>per capita</i> em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a variável esquerda, centro e direita com maioria parlamentar	120

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Capacidade de arrecadação própria dos municípios, segundo as regiões no ano de 2012	28
Gráfico 02. Diagrama de dispersão entre o IDHM municipal e a população em 2010	29
Gráfico 03. Número de municípios descumpridores da EC. 29 (2004- 2019) ..	50
Gráfico 04. Boxplot do percentual da receita própria aplicada na saúde (2015-2017).....	51
Gráfico 05. Densidade de casos de acordo com o percentual da receita própria aplicada na saúde em 2019	53
Gráfico 06. Despesa média em saúde pagas com recursos próprios per capita, por tamanho populacional (2017).....	55
Gráfico 07. Histograma da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde de acordo com a legislatura	100
Gráfico 08. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo as regiões do país, de acordo com a legislatura	101
Gráfico 09. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo o porte populacional do município, de acordo com a legislatura	103
Gráfico 10. Boxplot do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo de 2005 ao ano de 2015.....	105
Gráfico 11. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo o partido político do prefeito, de acordo com a legislatura	106
Gráfico 12. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo a ideologia do partido político do prefeito, de acordo com a legislatura	107
Gráfico 13. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde no ciclo de 2016 a 2020, segundo a ideologia do partido político do prefeito, de acordo com a regiões do país	108
Gráfico 14. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo a situação do prefeito, de acordo com a legislatura.....	109
Gráfico 15. Boxplot da média do gasto próprio <i>per capita</i> em saúde segundo a situação do prefeito, em anos que ocorrem eleições municipais.....	110

Gráfico 16. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a profissão do prefeito, de acordo com a legislatura 111

Gráfico 17. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a indicação se o prefeito possui maioria parlamentar, de acordo com a legislatura..... 113

LISTA DE MAPAS

Mapa 01. Despesa em saúde pagas com recursos próprios per capita, em 2017.

56

LISTA DE ANEXO

Anexo 01. Número de cadeiras do executivo municipal obtidas pelos 10 maiores partidos.....	133
Anexo 02. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2004..	134
Anexo 03. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2008..	135
Anexo 04. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2012..	136
Anexo 05. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2016..	137
Anexo 06. Histogramas das variáveis dependentes transformada em log para entrar nos modelos de regressão linear	138
Anexo 07. Teste de homoscedasticidade do modelo 1 ao 4	139
Anexo 08. Teste de normalidade do modelo 1 ao modelo 4	140
Anexo 09. Teste de multicolinearidade do modelo 1 ao modelo 4	143
Anexo 10. Teste de heterocedasticidade do modelo 1 ao modelo 4.....	147
Anexo 11. Teste de homoscedasticidade do modelo 5, 7 e 8	150
Anexo 12. Teste de normalidade do modelo 5, 7 e 8	151
Anexo 13. Teste de multicolinearidade do modelo 5, 7, 8	154
Anexo 14. Teste de heterocedasticidade do modelo 5, 6, 7	156
Anexo 15. Teste de homoscedasticidade do modelo 9, 11, 12.....	157
Anexo 16. Teste de normalidade do modelo 9, 11, 12	159
Anexo 17. Teste de multicolinearidade do modelo 9, 11, 12	162
Anexo 18. Teste de heterocedasticidade do modelo 9. 11. 12	164
Anexo 19. Teste de homoscedasticidade do modelo 13, 14, 15, 16.....	166
Anexo 20. Teste de normalidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16	167
Anexo 21. Teste de multicolinearidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16	171
Anexo 22. Teste de heterocedasticidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16	175

SUMÁRIO

RESUMO.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO. O PROBLEMA DE PESQUISA.....	13
CAPÍTULO 1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS	18
1.1. A coordenação de políticas públicas no Brasil	19
1.2. A Coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS)	33
1.3. Os instrumentos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)	40
1.4. O gasto próprio com saúde nos municípios brasileiros	49
CAPÍTULO 2. OS DETERMINANTES POLÍTICOS E ECONÔMICOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS	58
2.1. Caminhos analíticos do Estado de Bem-Estado Social	59
2.1.1. Fatores Sociodemográficos.....	60
2.1.2. Fatores Políticos.....	63
2.2 A Política (<i>politics</i>) e as políticas sociais em âmbito local no Brasil	77
CAPÍTULO 3. OS IMPACTOS POLÍTICOS SOBRE O GASTO MUNICIPAL PRÓPRIO EM SAÚDE	85
3.1. O modelo analítico.....	85
3.1.1 Hipóteses do trabalho	97
3.2. Resultados.....	99
3.2.1. O gasto próprio em saúde sob o ponto de vista demográfico	99
3.2.2. O gasto próprio em saúde sobre o ponto de vista político	104
4. CONCLUSÃO	121
REFERÊNCIAS	126
ANEXOS	133

RESUMO

A dissertação integra a discussão teórica sobre a interação entre variáveis políticas e a coordenação de políticas públicas no Brasil. As prefeituras tornaram-se protagonistas no financiamento do Sistema Único de Saúde desde a proclamação da emenda constitucional nº 29 de 2000, quando adquiriram o dever de empregar um mínimo de 15% das suas receitas na referida área. Pesquisas indicam que os valores despendidos no pagamento da despesa em saúde acontecem de maneira desigual entre elas. Será que fatores políticos são determinantes para explicar tal variação? Neste sentido, o objetivo da pesquisa é analisar se um conjunto composto por quatro variáveis ligadas à esfera política, quais sejam: a) o partido do prefeito, b) o fato de executivo municipal ter maioria parlamentar, c) a capacidade de reeleição e d) o prefeito ter a profissão ligada à área da saúde, explicam a variação do gasto próprio em saúde nas unidades subnacionais brasileiras. Para responder à pergunta de pesquisa, o trabalho utiliza métodos quantitativos. A unidade de análise são os municípios brasileiros que tiveram prefeitos eleitos em eleições majoritárias em 2004, 2008, 2012 e 2016. O recorte temporal vai, portanto, de 2005 a 2020, o que corresponde a quatro legislaturas locais. A variável dependente é a média da despesa com saúde paga com recursos próprios municipais, *per capita*, para cada legislatura. Sobre as métricas analíticas, utiliza-se o modelo de regressão linear múltiplo com estimação com Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). O achado principal desta dissertação é o fato do gasto médio em saúde *per capita* nos municípios brasileiros ter mostrado sofrer baixa influência de fatores políticos, como o partido do prefeito e o apoio deste na câmara de vereadores, e alto impacto de aspectos sociodemográficos, tal qual a região geográfica e o porte populacional.

Palavra-chave: Municípios Brasileiros; Partidos Políticos; Financiamento da Saúde; Determinantes Políticos.

ABSTRACT

The dissertation integrates the theoretical discussion about the interaction between political variables and the coordination of public policies in Brazil. City halls have become protagonists in the financing of the Unified Health System since the proclamation of constitutional amendment n° 29 of 2000, when they began to have the duty to use a minimum of 15% of their income in that area. Research indicates that the amounts spent on the payment of health expenses occur unequally between them. Are political factors determinant to explain such variation? In this sense, the objective of the research is to analyze whether a set composed of four variables linked to the political sphere, namely: a) the mayor's party, b) the fact that the municipal executive has a parliamentary majority, c) the reelection capacity and d) the mayor's profession is linked to the health area, explain the variation in health expenditures in Brazilian subnational units. To answer the research question, the work uses quantitative methods. The unit of analysis is the Brazilian municipalities that had mayors elected in majority elections in 2004, 2008, 2012 and 2016. The time frame therefore ranges from 2005 to 2020, which corresponds to four local legislatures. The dependent variable is the average health expenditure paid with municipal own resources, per capita, for each legislature. On analytical metrics, the multiple linear regression model with Ordinary Least Squares (OLS) estimation is used. The main finding of this dissertation is the fact that the average health expenditure per capita in Brazilian municipalities has shown to be low influenced by political factors, such as the mayor's party and his support in the city council, and high impact of sociodemographic aspects, such as geographic region and population size.

Keyword: Brazilian Municipalities; Political parties; Health Financing; Political Determinants.

INTRODUÇÃO. O PROBLEMA DE PESQUISA

Eleger um candidato, confiar o voto em um partido específico apresenta reverberações na tomada de decisão em uma política pública, notadamente, em uma política social? Países democráticos adotam modelos democráticos diversos, uns mais centralizados, outros mais descentralizados. A diferença no modelo reflete nas formas de se colocar em prática uma ação do Estado. Em consequência, a resposta à pergunta varia de acordo com o contexto. A capacidade de o cidadão perceber diferenças na política pública, segundo uma escolha de um mandatário, também varia.

O Brasil possui uma constituição que abarca um leque expressivo de garantias sociais. Os direitos vêm sendo colocados em prática desde a década de 1990, a partir do modelo de federalismo adotado no país com a Constituição Federal de 1988. Os serviços são operacionalizados em um arranjo que envolve a união, estados e municípios, tais como os de educação e saúde, cada ente com sua responsabilidade específica, concorrentes, outras, exclusivas.

A democracia brasileira passa por estabilidade, ao menos, no que se refere à realização de eleições periódicas com regras legítimas. Dos anos 1990 até hoje muitas delas aconteceram. Há mais de trinta anos os brasileiros escolhem quem são os chefes do executivo em âmbito nacional e local. O processo de *accountability* vertical é colocado em prática de dois em dois anos. Presidente, governadores e prefeitos são punidos ou premiados eleitoralmente.

Nesse período, será que a dinâmica política interferiu nas decisões em políticas públicas? Se sim, quais as formas de mensurar tais influências? Essas são questões intrigantes que ao longo dos anos são foco da literatura brasileira em ciências sociais. É com a referida linha de discussão que esse trabalho dialoga, tendo como foco de pesquisa os municípios brasileiros. A escolha da unidade de análise se justifica pelo fato de serem as prefeituras fundamentais na engrenagem de coordenação federativa para pôr em prática os direitos sociais, com protagonismo administrativo, especialmente, na provisão do acesso à educação e a saúde. No último caso, as unidades subnacionais tornaram-se peça chave para o custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a

Emenda nº 29 de 2000, quando lhes foi atribuído o dever de empregar um mínimo de 15% das receitas na referida área (FAVERET, 2003).

A partir de então, pesquisadores se empenham para compreender os resultados práticos desse piso para o financiamento da saúde. A literatura aponta ao menos dois resultados importantes. O primeiro é que existe entre as prefeituras um fenômeno de sobreposição da alocação financeira, ou seja, empregam valores acima do mínimo exigido² (PAIVA, GONZALEZ E BENEVIDES, 2020). O segundo indica que tal sobreposição acontece de maneira desigual entre as mesmas, ou seja, os valores excedentes, acima do mínimo constitucional, variam de acordo com os entes subnacionais (ARAÚJO, GONÇALVES E MACHADO, 2017; MACHADO, QUARESMA E ARAÚJO, 2020).

Esses estudos apontam para um cenário marcado por iniquidades fiscais no financiamento da saúde, situação expressa pelas diferenças marcantes nos montantes gastos *per capita* ao se comparar cidades de diferentes faixas populacionais e condições socioeconômicas. Para Araújo, Gonçalves e Machado (2017) são nítidas as distinções no volume de despesas per capita pagas com recursos próprios, de acordo com as características das localidades. Mesmo com a estrutura de gestão universal, ainda persistem dessemelhanças nos montantes empregados para custear o sistema de saúde no Brasil. As diferenças estão ligadas, em especial, a fatores sociodemográficos, que muito marcam o país.

Em outro ponto de vista analítico, questiona-se se essas diferenças podem também ter alguma relação com a autonomia decisória das respectivas prefeituras. O desenho constitucional brasileiro as descreve como entes autônomos. Mesmo com determinadas obrigаторiedades estabelecidas, a variação nos montantes para o pagamento da saúde permite vislumbrar uma certa liberdade de atuação dos prefeitos a respeito de gestão e oferta de serviços públicos.

² Um ponto importante expressa-se no fato da saúde ser um tipo de trabalho intensivo em pessoal, situação que faz com que os entes locais tenham como uma de suas responsabilidades a dedicação de uma parte significativa de suas receitas para este campo haja vista que a mão de obra de profissionais de saúde, notadamente, os médicos é cara. Este fato apresenta-se como um dos caminhos explicativos da aplicação das receitas dos municípios serem tão acentuadas.

Neste sentido, a chave analítica desta pesquisa é verificar se características políticas do mandatário local, ao lado de aspectos demográficos e financeiros podem também explicar tal variação. Dito de outra forma, pretende-se compreender se, no contexto brasileiro, aqueles que foram eleitos para gerir, com certa capacidade discricionária, os municípios exercem impacto no financiamento da saúde. Para Machado, Gonçalves e Araújo (2020) ainda persiste caminhos para explorar tal relação, visto que na literatura nacional ainda se mantém a necessidade de se produzir mais conhecimento sobre o impacto da dinâmica democrática, como o papel da ideologia, do alinhamento intergovernamental, dos partidos políticos, entre outros fatores, na explicação dos resultados gerados pelos mandatários. Estudos deste tipo são possíveis mediante sociedades que possuem condições mínimas de regime democrático.

De acordo com Robert Dahl, essas condições envolvem a oportunidade de formular preferências (a); exprimir preferências (b); ter preferências igualmente consideradas na conduta do governo (c) (DAHL, 2005, P. 27). No caso brasileiro, tais condições passaram a vigorar plenamente após a Constituição de 1988. Desta forma, ainda há caminhos analíticos a serem traçados dentro desta perspectiva. Por isso, é relevante, academicamente, entender as possíveis interseções existentes entre as características de quem lidera a máquina do Estado e o financiamento do SUS.

Do ponto de vista da pesquisa acadêmica, há uma relativa facilidade de obtenção de informações relacionadas aos entes subnacionais. Existe uma série de acervos digitais públicos que possuem descrições detalhadas sobre as 5.568 prefeituras, informações demográficas, culturais, financeiras, entre outros dados empíricos, confiáveis, estáveis e atualizados periodicamente. No caso específico da saúde, uma fonte importante de informação é o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Compete ao DATASUS entre outros fatores: “... III - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional (SAÚDE, 2012). Devido ao formato de transferência de renda da união, os municípios precisam constantemente atualizar suas bases de informação, fornecendo, assim, um panorama detalhado sobre vários aspectos da saúde no Brasil, inclusive, financeiro.

De maneira geral, as prefeituras menos pesquisadas enquanto objeto de estudo quando comparado à união. Contudo, atualmente, há uma agenda de pesquisa emergente que visa suprir tal lacuna. Como dito, o DATASUS é uma base de dados composta por indicadores que somados apresenta um diagnóstico detalhado do sistema de saúde de todas as cidades brasileiras. Essas informações podem ser exploradas pelo ponto de vista analítico dos instrumentos da ciência política, esta dissertação busca contribuir nesse caminho.

As características do arcabouço institucional brasileiro ajudam a realização de análise como a pretendida nessa dissertação, sobretudo, nos municípios, unidade protagonista na prestação de serviços à sociedade após a Constituição de 1988. Pesquisas recentes indicam que o efeito político sobre a ação governamental varia de acordo com o serviço público em discussão, visto que esses possuem contornos próprios. Torna-se assim necessária a elaboração de estudos que levam em consideração as especificidades de cada um (CAVALCANTE, 2012; LINHARES E MORAES PEIXOTO, DE, 2018; SCHEEFFER, FAVERI, DE E SILVA JUNIOR, DA, 2020). A vinculação constitucional obrigatória de partes das receitas dos entes federados é uma das particularidades do financiamento das políticas sociais no Brasil (SOUZA, 2018). Os municípios são responsáveis por alocar um mínimo de 15% no SUS e 25% na educação. Ou seja, na saúde existe um maior espaço para as decisões dos prefeitos.

Neste sentido, o trabalho se empenha em responder à seguinte pergunta: fatores políticos são importantes para explicar a variação do gasto próprio em saúde nos municípios brasileiros? Mais especificamente, o gasto municipal próprio com saúde sofre impacto do partido do prefeito, do fato de o executivo municipal ter maioria legislativa, da capacidade de reeleição e/ou ter o prefeito profissão ligada à área da saúde?

Para responder essa questão, a dissertação se insere no contexto da discussão teórica a respeito da dinâmica entre variáveis políticas e os resultados de ações estatais (ARRETCHE E MARQUES, 2002; BROLLO E TROIANO, 2016; HESSEL *ET AL.*, 2020; SILVA E BAIA, 2018). Essa linha bibliográfica considera as configurações institucionais, seja o sistema eleitoral, partidário, a organização do legislativo, como variáveis explicativas de diferentes padrões de esforços em políticas públicas

(BATISTA, 2006; RIBEIRO, 2005). Esta pesquisa caminha na direção de fazer este tipo de debate em âmbito local com foco sistêmico no financiamento do SUS.

A inquietação epistemológica, então, é investigar a possível relação existente entre aspectos relacionados às características políticas de quem ocupa a cadeira do executivo (*politics*) e o financiamento da política pública (*policy*) em questão. O objetivo da pesquisa é analisar se um conjunto composto por quatro variáveis ligadas à esfera política, quais sejam: *a*) o partido do prefeito, *b*) o fato de executivo municipal ter maioria parlamentar, *c*) a capacidade de reeleição e *d*) o prefeito ter a profissão ligada à referida área, são determinantes para explicar a variação do gasto próprio em saúde nas unidades subnacionais brasileiras. Além disso, uma pretensão lateral do trabalho é observar, sob ponto de vista descritivo, se há aumentos no volume despendido na saúde pelos prefeitos nos anos de eleições municipais.

Para alcançar tal objetivo, a dissertação está dividida em mais quatro capítulos. O primeiro trata da literatura acerca do financiamento do SUS, notadamente, o debate acadêmico em torno do fenômeno político explorado na dissertação, ou seja, variação entre os municípios do montante despendido na referida área. São expostas as principais discussões atreladas, direta ou indiretamente, ao tema. O propósito é fazer o leitor compreender as complexas camadas que fazem o fato social aludido acima ser analisado empiricamente.

O segundo capítulo aborda uma discussão analítica sobre os determinantes políticos e econômicos das políticas sociais em contextos democráticos, em especial, no Brasil. Investiga-se como a questão tem sido respondida na literatura especializada. Têm-se, por um lado, abordagens que negam a predominância de fatores políticos na determinação das políticas públicas, em detrimento de explicações baseadas em outros aspectos da natureza econômica e institucional das unidades em análise. Por outro, perspectivas enfatizam a dimensão socioeconômica como incapaz de explicar de maneira precisa as diferenças entre os resultados das políticas públicas em contextos semelhantes. Por sua vez, dá ênfase a fatores de natureza política. São abordados também os resultados de trabalhos recentes que analisam os determinantes financeiros e de gestão de políticas sociais em solo nacional, em especial pesquisas que circunscreve os municípios. Para auxiliar o alcance do objetivo da dissertação, o trabalho mescla

duas linhas de análise (as linhas interpretativas estabelecidas e os resultados de pesquisas recentes tratam sobre o caso brasileiro) para orientar a interpretação dos achados encontrados.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada para análise do gasto em saúde nas cidades brasileiras. De modo mais específico, são abordadas as formas de operacionalização das variáveis, as hipóteses do trabalho, o processo de elaboração dos modelos econométricos e os resultados encontrados. Finalmente, o último capítulo apresenta a conclusão do trabalho, além de apontar novos rumos analíticos para o tema.

CAPÍTULO 1. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Este capítulo tem o objetivo de apresentar o debate acadêmico em torno da variação do gasto próprio em saúde entre os municípios, o fenômeno político a ser explicado nesta dissertação. Pretende-se discorrer sobre as abordagens teóricas e resultados relacionados à variável dependente deste trabalho, onde serão expostas as principais discussões atreladas, direta ou indiretamente, ao tema. De maneira geral, o propósito é fazer o leitor compreender as camadas sociológicas e políticas que fazem o referido fato social ser analisado empiricamente. Para tal, o capítulo se estrutura a partir de quatro debates centrais, que estão organizados em subseções.

O primeiro debate gira em torno da resposta da seguinte questão: por que o Estado financia uma política pública de saúde em solo nacional? Dentro deste contexto, são apresentados trabalhos sobre os direitos sociais imbuídos aos brasileiros pós-88, as particularidades do Estado que implementa tais direitos, como também o processo de operacionalização desses. A segunda subseção discorre sobre o processo de organização do Sistema Único de Saúde brasileiro, instituído com a Constituição Federal de 1988. Discute-se, então, sobre as atribuições de cada ente federativo dentro do modelo de descentralização adotado, como também as críticas existentes ao *modus operandi* do sistema e as marcas geradas por ele. O terceiro debate apresenta argumentos relacionados às estratégias e aos instrumentos financeiros utilizados no SUS. Nesta seção específica, são abordadas pesquisas que tratam do regramento institucional

existente, seus efeitos no sistema, e os achados acadêmicos daqueles que estudam as consequências políticas da adoção de tais regras. Por fim, a quarta e última subseção trata do gasto com saúde em âmbito municipal. É apresentado, então, o histórico do custeio do setor por esse ente, as dificuldades para tal financiamento e resultados de pesquisas que tentam captar os motivos de existir diferenças nos montantes entre as administrações locais.

1.1. A coordenação de políticas públicas no Brasil

Via de regra, as decisões sobre o Estado não são tomadas de forma simples, a partir de uma ideia que surge de um vácuo, de *insights* intelectuais, de uma inspiração singular, principalmente, quando se trata de quais formulações adotar na forma de se organizar um país. Durante os anos 1980 o Brasil passou por um momento de mudança das suas bases enquanto Estado Nação, processo efetivado no dia 5 de outubro de 1988 quando se proclamou a nova carta magna. Sobre o ponto de vista organizacional, o modelo brasileiro marcou-se por possuir prerrogativas descentralizadoras miradas aos entes subnacionais (GUINMARÃES, 2002, p. 14). Segundo Arretche (1996), esse norte conceitual adveio, notadamente, de um motivo proeminente à época.

Os constituintes formularam o modelo brasileiro pautados em uma base argumentativa que associava positivamente descentralização à democracia e, simetricamente, centralização a estados e sistemas políticos menos democráticos (ARRETCHÉ, 1996, p. 3). Os motivos desse pensamento estão ligados ao momento de reabertura democrática que o país experimentava, após um período expressivo nas mãos de governos autoritários. Uma parte significativa da elite política concordava com a adoção de medidas que possibilitavam maiores liberdades individuais e políticas, fato que condicionou o assunto descentralização a uma pauta pacificada entre amplos grupos.

A descentralização era vista como um instrumento necessário para a democratização das relações políticas. Ao redor deste pensamento agregaram-se correntes de origens muito distintas, em especial pelas suas esperadas potencialidades no campo da democratização das relações políticas e no campo da eficiência e eficácia

da gestão pública. Pelo lado liberal, situavam-se aqueles que viam na descentralização um instrumento de proteção das liberdades individuais contra as ameaças de um Estado invasivo. Pelo lado progressista, estavam aqueles que, com base em ideais libertários, clamavam por um aprofundamento da vida democrática via descentralização (ARRETCHE, 1996, p. 5).

Para Cavalcante (2011, p.4), o núcleo intelectual formado em favor da descentralização apostava sempre em bons reflexos dessa alternativa política. O autor diz que o raciocínio, à época, envolvia argumentos de eficiência alocativa e ampliação da *accountability* das administrações locais, como também aspectos relativos à diversidade, ao desenvolvimento de lideranças e à equidade. Embora trabalhos acadêmicos demonstrassem que o caminho quase que linear entre políticas descentralizantes e democratização não estava, necessariamente, claro (ARRETCHE, 1996), este foi o contexto em que o federalismo brasileiro foi formulado e deu seus primeiros passos na prática.

Mas que federalismo é este? Quais são as características do regramento montado para administrar o aparato de Estado nacional? Dito de outra forma, quais são as marcas do federalismo à brasileira? A compreensão dessas características e das dinâmicas proporcionadas por elas são pré-requisitos básicos para compreender qualquer processo que envolve a coordenação de políticas públicas em solo nacional. Notadamente, pelo fato dos seus grandes impactos sobre a divisão de responsabilidades e de recursos entre os níveis de governo e, por conseguinte, no funcionamento dos programas governamentais.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabeleceu o sistema federativo como cláusula pétrea³, tendo como uma das suas maiores inovações a introdução dos municípios como entes autônomos, questão à época inédita nos sistemas federalistas do mundo⁴ (CAVALCANTE, 2011). A federação brasileira é dividida em três níveis de governo: união, estados e municípios, além do Distrito Federal. Esses entes possuem significativa autonomia administrativa, responsabilidades diferentes em políticas públicas, capacidade de arrecadação tributária e despesas próprias, acumulam

³ Segundo a Agência do Senado Federal as cláusulas pétreas são os dispositivos constitucionais que não podem ser alterados nem mesmo por Proposta de Emenda à Constituição (PEC). Link: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/clausula-petrea>. Acesso em 29/06/2021.

⁴ Atualmente outras federações como a Bélgica, a Índia e a África do Sul dão aos entes locais esse status.

competências estaduais e municipais, como também apresentam eleições para cargos no Executivo e no Legislativo (DO BRASIL, 1988).

Segundo Cavalcante (2011, p.5), o federalismo pode ser enquadrado teoricamente em dois tipos, o competitivo e o cooperativo. O competitivo consiste na distribuição de competências entre as esferas de governo visando preservar a autonomia e a competição nas atribuições de determinada área da política pública (FRANZESE, C. ; ABRUCIO, 2009). Por sua vez, como demarcado por Souza (2005), o cooperativo envolve a repartição de atribuições entre os entes, com vistas a atuarem conjuntamente na formulação e implementação de políticas.

O modelo adotado no Brasil possui as duas características citadas acima, se aproxima do competitivo quando se volta, por exemplo, para política tributária, que propicia certa discricionariedade aos entes, ao mesmo tempo em que gera situações competitivas, como a chamada guerra fiscal, situação quando municípios ou estados competem entre si para estimular intenção fiscal com objetivo de atrair empresas para sua unidade federativa (MELO, 1996). Se aproxima do cooperativo quando se volta para a gestão das políticas sociais no texto constitucional, competências comuns para união, estados e municípios em importantes áreas, como a saúde, assistência social, educação e combate à pobreza (CAVALCANTE, 2011, p. 5). Entretanto, em pesquisas recentes um consenso foi definido: o Brasil possui um tipo de federalismo cooperativo, e não competitivo. Principalmente, pela autonomia tributária dada aos estados e aos municípios, como também pelo fato das alíquotas de impostos desses entes serem definidas constitucionalmente (SOUZA, 2019).

A CF/88 abarcou uma série de direitos fundamentais como base das suas diretrizes. A saúde, a educação, os direitos previdenciários, o direito à habitação, se reuniram em um bloco de proteção social no qual há um explícito reconhecimento de que o Estado tem obrigações frente aos cidadãos (MACHADO, 2007, p. 33).

Existe uma constatação de que o indivíduo não soluciona todos os problemas como um ser solitário, e que atos filantrópicos pelas suas limitações estruturais frequentemente deixam de fora uma parte da população. Por isso o Estado deve ser um ator presente. A carta brasileira se insere numa onda de constituições promulgadas após o encerramento de ditaduras, neste contexto está uma série de países da América Latina,

como também constituições do Leste Europeu. Predominantemente, nessas constituições o Estado se apresenta como ente responsável por agir em uma série de situações.

Ou seja, seguindo uma tendência internacional, inúmeras questões tornaram-se direitos a partir de 1988, situação que reformulou consideravelmente a rede de proteção social do Brasil. A questão, agora, se volta para compreender como esse conjunto de direitos foi operacionalizado em políticas públicas dentro do sistema federativo adotado pelo país. Busca-se entender como a estrutura de Estado, com as características já citadas, foi e ainda é usada para colocar em prática os direitos sociais. Essa discussão é feita a partir da demonstração de fatores de ordem institucional, como normas constitucionais, estratégias de indução à cooperação e as regras de funcionamento das relações federativas.

Neste contexto, a união possui um papel fundamental. Segundo Souza (2005, p. 106), a CF/88 expandiu consideravelmente a quantidade de matérias constitucionalizadas e remeteu à legislação complementar a normatização de muitos de seus dispositivos. O resultado prático dessas decisões foi que os poderes executivo e legislativo federais concentram os determinantes das preferências futuras sobre políticas públicas, com a capacidade de definir o arranjo, as fontes de financiamento, o desenho, como serão implementadas e o formato de gestão (SOUZA, 2005, p. 106).

Segundo Arretche (2004, p. 24), a legislação nacional prevalece sobre a subnacional, resultando na prevalência da união para legislar sobre as políticas sociais, inclusive com ampla autoridade para normatizar as competências a serem exercidas pelos estados e Municípios. O poder centralizado na união possibilitou ampla regulamentação da coordenação das políticas sociais. Exemplos não faltam dessa capacidade, nota-se na regulação das políticas de saúde⁵, educação⁶ e assistência⁷, entre outras ocasiões.

Mesmo a união tendo uma capacidade importante no que se refere à regulação, houve na estrutura organizacional do país o aumento de centros decisórios, os três níveis de governos possuem autonomia política e administrativa entre si, situação

⁵ Refira-se as leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

⁶ Refira-se a lei nº 9.394/1996.

⁷ Refira-se as leis nº 8.742/1993 e nº 12.435/2011.

desafiadora para as políticas públicas que dependem da convergência entre escolhas governamentais locais e objetivos nacionais. Diante disso, a coordenação federativa é um requisito contemporâneo para o desenvolvimento das políticas públicas, tendo em vista o alto grau de relações entre os diferentes níveis de governo para efetivar ações do Estado (ABRUCIO, 2005, p. 48).

A união, então, utiliza o seu leque robusto de prerrogativas para instrumentalizar uma série de mecanismos institucionais verticais que possibilita a coordenação. Três mecanismos são notoriamente marcantes: os constrangimentos constitucionais, com o objetivo de obrigar os governos subnacionais a adotarem determinadas escolhas, fato que restringe a liberdade de decisão desses; as pactuações de compromissos em arenas intergovernamentais, que geram normas com maior ou menor grau de formalização (SOUZA, 2004, p. 37); além de incentivos financeiros, que propiciam retorno para aqueles que aderem a determinadas iniciativas do governo nacional (VAZQUEZ, 2014, p. 974). Esse último foi um grande aliado da coordenação. Segundo Vazquez (2014, p. 974), as transferências intergovernamentais condicionadas induziram a adesão dos governos subnacionais aos programas federais, sobretudo daqueles de caráter estruturante para a implementação das políticas sociais. Por meio da adesão, estados e municípios contariam com fontes adicionais e regulares de recursos, além de minimizarem os riscos de implementação das políticas coordenadas pelo Executivo Federal ao receberem inclusive o apoio técnico para tal.

Além desses pontos, outros fatores que propiciaram uma fluidez na dinâmica de coordenação foram certas determinações constitucionais sobre as políticas sociais. Segundo Souza (2004), a CF/88 estabeleceu o compartilhamento de responsabilidades sobre certas políticas, instituiu obrigações para a provisão das mesmas nos três níveis de governo e encaminhou à legislação ordinária a regulamentação de várias delas. Um dos marcos, neste sentido, foi a vinculação dos gastos das receitas orçamentárias próprias com educação e saúde em cada nível de governo, bem como o detalhamento em legislação posterior dos critérios para o uso desses recursos vinculados (VAZQUEZ, 2014).

Foi, então, dentro deste enquadramento regulatório que as políticas sociais foram estruturadas e implementadas, cada qual com suas características e peculiaridades.

Souza (2018, p. 46) tipificou essas em dois modelos de sistema: os constitucionalizados e os normatizados. Os primeiros são caracterizados por terem sido objeto de emendas constitucionais que definiram a participação dos entes federados nas políticas, assim como vincularam recursos das três esferas ao seu provimento. O detalhamento da divisão de tarefas entre os níveis de governo e seu financiamento foi objeto de dispositivos promulgados a partir de meados dos anos 1990. Segundo a autora, suas principais características consistem no fato da regulamentação ter sido feita pela esfera federal e a adesão é quase obrigatória pelas esferas subnacionais, devido à vinculação de seus recursos e à existência de recompensas e sanções que incentivam sua adesão. Exemplos desse sistema é a educação básica e o Sistema Único de Saúde (SUS) (2018, p. 46).

Os sistemas normatizados, por sua vez, compreendem grande variedade de políticas, tais como a assistência social, o meio ambiente, a cultura, a habitação e o saneamento, e são resultados das competências concorrentes, situações nas quais todos os entes federativos possuem responsabilidades de atuação, definidas na Constituição de 1988. As políticas enquadradas nesse sistema foram constituídas, principalmente, a partir de meados dos anos 2000 nos governos Lula 1 e 2. Sua principal característica está no fato de serem de livre adesão, embora o acesso aos recursos financeiros seja condicionado a diversos tipos de contrapartida (SOUZA, 2018, p. 46).

Os sistemas de coordenação de políticas públicas apresentados possuem uma característica em comum: trata-se do papel fundamental exercido pelos municípios brasileiros. Os entes locais ocupam um lugar central no que se refere à implementação dos serviços públicos citados (SOUZA, 2004), foram enfatizados como os principais provedores das políticas sociais. Segundo Cavalcante (2011) essa questão decorre de dois principais fatores. O primeiro é que os formuladores das diretrizes implementadoras das políticas públicas guiaram-se pelo argumento de que as localidades eram as unidades mais adequadas para exercer a função executora, haja vista a maior proximidade para obter informações sobre as preferências e necessidades da população local. O segundo, pelo fato das prefeituras depois da década de 90 possuírem autonomia política, administrativa e financeira (FRANZESE; ABRUCIO, 2009, p. 12). Na perspectiva econômica, a título de exemplificação, nos quinze anos entre os anos de 1980 e 1995, a participação dos municípios na receita nacional quase

dobrou, passando de 8,7% do total, para 16,6%. Nesses mesmos quinze anos a união teve sua participação diminuída de 68,1% para 56,2% (FRANZESE; ABRUCIO, 2009, p. 12). Essa alta no protagonismo institucional gerou repercussões para os referidos entes:

"... a implementação de políticas nacionais de universalização de acesso se deu em um momento de crise fiscal do Estado, fato este que fez com que a estratégia federal incluísse não apenas a mera transferência de recursos em nome da execução de sua agenda, mas também transferisse a gestão de parte das políticas sociais, fazendo com que municípios passassem a realizar investimentos e assumissem efetivamente a responsabilidade sobre as redes de prestação de serviços..." (FRANZESE; ABRUCIO, 2009, p. 16).

Como Souza (2018), Arretche (2009) também estruturou uma classificação de políticas sociais, tendo como foco os governos locais. A autora classifica as políticas implementadas pelas prefeituras em dois tipos, as reguladas, nas quais a estrutura é definida por legislação federal e os recursos são definidos via Constituição, e as não reguladas, políticas em que o governo local é muito menos regulado pela legislação federal. Exemplo das políticas reguladas são as políticas de saúde e as de educação básica, enquanto as da não reguladas são as políticas de habitação, transporte e saneamento.

Como apresentado nos parágrafos anteriores, os municípios são a ponta do federalismo brasileiro, somando, atualmente, um total de 5.570 prefeituras. Além de serem a ponta no sentido do molde federativo, são também na perspectiva da aplicação de serviços públicos fundamentais. Dentro deste aspecto, pela sua relevância, é razoável compreender as características marcantes dessas unidades. A tabela 1 abaixo mostra a distribuição percentual dos municípios por região do país.

Tabela 01. Distribuição percentual dos municípios por região



Fonte: Elaboração do autor. IBGE.

Tabela 02. Distribuição populacional dos municípios por região

Região	Número de Municípios	Percentual da população
Sudeste	1668	43,1
Nordeste	1793	28,1
Sul	1191	14,6
Norte	450	8
Centro-Oeste	467	6,2

Fonte: Elaboração do autor. IBGE.

A partir da visualização da Tabela 1 e 2, nota-se que uma parte considerável das prefeituras estão concentradas nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul respectivamente, enquanto as regiões Centro-Oeste e Norte contemplam uma parte menor dessas unidades, que, em conjunto, somam cerca de 17% dos municípios existentes. Percebe-se, então, a existência de diferenças consideráveis na distribuição territorial das unidades subnacionais, diferenças essas que vão além do tamanho do território, como a distribuição populacional interna. Tal distribuição pode ser vista na tabela 3.

Tabela 03. Distribuição da população em 2012 por faixas populacionais

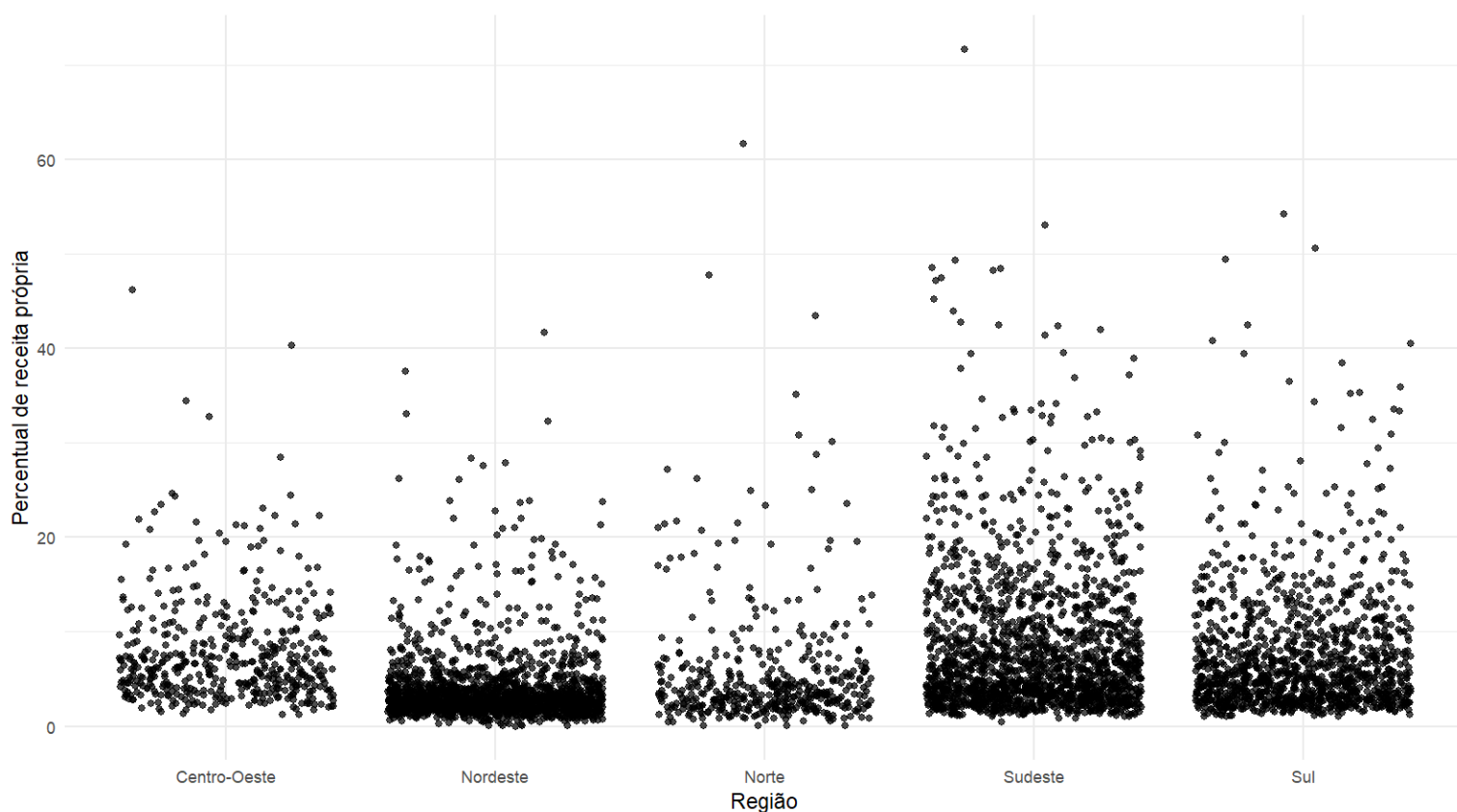
Faixas populacionais	Número de Municípios	Percentual da população
até 5 mil habitantes	1284	2.3
Entre 5 e 10 mil habitantes	1182	4.4
entre 10 e 20 mil habitantes	1356	10.2
entre 20 e 50 mil habitantes	1025	16.4
entre 50 e 100 mil habitantes	317	11.6
entre 100 e 500 mil habitantes	246	26.3
acima de 500 mil habitantes	37	28.6

Fonte: Elaboração do autor. IBGE

A tabela 03 possibilita a visualização da distribuição percentual da população total segundo faixas populacionais. Percebe-se que uma parte pequena das prefeituras, aquelas com mais de 100 mil habitantes, concentra um número expressivo de brasileiros, ou seja, uma parte significativa das pessoas que vive no país concentra-se em um número pequeno de municípios, predominantemente das zonas urbanas localizadas, sobretudo, nas regiões Sudeste e Sul (DE MEDEIROS COSTA et al., 2012). Outro ponto importante a ser destacado é a constatação de que uma parte considerável dos entes subnacionais possuem um porte populacional menor que 20 mil habitantes. Nota-se, então, uma clara disparidade populacional entre as localidades, na qual boa parte são formadas por municípios de pequeno porte e onde existe bolhas populacionais que concentram parte significativa dos cidadãos.

Essa é uma das camadas que formam as diversas multiplicidades de contextos e fatos que fazem com que os municípios sejam considerados distintos entre si. Segundo Arretche (2010), outra diferença entre eles apresentam-se em termos de desigualdade fiscal e social. Para a autora, inúmeros fatores explicam tal desigualdade. A forma como se desenvolveu a economia brasileira fez com que o crescimento econômico se concentrasse nas regiões Sul e Sudeste do país, situação que se reflete, inclusive, numa variação na capacidade de arrecadação própria dos governos subnacionais, como pode ser visto no gráfico 01.

Gráfico 01. Capacidade de arrecadação própria dos municípios, segundo as regiões no ano de 2012



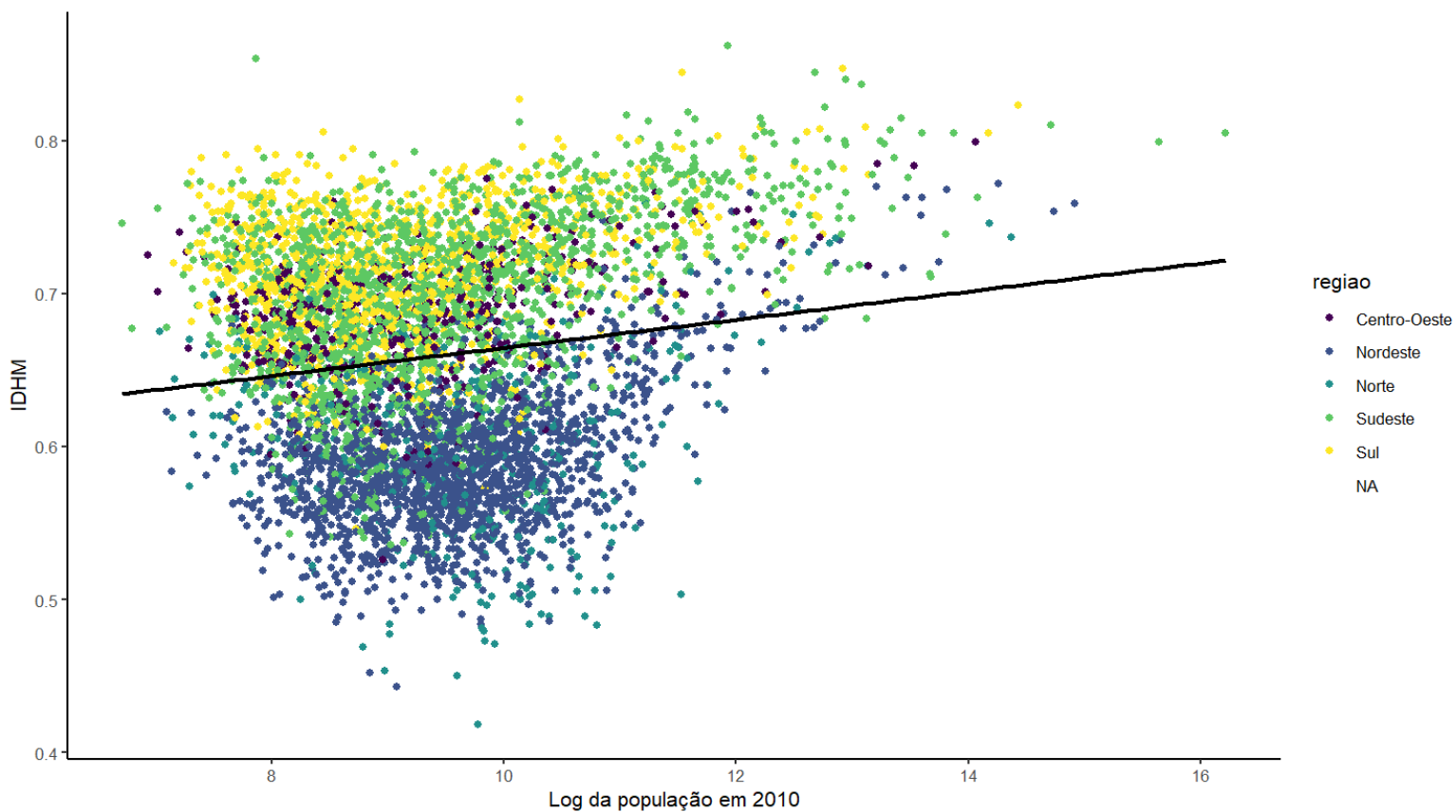
Fonte: Elaboração do autor. IBGE e DATASUS.

É notória a diferença na capacidade de arrecadação entre as prefeituras, na qual as do Sudeste e Sul, como apontado por Silva (2001). São aquelas com as maiores capacidades de se auto financiar. Quando se comparadas às da região Norte, por exemplo, percebe-se o quanto a diferença financeira é latente.

Outro modo de se notar os reflexos conjunturais da forma com que o Brasil se desenvolveu economicamente é quando se desloca o olhar para as desigualdades sociais entre as localidades, desigualdade essa notada em diferentes níveis e dimensões, como nos índices educacionais (SILVA; HASENBALG, 2000), índices de saúde (NUNES et al., 2001), e em outros aspectos que, em conjunto, formam a qualidade de vida de um cidadão. A análise do índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) ilustra bem este fato. O gráfico 02 apresenta as diferenças da qualidade de vida nas prefeituras, neste aspecto, enquanto os municípios populosos localizados, predominantemente, no

Sudeste e Sul, possuem de modo majoritário uma boa qualidade, os pequenos, localizados no Norte e Nordeste, têm, em sua maioria, pior qualidade de vida.

Gráfico 02. Diagrama de dispersão entre o IDHM municipal e a população em



2010

Fonte: Elaboração do autor. IBGE e IPEA

Sendo assim, esse foi o ambiente em que as políticas sociais se estruturaram após 1988, as prefeituras com o empoderamento financeiro e maiores responsabilidades na implementação das políticas foram e ainda são as grandes responsáveis pelo fornecimento das políticas sociais. Segundo Souza (2004), embora as desigualdades inter e intrarregionais dificultassem a participação dos governos locais na provisão de serviços, evidências empíricas mostram que, com o tempo, essas, de fato, substituíram o governo federal em algumas funções (SOUZA, 2004, p. 9). Para Souza, a variável chave que possibilitou este acontecimento foi o desenho institucional das políticas. Para demonstrar este argumento, a autora utiliza a provisão dos serviços de saúde e educação

fundamental como exemplo. Segundo ela, tanto a primeira quanto a segunda política foram concebidas como um sistema complexo de relações intergovernamentais baseado em recompensas e sanções, tornando-se racional para os municípios a adesão a uma nova institucionalidade. Sendo assim, esse mecanismo institucional possibilitou a capilarização das políticas mediante ao cenário heterógeno vivenciado nas cidades brasileiras (SOUZA, 2004, p. 9).

As políticas sociais, com a utilização do instrumento citado, foram colocadas em práticas perpassando, de modo agregado, as dificuldades ligadas às desigualdades sociais, financeiras e de capacidade estatal que eram e ainda são marcantes entre os municípios. O desenho institucional citado possibilitou o recebimento de verbas oriundas do ente central, muitas das vezes verbas que possuíam uma alocação pré-definida. Os governos locais, então, colocam em prática aquilo que está estabelecido por setores ligados à união⁸. Nesta lógica, os municípios continuam autônomos, porém, para ter acesso aos recursos específicos para a adoção de certas políticas se adequam às condicionalidades necessárias para o recebimento dos volumes financeiros, que são popularmente conhecidos como "carimbados" por já terem um destino estabelecido (BOVO, 2001).

