

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLITICA**

GRAÇA GODINHO

EVOLUÇÃO DO GASTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

PORTO ALEGRE

2014

GRAÇA GODINHO

EVOLUÇÃO DO GASTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Artigo final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política - UFRGS - como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciência Política.

Orientador: André Marengo

PORTO ALEGRE

2014

SUMÁRIO

RESUMO	03
1 INTRODUÇÃO	03
2 FEDERALISMO FISCAL E DESCENTRALIZAÇÃO	04
3 FINANCIAMENTO EM SAÚDE: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS RECENTES .	09
3.1 O PAPEL DO MUNICÍPIONA ALOCAÇÃO DE RECURSOPARA A SAÚDE ..	13
4 CONTINUIDADES E MUDANÇAS NA POLÍTCA DE SAÚDE BRASILEIRA	14
5 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA	18
5.1 DIMENSÃO ECONÔMICA	18
5.2 DIMENSÃO POLÍTICA	20
5.3 DIMENSÃO INSTITUCIONAL	22
6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6.1 ANÁLISE DA DIMENSÃO ECONÔMICA	24
6.2 ANÁLISE DA DIMENSÃO POLÍTICA	27
6.3 ANÁLISE DA PERSPECTIVAINSTITUCIONAL	29
7 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE: <i>Outputs</i> dimensão econômica	38
<i>Outputs</i> dimensão política – análise da continuidade ideológica	39

RESUMO

Os anos de 1990 marcaram as grandes modificações ocorridas na política de saúde brasileira, principalmente devido à descentralização pela Constituição Federal de 1988, que delegou a Estados e municípios a tarefa de executar as ações públicas na área da saúde. Esse artigo avalia a evolução do gasto público em saúde, analisando quais os condicionantes da aplicação de recursos no âmbito municipal. Quando comparamos diferentes estratos de municípios, identificamos que aqueles de menor porte apresentaram os maiores gastos *per capita*. São destacadas três categorias de análise: econômica, política e institucional. Ao observarmos a evolução da despesa total com saúde, vemos que, de maneira geral, os municípios apresentam seus gastos de forma crescente de um ano para o outro. Quanto ao percentual de aplicação dos recursos com saúde, a maioria dos municípios exibiu gastos superiores a 20%, destacando que os menores tendem a gastar mais. Constatamos uma baixa relevância do viés partidário na alocação dos gastos e maior importância da legislação federal. A trajetória da política de saúde brasileira fornece-nos algumas evidências de *path dependence*, pela predominância de elementos de continuidade, mas também pela observação de mudanças incrementais como o fortalecimento das articulações intersetoriais e avanços importantes no que se refere ao financiamento.

Palavras-chave: Políticas Públicas de saúde, neo-institucionalismo histórico, Governo Municipal.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo será realizado com base nos aspectos econômicos e políticos dos municípios brasileiros, no qual utilizaremos algumas contribuições do institucionalismo histórico, buscando identificar elementos de continuidade ou de mudanças para analisar a evolução no financiamento da política de saúde no Brasil.

Será analisada a operacionalização do gasto *per capita* em saúde como *proxy* das políticas implementadas nesta área em nível municipal por três períodos eleitorais, entre 2000 e 2011, tendo em vista que o gasto social constitui-se como principal indicador de esforço de um governo no que tange às políticas sociais.

Argumenta-se que as decisões orçamentárias sejam influenciadas, pelo menos em parte, pelo viés ideológico. Assim, espera-se observar que partidos de esquerda, por serem mais ativos nas questões sociais, apresentem maiores investimentos do que aqueles considerados de direita. Fatores econômicos e

institucionais também serão considerados a fim de ampliarem nossa capacidade explicativa no que se refere ao aumento ou redução do gasto.

Este artigo encontra-se organizado em seis seções, além desta introdução. A seção 2 apresenta o referencial teórico acerca do federalismo brasileiro e do sistema de descentralização fiscal, em que destacamos o município como ente federado e suas implicações dentro do desenho constitucional brasileiro. A terceira seção analisa a trajetória de gastos municipais em saúde e suas possíveis explicações pela Ciência Política, em especial, pelo institucionalismo histórico, procurando algumas explicações nos mecanismos de *path dependence*. Nas seções 4 e 5 são apresentados o modelo empírico, juntamente com as discussões dos resultados encontrados e as conclusões deste estudo, respectivamente.

2 FEDERALISMO FISCAL E DESCENTRALIZAÇÃO

O conceito de federalismo fiscal refere-se à distribuição de competências entre os níveis de governo, a fim de que cada esfera, na medida de sua competência e capacidade de financiamento, possa construir desenhos institucionais capazes de disciplinar os procedimentos de gestão tributária, transferências fiscais, composição e dimensão da despesa (SILVA, 2005).

De acordo com esta perspectiva, o federalismo fiscal ocorre por meio da identificação das situações que requeiram aporte de transferências complementares por parte do governo central, cabendo ao governo central a definição dessas situações, tornando o Federalismo Fiscal uma questão normativa e econômica de atribuição de funções (OATES, 1999). Esta abordagem econômica de Federalismo Fiscal prevaleceu até o início dos anos 70, referindo-se à provisão de bens públicos, repartição de tributos e gastos em todas as esferas de governo. A vantagem do sistema federado e descentralizado é poder levar em consideração as diversas particularidades das comunidades locais, tornando a oferta de serviços mais eficiente em termos fiscais.

A descentralização fiscal é um importante objeto de estudo na visão de Oates (1999), pois promove ganhos em eficiência por parte dos governos subnacionais. Estes, em função de conhecerem as demandas da população por serviços por serviços públicos, garantiriam atendimento adequado de acordo com suas

preferências e necessidades. Ao mesmo tempo, cabe ao governo central promover subsídios às esferas locais, que equivalem às transferências constitucionais, servindo para complementar as receitas destes governos a fim de garantir a oferta de bens públicos.

A literatura nacional até recentemente assumia que a descentralização de competências seria equivalente à autonomia decisória das unidades constituintes para definir o modo como seriam implementadas as políticas públicas de sua competência. Uma vez que estas executam suas políticas e gastam bastante, infere-se que possuem autonomia para definir suas agendas e atender às demandas da população. Porém, analisando a história republicana brasileira a partir das constituições federais, Souza (2005) verificou tendências e mecanismos mais ou menos descentralizadores, que ora limitavam ora expandiam a autonomia federal. Os ritmos e formatos dos processos descentralizadores foram condicionados pelo desenho de cada política pública e pela distribuição prévia de competências entre os entes federados (SOUZA, 2005).

A existência do sistema federativo implica cooperação financeira e política entre governo central e esferas subnacionais. Dessa forma, o grau de descentralização entre as unidades governamentais é de grande importância para o entendimento de como um sistema federal funciona na prática (SOUZA, 1998).

A criação do federalismo brasileiro, a partir de 1888, resultou de um processo de descentralização de poder do centro para os estados. As instituições federativas brasileiras fortaleceram o poder dos Estados, tendo em vista que os governadores tornaram-se líderes nacionais (ABRÚCIO, 1999).

Conforme Abrúcio e Franceze (2007):

a definição da eleição presidencial passava por um acordo entre os dois principais estados da Federação, São Paulo e Minas Gerais, em aliança com outras unidades médias, como o Rio Grande do Sul, o Rio de Janeiro e a Bahia. A disputa presidencial repetia a história antirrepublicana que vigorava no plano subnacional: fraudes, voto de cabresto e inexistência de qualquer fiscalização independente do processo eleitoral.

A partir da Constituição de 1946, observa-se maior preocupação com a distribuição de recursos por meio da destinação de receitas para regiões pouco desenvolvidas, como Norte e Nordeste, com o objetivo de tornar mais equânime o Estado Federativo (ABRÚCIO; FANZESE, 2007).

Posteriormente, durante o regime militar, observou-se novo processo centralização de poder, evitando quaisquer oposições civis advindas das elites regionais. Este novo modelo centralizava os recursos no Governo Federal e aumentava o controle administrativo da União sobre os governos subnacionais, reduzindo a autonomia política municipal (ABRÚCIO, 1998).

A partir da redemocratização e da Constituição Federal de 1988, o Brasil implantou um modelo que considera como entes federados União, estados e municípios, possibilitando maior autonomia político-administrativa ao poder local. A partir deste momento, os municípios tornaram-se gestores das políticas públicas pactuadas entre as esferas superiores (ABRÚCIO; FANZESE, 2007).

A partir do final da década de 1990, os prefeitos são os principais atores no processo de implementação de políticas públicas. Entretanto, o fato de assumirem determinadas responsabilidades não significou melhoria da gestão das políticas. Em boa parte dos casos, o pouco controle da sociedade sobre as ações do poder público, principalmente nas áreas mais pobres, além da baixa capacidade técnica da burocracia municipal, reduziram o potencial transformador da descentralização.

Embora, nas últimas décadas, os indicadores financeiros apontem para um alto grau de descentralização fiscal e evolução no gasto público, Souza (2005) define o federalismo brasileiro como uma instituição moderadora de disparidades regionais, sendo que suas características compõem uma federação que constrange o governo central e redireciona o papel dos governos subnacionais para a provisão dos serviços sociais, porém, com grande diversidade de respostas, em função das profundas disparidades.

Conforme aponta Lima (2007), o federalismo fiscal brasileiro consolida-se a partir da reforma administrativa de 1967, que se caracterizava, entre outros aspectos, pela centralização da arrecadação tributária no governo central, criação do Imposto sobre Circulação de mercadorias (ICM) a fim de reforçar a arrecadação dos entes federados e a implantação dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM).