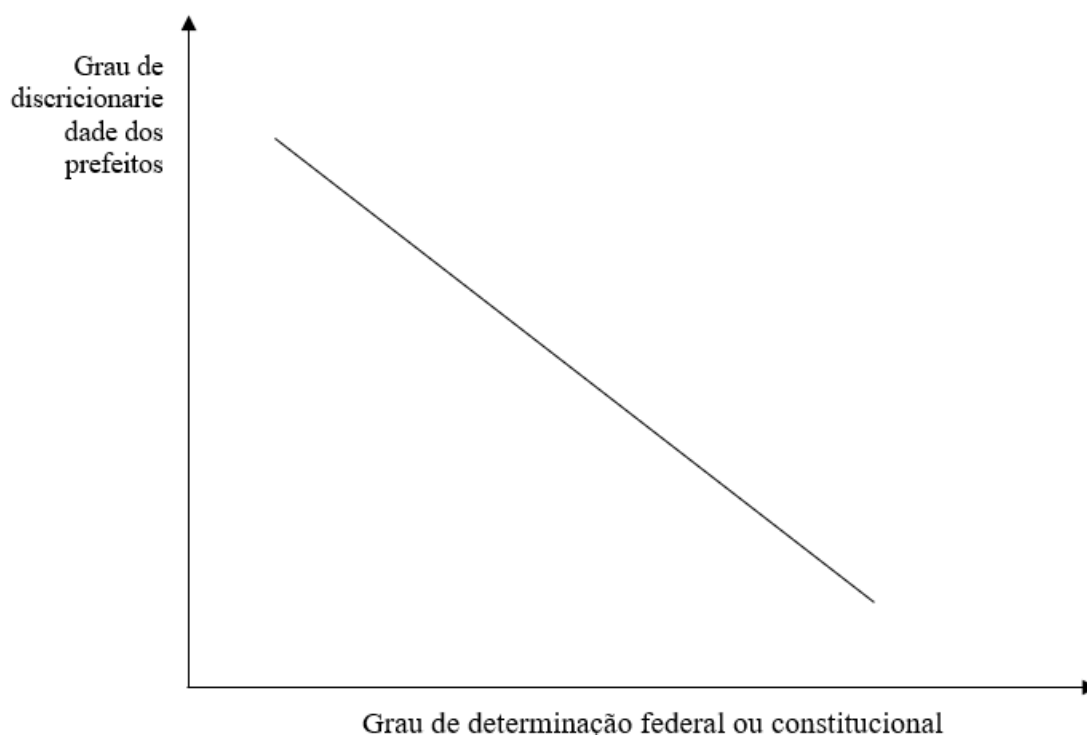
A adoção da referida estratégia institucional, para certos autores, desencadeou consequências em outros campos da arena local, inclusive, no campo político, haja vista que o sistema baseado por recompensas e sanções restringiu a autonomia de gasto e de decisão concedida aos governos locais pela Constituição de 1988 (ARRETCHE, 2004). Neste sentido, uma linha de investigação acadêmica busca compreender até que ponto esse modelo de coordenação federativa interferiu na capacidade do agente político municipal exercer sua competência de definir prioridades e preferências no campo das políticas sociais.

Souza (2004) discorre sobre duas visões rivais sobre o papel político dos governos locais. De um lado, a ideia de que os referidos governos são meros aplicadores de serviços sociais coordenados pelo governo central. De outro, a concepção de que a autonomia decisória do executivo local ainda tem destaque, o que possibilita aos municípios serem um centro privilegiado para a prática da democracia que é alcançada

⁸ Como o ministério da educação e o ministério da saúde.

por um relativo equilíbrio entre quem decide e quem é afetado pelas decisões. O debate apresentado pela autora está ligado à identificação de qual é o tamanho da liberdade de atuação do governante local para intervir com suas convicções sobre uma política pública.

Figura 01. Relação entre a liberdade de atuação dos prefeitos e o peso da indução da União sobre as políticas sociais



Fonte: Elaboração do autor.

Em decorrência do modelo indutor adotado no país, esse grau varia de acordo com a política em discussão, como pode ser visto na figura 01, a capacidade de intervenção do prefeito varia de acordo com o peso indutor federal. De modo que quanto maior for esse peso, menor é a liberdade de atuação do prefeito. Cavalcante (2012, p. 84) apontou este fato quando afirmou: "... o grau de liberdade de atuação do prefeito varia de acordo com a política em discussão...", sobretudo em sua capacidade de intervenção financeira com maiores volumes de recursos municipais.

O mesmo autor apresenta como exemplo os dois maiores programas sociais universais, a saúde e educação básica. Nesses dois casos foram definidos constitucionalmente percentuais mínimos de aplicação financeira nas referidas políticas, as prefeituras são obrigadas a aplicarem 25 por cento de suas receitas próprias na educação e 15 por cento na saúde (VAZQUEZ, 2014). A definição de pisos financeiros não impede o gestor de ir além e aplicar volumes maiores do que é estabelecido constitucionalmente. Esse "ir além" é o grau de liberdade decisória que o prefeito possui, no caso da educação o grau de liberdade financeira é menor, enquanto que na saúde o tamanho da discricionariedade do gestor local é maior (2012, p. 84).

Outra perspectiva analítica que busca compreender tal fenômeno, são os estudos brasileiros vinculados à linha bibliográfica da escolha racional dentro da discussão sobre institucionalismo. Esse assunto será abordado com maior rigor de detalhes no capítulo 2. Os estudos neste sentido buscam, a partir de uma explicação ligada a variáveis institucionais, responder a seguinte pergunta: quais são os condicionantes do desempenho local em políticas públicas? Os referidos partem da premissa que a estratégia de descentralização foi única, dentro deste contexto, o que pode, então, explicar a variação nos resultados entre governos subnacionais? O princípio teórico dessa abordagem remete-se à compreensão do comportamento dos atores envolvidos e dilemas de ação coletiva, o que pede análises para além da ótica econômica e administrativa, envolvendo a dimensão política/institucional. As pesquisas pautam-se por questões sobre a forma como os autores lidam com incentivos no momento da tomada de decisões, comportamento estratégico de diferentes indivíduos e seus impactos sobre os resultados coletivos (CAVALCANTE, 2011, p. 15).

1.2. A Coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A seção anterior apresentou os resultados de pesquisas que explicam as características gerais das políticas sociais no Brasil, esta seção específica e se debruça, em especial, nos contornos que, em conjunto, formam o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). As políticas destinadas a fornecer serviços públicos de modo descentralizado assumiram uma diversidade de formatos institucionais, com peculiaridades próprias de relações intergovernamentais, sobretudo do ponto de vista das distribuições de papéis (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018). Por isso, é necessário compreender o formato e o desenho de implementação do SUS.

O Brasil da década de 1970 e 1980 marcou-se pela atuação de movimentos sociais, inseridos em um sistema governamental ditatorial e repressor, que se articulavam para sistematizar e organizar avanços civilizatórios em várias áreas no estado brasileiro, muitas das vezes, influenciados por correntes advindas de outros países (COSTA, 1997). Um exemplo claro deste processo, foram as articulações promovidas pelo movimento brasileiro. As movimentações sociais que visavam a reforma sanitária resultaram em uma grande transformação na relação entre o cidadão e o Estado no que tange ao acesso à saúde. A situação adveio de uma constante articulação de inúmeros movimentos civis que lutaram para garantir a saúde como direito universal a todos os brasileiros e brasileiras, a partir da inserção do SUS no bojo das garantias constitucionais da CF/88⁹.

O SUS obteve de modo subjetivo e concreto consequências práticas na vida do cidadão brasileiro, de maneira geral, o sistema reconfigurou a concepção de garantias sociais no campo da saúde ao garantir no plano nacional atenção universal, igualitária e integral à saúde (BRASIL, 1996, p. 83), por isso possui um enorme teor histórico pois remodelou radicalmente a face protetora do estado frente à saúde. A título de exemplificação, o SUS atribui ao estado três novos direitos a serem assegurados aos brasileiros¹⁰ (MACHADO, 2007, p. 37), são eles a universalidade de acesso¹¹, a

⁹ Ver mais em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo>

¹⁰ As prerrogativas do SUS resume-se na seguinte frase: Saúde: direito de todos e dever do Estado (LUCHESE, 1996, p. 82).

¹¹ A universalidade de acesso se refere a remoção de qualquer barreira que impeça os cidadãos de adentrar no sistema de saúde. (MACHADO, 2007, p. 37)

igualdade no exercício do direito à saúde¹² e a integralidade da atenção¹³. Segundo Machado (2007), os três direitos supracitados, tomados em seu conjunto, definem o estado de *optimalidade social*¹⁴ a ser perseguido na provisão dos bens e serviços garantidos na constituição federal:

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

Dessa forma, o direito à saúde no Brasil caracterizado, antes por um caráter seletivo, desigual e parcial dos problemas de saúde da população (LUCHESE, 1996; MACHADO, 2007; SILVA, 2001), passou a ser assegurado a todos os cidadãos numa complexa rede universal, igualitária e integral de atenção à saúde provido pelo Estado. A expansão da proteção social na referida área promoveu um expressivo aumento das atribuições e responsabilidades do Estado, neste sentido, o aparato estatal necessitou de uma reformulação das relações institucionais para pôr em prática os direitos inseridos no arcabouço legal do SUS (VIANA E MACHADO, 2009).

Neste sentido, segundo Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 6), foi montado um novo arranjo no que se refere a relação entre os entes federativos, com a incorporação de instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização da gestão que possibilitaram a formação de um modelo público de prestação de ações de saúde em âmbito nacional. Neste arranjo atribuíram-se aos entes novos papéis e funções, notadamente, na gestão e financiamento do sistema. Em especial, foram adotados novos critérios de alocação e

¹² A igualdade no exercício do direito à saúde pelos cidadãos se refere a relação de equivalência entre todos diante das garantias concedidas pelo Estado quanto à saúde. (MACHADO, 2007, p. 37)

¹³ A integralidade da atenção se refere a intenção de integrar todas ações no campo da saúde coletiva. Nas dimensões individuais e coletivas, preventivas e curativas, programáveis e de urgência. (MACHADO, 2007, p. 37)

¹⁴ “... Numa acepção geral, um estado ótimo pode ser definido como o melhor possível, dadas certas condições. O ótimo de acesso aos serviços de saúde é aqui apresentado como ideal normativo estabelecido a partir dos princípios definidos constitucional e legalmente sob o Sistema Único de Saúde...” (MACHADO, 2007)

transferência de recursos, criaram-se instâncias coletivas¹⁵ de negociação e de tomada de decisão (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 6).

O sistema é interpretado pelos especialistas como complexo, muito pelo seu tamanho, formato e múltiplas variáveis, motivo este que o faz ser tema central de inúmeros trabalhos em diversos e amplos debates. Dentro da discussão a respeito da coordenação do SUS, os argumentos aqui apresentados focam em dois pontos centrais estabelecidos pela bibliografia em ciência política, que diz que a política de saúde é marcada, primeiro, pela indução federal à descentralização e, segundo, pela autonomia local.

Constitucionalmente estabeleceu-se que o SUS teria suas bases sistêmicas fundadas na descentralização e hierarquização, com os municípios como os responsáveis por prestar o atendimento e, à união e aos estados, a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função (DO BRASIL, 1988, artigo 196). Baseado neste norte, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a lei da saúde, a primeira lei orgânica da área, designou ao Município a função de planejamento local e execução dos serviços, atribuiu à união a função de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais (DO ROSÁRIO COSTA; BARROS; RIBEIRO, 1999, p. 36). Segundo Marques e Arretche (2004, p. 6), em conjunto, as regras constitucionais e a lei orgânica da Saúde estabeleceram a estrutura e as respectivas funções de cada nível de governo no SUS.

A capilaridade do SUS no território nacional se deu pela prerrogativa da descentralização, processo que foi colocado em prática por meio de portarias editadas pelo Ministério da Saúde, chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOBs) (CARVALHO, 2001; DE ANDRADE, 2001; LUCHESE, 1996). A união deu as cartas do jogo, sendo o ente que concentrou a autoridade para formular as regras que definiram as ações de saúde de estados e municípios. Sendo assim, as NOBs foram utilizadas para efetivar o processo descentralizatório do SUS (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 466), essas possuíam caráter transitório, visto que foram reeditadas de acordo com os avanços do processo de implementação do sistema. Durante a década de 90 e começo

¹⁵ Instâncias como os conselhos de saúde nos diferentes intergestores tripartite, todas essas envolvem a efetiva participação coletiva dos gestores da política nos planos federal, estadual e municipal (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 6).

dos anos 2000 emitiu-se três NOBs: NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/93 e a NOB SUS 01/96 e uma NOAS. Os avanços e alternativas dispostas na NOBs estão apresentadas na tabela a seguir:

Tabela 04. O processo de descentralização conduzido pelo Ministério da Saúde

Período	Nome da Norma Estabelecida	Principais estratégias e instrumentos de descentralização em vigor	Tipo de descentralização	Funções federais enfatizadas
Governo Fernando Collor 1990-1992	NOB SUS 01/91	Convênios de municipalização, termos de repasse de serviços, financiamento (pagamentos), controle, fiscalização	Descentralização tutelada	Convenial para os municípios
Governo Itamar Franco 1993-1994	NOB SUS 01/93	Habilitações Transferências fundo a fundo Termos de repasse de serviços	Gestação e início de implantação: municipalização plena com transferências fundo a fundo	Financiamento negociação, articulação, promoção da descentralização e apoio a estados e municípios
Governo Fernando Henrique Cardoso 1995-1997	NOB SUS 01/93	Transferências fundo a fundo	Implantação: municipalização plena com transferências fundo a fundo e Gestação do modelo seguinte	Formulação, financiamento, coordenação, regulação (indução e normatização)
Governo Fernando Henrique Cardoso 1998-2000	NOB SUS 01/96	Portarias federais (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo, Piso de Atenção Básica (per capita), Incentivos vinculados	Descentralização sob indução federal, Municipalização maciça da atenção básica e tentativa de resgate do papel dos estados, Gestação do modelo seguinte	Formulação, financiamento, organização da rede, regulação (indução e normalização)
Governo Fernando Henrique Cardoso 2001-2002	NOAS 2001	Norma Operacional de Assistência à Saúde Portarias federais (assistência, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária) Habilitações, certificações, Termos de Ajuste e Metas Transferências fundo a fundo, Piso de Atenção Básica (per capita), Incentivos vinculados	Descentralização com regionalização sob forte regulação federal, resgate do papel dos estados Descentralização com partilha de funções	Formulação, financiamento, organização da rede, regulação (indução e normalização)

de 1990 a 2002

Fonte: Elaboração do autor. Baseado em Viana e Machado (2009).

Como pode ser notado, o ritmo e a intensidade do processo de descentralização da saúde no país variou segundo quatro dimensões, pela transferência de serviços; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros; poder sobre a política de saúde

(VIANA; MACHADO, 2009, p. 6). Os estudos que se debruçam sobre as NOBS apresentam, ao menos, duas grandes constatações.

A primeira é a de que os avanços no processo de descentralização foram obtidos progressivamente. Cada nova NOB trazia mecanismos que aprimoraram os mecanismos lançados na norma anterior, esse processo fez com que acontecesse um aprendizado institucional nos municípios prestadores do serviço. Segundo os trabalhos de Silva (2001, p. 78) e Viana *et all* (2010, p. 505) os municípios que passaram por vários tipos de habilitação apresentaram melhores condições institucionais e administrativas para a gestão pública da saúde. A segunda constatação é a de que os municípios são identificados como as engrenagens fundamentais para o funcionamento do refiro sistema, os mecanismos de descentralização regularizados nas legislações das NOBs são municipalistas e atribuem as prefeituras prerrogativas cruciais para o funcionamento do sistema (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 27).

Como pode ser visto, as engrenagens do SUS contaram com uma forte indução estratégica e centralização de autoridade do governo central (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 7). No modelo, a união deteve a capacidade de coordenar e financiar a política de saúde por meio de um abrangente sistema de transferências inter-regionais (ARRETCHE, 2004, p. 2). A concentração das funções de coordenação e financiamento do governo federal fez com que as políticas dos governos locais fossem fortemente dependentes das decisões adotadas neste Ministério (ARRETCHE, 2004, p. 6). Segundo Viana, Lima e Oliveira (2002, p. 7) um sistema construído com essa característica (a união como peça "forte") era visto à época como a alternativa ideal para compensar as diferenças locais e implementar a capilarização municipal dos serviços de saúde de forma menos heterogênea. Além disso, a autoridade federal era interpretada como legítima para coordenar política e tecnicamente o seu processo de articulação federativa (ARRETCHE, 2009, p. 11) .

Essa visão orientou a formulação e implementação de alguns instrumentos-chave, incluídos nas NOBs, como as transferências automáticas per capita, o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável e os incentivos ao desenvolvimento de capacidades gestoras vinculadas ao processo de habilitação municipal e estadual, na

qual as modalidades estão contidas nas NOBs 93 e 96 (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 8). Dentro deste contexto, Viana e Machado (2009, p. 7) apontam que:

"... foram propostas novas modalidades de transferência de recursos, per capita e por programas específicos, e novos instrumentos com vistas a um novo arranjo intergovernamental, dando maior espaço aos estados e priorizando regiões (norte e nordeste) e níveis de atenção (atenção básica) pouco presentes na pauta de discussão da primeira metade da década..."

Como apontado anteriormente, sabe-se que os municípios são peça fundamental para a provisão de políticas públicas no Brasil, essa importância aparece de forma expressiva quando o foco está na coordenação da política nacional de saúde, visto que a autonomia local na prestação dos serviços é um fator muito marcante no SUS. Com o avançar do modelo, notadamente na implementação das NOBs, as prefeituras marcaram-se por possuírem um considerável destaque. Segundo Viana (2002, p.8), a NOB/96 é um exemplo claro desse processo, a referida norma estabeleceu que os municípios habilitados na condição de gestão plena deveriam assumir as prerrogativas sobre o conjunto de ações e serviços no âmbito de seu território. Segundo a autora, o processo foi feito à revelia das complexidades regionais e locais existente no país, pelo menos no que se refere a aspectos como contrato com prestadores, cadastramento, programação orçamentária de unidades ambulatoriais, autorização de internações hospitalares, pagamento, controle, avaliação e auditoria (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 8).

Marques e Arretche (2004) na tentativa de compreender quais foram as condições determinantes da descentralização das políticas de saúde nos Municípios, analisaram como esse processo desencadeou na realidade durante a efetiva concretização das NOBs entre os anos 90 e começo dos anos 2000. A análise dos autores indicou que no ano de 2000 a participação municipal na produção de serviços de atenção básica estava quase que inteiramente municipalizada, por outro lado a mesma participação na produção de serviços hospitalares apresentava-se bastante reduzida.

Os autores apontam que em 2000, as prefeituras eram os maiores provedores de serviços ambulatoriais, possuindo em média 84% do total da capacidade instalada para a

produção dos serviços de atenção básica (MARQUES; ARRETCHE, 2004, p. 7), o tamanho da responsabilidade da rede pública municipal para a provisão de serviços de atenção básica é reflexo do processo de municipalização ocorrido a partir do início dos anos 90.

Neste sentido, no artigo os autores concluíram que, de modo geral, os resultados da descentralização do SUS indica que ocorreu uma municipalização da provisão da atenção básica, porém a descentralização não adentrou no campo da gestão dos serviços hospitalares, aqueles de alta e média complexidade (MARQUES; ARRETCHE, 2004, p. 12). Segundo esses autores, a bússola brasileira caminhou na direção de transferir às localidades a autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares, ainda que contando com recursos transferidos do governo federal (ARRETCHE, 2004, p. 11). Para os dois pesquisadores, o processo de operacionalização do sistema de saúde permitiu a generalização da transferência das funções de oferta de serviços básicos de saúde para os Municípios, porém não produziu "...nem equalização nos padrões de oferta destes serviços nem tendências visíveis nesta direção (MARQUES; ARRETCHE, 2004, p. 24)...".

Após anos de implementação houve um reconhecimento de que dentro do contexto Brasileiro, possuidor de dimensões territoriais extraordinárias, e de complexidades sociológicas e políticas diversas, a concretização de todos os tipos de serviços médicos na vida do cidadão precisava ser pautada por um olhar além das fronteiras municipais. Ou seja, na prática do SUS percebeu-se que para efetivar o direito à saúde, era necessária a adoção de alternativas colaborativas que vão além das fronteiras municipais. Neste sentido, a partir do governo Lula I iniciou-se a tomada de ação governamental pautada na regionalização na tentativa de construção de sistemas de saúde que ultrapassem o espaço municipal e que envolvam a articulação e cooperação entre as instâncias governamentais com vistas a garantir o acesso dos cidadãos aos diversos serviços de saúde (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 829).

Entende-se regionalização como a obtenção da cooperação entre os entes federados na tentativa de garantir o acesso integral e universal aos serviços num determinado espaço territorial (MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019). Neste aspecto, a regionalização se justifica pela própria natureza da atenção à saúde que demanda a

gestão de uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de complexidade, em geral territorialmente dispersa e atuando em escalas variadas em função do grau de complexidade e da demanda (MENICUCCI; MARQUES, 2016, p. 823).

Ou seja, as prefeituras possuem atribuições diferentes dentro do processo de operacionalização do SUS. Tem aquelas responsáveis pela disponibilidade de serviços hospitalares de alta e média complexidade que muitas das vezes engloba cidadãos de outras cidades, enquanto outras prestam serviços ambulatoriais quase exclusivamente aos seus municípios (MENICUCCI E MARQUES, 2016). Para a obtenção dos resultados fins pretendidos, a dissertação utiliza uma variável de controle que identifica os municípios que detém a responsabilidade de ser polo (detentor de responsabilidade mais complexas) de uma região de saúde.

Dentro deste contexto, atualmente o funcionamento institucional do Sistema Único de Saúde caracteriza-se, resumidamente, por ser respaldado em três pilares fundamentais: a união apresenta-se como o ente formulador, indutor e responsável pela transferência de renda para efetivação das políticas públicas; os estados, de maneira geral, são os responsáveis por engendrar as redes regionalizadas de saúde; enquanto as prefeituras apresentam-se como os principais provedores de serviços na área.

1.3. Os instrumentos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS)

Existem inúmeras alternativas de se abordar o assunto financiamento público da saúde, haja vista sua elevada complexidade, número de contradições, normas jurídicas e peculiaridades que muitas das vezes parecem não ter fim. Para Koerich *et al.*, (2016), a forma que determinados veículos midiáticos abordam o tema, com a utilização de numerosas planilhas e uma linguagem jurídica rebuscada, faz com que o referido ordenamento institucional que já é, em sua natureza difícil, aparenta ser ainda mais.

Esta seção do trabalho parte de uma premissa simples, a de demonstrar dois argumentos sobre o assunto. O primeiro é a de esclarecer a estrutura do financiamento público da saúde no país, com a demonstração das características principais e os

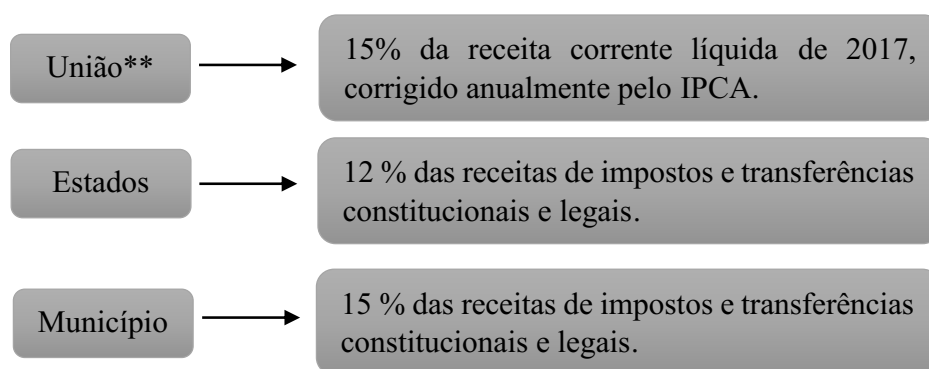
contornos gerais das regras, neste sentido, busca-se responder a seguinte pergunta: como funcionam os instrumentos de Estado para financiamento do SUS? O segundo argumento é o de abordar os resultados da implementação desses instrumentos, ou seja, pretende-se esclarecer quais são os apontamentos dos especialistas sobre os efeitos da implementação do sistema de financiamento vigente no SUS.

Segundo Paiva, Gonzalez, Benevides, (2020), o Estado brasileiro utiliza dois métodos para coordenar o custeio das políticas de saúde, notadamente a vinculação constitucional de recursos das unidades federativas para o SUS, e as transferências fundo a fundo da união para os entes subnacionais. No primeiro caso, a vinculação de recursos associada a patamares mínimos de gasto permite a existência de recursos estáveis que asseguram previsibilidade financeira da política (PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020, p. 4). No segundo caso, as transferências regulares do Ministério da Saúde (MS) para estados e municípios, na maior parte das vezes são associadas a incentivos que garantem a adesão dos entes subnacionais aos programas prioritários e aos repasses condicionados à capacidade instalada do município para oferta de níveis mais complexos de atenção à saúde (PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020, p. 3).

Ao focar mais no regramento que garante pisos financeiros mínimos à política de saúde, percebe-se que esse instrumento teve um peso fundamental no processo de consolidação do SUS, atuando como uma considerável alternativa de coordenação. Justamente por se tratar de um tipo de fonte de receita caracterizada por dois fatores: a regularidade e o fato de serem automáticas (PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020, p. 22). A Emenda Constitucional número 29, de 13 de setembro de 2000, foi a lei que estabeleceu a regra. Neste sentido foi imposto, como dito anteriormente, limites mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para as três esferas de governo. Como visto na figura 02, aos estados e municípios exigiu-se o dever de destinar o equivalente a 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas de impostos e transferências constitucionais. Enquanto que a união o dever de empregar um montante correspondente ao valor empenhado em ASPS no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. (BRASILEIRA, 2000). Segundo Faveret (2003, p. 2):

"... os novos dispositivos constitucionais trazem em si... a possibilidade de ganhos de autonomia para Estados e Municípios, através de aumentos no aporte de recursos não necessariamente regidos pelas regras federais (FAVERET, 2003, p. 2) ..."

Figura 02. Percentuais mínimos de recursos orçamentários a serem aplicados na Saúde*



Fonte: Elaboração do autor. *Cabe ao Distrito Federal aplicar 12 % e 15 % de impostos de competência estadual e municipal respectivamente. **A EC no 86/2015 estabeleceu um novo patamar de gastos em saúde a ser aplicado pela União, de 15% da receita corrente líquida (RCL) em 2020. Esta forma foi modificada pelo Novo Regime Fiscal (EC no 95/2016) onde ficou determinado que o montante gasto a cada ano será corrigido apenas pelo IPCA, a partir do patamar de 15% da RCL de 2017 (PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020).

Sobre a esfera federal, o valor mínimo estabelecido para a união foi objeto de modificações recentes, primeiro na EC no 86/2015¹⁶, nessa oportunidade estabeleceu-se um novo patamar de gastos em saúde a ser aplicado pelo órgão central, de 15% da receita corrente líquida em 2020, com percentuais crescentes a partir de 2016. Entretanto, a nova forma durou menos de um ano, visto que foi modificada pelo Novo Regime Fiscal¹⁷. Na saúde, ficou determinado que o montante gasto a cada ano deve ser

¹⁶ O objetivo principal era o de tornar obrigatória a execução das emendas parlamentares. Link: <https://www.camara.leg.br/noticias/452860-promulgada-emenda-constitucional-do-orcamento-impositivo/>

¹⁷ Refira-se a Emenda Constitucional número 95/2016 que congelou os gastos primários do governo federal por vinte anos. Link:

corrigido apenas pelo IPCA, a partir do patamar de 15% da receita corrente líquida de 2017. Essa é a forma vigente até então.

Com uma abordagem descritiva, Campelli e Calvo (2007) analisaram o cumprimento da Emenda 29 nos diversos níveis de governo entre os anos 2000 a 2003, eles indicaram que no início da implementação do sistema houve o acúmulo de déficit financeiro por parte da união na casa dos \$ 1,8 bilhão e dos governos Estaduais de \$ 5,29 bilhões. No que se refere ao cumprimento dos percentuais mínimos, os pesquisadores indicaram que em 2003, 52% dos estados cumpriram a Emenda 29, por parte dos municípios, em 2003 em média, os mesmos já aplicavam 17,4% da sua receita própria na saúde, ou seja, valores acima do mínimo de 15 por cento. Neste sentido percebe-se que ocorreu um período de aprendizado institucional no que se refere às regras, onde os municípios saíram na frente quando o assunto é a adequação dos valores, depois desse período de adaptação institucional os estados também passaram a aplicar, principalmente, a partir de 2008, em média, valores dentro do estabelecido por lei.

Em estudo mais recente, Piola, França e Nunes (2016, p. 7) empenharam-se em compreender quais foram os efeitos práticos da Emenda Constitucional 29 no financiamento do SUS, entre 2000 e 2010. O objetivo dos autores era o de analisar como os recursos que foram alocados pelas três esferas do governo foram usados em uma base geral e em regiões específicas (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016, p. 6). Os resultados da pesquisa demonstraram que houve um aumento em termos reais de 112% em gastos consolidados e um aumento de 89% em gasto *per capita* nas três esferas, percebeu-se também aumentos expressivos da participação dos estados e municípios no financiamento do sistema (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016, p. 9). Entretanto, apesar dos volumes empregados serem maiores, mantiveram-se as desigualdades regionais, em relação ao gasto *per capita*, que, segundo eles, permaneceram praticamente inalterados.

Paiva, Gonzalez, Benevides (2020, p.24), argumentam que EC 29/2000 foi fundamental para a ampliação dos gastos públicos com saúde nas três esferas de governo nos anos subsequentes à sua aprovação. Segundo os autores, entre 2003 e 2014,

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2095%2C%20DE,do%20%C2%A7%203%C2%BA%20do%20art.

houve crescimento real contínuo do gasto das três esferas de governo com saúde, com descontinuidade a partir de 2015. Ainda assim, o gasto total das três esferas mais que dobrou em termos reais entre 2003 e 2018, passando de R\$ 125,4 bilhões para R\$ 271,6 bilhões. Nesse período, o gasto municipal teve um crescimento real de 166%, o gasto estadual, de 128% e o federal, de 86%.

De maneira geral, os estudos na área apontam a vinculação constitucional como um aparelho eficiente e importante para manter o SUS operacionalmente viável (CAMPELLI; CALVO, 2007; LEITE; LIMA; DE VASCONCELOS, 2012; PAIVA; GONZALEZ; BENEVIDES, 2020; PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016). Este procedimento impede que o custeio do sistema fique à mercê de possíveis mudanças radicais que podem ser adotadas por determinado governante. De toda forma, a estratégia de vinculação constitucional de receita em determinadas áreas, como a da saúde, sofre constantes ataques desde do início do governo Jair Bolsonaro (2019). Chamadas de verbas carimbadas, elas são vistas pela equipe econômica como uma forma de engessamento do orçamento público, que possui como consequência a retirada da liberdade de investimento em outras áreas consideradas com prioritárias pelo governo vigente¹⁸. Mesmo diante deste contexto, as vinculações continuam de pé, as alternativas de alteração não vingaram, até então, dentro do congresso nacional.

No caso do SUS a referida estratégia de coordenação registrou-se como extremamente importante para a estabilidade financeira na área, porém como visto em Piola, França, Nunes (2016) ainda há a necessidade de se avançar no caminho da equidade financeira, visto que existem desequilíbrios no custeio da saúde entre as regiões do país, situação que atrapalha a implementação dos serviços públicos na área. Segundo Nunes *et al* (2011) nota-se no Brasil uma correlação entre menores notas em indicadores de saúde, como leitos por habitantes e cobertura vacinal, e regiões com baixos valores no que se refere aos gastos *per capita* na área.

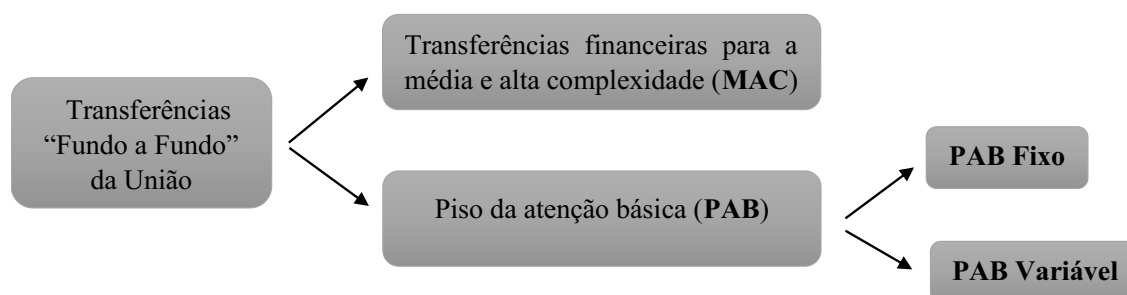
O segundo instrumento fundamental para o custeio público do SUS são as transferências de recursos financeiros de modo regular e automático da união para os demais entes. Em via de regra, os critérios de distribuição desses recursos estão ligados

¹⁸<https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2019-09/guedes-defende-devolver-ao-congresso-o-controle-do-orcamento>

<https://economia.uol.com.br/noticias/estadao-conteudo/2021/06/01/ministerio-cometeu-engano-ao-nao-prever-a-continuidade-da-pandemia-diz-guedes.htm>

a) à implantação de programas prioritários, b) à série histórica de produção e faturamento de serviços de saúde, c) ao critério populacional ligado a transferências de valores *per capita* (LIMA; CRUZ, 2013). Essa técnica visa recompensar gestões estaduais e municipais que implementam certos programas e políticas a partir de incentivos financeiros. Segundo Piola, França, Nunes (2016, p. 9) a referida alternativa constitui um importante mecanismo para a atuação coordenada entre diferentes níveis de governo e favorece o estabelecimento de prioridades políticas nacionais. Como visto na figura 03, são utilizadas duas formas principais de transferências, às destinadas à média e alta complexidade (MAC) e as ligadas ao piso da atenção básica (PAB).

Figura 03. Sistema de transferências de recursos financeiros de modo regular e automático da União para os demais entes



Fonte: Elaboração do autor. Baseado em Piola, França, Nunes (2016).

No que se refere às transferências para a MAC, essas respondem pelo maior montante de repasses federais para as esferas subnacionais (COSTA, 2017). Os recursos são divididos entre os vinte e seis Estados¹⁹ de acordo com suas capacidades de oferta de serviços de saúde e pela decisão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que contém representantes das três esferas de governo. Em decisões internas a cada Estado, os recursos são divididos entre os municípios de acordo com o instrumento de programação pactuada e integrada (PPI), que visa incentivar e coordenar a cooperação entre os entes federados na oferta regionalizada dos serviços. Para Costa (2017), o critério de divisão utilizado privilegia os maiores municípios.

¹⁹ O Distrito Federal (DF) também entra nessa divisão.

O segundo tipo de transferência fundo a fundo, conhecido como PAB se divide em duas estratégias, o PAB Fixo e o PAB variável²⁰, o primeiro corresponde a um valor per *capita* repassado mensalmente aos fundos municipais de saúde para financiar as ações de saúde no nível da atenção primária²¹, esses recursos possuem baixa contrapartida haja vista que não estão vinculados a nenhum programa específico, é determinado apenas que sejam aplicados na atenção básica, bem como sejam observados os requisitos mais gerais do SUS, como o pagamento a prestadores de serviços e a alimentação dos bancos de dados nacionais (PIOLA; FRANÇA; NUNES, 2016, p.15).

Enquanto que o PAB variável fica na dependência de diversos fatores porque o seu recebimento varia de acordo com o desempenho da gestão do município e do cumprimento de metas específicas. As diversas fontes de recursos que o ministério da saúde disponibiliza e que as prefeituras podem ou não receber, tudo depende da eficiência administrativa da secretaria municipal de saúde. Os valores estão atrelados à adesão às principais estratégias da política nacional de saúde no nível da atenção básica, definidas pelo governo central e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Como os repasses referentes à Estratégia Saúde da Família (ESF), aos agentes comunitários de saúde, à saúde bucal, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Vazquez (2014) analisa os mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde, neste sentido, sobre a saúde o autor argumenta que a regulação federal na área resultou no aumento do gasto municipal e estadual com recursos próprios. Entretanto, as transferências federais do SUS contribuem menos com a expansão do gasto, pois apesar do aumento real observado, seria possível uma ampliação maior dos gastos federais, uma vez que não houve correção adequada dos valores de referência para os repasses. Outro resultado importante apontado pelo autor é que o modelo de financiamento proporcionou uma ampliação da cobertura da atenção básica, cujos procedimentos são executados

²⁰ O link segue para um vídeo com informações mais detalhada sobre a divisão da PAB:
https://drive.google.com/file/d/1oA4XPCMZmu_ZjGai_Pexw3OMC25yaIpQ/view?usp=sharing

²¹ Como as consultas e os procedimentos médicos básicos em especialidades como odontologia, obstetrícia, pediatria, vacinação e ações básicas de vigilância sanitária e manutenção das unidades básicas de saúde (UBS).

localmente, mas com diretrizes definidas de forma centralizada, o que definiu um padrão nacional de atuação da política. Por fim, o autor argumenta que, mesmo com as desigualdades existentes, a estratégia de regulação financeira, estabelecimento de um patamar mínimo de gastos somados com repasses financeiros adicionais, foi capaz de reduzir uma parte das desigualdades horizontais no financiamento da saúde.

O Brasil passa por um momento de desequilíbrio financeiro desde 2014, às vezes com melhoras, outras com piores. Uma parte da bibliografia tentou compreender quais foram os resultados desse processo no gasto do SUS. Contarato, Lima, Leal (2019) estudaram as tendências e os padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros no período de 2006 a 2016. Verificou-se um crescimento da receita corrente líquida *per capita* para o conjunto dos estados e regiões, com quedas em anos específicos associadas às crises de 2008-2009 e de 2015-2016. Por outro lado, a despesa em saúde *per capita* apresentou tendência de crescimento, mesmo em momentos de crise econômica e queda da arrecadação. Para os autores, os resultados sugerem que a vinculação constitucional da saúde gera o que eles chamam de efeito protetor no financiamento.

Ainda no contexto da crise, Viana, Da Silva (2017) discutem a importância de se pensar o desenvolvimento econômico ao lado da saúde, principalmente em momentos de crise econômica. Para eles, há diversas evidências acadêmicas de que melhorias nas condições de saúde exercem forte influência no ritmo de crescimento econômico dos países, ao mesmo tempo em que são por ele influenciadas. Ao possibilitar o acesso a mais e melhores serviços de saúde, os gastos públicos com saúde atuam decisivamente no sentido de melhorar a situação de saúde da população, além de contribuir para a redução da desigualdade de renda. Ao mesmo tempo, pessoas mais saudáveis apresentam maior capacidade de contribuir para o processo de geração de riquezas, especialmente em um contexto de rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas. Para os autores:

"... Existe, portanto, um reforço mútuo entre essas duas variáveis, cuja interação pode ensejar um círculo virtuoso no qual a expansão do SUS, mediante a ampliação do gasto

público, possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social ... (VIANA; DA SILVA, 2017, p. 19)"

Conclui-se, então, que a situação atual da coordenação federativa para o financiamento da política de saúde do país é composta pelos repasses regulares e automáticos da união e pela vinculação constitucional de recursos das três esferas de governo, essas atuam de forma conjunta no processo de construção e consolidação do SUS. As transferências “fundo a fundo” viabilizaram as contrapartidas estaduais e municipais para adesão às políticas e aos programas priorizados em agenda nacional, enquanto que os pisos constitucionais definiram um pacote financeiro básico para o custeio da saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Segundo Paiva, Gonzalez, Benevides (2020, p.31), esses dois instrumentos possibilitam ao gestor federal, coordenador nacional do sistema, a implantação e a ampliação das ações e dos serviços na atenção básica, sob responsabilidade dos governos municipais, pela via da indução financeira, bem como a manutenção e a ampliação dos serviços de média e alta complexidade. A próxima seção tratará especificamente os resultados relacionados aos trabalhos que buscam compreender os gastos municipais próprios com saúde.

1.4. O gasto próprio com saúde nos municípios brasileiros

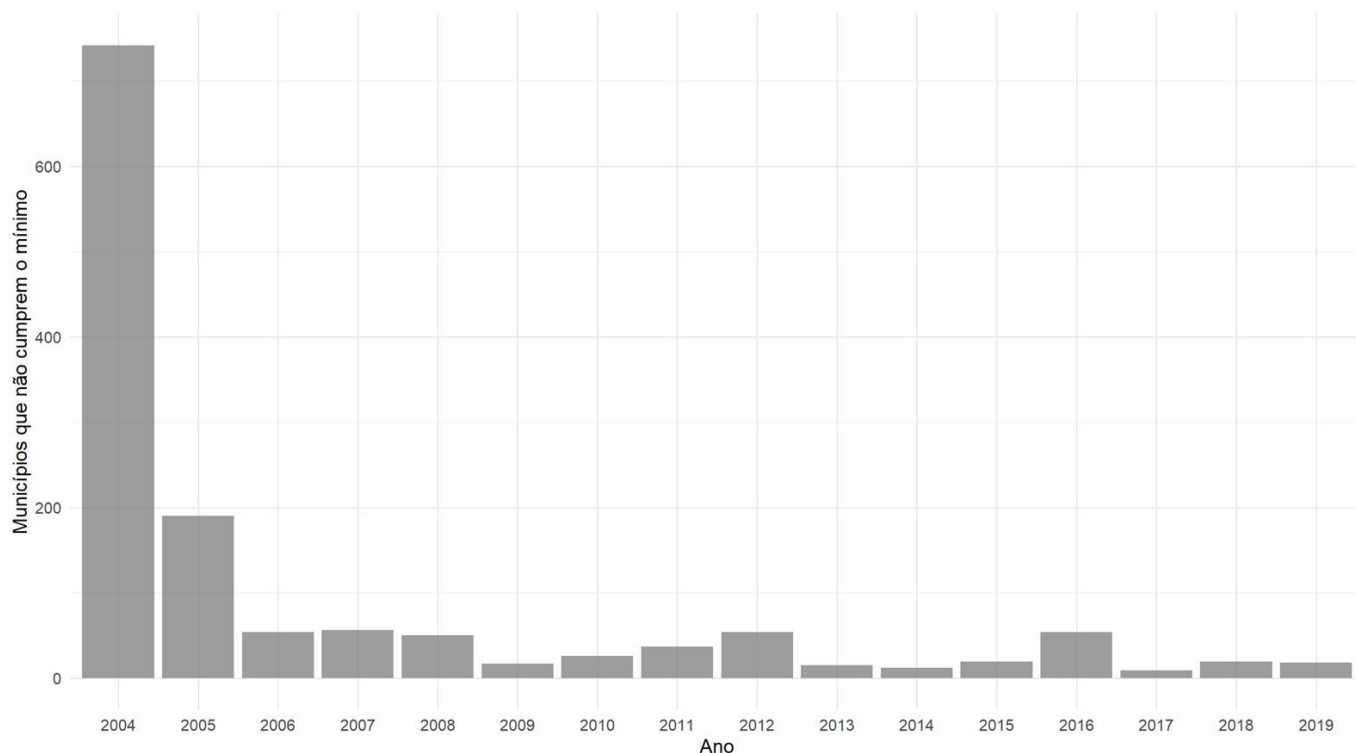
Esta seção discorre sobre as consequências da implementação da emenda constitucional 29/2000 nos municípios brasileiros. O referido assunto é abordado por meio de dois pontos de vista analíticos, o primeiro versa sobre os principais resultados indicados pela literatura sobre o assunto, o segundo foca nas marcas da adoção do piso financeiro sobre as despesas em saúde.

Como apresentado na seção anterior, a EC 29 estabeleceu que 15 % das receitas próprias municipais precisam ser aplicadas em ações e serviços de saúde (ASPS)²². A lei definiu recursos próprios como aqueles advindos de duas fontes, das tributações diretas dos municípios e das transferências intergovernamentais obrigatórias da união e dos Estados. Desse montante, ao menos, 15 por cento devem ir para o setor.

Durante os anos 2000, em específico até 2005, as prefeituras tiveram um tempo para se adequar ao novo regramento. Como visto no gráfico 03, o período de adaptação institucional foi rápido, haja vista que já em 2004, das mais de 5.000 prefeituras existentes apenas 600 não empregavam valores dentro do estabelecido constitucionalmente. No ano seguinte, este número caiu para a casa das 200, no decorrer do tempo decresceu ainda mais, em 2019 apenas 13 não aplicaram o mínimo exigido na saúde. Em decorrência a este fato, o volume por parte das prefeituras de receitas públicas para a área ampliou-se consideravelmente. Segundo MACHADO *et al.*, (2018), a participação percentual dos municípios no custeio do SUS aumentou em patamares acima dos 100%, quando comparado aos anos anteriores a EC/29.

²² Considera-se como despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes” (Lei Complementar nº 141, 2012).

Gráfico 03. Número de municípios descumpridores da EC. 29 (2004- 2019)



Fonte: Elaboração própria. DATASUS.

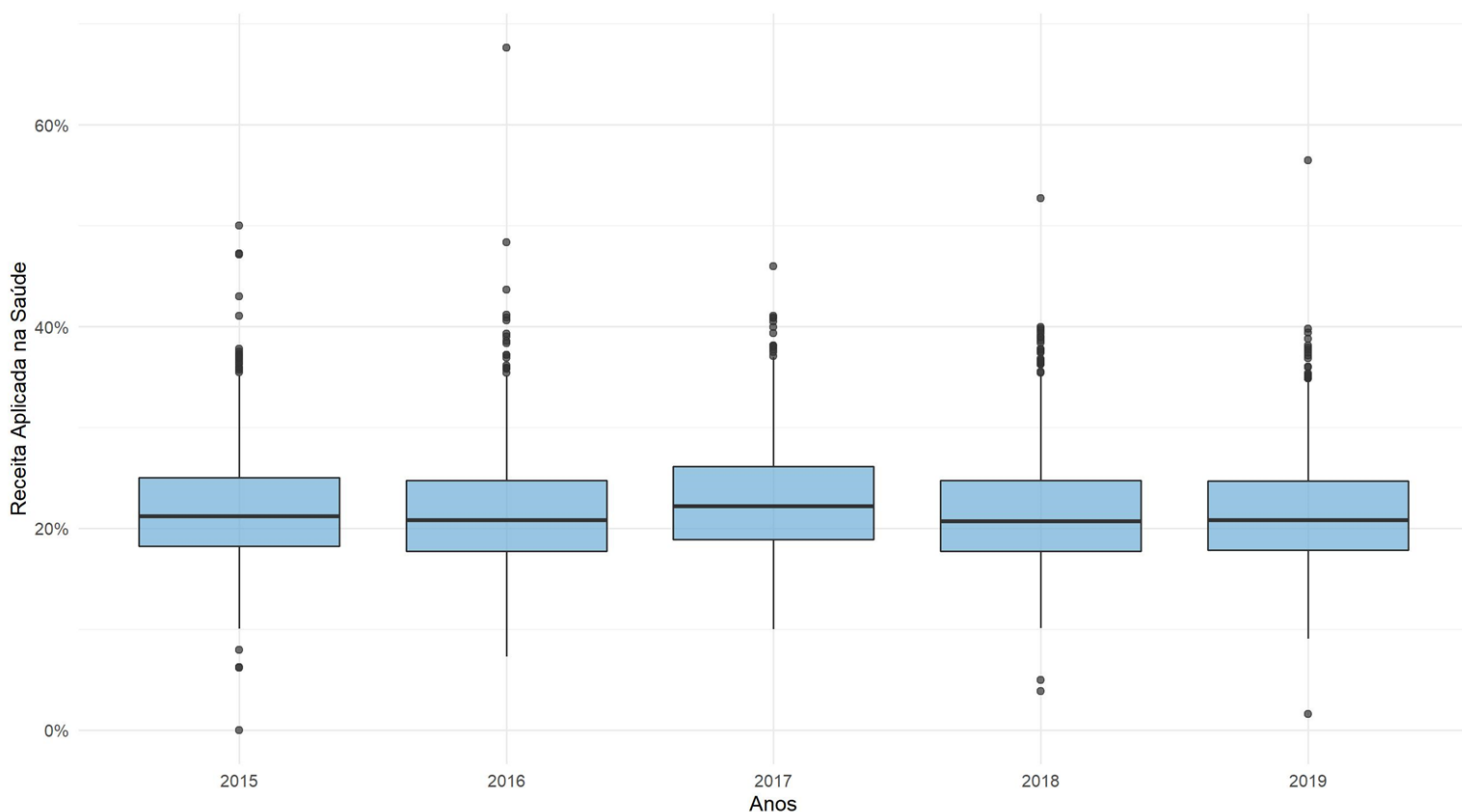
Além de uma disciplina institucional, às prefeituras caracterizam-se por apresentarem um outro fenômeno financeiro, ao longo do tempo uma parte considerável dos municípios começaram a aplicar montantes acima do mínimo estabelecido pela EC/29. Situação apontada por Araújo, Gonçalves e Machado em pesquisa em 2017. Para os autores, as cidades brasileiras ampliaram de modo expressivo seus gastos na saúde, alocando proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente.

Os apontamentos de Machado e Guim (2017) caminham nesta mesma direção, numa pesquisa que analisa o gasto do SUS nos sete municípios da região da Rota dos Bandeirantes (SP) entre 2009 a 2012, os autores indicam que a média regional das

receitas próprias aplicadas no setor foi de 27,3%. Sendo que em um dado município, Carapicuíba, a aplicação chegou no patamar de 37,5%. Valores muito acima dos 15 %.

Os dados visualizados no gráfico 04 corroboram com esses argumentos, nota-se que, ao descrever a mediana, os percentuais aplicados pelos municípios flutuam em patamares maiores que 20 %, 5 % acima do piso. É notória então a existência de dois pontos fundamentais para compreender o financiamento público municipal no setor: a) as prefeituras cumprem o piso constitucional, b) além de cumprirem, aplicam montantes acima do estabelecido pela EC.29.

Gráfico 04. Boxplot do percentual da receita própria aplicada na saúde (2015-2017)



Fonte: Elaboração própria. DATASUS.

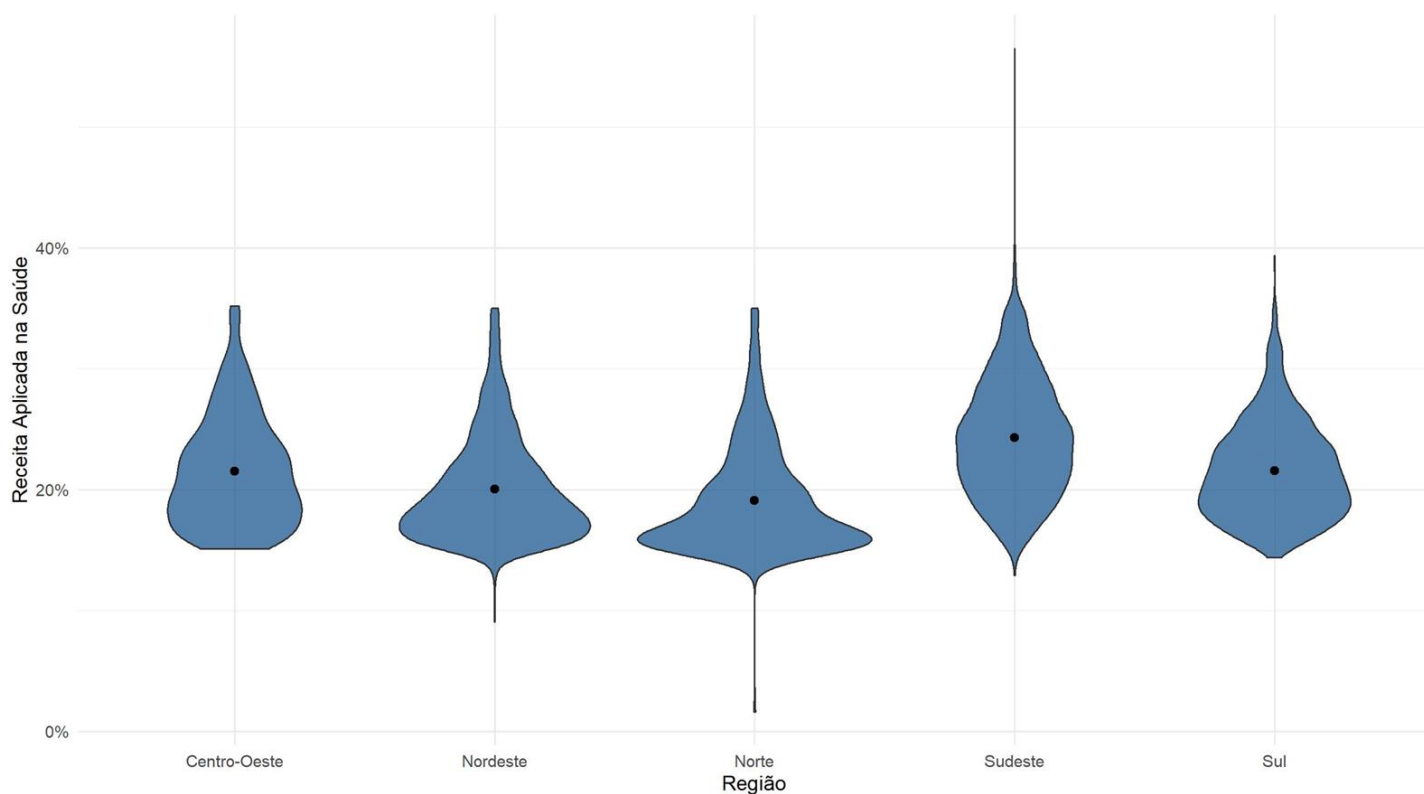
Mesmo na existência de sobre alocação no volume financeiro na saúde, estudos têm registrado variações entre os municípios no que se diz respeito aos percentuais

orçamentários alocados. As diferenças são explicadas, na grande maioria das vezes, pela diversidade socioeconômica do país e pelos diferentes perfis de responsabilidade assumida pelas prefeituras quanto à oferta de serviços. Para Araújo, Gonçalves e Machado (2017, p. 2), esta situação produz iniquidades. Em pesquisa em cidades²³ Mato-grossenses, Scatena, Viana e Tanaka (2009) observaram que a composição dos orçamentos para o custeio do SUS variaram bastante conforme a região e porte, principalmente no que tange às receitas oriundas de arrecadação própria.

O gráfico 05 descreve este fato, o mesmo apresenta a densidade de prefeituras de acordo com o percentual da receita própria aplicada no setor em 2019. Percebe-se que o local onde existem maiores concentrações de municípios muda de acordo com a região do país. O ponto interno as figuras apresentam o valor médio aplicado em cada região, nessa métrica encontram-se também diferenças entre elas. Ao comparar o Sudeste com o Norte a heterogeneidade fica mais aparente, enquanto na primeira as prefeituras aplicam valores médios acima dos 25 %, na segunda os valores são abaixo dos 20 %. Dessa forma, conclui-se que os municípios vão além do mínimo exigido pela EC.29. Porém, o quão acima varia de acordo com as características de cada prefeitura, como o porte populacional e a região em que esta está localizada.

²³ Cidades na frase está como um sinônimo de municípios brasileiros.

Gráfico 05. Densidade de casos de acordo com o percentual da receita própria aplicada na saúde em 2019



Fonte: Elaboração própria. DATASUS.

Segundo pesquisas, as receitas oriundas das aplicações municipais possuem um peso significativo no montante total utilizado para o pagamento das despesas em saúde. Em uma análise entre 2005 e 2015, Machado *et al.* (2018) indica que essas são responsáveis por cobrir, em média, em torno de 60% dos gastos em saúde nos municípios. Os demais valores são cobertos pelas transferências dos outros entes federados, principalmente da união.

Os volumes pagos com recursos próprios caracterizam-se por diferenciarem política e burocraticamente das despesas custeadas com transferências condicionadas. Enquanto as últimas possuem o perfil de serem previamente delimitadas dada sua vinculação ao custeio à respectivas ações e programas de caráter federal (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017), aquelas pagas com recursos próprios refletem as decisões e prioridades do prefeito, dada a autonomia dos gestores locais para definir quando e onde aloca-las (MACHADO; QUARESMA; ARAÚJO, 2020). Ou seja, no

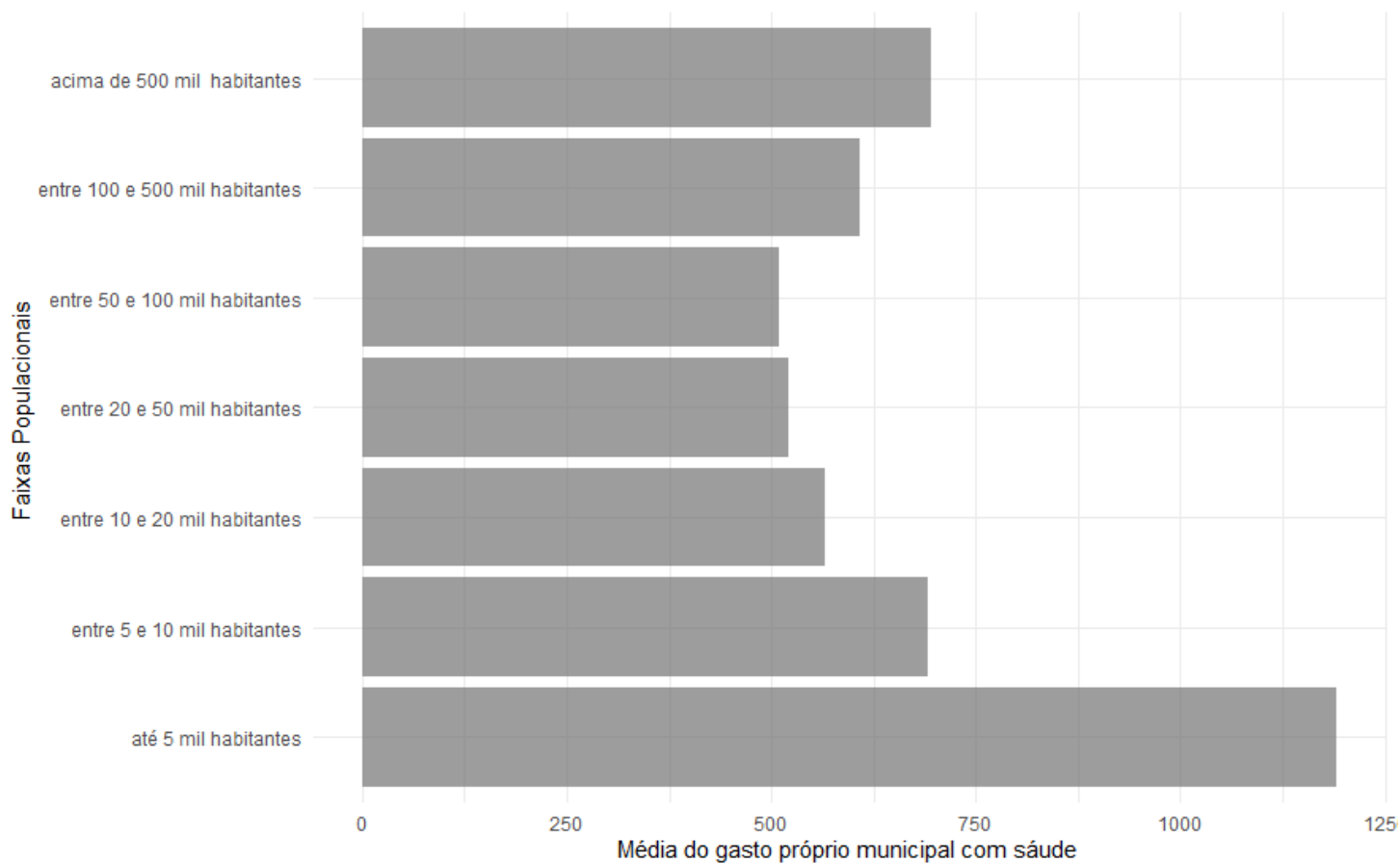
último caso, a discricionariedade de atuação do mandatário local é grande, possuindo a capacidade de escolher os montantes a serem empregados e quais locais destinar os referidos valores.

Araújo, Gonçalves e Machado (2017) indicam que são incipientes os estudos que investigam quais as áreas dentro do SUS são priorizadas no recebimento dos montantes oriundos das receitas próprias. Para superar tal lacuna, os pesquisadores exploram algumas associações entre atributos das cidades, como o porte populacional e região do país com o gasto próprio em saúde. Os resultados da pesquisa sinalizam, ao menos, duas constatações.

A alocação das receitas próprias municipais é destinada majoritariamente para despesas de natureza remuneratória, ligadas ao exercício de cargos, empregos ou funções de confiança. Ou seja, vão para a área de contratação de pessoal, setor em que o executivo municipal tem maior capacidade de exercer influência, haja vista que em outras partes do SUS o peso da "mão" federal é maior. A segunda constatação é a existência de aparentes iniquidades fiscais no financiamento dessas despesas, visto que são expressas as diferenças nos montantes gastos por habitante ao se comparar cidades de diferentes faixas populacionais e condições socioeconômicas (ARAÚJO; GONÇALVES; MACHADO, 2017, p. 961).

A análise do gráfico 06 caminha na direção dos argumentos apresentados, visto que são nítidas as distinções no volume de despesas *per capita* pagas com recursos próprios, de acordo com as faixas populacionais. Os municípios de pequeno porte são os que dispõem os maiores montantes, há uma tendência de diminuição do gasto quanto maior for a faixa populacional. Araújo, Gonçalves e Machado (2017) assinalaram que, predominantemente, os recursos próprios são destinados ao pagamento de despesas com pessoal. Essa é uma das explicações do gasto próprio ser maior nas prefeituras de pequeno porte, considerando as dificuldades históricas no recrutamento de pessoal especializado para o trabalho em prefeituras com essa característica.

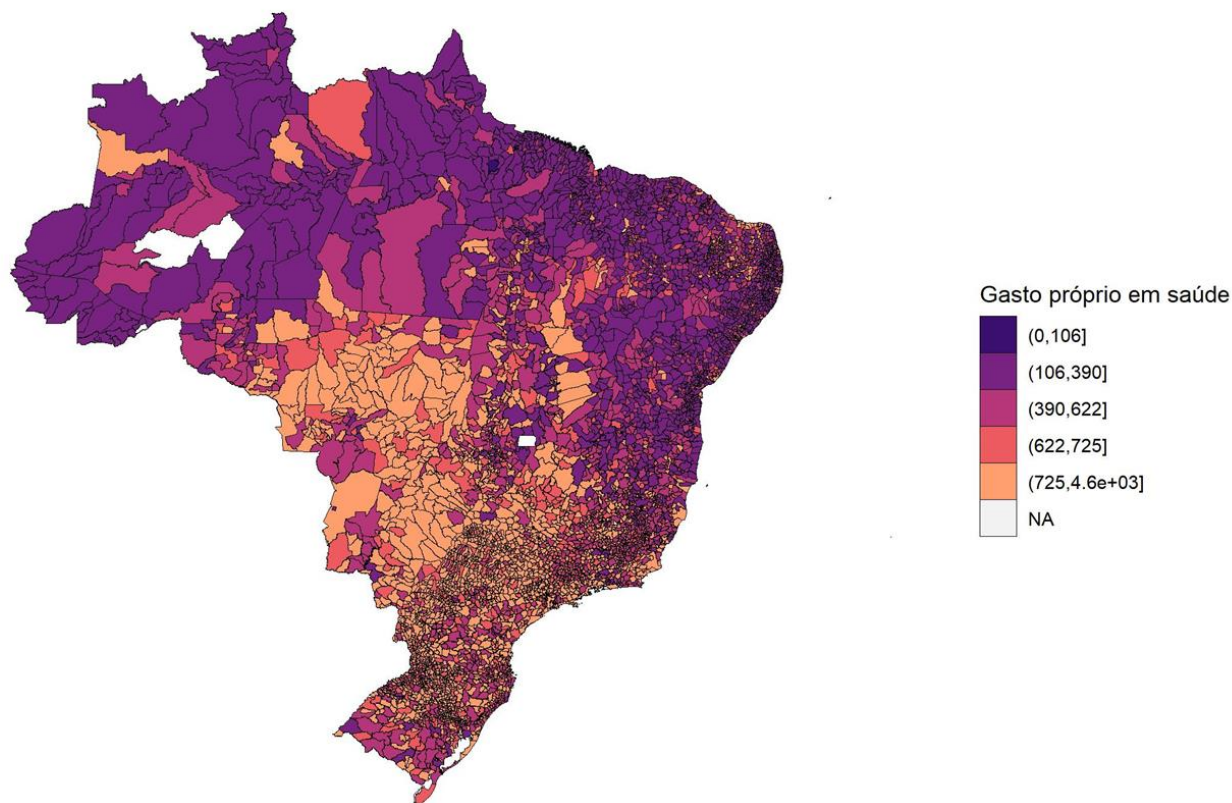
Gráfico 06. Despesa média em saúde pagas com recursos próprios per capita, por tamanho populacional (2017)



Fonte: Elaboração própria. DATASUS. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021.

A disparidade no custeio do setor vai além do tamanho do município, se relacionando também com as diferenças existentes entre as regiões do país. Como visualizado no mapa 01, percebe-se que são marcantes as dessemelhanças, onde existe uma clara distinção entre o empenho financeiro do Sudeste, Sul e Centro-Oeste quando comparado aos do Norte e Nordeste. Aparentemente, há um padrão que indica que quanto mais ao Norte do país menor é o gasto próprio per capita no SUS.

Mapa 01. Despesa em saúde pagas com recursos próprios per capita, em 2017



Fonte: Elaboração própria. DATASUS. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021.

Dentro deste contexto, Machado, Gonçalves, Araújo (2020) apontaram numa pesquisa na tentativa de compreender as condicionantes da variação do gasto próprios em saúde entre as prefeituras. Os autores testaram no total cinco hipóteses, destaca-se aqui, em especial, duas delas. As que apontam que as referidas despesas sofrem influência a) do grau de incorporação de recursos tecnológicos de média e alta complexidade na saúde, e b) do tempo de exposição dos governos municipais a partidos de esquerda ou centro-esquerda.

A respeito da primeira hipótese descrita, essa foi comprovada. Os municípios com maior grau de complexidade dentro do SUS exerceram um impacto significativo e

positivo em cima do gasto. Para os autores, a insuficiência dos recursos federais no custeio da média e alta complexidade pressiona as prefeituras de médio e grande porte a desembolsar mais receitas próprias para cobrir as despesas (MACHADO; GONÇALVES; ARAÚJO, 2020b, p. 20).

No que se refere à hipótese que aponta um maior gasto em prefeituras lideradas por partidos de esquerda, os autores apontam que não foi corroborada pelos dados. Pelo contrário, percebeu-se uma associação positiva robusta entre a referida despesa e a filiação de prefeitos a partidos de direita. Os autores ressaltaram o pouco amparo na literatura para algum mecanismo que produza esta associação. Para eles, a questão precisa ser abordada em investigações futuras, pois ainda permanece pouco explorada em pesquisas sobre a política de saúde no Brasil (MACHADO; GONÇALVES; ARAÚJO, 2020, p. 24).

A variação entre prefeituras quanto ao gasto próprio *per capita* em saúde é, justamente, o fenômeno social analisado nesta dissertação. O trabalho explora o tema na mesma ótica abordada por Machado, Gonçalves, Araújo (2020), no sentido de detectar se variáveis políticas podem se caracterizar como condicionantes explicativas de tal variação. Neste ponto de vista, quais são os motivos apontados pela bibliografia de que fatores políticos influenciam o custeio de políticas sociais, em especial, a política de saúde no contexto brasileiro? Se influenciam, quais variáveis ligadas ao sistema político? Essas são as duas perguntas que serão respondidas no capítulo 2 deste trabalho.

CAPÍTULO 2. OS DETERMINANTES POLÍTICOS E ECONÔMICOS DAS POLÍTICAS SOCIAIS

Como visto no capítulo anterior, a partir da década de 1990, os municípios brasileiros passaram a adquirir atribuições autônomas e relevantes na provisão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo, a competição política proporcionada pela democracia permitiu que partidos políticos com diferentes orientações ideológicas e programáticas ocupassem cargos nos poderes executivos municipais e elaborassem políticas públicas de acordo com suas motivações e objetivos, sejam ideológicos ou programáticos; com as interações com outros atores políticos e sociais; com as limitações administrativas, financeiras que caracterizam o contexto de atuação local, como apontado por Ribeiro (2005).

O Brasil encara um cenário de diferenças no financiamento da saúde pública entre as prefeituras. Espera-se que essas variações se relacionem, em alguma medida, com a dinâmica democrática local, mais especificamente, com os diversos partidos políticos eleitos para o exercício-municipal. O fio condutor está na tentativa de observar o quanto dessas interações políticas interferem no financiamento da política pública em discussão.

Ou seja, o que está em jogo é uma tentativa de explicar a ação do Estado pelo prisma analítico da dinâmica política local. Uma vasta literatura busca compreender os aspectos determinantes da tomada de decisão do Estado, existem aqueles que se debruçam em análises centradas em questões econômicas, outras em questões jurídicas, além de outros aspectos. Estes estudos utilizam um conjunto vasto de variáveis que se ajustam de acordo com os objetivos das investigações e disponibilidade de dados empíricos. Esse capítulo mobiliza uma literatura que identifica e mensura o papel que a política, em seus aspectos diversos, desempenha em tal processo.

Em outras palavras, a teoria mobilizada no capítulo 1 se refere à variável dependente, sobretudo, na última seção que demonstrou o quanto o gasto em saúde varia entre os municípios. Neste capítulo, serão apresentados os argumentos que defendem a importância de fatores políticos na explicação de tal variação. Logo, o capítulo 2 trata das variáveis independentes do trabalho. Apresenta-se os argumentos

teóricos que dão conta de responder a seguinte pergunta: por que a política pode também explicar a variação do gasto em saúde nos municípios brasileiros? Para tal, o capítulo aborda um debate em torno dos determinantes das políticas sociais em contextos democráticos. A discussão dessa literatura é instrumentalizada como o referencial teórico para explicar a variação do gasto em saúde, como também orienta a construção das hipóteses e a construção das variáveis explicativas a serem utilizadas na análise do capítulo 3.

O referido capítulo é estruturado a partir de dois grandes debates teóricos. O primeiro apresenta trabalhos que indicam a existência da influência de fatores sociodemográficos e políticos em ambientes nos quais o Estado tem o dever de prover bem-estar social à população, enfatizando as questões centrais discutidas, bem como em suas limitações do ponto de vista teórico e metodológico. A segunda parte discute o estado da arte deste campo de estudo no Brasil.

2.1. Caminhos analíticos do Estado de Bem-Estado Social

Detectar e compreender os fatores econômicos, demográficos e políticos que influenciam as políticas de bem-estar em democracias estabelecidas é um tema rico, com uma larga metodologia empregada, escopo temporal e objetivos específicos bem estabelecidos. Por isso, há inúmeros caminhos a serem seguidos para compreender os principais resultados sobre o tema. Nesta seção, a obra de Imbeau, Pétry e Lamari (2001) é usada como guia estrutural para apresentar as argumentações dos principais autores da área. O referido trabalho é uma pesquisa bibliográfica que reúne os principais resultados da área e classifica-os em duas vertentes: "escola da convergência" e os adeptos da perspectiva de que "a política importa".

Em suma, os argumentos do primeiro grupo indicam que as sociedades industrializadas do século XX se tornaram cada vez mais similares, ao passo que encaram os mesmos tipos de problemas e aplicamos mesmos tipos de soluções. Logo, as diferenças políticas, culturais e institucionais pouco servem para explicar as variações das políticas públicas.

Os trabalhos ligados ao segundo grupo, não negam a influência de fatores socioeconômicos, porém preconiza a existência de correlação entre variáveis políticas, sobretudo, partidárias e os resultados das políticas públicas (IMBEAU; PÉTRY; LAMARI, 2001). Embora detecte uma falta de consenso na literatura, a questão central do debate não gira em torno do embate entre fatores socioeconômicos e políticos, o foco das análises neste grupo é buscar compreender a interação e os graus de influência entre essas dimensões.

Com objetivo semelhante, Arretche (1995) desenvolve, a partir da produção acadêmica sobre *welfare state*, argumentos explicativos acerca deste fenômeno em países desenvolvidos. Para tal, divide a bibliografia em dois segmentos: as obras nas quais centra a capacidade de explicação nos índices de desenvolvimento e aquelas que preconizam a política (ARRETCHE, 1995).

Então, a partir da subdivisão realizada pelas duas literaturas, serão apresentados os trabalhos que enfatizam os fatores sociodemográficos e aqueles que dão ênfase nos aspectos políticos para a implementação de políticas sociais.

2.1.1. Fatores Sociodemográficos

A perspectiva sociodemográfica afirma que o crescimento econômico assegura os recursos necessários para o financiamento de políticas sociais, que são implementadas para corrigir problemas decorrentes das transformações da atividade produtiva e da estrutura demográfica. Os estudos que ressaltam essa perspectiva indicam que a produção de políticas públicas tem forte relação com o nível de desenvolvimento e uma fraca ligação causal com fatores de natureza política, como o sistema político (ARRETCHE, 1995).

A tendência dessa abordagem tem sido a de se atentar para o fato elementar de que o desenvolvimento econômico torna a sociedade mais complexa, com reverberações inclusive nas demandas por políticas públicas. De maneira geral, de acordo com essa concepção, as políticas públicas, sobretudo as sociais, são um subproduto do desenvolvimento econômico. Por isso, os programas ligados ao Estado de Bem-Estar

não interagem necessariamente com atores políticos. Para ela, **a um determinado nível de desenvolvimento econômico, uma política social supre as necessidades e os problemas sociais** (ARRETCHE, 1995; RIBEIRO, 2005).

Neste sentido, a explicação para o fenômeno da variação nos gastos em saúde entre municípios, seguiria as diferenças existentes na estrutura econômica e social das unidades de análise, não guardando relação intrínseca com fatores políticos como, por exemplo, com as forças partidárias.

Um exemplo desta perspectiva são as argumentações apresentadas por Wilensky em suas obras. Segundo o autor, as razões do surgimento de programas sociais é a mesma em todos os países de alto nível de desenvolvimento industrial:

O surgimento de programas sociais é, pois, um desdobramento necessário de tendências mais gerais postas em marcha pela industrialização (WILENSKY, 1995).

Para Wilensky, os gastos públicos com programas sociais são possíveis porque a industrialização permite um vasto crescimento da riqueza das sociedades (SCOTT, 1965, p. 14). Nesta perspectiva, existiria uma necessária correlação entre variáveis de crescimento industrial e gastos sociais. Então, não haveria diferenças na provisão de políticas sociais entre países que adotam modelos governamentais diferentes como o Japão, os Estados Unidos e a URSS, haja visto que, independentemente de seus regimes políticos e das diferenças nacionais, estes diferentes países estariam igualmente submetidos à lógica da industrialização.

O Brasil possui uma tradição intelectual de trabalhos que buscam explicar as decisões em políticas públicas, predominantemente, por aspectos sociológicos, como o grau de desenvolvimento econômico e educacional da sociedade. Um exemplo relativamente atual é a obra de Soares (2001) que se preocupa em explicar o comportamento político brasileiro por meio de indicadores sociológicos, como a taxa de urbanização e o nível de poder econômico de uma dada região.

O autor indica que os cargos de maior prestígio político, em regra, são ocupados por indivíduos que gozam de ocupações profissionais ligadas a níveis de educação

formal elevados e historicamente aos extratos mais altos da sociedade. Situação notória ao visualizar o perfil profissional dos deputados federais eleitos em 2018. Segundo dados do TSE, uma parte significativa dos novos deputados federais eleitos em 2018, aqueles que não ocupavam cargos eletivos na legislatura anterior, exerce a profissão de médicos, advogados e empresários.

A partir disso, é razoável inferir que o nível educacional se apresenta como um marcador de maior riqueza, renda e de poder, inclusive, poder político. A educação passou a ser o grande trampolim para a realização de mobilidade social para aqueles que não herdaram riqueza (SOARES, 2001, p. 192). A representação de quem mais demanda a ação do Estado para prover políticas públicas de educação e de saúde, por exemplo, encontra-se relacionada ao nível de desenvolvimento humano de uma região ou do município. Como consequência, o eleitorado de regiões mais desenvolvidas se importaria mais com os temas relacionados ao campo das políticas públicas e dos seus representantes em potencial, portanto, dos partidos políticos. Desta forma, a explicação está centrada em fatores sociodemográficos, não tendo relação de maior intensidade com fator ideológico, por exemplo.

O texto se relaciona com o trabalho de Simon Schwartzman (1970)²⁴ que afirmou na década de 70 que a representação política tem relação direta com as características sociológicas apresentadas no Brasil. Há época apontou a existência de dois grupos políticos, um ligado a elites tradicionais localizadas, principalmente, em Minas Gerais e Rio de Janeiro e o outro grupo formado pelo empresariado do setor industrial com sede, sobretudo, em São Paulo. Logo, a classe política está em conformidade com os fatores socioeconômicos (SCHWARTZMAN, 1970) o que demandaria políticas públicas de acordo com as demandas apresentadas por cada clivagem.

A literatura abordada acima elucida o fato de que a orientação dos governos para escolher uma determinada política pública é influenciada por aspectos de natureza sociodemográfica. Consequentemente, os esforços de prefeitos em torno de uma política social sofrem impactos de fatores como o grau de desenvolvimento econômico e social, o grau de vulnerabilidade da economia e de demais questões demográficas.

²⁴ É importante ressaltar que as argumentações do autor são baseadas em um cenário político e econômico muito diferente dos que são experimentados atualmente pelos municípios brasileiros.

Esta pesquisa parte da premissa de que os gastos públicos com a saúde pública sofrem a influência do nível de desenvolvimento dos municípios, de modo que em prefeituras mais desenvolvidas o gasto na referida área é mais elevado. Ligado a este aspecto, o trabalho possui um grupo de variáveis de controle que buscam dar conta de representar esses efeitos. O grupo é formado pelos seguintes indicadores: a região em que o município está localizado; seu tamanho populacional; se o mesmo se situa em uma o PIB per capita; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na dimensão da longevidade; a indicação se a prefeitura é polo de uma região de saúde; e a indicação se o município se situa em uma região urbana.

Como qualquer linha argumentativa, a explicação sociodemográfica possui limitações. Como a limitação indicada por apontado por Ribeiro (2005, p. 74) que aponta que caso tal linha seja levada ao pé da letra o padrão de políticas públicas independe de qualquer decisão de atores políticos de modo que a um determinado nível de desenvolvimento econômico, uma política social surgirá e atenderá necessidades e problemas sociais. Neste aspecto, o autor prossegue e afirma que essas interpretações econômicas não respondem por que diferentes padrões de políticas públicas ocorrem em países com níveis de desenvolvimento semelhantes. Ou, ao contrário, por que políticas públicas semelhantes são implementadas em países com economias completamente diferentes.

2.1.2. Fatores Políticos

Os estudos sobre a perspectiva política, embora não negue a influência de fatores demográficos, econômicos e sociais, dão ênfase à existência de correlação entre variáveis políticas, sobretudo partidárias, e os resultados das políticas públicas. Para esse enquadramento teórico, o desenvolvimento econômico importa, porém, fatores políticos também tendem a ter importância ao lado desse desenvolvimento. Nesta linha, a atuação de atores políticos, classes sociais e outros grupos da sociedade ganham relevância para explicar o desempenho de políticas sociais. As abordagens que apontam a questão política como fator importante, preocupam-se em relacionar as lutas pelo

poder no contexto democrático e a escolha pública, enfatizam, assim, a relevância dos atores na promoção das políticas de bem-estar social.

Ou seja, o desenvolvimento econômico importa, porém, os fatores políticos tendem a desprender importância ao lado desse desenvolvimento.

Ribeiro (2005, p. 71) aponta que:

As principais explicações, nesse caso, baseiam-se no impacto dos partidos políticos na implementação de políticas sociais conforme 1) a justificativa das motivações partidárias elaboradas para explicar a execução de políticas sociais e 2) a incorporação, na análise, de fatores que podem orientar e restringir as ações dos partidos, principalmente a dinâmica eleitoral, as interações com outros atores sociais e as restrições político-institucionais e socioeconômicas.

O exemplo inaugural dessa linha, segundo Arretche, é a obra clássica de Marshall chamada “Cidadania e Classe Social”, onde o autor desenvolve a noção de cidadania por meio da evolução de três tipos de direitos: os direitos civis - relacionados aos direitos necessários à liberdade individual; os direitos políticos - ligados à participação no exercício do poder político); e, finalmente, os direitos sociais - relacionados ao dever do Estado de prover determinados pacotes básicos de garantias que visam gerar bem-estar ao cidadão. Portanto, para essa perspectiva, as políticas sociais seriam produtos da evolução dos direitos políticos adquiridos.

Dessa forma, a origem das políticas de proteção social do século XX, tal qual o NHS na Inglaterra, encontra-se neste processo de progressivas conquistas em que os direitos se alargam progressivamente (MARSHALL, 1967). Marshall utiliza o caso inglês para demonstrar que, por meio da política social, a crescente igualdade política modifica as desigualdades econômicas. Esse é o argumento central do autor que pode ser visualizado na figura a seguir:

Figura 4. Consequências econômicas e políticas da rede de Bem-Estar Social



Fonte: Elaboração do autor. Baseado em Marshall (1967).

Dito de outra forma, o Estado ao prover garantias sociais ao cidadão como a educação, a saúde e renda mínima gera, a médio e longo prazo, consequências tais quais um como aumento do grau de escolaridade e das perspectivas de vida, situação que modifica paulatinamente as estruturas sociais, sobretudo, as estruturas econômicas, por exemplo, ao proporcionar a formação de novos grupos, como a ascensão financeira daqueles que historicamente ocupavam o espaço dos mais desfavorecidos.

Uma outra interpretação explícita a importância da atuação de atores políticos, classes sociais e outros grupos da sociedade na provisão de políticas sociais, que ao em vez de dar ênfase na evolução de direitos políticos foca no desenvolvimento econômico. Segundo essa perspectiva, o desenvolvimento econômico cria condições para a redução das taxas de natalidade e para o aumento da expectativa de vida da população e confere maior importância econômica à população adulta. Tais transformações demográficas e sociais possibilitam a formação de grupos políticos e sociais, que passam a pressionar por políticas públicas de acordo com seus interesses e necessidades. Esses grupos, a longo prazo, demandam uma cobertura cada vez mais extensa da prestação social, dando origem ao Estado de Bem-Estar (RIBEIRO, 2005, p. 68).

Neste sentido, Cavalcante (2011) produziu uma revisão teórica na qual apresenta estudos ligados à corrente neoinstitucionalista, que buscam compreender os processos de implementação das políticas sociais em estados democráticos (CAVALCANTE, 2011). O autor os divide em três grupos: aqueles que realçam as causas da descentralização; outro que aponta os determinantes para a concretização do referido

processo; e as alternativas para se pôr em prática políticas de bem-estar social de forma descentralizada.

Para Cavalcante, tal grupo de trabalhos instrumentaliza visões ligadas à teoria da escolha racional para responder a seguinte pergunta: quais são os condicionantes da produção de políticas públicas em ambientes nos quais é adotado o modelo federativo? Em especial, dentro de uma estratégia de descentralização, o que pode explicar a variação nos resultados entre governos subnacionais? (CAVALCANTE, 2011, p. 15).

Essa abordagem teórica é importante em solo nacional, dada a estrutura federativa brasileira. O seu postulado teórico remete à compreensão do comportamento dos atores envolvidos e dilemas de ação coletiva. Segundo o autor, isto requer análises para além da ótica econômica e administrativa, envolvendo a dimensão política/institucional:

Os estudos englobam questões sobre o comportamento estratégico de diferentes indivíduos, e os seus impactos sobre a sociedade; além da forma que os mandatários lidam com incentivos no momento da tomada de decisão (CAVALCANTE, 2011, p. 15).

O objeto central de análise da escolha racional é a ação individual, seja de um político, associação ou unidade governamental, dentro de uma estrutura institucional que condiciona os incentivos e constrangimentos na tomada de decisão da ação do estado. A premissa é que o indivíduo se comporta de modo racional, o que quer dizer que molda as suas escolhas com base na razão num contexto estratégico, considerando o comportamento dos demais atores.

O autor aponta a existência de um grupo de pesquisadores que desenvolveram um modelo de análise denominado *Institutional Analysis and Development Framework* que indica como os processos e resultados das políticas públicas são afetados, em diferentes graus, por variáveis externas ao indivíduo. São elas: atributos do mundo físico; atributos da comunidade na qual os atores estão inseridos; regras que criam

incentivos e constrangimentos a certas ações; e interações com outros indivíduos (CAVALCANTE, 2011, p. 15).

Além disso, as atenções desses profissionais se voltam para entender os possíveis efeitos da conjuntura política/eleitoral sobre tal processo. Para esses estudos, a adesão, empenho e comprometimento do gestor, por exemplo o gestor local, estão diretamente relacionados às suas escolhas estratégicas visando, em última instância, à sobrevivência política.

As escolhas são condicionadas aos estímulos a que eles estão sujeitos no âmbito das instituições políticas vigentes. Nessa perspectiva, a transferência de responsabilidades advindas do processo de descentralização muda os incentivos e constrangimentos dos atores políticos locais, na medida em que eles passam a ter suas ações relativas à determinada política pública avaliadas por seus eleitores. Como conclusão, Cavalcante aponta que é esperado que em sistemas políticos mais competitivos e com maior participação política e social os gestores locais sejam mais propensos a adotar um comportamento responsável em relação à política pública.

De modo geral, as pesquisas sobre os esforços dos governos com a provisão de políticas sociais destacam o papel desempenhado pelos partidos políticos, e de outros aspectos, sobretudo institucionais que configuram como o principal veículo de representação e de exercício do poder nas democracias representativas. Para sistematizar essa parte do trabalho apresenta-se os argumentos teóricos que indicam os motivos dos partidos, do ciclo político, de possuir maioria parlamentar e a possibilidade de reeleição poder influenciar as decisões em políticas públicas.

Grande parte das análises sobre os esforços de governos eleitos com a provisão de políticas sociais baseia-se em um modelo explicativo, no qual fatores políticos e o contexto social e econômico, são concebidos como determinantes para a iniciativa estatal. Destaca-se, nessas pesquisas, o papel desempenhado pelos partidos políticos, já que estes se configuram como o principal veículo de representação nas democracias de massa estabelecidas após a segunda guerra mundial.

Segundo Ribeiro (2005, p. 72), as argumentações referentes aos determinantes partidários sobre as políticas sociais baseiam-se nas relações entre as entradas e as saídas de um sistema político. Com isso, a literatura se preocupa em apontar a forma e o

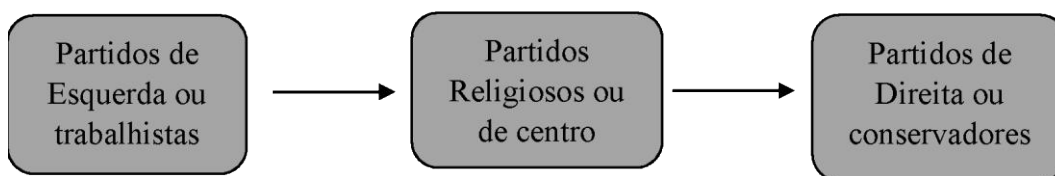
quanto as instituições políticas influenciam a atuação dos atores relevantes. Nessa concepção, as motivações e a atuação dos atores, tal qual os partidos, são percebidos como fator determinante, juntamente com os tipos de arranjos institucionais. As premissas básicas dessa concepção apoiam-se em um modelo que supõe uma multiplicidade dos centros de poder, distribuídos em associações individuais que partilham de interesses políticos e se organizam em instituições democráticas. Isso permite que os mesmos tenham a possibilidade de participar na formulação de políticas públicas, podendo influenciar no processo de decisão do governo de acordo com os seus interesses e modelo institucional adotado no determinado país (RIBEIRO, 2005, p. 72).

Nessa discussão, um fator importante e amplamente explorado pelos pesquisadores é a existência ou não de diferenças ideológicas na decisão de prover serviços sociais. As hipóteses elaboradas nos estudos remetem a pressupostos sobre as complexas relações entre preferências ideológicas, representação de clivagens sociais e estratégias eleitorais para maximização de votos. Quando no governo espera-se que partidos de ideologias diferentes terão comportamentos em termos da ação de programa estatal diferentes, haja visto que precisam agradar os seus respectivos eleitorados:

"... o debate diz respeito às motivações pragmáticas e estratégicas... para obter vitórias eleitorais.... combinam-se com orientações ideológicas que... tendem a ser mais estáveis e, em determinados casos, contrários às opções pragmáticas (RIBEIRO, 2005, p. 76) ..."

A partir da literatura estabelecida, Ribeiro (2005) apresenta uma conceituação da ordem de preferências para a provisão de políticas sociais relacionadas ao posicionamento ideológico dos partidos políticos no poder:

Figura 05. Empenho dos partidos políticos em políticas sociais, segundo as suas características ideológicas



Fonte: Elaboração do autor. Baseado em Ribeiro (2005, p. 78).

Nesta perspectiva, partidos de esquerda ou trabalhistas, por serem representantes das classes menos favorecidas e da classe média, se esforçam mais para adotar políticas sociais e de bem estar. Enquanto partidos de centro e religiosos, por contarem com apoio expressivo de parcela dessas mesmas classes, desempenham, também, um considerável esforço na adoção de políticas nas mesmas áreas. No entanto, como seu eleitorado é mais difuso, contando com o apoio de outras classes sociais, a adoção de políticas sociais é menos abrangente do que no primeiro caso.

Por fim, os partidos de direita são identificados com os grupos sociais privilegiados e proprietários. Por isso, tendem a restringir a provisão de políticas sociais e concentrar seus esforços na adoção de políticas tipicamente liberais, com destaque para políticas de defesa, segurança e regulação econômica.

O autor deixa claro que se trata de uma *proxy* de tipos puros de preferências ideológicas para políticas de bem-estar. Contudo, a dinâmica política em estados democráticos pressupõe, além da motivação ideológica, escolhas estratégicas dos partidos políticos para maximizar votos entre outros aspectos (RIBEIRO, 2005, p. 78).

Nesse sentido, um fator que pode minimizar as diferenças entre os partidos políticos na provisão de políticas sociais é o cálculo para conquistar o poder, o que ocasionalmente leva os partidos políticos a considerarem a possibilidade de perdas eleitorais futuras, caso não atendam às expectativas da opinião pública. Nessas situações, por exemplo, com o objetivo de conquistar e manter o poder, os partidos de

centro e direita podem se empenhar em priorizar políticas que não constam de sua agenda original, levando-os a uma posição semelhante aos partidos de esquerda no que se refere à provisão de políticas sociais (RIBEIRO, 2005, p. 78).

Hicks e Swank (1984) defendem a existência de diferença entre os partidos e sustentam que partidos de esquerda, considerados *pro-welfare*, quando no governo, gastam mais do que partidos de direita, classificados como *anti-welfare* pelos autores. Na mesma linha, Hibbs (1977) considera que as preferências por políticas e/ou resultados econômicos variam conforme os programas dos partidos políticos no poder. De acordo com o autor, as prioridades econômicas e os resultados (dos partidos no governo) são ocasionalmente afetados pelo calendário eleitoral, mas dependem de forma mais sistemática da orientação política do partido na presidência (BATISTA, 2006, p. 37).

Segundo Hibbs, as políticas macroeconômicas promovidas por governos de esquerda e de direita são, em geral, consistentes com os interesses econômicos objetivos e subjetivos dos seus respectivos eleitores, na medida em que esses se manifestam por meio do comportamento de salários, lucros e distribuição de renda em várias configurações econômicas de inflação e desemprego, e preferências subjetivas das suas bases políticas. O eleitorado, neste caso, não é tratado de forma homogênea, mas como setores com diferentes interesses, com preferências por partidos de esquerda, centro ou direita.

Para Hibbs (1977), o que norteia a tomada de decisão dos partidos é a implementação de políticas governamentais preferidas por suas principais bases de apoio eleitoral, a ação não está centrada exclusivamente na busca pelo poder. Por outro lado, Blais; Blake; Dion (1993) dizem que partidos políticos fazem diferença, porém moderadamente. Para tal sustentam que a alteração entre partidos de esquerda e de direita no governo não é sistematicamente seguida pelo aumento ou diminuição nos gastos públicos. Governos de esquerda, segundo Blais, Blake e Dion, gastam apenas um pouco mais do que governos de direita, mas a diferença não é expressamente significativa (BATISTA, 2006, p. 24).

Para boa parte dos teóricos da democracia, a distinção do aspecto ideológico dos partidos da esquerda para a direita possui benefícios, pois se mostra importante para

ajudar os cidadãos a tomar decisões eleitorais. Os partidos políticos são entendidos como portadores de uma visão de mundo, e de um programa sistemático com distinções ideológicas claras. O que conseqüentemente serve como um atalho estratégico para tomada de decisão no momento do voto e como uma linha a ser perseguida nas tomadas de decisão quando nos governos. Seriam, então, os partidos políticos as organizações responsáveis por realizar esse movimento nas democracias através da diferenciação eleitoral.

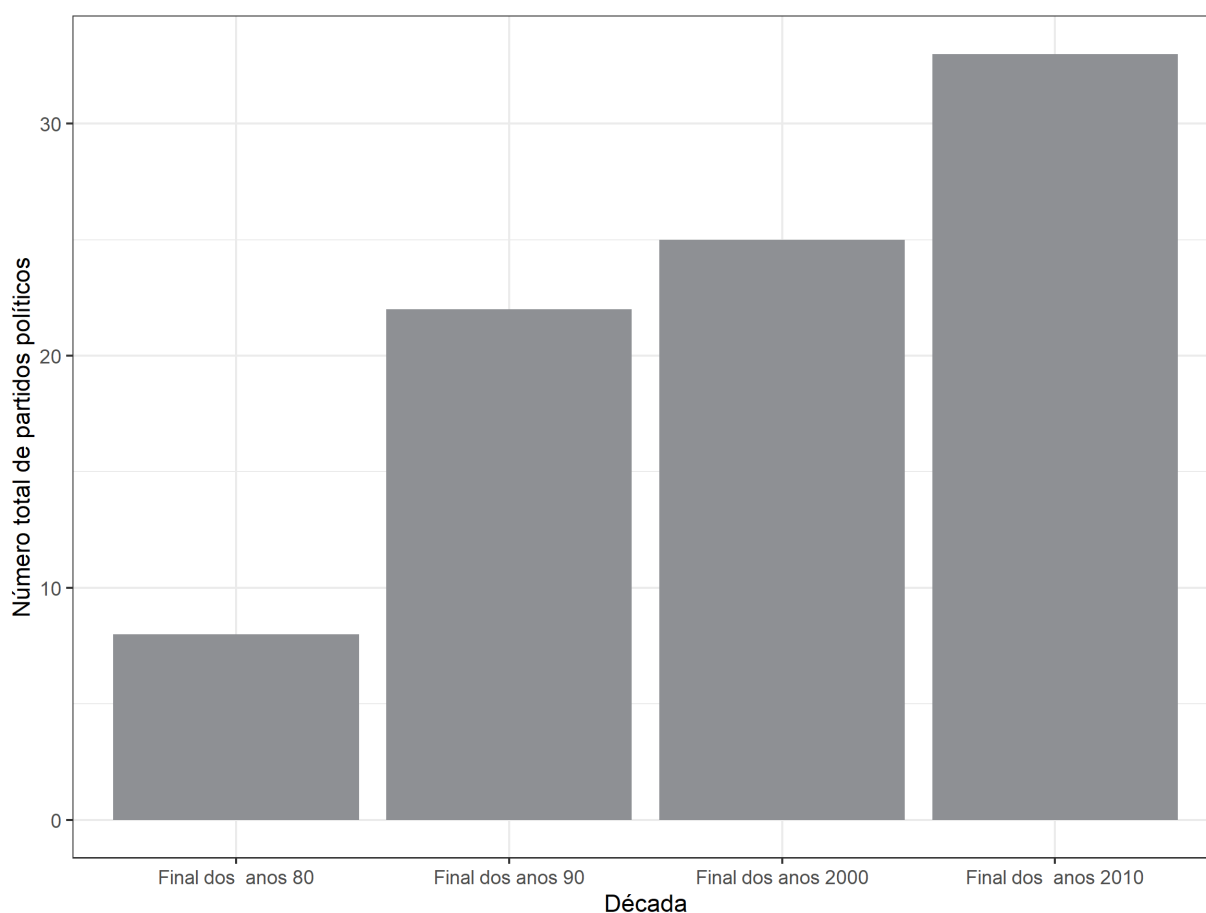
Para Bolognesi, Ribeiro e Codato (2021) a distinção entre esquerda e direita nos partidos obedeceu a visão que determinados partidos tinham sobre a intervenção do Estado na economia e à defesa da igualdade social como natural ou construída. Contudo, o entendimento sobre o que significam tais posições e como os seus ideais tem se alterado ao longo do tempo e do espaço. Hoje, os autores defendem que tal distinção vai muito além que os argumentos defendidos sobre os dois fatores destacados. Principalmente, a partir dos anos 2010, somou-se mais camadas no debate sobre ideologia, desde então, leva-se em consideração com mais intensidade questões de identidade como feminismo e aspectos em torno da raça (GINES, 2011). Além de posições sobre mudanças climáticas (EDO et al., 2019) e a de migração (MCCRIGHT; DUNLAP; MARQUART-PYATT, 2016).

Como esse debate decanta em solo nacional, sobretudo, no jogo político pós-88? Afinal, os partidos se diferenciam ideologicamente no Brasil? Caso a resposta seja positiva, quando no governo adotam estratégias de políticas públicas diferentes? Dito de outra forma, as políticas públicas produzidas por governo de esquerda são diferentes daquelas produzidas por governos de direita?

Uma série de pesquisadores vem, ao longo dos anos, desenvolvendo trabalhos com o objetivo de classificar os partidos políticos brasileiros, o critério metodológico utilizado varia entre as obras. Existe aquela que os classifica segundo o seu comportamento legislativo (SCHEEFFER, 2016), pelas posições expressas pelos próprios partidos (DA SILVA TAROUÇO; MADEIRA, 2013); por sua composição social (Rodrigues, 2002) o seu comportamento eleitoral (CARREIRÃO, 2006); pela auto imputação ideológica (ZUCCO JR, 2011) e por escolhas de políticas públicas (DIAS; MENEZES; FERREIRA, 2020).

É desafiador realizar tal procedimento em solo nacional, haja vista as características institucionais brasileiras. O Brasil atualmente conta com 33 partidos políticos com registro ativo, número que vem aumentando ao longo das décadas, como pode ser visto no gráfico a seguir.

Tabela 05. Número total de partidos nas últimas décadas.



Fonte: Elaboração própria. TSE.

Em um cenário marcado pela pluralidade partidária, o processo de categorizá-los individualmente dentro dos aspectos ideológicos se torna desafiador. Situação demonstrada pelo dissenso existente na bibliografia especializada na qual as classificações utilizadas não são claramente estabelecidas e uma parcela de autores discorda com a utilização desse tipo de classificação na democracia brasileira.

Para Ames (2003)²⁵, por exemplo, as distâncias ideológicas entre os partidos políticos estariam diluídas pelo personalismo eleitoral e pela patronagem partidária. O autor aponta que o quadro brasileiro é de baixos programas permanentes, independentemente do estágio de desenvolvimento de seu sistema partidário. Para tal autor, a ideologia partidária no Brasil é uma questão lateralizada em um cenário no qual predomina financiamento eleitoral privado, alta fragmentação e clientelismo, campanhas personalistas, e partidos dando cartas no legislativo nacional.

Existe então uma imprecisão na literatura sobre o assunto, por isso, este trabalho não usará como indicador principal a ideologia do partido, mas apenas a sigla do prefeito eleito, para verificar se há diferença entre os partidos em termos do gasto em saúde.

Na mesma forma que existem pesquisadores que defendem a importância dos partidos, há aqueles que questionam a existência de diferenças pragmáticas nas ações desses partidos, sobretudo em democracias estabelecidas em um curto espaço de tempo como é o caso brasileiro. Batista classifica tais estudos em duas vertentes, uma linha institucionalista e outra ligada às mudanças econômicas da globalização.

Na primeira, há diferença partidária em decisões sobre políticas sociais que se alteram segundo o grau de institucionalização do sistema de governo vigente. Para os autores ligados a essa perspectiva, em países nos quais os sistemas partidários são pouco institucionalizados os partidos não servem de referência para os eleitores. Os líderes partidários não controlam o comportamento de seus liderados, fazendo com que o processo decisório não siga linhas relativamente estruturadas. Como consequência, nesses sistemas, o processo político é altamente personalista e os partidos, em geral, se apresentam como veículos eleitorais do candidato do que como condutores de políticas.

No sistema partidário institucionalizado há estabilidade na competição entre os partidos, como também a existência de organizações fortemente enraizadas na sociedade. O reconhecimento dessas organizações partidárias e das eleições como instituições legítimas, assim os atores políticos incluídos nesses sistemas possuem

²⁵ Embora tenha relevância histórica para o campo da ciência política brasileira, o cenário apresentado por Barry Ames (2003) trata de um país diferente do atual. As instituições democráticas estão mais maduras, assim como o sistema político, o que faz com que as proposições baseadas nos resultados demonstrados por Ames não sejam mais válidas.

espaço e estabilidade para prover políticas de acordo com os seus interesses. Essa linha defende que uma parte significativa dos partidos políticos latino-americanos, incluindo os do Brasil, são fracos ou não institucionalizados, com sistemas partidários voláteis e fragmentados. Isto é, em solo nacional a interferência partidária para decisões em políticas sociais não teria tanto impacto (BATISTA, 2006, p. 30, *apud* Mainwaring e Scully, 1995 p. 44).