Em meados da década de 80 amplia-se, então, o papel das esferas subnacionais no que se refere à arrecadação de tributos e autonomia para a gestão de impostos, embora os critérios de redistribuição de recursos do FPE e FPM permaneçam inalterados. Em relação ao FPE, permanecem o tamanho da população e o inverso da renda *per capita*. A partir de 1981, os critérios de

distribuição do FPM são remodelados. Do valor líquido do FPM, 10% são distribuídos para as capitais; 86,4% entre os demais municípios do interior e o restante de forma adicional para os municípios do interior com mais de 156.216 habitantes (LIMA, 2007).

Abrúcio (1998) argumenta que, apesar das unidades subnacionais terem aumentado sua participação nas receitas nacionais, a descentralização ocorre sob um padrão perverso de políticas públicas, tendo em vista que a União não conseguiu organizar e coordenar este processo. Os estados não alteraram seu comportamento na gestão pública, mantendo a politização da administração, a dependência das lealdades eleitorais e da estrutura clientelista na distribuição de cargos do executivo. Esta ausência de ações coordenadas nas três esferas de governo, aliada a uma política arcaica e sem atribuições de competências específicas, resultou em um padrão bastante diverso de políticas sociais durante os anos 1990, no qual se aprofundam as desigualdades regionais.

Diversas áreas de políticas sociais são de competência partilhada entre os três níveis da federação, como saúde, educação e assistência. Arretche (2005) conferiu ao federalismo brasileiro um caráter bastante competitivo, devido à existência de desigualdades entre os governos subnacionais no que se refere à implementação de políticas públicas, especialmente quanto às suas capacidades financeiras e de gestão.

Arretche (2000) mostrou que o sucesso da descentralização depende, especialmente, da ação dos governos estaduais e federal e o seu alcance depende da avaliação dos governos locais acerca dos benefícios de assumir as competências nas áreas de política social. A autora enfatiza que a análise da descentralização do sistema de saúde mostra que o desempenho do governo local é, em grande parte, resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais.

Arretche (2005) também observou que a criação do sistema de transferências fiscais foi acompanhada pela regulamentação federal sobre as decisões de gasto dos governos. Na história do sistema fiscal brasileiro, a descentralização das transferências fiscais não se traduziu em autonomia dos governos subnacionais sobre suas decisões de gasto. Desse modo, a legislação federal tem definido extensamente a agenda de gasto dos governos subnacionais.

Arretche (2012) argumenta que o Estado brasileiro dotou a União de autoridade normativa e capacidade de gasto de Ihe permite interferir na agenda dos

governos subnacionais, no que se refere à da centralização política, fiscal e de competências adotadas a partir da Constituição de 1988. Dessa forma, os diferentes arranjos setoriais relativos à autoridade de executar políticas, para tomar decisões com relação às regras de sua execução e controle de recursos, afetam decisivamente a capacidade de discordância dos governos subnacionais.

Diante disso, percebe-se que o orçamento municipal é quase totalmente condicionado às transferências provenientes das esferas superiores. Surgem, então, possibilidades de estabelecimento de convênios que, por meio das transferências discricionárias, permitem às esferas subnacionais adotarem determinadas políticas ou implementarem serviços considerados prioridade nacional, como, por exemplo, as transferências aos municípios a fim de implementarem políticas dentro do sistema de saúde.

Tendo em vista os apontamentos do federalismo levantados até aqui, argumentamos que a autoridade política local não implica autonomia para obter e gastar recursos próprios, uma vez que estudos comparados indicam que governos subnacionais podem possuir responsabilidade na execução de políticas públicas sob condições de elevada regulação e supervisão por parte dos governos centrais. Assim, indicadores de descentralização fiscal e de competências comparativamente elevados estão associados à limitada autonomia local, posto que o desempenho das funções descentralizadas está associado à forte regulação e supervisão do governo central (ARRETCHE, 2012).

Percebemos, portanto, que o desenho constitucional do federalismo brasileiro nos fornece inúmeras contribuições para a compreensão da capacidade de gasto dos municípios, tendo em vista a elevada regulação das políticas em nível federal e a profunda desigualdade de receita entre as esferas subnacionais.

A fim de compreendermos o contexto em que se processa a descentralização fiscal é necessário o conhecimento das disparidades econômicas e políticas a que estamos submetidos e de que modo o Estado brasileiro tem adotado medidas para reduzir as diferenças regionais por meio financiamento da saúde pública.

3 FINANCIAMENTO EM SAÚDE: HISTÓRICO E TENDÊNCIAS RECENTES

A partir da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se mudanças profundas na Política de Atenção Básica no Brasil. O movimento sanitário dos anos 80 apoiou a reorganização do sistema de saúde, por meio da participação popular, da universalização do acesso e a conformação de um sistema público e descentralizado (PAIM, 1997).

Uma tríade de apoio político constituída pela comunidade, municípios e Ministério da saúde favoreceu a entrada do Programa Saúde da Família na agenda federal, e seu caráter inovador e seu foco na família contribuíram para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 90, quando foram definidas as bases da Política Nacional de Atenção Básica no SUS (CASTRO; MACHADO, 2012).

Neste contexto, o SUS passou a ser financiado pelas três esferas de governo, União, estados e municípios, sendo estruturado pelas leis 8.080/90 e 8142/90 (ver quadro 1 – Síntese da legislação estruturantes do SUS). Posteriormente, a Emenda Constitucional Nº 29/2000 estabeleceu os percentuais mínimos para o financiamento das ações para União, estados e municípios. A partir de então, as transferências de recursos passaram a ser realizadas, de forma regular, pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente para estados (Fundo Estadual de Saúde) e municípios (Fundo de Municipal de Saúde), observando critérios demográficos, epidemiológicos, características de rede assistencial, etc.

Entretanto, Fortes (2012) aponta que, ao longo da década de 1990, o SUS ressentiu-se do pouco comprometimento das esferas subnacionais – em particular, dos estados – para com o seu financiamento. As regras da descentralização da política de saúde e as condições restritivas impostas pela crise fiscal e pelos esforços da União para enfrentá-la contribuíram para o relativo afastamento da esfera estadual e para a redução de sua participação no total do gasto público com saúde. A partir das determinações contidas na Constituição Federal de 1988 e

Nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), as regras de implementação do SUS têm sido definidas, principalmente, por meio de normas operacionais básicas – NOBs – (Quadro 1).

Se essas normas mostraram-se capazes de estimular a adesão dos governos municipais ao SUS, o mesmo não se pode dizer com relação aos estados. Isto porque os incentivos previstos – recursos financeiros para a oferta de serviços –, eficientes em promover a descentralização e em aumentar o comprometimento dos municípios com os gastos em saúde, não alcançaram os estados. A Emenda Constitucional nº 29/2000 não apresenta uma definição do que pode ser computado como gasto com saúde, favorecendo o conflito entre os que defendem um conceito mais restrito e aqueles que advogam a favor de uma definição mais abrangente (FORTES, 2012).

Além da inclusão no cálculo do gasto com saúde, para efeitos de cumprimento da EC nº 29/2000, de despesas que se mostravam em claro desacordo com o que seriam consideradas “ações e serviços de saúde, os governos estaduais e municipais apresentaram graus diferentes de compromisso com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos sobre Saúde – SIOPS (FORTES, 2012).

Viana *et al.* (2002) apontam que as Comissões Intergestores¹, principalmente as CIBs, foram importantes instrumentos para construção da gestão compartilhada, pois constituíram-se como foros de negociação, planejamento e decisão intergovernamental. Ao se adequarem as normas nacionais às condições específicas de cada Estado, preservou-se a autonomia dos demais entes governamentais no processo de descentralização.

A NOB/96 estabeleceu que os municípios habilitados para a gestão plena assumiriam a responsabilidade das ações e serviços no âmbito de seu território, no que se refere ao estabelecimento de contratos com prestadores, programação orçamentária das unidades ambulatoriais, autorização de internações hospitalares, pagamento, controle e auditorias.

A implantação do Piso da Atenção Básica (PAB), a partir de 1997, foi outra medida importante que determinou a redistribuição de recursos baseada no número de habitantes. O PAB é composto de uma parte fixa, que é definida de acordo com o

¹Comissão Intergestores Tripartite - CIT, integrada por representantes dos gestores municipais, estaduais e federal e Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrada por representantes dos gestores municipais e estadual.

número de habitantes do município; e de uma parte variável, que é repassada de acordo aqueles serviços que foram efetivamente oferecidos pelo município. Os recursos do PAB variável são distribuídos de acordo com a adesão, por parte dos municípios, a programas do Ministério da Saúde (CNS, 2007).

Abrúcio e Franceze (2002) salientam que o PAB fixo teve como objetivo reduzir a desigualdade entre a capacidade de financiamento dos diferentes municípios, atenuando em parte o critério da produtividade, segundo o qual se remunera os municípios pela produção de procedimentos hospitalares realizados. O resultado foi uma efetiva municipalização do atendimento por meio da adesão a esses programas, melhorando a cobertura dos serviços de saúde no país.

Ainda, na visão dos autores, outra medida importante foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabeleceu novos pisos de investimento das receitas para as três esferas. A partir de 2000 todos os municípios brasileiros são obrigados a investir 15% e os estados 12% do total de sua arrecadação.