Enquanto que a segunda perspectiva estuda a atuação dos partidos políticos em um mundo globalizado. Um trabalho protagonista nesta questão é o de Huber, Mustillo e Stephens (2004). O autor investiga os determinantes do gasto social em 13 países da América Latina entre 1980 e 1997, e tem como resultado a indicação de que a ideologia dos partidos políticos e o regime político influenciam menos a variação dos gastos sociais do que o fenômeno da globalização (BATISTA, 2006, p. 33, *apud* Yuriko Takahashi, 2004). Percebe-se que o ponto importante para explicar as decisões tomadas está na questão econômica.

Neste sentido, determinadas proposições apresentadas anteriormente sobre a relação entre os partidos políticos, e as decisões em torno das políticas sociais serão tomadas como questões fundamentais para interpretar os resultados dessa pesquisa. Sendo assim, parte-se do postulado de que as alternativas de envolvimento dos atores políticos e sociais é fortemente mediada pelos arcabouços institucionais vigentes, de modo que em democracias representativas, como é o caso brasileiro, há uma maior possibilidade de participação desses agentes.

Os atores políticos exercem influência sobre as decisões do Estado principalmente a partir dos partidos, que por sua vez, encontram-se nos centros de decisão e optam por políticas de acordo com as suas motivações ideológicas, com as interações com demais atores, e com o contexto institucional, social e econômico.

Dentro deste contexto, a primeira hipótese desse trabalho, que será apresentada no capítulo 3, realça **a capacidade dos partidos políticos dos prefeitos eleitos explicarem a variação existente do gasto com saúde entre as prefeituras.** Independentemente de haver uma certa falta de posições ideológicas claras em certos partidos políticos brasileiros, há diferenças estratégicas entre eles que se refletem, inclusive, nos resultados de políticas públicas.

Como destacado anteriormente, a dinâmica política em estados democráticos requer, além da implementação de políticas por motivações ideológicas, outras escolhas estratégicas dos partidos para maximizar votos. Nesta dinâmica, os agentes políticos para conquistar e permanecer no poder precisam lidar com demandas a mais que o seu comportamento próprio sobre políticas públicas. Sendo assim, é importante compreender os outros mecanismos causais que podem incidir influência nessas políticas. Destaca-se aqui a influência dos ciclos eleitorais, a relação entre o executivo e legislativo e a capacidade dos políticos de renovarem os seus mandatos.

Segundo a primeira situação, uma parte da literatura sustenta que fatores políticos influenciam o comportamento das variáveis econômicas, basicamente apontam que um governante possui fortes estímulos para alterar sua política econômica em anos eleitorais, visando aumentar a probabilidade da manutenção do seu poder. Esses têm suas bases no paradigma da escolha racional (NORDHAUS, 1975). Segundo Klein, esse processo pode ocorrer por meio de diferentes ações governamentais: “[...] aumento nos gastos públicos, aumento do emprego, redução de impostos, ou mesmo através da mudança de gastos de serviços públicos menos visíveis para outros mais visíveis [...]” (KLEIN, 2010, p. 284).

De acordo com Nordhaus (1975) conquistar e permanecer, por vias democráticas, no poder é a principal motivação dos partidos políticos, de modo que tais instituições são motivadas a permanecerem no cargo e, para isso, buscam o voto. Como consequência, os partidos tendem a adotar uma postura uniforme perante o eleitorado no que diz respeito à sua posição ideológica. Para o autor, os governos assumem um comportamento exclusivamente oportunista e uma motivação essencialmente eleitoral. Os eleitores, por sua vez, assumem uma atitude “miope” no seu comportamento eleitoral, priorizando a direção do seu voto pela experiência passada, mais especificamente, no último ano de mandato do governo.

Os atores políticos no poder possuem a liberdade e a capacidade estratégica de manipular os instrumentos de políticas econômicas antes das eleições a fim de obter um bom resultado econômico a curto prazo. O objetivo reside em manter-se no poder, mas com custos a médio prazo, o que gera em médio prazo uma queda dos indicadores econômicos no período pós-eleitoral. Dito de outra forma, a premissa é que o processo

econômico é influenciado pela agenda do ciclo eleitoral, de modo que o detentor de um cargo se comporta de maneira oportunista. Em anos eleitorais, utilizando-se de política expansionista para estimular a economia, seja com crescimento do PIB real ou redução do desemprego, com o objetivo de potencializar suas chances de permanecer no poder. (CAVALCANTE, 2012, p. 31).

Essa corrente bibliográfica norteia a tomada de duas decisões empíricas dessa dissertação. A primeira se refere em verificar se prefeitos que possuem a possibilidade de tentar o segundo mandato. Ou seja, **permanecer ocupando os seus cargos têm um comportamento fiscal no que se refere ao gasto em saúde diferente daqueles que não podem tentar renovar os seus mandatos**. Como objetivo lateral, o trabalho analisa o comportamento do gasto em saúde nas prefeituras brasileiras em anos eleitorais e no ano seguinte após as eleições municipais. **Para verificar se esses aumentam com a proximidade das eleições e diminuem nos anos subsequentes às mesmas**.

Outra questão explorada em trabalhos é o impacto da relação entre executivo e legislativo sobre a produção de políticas públicas. O argumento é que a existência da coalizão limita a livre atuação do partido no governo. Então, que se encontra obrigado a negociar suas políticas previamente concebidas com os partidos de diversas posições ideológicas e programáticas. (RIBEIRO, 2005, p. 82), na medida em que aglutina forças políticas em prol da sua agenda, esse consegue ter maior facilidade para colocá-las em prática.

Com o objetivo de observar a influência da coalizão no governo na execução de políticas públicas. Budge e Keman (1990) analisaram a relação entre os partidos no controle do governo e os gastos com políticas de bem-estar, políticas econômicas e políticas de segurança externa, durante o período de 1965 a 1983. Os autores classificaram a tendência ideológica do governo de acordo com a filiação do partido, se conservadora, liberal, religioso ou socialista. A análise realizada pelos autores sustenta que governos conservadores com maioria parlamentar foram menos propensos a adotar políticas de bem-estar, enquanto governos socialistas deram mais ênfase nessa temática.

Ao analisar o comportamento da taxa de crescimento econômico e do voto nas eleições executivas e legislativas americanas (ALESINA; ROSENTHAL, 1995),

destacam a importância da força política determinante no Legislativo. Os autores apontam que as políticas produzidas por governos republicanos que contam com uma maioria legislativa republicana são mais conservadoras do que as políticas produzidas pelos mesmos governos com uma maioria legislativa democrata (BATISTA, 2006, p. 25).

Partindo dessa premissa, esse trabalho **analisa se o fato de o prefeito possuir maioria parlamentar influencia os gastos municipais em saúde pública.**

Em resumo, esse trabalho testará quatro hipóteses. São elas: *a)* O gasto em saúde com recursos próprios municipais varia de acordo com o partido político do prefeito. *b)* Prefeitos com maioria legislativa tendem a gastar mais recursos próprios com saúde. *c)* Prefeitos com a possibilidade de reeleição são propensos a gastar mais recursos próprios na saúde. *d)* Prefeitos ligados à área da saúde tendem a empregar mais recursos financeiros próprios para o pagamento de despesas nessa área.

2.2 A Política (*politics*) e as políticas sociais em âmbito local no Brasil

Existe nos municípios brasileiros um terreno fértil para a realização de pesquisas que relacionam a dimensão política com a dimensão do desempenho de políticas sociais, devido às particularidades da estrutura federativa e do papel de destaque das prefeituras na gestão das principais políticas públicas.

A importância de se debruçar sobre esse tipo de compreensão se baseia no fato de que o elemento intencional, ou seja, a racionalidade da ação política é um postulado base de qualquer definição de políticas públicas, ao passo que se sabe que essas não contornam somente questões como a estrutura federativa e o contexto socioeconômico. É razoável supor, então, que quem decide sobre as políticas públicas, neste caso os prefeitos, respondem a incentivos e constrangimentos, inclusive políticos, que em última instância tendem a moldar as alternativas de tomada de decisão.

Em comparação com outras perspectivas analíticas a produção acadêmica que pretende relacionar tais processos é recente. Muito por causa do curto período democrático brasileiro, pela predominância da tradição qualitativa nas ciências sociais, e

pelo fato dos dados confiáveis sobre as políticas controladas pelos municípios começarem a ser amplamente divulgados nos últimos dez anos.

Esta subseção pretende demonstrar os resultados dos principais trabalhos que possuem a temática ressaltada. Tal procedimento é feito amparado por uma tabela que reúne a variável política, a variável dependente, a unidade de análise, o método utilizado e os resultados encontrados desses trabalhos. Buscou-se artigos e teses nos quais a temática central é a verificação do grau de influência de questões políticas sobre políticas sociais implementadas pelos os dois entes subnacionais brasileiros. Como resultado, encontrou-se 12 manuscritos, publicados entre 2005 e 2021.

Tabela 06. Resumo dos principais resultados da literatura sobre determinantes políticos de políticas públicas nas unidades subnacionais brasileiras

V. Política	V. Dependente	N	Unid*	Ano(s)	Método	Resultado	Efeito*	Referência
Ano Eleitoral	Despesas empenhadas. Gastos com investimento. Captação de empréstimo.	353	M	00 à 16	Regressão tobitem dados em painel	Não há mudanças nas despesas antes, durante e após o período eleitoral.	∅	Crispim et al (2021)
	Gasto com educação. Gasto com saúde. Gasto com ção/planejamento.	2414	M	01 à 12	Análise em painel pelo método de efeitos fixos	Em anos eleitorais municipais há aumentos no gasto em saúde e em educação.	+	Gerigk an et al (2018)
	Servidores na assistência social. Número de CRAS existente. Gasto municipal com assistência social.	5564	M	05 à 12	Regressão multivariada	A ideologia política não importou.	∅	Moreira (2016)
	Gasto com infraestrutura	26	E	03 à 14	Regressão em painel com efeitos fixos	O ciclo eleitoral influencia positivamente os investimentos em infraestrutura.	+	Gonçalves et al (2016)
Ideologia política	Gasto com educação. Gasto com saúde. Gasto com administração/planejamento.	2414	M	01 à 12	Análise em painel pelo método de efeitos fixos	A ideologia política não foi um fator que diferencia a aplicação de recursos nas áreas analisadas.	∅	Gerigk an et al (2018)
	Gastos com educação. Gastos em administração/planejamento. Gastos em investimentos.	1300	M	01 à 12	Dados em painel pelo método de efeitos fixos	A ideologia influenciou o gasto nas áreas analisas, excerto administração/planejamento.	+	Gerigk e Codato (2020)
	Gastos na educação e cultura; saúde e saneamento; habitação e urbanismo e assistência social e previdência.	3213	M	93 à 03	Regressão linear múltipla	Prefeituras do PT apresentam gastos ligeiramente superiores aos demais partidos na área social	+	Ribeiro (2005)
	Gasto em saúde e da educação.	26	E	02 à 13	Modelo de Efeitos Fixos	Governadores de esquerda e com maioria legislativa tendem a gastar em educação e saúde.	+	Santos an et al (2018)
Alinhamento político	Gasto com educação. Gasto com saúde. Gasto com administração/planejamento.	2414	M	01 à 12	Análise em painel pelo método de efeitos fixos	As formas de alinhamentos políticos entre os governos locais e os superiores revelaram baixa influência nos gastos.	∅	Gerigk an et al (2018)
	Servidores na assistência social. Número de CRAS existente. Gasto municipal com assistência social.	5564	M	05 à 12	Regressão multivariada	O alinhamento partidário com o governo federal impactou positivamente.	+	Moreira (2016)
Competição política	Gasto com educação. Gasto com saúde. Gasto com administração/planejamento.	2414	M	01 à 12	Análise em painel pelo método de efeitos fixos	Quanto mais acirrada a competição política para ocupar a cadeira no legislativo municipal, maiores os gastos com a área administrativa e de saúde.	+	Gerigk an et al (2018)
	Índices de eficiência na educação, saúde e assistência social	5564	M	02 à 09	Regressão espacial	A competição eleitoral não influencia a eficiência governamental.	∅	Cavalcante (2013)
Maioria Parlamentar	Índices de eficiência na educação, saúde e assistência social	5564	M	02 à 09	Regressão espacial	A base do Executivo no legislativo exerce influência sobre o desempenho das prefeituras na saúde e na assistência social .	+	Cavalcante (2013)
Prefeita Mulher	Taxa de mortalidade infantil	3167	M	00 à 15	Regressão de efeitos fixos	Prefeitas e aumentos na proporção de mulheres eleitas para as legislaturas estaduais e federais para 20 % ou mais foram associa-se com declínios na mortalidade infantil.	-	Hessel and et all (2020)
	Medida de corrupção baseada em auditorias governamentais aleatórias. Contratação de funcionários públicos	5570	M	05 à 14		Prefeitas se envolvem menos em corrupção em comparação aos prefeitos. Prefeitas contratam menos funcionárias públicas temporárias durante o ano eleitoral.	-	Brollo e Troiano (2016)

Fonte: Elaboração dos autores. *Unidade estudada, municípios: M, Estados: E. ** O símbolo "Ø" representa o efeito nulo.

Sobre as variáveis dependentes percebe-se que, ao obedecer a uma tendência internacional, os trabalhos nacionais utilizam predominantemente questões relacionadas a valores agregados sobre gastos em políticas sociais. Sobretudo, as quantias destinadas à educação, saúde, ação/planejamento, assistência social, investimento público em infraestrutura e captação de empréstimo.

Em segundo plano, do ponto de vista do volume de trabalhos, estão os empreendimentos que tentam elucidar questões relacionadas à produção de serviços públicos e eficiência administrativa. Os referidos trabalhos tentam explicar a variação da contratação de funcionários públicos, servidores na assistência social, número de CRAS existente, índices de eficiência na educação, saúde e assistência social, taxa de mortalidade infantil e medidas de corrupção baseada em auditorias governamentais.

De maneira geral, as pesquisas circunscrevem os municípios brasileiros, poucas são aquelas em que a unidade de análise são os estados. A predominância municipal se justifica fortemente devido a questão da autonomia dada a esses entes no que se refere à coordenação de um pacote de políticas públicas de bem-estar social, tais quais a educação e a saúde básica. Outro ponto é o fator quantitativo, enquanto que há no Brasil mais de 5 mil municípios, existem apenas 26 unidades federativas. A diferença na quantidade de casos é um dos aspectos que fazem com que os entes locais sejam mais preferidos pelos pesquisadores, haja vista a maior possibilidade de implementarem estudos comparativos. Sobre os fatores explicativos, nota-se que os pesquisadores se debruçam em seis grandes questões para compreender os impactos políticos na provisão de programas sociais, são elas: a ideologia política, ter maioria parlamentar, do ano eleitoral, do alinhamento político, da competição política e de questões individuais daquele que ocupa a cadeira do executivo

Certamente, uma parcela significativa das pesquisas caminha na direção de compreender os possíveis impactos dos partidos e da ideologia política no processo de remanejamento administrativo das ações do Estado. Um exemplo, é o trabalho de Ribeiro (2005) em que se investiga o impacto dos partidos sobre o desempenho das prefeituras, representados pelos gastos em um conjunto de funções orçamentárias

sociais. Suas evidências demonstram efeitos distintos dependendo da área da política pública.

Contudo, verifica-se um poder explicativo relativamente baixo das variáveis políticas. A questão partidária obteve correlação estatisticamente significativa, apesar de efeitos reduzidos, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) apresentaram gastos maiores do que os demais partidos. A investigação pretendida neste trabalho dialoga com tais perspectivas na medida em que mensura os impactos dos partidos sobre o gasto na saúde municipal.

Concomitantemente ao peso partidário, uma das maiores preocupações dos pesquisadores está na tentativa de elucidar o tamanho do peso do ano eleitoral sobre as ações públicas daqueles que administram os entes federados. O trabalho de Gerigk, Ribeiro e Lepchak (2018), ressalta aspectos nesse sentido. Os pesquisadores, com a utilização de dados em painel, analisam se o gasto em educação, saúde e planejamento entre 2001 e 2012 sofreu impacto dos anos em que aconteceram eleições municipais. Os modelos demonstraram que em anos eleitorais os prefeitos tendem a ser mais expansionistas do ponto de vista do gasto em saúde e em educação (GERIGK; RIBEIRO; LEPCHAK, 2018, p. 94).

Outra questão política estudada, é a interação de ser um mandatário com maioria no legislativo sobre o comportamento fiscal em políticas sociais. Cavalcante (2013), buscou compreender como o fato de possuir maioria na câmara dos vereadores impacta os índices de eficiência na educação, saúde e assistência social. O autor aponta que a base do Executivo no legislativo exerce influência positiva sobre o desempenho das prefeituras na saúde e na assistência social. Prefeitos com maioria parlamentar possuem uma melhor eficiência administrativa nas duas áreas citadas (CAVALCANTE, 2013, p. 1584). Esta dissertação, também dialoga com essa perspectiva, na medida que mensura qual é o impacto de ter maioria sobre o gasto em saúde com recursos próprios municipais.

Um importante agrupamento de trabalho, é aquele que tenta compreender os impactos do alinhamento político dos prefeitos com sobre a administração das políticas sociais. Dito de outra forma, as pesquisas buscam saber se ter um prefeito que disponha de algum laço com atores políticos ligados aos demais entes federativos, tais quais

governadores e/ou presidente, impactam as políticas sociais. Moreira (2016) estudou as prefeituras lideradas pelo Partido dos Trabalhadores (PT) entre 2005 e 2012, no mesmo período em que tal partido estava na presidência das repúblicas, tinham um melhor rendimento a estrutura do Sistema único de Assistência Social (SUAS), que foi operacionalizado pelas seguintes variáveis: o número de servidores na assistência social, o número de CRAS existente e o gasto municipal com assistência social. A autora demonstrou que o alinhamento partidário com o governo federal impactou positivamente o gasto com a assistência social. (MOREIRA, 2016, p. 15).

Sobre o ponto de vista da competição política, os pesquisadores buscaram mensurar se esse é fator capaz de implicar de alternância no comportamento dos administradores locais no ponto de vista das políticas de bem-estar. Isto é, se um grupo de trabalho tem como objetivo verificar possíveis interferências da competitividade partidária sobre o gasto nas políticas sociais. Os trabalhos de Gerigk, Ribeiro e Lepchak (2018) são um caso exemplar. Os profissionais analisaram o gasto em educação, saúde e administração/planejamento em 2.414 municípios entre 2001 e 2012 utilizando o método estatístico de análise em painel de efeitos fixos. Os resultados apontaram que quanto mais acirrada a competição política para ocupar a cadeira no legislativo municipal, maiores os gastos em duas áreas em especial: a administrativa e a área da saúde (GERIGK; RIBEIRO; LEPCHAK, 2018, p. 116).

Atualmente têm-se uma linha de discussão que investiga as possíveis relações existentes entre características individuais do(a) político(a) e os resultados gerados por seu governo. Hessel et al. (2020, p. 1167), avaliaram os efeitos da representação política feminina sobre a mortalidade entre crianças menores de cinco anos no Brasil. Para tal, combinaram dados de menores de cinco anos e taxas de mortalidade (variável dependente), com dados sobre mulheres eleitas como prefeitas ou representantes em legislaturas estaduais e federais (variáveis independentes), para 3.167 municípios durante 2000-15. Como método utilizou a regressão de efeitos fixos (Hessel and *et alli*, 2020, p. 1168). Os resultados sugeriram que a eleição de uma prefeita, e os aumentos na proporção de mulheres eleitas para as legislaturas estaduais, e para a Câmara dos Deputados para 20% ou mais, foram significativamente associados com declínios na mortalidade de menores de cinco anos (Hessel and et all, 2020, p. 1117). O aumento da representação política das mulheres, provavelmente, estava associado aos efeitos

benéficos sobre a mortalidade infantil. Isto se deu por meio de caminhos que expandiram o acesso aos cuidados primários de saúde e programas de transferência condicionada de renda (Hessel and et all, 2020, p. 1117).

Brollo e Troiano (2016), forneceram novas evidências sobre o papel das mulheres como formuladoras de políticas públicas nos municípios brasileiros. Neste sentido, analisam se a corrupção baseada em auditorias governamentais aleatórias, e a contratação de funcionários públicos sofre impacto do sexo do prefeito. Usando um desenho de regressão descontínua em disputas eleitorais acirradas, mostraram que as prefeitas têm menos probabilidade de se envolver em corrupção. Os autores apontaram que os prefeitos do sexo masculino são mais propensos a aumentar emprego público temporário, especialmente durante o ano eleitoral, um sinal de mecenato eleitoral. Além disso, os prefeitos do sexo masculino atraem mais contribuições de campanha quando se candidatam à reeleição.

Neste sentido, essa dissertação se diferencia dos demais trabalhos ao verificar se o prefeito ter declarado ao TSE ser um profissional de saúde influencia no valor despendido no gasto em saúde.

Como pode ser notado na tabela, embora a diversificação nas unidades de análise, no uso das variáveis dependentes e independente, bem como nas técnicas estatísticas adotadas, percebe-se que, em conjunto, as pesquisas apresentam um cenário onde há uma ausência de consenso nos estudos acerca do impacto da política sobre os resultados das políticas públicas em âmbito local. Em alguns trabalhos, a variável política de interesse exerce influência, em outras não. Conseqüentemente, por meio dessas bibliografias não é possível afirmar de forma definitiva e nem prover generalizações de que a dinâmica política determina os desempenhos dos governos subnacionais no país. Desta forma, não há um consenso relativo ao assunto na literatura brasileira, por isso existe uma necessidade de progredir teoricamente neste sentido no Brasil, esta dissertação pretende contribuir neste sentido.

O trabalho parte da premissa de que o modelo analítico adequado para explicar o grau de esforço com a provisão de políticas sociais, neste caso o gasto na saúde, deve levar em consideração as relações entre motivações de atores relevantes, e fatores político-institucionais e socioeconômicos existentes.

A justificativa para a ênfase nessas relações, se baseia no fato de que o elemento racional do político que operacionaliza tal ação é um pré-requisito de qualquer definição de políticas públicas. Pressupondo que elas não envolvem apenas contexto e estrutura federativa, mas também conexão com aquele que está à frente da máquina do estado. Sendo assim, supõem-se então que quem decide sobre as políticas públicas, sejam eles legisladores ou prefeitos, respondem a incentivos e constrangimentos, inclusive políticos, que em última instância tendem a moldar as alternativas de tomada de decisão.

A dissertação vincula-se com a corrente teórica que busca explicitar os mecanismos causais capazes de definir os contextos ideológicos e institucionais. Em que governos ampliam ou reduzem o gasto social, e também em quais condições o comportamento governamental é rebatimento direto de alterações econômicas e sociais. (SANTOS; BATISTA; DUTT-ROSS, 2018, p. 684). Parte-se do postulado teórico de que o gasto em saúde sofre influência de variáveis políticas, e esse grau de interferência varia de acordo com as características institucionais, e socioeconômicas dos municípios. Dito de outra forma, os efeitos dos fatores políticos sobre o gasto em uma política social estão fortemente relacionados ao contexto existente. Isto é, o fator político varia de acordo com as condições culturais, políticas e sociodemográficas da unidade de análise, neste caso das prefeituras. Os resultados empíricos que serão coletados com os testes das hipóteses deste trabalho buscam, justamente, contribuir com este debate.

CAPÍTULO 3. OS IMPACTOS POLÍTICOS SOBRE O GASTO MUNICIPAL PRÓPRIO EM SAÚDE

3.1. O modelo analítico ²⁶

Para alcançar o objetivo pretendido na dissertação e responder à pergunta de pesquisa, adotou-se nesse trabalho o método quantitativo. A pesquisa se inspira em esforços anteriores que possuem objetivos semelhantes (CAVALCANTE, 2012; RIBEIRO, 2005). Como abordado no capítulo anterior, Ribeiro (2005) investigou o impacto dos partidos nas políticas sociais municipais, mais especificamente, sobre o gasto na educação e cultura, saúde e saneamento, habitação e urbanismo e assistência social e previdência. Enquanto que Cavalcante (2012) estudou a influência de variáveis relativas ao sistema político (competição eleitoral; fragmentação do legislativo; base do executivo na Câmara dos Vereadores; Ideologia Do Partido do Prefeito; Partido Reeleito) no desempenho dos governos locais na educação, saúde, assistência social, saneamento e habitação.

As unidades de análise são os 5.568 municípios brasileiros e o recorte espacial, aquelas localidades que tiveram prefeitos eleitos em eleições majoritárias em 2004, 2008, 2012 e 2016. Portanto, o recorte temporal vai de 2005 a 2020. Tal recorte se justifica pelo fato de o acervo digital disponibilizar a informação sobre o gasto em saúde a partir do primeiro ano citado.

Durante o período da análise, importantes eventos políticos e econômicos com reflexos na arena subnacional ocorreram no Brasil. Destaca-se os governos petistas entre 2003 e 2015, a ascensão econômica do país entre 2008 e 2013, o início e o aprofundamento de uma crise financeira em 2015, o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff concretizado em 2016, a subsequente ascensão da direita e o processo da Operação Lava jato que, de certa forma, perpetuam-se atualmente. Dentro deste contexto, as análises levam em conta cada legislatura de forma separada, de modo a não

²⁶ Deixo registrado um agradecimento especial aos professores Vitor Peixoto (Link: lattes.cnpq.br/4676437210734787), Steven Ross (Link: lattes.cnpq.br/2970110332151340) e Vinicius Israel (Link: lattes.cnpq.br/6305743866339870) que foram fundamentais para o desenvolvimento da parte metodológica desta dissertação.

perder de vista os eventos elencados, como também para averiguar se a influência política se modifica de acordo com a legislatura em discussão.

A Emenda Constitucional número 29 estabeleceu que 15% das receitas próprias municipais precisam ser aplicadas em ações e serviços de saúde (ASPS)²⁷. A lei definiu recursos próprios como aqueles advindos de duas fontes, das tributações diretas dos municípios e das transferências intergovernamentais obrigatórias da união e dos Estados. Desse montante, ao menos, 15% devem ir para o setor. Mesmo na existência de mínimo constitucional, nessa parte do orçamento há uma maior discricionariedade de atuação dos prefeitos quando comparada as parcelas que são oriundas das transferências condicionadas de outros entes federados, principalmente, da união. Ou seja, o trabalho tem como foco a fatia das despesas municipais em saúde²⁸ que foram pagas com a parte das receitas municipais onde existe uma maior liberdade de atuação dos prefeitos.

Como dito anteriormente, pesquisas anteriores apontaram para existência de diferenças nos valores aplicados na saúde com recursos próprios municipais. A questão analítica aqui é compreender se fatores políticos se apresentam também como pontos explicativos para a variação de tais montantes. O intuito do trabalho é compreender o impacto de variáveis políticas sobre as despesas em saúde. Neste sentido, a variável dependente, ou seja, aquela a ser explicada, corresponde à média da despesa com saúde paga com recursos próprios municipais, *per capita*, para cada legislatura. Pretende-se, assim, notar o empenho dos prefeitos na saúde dentro de cada legislatura. A referida informação foi colhida a partir do acervo digital do ministério da saúde – DATASUS.

A maioria dos trabalhos que buscam captar as marcas administrativas de um político em uma dada política pública esbarra em dificuldades e limitações para operacionalizar o esforço empenhado. Neste sentido, existe uma série de problemas metodológicos para medir a dedicação financeira de prefeitos no gasto em saúde.

Um dos fatores é de natureza orçamentária dos municípios brasileiros. Como apontado anteriormente, as despesas com recursos próprios advêm da arrecadação

²⁷ Considera-se como despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes” (Lei Complementar nº 141, 2012).

²⁸ Interpreta-se despesas como aquelas liquidadas e pagas, as que foram empenhadas e não liquidadas, inscritas em resto a pagar até o limite da disponibilidade de caixa ao final do ano.

própria e das transferências constitucionais legais, devido a multiplicidade de prefeituras existentes há aquelas com robustas parcelas de arrecadação própria, enquanto outras que são quase dependentes por completo das transferências diretas dos demais entes para o financiamento de uma política social. Essa situação limita a capacidade dos prefeitos de imporem os seus critérios financeiros prioritários no que se refere às ações públicas.

Outro fator complicador tem a ver com uma característica atual do sistema único brasileiro, que são os impactos fiscais do processo de judicialização da saúde. Fato que acontece quando por uma decisão judicial obriga o poder executivo a fornecer medicamentos, insumos, equipamentos e cirurgias para determinado cidadão ou um grupo deste (BUÍSSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018, p. 15).

Neste aspecto, os juízes tendem a desconsiderar o impacto orçamentário de suas decisões e entendem que todos os entes da federação podem ser igualmente responsabilizados pelo fornecimento de qualquer item pedido pelo paciente. Em âmbito municipal, tais decisões chegam de forma inesperadas nos instrumentos de gestão financeira dos ordenadores de despesas, visto que quando na elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), não há o conhecimento acerca das ações judiciais em tramitação ou que tramitarão em matéria de saúde pública (BUÍSSA; BEVILACQUA; MOREIRA, 2018, p. 20).

No município de São Paulo, por exemplo, Wang *et al* (2014) analisaram a compra de medicamentos e insumos sem licitação pela Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com as estimativas, o gasto do município com judicialização da saúde em 2011 é o equivalente a 6% do que o município gastou com sua política de assistência farmacêutica e 10% do total gasto com fornecimento de medicamentos e material hospitalar, ambulatorial e odontológico. Cerca de 45% são destinados à tratamentos não contemplados pelo SUS (WANG et al., 2014, p. 1200).

Neste sentido, em um cenário hipotético, a judicialização pode resultar numa medida extraordinariamente de esforço do prefeito de um partido que talvez não tenha o interesse político desprender tal quantia na saúde, mas assim o faz por obrigação de outro poder. Ou seja, neste caso hipotético o esforço vem de um ordenamento financeiro do judiciário e não de uma motivação política.

Sobre as variáveis independentes, portadoras de um possível teor explicativo, o trabalho conta com um conjunto de quatro dessas, todas coletadas por meio do repositório do TSE. Uma questão clássica dos estudos em ciência política é aquela que faz a seguinte indagação: partidos políticos importam? Parte-se da premissa de que partidos políticos na democracia brasileira têm projetos distintos, por isso, quando no governo, adotam políticas públicas de acordo com suas visões de Estado, sociedade e justiça social, reiterando a eficácia da democracia (RIBEIRO, 2005). Ligado a essa tradição têm-se a primeira variável independente: a) o partido político do prefeito. Essa consiste na identificação da sigla do prefeito eleito nas eleições majoritárias de 2004, 2008, 2012 e 2016. A informação foi categorizada em uma variável que destaca os dez partidos que conquistaram o maior número de prefeituras em cada eleição, os demais partidos entraram em uma categoria chamada outros²⁹. Neste contexto, a instrumentalização dessa variável permite analisar se existe uma interferência partidária significativa que permeia a tomada de decisão no financiamento da saúde municipal. Busca-se sanar a seguinte questão: faz diferença no volume financeiro despendido na saúde se o chefe do executivo local pertence a um determinado partido?

O Partido dos Trabalhadores (PT), como em outros trabalhos (MOREIRA, 2016; RIBEIRO, 2005), é tratado de forma particular, devido ao seu peso histórico e a sua ligação com o espectro político à esquerda³⁰. Espera-se detectar uma relação de sinal positivo entre o PT e o gasto com saúde pagos com recursos próprios municipais.

De forma complementar, a dissertação faz um esforço para relacionar o aspecto ideológico do prefeito eleito e o seu comportamento financeiro ao manejar o SUS. Neste sentido, os partidos foram classificados em três categorias: esquerda, centro e direita. A pretensão aqui é a de verificar se a ideologia impacta o comportamento do custeio da saúde. Para tal, usou-se a classificação realizada por Bolognesi e *et al* (2021).

Os autores classificaram os partidos brasileiros por meio de um *survey* aplicado aos associados da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP) em 2018, em que os entrevistados categorizaram os trinta e cinco partidos políticos no eixo esquerda-

²⁹ Um postulado *a priori* da pesquisa é que o prefeito vencedor das respectivas eleições não muda de partido político ao longo da legislatura.

³⁰ É esperado que partidos políticos alocados à esquerda sejam mais favoráveis a adoção de PP relacionadas ao Welfare State, aquelas nas quais o Estado tem papel preponderante na dinâmica econômica e na provisão de direitos fundamentais (Scheeffter, Faveri, de e Silva Junior, da, 2020, p.5).

direita numa escala espacial de zero a dez. A escala foi dividida de modo que partidos que tiveram média ideológica entre 0 e 1,5 foram classificados como de extrema-esquerda; os que pontuaram de 1,51 a 3, como esquerda; de 3,01 a 4,49 como legendas de centro-esquerda; entre 4,5 e 5,5 de centro; valores entre 5,51 e 7 como sendo de centro-direita; 7,01 a 8,5 foram classificados como de direita e; por fim, partidos que pontuaram na média entre 8,51 e 10, como extrema-direita (BOLOGNESI; RIBEIRO; CODATO, 2021):

Tabela 07. Posição Ideológica dos Partidos Políticos

Partido	Média	Posição Ideológica
PSTU	0,51	Extrema-esquerda
PCO	0,61	Extrema-esquerda
PCB	0,91	Extrema-esquerda
PSOL	1,28	Extrema-esquerda
PCdoB	1,92	Esquerda
PT	2,97	Esquerda
PDT	3,92	Centro-esquerda
PSB	4,05	Centro-esquerda
Rede	4,77	Centro
PPS	4,92	Centro
PV	5,29	Centro
PTB	6,1	Centro-direita
Avante	6,32	Centro-direita
SDD	6,5	Centro-direita
PMN	6,88	Centro-direita
PMB	6,9	Centro-direita
PHS	6,96	Centro-direita
MDB	7,01	Direita
PSD	7,09	Direita
PSDB	7,11	Direita
Podemos	7,24	Direita
PPL	7,27	Direita
PRTB	7,45	Direita
Pros	7,47	Direita
PRP	7,59	Direita
PRB	7,78	Direita
PR	7,78	Direita
PTC	7,86	Direita
DC	8,11	Direita
PSL	8,11	Direita
Novo	8,13	Direita
Progressistas	8,2	Direita
PSC	8,33	Direita
Patriota	8,55	Extrema-direita
DEM	8,57	Extrema-direita

Fonte: Elaboração do autor. Baseado em Bolognesi *et al* (2021).

Para facilitar a visualização gráfica, como também, sobre o ponto de vista do objetivo de se classificar partidos nesta dissertação, aqueles com a média das notas de 0 a 4,49 foram considerados de esquerda, enquanto aqueles com a pontuação 5,51 até 10 foram considerados de direita. A tabela a seguir ilustra a ideologia dos mandatários locais durante o período estudado:

Tabela 8. Posição ideológica do partido eleito nas eleições municipais

Ideologia	2004	2008	2012	2016
Centro	362	204	225	229
Direita	4261	4091	3901	4215
Esquerda	898	1261	1441	1077

Fonte: Elaboração dos autores. TSE.

Uma questão importante é analisar o peso de demais fatores políticos. Será que a dinâmica existente entre instituições políticas implica no constrangimento ou na estimulação do gasto em saúde? A segunda variável deste trabalho está ligada a esse aspecto. Refiro-me à variável *b*) se o prefeito eleito possui maioria legislativa. A variável identifica se os partidos da coligação eleitoral que elegeu o prefeito contêm 50% ou mais das cadeiras na Câmara Municipal. A premissa teórica por trás desta é que governos majoritários possuem uma maior capacidade de impor a sua agenda de políticas públicas. Em âmbito nacional, Cavalcante (2013) investigou quais foram os efeitos da dinâmica política sobre o desempenho das prefeituras brasileiras. Em outras palavras o autor analisou o que impacta o desempenho dessas unidades federativas, mensurados por indicadores de eficiência relativa nas áreas de educação, saúde e assistência social. Uma de suas variáveis independentes foi justamente a base do

Executivo na Câmara de Vereadores. Como resultado, o trabalho apontou que a base do prefeito exerce influência sobre a eficiência administrativa das prefeituras na saúde e na assistência social (Cavalcante 2013, p. 1584). Neste sentido, espera-se encontrar uma relação positiva entre ter maioria legislativa e o gasto com saúde com recursos próprios municipais.

A terceira variável independente é *c*) se o prefeito pode tentar a reeleição. A variável diz se o mandatário está em seu primeiro ano de mandato, ou seja, se o mesmo pode tentar alçar mais quatro anos de governo. O ponto é que mandatários com essa possibilidade, atuando racionalmente, com a pretensão de conseguir um segundo mandato, despendem um maior volume de recursos financeiros em políticas públicas ao longo de seu governo (CAVALCANTE, 2016; NOVAES E MATTOS, 2010). Neste sentido, espera-se encontrar uma relação positiva entre capacidade de reeleição e o gasto com saúde com recursos próprios municipais.

Por fim, a quarta e última variável identifica *d*) se o prefeito possui a profissão ligada a área da saúde. A referida variável indica se o prefeito declarou ao TSE uma ocupação voltada ao campo da saúde, como, por exemplo, ser médico, sanitarista ou enfermeiro. Atualmente têm-se uma linha de discussão que investiga as possíveis relações existentes entre características individuais do político e os resultados, em termos de políticas públicas, gerados por seu governo (HESSEL *ET AL.*, 2020). Dentro deste aspecto, com essa variável, busca-se a compreensão dos possíveis reflexos de ter um prefeito ligado à área da saúde no volume gasto para o pagamento de despesas na referida área. Espera-se que haja uma relação positiva entre esses dois indicadores.

Com relação ao calendário eleitoral, Crispim *et al* (2021) apontam que é mais provável que haja uma ampliação do gasto público no Brasil em função da proximidade das eleições do que em razão partidária. Estudos como o apontado conversam com a teoria dos ciclos eleitorais, teoria que indica que fatores políticos influenciam o comportamento das variáveis econômicas. Basicamente sustentam que um governante possui fortes estímulos para alterar suas estratégias econômicas em anos eleitorais com o objetivo de aumentar a probabilidade da manutenção do seu poder.

Na literatura clássica, ao menos, duas correntes interpretativas chamam atenção, uma liderada pelo autor Nordhaus, outra pelo Hibbs. No primeiro caso, a obtenção do

poder é a principal motivação dos partidos políticos, neste aspecto esses são orientados, sempre, em praticar estratégias para se manterem no cargo. Nesta linha de raciocínio, os governos, independentes de sua clivagem ideológica, assumem um comportamento no que se refere às políticas públicas motivados por intenções eleitorais. Enquanto que os eleitores orientam a direção do seu voto pela experiência passada, sobretudo ao último ano de mandato do governo, o chamado voto retrospectivo (1975 apud Nordhaus, BATISTA 2006. p. 35). Os partidos, então, manipulam os instrumentos de políticas econômicas antes das eleições a fim de obter um bom resultado econômico a curto prazo, com o objetivo de manter-se no poder (1977 apud Hibbs, BATISTA 2006. p. 36).

No segundo caso, Hibbs, aponta que a preferência por políticas possui relação com os programas dos partidos políticos no poder. Neste aspecto, as prioridades econômicas são, às vezes, afetadas pelo calendário eleitoral, mas dependem de forma mais sistemática da orientação política do partido na presidência (1977 apud Hibbs, BATISTA 2006. p. 37). Ou seja, enquanto a tese defendida pelo o primeiro autor aponta que todos os partidos agirão estrategicamente no ano eleitoral para obter a permanência no poder, a tese do segundo, o Hibbs, diz que essa direção depende da coloração ideológica dos partidos.

Segundo Klein (2010, p. 284), os governantes podem atuar para que se tenha o aumento dos gastos públicos, do emprego e a redução de impostos. Dentro deste aspecto, o presente trabalho tem como um objetivo lateral averiguar o "peso" do ano em que ocorre as eleições municipais no gasto com saúde. Busca-se analisar descritivamente se prefeitos modificam o *modus operandi* de despender recursos financeiros nos momentos finais do seu governo.

Os municípios brasileiros são marcados pelas suas heterogeneidades endógenas. Dependendo do recorte utilizado, dificilmente podem ser identificados como semelhantes em um único grupo. Nota-se uma enorme diferença no que se refere às finanças, a cultura, a capacidade burocrática e a demografia. As prefeituras possuem também atribuições diferentes dentro do processo de operacionalização do SUS. Tem aquelas responsáveis pela disponibilidade de serviços hospitalares de alta e média complexidade que muitas das vezes engloba cidadãos de outras cidades, enquanto outras

prestam serviços ambulatoriais quase exclusivamente ao seus municípios (MENICUCCI E MARQUES, 2016).

Por este fato, o trabalho utiliza um conjunto de variáveis de controle durante a pesquisa. O intuito é perceber em quais medidas a multiplicidade existente entre os municípios condicionam os incentivos e os constrangimentos ao comportamento das variáveis políticas estudadas. O conjunto é formado por características demográficas, financeiras e institucionais próprias do Sistema Único de Saúde dos municípios brasileiros. São elas: a região em que o município está localizado; seu tamanho populacional; a dependência financeira de transferência da união; se o mesmo se situa em uma o PIB *per capita*; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na dimensão da longevidade; a indicação se a prefeitura é polo de uma região de saúde; e a indicação se o município se situa em uma região urbana. Todas as informações estão reunidas na tabela a seguir.

Tabela 09. Variáveis que serão utilizadas na pesquisa

Variável Dependente	Informação	Fontes
Média da despesa própria com saúde, <i>per capita</i>	Média da despesa própria com saúde declarada pelos municípios ao Siops, por habitante. Para cada ciclo eleitoral analisado	SIOPS
Variáveis Independentes		
Partido político do(a) prefeito(a)	Indica o partido do(a) prefeito(a) eleito(a) nas eleições municipais de 2004, 2008, 2012 e 2016. A variável destaca os 10 partidos que conquistaram o maior número de prefeituras em cada eleição, os demais partidos políticos entram em uma categoria chamada outros.	TSE
Maioria Parlamentar	Indica se os partidos da coligação eleitoral que elegeu o prefeito contêm 50 por cento ou mais das cadeiras na Câmara Municipal.	TSE
Capacidade de reeleição	Indica se o prefeito está no primeiro mandato.	TSE
Prefeito ligado a área da saúde	Indica se o prefeito declarou ocupar uma profissão ligada a área de saúde.	TSE
Variáveis de Controle		
Região	Indica a região do município, segundo a divisão regional do IBGE.	IBGE
Porte populacional do município	Classifica os municípios em sete categorias de porte populacional: até 5 mil hab; entre 5 e 10 mil hab; entre 10 e 20 mil hab; entre 20 e 50 mil hab; entre 50 e 100 mil hab; entre 100 mil e 500 mil hab; e mais de 500.000 mil hab.	IBGE
PIB municipal, <i>per capita</i>	Indica a soma de todos os bens e serviços produzidos no município em um determinado ano, <i>per capita</i> .	IBGE
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na dimensão da longevidade	Indica o Índice de Desenvolvimento Humano do município na dimensão da longevidade .	IPEA
Dependência financeira de transferência da União	O percentual da receita total do município advinda de transferência da União.	SIOPS
Município Polo de uma região de saúde	A variável indica se o município é um município polo de uma região de saúde.	Plano de Regionalização da saúde de cada Estado
Município Urbano	Indica se o município é urbano ou não.	IBGE

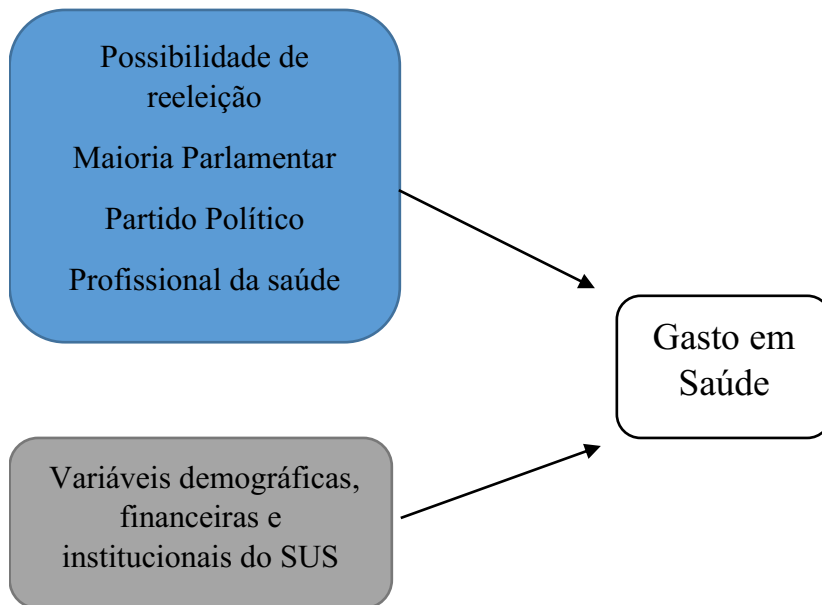
Fonte: Elaboração própria.

As informações foram agrupadas em um único banco de dados, construído e manuseado a partir da utilização do software livre RStudio. Com a pretensão de tornar os resultados replicáveis, segue o link para o repositório online onde estão os *scripts* com todas as etapas da construção dos resultados da pesquisa: <github.com/jgabrielrpl/dissertacao_aberto_2022>. No que diz respeito às métricas analíticas, em um primeiro momento, usa-se métodos estatísticos descritivos como medidas de tendência central e de dispersão. Neste aspecto, são realizados também análises de séries temporais para detectar a variabilidade das despesas em saúde ao longo de todo período, e dentro de cada uma das quatro legislaturas.

Contudo, sabe-se que para aferir a relação de causalidade nas ciências humanas é necessário ponderar e investigar, simultaneamente, os efeitos de mais de uma variável sobre aquilo que queremos explicar, neste caso, o gasto próprio em saúde *per capita*. Por isso, é necessário escolher um modelo econométrico adequado às características da variável dependente e que satisfaça as aspirações pretendidas na pesquisa.

Dentro deste aspecto, optou-se pelo modelo recorrente na ciência política brasileira em estudos similares ao do presente trabalho, trata-se do modelo de regressão linear múltiplo com estimação com Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) (FIGUEIREDO FILHO *et al.*, 2011). A referida técnica estatística é usada para compreender a relação entre uma única variável dependente (a média das despesas com saúde pagas com recursos próprios municipais, *per capita*) e múltiplas variáveis independentes (as quatro variáveis políticas e o conjunto de variáveis de controle). Os modelos obedecem à seguinte estrutura:

Figura 06. Esboço da estrutura dos modelos estatísticos



Fonte: Elaboração própria.

3.1.1 Hipóteses do trabalho

No total, a pesquisa conta com cinco hipóteses centrais. Cada qual ligada a uma determinada variável independente, quais sejam:

Hipótese 1. O gasto em saúde é maior em governos do Partido dos Trabalhadores (PT).

Hipótese 2. O gasto em saúde é maior em municípios onde os prefeitos possuem maioria parlamentar.

Hipótese 3. O gasto em saúde é maior em prefeituras que o mandatário local possui a possibilidade de reeleição.

Hipótese 4. O gasto em saúde é maior em prefeituras lideradas por prefeitos ligados à área da saúde.

Hipótese 5. O gasto em saúde é maior em prefeituras lideradas por políticos de esquerda.

Os sinais esperados para os coeficientes das variáveis explicativas e de controle encontram-se nas duas tabelas abaixo:

Tabela 10. Relação das variáveis utilizadas e os efeitos esperados sobre o gasto municipal próprio em saúde

Variáveis políticas	Sinal esperado	Variáveis de controle	Sinal esperado
Partido dos Trabalhadores (PT)*	+	Região	+
Partidos de Esquerda	+	Porte populacional do município	-
Prefeito ligado a área da saúde	+	PIB municipal, <i>per capita</i>	+
Capacidade de reeleição	+	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) na dimensão da longevidade	+
Majoria Parlamentar	+	Município Polo de uma região de saúde	+
		Dependência financeira de transferência da União	-
		Município Urbano	+

Fonte: Elaboração própria.

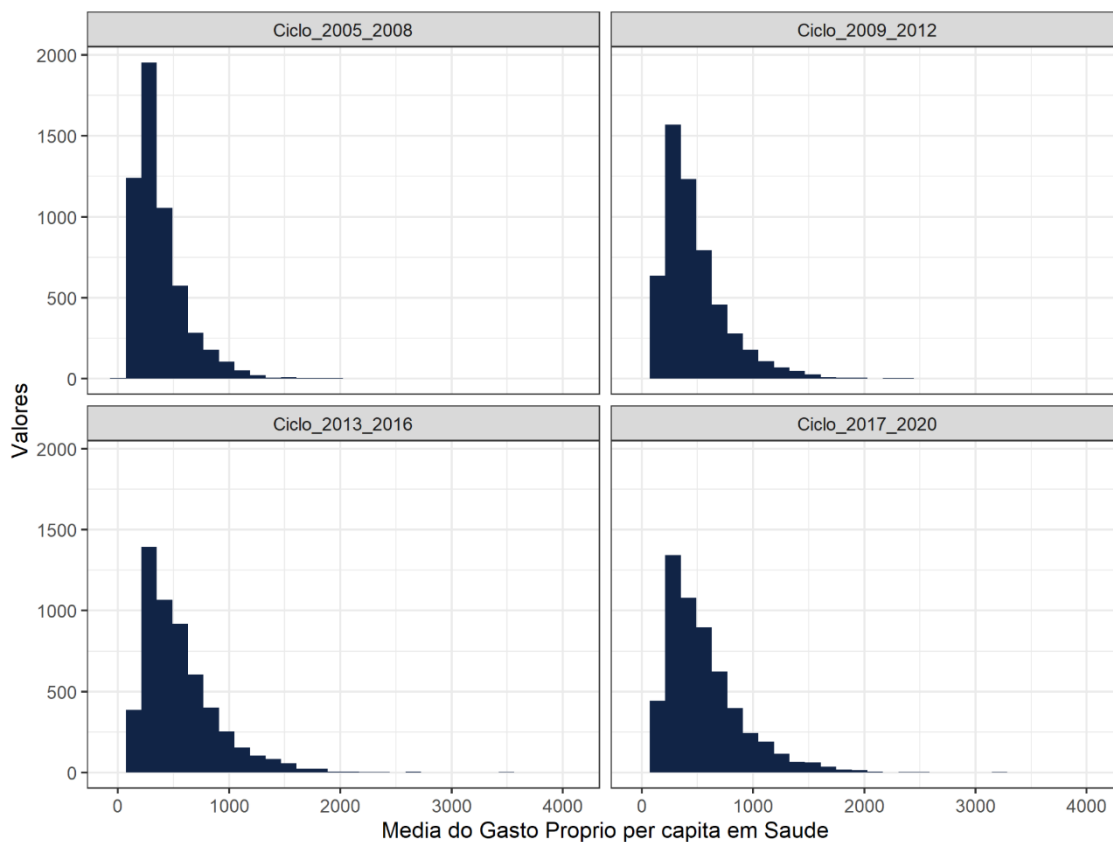
3.2. Resultados

Esta seção possui a função de descrever como o financiamento municipal da saúde se relaciona com a política local. Sobre o ponto de vista dos instrumentos estatísticos, de modo inicial são demonstradas análises descritivas bivariadas, enquanto que em período posterior apresentam-se os modelos multivariados. Essa encontra-se dividida em duas partes. Na primeira, o gasto em saúde é explorado de acordo com as questões relacionadas à demografia do país; na segunda, a relação é feita de acordo com os aspectos políticos selecionados.