Mesmo que os dispositivos da EC nº 29/2000 fossem autoplicáveis, verificou-se a necessidade de maior regulamentação a fim de garantir a correta aplicação dos percentuais por parte das esferas. A Constituição de 1988 atribuiu um conceito de saúde bastante amplo, o qual incluía serviços de alimentação, transporte, educação, meio ambiente, transporte, saneamento, lazer, etc; porém, deixou de fixar o mais importante: a definição de quais atividades que correspondem às ações efetivas em saúde. Dentro desse contexto, a Lei Complementar 141/2012 fixou as regras e diretrizes para identificar as despesas que são consideradas ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração do mínimo constitucional.

Estes novos processos descentralizados passaram a exigir não apenas maior capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas elevada capacidade técnica das unidades gestoras na alocação dos recursos e atendimento das demandas locais.

Quadro 1: Síntese da legislação estruturante do SUS

Lei 8.080, de 19/9/1990	Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências
Lei 8.142, de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Norma Operacional Básica NOB SUS 01/93.	Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.
Norma Operacional Básica do SUS NOB SUS 01/96	Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema
Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000	Acrescenta um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a fim de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e município
Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências

Fonte: Elaboração própria a partir do site do Ministério da Saúde

3.1 O PAPEL DO MUNICÍPIO NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE

Para Riani (2009, p. 54):

o gasto público uma escolha política dos governos no que se refere aos diversos serviços que prestam à sociedade. Representam o custo da quantidade e qualidade dos serviços e bens oferecidos pelo governo. A interpretação mais usual de gastos públicos considera o custo da provisão de bens e serviços executados pelo setor público que aparece nas contas orçamentárias do governo.

Entre os tipos de gastos de um governo, os mais relevantes para os propósitos deste trabalho referem-se às despesas por função, nas quais estão incluídos os gastos com saúde, por meio de transferências federais e estaduais, bem como os gastos dos próprios municípios.

Em um quadro de heterogeneidade regional, os municípios tornaram-se quase que exclusivamente dependentes das intervenções governamentais, a fim de garantirem o provimento dos serviços públicos e condições de bem-estar à população desprovida de renda, tendo em vista que a capacidade de arrecadação de recursos desses governos é, em sua maioria, limitada e proporcionalmente menor do que das cidades mais desenvolvidas (Arretche, 2005; 2012).

No final dos anos 80, os governos subnacionais tornaram-se importantes atores no que se refere à composição e destinação dos gastos de governo. Enquanto a União possui a responsabilidade de gestão das áreas de segurança pública, planejamento e administração, cabe a estados e municípios as áreas de educação básica e fundamental, respectivamente, além de habitação e urbanismo. Na prática, entretanto, o governo central segue gastando elevadas somas de recursos com programas que deveriam ser de gestão e financiamento dos governos subnacionais.

Por exemplo, é expressiva a participação das despesas da União nos programas de educação e saúde, uma tradição do federalismo brasileiro que precisa ser revertida, pois as experiências têm demonstrado que se tratam de serviços melhor executados pelas esferas inferiores de governo (AFONSO, 2013).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a centralização das políticas de saúde do Brasil desde os anos de 1930 foi substituída por um sistema com maior interação entre as três esferas de governo, sendo delegadas a Estados e Municípios responsabilidades que antes eram exclusivas do Governo Federal

(ARRETCHE; MARQUES, 2002). Aos municípios, coube a responsabilidade de assumir a gestão dos programas de saúde pública e atenção básica, além de regular a rede hospitalar instalada, quando for o caso.

Lima (2007) e Arretche (2012) apontam que, independente do aumento das transferências federais, observa-se uma tendência crescente do Ministério da Saúde em vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional na tentativa de aumentar seu poder regulador sobre o sistema. Estes instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas por parte dos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. Esta prática acaba por limitar o grau de autonomia dos gestores estaduais e municipais na implementação de políticas voltadas a sua realidade local, comprometendo a gestão orçamentária das esferas sem garantir maior eficiência e efetividade no gasto.

O poder de redução das desigualdades por meio de transferências do SUS depende da forma como se institucionalizou o subsistema na política de saúde. O efeito redistributivo dos recursos transferidos via SUS são restritos e beneficiam as regiões Sudeste e Sul, não se diferenciando significativamente nos municípios de porte intermediário e as capitais, apresentando um potencial limitado para redução das desigualdades na capacidade de gasto das esferas subnacionais (LIMA, 2007).

4 CONTINUIDADES E MUDANÇAS NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

As instituições políticas e os sistemas partidários têm sido objeto de discussão entre pesquisadores, principalmente em função do papel que exercem sobre as políticas públicas. Hall e Taylor (2003) chamam a atenção para o papel das instituições na vida política.

De modo geral, os teóricos do institucionalismo histórico procuram situar as instituições em uma cadeia causal que deixe espaço para outros fatores, em particular, o desenvolvimento socioeconômico. Esses teóricos procuram explicar como as instituições produzem determinados trajetos, ou seja, como elas estruturam uma resposta a novos desafios. Alguns autores enfatizaram o modo como as capacidades do Estado e as políticas herdadas estruturam as decisões subseqüentes. Outros autores insistem no modo pelo qual as políticas adotadas no passado condicionam as políticas posteriores, ao encorajarem as forças sociais a se organizar segundo certas orientações de preferência a outras, a adotar identidades

particulares, ou a desenvolver interesses em políticas cujo abandono envolveria um risco eleitoral.

Os adeptos do institucionalismo histórico também se vinculam a uma concepção particular do desenvolvimento histórico. Tornaram-se defensores de uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, o *path dependence*. Concepção segundo a qual essas forças podem ser transformadas pelas propriedades de cada contexto local, propriedades herdadas do passado. Como seria de se esperar, as mais importantes destas propriedades são consideradas como de natureza institucional. As instituições aparecem como integrantes relativamente permanentes da paisagem da história, ao mesmo tempo em que um dos principais fatores que mantém o desenvolvimento histórico sobre um conjunto de trajetórias (HALL; TAYLOR, 2003).

O conceito de *path dependence* (dependência de trajetória) passou a ser amplamente utilizado em inúmeros estudos de política comparada com o objetivo de auxiliar a compreensão do estabelecimento de trajetórias políticas ou econômicas num dado país ou outras unidades de análise. Kato (1996) define *path dependence* como os fatores que, em determinado momento histórico, produzem variações nas sequências políticas e sociais, ou nos resultados dos países, sociedades e dos sistemas.

Recentemente, vários estudiosos têm argumentado que o estudo do *path dependence* tem implicações importantes para a investigação social. Pesquisadores como Margaret Somers e Charles Tilly sugeriram que muitos fenômenos sociais podem ser explicados em termos de dependência de trajetória.

Fernandes (2002) apresenta inúmeras contribuições sobre o conceito de *path dependence*, no qual, um país, ao iniciar um caminho, apresentará elevados custos para revertê-lo, tendo em vista que as barreiras de certos arranjos institucionais obstruirão a reversão da escolha inicial. Dito de outro modo, em momentos críticos no desenvolvimento de um país (ou de outra unidade de análise), estabelecem-se trajetórias amplas que são difíceis de serem revertidas, mas dentro das quais existirão novos pontos de escolha para mudança mais adiante.

Sobre o conceito de *path dependence* aplicado à análise institucional, o trabalho de Douglas North (1993) é comumente referenciado. O autor traz uma contribuição significativa para o estudo das instituições a partir da história

econômica. Com base no conceito de instituições, o autor tenta mostrar as razões que explicam as diferenças de desempenho econômico entre países. North desenvolve o conceito de *path dependence*, no qual “as instituições eficientes, ao longo do tempo, adquirem estabilidade, o que as faz conservar sua estrutura normativa, tornando qualquer caminho ou rota de mudança dependente desta estrutura pré-estabelecida: “Em cada passo da rota foram feitas escolhas – políticas e econômicas – que significaram alternativas que podem reforçar ou não seu curso” (*apud* FERNANDES, 2002).

Fernandes (2002) aponta que o conceito de *path dependence* nos estudos históricos comparados constitui um referencial teórico metodológico bastante útil para se compreender a institucionalização de processos decisórios de governo ou o estabelecimento de trajetórias de política econômica em países ou governos subnacionais. North (1993) sustenta que a conquista do poder executivo determina toda a agenda de políticas públicas ao passo que os movimentos sociais e grupos de interesse influenciam itens específicos da agenda.

O neo-institucionalismo apresenta uma série de conceitos e ferramentas analíticas que podem proporcionar avaliações muito ricas no campo das políticas públicas, considerando desde seus aspectos internos até aqueles relacionados ao ambiente externo, bem como os atores envolvidos.

Partindo do princípio de que uma política pública envolve e se constitui a partir de um aglomerado de instituições ou arranjos institucionais, podemos inferir que seu processo de implementação constitui um momento de mudança institucional. Isto é, a implementação da política pública de saúde em âmbito municipal, tendo em vista os arranjos institucionais por ela trazidos, representará a superação ou substituição de instituições anteriormente vigentes (ROCHA, 2004).

A aplicação do conceito de *path dependence*, ao modelo de estudo da evolução do gasto, refere-se à continuidade na condução das políticas e às origens das mudanças institucionais, assim como os efeitos provocados por tais mudanças. Dessa forma, o presente resulta das decisões ocorridas no passado, com suas respectivas consequências, pois, no que se referem às políticas públicas, quando se adota um caminho, os custos políticos e econômicos para mudá-lo são, em geral, muito elevados (PIERSON, 2004).

A política de gasto será analisada aqui de maneira a verificar se esta foi reforçada positivamente ou não ao longo dos três mandatos eleitorais, tornando

possível a institucionalização de diversas negociações na gestão municipal, com consequente aumento no investimento *per capita*, tendo em vista que vários argumentos justificam a importância das instituições na compreensão das políticas públicas implementadas em determinado contexto.

A maioria dos estudos que enfatiza os constrangimentos institucionais centra-se nas instituições governamentais formais e nas organizações políticas. Entretanto, as políticas públicas também constituem importantes regras em uma sociedade, influenciando a alocação de recursos econômicos e políticos e modificando os custos e benefícios associados a estratégias políticas alternativas. A pertinência de uma abordagem institucionalista para o estudo de políticas públicas baseia-se no fato de que elas próprias podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que colocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas relativamente a bens públicos, ou seja, para a elaboração ou reforma de políticas públicas (MENICUCCI, 2009b).

Menicucci (2009b) assinala que os argumentos da dependência de trajetória são mais potentes para explicar as continuidades, mas são menos capazes de fornecer uma explicação plausível para inovações, em geral explicadas a partir de fatores exógenos. A autora ainda aponta que é a partir do estudo das mudanças que a incorporação da análise histórica permite elucidar os mecanismos causais que atuam no processo de reformas e fugir do risco de certo determinismo institucional.

Göttems (2009) aponta algumas justificativas para incorporarmos a análise institucional ao estudo das políticas públicas. A autora sugere que a política de saúde pode ser condicionada por regras relacionadas às instituições governamentais, à estrutura do Estado e às normas que orientam as relações entre Estado e sociedade. Além disso, também pode ser moldada por regras próprias, de caráter formal, ou por procedimentos e práticas tradicionalmente adotados e/ou acordados no setor.

As instituições influenciam o resultado das políticas. Então, para compreendermos os motivos pelos quais algumas políticas geram determinados resultados é importante considerar os condicionantes institucionais, como as regras e procedimentos sob os quais a política foi formulada e implementada.

5 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

A análise constitui-se em um estudo dos dados sobre orçamento em saúde entre os anos de 2000 a 2011 para todos os municípios brasileiros, tendo como fonte pesquisa as informações do Censo Demográfico de 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS-DATASUS) e da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda.

Para a sistematização dos dados, foi construído um banco com variáveis políticas, econômicas, sociais e institucionais, com o objetivo de analisar não apenas a evolução dos gastos em saúde, mas compreender quais outras dimensões são capazes de influenciar positivamente o aumento da despesa com saúde.

A fim de atingirmos os propósitos previamente estabelecidos, esta análise será composta por três dimensões descritas a seguir: econômica, política e institucional.

5.1 DIMENSÃO ECONÔMICA

Para descrever e analisar a evolução da despesa com saúde, utilizamos uma *proxy* do gasto *per capita* em saúde das políticas públicas implementadas pelos municípios brasileiros, no período de 2000 a 2011². O Gasto municipal em saúde foi escolhido em função das novas atribuições fiscais delegadas a essa esfera a partir dos anos 90 e dos poucos estudos direcionados à análise dos governos locais.

A dimensão econômica divide-se em dois tipos de análise: na primeira analisamos a evolução ou involução do gasto *per capita* em saúde para todos os municípios. Na segunda parte realizamos o cálculo *per capita* dos gastos com saúde em cada um dos municípios, classificando-os em diferentes estratos, de acordo o porte populacional (CENSO, 2010).

A categorização baseia-se em Arretche e Marques (2002), na qual municípios com população inferior a 10.000 habitantes são classificados como “vilas”; aqueles com população entre 10.000 e 20.000 são considerados “muito pequenos”; quando o

² Período de análise que compreende os pleitos eleitorais de 2000 a 2008.

número de habitantes está entre 20.000 e 100.000 o município é classificado como “pequeno” e, se a população está entre 100.000 e 500.000, o município é considerado de porte “médio”. A última categoria inclui municípios acima de 500.000 habitantes que, em geral, apresentam características de polos regionais ou regiões metropolitanas, articulando em torno de si grandes parcelas da rede urbana, compartilhando diversos os serviços de saúde e oferecendo suporte às cidades próximas desprovidas de recursos.

O gasto *per capita* em saúde, que se apresentava com unidade em moeda corrente (R\$) ao longo de todo o período, foi corrigido pelos valores anuais do salário-mínimo³, considerando as correções inflacionárias.

- Gasto *per capita* em saúde: apresenta os gastos com saúde (incluem-se aqui o orçamento próprio do município e os recursos provenientes do Ministério da Saúde para do SUS no âmbito municipal) realizados pelo município dividido pela população. É calculado da seguinte forma:

$$GPC_{it} = \frac{\text{Despesa total com saúde}_{it}^4}{\text{População}_{it}}$$

Onde:

i = município

t = 2000, 2001, ...2011.

Nesta dimensão aplicaremos o conceito de dependência de trajetória na tentativa de encontrar elementos de continuidade ou mudanças institucionais, uma vez que novas políticas podem surgir em função de oportunidades promovidas pela própria estrutura institucional. Estas políticas poderão trazer elementos das estruturas anteriores de forma que reforçarão aspectos ou tendências já iniciadas há algum tempo.

³ Embora a Lei 7789/89 mantenha ressalvas quanto à utilização do salário mínimo como índice de correção, consideramos adequada apenas para fins acadêmicos, devido à praticidade na manipulação dos dados.

⁴ i refere-se ao município calculado e t indica o ano avaliado. A determinação dos anos baseia-se na disponibilidade de dados do SIOPS, por este motivo não foram incluídos nesta análise os anos de 2012 e 2013.

5.2 DIMENSÃO POLÍTICA

Até o presente momento pouco se observou na literatura em Ciência Política ou Economia o papel da influência ideológica no volume de gastos sociais em saúde por executivos municipais. Alguns autores⁵ já demonstraram a influência da ideologia nos resultados fiscais como um todo para governos federal ou estadual.

As políticas fiscais dos governos têm recebido grande atenção de pesquisadores⁶ nas últimas décadas. Um aspecto da política fiscal que tem atraído alguma preocupação é a possível relação entre o viés ideológico dos partidos no governo e seu perfil de gastos. Alguns autores discutiram de que forma os partidos políticos desempenham papel nas políticas fiscais de governos, afirmando que partidos de esquerda são vistos como propensos a se envolver de forma imprudente em gastos deficitários, enquanto partidos de direita são vistos como mais prudentes em termos fiscais (ARVATE, 2008).

No desenho federativo brasileiro observa-se a participação das esferas subnacionais na receita pública nacional; contudo, o país paga um custo relativamente alto para manter a unidade nacional e registra um sistema federativo, de relações intergovernamentais, em certa medida, desarticulado no que tange à formulação e implementação de políticas públicas (SOUZA, 1998).

Ressalta-se a importância em se comparar unidades subnacionais, pois, à medida que se exploram as relações políticas entre as distintas regiões, é possível destacar as importantes relações para o entendimento das mudanças políticas. De acordo com Snyder (2001), quanto maior o número de observações, mais fácil é a construção de comparações controladas, pois estas fornecem uma base sólida à construção de teorias que expliquem os processos irregulares de transformação política e econômica. Assim, sustenta o autor, a análise comparativa de governos subnacionais apresenta-se como ferramenta indispensável para a compreensão dos processos de descentralização política e econômica.

Um dos argumentos centrais deste trabalho é que gastos sociais, por serem medidas redistributivas, são as políticas preferidas por governos de partidos de esquerda, enquanto as políticas de ajuste fiscal e de mercado seriam preferidas por

⁵ Arretche e Marques, 2002; Sátyro, 2006; 2013.

⁶ Hibbs, 1977; Alt e Lowry, 1994.

governos de partidos de centro e de direita. Tais preferências decorrem dos vínculos dos partidos com classes sociais, onde partidos de esquerda representam classes trabalhadoras e partidos de direita identificam-se com proprietários e grupos sociais privilegiados.

Por esta razão, as diferenças de preferências políticas entre partidos, em termos ideológicos, vêm sendo utilizadas como variável independente para explicar desde coligações eleitorais até prioridades orçamentárias dos governos. Entretanto, os conteúdos das definições de esquerda e de direita, além apresentarem variação ao longo da história, também variam conforme a perspectiva teórica e o contexto cultural (TAROUCO; MADEIRA, 2013).

No que tange às decisões fiscais, autores como Hibbs (1977) e Tufte (1978), entre outros, argumentaram que seria possível observar forte polarização ideológica nas escolhas de políticas econômicas, com os governos de esquerda, mais preocupados em combater o desemprego, e os governos de direita com o controle da inflação. Em geral, a literatura que trata sobre este tema ressalta a importância da orientação ideológica, assumindo que os partidos de esquerda (socialistas, comunistas, social-democratas) são mais inclinados a uma maior intervenção pública quando comparados com os partidos de direita. Além disso, supõe-se que estes partidos apresentem uma maior preocupação com os problemas sociais, e consideram que estes possam ser resolvidos no âmbito das políticas públicas e maiores intervenções do Estado (*apud* COSSIO, 2001).

Arvate (2008) considera que a ideologia dos partidos seja responsável por parcela significativa da variação encontrada nas políticas públicas estaduais, particularmente nas políticas orçamentárias. A ideologia determinaria a atenção privilegiada a determinados setores sociais que representariam o eleitorado do partido.