3.2.1. O gasto próprio em saúde sob o ponto de vista demográfico

As visualizações gráficas apresentadas a seguir foram elaboradas com base nos quatro ciclos eleitorais realizados entre 2005 e 2020, cada repartição dos gráficos apresenta um desses ciclos: 2005 a 2008, 2009 a 2012, 2013 a 2016 e 2017 a 2020. As esferas azuis no interior dos diagramas de caixa representam as médias do gasto próprio *per capita* em saúde, enquanto que a linha horizontal preta indica a mediana. Esse padrão de visualização é adotado em todos os resultados descritivos bivariados.

Gráfico 07. Histograma da média do gasto próprio *per capita* em saúde de acordo com a legislatura

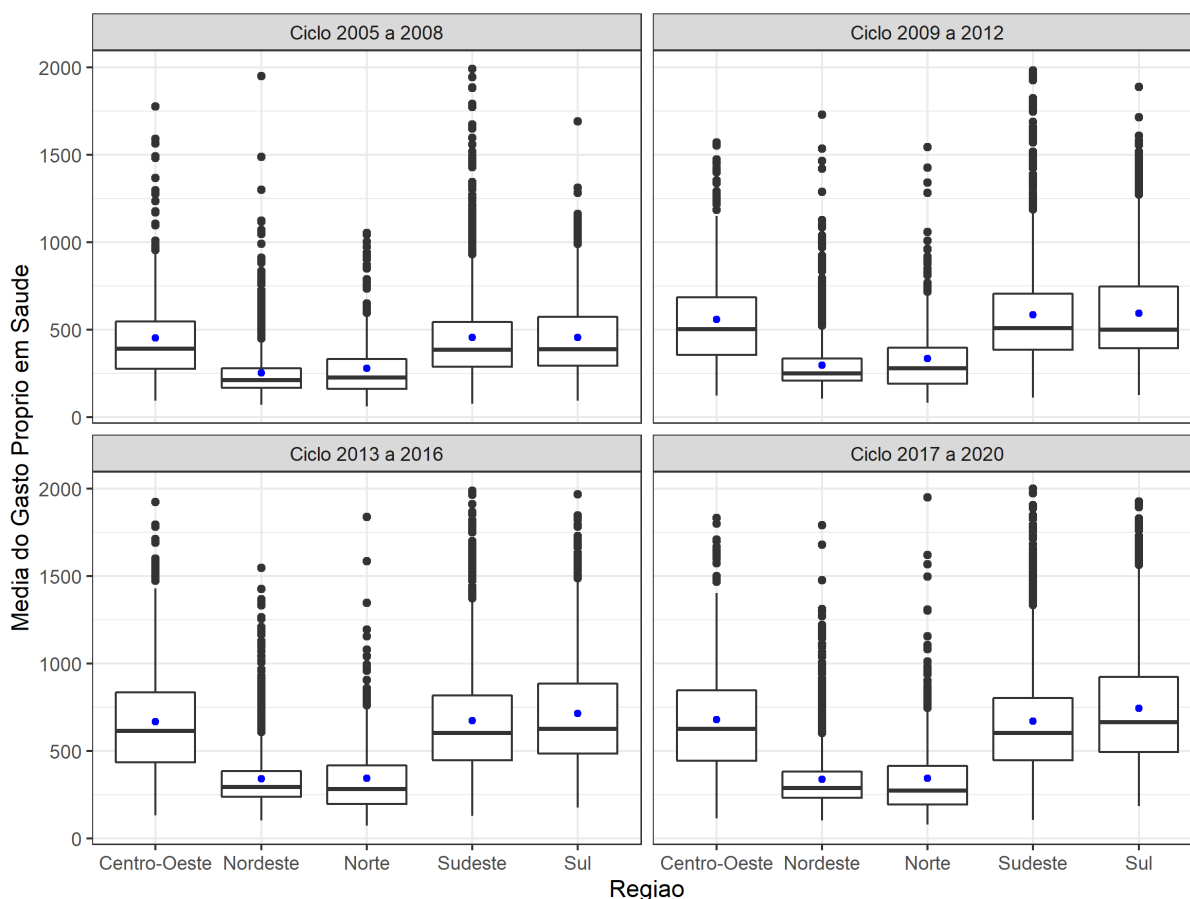


Fonte: Elaboração própria. DATASUS. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021.

O gráfico 7 ilustra o histograma da variável de interesse desta dissertação, ele ajuda a entender o comportamento do gasto em saúde durante todo o período analisado de acordo com os ciclos eleitorais. Observa-se, então, que durante as legislaturas existe uma alta concentração de casos nos valores entre 200 e 500 reais *per capita*. Nestas faixas de valores, é possível encontrar uma concentração significativa dos municípios. A relação entre número de municípios e o aumento do gasto é inversa, isto é, há uma tendência em diminuir a quantidade de municípios de acordo com o aumento da média do gasto próprio. Há poucos municípios que aplicam entre 1.500 e 2000 reais *per capita* na saúde.

Sobre o ponto de vista destacado nesta subseção, o Brasil possui inúmeras diferenças entre as suas regiões quando o assunto é a provisão de políticas públicas. Esta é um ponto marcante quando se debruça nos gastos em saúde. O gráfico a seguir demonstra este aspecto, visto que possui o objetivo de ilustrar como os recursos na saúde são aplicados pelas prefeituras de acordo com as regiões. Embora não seja o foco principal desta pesquisa, conhecer tais contrastes regionais é algo fundamental para a interpretação dos posteriores achados empíricos.

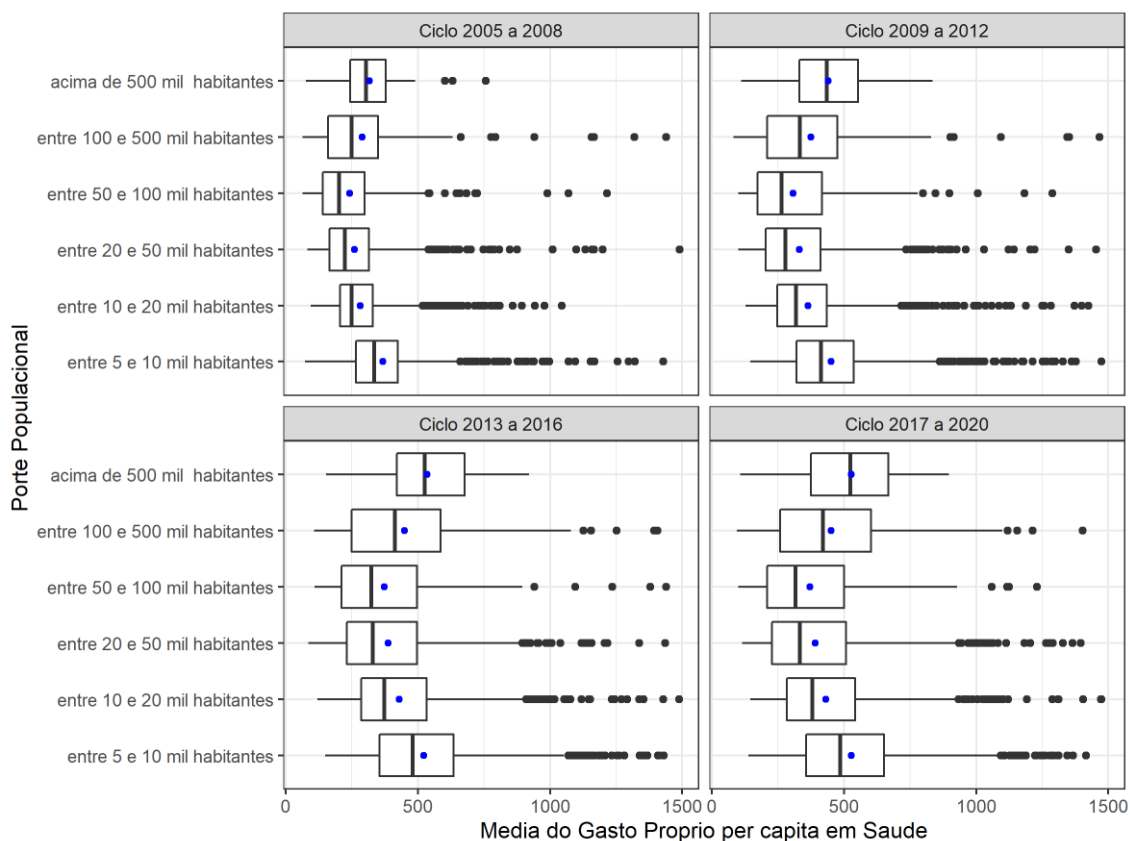
Gráfico 08. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo as regiões do país, de acordo com a legislatura



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

Os dados apresentam um cenário no qual há uma grande diferença no custeio da saúde entre os municípios segundo a sua localização geográfica. As maiores quantias são visualizadas na região sudeste, centro-oeste e sul. No nordeste e no norte concentram-se as prefeituras que, em regra, aplicam menores volumes em comparação as demais regiões. A diferença de gasto *per capita* chega a ser de 200 reais ao se comparar a região que se gasta menos (norte) com aquela que se gasta mais (sudeste), situação visualizada em todas as legislaturas. É importante apontar que os volumes são superiores justamente nas regiões economicamente ativas, ou seja, aquelas portadoras de grandes fatias financeiras.

Gráfico 09. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo o porte populacional do município, de acordo com a legislatura



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

Outro aspecto demográfico que, segundo a bibliografia, incide influência no gasto em saúde é o tamanho populacional do município. O gráfico 9 explora essa situação. É possível analisar que nas prefeituras de pequeno porte os valores são expressivamente maiores, principalmente, naquelas com população inferior a 5 mil habitantes. Entre cinco e dez mil habitantes, o gasto médio em saúde diminui até o porte populacional de cem mil habitantes e torna a crescer entre os municípios com mais de quinhentos mil. É possível encontrar esta dinâmica em todos os ciclos eleitorais.

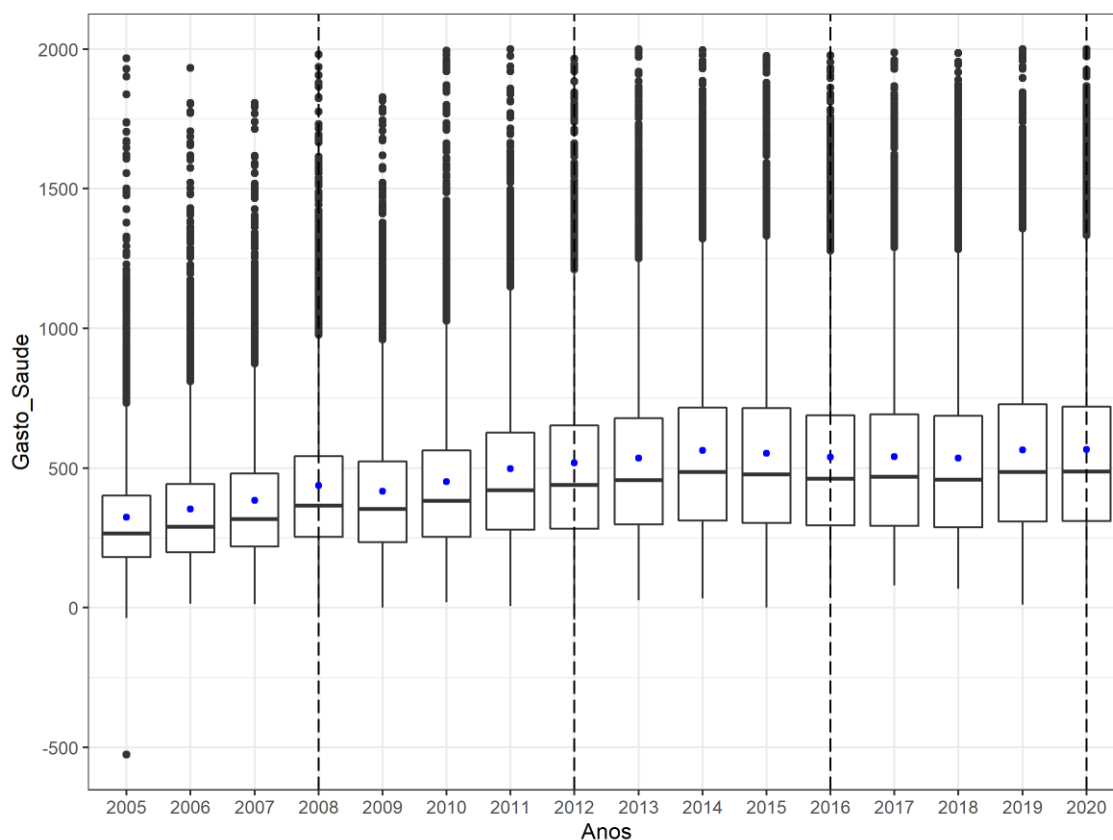
Dessa forma, os dois os resultados apresentados caminham na direção dos achados encontrados por Machado *et al* (2018), a localização geográfica, assim como o

porte populacional são fatores determinantes do volume financeiro que os municípios despendem na saúde. São ilustrados então um cenário heterogêneo no que se refere os valores despendidos em saúde *per capita*, segundo o caráter demográfico.

3.2.2. O gasto próprio em saúde sobre o ponto de vista político

A partir deste momento, a análise se concentra em compreender se o caráter político também contribui para explicar a variação existente no financiamento da saúde. Explora-se, então, se os partidos políticos, a ideologia do partido do prefeito, a profissão (se profissional de saúde), ter a capacidade de renovar o mandato e possuir maioria parlamentar manifesta capacidade explicativa para a variação do gasto com saúde nos municípios.

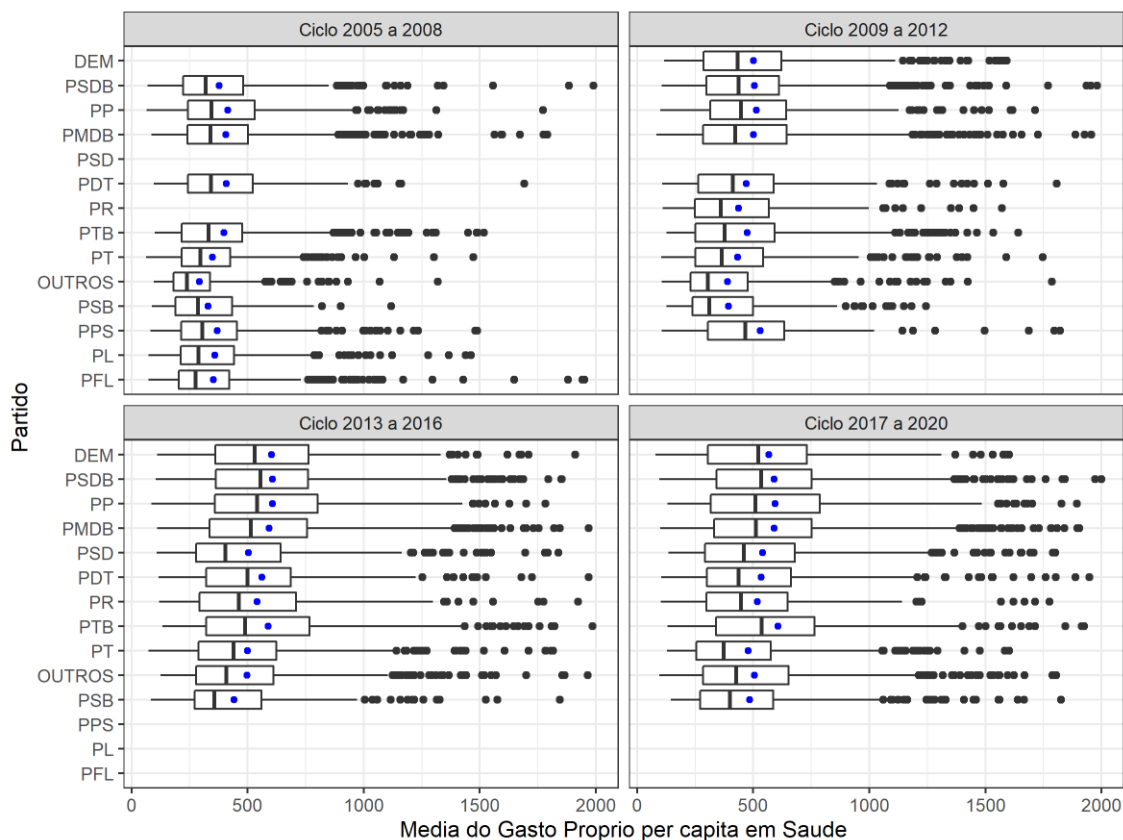
Gráfico 10. Boxplot do gasto próprio *per capita* em saúde segundo de 2005 ao ano de 2015



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

O gráfico 10 apresenta o gasto de forma anual de 2005 ao ano 2020. O objetivo é verificar se em anos eleitorais o volume aplicado de gasto é maior em comparação ao ano anterior. É possível perceber que o cenário apresentado é de tendência crescente, não exibindo relação, ao menos de forma descritiva, com os anos em que ocorrem eleições. Os municípios brasileiros aumentaram os aportes financeiros em saúde de forma quase que sucessiva desde 2005, primeiro ano de análise. Tal situação aparentemente não tem relação com anos em que ocorrem eleições municipais.

Gráfico 11. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo o partido político do prefeito, de acordo com a legislatura



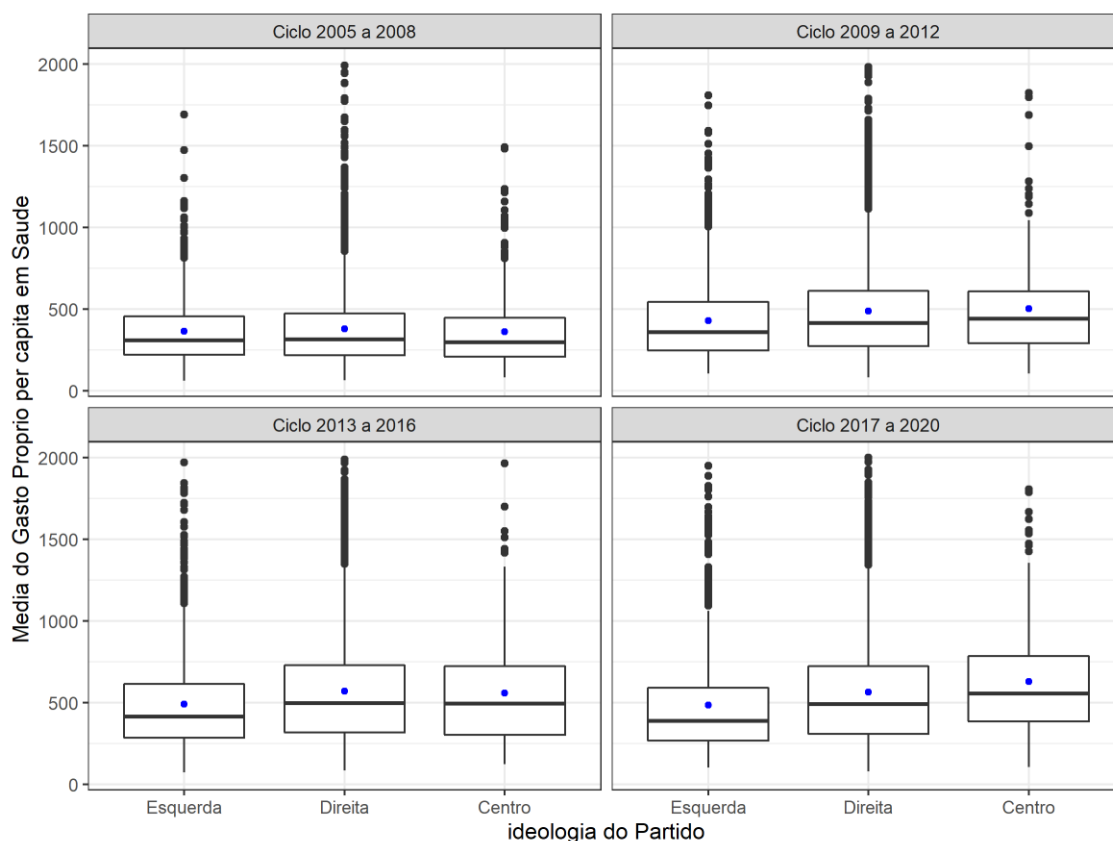
Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

Ao relacionar o gasto em saúde segundo o partido do prefeito eleito em cada legislatura (gráfico 11), é possível encontrar uma certa variação nos valores despendidos de acordo com o partido do prefeito eleito - haja vista a especificidade heterogênea nas regiões e nas faixas populacionais. Ao menos descritivamente, existem variações partidárias no volume empregado com recursos próprios na saúde. Em relação à média, encontra-se uma diferença significativa em todos os ciclos entre os partidos. É interessante notar que a média dos gastos dos prefeitos do PTB é consideravelmente maior em comparação aos prefeitos do PSB no ciclo de 2013 a 2016.

Outro ponto que chama atenção é o comportamento financeiro das prefeituras lideradas pelo PT em comparação aquelas lideradas por partidos tradicionalmente ligados a pensamentos de direita. Em todos os anos, os gastos do PT assumiram um comportamento de serem menores do que os gastos dos prefeitos ligados ao PTB, PP e DEM, por exemplo. Esta situação pode ser vista a partir da média do gasto em saúde do ciclo político dos prefeitos eleitos em 2012.

A relação entre o comportamento ideológico e o gasto com saúde é explorado com maior rigor de detalhe no gráfico a seguir. Tal visualização apresenta os partidos dos prefeitos classificados em esquerda, direita e centro. O objetivo foi o de verificar se o comportamento financeiro no que tange a saúde se modifica de acordo com a ideologia do partido do prefeito.

Gráfico 12. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a ideologia do partido político do prefeito, de acordo com a legislatura

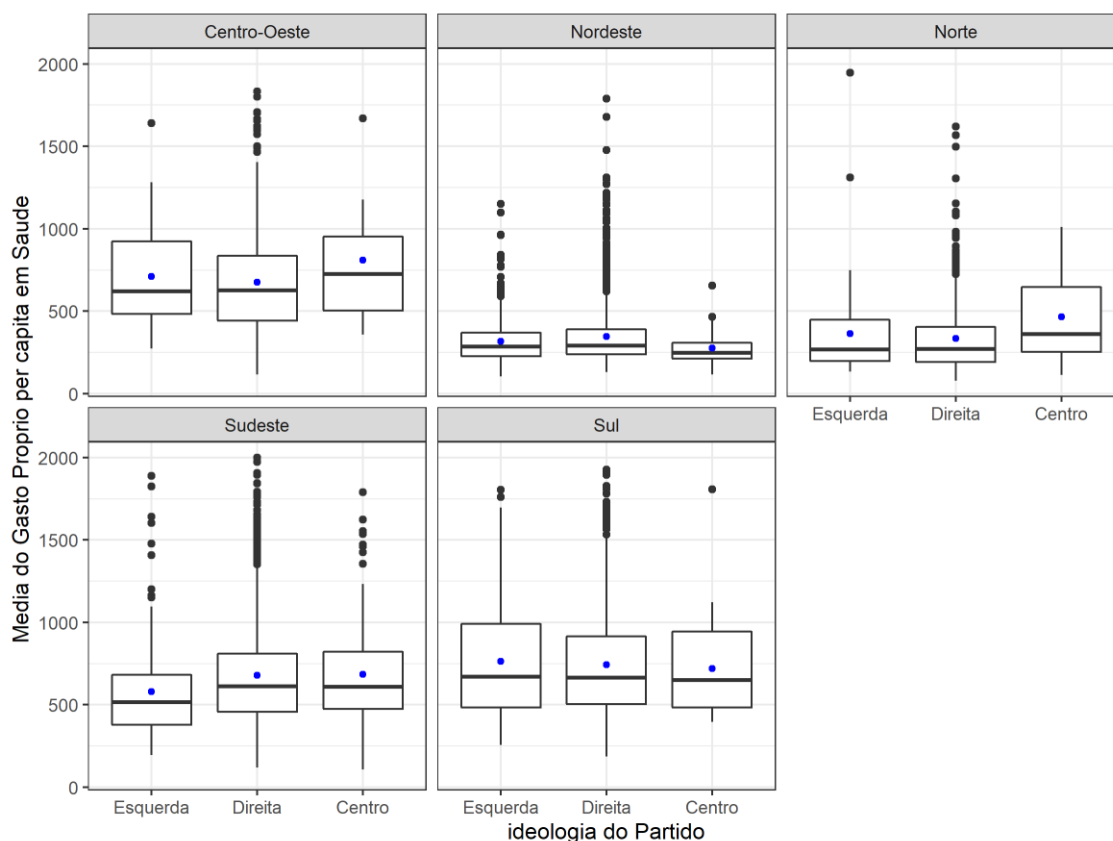


Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

O gráfico 12 ilustra um cenário instigante: quase todos os ciclos eleitorais os partidos de esquerda gastam em média menos em saúde *per capita* em comparação aos de direita e de centro. Este resultado é instigante pois não caminha na direção do comportamento esperado para partidos de esquerda quando se olha a bibliografia especializada, visto que indica que o comportamento desses seria mais expansionista já que possuem suas raízes ligadas a ações relacionadas ao Estado de Bem-estar social. Os gastos dos prefeitos de direita e de centro são semelhantes. É possível encontrar ciclos em que os de centro empregam, em média, maiores valores.

Um outro ponto interessante é notar se as ações financeiras dos prefeitos segundo a sua ideologia variam de acordo com as regiões do país. A indagação que norteou a análise descritiva dessa dimensão foi se haveria possibilidade de prefeitos de esquerda gastarem mais na saúde no nordeste em comparação ao sudeste.

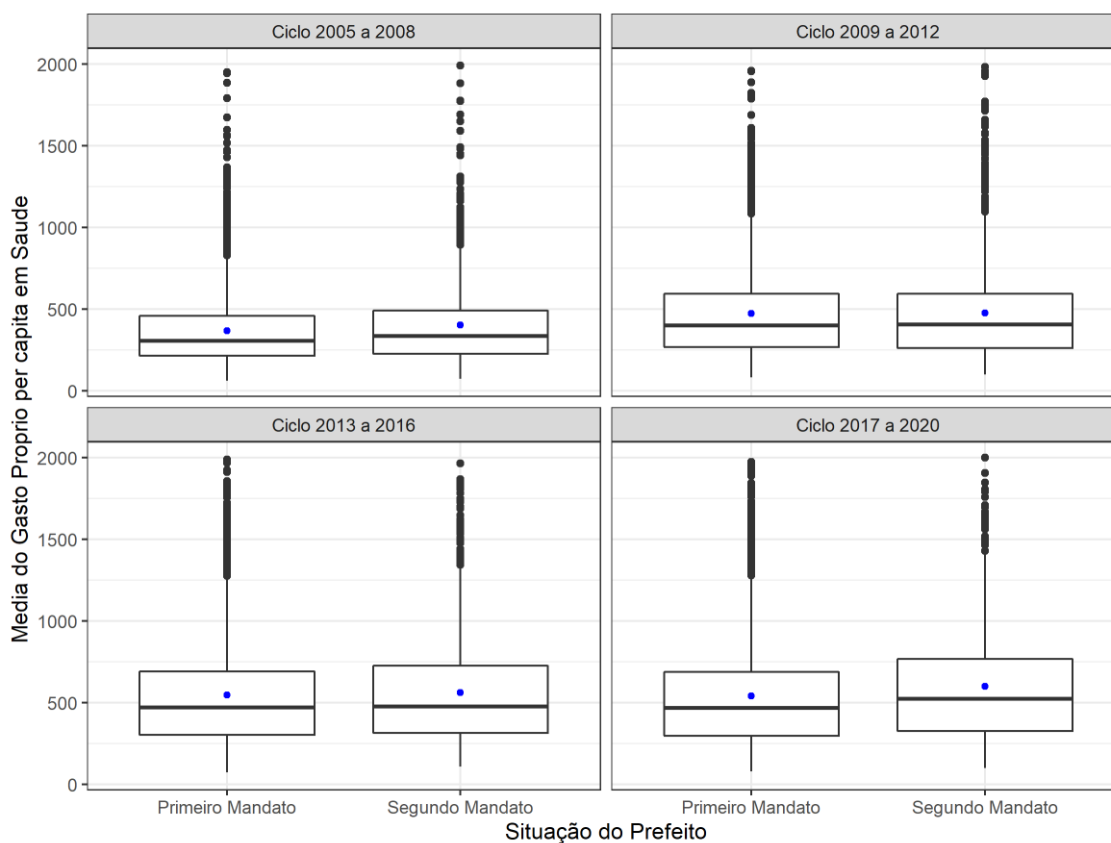
Gráfico 13. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde no ciclo de 2016 a 2020, segundo a ideologia do partido político do prefeito, de acordo com a regiões do país



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

Essa situação é explorada no gráfico 13 em que o gasto com saúde na legislatura dos prefeitos eleitos em 2016 é demonstrado segundo as regiões do país. Em regra, a atuação dos prefeitos de acordo com a sua ideologia política não se altera visto que apresentam uma certa semelhança, tal realidade se modifica quando focamos no sudeste e no norte. No primeiro caso, prefeitos de esquerda gastam valores menores em comparação aos demais, enquanto que no norte, os partidos de centro possuem um padrão financeiro inferior.

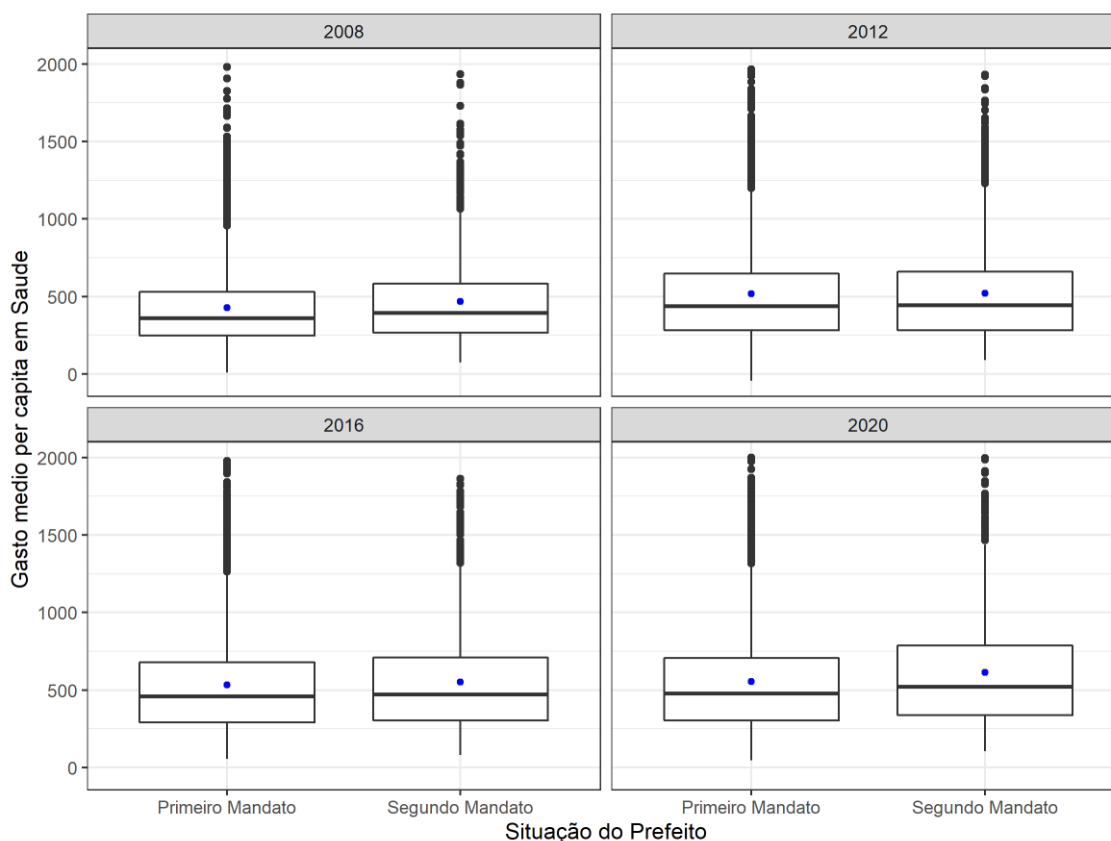
Gráfico 14. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a situação do prefeito, de acordo com a legislatura



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

O gráfico 14 apresenta a relação entre ter a possibilidade de renovar o mandato e o comportamento financeiro na saúde ao longo dos ciclos políticos. O ponto é perceber se minado com a intenção de obter um segundo mandato, os prefeitos teriam padrões de gastos diferente no que se refere a saúde, em comparação com aqueles que estão em segundo mandato. É possível constatar, então, que os chefes do executivo municipal que ocupam o segundo mandato empregam, em média, ligeiramente um maior gasto próprio em saúde em todos os quatro ciclos eleitorais. A maior diferença foi encontrada no ciclo de 2017 a 2020. A situação eleitoral do candidato na eleição seguinte ao que foi eleito impacta, descritivamente, o seu comportamento financeiro na saúde. Prefeitos em primeiro mandato possuem um comportamento um pouco mais restritivo no gasto na saúde em comparação com aqueles que não podem progredir como mandatário local.

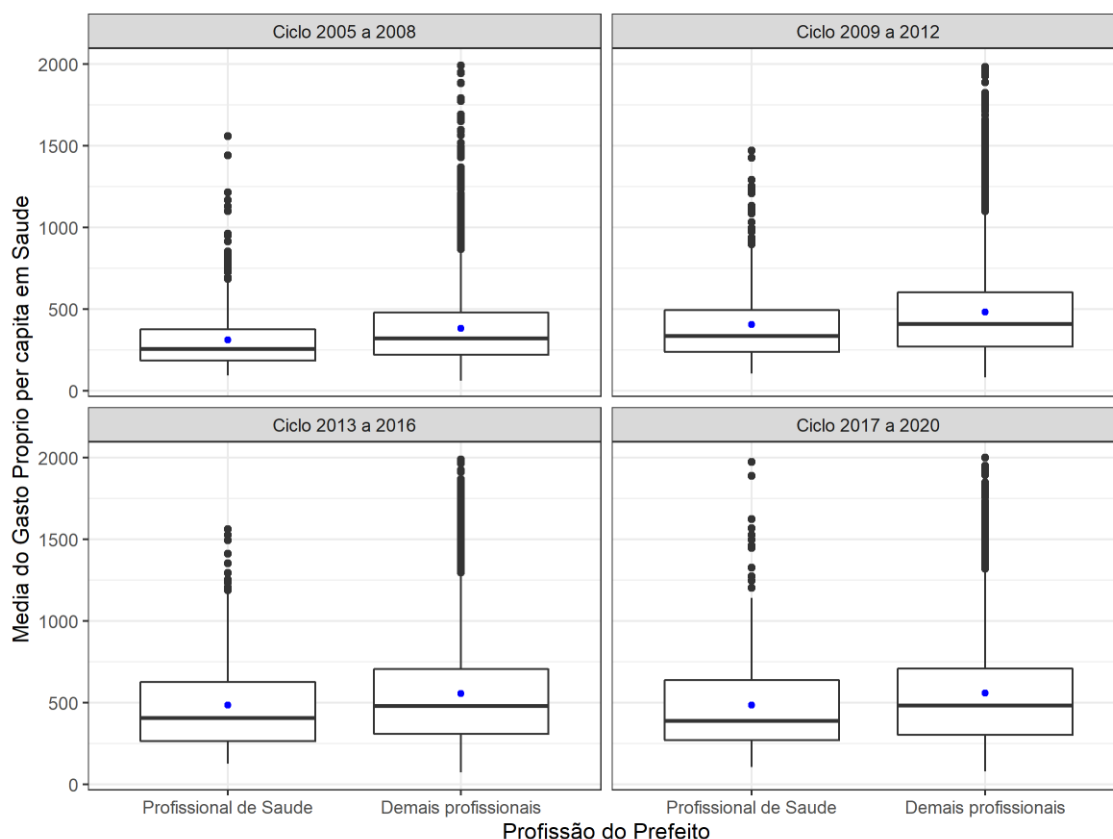
Gráfico 15. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a situação do prefeito, em anos que ocorrem eleições municipais



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

Diferentemente dos gráficos anteriores, neste momento a análise do gasto próprio em saúde é realizada segundo os anos em que ocorrem eleições municipais, os anos são os de 2008, 2012, 2016 e 2020. O objetivo é verificar se no ano eleitoral, aqueles que estão em primeiro mandato desprendem valores na saúde de forma diferente. Neste sentido, é possível verificar que existe um maior gasto próprio médio em saúde quando os prefeitos estão em seu segundo mandato e não podem mais almejar a reeleição. A maior diferença é notada no ano de 2020.

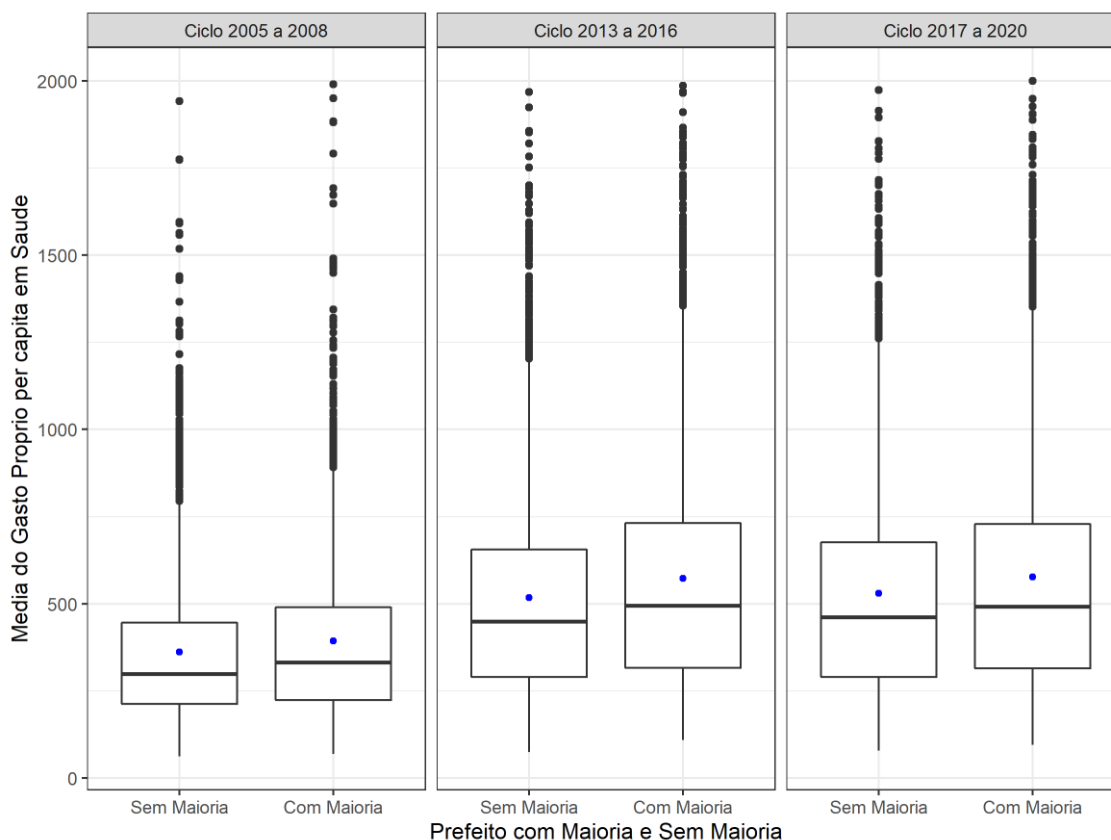
Gráfico 16. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a profissão do prefeito, de acordo com a legislatura



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

O gráfico 16 foi elaborado ao se perguntar se é possível encontrar variação de gasto de acordo com prefeitos ligados à área da saúde e os que não o são. Neste caso, a profissão de interesse é ser profissional de saúde e como controle, foram relacionadas todas as demais profissões. O achado dessa análise bivariada concerne ao fato de que os prefeitos que alegam ser profissionais de saúde despendem, em média, menos gasto próprio *per capita* em saúde quando comparado aos prefeitos que possuem outras profissões. Algo interessante e que deve ser explorado em outros trabalhos os possíveis motivos dessa situação.

Gráfico 17. Boxplot da média do gasto próprio *per capita* em saúde segundo a indicação se o prefeito possui maioria parlamentar, de acordo com a legislatura



Fonte: Elaboração própria. DATASUS e IBGE. Os dados foram deflacionados segundo o IPCA baseado em janeiro de 2021. Observação: foram retirados 15 casos de municípios interpretados como outlier por gastarem mais de 2.000 reais *per capita* de recursos próprios em saúde.

O gráfico 17 busca responder se ter maioria parlamentar interfere nos valores despendidos na saúde. Neste ponto de vista, quando o prefeito possui maioria parlamentar em todos os três ciclos estudados, os mesmos despendem montantes superiores aos que não possuem. Conclua-se então que essa dimensão da política local, ao menos de forma descritiva, interfere no gasto com saúde.

Agora a pesquisa dá um passo além e caminha na direção de demonstrar os resultados encontrados nas análises multivariadas. Sabe-se que para aferir a relação de causalidade é necessário ponderar e analisar simultaneamente os efeitos de mais de uma variável sobre aquilo que se pretende explicar, neste caso, o gasto em saúde. Por isso,

foram elaborados modelos de regressão linear com o objetivo de apontar se, de fato, os aspectos políticos destacados nesta dissertação possuem uma capacidade estatisticamente relevante de influência sobre o gasto em saúde nos municípios³¹.

Ao todo, o trabalho conta com 14 modelos, que estão distribuídos em quatro tabelas. A primeira tabela contém quatro modelos, cada qual correspondente a um ciclo político. Tais modelos possuem todas as variáveis sociodemográficas: a região em que o município está localizado; seu tamanho populacional; a dependência financeira de transferência da união; o PIB per capita; o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM); a indicação se a prefeitura é polo de uma região de saúde; e a indicação se o município se situa em uma região urbana. Como também as variáveis políticas: se o prefeito possui maioria parlamentar; indicação se o prefeito é profissional de saúde; os dez maiores partidos; e se está no primeiro mandato. A tabela 12 tem mais três modelos, a alteração é que saem os dez maiores partidos políticos e adiciona-se a indicação se o prefeito é de direita ou de esquerda.

Já a tabela 13 contém três modelos, nos quais as variáveis sociodemográficas permanecem constantes e o que muda são determinadas variáveis políticas. A variável que operacionaliza a maioria parlamentar é excluída, como também os dez maiores partidos. No lugar dessas, insere-se três variáveis que indicam quando o PT, PFL/DEM e o PSDB possuem maioria parlamentar. A última tabela possui mais três modelos, o que muda em comparação a tabela 13 é que não se operacionaliza PT, PFL/DEM e PSDB com maioria parlamentar. No lugar, é inserido a esquerda, direita e centro com esta maioria. A seguir, apresenta-se a interpretação dos resultados.

³¹ Criteriosamente, foram adotados na elaboração dos modelos os procedimentos necessários para obedecer a pressupostos mínimos para a validação dos resultados, foram garantidos, na realização de tal processo estatístico, os postulados de homocedasticidade e de normalidade dos dados. Para tal, a variável dependente precisou ser transformada a partir do uso do log que está no anexo 6.

Tabela 11. Determinantes do gasto *per capita* em saúde com recursos próprios

Predictors	Ciclo 05-08			Ciclo 09-12			Ciclo 13-16			Ciclo 17-20		
	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p
(Intercept)	7.44	7.21 - 7.68	<0.001	7.36	7.14 - 7.57	<0.001	7.57	7.34 - 7.80	<0.001	7.84	7.60 - 8.07	<0.001
Centro-Oeste	0.07	0.02 - 0.11	0.003	0.10	0.06 - 0.14	<0.001	0.20	0.16 - 0.25	<0.001	0.24	0.20 - 0.28	<0.001
Nordeste	0.03	-0.01 - 0.06	0.097	0.07	0.03 - 0.10	<0.001	0.15	0.12 - 0.18	<0.001	0.13	0.10 - 0.16	<0.001
Sudeste	0.15	0.12 - 0.19	<0.001	0.21	0.18 - 0.25	<0.001	0.30	0.26 - 0.34	<0.001	0.32	0.28 - 0.35	<0.001
Sul	-0.04	-0.08 - 0.00	0.065	0.03	-0.01 - 0.07	0.101	0.16	0.12 - 0.19	<0.001	0.22	0.18 - 0.26	<0.001
PIB per capita	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001
Log da Populacao	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001	-0.33	-0.34 - -0.32	<0.001	-0.32	-0.33 - -0.31	<0.001	-0.34	-0.35 - -0.32	<0.001
IDHM	2.59	2.38 - 2.80	<0.001	2.87	2.67 - 3.07	<0.001	2.89	2.68 - 3.10	<0.001	2.73	2.51 - 2.94	<0.001
Dependencia Financeira	-0.00	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001
Municipio Urbano	0.04	0.02 - 0.07	0.001	0.04	0.02 - 0.06	0.001	0.03	0.00 - 0.05	0.039	0.03	0.00 - 0.05	0.033
Municipio Polo	-0.01	-0.05 - 0.02	0.400	-0.02	-0.05 - 0.01	0.263	-0.04	-0.07 - -0.00	0.029	-0.02	-0.05 - 0.01	0.238
Primeiro Mandato [1]	-0.01	-0.03 - 0.01	0.163	0.01	-0.01 - 0.03	0.213	0.02	-0.00 - 0.03	0.112	-0.02	-0.04 - 0.00	0.058
Maioria Parlamentar [1]	0.03	0.01 - 0.05	<0.001				0.01	-0.01 - 0.02	0.386	0.01	-0.01 - 0.03	0.169
Prof de Saude	-0.04	-0.07 - -0.02	0.002	-0.01	-0.04 - 0.02	0.632	-0.00	-0.03 - 0.03	0.975	0.01	-0.02 - 0.04	0.551
PT [1]	0.01	-0.04 - 0.05	0.827	0.01	-0.03 - 0.05	0.510	-0.01	-0.04 - 0.02	0.503	-0.06	-0.10 - -0.01	0.011
PDT [1]	0.05	-0.00 - 0.10	0.061	0.04	-0.00 - 0.08	0.065	0.04	-0.01 - 0.08	0.090	0.01	-0.03 - 0.05	0.649
PFL/DEM [1]	0.00	-0.04 - 0.04	0.929	0.02	-0.02 - 0.06	0.281	0.02	-0.02 - 0.06	0.300	0.06	0.02 - 0.10	0.007
PL [1]	0.01	-0.04 - 0.06	0.722									
PMDB [1]	0.03	-0.02 - 0.07	0.226	0.04	0.01 - 0.08	0.013	0.04	0.01 - 0.07	0.015	0.01	-0.01 - 0.04	0.363
PPS [1]	0.05	-0.00 - 0.10	0.056	0.05	-0.01 - 0.11	0.086						
PSB [1]	0.09	0.03 - 0.14	0.003	0.06	0.01 - 0.10	0.015	0.03	-0.01 - 0.07	0.098	-0.00	-0.04 - 0.03	0.911
PSDB [1]	0.01	-0.04 - 0.05	0.817	0.03	-0.01 - 0.07	0.120	0.05	0.01 - 0.08	0.005	0.01	-0.02 - 0.04	0.656
PTB [1]	0.02	-0.03 - 0.07	0.379	0.01	-0.03 - 0.05	0.714	0.01	-0.03 - 0.05	0.721	0.02	-0.02 - 0.06	0.403
PP [1]	0.01	-0.03 - 0.06	0.614	0.01	-0.03 - 0.05	0.783	-0.01	-0.04 - 0.03	0.723	-0.01	-0.05 - 0.02	0.418
PR [1]				0.01	-0.03 - 0.05	0.599	0.05	0.00 - 0.09	0.031	0.01	-0.03 - 0.05	0.552
PSD [1]							0.02	-0.01 - 0.06	0.241	0.02	-0.01 - 0.05	0.248
Observations	5346			5346			5322			5326		
R ² / R ² adjusted	0.699 / 0.698			0.736 / 0.735			0.734 / 0.732			0.739 / 0.738		

municipais nos ciclos eleitorais estudados, com os 10 maiores partidos políticos³²

Fonte: Elaboração dos autores.

Os aspectos sociodemográficos são os melhores preditores do gasto médio *per capita* das prefeituras na saúde. O porte populacional, a região, ser um município urbano, o nível de dependência financeira de transferência da união, o valor do PIB per

³² O teste estatístico de garantia dos pressupostos para realização desses modelos está no Anexo 7, 8, 9, 10.

capita, IDHM, ser um município polo em saúde, influenciaram, com significância estatística, o gasto nesta área.