Arvate (2008) mostrou que no Brasil os governadores de direita promoveram melhores resultados fiscais com maiores receitas primárias entre os anos de 1986 e 2005. Este autor demonstrou também que a influência da ideologia, tanto dos executivos quanto dos Legislativos, é importante para explicar o resultado fiscal.

O efeito da ideologia na decisão de gastos de governo – quando consideramos os gastos totais – geralmente não se dá no ano da posse, mas no ano posterior a ela. Os governadores de esquerda tendem a aumentar os gastos totais e os governadores de direita tendem a reduzi-los. Além disso, governos de esquerda

tendem a aumentar a participação dos gastos sociais no total dos gastos Arvate (2009).

Sátyro (2006), quando analisou a ideologia dos governos estaduais brasileiros, não observou a significância estatística no gasto social entre os partidos de esquerda e direita. Seus achados contrariam as hipóteses da literatura, concluindo que as variáveis políticas não têm importância na definição dos padrões de gasto nos estados brasileiros. A autora atribui os resultados à baixa capacidade de predição dos indicadores políticos, merecendo maiores reflexões por parte dos pesquisadores.

Para a construção desta análise, utilizamos as variáveis referentes aos aspectos políticos e econômicos, com o objetivo de compreender as possíveis diferenças na variação dos gastos em função da ideologia. Foram analisadas as médias de gasto *per capita* em saúde para a totalidade de municípios brasileiros durante três períodos eleitorais, entre 2001 e 2004, 2005 e 2008, 2009 e 2011. O ano de 2012 não foi inserido nesta análise devido à ausência de informações em diversos parâmetros. Dessa forma, o perfil ideológico do prefeito, medido por sua filiação partidária, será testado como uma variável que pode influenciar as decisões no que se refere ao gasto com saúde nos governos municipais.

Para o estudo da ideologia⁷, utilizamos uma variável *dummy*, na qual a categoria “esquerda” reúne aqueles partidos considerados de esquerda e centro-esquerda, assumindo valor zero; e a categoria não esquerda, reúne todos os outros partidos, assumindo valor um (então: esquerda = 0; não esquerda = 1).

Foram realizadas análises descritivas e teste T para diferença de médias a fim de atingirmos os objetivos propostos.

5.3 DIMENSÃO INSTITUCIONAL

Esta seção pretende compreender quais seriam os fatores explicativos para tamanha diferença na destinação do gasto *per capita* entre os municípios, tendo em vista os repasses constitucionais legais. Pretende-se verificar a importância da EC nº

⁷ Classificação ideológica adaptada de Figueiredo e Limongi (1995); Coppedge (1997) e Arretche e Marques (2002). Esquerda: PPS, PC do B, PT, PDT, PSB; Não esquerda: PMDB, PSDB, PSD, PTB, PSC, PDS, PFL, PL, PPB, PPR, PRONA, PRP, PDC, PP, PSL.

29/2000 no gasto municipal, a fim de constatar a relevância desta dimensão institucional, tendo em vista os elevados repasses do SUS para os municípios.

Fortes (2012) constatou que a EC nº 29/2000 promoveu mudanças na participação dos entes federativos no financiamento da política de saúde do país, sendo que a esfera estadual foi a que apresentou alteração mais significativa. As evidências da autora sustentam o argumento de que um dos propósitos da EC nº 29/2000 era desonerar o Executivo federal e repassar os encargos às esferas subnacionais, em particular, para os estados.

Menicucci (2009a) também mostrou que a EC nº 29/2000 não foi capaz de garantir crescimento significativo nos recursos do governo federal para as políticas de saúde e foi parcialmente bem-sucedida na elevação dos gastos dos entes subnacionais. Ela provocou uma mudança da composição relativa do gasto público com saúde: redução do gasto federal, ampliação significativa dos gastos municipais e menor ampliação da participação dos estados no custeio da assistência.

Em 2012 a Lei Complementar nº 141 regulamentou as fontes dos recursos federais, as bases de cálculo para cada esfera, além da normatização do que se refere a ações e serviços de saúde. Esta última constitui um dos aspectos mais importantes da referida Lei. Embora a Constituição tenha estabelecido o mínimo de 15%, estes recursos serão, continuamente, objeto de disputa entre interesses diversos e barganhas eleitorais. O destino do gasto em nível municipal dependerá, na maioria das vezes, das pressões e incentivos a que esteja submetida à administração municipal.

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ANÁLISE DA DIMENSÃO ECONÔMICA

Ao analisar a evolução ou a involução dos gastos em saúde para cada um dos municípios, identificamos que, de forma geral, os municípios apresentaram um incremento nos seus gastos de um ano para o outro, ao longo do período estudado. Iniciaremos a discussão acerca do perfil do gasto *per capita* nos municípios, de forma geral e, posteriormente, destacaremos a classificação por estratos.

O gráfico 1 apresenta um padrão de crescimento no gasto *per capita* por, praticamente, todo o período, com retomadas nos anos de 2003 e 2009.

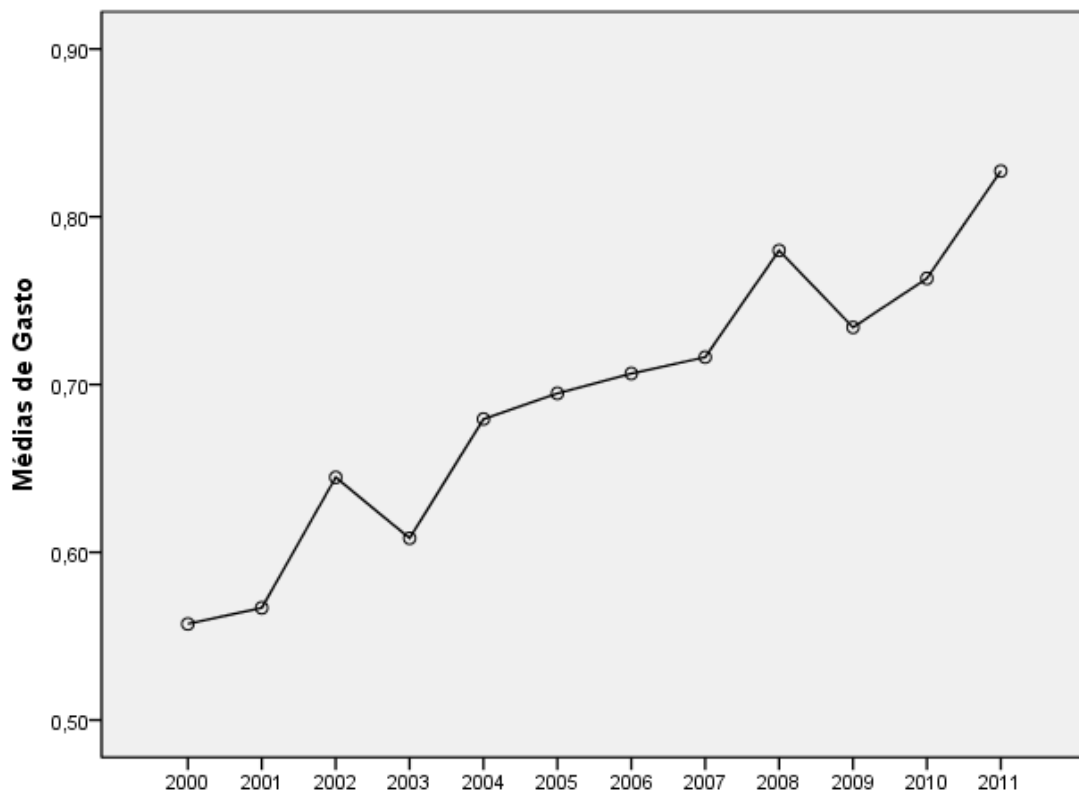


Gráfico 1: Média de gasto *per capita* em saúde nos municípios brasileiros de 2000 a 2011 (em salários mínimos - SM).

Essa trajetória de crescimento, embora permanente, não mostrou-se homogênea, apresentando dois momentos de inflexão - 2001/2003 e 2007/2009. Os

dois períodos de retomada no crescimento coincidem com alguns momentos importantes em termos econômicos.

Castro (2003) verificou que, na primeira metade do período analisado, o gasto social federal (GSF) *per capita* cresceu 32% em termos reais. Instigado pela resposta à crise internacional no país, o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) teve início tendo de enfrentar a crise no setor externo e a insustentabilidade da dívida pública. Desse modo, o governo direcionou o foco para o aumento na arrecadação, que foi possível graças a mudanças na legislação e o retorno da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira).

Castro (2003) aponta que entre os fatores mais relevantes para a retomada no gasto *per capita* dos municípios a partir de 2002, estão a criação da Emenda Constitucional nº 29/2000 e a aprovação da ¹ Lei Complementar Nº 101/2000⁸.

Devido à reorientação econômica implementada pelo governo, o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso foi também marcado por um período de estagnação dos gastos sociais, apresentando somente no final do período uma lenta trajetória de recuperação (CASTRO, 2003).

Em relação ao ano de 2008, Lima (2012) observou redução no gasto total por parte dos estados brasileiros, especialmente pela ausência de recursos devido à extinção da CPMF.

Ao analisarmos os municípios dentro de cada estrato da população (gráfico 2), outras questões relevantes podem ser apontadas. Podemos identificar que não há relação direta entre o gasto despendido e a população do município, ou seja, não é verdade que municípios mais populosos necessariamente invistam maiores percentuais do orçamento em saúde. Observou-se, inclusive, que aqueles municípios de menor população apresentaram os maiores gastos *per capita*. Parte desses municípios com pequeno número de habitantes (10.000 e 20.000 habitantes) apresentou-se mais dispendiosa do que municípios com população acima de 100.000 habitantes. Entretanto, municípios de porte médio não apresentam variação nos gastos, seguindo as médias nacionais.

⁸ Lei Complementar Nº 101/2000. Lei de Responsabilidade Fiscal: Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm

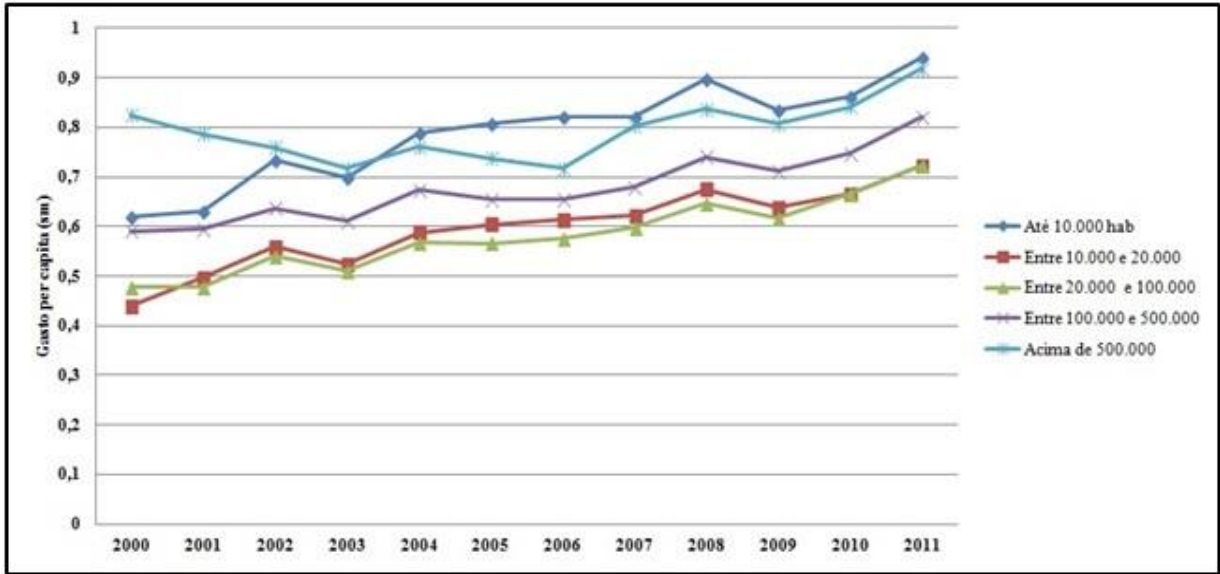


Gráfico 2: Média de gasto per capita de acordo com o porte populacional

Há pouca variabilidade dentro de cada estrato; entretanto, municípios com até 10.000 habitantes apresentam médias de gastos semelhantes àqueles pertencentes às regiões metropolitanas. Isso se deve ao pequeno número de habitantes desses municípios, nos quais simples alterações de domicílios provocam fortes impactos nos indicadores. Um exemplo para este fato é o município de Borá (SP) que possui apenas 800 habitantes, uma unidade de atenção básica, mas apresenta uma despesa *per capita* de cerca de dois salários mínimos.

A partir desses achados, não podemos inferir que os municípios com elevados gastos *per capita* em saúde oferecem, necessariamente, os melhores serviços à população ou apresentam os melhores indicadores. Porém, o perfil de gasto *per capita* dos municípios de acordo com seu porte, corrobora com outros estudos, como Arretche (2005) e Lima (2007).

Salientamos que as mudanças referentes à descentralização fiscal ocorrida na década de 1980, privilegiaram a autonomia dos municípios, tornando-os, em grande medida, dependentes dos recursos transferidos da União. Por outro lado, as diferentes capacidades de arrecadação e a dependência tributária de estados e municípios apontam para possibilidades distintas de gastos vinculadas às suas receitas próprias disponíveis, o que justifica tamanha disparidade regional. As características estruturais do federalismo fiscal, aliados à política de ajuste fiscal do governo federal e às desigualdades econômicas e sociais subjacentes, configuram

um cenário bastante complexo, onde a disputa por recursos para as ações de saúde se desenrola (LIMA, 2011).

6.2 ANÁLISE DA DIMENSÃO POLÍTICA

O objetivo aqui foi realizar a análise dos municípios brasileiros sob a ótica política a fim de encontrar possíveis orientações ideológicas que expliquem a evolução dos gastos nos três períodos eleitorais - entre 2001 e 2004, 2005 e 2008, 2009 e 2011.

O gráfico 3 mostra que ambas as correntes ideológicas elevaram os gastos ao longo do período, porém, observamos que a categoria “não esquerda” apresenta diferença significativa entre 2004 e 2007, contrariando nossa hipótese de trabalho, na qual esperávamos que os executivos de esquerda apresentassem dominância no que se refere ao incremento na média dos gastos em saúde.

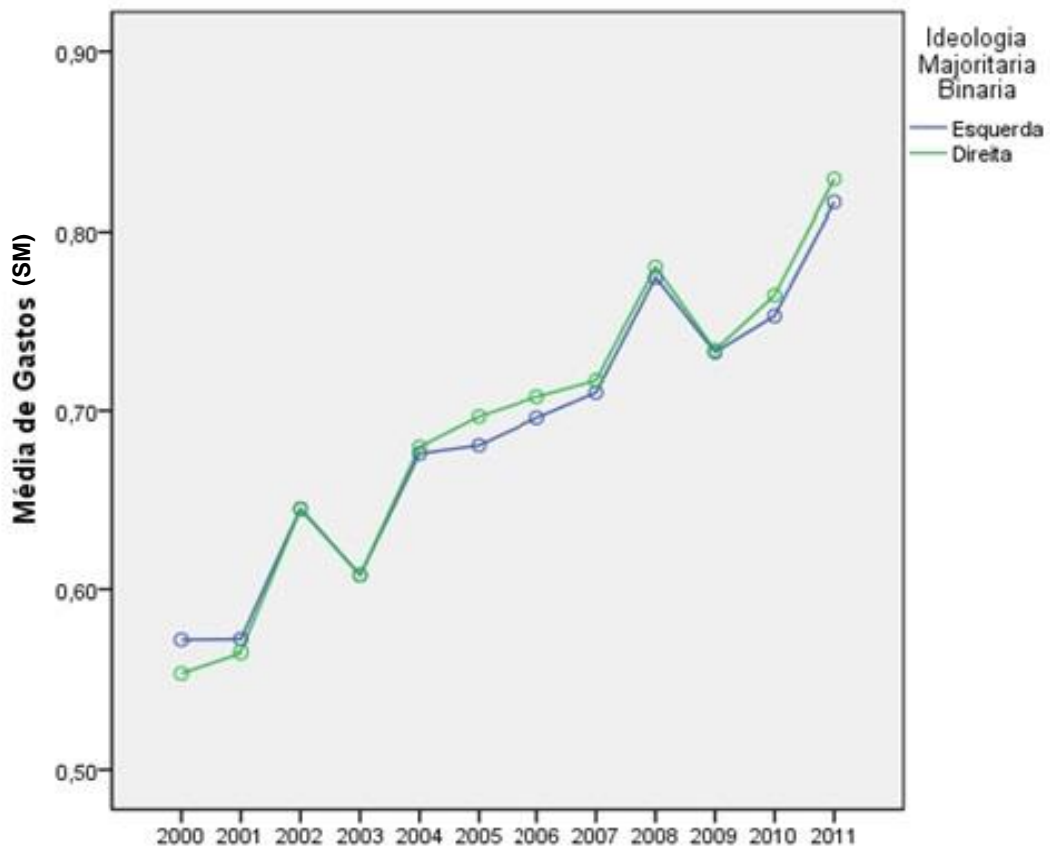


Gráfico3: Média de gasto *per capita* em saúde de acordo com a ideologia do prefeito.

Sabe-se que o valor do gasto, isoladamente, não é suficiente para permitir inferências a respeito da condução da política de saúde. Entretanto, podemos supor que a desigualdade de recursos financeiros favoreça a desigualdade no acesso a serviços de saúde, que se constitui, por sua vez, em um dos determinantes das desigualdades nesse setor (ARRETCHE, 2000).

Uma análise mais aprofundada do contexto no qual estão inseridos os municípios permitiu-nos realizar algumas inferências. As prefeituras das cidades de menor porte tendem a ser mais “ricas” em termos *per capita* do que as das cidades maiores. Este fenômeno deriva do modelo de repartição fiscal adotado no Brasil a partir de 1988, que beneficia os municípios de menor porte, por meio de transferências de receita dos níveis superiores de governo (ARRETCHE, 2002).

De acordo com este raciocínio, não teríamos cidades de pequeno porte com resultados tão insignificantes de gasto *per capita* em saúde. A explicação para isso provavelmente esteja nos mecanismos de planejamento e gestão dos serviços de atenção básica prestados por alguns municípios.

Procuramos, então, verificar se os gastos *per capita* em saúde estariam relacionados à trajetória do partido no poder, tendo em vista o alto custo de reversão caso um novo partido, com ideologias divergentes, optasse por mudar o rumo das políticas já consolidadas. Esperávamos, a princípio, observar uma estagnação na execução das políticas, uma vez que esses partidos não convivem com a incerteza da reeleição e do apoio do eleitorado. Porém, seguimos observando incremento na média do gasto *per capita*.