A região, o PIB per capita, IDHM e ser urbano foram fatores que afetaram de forma positiva os valores. Ao visualizar a relação entre as regiões e o gasto em questão, nota-se o que já havia sido indicado na parte descritiva do trabalho: há diferenças entre elas. Ao adotar como base os municípios do norte, os municípios localizados nas demais regiões em todos os ciclos eleitorais, com exceção do Sul nos dois primeiros modelos, impactam positivamente e com significância estatística o gasto. Ou seja, despendem valores superiores do que as prefeituras do norte. A desigualdade regional no custeio da saúde é um tema que a bibliografia se debruça ao longo dos anos. As diferenças notadas no financiamento aparecem como um fator que contribui para a permanência de uma não linearidade da prestação de serviços de saúde no Brasil.

Em todos os modelos uma tendência foi observada: quanto maior o PIB, maior é o gasto próprio com saúde pública. Os municípios urbanos também tendem a aplicar maiores montantes na saúde. Quanto a relação da longevidade do IDHM, encontrou-se um resultado no qual, em todos os modelos, quanto maior é a qualidade de vida, maior é também o gasto próprio em saúde *per capita*.

Por outro lado, o log da população, dependência financeira de recursos da união, assim como ser um município polo de saúde possuem uma relação inversa com a variável a ser explicada. Neste sentido, em todos os modelos, quanto maior a população, menor é o empenho próprio *per capita* dos municípios na saúde.

Outro ponto interessante é a relação negativa existente entre ser um município polo de saúde e o gasto na saúde. Os resultados indicam que as prefeituras que são pontos de referência para atividades de média e alta complexidade, ao menos no ciclo político de 2005 a 2008, gastam menos recursos próprios com a saúde quando comparado aos demais municípios. Como também receber percentuais significativos de suas receitas advindas da união, quanto maior é a dependência financeira da união menor são os valores despendidos de recursos próprios na saúde.

Quanto às variáveis políticas, destaca-se o fato dessas influenciarem pouco o gasto municipal próprio em saúde *per capita*. Embora, alguns partidos do prefeito eleito, ter maioria parlamentar e ser profissional de saúde influencie a variável resposta,

a significância desta influência foi baixa em comparação com as variáveis sociodemográficas.

Dessa forma, ser prefeito de primeiro mandato não impactou com significância estatística nenhum dos modelos. Ou seja, isso quer dizer que no custeio da saúde com recursos próprios não se concretizou a premissa de que políticos inseridos na estrutura do estado tenderiam a gastar maiores recursos em políticas sociais para obter um possível melhor resultado eleitoral.

No que se refere aos partidos, em poucos modelos tal variável independente influenciou o gasto em saúde. Nas poucas vezes que assim o fizeram foram os seguintes partidos: PT, PFL/DEM, PSDB, PMDB, PR. Com exceção do PT, os demais partidos políticos citados imprimiram uma influência positiva e significativa na variável resposta nos quatro primeiros modelos em comparação aos partidos classificados na categoria outros.

Destaca-se a relação da variável dependente com os partidos dos trabalhadores. O PT impactou negativamente o gasto no último ciclo político entre 2017 e 2020, neste mesmo ciclo o PFL/DEM foi fator positivo em comparação aos partidos classificados na categoria outros. Enquanto que o PSDB impactou positivamente no ciclo de 2013 a 2016. O PMDB obteve relevância estatística de forma positiva nos ciclos de 2009 a 2012, como também no de 2013 a 2016. Da mesma forma que o PMDB, o PSB foi positivo em dois ciclos no de 2005 a 2008 e no de 2009 a 2012.

Possuir maioria parlamentar apresentou-se com baixa capacidade para explicar o gasto em saúde, sendo relevante com sinal positivo apenas no modelo referente ao ciclo de 2005 a 2009. Ou seja, a relação entre o legislativo e o executivo influenciou o aumento do gasto em saúde exclusivamente em um ciclo estudado, situação que faz com que seja difícil dizer que este fator político é determinante para o gasto em saúde em âmbito municipal.

Tabela 12. Determinantes do gasto *per capita* em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a indicação do PT, PSDB e PMDB com

<i>Predictors</i>	Ciclo 05-08			Ciclo 13-16			Ciclo 17-20		
	<i>Estimates</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>	<i>Estimates</i>	<i>CI</i>	<i>p</i>
(Intercept)	7.50	7.26 - 7.73	<0.001	7.61	7.39 - 7.84	<0.001	7.85	7.62 - 8.08	<0.001
Centro-Oeste	0.07	0.02 - 0.11	0.002	0.20	0.16 - 0.25	<0.001	0.24	0.20 - 0.28	<0.001
Nordeste	0.03	-0.00 - 0.06	0.070	0.15	0.12 - 0.18	<0.001	0.13	0.10 - 0.16	<0.001
Sudeste	0.15	0.11 - 0.19	<0.001	0.30	0.26 - 0.33	<0.001	0.32	0.28 - 0.35	<0.001
Sul	-0.03	-0.08 - 0.01	0.090	0.15	0.11 - 0.19	<0.001	0.21	0.17 - 0.25	<0.001
PIB per capita	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001
Log da Populacao	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001	-0.32	-0.33 - -0.31	<0.001	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001
IDHM	2.58	2.37 - 2.80	<0.001	2.90	2.69 - 3.11	<0.001	2.75	2.53 - 2.96	<0.001
Dependencia Financeira	-0.00	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001
Municipio Urbano	0.04	0.02 - 0.07	0.001	0.03	0.00 - 0.05	0.037	0.03	0.00 - 0.05	0.029
Municipio Polo	-0.02	-0.05 - 0.01	0.277	-0.03	-0.07 - -0.00	0.035	-0.02	-0.05 - 0.01	0.236
Primeiro Mandato [1]	-0.02	-0.04 - 0.00	0.060	0.01	-0.01 - 0.03	0.195	-0.02	-0.04 - -0.00	0.032
Prof de Saude	-0.04	-0.07 - -0.01	0.003	-0.00	-0.03 - 0.03	0.940	0.01	-0.02 - 0.04	0.532
PT com maioria	-0.01	-0.07 - 0.04	0.690	-0.02	-0.06 - 0.01	0.156	-0.07	-0.12 - -0.01	0.014
PSDB com maioria	-0.00	-0.03 - 0.02	0.755	0.01	-0.02 - 0.04	0.613	0.01	-0.02 - 0.04	0.353
PFL/DEM com maioria	0.02	-0.01 - 0.05	0.293	-0.01	-0.05 - 0.04	0.815	0.03	-0.02 - 0.09	0.202
Observations	5346			5322			5327		
R ² / R ² adjusted	0.697 / 0.696			0.732 / 0.732			0.738 / 0.738		

maioria parlamentar ³³

Fonte: Elaboração dos autores.

A tabela 12 reúne três modelos em que as variáveis sobre os dez maiores partidos e ter maioria parlamentar foram retiradas e, no local dessas, foi inserida a indicação se o PT, PMDB e o PSDB possuem maioria parlamentar. Novamente, o aspecto político não foi tão determinante tanto quanto o sociodemográfico. Embora o PT com maioria parlamentar tenha impactado de forma negativa e com significância

³³ O teste estatístico de garantia dos pressupostos para realização desses modelos está no Anexo 11, 12, 13, 14.

estatística o gasto com saúde, esta situação aconteceu apenas no ciclo político de 2017 a 2020 e com o P valor alto.

Tabela 13. Determinantes do gasto *per capita* em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a variável esquerda e direita³⁴

Predictors	Ciclo 05-08			Ciclo 09-12			Ciclo 13-16			Ciclo 17-20		
	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p
(Intercept)	7.54	7.30 - 7.78	<0.001	7.38	7.16 - 7.60	<0.001	7.61	7.38 - 7.84	<0.001	7.89	7.65 - 8.12	<0.001
Centro-Oeste	0.07	0.02 - 0.11	0.002	0.10	0.06 - 0.14	<0.001	0.20	0.16 - 0.25	<0.001	0.24	0.20 - 0.28	<0.001
Nordeste	0.04	0.00 - 0.07	0.040	0.07	0.04 - 0.10	<0.001	0.15	0.12 - 0.18	<0.001	0.13	0.10 - 0.17	<0.001
Sudeste	0.15	0.12 - 0.19	<0.001	0.21	0.18 - 0.25	<0.001	0.30	0.26 - 0.33	<0.001	0.32	0.28 - 0.35	<0.001
Sul	-0.03	-0.07 - 0.01	0.094	0.03	-0.01 - 0.07	0.091	0.15	0.11 - 0.19	<0.001	0.21	0.17 - 0.25	<0.001
PIB per capita	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001
Log da Populacao	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001	-0.33	-0.34 - -0.32	<0.001	-0.32	-0.33 - -0.31	<0.001	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001
IDHM	2.59	2.38 - 2.80	<0.001	2.88	2.68 - 3.08	<0.001	2.91	2.70 - 3.11	<0.001	2.74	2.53 - 2.95	<0.001
Dependencia Financeira	-0.00	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001
Municipio Urbano	0.04	0.02 - 0.07	0.001	0.04	0.02 - 0.06	0.001	0.03	0.00 - 0.05	0.035	0.03	0.00 - 0.05	0.028
Municipio Polo	-0.02	-0.05 - 0.02	0.310	-0.02	-0.05 - 0.01	0.232	-0.04	-0.07 - -0.00	0.032	-0.02	-0.05 - 0.01	0.230
Primeiro Mandato [1]	-0.02	-0.04 - -0.00	0.035	0.01	-0.01 - 0.02	0.261	0.01	-0.01 - 0.03	0.166	-0.02	-0.04 - -0.00	0.027
Prof de Saude	-0.04	-0.07 - -0.01	0.003	-0.01	-0.04 - 0.02	0.665	-0.00	-0.03 - 0.03	0.972	0.01	-0.02 - 0.04	0.560
Esquerda	-0.01	-0.05 - 0.03	0.527	-0.01	-0.05 - 0.03	0.677	-0.02	-0.06 - 0.03	0.473	-0.05	-0.09 - -0.00	0.030
Direita	-0.04	-0.07 - -0.00	0.036	-0.00	-0.04 - 0.04	0.986	-0.00	-0.04 - 0.04	0.867	-0.03	-0.07 - 0.01	0.173
Observations	5346			5345			5322			5327		
R ² / R ² adjusted	0.697 / 0.697			0.735 / 0.734			0.732 / 0.732			0.738 / 0.738		

Fonte: Elaboração dos autores.

A tabela 13 apresenta três modelos nos quais foi retirada a variável que indica os dez maiores partidos e inseriu-se a indicação se o município é liderado por um prefeito de direita ou de esquerda. Ao aderir como base os partidos de centro, no ciclo político de 2005 a 2009 os prefeitos de direita tiveram um impacto negativo quando comparado ao gasto dos prefeitos de centro. Novamente, a política impactou menos quando comparado a fatores socioeconômicos, além de possuir um baixo fator explicativo.

³⁴ O teste estatístico de garantia dos pressupostos para realização desses modelos está no Anexo 15,16,17,18.

Tabela 14. Determinantes do gasto *per capita* em saúde com recursos próprios municipais nos ciclos eleitorais estudados, com a variável esquerda, centro e direita com maioria parlamentar³⁵

Predictors	Ciclo 05-08			Ciclo 13-16			Ciclo 17-20		
	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p
(Intercept)	7.45	7.22 - 7.68	<0.001	7.59	7.37 - 7.82	<0.001	7.83	7.60 - 8.06	<0.001
Centro-Oeste	0.07	0.02 - 0.11	0.003	0.20	0.16 - 0.25	<0.001	0.24	0.20 - 0.28	<0.001
Nordeste	0.03	-0.00 - 0.06	0.076	0.15	0.12 - 0.18	<0.001	0.13	0.10 - 0.16	<0.001
Sudeste	0.15	0.12 - 0.19	<0.001	0.30	0.26 - 0.33	<0.001	0.32	0.28 - 0.35	<0.001
Sul	-0.03	-0.07 - 0.01	0.102	0.15	0.11 - 0.19	<0.001	0.21	0.17 - 0.25	<0.001
PIB per capita	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001	0.00	0.00 - 0.00	<0.001
Log da Populacao	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001	-0.32	-0.33 - -0.31	<0.001	-0.34	-0.35 - -0.33	<0.001
IDHM	2.59	2.38 - 2.80	<0.001	2.91	2.70 - 3.11	<0.001	2.75	2.54 - 2.96	<0.001
Dependencia Financeira	-0.00	-0.01 - -0.00	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001	-0.01	-0.01 - -0.01	<0.001
Municipio Urbano	0.04	0.02 - 0.07	0.001	0.03	0.00 - 0.05	0.034	0.03	0.00 - 0.05	0.025
Municipio Polo	-0.02	-0.05 - 0.02	0.369	-0.04	-0.07 - -0.00	0.031	-0.02	-0.05 - 0.01	0.227
Primeiro Mandato [1]	-0.01	-0.03 - 0.01	0.197	0.02	-0.00 - 0.04	0.102	-0.02	-0.04 - 0.00	0.092
Prof de Saude	-0.04	-0.07 - -0.01	0.003	-0.00	-0.03 - 0.03	0.988	0.01	-0.02 - 0.04	0.546
Esquerda com maioria	0.05	0.02 - 0.08	0.003	0.01	-0.02 - 0.03	0.640	0.01	-0.02 - 0.04	0.566
Direita com maioria	0.03	0.01 - 0.04	0.004	0.01	-0.01 - 0.03	0.200	0.02	-0.00 - 0.03	0.073
Centro com maioria	0.09	0.04 - 0.13	0.001	0.00	-0.06 - 0.06	0.894	0.04	-0.02 - 0.10	0.161
Observations	5346			5322			5326		
R ² / R ² adjusted	0.698 / 0.697			0.732 / 0.732			0.738 / 0.737		

Fonte: Elaboração dos autores.

A tabela 14 apresenta a informação das prefeituras em que os partidos de direita, esquerda e centro possuem maioria parlamentar. Neste sentido, o mesmo resultado foi encontrado em comparação as demais tabelas: a questão política não impactou de forma significativa quando comparada aos aspectos sociodemográficos. O impacto aconteceu apenas no primeiro ciclo político estudado, onde os partidos dos três posicionamentos

³⁵ O teste estatístico de garantia dos pressupostos para realização desses modelos está no Anexo 19, 20, 21, 22.

políticos quando estão com maioria parlamentar apresentam influencia positiva e com significância estatística sobre o gasto em saúde. Neste contexto, tal comportamento é interessante, visto que esperava-se encontrar diferença da ideologia sobre o gasto em saúde, já que cada visão ideológica tem a sua forma de priorizar as políticas sociais.

4. CONCLUSÃO

O fenômeno político estudado nesta dissertação consistiu em compreender as diferenças existentes no financiamento da saúde pública com recursos próprios municipais. Visto que os municípios são peças-chave na administração do Sistema Único de Saúde, sobretudo do ponto de vista do custeio. A Emenda nº 29 de 2000 atribuiu a esses entes o dever de empregar um mínimo de 15% de suas receitas próprias na referida área. Entretanto, estudos apontam para uma situação em que o financiamento da saúde possui diferenças marcantes entre as faixas populacionais e condições socioeconômicas. Para Araújo, Gonçalves e Machado (2017) são nítidas as distinções no volume de despesas *per capita* pagas com recursos próprios, de acordo com as características das localidades. Ou seja, mesmo com a estrutura de gestão universal, ainda persistem dessemelhanças nos montantes empregados para custear o sistema de saúde no Brasil. É possível observar uma expressiva diferença nos montantes despendidos em saúde *per capita* nas prefeituras brasileiras: enquanto umas aplicam valores em torno de 150 reais por cidadão, outras destinam em torno de 450 reais. A proposta deste trabalho foi a de identificar se características políticas do mandatário local ao lado de aspectos demográficos e financeiros podem também incidir poder explicativo em tal variação.

Neste sentido, foi proposto um desenho de pesquisa com a intenção de testar um conjunto composto por quatro variáveis ligadas à esfera política, quais sejam: a) o partido do prefeito, b) executivo municipal ter maioria parlamentar, c) a capacidade de reeleição e, d) o prefeito possuir profissão ligada à referida área. Baseado na literatura especializada, foram montadas cinco hipóteses de pesquisa: H1) O gasto em saúde é maior em governos do Partido dos Trabalhadores (PT); H2) O gasto em saúde é maior em municípios onde os prefeitos possuem maioria parlamentar; H3) O gasto em saúde é

maior em prefeituras que o mandatário local possui a possibilidade de reeleição; H4) O gasto em saúde é maior em prefeituras lideradas por prefeitos ligados à área da saúde; H5) O gasto em saúde é maior em prefeituras lideradas por políticos de esquerda.

Todas as hipóteses foram testadas e os resultados descritivos e dos modelos econométricos indicaram que aspectos políticos possuem baixa capacidade explicativa sobre o gasto próprio em saúde nos municípios brasileiros, quando comparado a fatores demográficos e financeiros.

Neste sentido, a hipótese central da dissertação afirma que os gastos em saúde *per capita* variam de acordo com o partido do prefeito eleito. O resultado encontrado não confirma tal afirmação. Tanto nas análises descritivas, quanto nos modelos econométricos, poucos partidos influenciaram o volume de recursos despendidos na saúde. No ponto de vista das análises bivariadas, em todos os ciclos eleitorais encontrou-se poucas diferenças no manejo financeiro da referida política de acordo com o partido em administração no executivo municipal. Enquanto que nos modelos multivariados, novamente, poucos partidos, especificamente o PT, PFL/DEM, PSDB, PMDB, PR, impactaram com significância estatística o gasto em saúde e em ciclos políticos diferentes.

Além disso, quando os partidos foram classificados pela sua ideologia política, os resultados encontrados também surpreenderam, não foram encontradas diferenças expressivas entre eles. Nas análises descritivas os partidos de esquerda foram os que, em média, desprenderam os menores valores na saúde, esse padrão não se mostrou constante nas análises multivariadas. Nos modelos econométricos apenas no modelo no qual há a variável ideologia com maioria parlamentar e especificamente no ciclo eleitoral de 2005 a 2009, os partidos com maioria independentemente da ideologia imprimiram impacto positivo e significativo no gasto da saúde. Ou seja, não dá para afirmar que possuir o controle da câmara de vereadores influencia os gastos em saúde.

Esse resultado segue o caminho oposto aos apontados pela bibliografia, Batista (2018) mostrou que nos Estados, apenas governadores de esquerda com maioria parlamentar impactam positivamente o gasto na saúde e na assistência social. O que este trabalho mostrou é que em âmbito municipal o aspecto ideológico não se faz importante para determinar o gasto em saúde.

Esperava-se encontrar resultados diferentes, principalmente por dois motivos. Se assumirmos que os partidos buscam eleger seus candidatos e estes candidatos são racionais e também almejam a reeleição, essa situação nos leva a admitir e a pressupor que esses partidos vão investir em saúde porque nesta arena o candidato e o partido atendem à demanda do seu eleitor mediano que, majoritariamente, reivindica investimentos nessa política pública. A saúde é uma demanda expressivamente requisitada pelo eleitor médio brasileiro visto que é considerada um dos maiores problemas do país de acordo com pesquisas de opinião desde do processo de redemocratização. Ou seja, aspecto políticos tal qual o partido do prefeito tenderia a impactar o gasto no referido campo, situação não confirmada pelos dados.

O segundo raciocínio também vinculado a corrente teórica do eleitor mediano é o de Terra e Saiani (2008), os autores mostram que a educação fundamental tem muito menos visibilidade política do que a saúde. Então, é racional que políticos de qualquer partido independente de sua clivagem ideológica invistam recursos próprios em saúde, baseado na teoria do eleitor mediano, que pode não se aplicar em várias situações, mas que em casos de países com voto obrigatório e eleitores majoritariamente de baixa renda a escolha de investir recursos próprios em saúde é racional. Racional no sentido que vai dar mais chances desses prefeitos conseguirem permanecer no poder. Ou seja, o resumo do argumento é que o eleitor mediano brasileiro é de baixa renda e majoritariamente, tem o perfil de utilizar das políticas públicas de saúde por isso os políticos, independente do seu posicionamento ideológico, investem em tal área, situação não verificada de forma sistemática pelos resultados desta dissertação.

Sobre a hipótese dois que relaciona a maioria parlamentar com gastos ampliados em saúde, essa também não foi confirmada. Os resultados empíricos não reúnem as condições necessárias para cravar que prefeitos que possuem maioria parlamentar impactam o gasto da saúde em âmbito municipal.

Embora os dados descritivos mostraram que em todos os ciclos eleitorais, prefeitos com maioria gastaram em média volumes maiores em comparação com aqueles sem maioria. Essa situação não se confirmou de forma sistemática nos modelos econométricos. A variável foi significativa apenas no modelo que contava os dez

maiores partidos, no ciclo político de 2005 a 2008, ter a maioria parlamentar impactou positivamente e com significância estatística o gasto na saúde.

Os resultados foram diferentes do esperado quando se olha a bibliografia nacional. Cavalcante (2013) buscou compreender como o fato de possuir maioria na câmara dos vereadores impacta os índices de eficiência na educação, saúde e assistência social. O autor aponta que a base do Executivo no legislativo exerce influência positiva sobre o desempenho das prefeituras na saúde e na assistência social. Prefeitos com maioria parlamentar possuem uma melhor eficiência administrativa nas duas áreas citadas (CAVALCANTE, 2013, p. 1584). Os resultados desta dissertação não corroboram com os achados do autor, haja vista que ter maioria parlamentar não impactou os gastos com saúde com recursos próprios.

A terceira hipótese do trabalho verificou se prefeitos com a possibilidade de renovar os seus mandatos adotaram um comportamento fiscal mais expansionista na área da saúde em comparação com aqueles que estão em segundo mandato. Embora os resultados descritivos apontaram para um gasto maior daqueles que estão em segundo mandato, os resultados encontrados dos modelos multivariados indicaram que a situação do prefeito não foi fator explicativo do gasto em saúde quando essa informação está controlada por variáveis sociodemográficas.

Situação diferente do esperado pela bibliografia, na qual indica que os atores políticos no poder possuem a capacidade de manipular os instrumentos fiscais a fim de obter um bom resultado econômico a curto prazo com o objetivo de manter-se no poder. Ou seja, o detentor de um cargo se comportaria de maneira oportunista seja ao adotar políticas de ampliação fiscal em áreas sociais ou políticas de redução do desemprego visando potencializar suas chances de permanecer no poder numa próxima eleição (CAVALCANTE, 2012, p. 31). Ao menos no custeio da saúde em âmbito local essa premissa teórica não obteve validade empírica na realidade brasileira.

Uma novidade deste trabalho foi analisar se a característica profissional do prefeito impacta o gasto em saúde do município, neste sentido, testou-se se prefeitos que trabalham na área da saúde gastam mais na referida área. Essa proposta analítica decorre do fato de uma parte da bibliografia especializada desenvolver uma linha de discussão que investiga as possíveis relações existentes entre características individuais

do(a) político(a) e os resultados gerados por seu governo. Os resultados deste trabalho indicaram que diferentemente do que era esperado, prefeitos ligados à área da saúde influenciam negativamente o gasto da saúde. Os resultados descritivos apontaram que, em média, o valor despendido por tais prefeitos é menor comparado aos demais. Já em relação aos modelos econométricos, no ciclo eleitoral de 2005 a 2008, ser profissional de saúde manifestou significância estatística de forma negativa sobre o gasto. Espera-se que esses resultados possam abrir espaços para debates mais apurados em torno do assunto.

Destarte, o achado principal desta dissertação é o fato do gasto médio em saúde *per capita* nos municípios brasileiros ser função de aspectos ligados a fatores sociodemográficos, tal qual a região geográfica e o porte populacional e não de fatores políticos, como o partido do prefeito e o apoio deste na câmara de vereadores.

Neste sentido, o grau de esforço no gasto na saúde levou mais em consideração fatores socioeconômicos quando comparado as motivações de atores relevantes. Mostrou-se, então, que tal financiamento envolve, principalmente, o contexto e estrutura federativa, e baixa relação com aquele que está à frente da máquina do estado. Com isso, o elemento racional do político que operacionaliza tal ação não foi um aparente pré-requisito para a definição do custeio da referida política pública.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, p. 41–67, 2005.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os Ebrasilianos e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953–963, 2017.

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

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17–26, 2004.

ARRETCHE, M. Federalism and place-equality policies: a case study of policy design and outputs. 2009.

ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, p. 587–620, 2010.

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

BATISTA, C. Ideologia, Partidos Políticos e Gasto Social na América Latina (1980-1999). **Tese de doutorado em Ciência Política defendida no Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ)**, p. 181, 2006.

BOLOGNESI, B.; RIBEIRO, E.; CODATO, A. Uma nova classificação ideológica dos partidos políticos brasileiros. **Preprints Scielo**, p. 1–26, 2021.

BOVO, J. M. Gastos sociais dos municípios e desequilíbrio financeiro. **Brazilian Journal of Public Administration**, v. 35, n. 1, p. 93- a, 2001.

BRASILEIRA, F. Emenda Constitucional número 29. **Legislação Brasileira**, 2000.

BROLLO, F.; TROIANO, U. What happens when a woman wins an election?

Evidence from close races in Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 122, p. 28–45, 2016.

BUÍSSA, L.; BEVILACQUA, L.; MOREIRA, F. Impactos orçamentários da judicialização das políticas públicas de saúde. **Coletânea direito à saúde: dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**, v. 2, p. 26–50, 2018.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1613–1623, 2007.

CARVALHO, G. **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais** SciELO Brasil, , 2001.

CAVALCANTE, P. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 6, p. 1781–1804, 2011.

CAVALCANTE, P. Desempenho fiscal e eleições no Brasil: uma análise comparada dos governos municipais. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 2, p. 307–330, 2016.

CAVALCANTE, P. L. C. A Política faz a diferença? Uma análise comparada dos determinantes políticos do desempenho dos governos municipais no Brasil. **Instituto de Ciência Política. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. Universidade de Brasília (UNB)**, p. 230, 2012.

CONTARATO, P. C.; LIMA, L. D. DE; LEAL, R. M. Crise e federalismo: tendências e padrões regionais das receitas e despesas em saúde dos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4415–4426, 2019.

COSTA, S. L. DA. Análise da evolução do teto de média e alta complexidade Brasil no período de 2010 a 2014. **Dissertação de mestrado profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas**, 2017.

COSTA, S. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 35, 1997.

CRISPIM, G. et al. Ciclo Orçamentário Político: uma análise nos Municípios Brasileiros. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, p. 106–123, 2021.

DAHL, R. Poliarquia: Democratização e oposição pública. **Poliarquia: participação e oposição. São Paulo: USP**, 2005.

DE ANDRADE, F. A. G. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 292–318, 2001.

DE MEDEIROS COSTA, C. C. et al. Disparidades inter-regionais e características dos municípios do estado de Minas Gerais. **Desenvolvimento em Questão**, v. 10, n. 20, p. 52–88, 2012.

DO BRASIL, S. F. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

DO ROSÁRIO COSTA, N.; BARROS, P. L.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 50, n. 3, p. 32–55, 1999.

FAVERET, A. C. DE S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 371–378, 2003.

FIGUEIREDO FILHO, D. et al. O que fazer e o que não fazer com a regressão: pressupostos e aplicações do modelo linear de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO). **Revista Política Hoje**, v. 20, n. 1, 2011.

FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. A combinação entre federalismo e as políticas públicas no pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas Sociais.**, p. 25–42, 2009.

GUINMARÃES, M. DO C. L. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. **Organizações & Sociedade**, v. 9, n. 23, p. 1–17, 2002.

HESSEL, P. et al. Increases In Women's Political Representation Associated

With Reductions In Child Mortality In Brazil: Study assesses the effects of female political representation on mortality among children younger than age five in Brazil. **Health Affairs**, v. 39, n. 7, p. 1166–1174, 2020.

KLEIN, F. A. Reelection incentives and political budget cycle: evidence from Brazil. **Revista de Administração Pública**, v. 44, n. 2, p. 283–337, 2010.

KOERICH, C. et al. Financiamento em Saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, 2016.

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

LIMA, L. D.; CRUZ, F. O. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em**, v. 2030, p. 73–139, 2013.

LINHARES, M. R.; DE MORAES PEIXOTO, V. Gasto público e Partidos Políticos: uma análise dos municípios brasileiros (2002-2015). **CSONline.REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, n. 27, 2018.

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

MACHADO, J. A. **Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde**. [s.l: s.n.].

MACHADO, J. A. et al. Descentralização, Autonomia Local e Despesa com Recursos Próprios em Saúde nos Municípios Brasileiros. **XI Encontro Associação Brasileira Ciência Política**, v. 11, p. 1–25, 2018.

MACHADO, J. A.; GONÇALVES, G. Q.; ARAÚJO, C. E. L. Muito além do piso: por que municípios brasileiros sobre alocam receitas próprias com saúde? **12º Encontro da ABCP**, v. 12, p. 30, 2020a.

MACHADO, J. A.; GONÇALVES, G. Q.; ARAÚJO, C. E. L. Muito além do piso: por que municípios brasileiros sobre alocam receitas próprias com saúde? **12º**

Encontro da ABCP, 2020b.

MACHADO, J. A.; GUIM, A. L. DOS S. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. **Escola Nacional de Administração Pública (Enap)**, 2017.

MACHADO, J. A.; QUARESMA, G.; ARAÚJO, C. E. L. Municipal expenditures using own-source revenues and resilience of territorial inequalities in health. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n.4, n. 10.1590/S0104-1290202019049, p. 1–15, 2020.

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. **Caderno Crh**, v. 16, n. 39, 2004.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1139–1150, Dez. 2019.

MELO, M. A. Crise federativa, guerra fiscal e “hobbesianismo municipal” efeitos perversos da descentralização? **São Paulo em perspectiva**, v. 10, p. 3, 1996.

MENICUCCI, T. M. G.; COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 29–40, 2018.

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. DE F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, v. 59, n. 3, p. 823–865, Set. 2016.

MOREIRA, M. DOS S. Partidos Políticos e política de assistência social nos municípios brasileiros: uma análise do impacto dos partidos no período entre 2005 e 2012. **10º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP)**, p. 20, 2016.

NOVAES, L.; MATTOS, E. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde: uma análise com base no modelo de reputação política. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 30, n. 1, p. 140–158, 2010.

NUNES, A. et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta

de monitoramento. 2001.

PAIVA, A. B. DE; GONZALEZ, R.; BENEVIDES, R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, 2020.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M. DE; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 411–422, 2016.

RIBEIRO, L. M. Partidos e políticas sociais nos municípios brasileiros (1996-2003). **Tese (doutorado). Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro**, p. 175. Rio de Janeiro, 2005.

SAÚDE, M. DA. O DATASUS. **Portal da Saúde**, p. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=>, 2012.

SCATENA, J. H. G.; VIANA, A. L. D'ÁVILA; TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2433–2445, 2009.

SCHEEFFER, F.; DE FAVERI, D. B.; DA SILVA JUNIOR, E. S. A influência das ideologias partidárias nos gastos públicos em assistência social nas capitais brasileiras. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 25, n. 80, 2020.

SILVA, S. F. DA. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. **Editora Hu**, p. 1–293, 2001.

SILVA, H.; BAIA, P. Associação político-partidária e influência da estrutura de incentivos na adesão dos municípios às políticas de saúde: evidências do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 615–631, 2018.

SILVA, N. DO V.; HASENBALG, C. Tendências da desigualdade educacional no Brasil. **Dados**, v. 43, n. 3, p. 423–445, 2000.

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

SOUZA, C. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de sociologia e política**, n. 24, p. 105–121, 2005.

SOUZA, C. Coordenação de políticas públicas. p. 1–72, 2018.

SOUZA, C. M. DE. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 1–14, 2019.

VAZQUEZ, D. A. Mecanismos institucionais de regulação federal e seus resultados nas políticas de educação e saúde. **Dados**, v. 57, n. 4, p. 969–1005, 2014.

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

VIANA, A. L. D'ÁVILA; DA SILVA, H. P. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA; LIMA, L. D. DE; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317–2326, Ago. 2010.

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

WANG, D. W. L. et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, p. 1191–1206, 2014.

ANEXOS

Anexo 01. Número de cadeiras do executivo municipal obtidas pelos 10 maiores partidos

Partido	2004	2008	2012	2016
PTB	419	413	298	256
PT	409	558	638	254
PSDB	865	91	695	799
PSD			498	539
PSB	174	310	440	407
PR		385	275	298
PPS	305	129		
PP	549	551	476	495
PMDB	1052	1201	1021	1044
PL	377			
PFL/DEM	784	496	278	269
PDT	305	352	307	333
OUTROS	282	370	641	827

Fonte: Elaboração do autor. TSE.

Anexo 02. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2004

Partido Eleito em 2004	Centro	Centro-direita	Centro-esquerda	Direita	Esquerda	Extrema-direita
PAN	0	1	0	0	0	0
PC do B	0	0	0	0	10	0
PDT	0	0	305	0	0	0
PFL	0	0	0	0	0	784
PHS	0	25	0	0	0	0
PL	0	0	0	377	0	0
PMDB	0	0	0	1052	0	0
PMN	0	31	0	0	0	0
PP	0	0	0	549	0	0
PPS	305	0	0	0	0	0
PRON	0	0	0	7	0	0
PRP	0	0	0	37	0	0
PRTB	0	0	0	12	0	0
PSB	0	0	174	0	0	0
PSC	0	0	0	24	0	0
PSDB	0	0	0	865	0	0
PSDC	0	0	0	12	0	0
PSL	0	0	0	24	0	0
PT	0	0	0	0	409	0
PT do B	0	21	0	0	0	0
PTB	0	419	0	0	0	0
PTC	0	0	0	16	0	0
PTN	0	0	0	5	0	0
PV	57	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração do autor. TSE e Bolognesi *et al* (2021)

Anexo 03. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2008

Partido Eleito em 2008	Centro	Centro-direita	Centro-esquerda	Direita	Esquerda	Extrema-direita
DEM	0	0	0	0	0	496
PC do B	0	0	0	0	41	0
PDT	0	0	352	0	0	0
PHS	0	13	0	0	0	0
PMDB	0	0	0	1201	0	0
PMN	0	0	0	42	0	0
PP	0	0	0	551	0	0
PPS	129	0	0	0	0	0
PR	0	0	0	385	0	0
PRB	0	0	0	54	0	0
PRP	0	0	0	17	0	0
PRTB	0	0	0	11	0	0
PSB	0	0	310	0	0	0
PSC	0	0	0	57	0	0
PSDB	0	0	0	791	0	0
PSDC	0	0	0	8	0	0
PSL	0	0	0	15	0	0
PT	0	0	0	0	558	0
PT d	0	8	0	0	0	0
PTB	0	413	0	0	0	0
PTC	0	0	0	13	0	0
PTN	0	0	0	16	0	0
PV	75	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração do autor. TSE e Bolognesi *et al* (2021)

Anexo 04. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2012

Partido Eleito em 2012	Centro	Centro-direita	Centro-esquerda	Direita	Esquerda	Extrema-direita	Extrema-esquerda
DEM	0	0	0	0	0	278	0
PC do B	0	0	0	0	54	0	0
PDT	0	0	307	0	0	0	0
PHS	0	16	0	0	0	0	0
PMDB	0	0	0	1021	0	0	0
PMN	0	0	0	42	0	0	0
PP	0	0	0	476	0	0	0
PPL	0	0	0	11	0	0	0
PPS	125	0	0	0	0	0	0
PR	0	0	0	275	0	0	0
PRB	0	0	0	80	0	0	0
PRP	0	0	0	23	0	0	0
PRTB	0	0	0	16	0	0	0
PSB	0	0	440	0	0	0	0
PSC	0	0	0	82	0	0	0
PSD	0	0	0	498	0	0	0
PSDB	0	0	0	695	0	0	0
PSDC	0	0	0	10	0	0	0
PSL	0	0	0	23	0	0	0
PSOL	0	0	0	0	0	0	2
PT	0	0	0	0	638	0	0
PT do B	0	25	0	0	0	0	0
PTB	0	298	0	0	0	0	0
PTC	0	0	0	20	0	0	0
PTN	0	0	0	12	0	0	0
PV	100	0	0	0	0	0	0

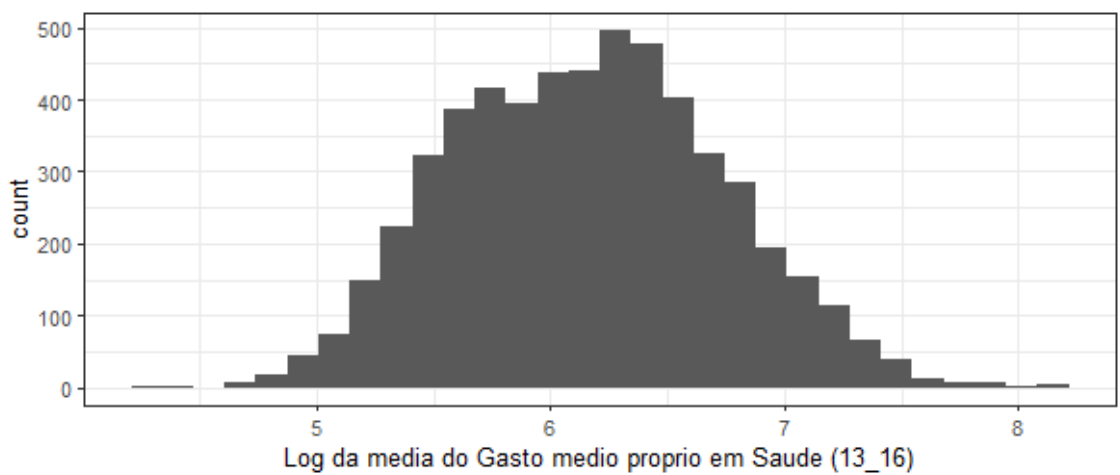
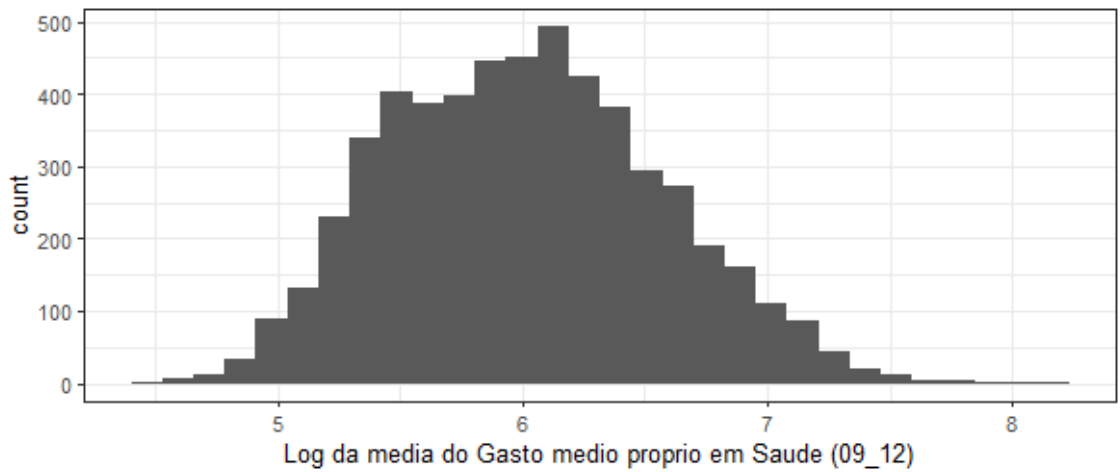
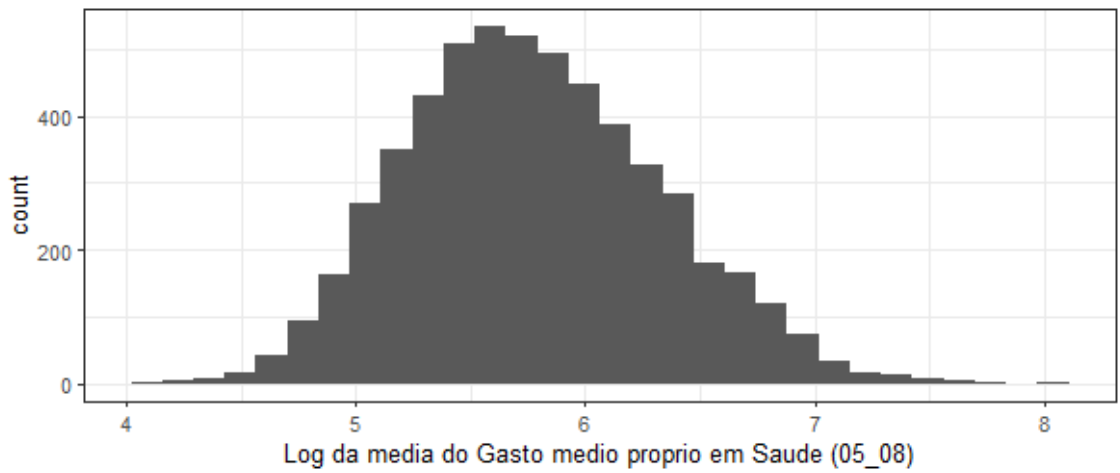
Fonte: Elaboração do autor. TSE e Bolognesi *et al* (2021)

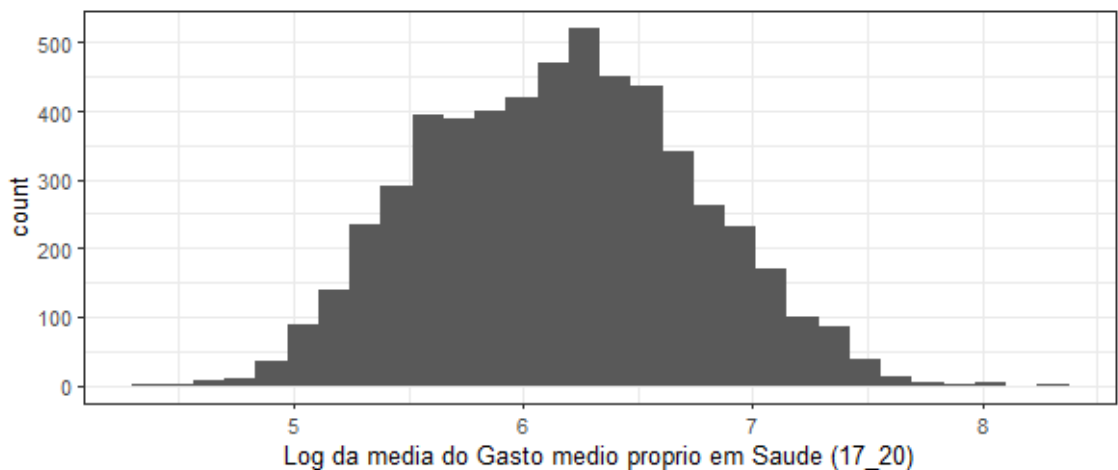
Anexo 05. Classificação Ideológica dos partidos do prefeito eleito em 2016

Partido Eleito em 2016	Centro	Centro-direita	Centro-esquerda	Direita	Esquerda	Extrema-direita	Extrema-esquerda
DEM	0	0	0	0	0	269	0
PC do B	0	0	0	0	81	0	0
PDT	0	0	333	0	0	0	0
PEN	0	0	0	0	0	13	0
PHS	0	39	0	0	0	0	0
PMB	0	4	0	0	0	0	0
PMDB	0	0	0	1044	0	0	0
PMN	0	0	0	29	0	0	0
PP	0	0	0	495	0	0	0
PPL	0	0	0	5	0	0	0
PPS	122	0	0	0	0	0	0
PR	0	0	0	298	0	0	0
PRB	0	0	0	104	0	0	0
PROS	0	0	0	50	0	0	0
PRP	0	0	0	18	0	0	0
PRTB	0	0	0	9	0	0	0
PSB	0	0	407	0	0	0	0
PSC	0	0	0	87	0	0	0
PSD	0	0	0	539	0	0	0
PSDB	0	0	0	799	0	0	0
PSDC	0	0	0	8	0	0	0
PSL	0	0	0	30	0	0	0
PSOL	0	0	0	0	0	0	2
PT	0	0	0	0	254	0	0
PT do B	0	12	0	0	0	0	0
PTB	0	256	0	0	0	0	0
PTC	0	0	0	16	0	0	0
PTN	0	0	0	30	0	0	0
PV	101	0	0	0	0	0	0
REDE	6	0	0	0	0	0	0
SD	0	61	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração do autor. TSE e Bolognesi *et al* (2021)

Anexo 06. Histogramas das variáveis dependentes transformada em log para entrar nos modelos de regressão linear





Fonte: Elaboração dos autores.

Anexo 07. Teste de homoscedasticidade do modelo 1 ao 4

```
Call:
glm(x = modelo1)
```

	Value	p-value	Decision
Global Stat	1728.9509	0.000e+00	Assumptions NOT satisfied!
Skewness	134.5332	0.000e+00	Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis	1553.2653	0.000e+00	Assumptions NOT satisfied!
Link Function	40.9979	1.524e-10	Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity	0.1546	6.942e-01	Assumptions acceptable.

```
Call:
glm(x = modelo2)
```

	Value	p-value	Decision
Global Stat	1866.010	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Skewness	118.927	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis	1662.924	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Link Function	82.893	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity	1.265	0.2606	Assumptions acceptable.

```
Call:
glm(x = modelo3)
```

	Value	p-value	Decision
Global Stat	2.567e+03	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Skewness	6.089e+00	0.0136	Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis	2.458e+03	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Link Function	1.031e+02	0.0000	Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity	8.198e-04	0.9772	Assumptions acceptable.