Percebemos que a continuidade de um partido no poder apresenta correlação positiva quanto ao gasto. Dito de outro modo, 85% dos partidos analisados no período pertencem à categoria denominada “não esquerda” e, dentre estes, metade permaneceu no poder durante os três períodos, elevando, gradualmente, o gasto *per capita*. Observou-se uma tendência, embora não significativa, de crescimento nos gastos para o período em municípios governados por partidos considerados de esquerda.

Estes resultados não se mostram relacionados à ideologia, mas possivelmente ao incremento anual no aporte de recursos constitucionais repassados das esferas superiores aos municípios ao longo da década de 2000, normatizados pela Emenda Constitucional 29/2000 e, posteriormente, pela Lei complementar nº 141/2012.

6.3 ANÁLISE DA PERSPECTIVA INSTITUCIONAL

O processo de descentralização da política de saúde brasileira trouxe maiores responsabilidades às esferas locais, delegando tarefas que antes eram exclusivas da União. O município ficou encarregado do direcionamento dos investimentos em saúde. Torna-se relevante, portanto, a análise da evolução de seus gastos, bem como os seus determinantes, como forma de avaliar a execução da política fiscal e entender como se desenvolveu a esfera municipal no âmbito da saúde.

Esta análise pretende compreender se os mecanismos institucionais observados a partir da regulamentação da Emenda Constitucional nº29/2000 contribuíram para o incremento dos gastos em saúde por parte dos municípios, tendo em vista a enorme disparidade entre as unidades da federação após o estabelecimento dos percentuais mínimos de aplicação.

A EC29/2000 estabeleceu o piso para os gastos em saúde nas três esferas, de modo que os municípios deveriam investir, no mínimo, 7% de suas receitas de impostos para a saúde a partir de 2000, ampliando gradativamente essa despesa até atingirem, em 2004, a obrigatoriedade de 15%.

A análise dos percentuais médios aplicados pelos municípios (gráfico 4) revelou uma tendência crescente ao longo da década. As normas constitucionais, especialmente a EC29/2000, são exemplos da regulação federal nos gastos com saúde em nível municipal. Embora exista um patamar mínimo para a aplicação dos recursos nessa rubrica, provavelmente existam outras influências que permeiem a decisão dos gestores municipais. Portanto, a destinação forçada por parte do Ministério, as necessidades regionais e até as barganhas eleitorais podem ter influenciado, em alguma medida, as diretrizes das políticas da saúde no âmbito municipal. Tendo em vista a dificuldade de financiamento da política de saúde durante a década de 1990, nossos dados sugerem que a promulgação da EC29 pode ter tido participação relevante no esforço de equalizar a redistribuição de recursos municipais.

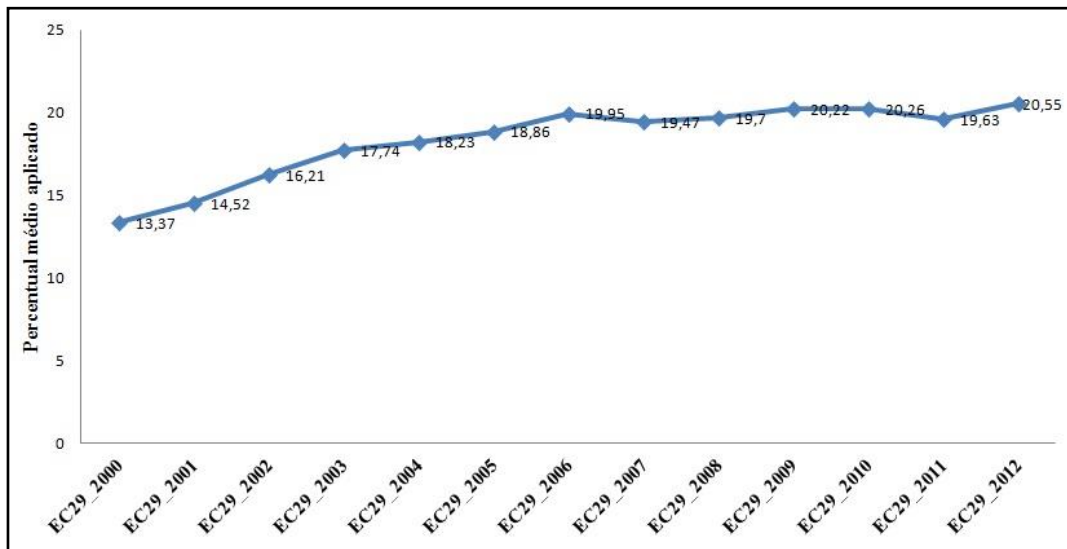


Gráfico 4: Percentual médio aplicado de acordo com a EC29/2000.

Embora os valores médios dos percentuais aplicados apresentem crescimento bastante satisfatório, observamos que até o ano de 2004, 25% dos municípios ainda não aplicavam o mínimo de 15%. A partir do referido ano Fortes (2012) observou que a grande maioria (cerca de 86%) dos municípios passou a investir o percentual mínimo na rubrica da saúde.

Os resultados permitem sugerir que a EC29/2000 foi um importante instrumento capaz de induzir os prefeitos a elevarem os percentuais de gasto com a saúde. Entretanto, esta variável sozinha não apresenta total poder explicativo quanto às diferenças na adesão dos prefeitos em relação à EC nº 29/2000.

Este estudo possui sua relevância na medida em que se constatou que a EC29/2000 induziu a grande maioria dos municípios a elevar a proporção do gasto com saúde. Contudo, algumas explicações para o cumprimento dos percentuais mínimos são apontadas por Fortes (2012), no qual a autora assinala que, devido à ausência de uma clara definição de “ações e serviços de saúde” no texto da EC29/2000, muitos prefeitos e governadores computaram como gasto com saúde despesas não classificadas como tal.

Os conflitos em torno da interpretação da base de cálculo dos recursos federais e do conceito de ações e serviços de saúde, as tentativas de “burlar” a EC29/2000 e os entraves no processo de regulamentação apresentam-se como limitações do federalismo brasileiro.

7 CONCLUSÕES

Este trabalho de pesquisa tem sua relevância a partir de dois critérios: o primeiro, teórico-acadêmico, pela contribuição acerca dos aspectos teóricos e políticos do federalismo fiscal brasileiro; segundo, em função da importância prática dos aspectos econômicos e institucionais que constituem o objeto desta pesquisa.

O artigo estudou a evolução do gasto em saúde pelos municípios brasileiros, partindo do arranjo federativo brasileiro, que centralizou no município a implementação da maioria das políticas públicas formuladas pela União. Sob diversas perspectivas, procuramos explicações para a tamanha desigualdade no que se refere ao gasto *per capita* municipal.

Inicialmente analisamos a evolução dos gastos em saúde para a totalidade dos municípios brasileiros a partir do ano 2000, utilizando como *Proxy* o gasto *per capita*. Posteriormente, os municípios foram estratificados de acordo com o critério populacional a fim de analisarmos o perfil de gasto dentro de cada estrato e entre os mesmos. Observamos que, em geral, os gastos *per capita* do primeiro estrato de municípios apresentaram-se inversamente proporcionais à população. Municípios com menor população apresentam maiores despesas com saúde em função das particularidades constitucionais que privilegiam estas esferas.

Já os municípios de porte médio apresentam gastos com saúde proporcionalmente inferiores quando comparados ao primeiro estrato, porém com pouca variação no gasto. E essas características mantêm-se ao longo do período analisado, ou seja, municípios menores gastam mais que municípios maiores. Os municípios acima de 500.000 habitantes apresentam maior heterogeneidade, sendo que alguns mais populosos apresentam gastos superiores à média da categoria analisada.

Na comparação entre os estratos, identificamos que a categoria de municípios de menor população apresentou maiores despesas *per capita*, até mesmo mais elevados que os municípios mais populosos pertencentes ao último estrato. Ao analisarmos a evolução do gasto em saúde para cada um dos municípios, identificamos que, via de regra, os municípios apresentaram gastos crescentes de um ano para outro, dentro do período estudado.

De forma geral, a avaliação histórica da política de saúde sugere que, gradualmente, vinha ocorrendo nos municípios um processo de reestruturação da administração pública, no sentido de uma intensificação de sua permeabilidade à participação e do processo de descentralização.

Analisando o percentual de gastos com saúde de acordo com a EC29/2000, a maioria dos municípios apresentou gastos superiores a 20%, inclusive antes da regulamentação da Emenda. A Lei Complementar 141/2012 regulamentou a EC29/2000, eliminando a possibilidade dos municípios disfarçarem seus gastos para atingirem os 15% referentes ao piso de investimentos com ações e serviços de saúde.

Mas o que explica o padrão do gasto com saúde por parte dos municípios? Conforme discutimos previamente, as escolhas alocativas de determinados municípios estão sujeitas à disponibilidade de receita, variando de acordo com a capacidade tributária e pela dotação de recursos provenientes de transferências intergovernamentais.

Não foi possível associarmos o incremento do gasto à dinâmica político-partidária, tendo em vista que os partidos organizados na categoria “não esquerda” tiveram efeito redistributivo maior do que aqueles pertencentes à categoria “esquerda”. A diferença ideológica e o discurso da maioria dos partidos brasileiros, quando se trata de investimentos municipais na saúde pública, não parece mostrar relevância, pois a preocupação com o gasto parece estar muito mais associada às pressões federais.