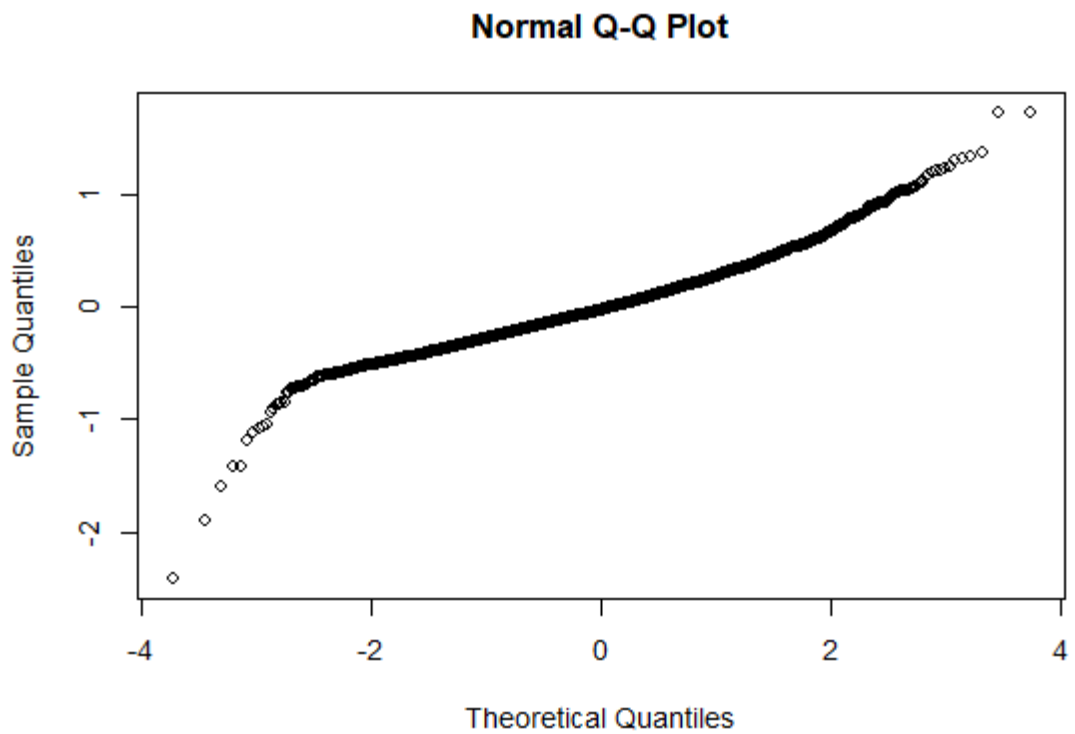
```
Call:
  glm(x = modelo4)

              Value  p-value      Decision
Global Stat  2295.361 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness     25.931 3.539e-07 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis     2202.830 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function 64.637 8.882e-16 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 1.963 1.612e-01 Assumptions acceptable.
```

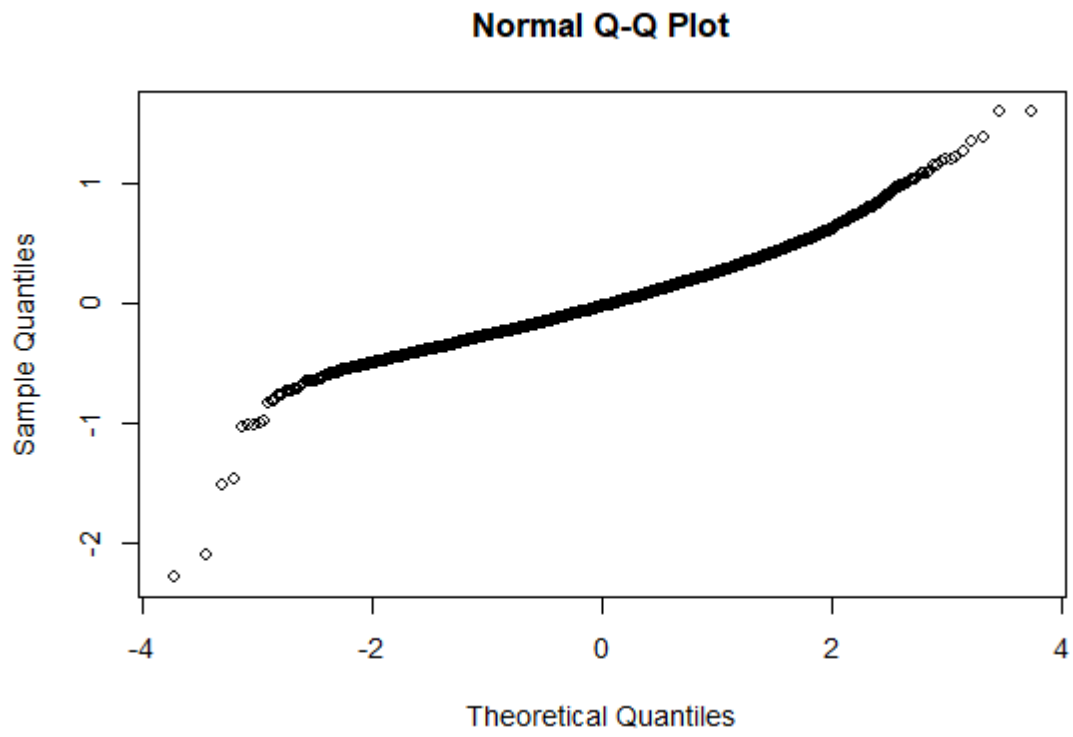
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 08. Teste de normalidade do modelo 1 ao modelo 4

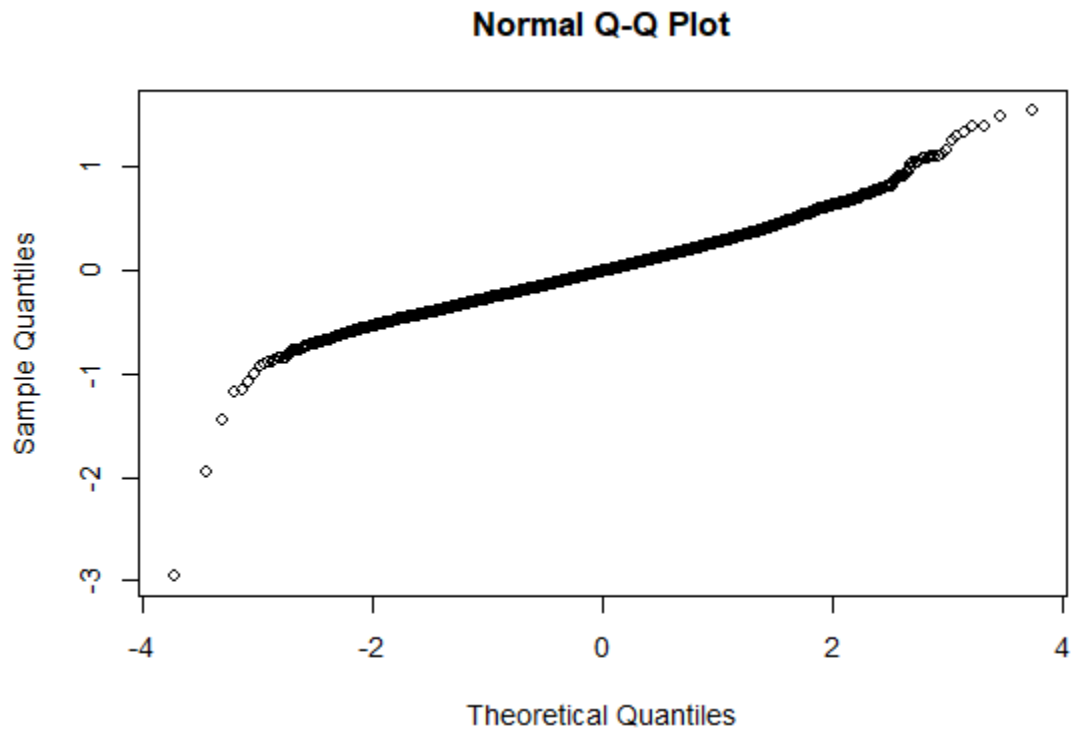
Modelo 1



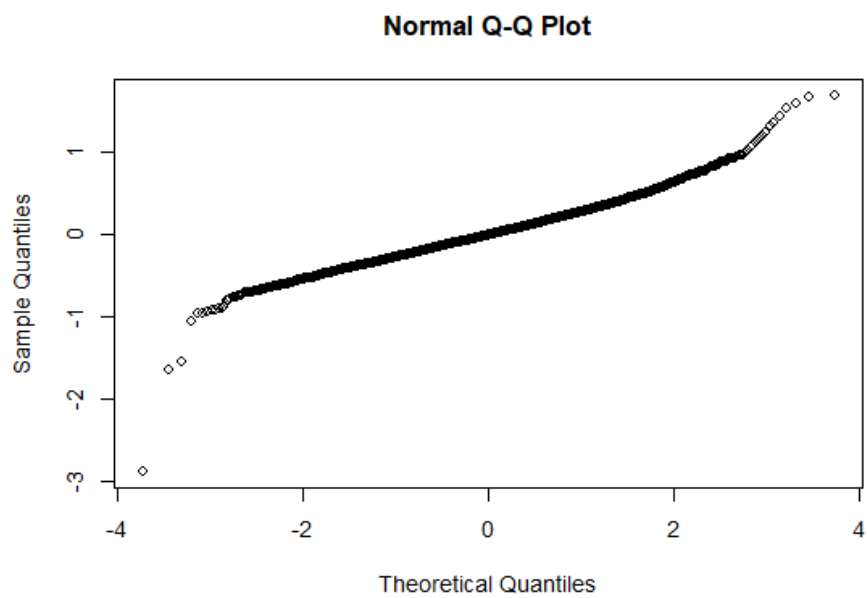
Modelo 2



Modelo 3



Modelo 4



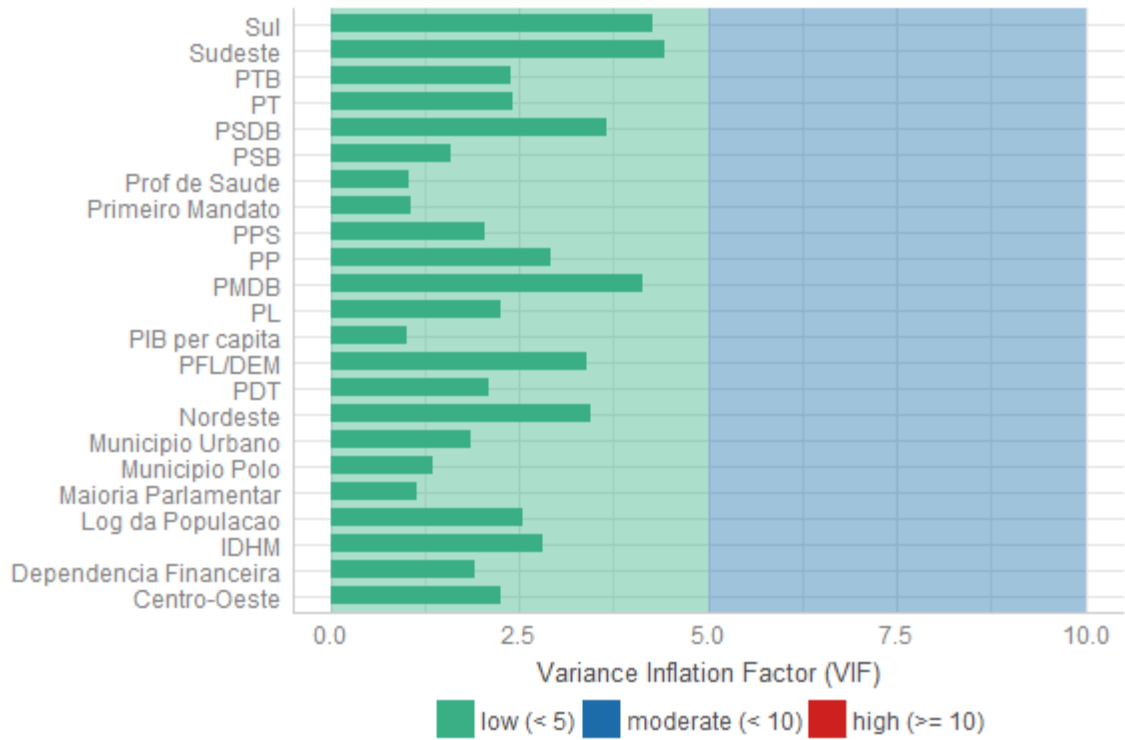
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 09. Teste de multicolinearidade do modelo 1 ao modelo 4

Modelo 1

Collinearity

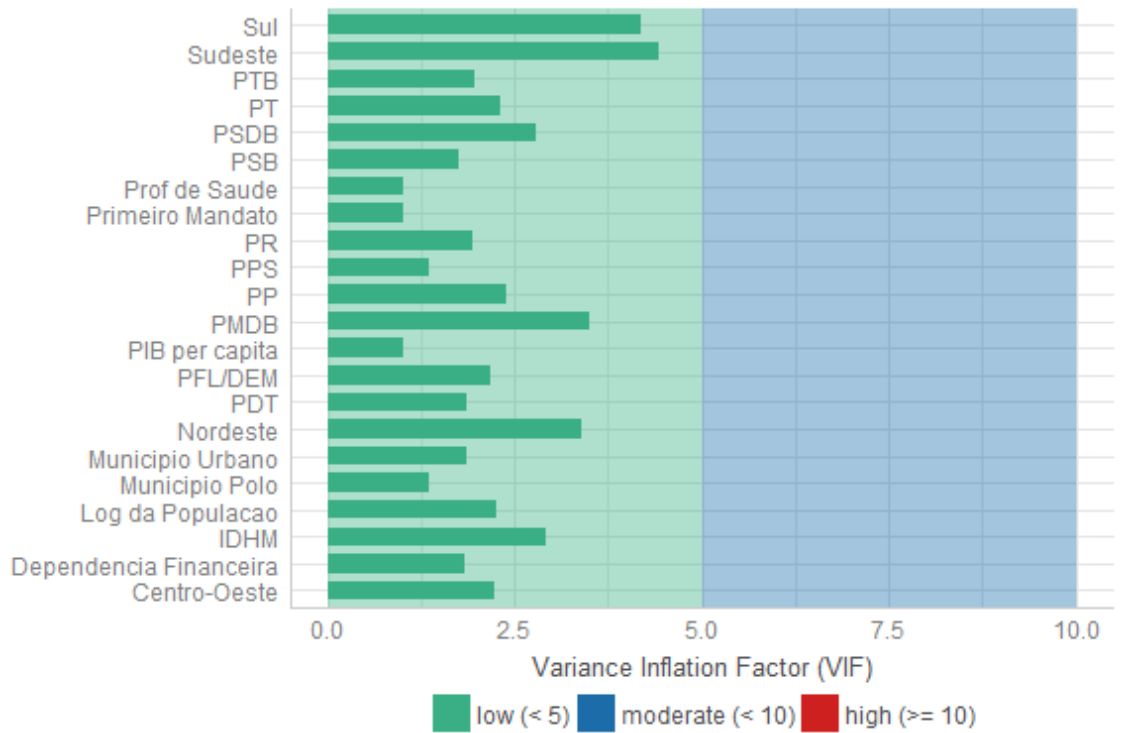
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 2

Collinearity

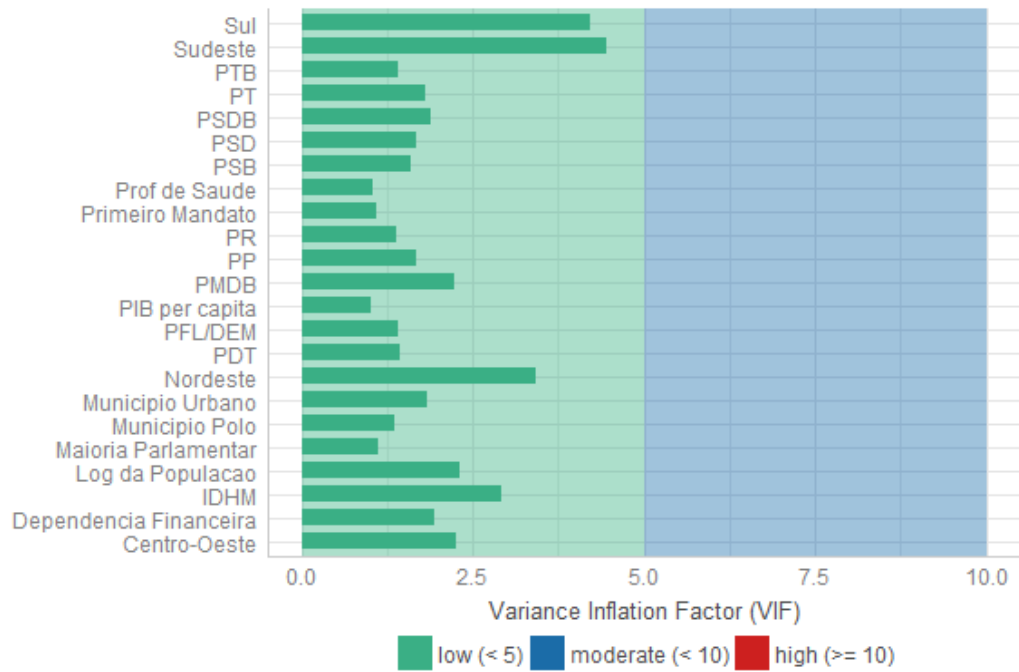
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 3

Collinearity

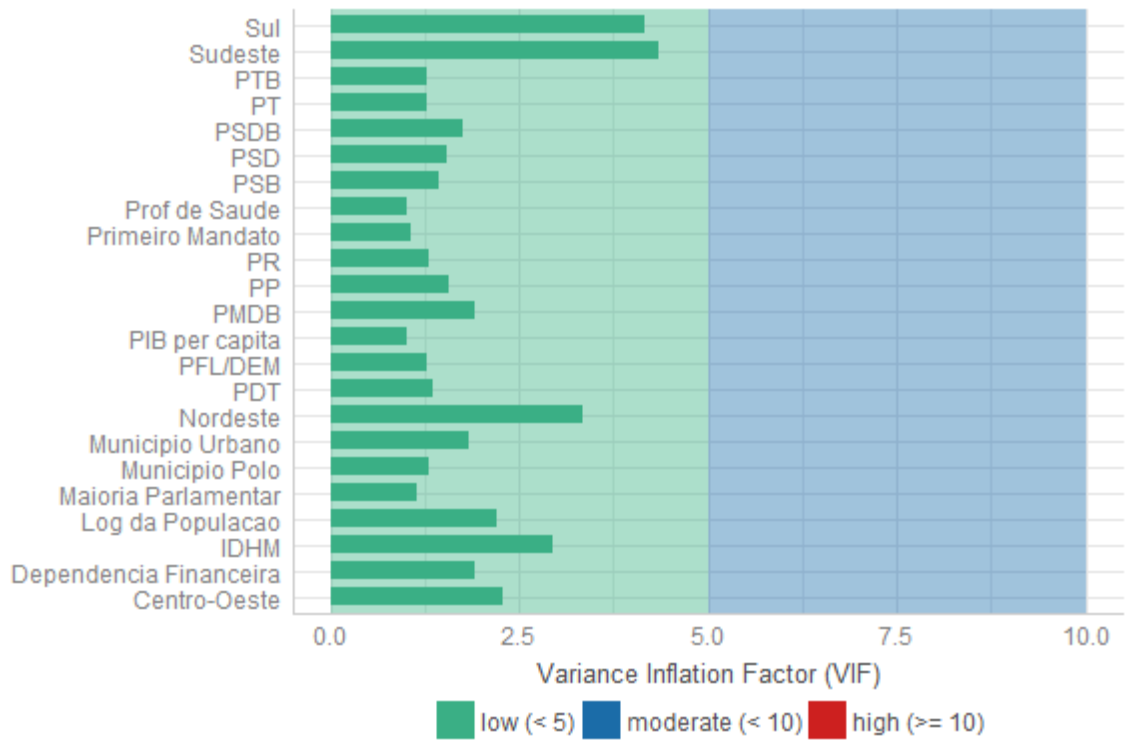
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 4

Collinearity

Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



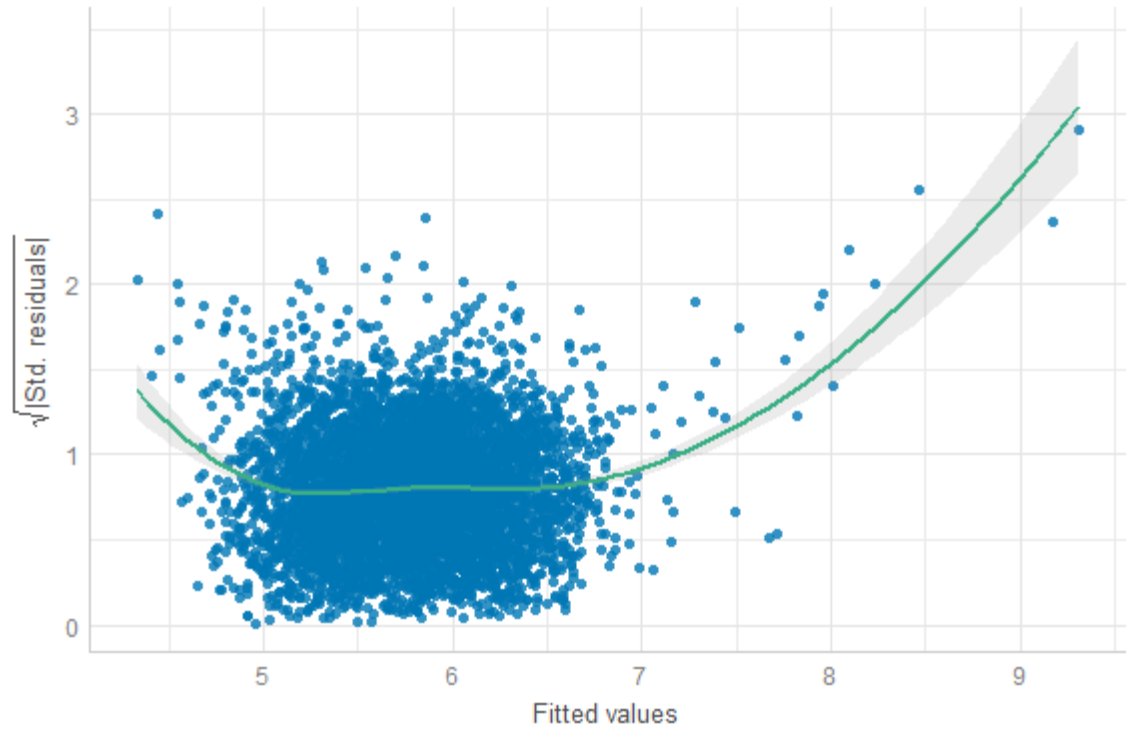
Fonte: **Elaboração do autor.**

Anexo 10. Teste de heterocedasticidade do modelo 1 ao modelo 4

Modelo 1

Homogeneity of Variance

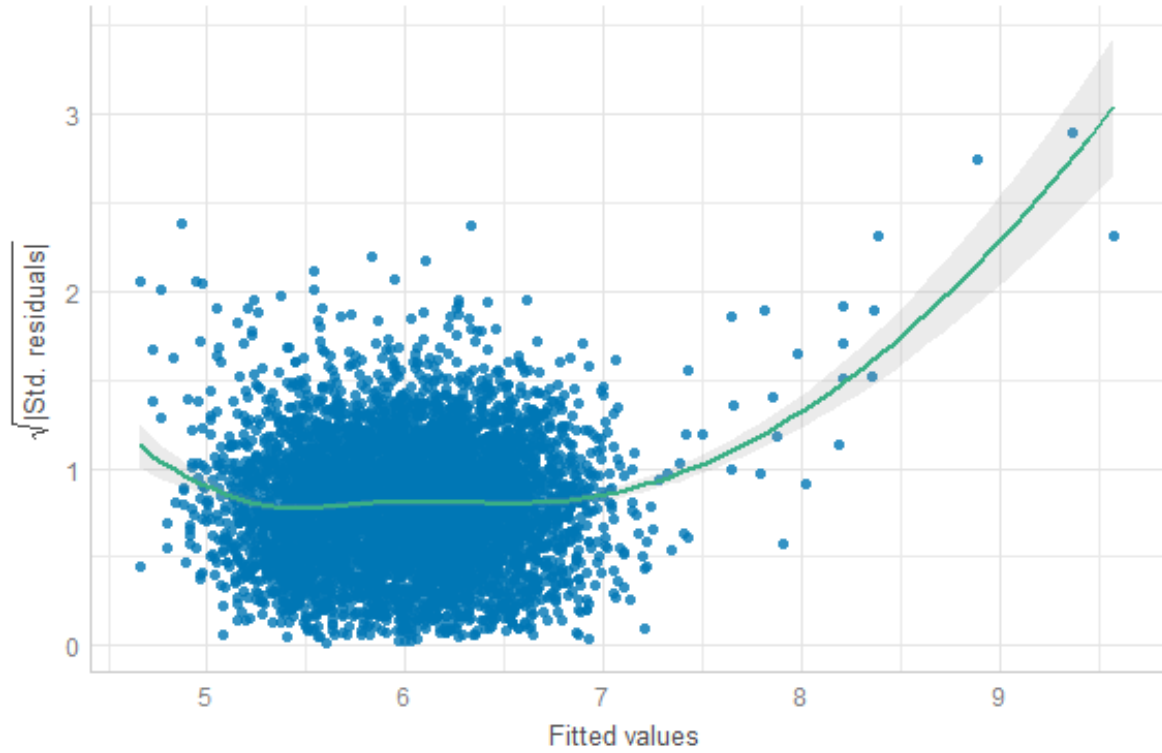
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 2

Homogeneity of Variance

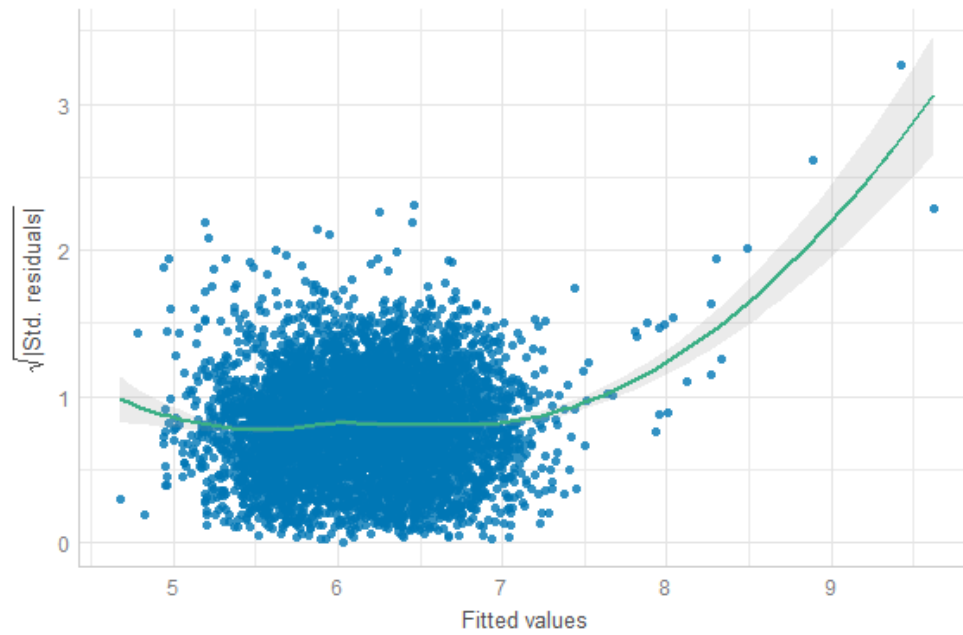
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 3

Homogeneity of Variance

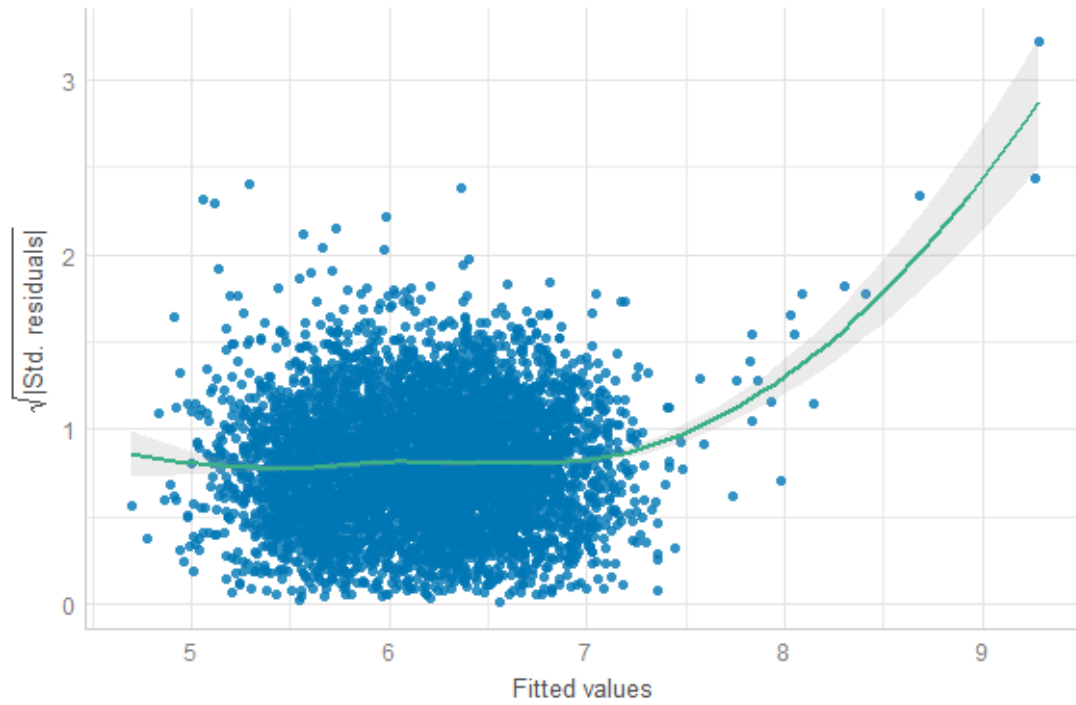
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 4

Homogeneity of Variance

Reference line should be flat and horizontal



Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 11. Teste de homoscedasticidade do modelo 5, 7 e 8

Modelo 5

```
Call:
  gvlma(x = modelo5)

              Value  p-value              Decision
Global Stat   1717.5120 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness      136.1043 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis      1538.4257 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function   42.5228 6.986e-11 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 0.4592 4.980e-01 Assumptions acceptable.
```

Modelo 7

```
Call:
  gvlma(x = modelo7)

              Value  p-value              Decision
Global Stat   2.620e+03 0.000000 Assumptions NOT satisfied!
Skewness      5.954e+00 0.01468 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis      2.509e+03 0.000000 Assumptions NOT satisfied!
Link Function  1.057e+02 0.000000 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 1.267e-02 0.91037 Assumptions acceptable.
```

Modelo 8

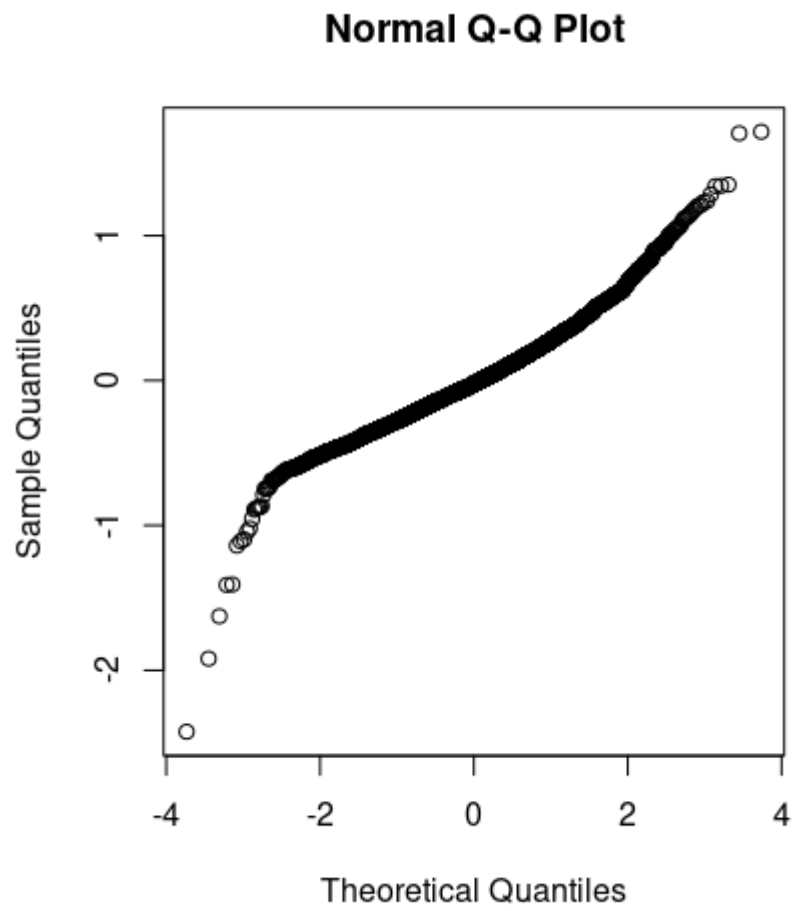
```
Call:
  gvlma(x = modelo8)

              Value  p-value              Decision
Global Stat   2293.159 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness      25.187 5.203e-07 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis      2201.638 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function   64.407 9.992e-16 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 1.927 1.651e-01 Assumptions acceptable.
```

Fonte: Elaboração do autor.

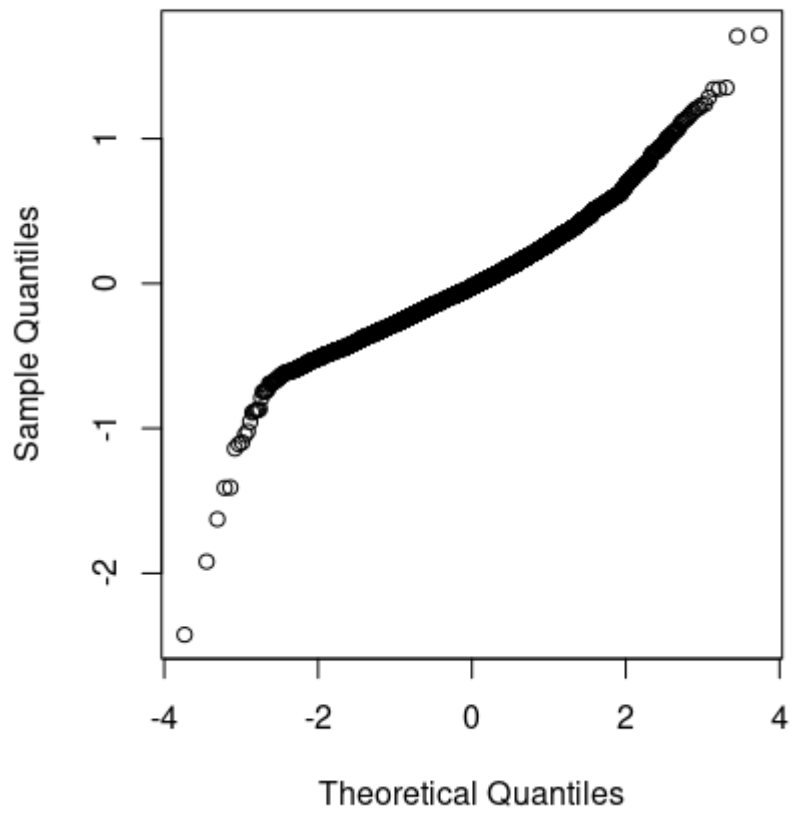
Anexo 12. Teste de normalidade do modelo 5, 7 e 8

Modelo 5

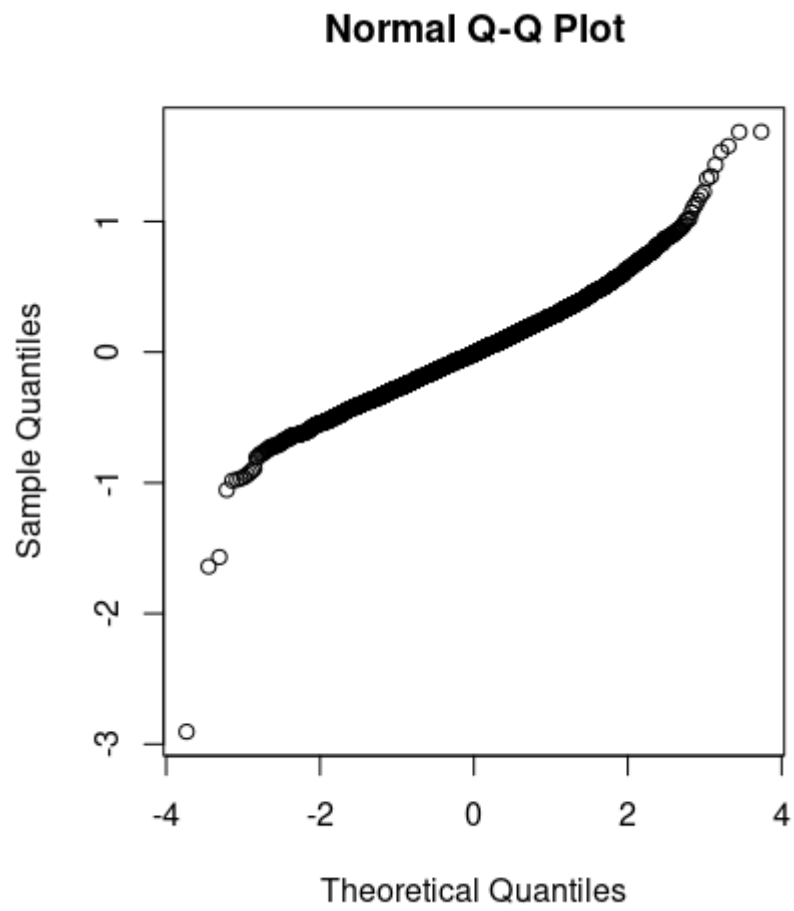


Modelo 7

Normal Q-Q Plot



Modelo 8



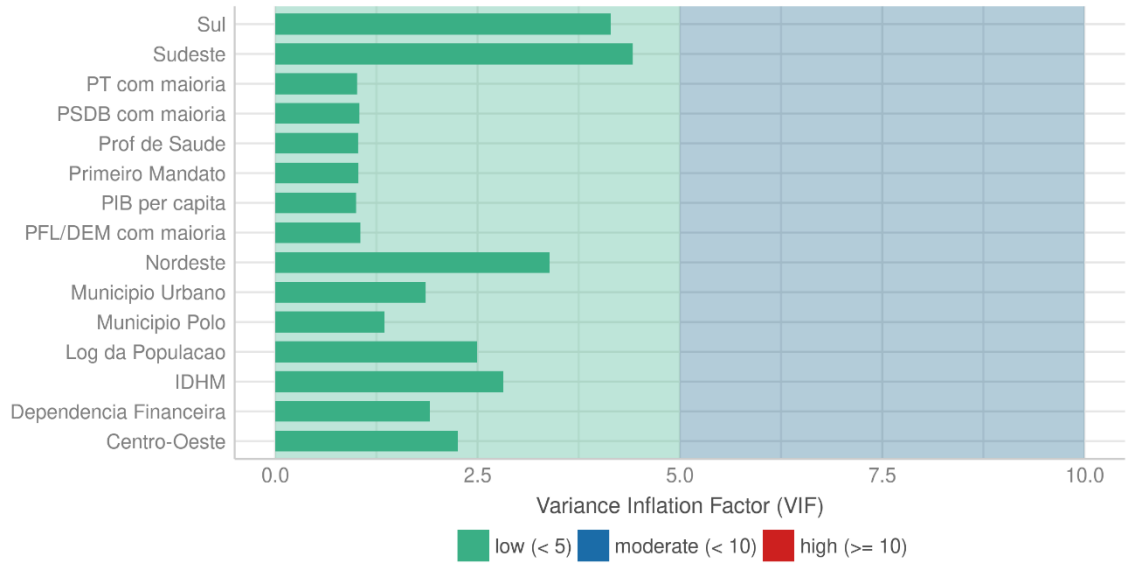
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 13. Teste de multicolinearidade do modelo 5, 7, 8

Modelo 5

Collinearity

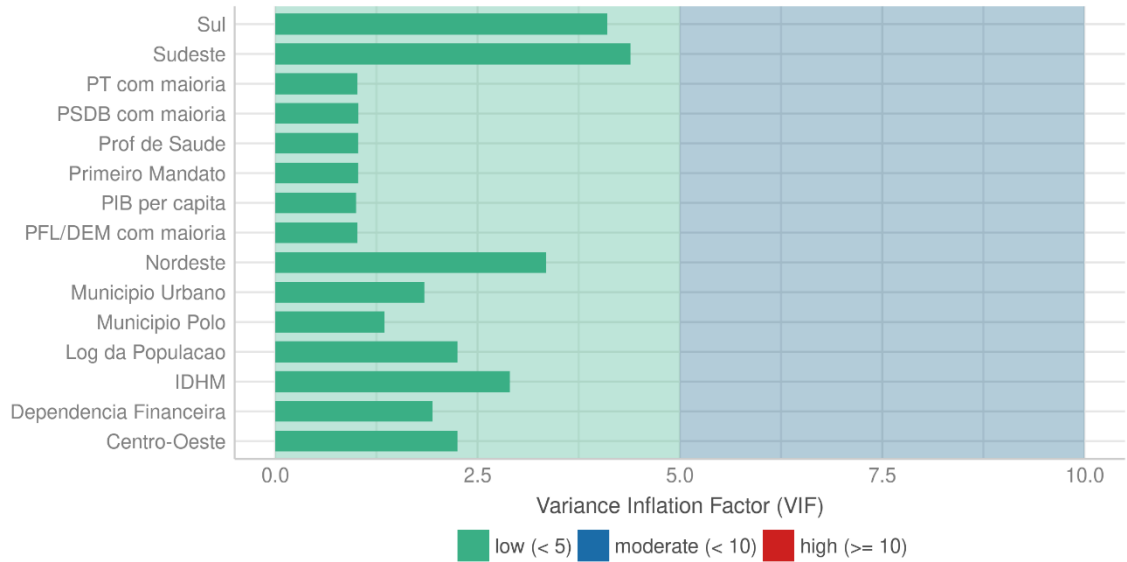
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 7

Collinearity

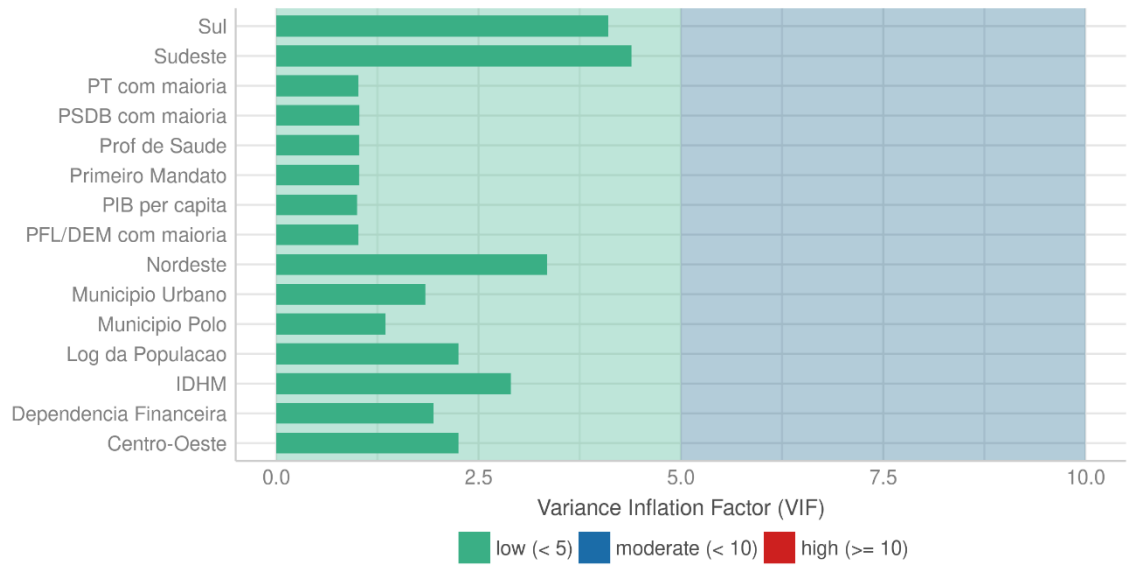
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 8

Collinearity

Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



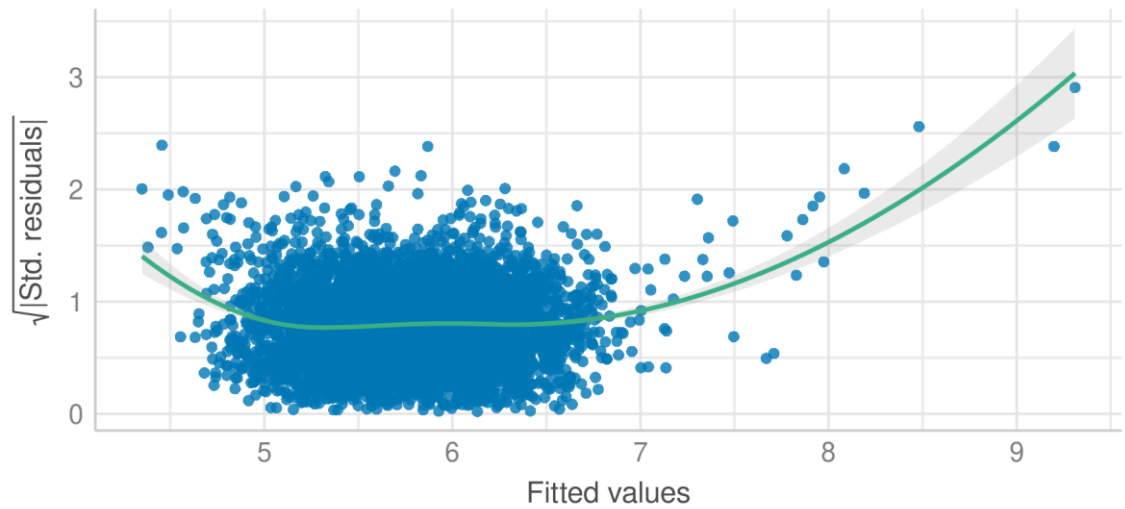
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 14. Teste de heterocedasticidade do modelo 5, 6, 7

Modelo 5

Homogeneity of Variance

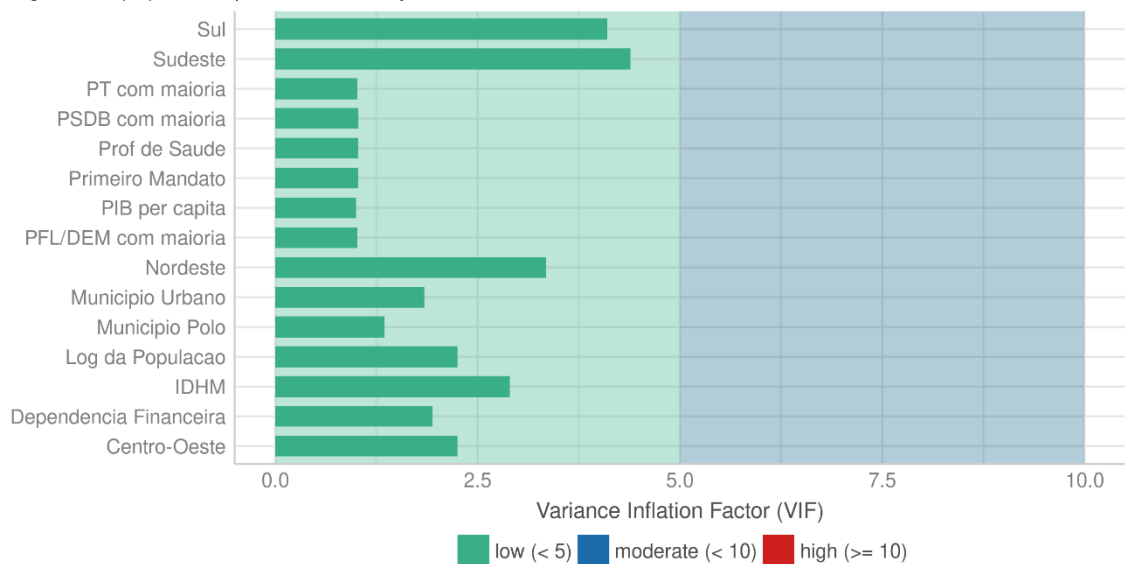
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 7

Collinearity

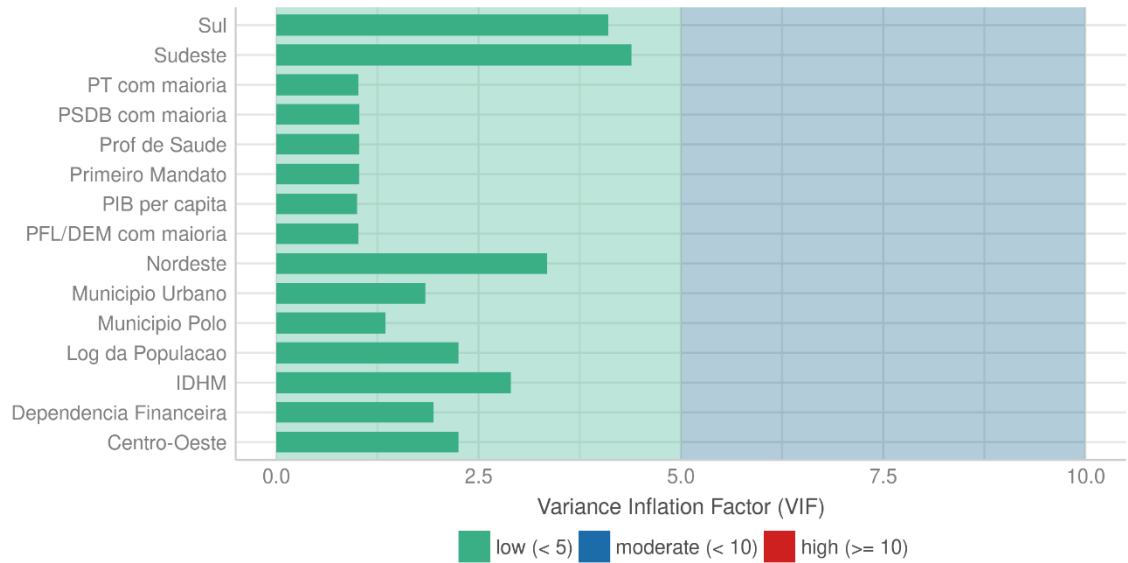
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 8

Collinearity

Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 15. Teste de homoscedasticidade do modelo 9, 11, 12

Modelo 9

```
Call:
  gvlma(x = modelo9)

              Value    p-value          Decision
Global Stat    1706.5129 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness       137.3596 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis       1528.0456 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function   40.7885 1.696e-10 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 0.3191 5.721e-01 Assumptions acceptable.
```

Modelo 11

```
Call:
  gvlma(x = modelo11)
```

	Value	p-value	Decision
Global Stat	2.579e+03	0.00000	Assumptions NOT satisfied!
Skewness	6.217e+00	0.01265	Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis	2.467e+03	0.00000	Assumptions NOT satisfied!
Link Function	1.058e+02	0.00000	Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity	1.503e-02	0.90243	Assumptions acceptable.

Modelo 12

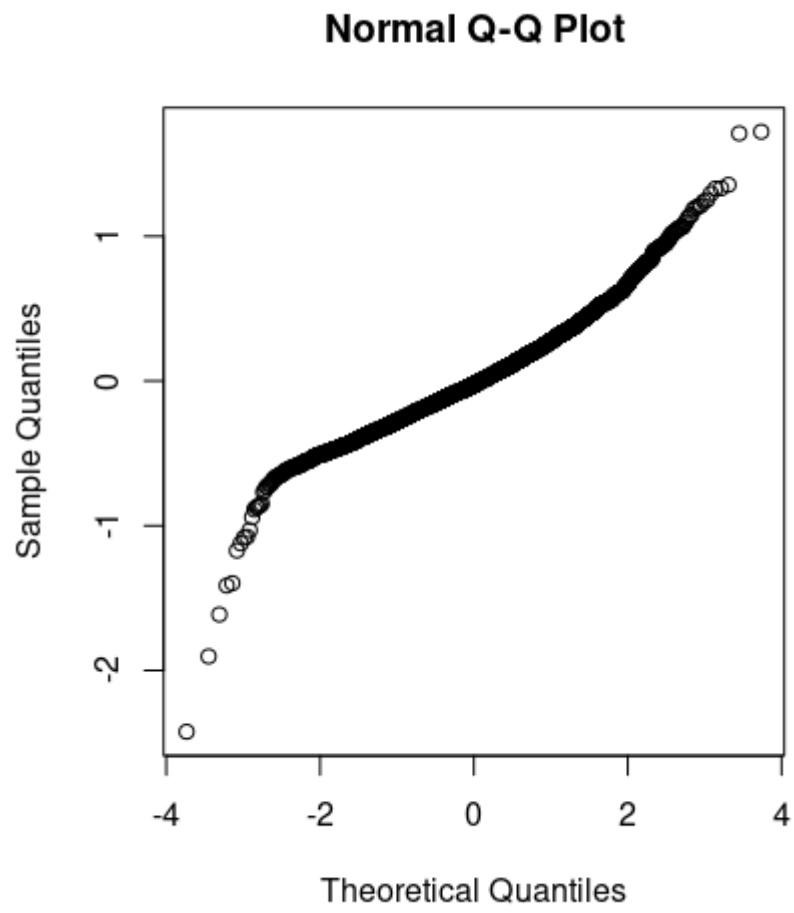
```
Call:
  gvlma(x = modelo12)
```

	Value	p-value	Decision
Global Stat	2247.271	0.000e+00	Assumptions NOT satisfied!
Skewness	25.687	4.015e-07	Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis	2156.563	0.000e+00	Assumptions NOT satisfied!
Link Function	62.968	2.109e-15	Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity	2.053	1.519e-01	Assumptions acceptable.

Fonte: Elaboração do autor.

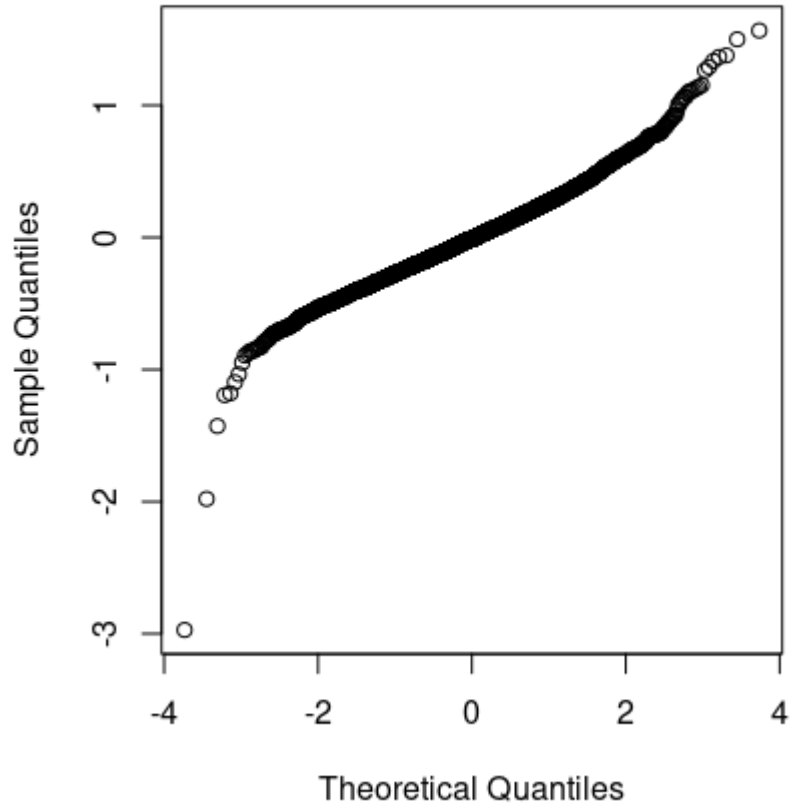
Anexo 16. Teste de normalidade do modelo 9, 11, 12

Modelo 9

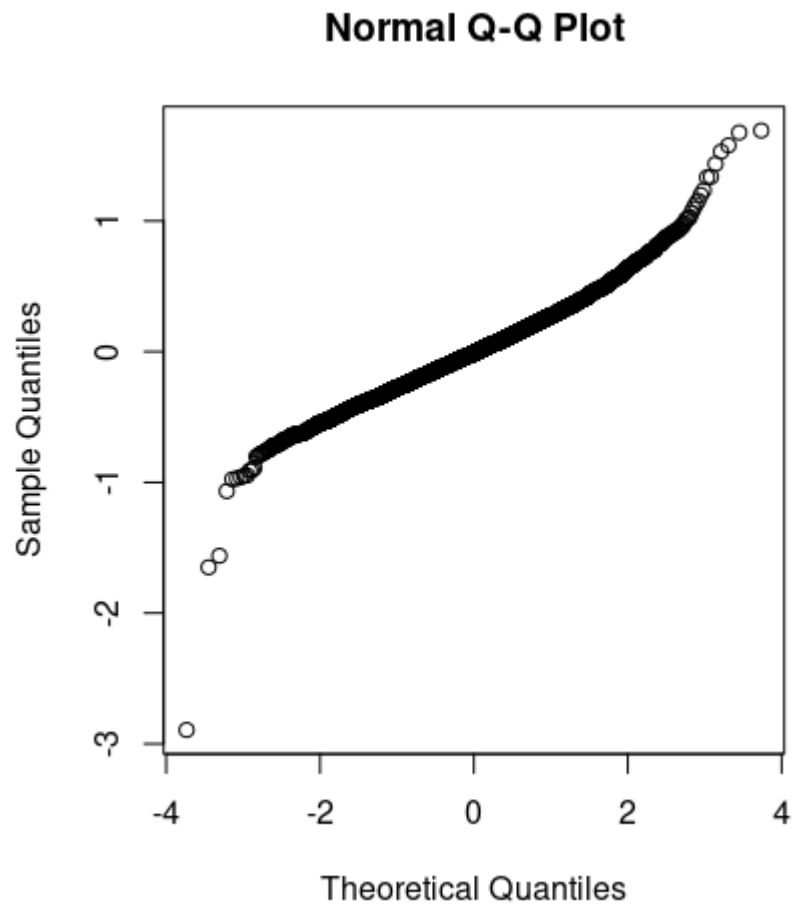


Modelo 11

Normal Q-Q Plot



Modelo 12



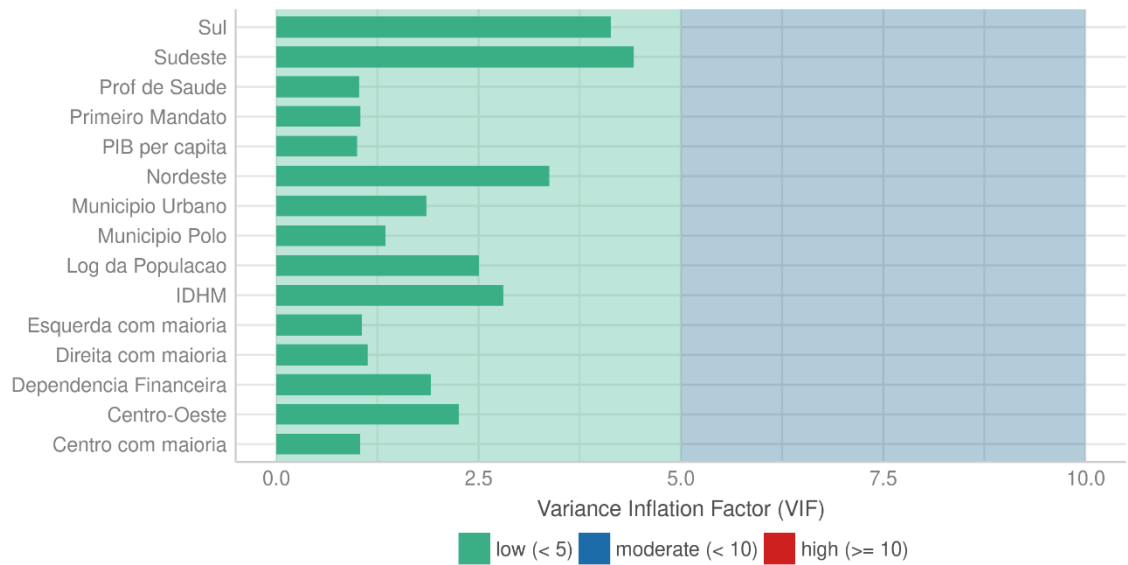
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 17. Teste de multicolinearidade do modelo 9, 11, 12

Modelo 9

Collinearity

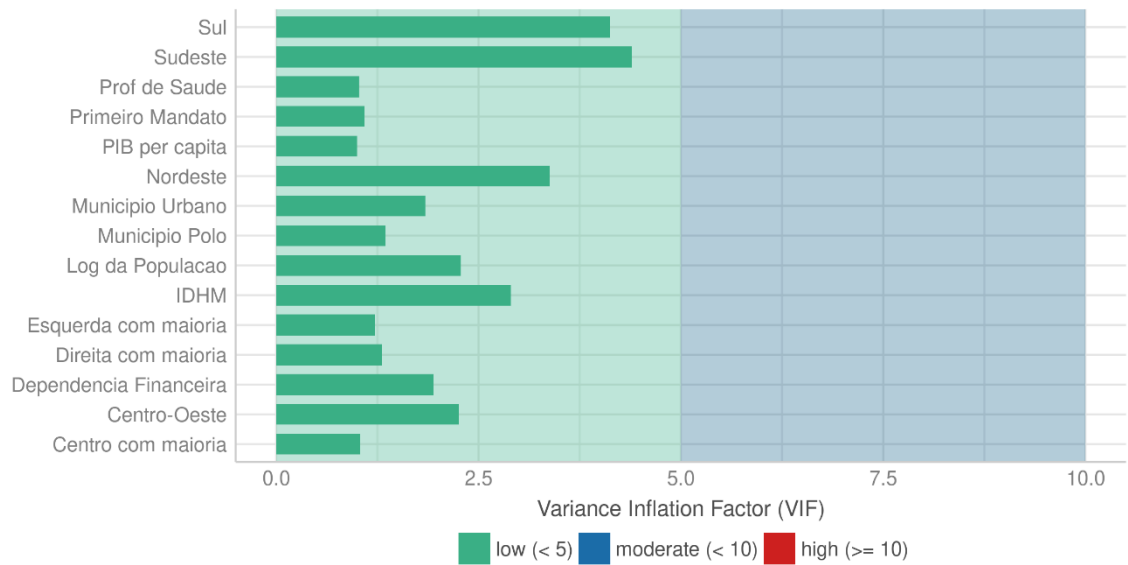
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 11

Collinearity

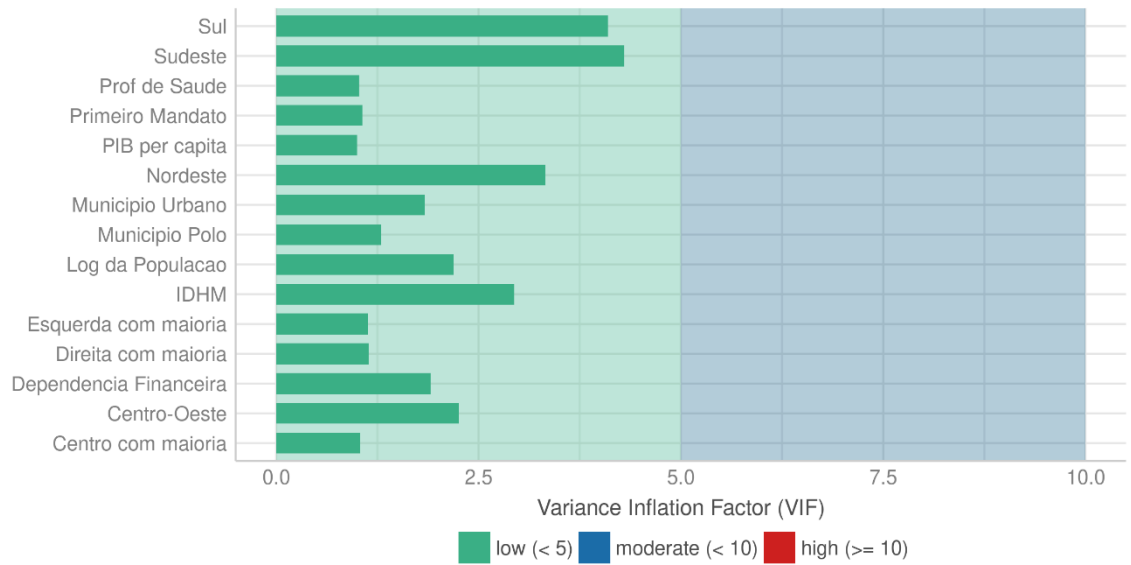
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 12

Collinearity

Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



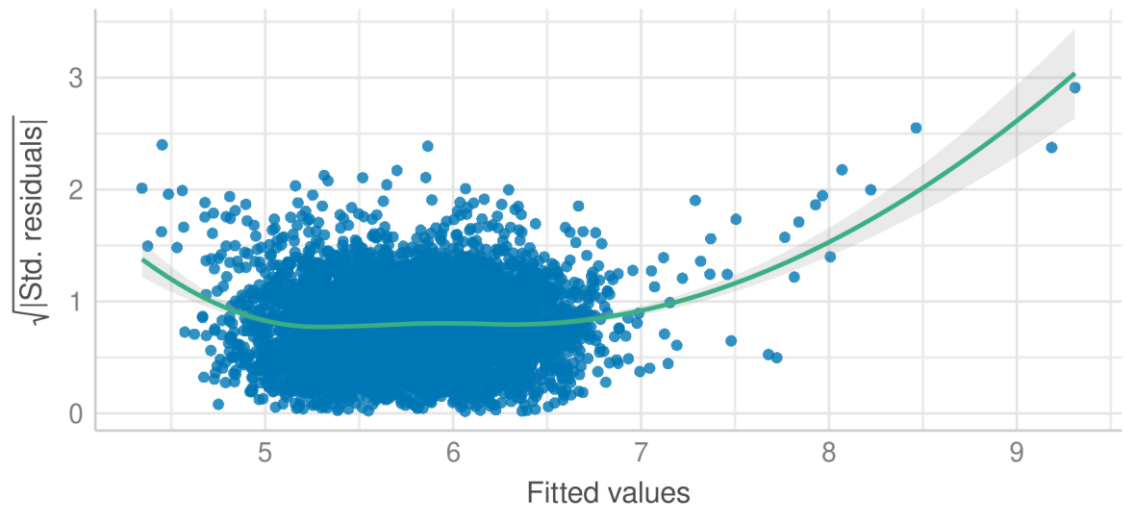
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 18. Teste de heterocedasticidade do modelo 9. 11. 12

Modelo 9

Homogeneity of Variance

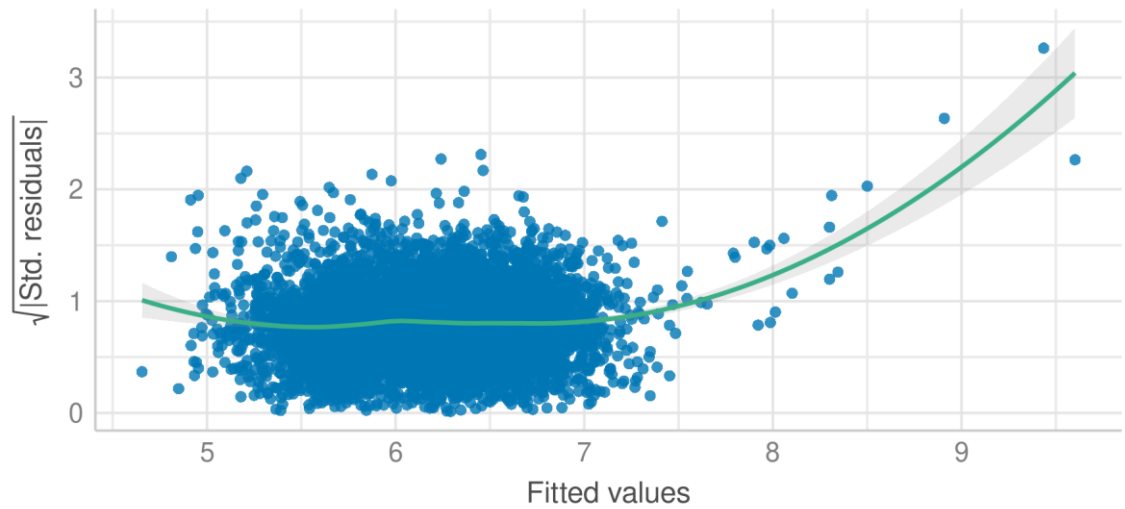
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 11

Homogeneity of Variance

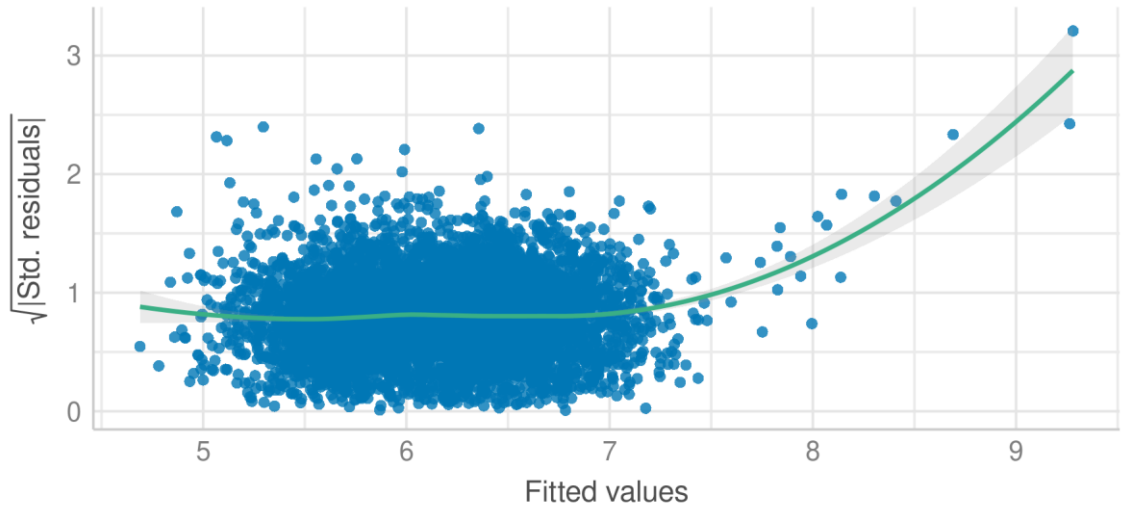
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 12

Homogeneity of Variance

Reference line should be flat and horizontal



Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 19. Teste de homoscedasticidade do modelo 13, 14, 15, 16

Modelo 13

```
Call:
  gvlma(x = modelo13)

      Value  p-value      Decision
Global Stat 1745.7081 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness    136.6303 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis    1566.0129 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function 42.7255 6.299e-11 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 0.3394 5.602e-01 Assumptions acceptable.
```

Modelo 14

```
Call:
  gvlma(x = modelo14)

      Value  p-value      Decision
Global Stat 1882.319 0.0000 Assumptions NOT satisfied!
Skewness    113.159 0.0000 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis    1681.134 0.0000 Assumptions NOT satisfied!
Link Function 86.632 0.0000 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 1.393 0.2378 Assumptions acceptable.
```

Modelo 15

```
Call:
  gvlma(x = modelo15)

      Value  p-value      Decision
Global Stat 2.605e+03 0.00000 Assumptions NOT satisfied!
Skewness    6.163e+00 0.01304 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis    2.495e+03 0.00000 Assumptions NOT satisfied!
Link Function 1.046e+02 0.00000 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 6.426e-03 0.93611 Assumptions acceptable.
```

Modelo 16

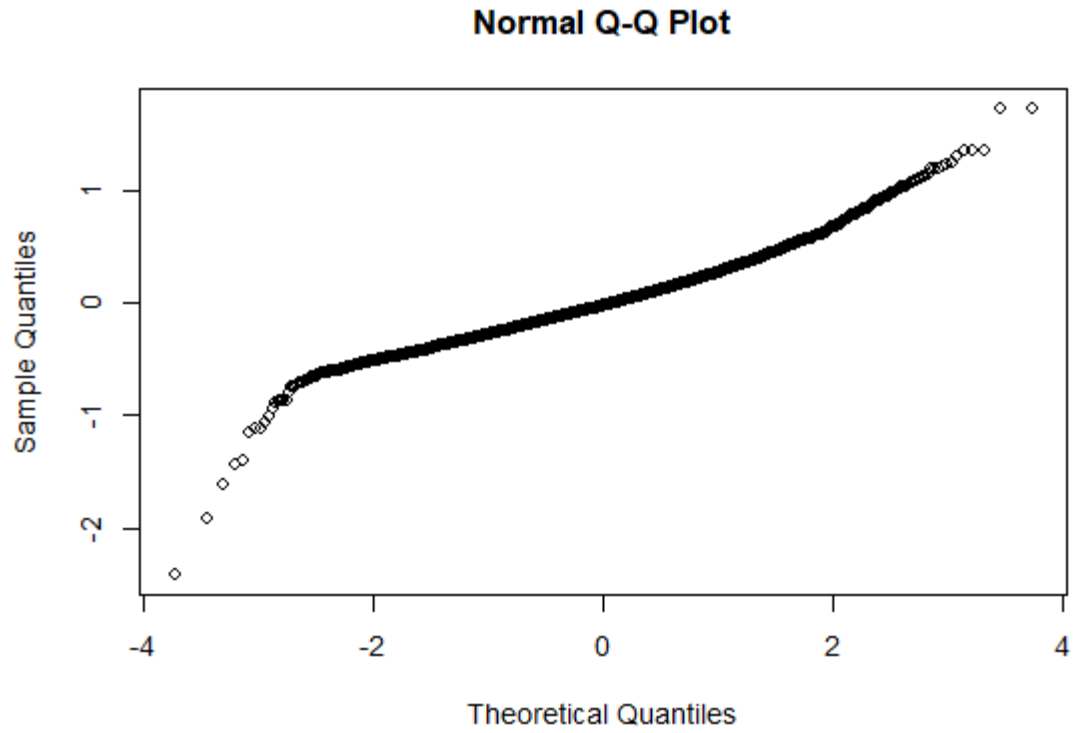
```
Call:
  gvlma(x = modelo16)

      Value  p-value      Decision
Global Stat 2244.285 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Skewness    26.867 2.179e-07 Assumptions NOT satisfied!
Kurtosis    2154.266 0.000e+00 Assumptions NOT satisfied!
Link Function 61.325 4.885e-15 Assumptions NOT satisfied!
Heteroscedasticity 1.827 1.765e-01 Assumptions acceptable.
```

Fonte: Elaboração do autor.

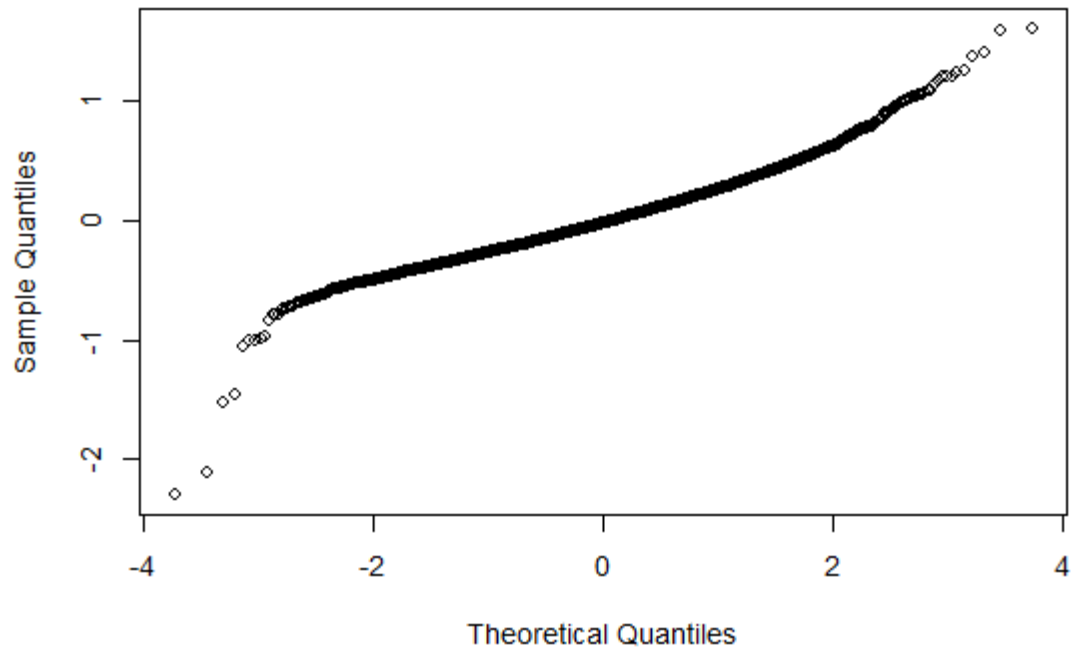
Anexo 20. Teste de normalidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16

Modelo 13

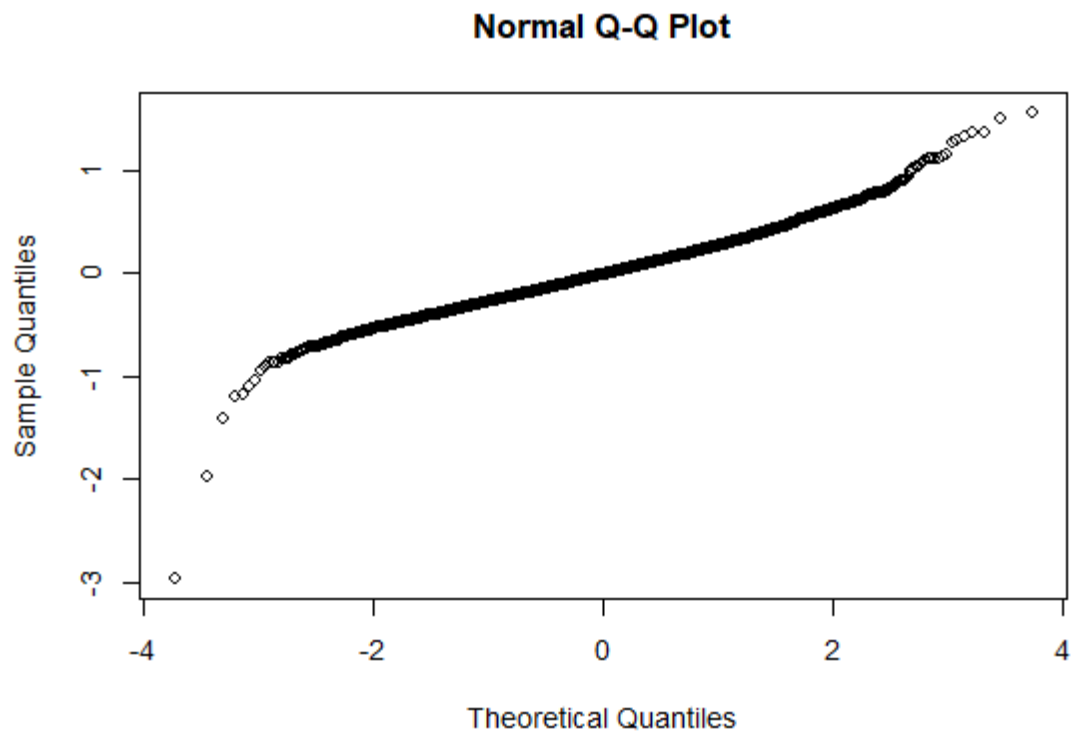


Modelo 14

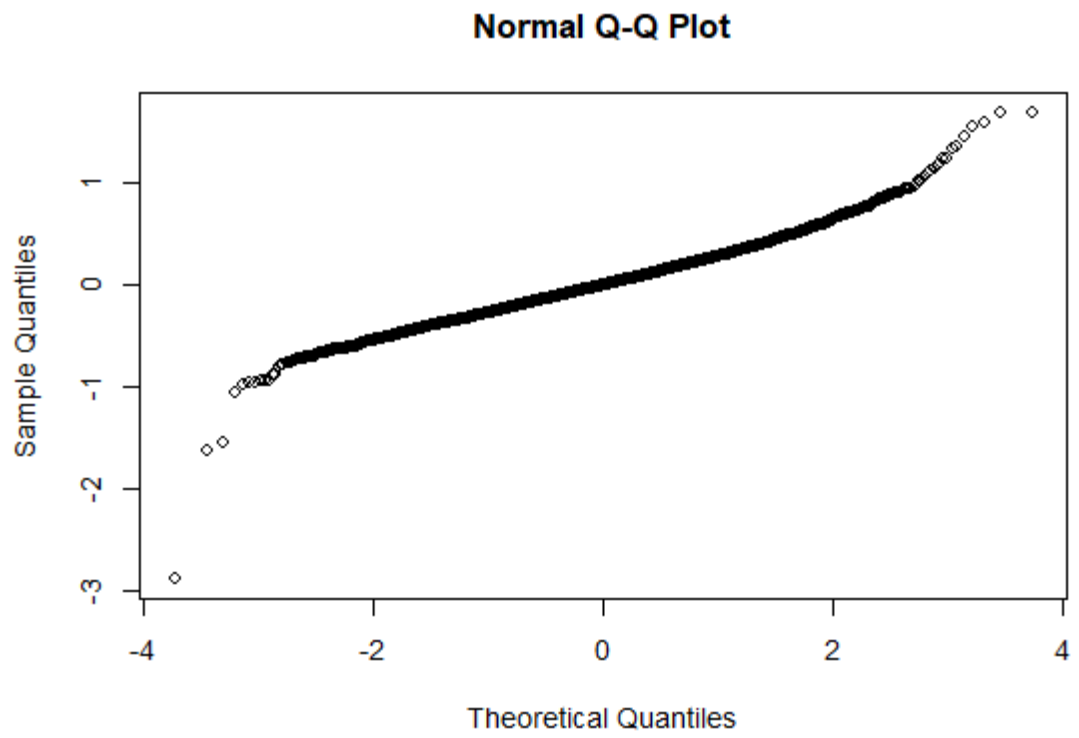
Normal Q-Q Plot



Modelo 15



Modelo 16



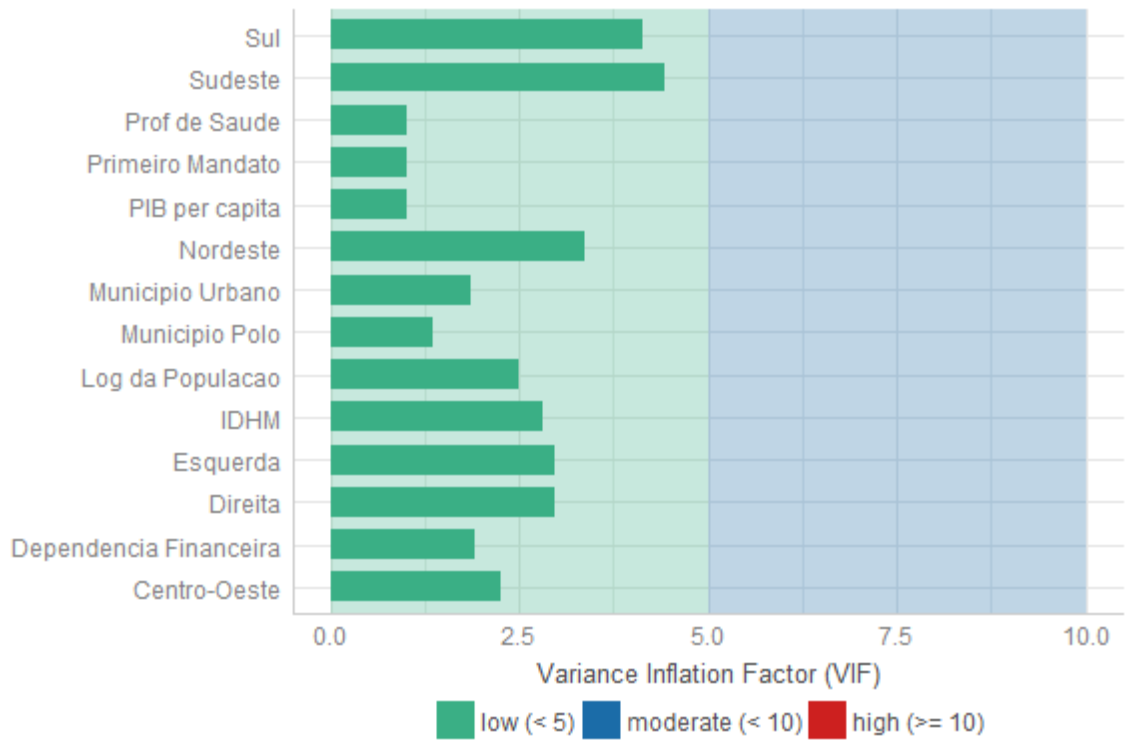
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 21. Teste de multicolinearidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16

Modelo 13

Collinearity

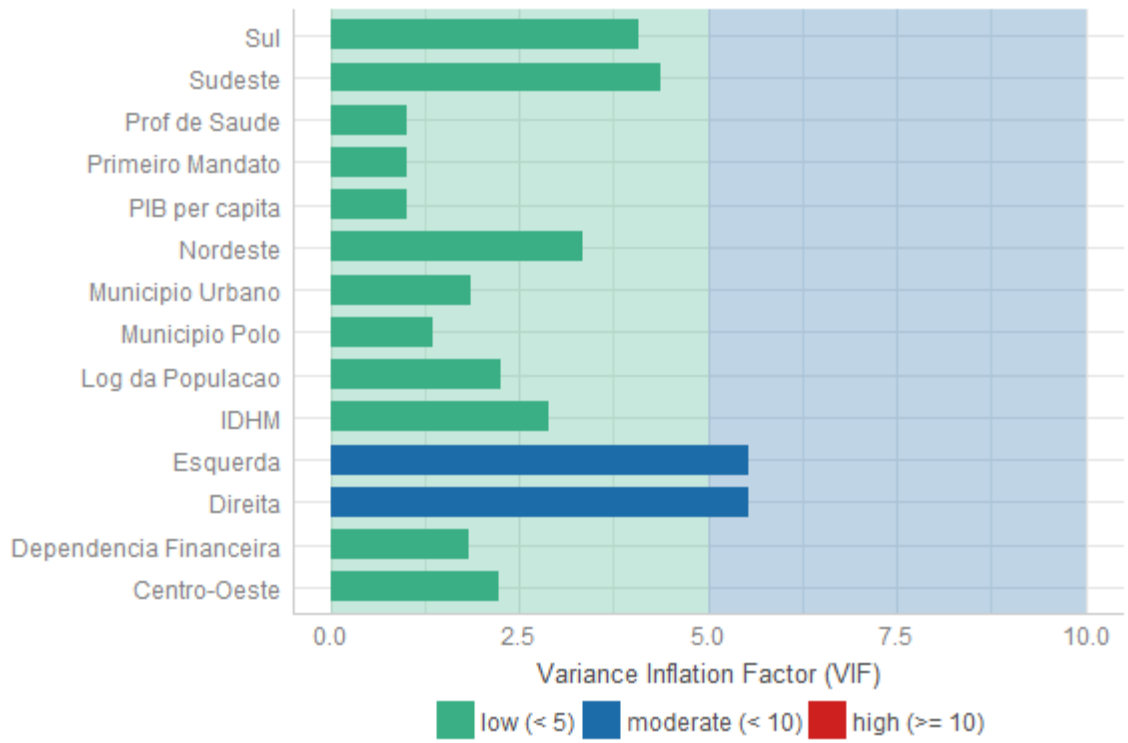
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 14

Collinearity

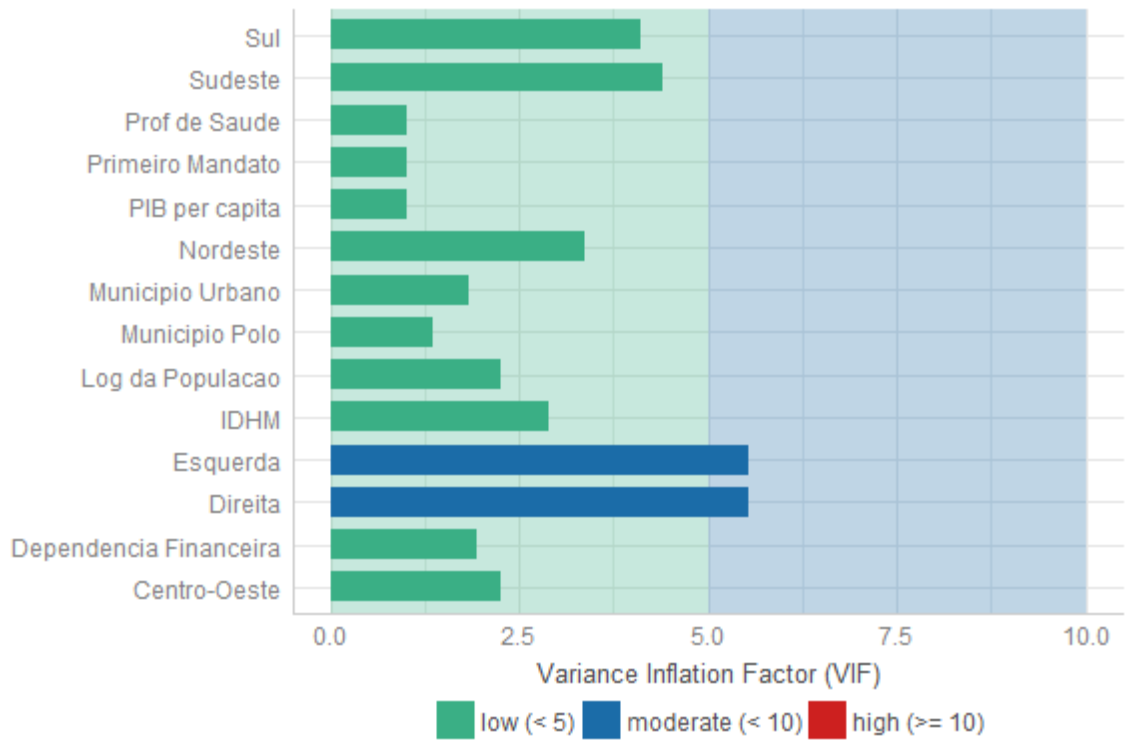
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 15

Collinearity

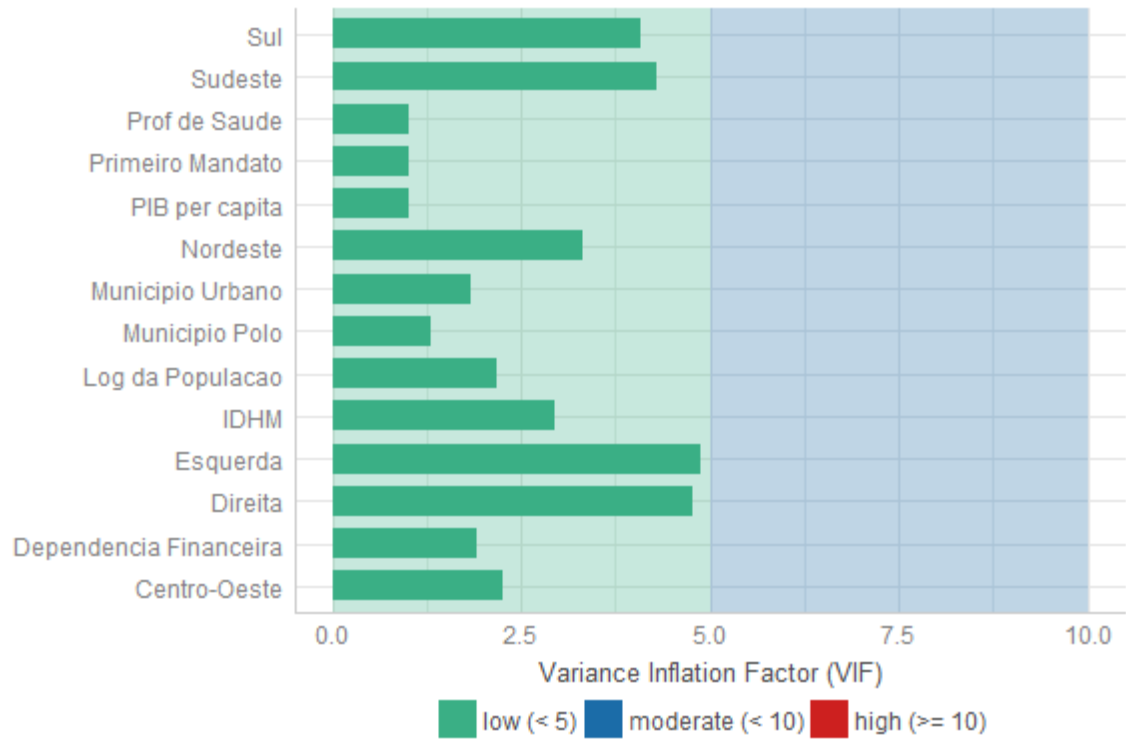
Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



Modelo 16

Collinearity

Higher bars (>5) indicate potential collinearity issues



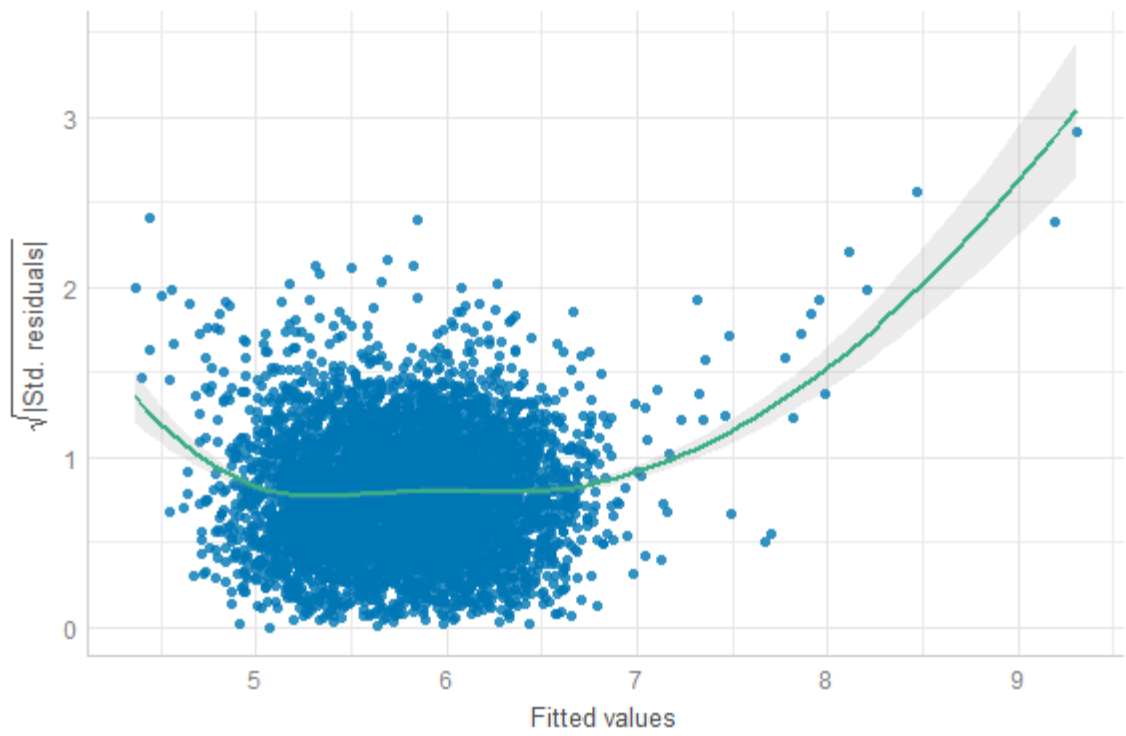
Fonte: Elaboração do autor.

Anexo 22. Teste de heterocedasticidade do modelo 1 ao modelo 13, 14, 15, 16

Modelo 13

Homogeneity of Variance

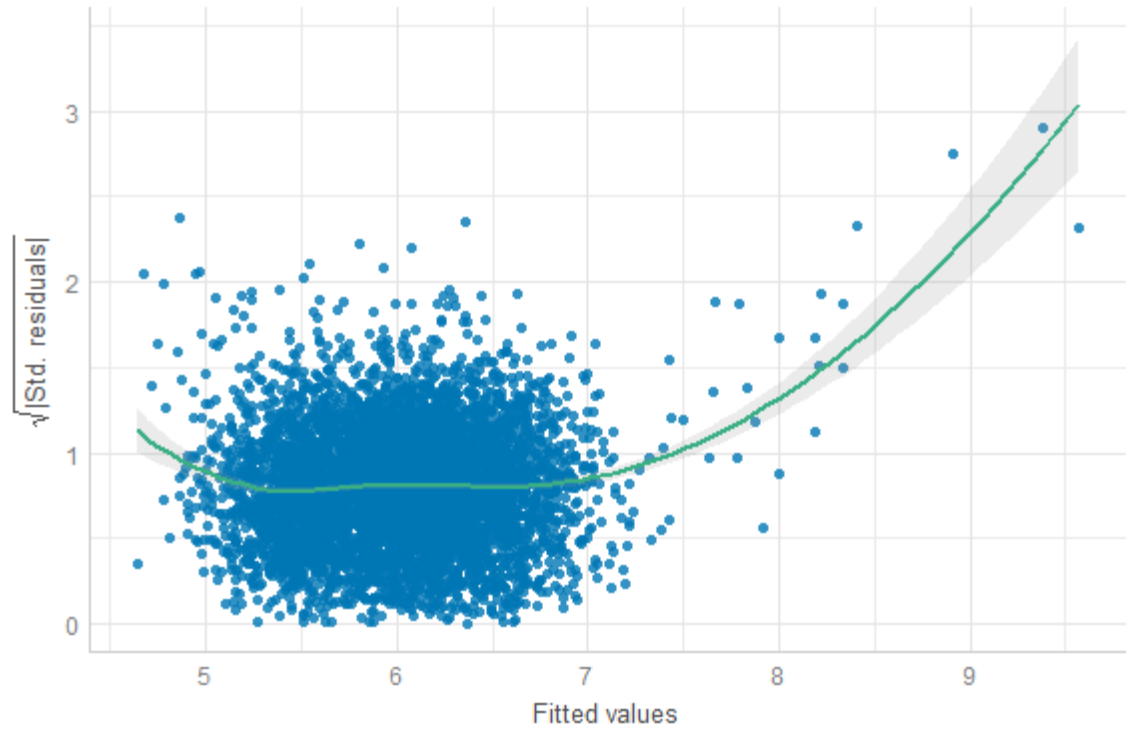
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 14

Homogeneity of Variance

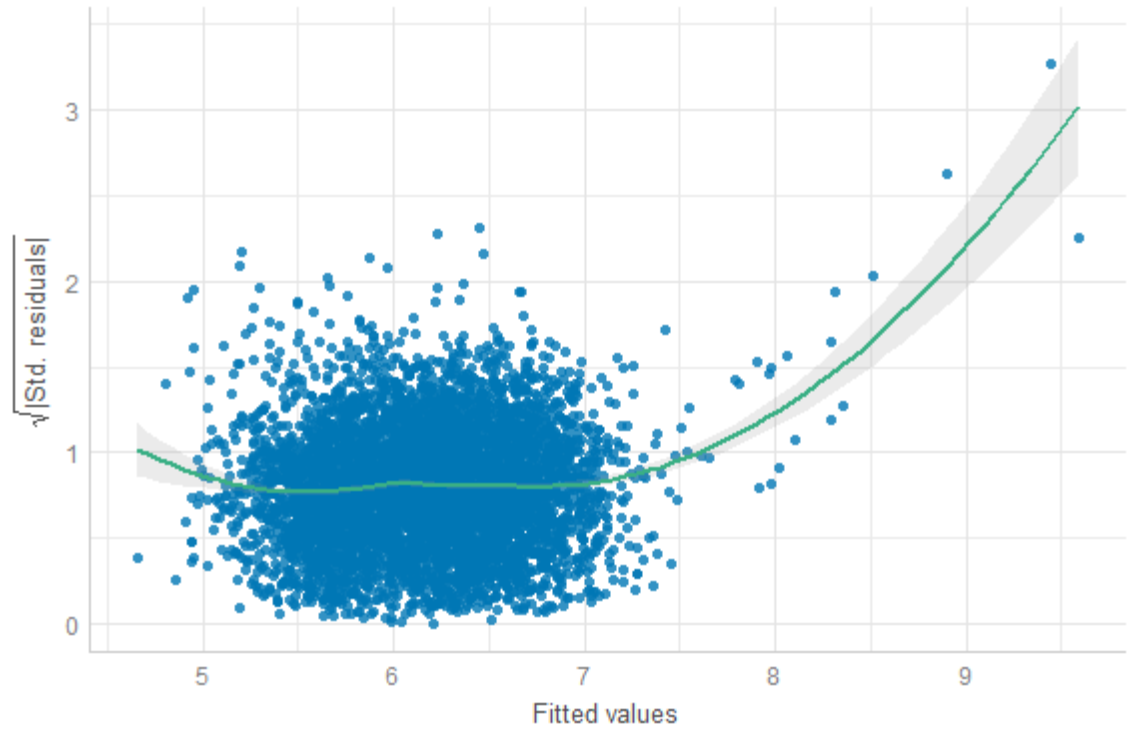
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 15

Homogeneity of Variance

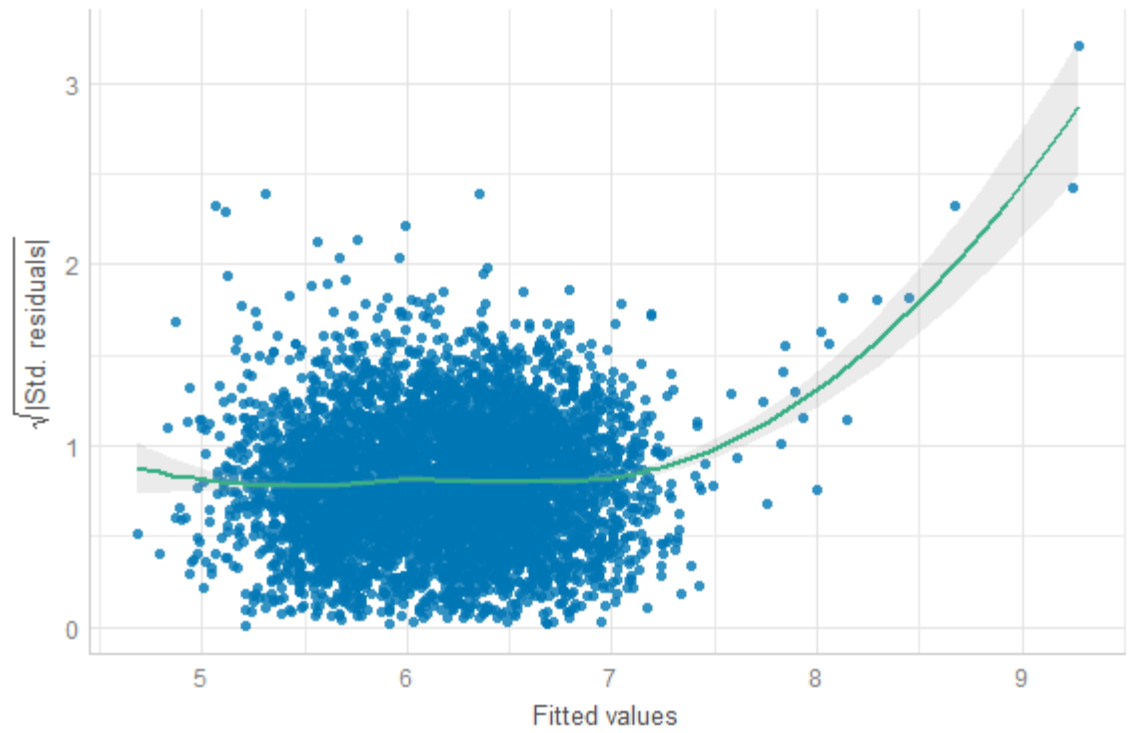
Reference line should be flat and horizontal



Modelo 16

Homogeneity of Variance

Reference line should be flat and horizontal



Fonte: Elaboração do autor.