Podemos concluir, então, que este crescimento no gasto depende muito mais dos incentivos decorrentes da descentralização no Ministério da Saúde, e, mais especificamente, das regras de financiamento para a operacionalização do SUS do que das orientações ideológicas governo local.

A contribuição do neo-institucionalismo histórico no desempenho fiscal dos municípios procurou evidenciar dimensão temporal na análise da política de saúde. Para essa vertente, a trajetória histórica, o momento e a sequência dos eventos importam para a definição das políticas, o que se traduz na adoção do conceito de dependência da trajetória (*path dependence*).

A aplicação do conceito de *path dependence* permitiu-nos inferir acerca das continuidades ou mudanças institucionais ocorridas na saúde pública brasileira. O emprego desse conceito no campo das políticas públicas e das instituições

envolvidas permite perceber que certas trajetórias observadas ao longo dos processos de tomada de decisão governamental estão condicionadas por escolhas e decisões anteriores. Uma vez tomadas, tais decisões apresentam estabilidade no futuro, na medida em que o curso estabelecido tende a ser reforçado.

Por este motivo, podemos sugerir que a trajetória da política de saúde no Brasil tenha sido gradualmente materializada ao longo do caminho percorrido, incorporando experiências do passado e definindo as ações futuras. O padrão de gasto existente nos municípios é fruto de grandes transformações históricas e institucionais. Embora o arranjo fiscal brasileiro ainda apresente deficiências e reproduza desigualdades, é inegável sua contribuição para incremento no aporte de recursos experimentado pelos entes subnacionais nas últimas décadas.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; FRANZESE, Cibele. (2007). *Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil*. Tópicos de economia paulista para gestores públicos 13-31.

ABRUCIO, Fernando. L. Os barões da federação. *Lua Nova* 33, 1994.

AFONSO, J.; RAMUNDO, J.; ARAÚJO, E. (1998). *Breves notas sobre o federalismo fiscal no Brasil*. Disponível em: <<http://www.bndes.gov.br>>. Acesso em: dez 2013.

ALT, J.; LOWRY, R. Divided government and budget deficits: evidence for the states. *American Political Science Review*. v. 88, n. 4, pp. 811-828, 1994.

AMORIM NETO, Octavio; BORSANI, Hugo. Presidents and Cabinets: The Political Determinants of Fiscal Behavior in Latin America. *Studies in Comparative International Development*, v. 39, n. 1, pp. 3-27, 2004.

ARRAES, R. A.; SIMONASSI, A. G.; FREITAS, T. A. *Ajuste Fiscal, Gastos Públicos e Desequilíbrios nas Finanças Municipais: Uma Análise ante a ótica Política*. Resumos de Trabalhos Apresentados Em Eventos Científicos U F C Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, Fortaleza, v. 2001, p. 160-160, 2001.

ARRETCHE, Marta. *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, Marta. Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, 2005.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc.saúde coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

ARVATE, P.R.; AVELINO, G.; TAVARES, J. Budget deficits and reelection prospects: voters as fiscal conservatives in a new democracy. *Economic Letters*, v. 102, n. 2, p. 125-127, 2009.

ARVATE, P. R.; AVELINO, G.; LUCINDA, C. Existe influência da ideologia sobre o Resultado fiscal dos Governos Estaduais Brasileiros? *Estudos Econômicos*. Instituto de Pesquisas Econômicas, v. 38, p. 789-814, 2008.

BRASIL. *Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 4 de maio de 2000.

BRASIL. Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.

CALIARI, Thiago; HERMETO, Ana Maria; OLIVEIRA, Camilo; MACHADO, Ricardo. Longe dos partidos e perto da federação: uma avaliação dos gastos municipais na saúde pública. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v.39, n.3, 2009.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000*. Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Nota Técnica 14/2012.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis* [online]., v.22, n.2, pp. 477-506, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Financiamento da Saúde: novos desafios*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

COPPEDGE, Michael. *A Classification of Latin American Political Parties*. The Helen Kellogg Institute for International Studies. Working Paper Series # 244. 1997. Disponível em: http://kellogg.nd.edu/publications/workingpapers/___WPS/244.pdf. Acesso em: jun 2013.

COSSIO, F. A. B. *O comportamento fiscal dos governos estaduais brasileiros: determinantes políticos e efeitos sobre o bem estar dos seus estados e seus*. Prêmio Tesouro Nacional, 2001.

DOWNS, Anthony. *Uma teoria econômica da democracia*. São Paulo: Edusp, 1999.

FERNANDES, Antônio Sérgio A. Path Dependence e os Estudos Históricos Comparados. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n.53, p. 79-102, 2002.

FORTES, Fátima Beatriz. A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. *Lua Nova* [online]. n.87, pp. 167-202, 2012.

GÖTTES, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009 .

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, 2003..

HIBBS, Douglas. Political parties and macroeconomic policy. *American Political Science Review*, v.23, p.1467– 1488,1977.

KATO, Junko. Path Dependence As a Logic of Comparative Studies: Theorization and Application. *Paper presented at Annual Meeting of American Political Science Association (APSA)*, San Francisco, Aug 29 – Sept 1, 1996.

LIMA, Luciana Dias de et al . Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, Nov. 2012

LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.111-137.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007.

LIMONGI, F.; FIGUEIREDO, A. Os Partidos Políticos Na Câmara dos Deputados. *Dados*, v. 38, n. 3, p. 497-526, 1995.

MAHONEY, J. Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, v. 29, n. 4, pp. 507-548, 2000.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* (FIOCRUZ), v. 25, p. 1620-1625, 2009a.

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processo decisório, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. *Locus* (UFJF), v. 15, p. 47-69, 2009b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Estabelece a NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02.

NORTH, D. Economic Performance through Time. *American Economic Review*, v.84, pp. 359-68, 1994.

OATES, Wallace. An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*. v. 37, n.3, p 1120-49, 1999.

PAIM, J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. M. T. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

PIERSON P. *Politics in time: history, institutions, and social analysis*. Princeton: Princeton University Press; 2004.

ROCHA, Roberto. A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, Mar. 2004

RODDEN, Jonathan. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Dec. 2013.

SATYRO, Natália Guimarães Duarte. Política estadual e desigualdade: por que alguns estados redistribuem mais do que outros? *Dados*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, 2013.

SATYRO, Natália. Política nos estados brasileiros e gastos sociais: uma análise de série temporal com corte transversal - 1987-2002. In: SOUSA, Celina; DANTAS, Paulo Fábio. (Org.). *Governo, políticas públicas e elites políticas nos estados brasileiros*. Rio de Janeiro: Revan, p. 57-90, 2006.

SILVA, Mauro Santos. Teoria do federalismo fiscal: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian [Fiscal federalism theory: comments on the contributions of Oates, Musgrave, Shah and Ter-Minassian], *Nova Economia*, v.15, issue 1, p. 117-137, 2005.

SNYDER, Richard. Scaling Down: The Subnational Comparative Method, *Studies in Comparative International Development*. v.36, n. 1, p. 93-110, Spring 2001.

SOUZA, Celina. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988. *São Paulo em Perspectiva*, v. 2, n. 18, p. 105-121, 2005.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998.

APÊNDICE

Outputs dimensão econômica

Descriptive Statistics

Ideologia Majoritaria Binaria		Mean	Std. Deviation	N
GPC2000	Esquerda	,5716	,33492	717
	Não-esquerda	,5540	,31681	4269
	Total	,5565	,31953	4983
GPC2001	Esquerda	,5721	,30561	717
	Não-esquerda	,5653	,29869	4269
	Total	,5663	,29968	4983
GPC2002	Esquerda	,6452	,33919	717
	Não-esquerda	,6446	,32719	4269
	Total	,6447	,32892	4983
GPC2003	Esquerda	,6079	,31346	717
	Não-esquerda	,6078	,32188	4269
	Total	,6078	,32064	4983
GPC2004	Esquerda	,6760	,35560	717
	Não-esquerda	,6797	,36305	4269
	Total	,6792	,36195	4983
GPC2005	Esquerda	,6806	,33508	1384
	Não-esquerda	,6967	,34063	4120
	Total	,6944	,33984	4983
GPC2006	Esquerda	,6960	,34038	1384
	Não-esquerda	,7078	,34271	4120
	Total	,7061	,34236	4983
GPC2007	Esquerda	,7101	,31368	1384
	Não-esquerda	,7169	,32896	4120
	Total	,7160	,32677	4983
GPC2008	Esquerda	,7746	,33957	1384
	Não-esquerda	,7806	,36078	4120
	Total	,7797	,35776	4983
GPC2009	Esquerda	,7328	,31721	1718
	Não-esquerda	,7339	,32249	3759
	Total	,7337	,32170	4983
GPC2010	Esquerda	,7531	,32599	1718
	Não-esquerda	,7647	,33440	3759

	Total	,7630	,33319	4983
	Esquerda	,8158	,34565	1718
GPC2011	Não-esquerda	,8287	,35667	3759
	Total	,8268	,35509	4983

Outputs dimensão política – Análise da continuidade ideológica

Comparaciones múltiples - post hoc

Bonferroni						Intervalo de confianza al 95%	
Gasto per capita saúde	Ideologia - mandatos (IDEOL_MAJOR)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior	
Média 2001-2004	Esquerda 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos					
		Esquerda 2 mandatos	6,37075	6,68221	1,000	-11,2652	24,0067
		Direita 2 mandatos	13,67051	6,35186	,189	-3,0935	30,4346
		Direita 3 mandatos	,09742	6,20359	1,000	-16,2753	16,4702
	Esquerda 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-6,37075	6,68221	1,000	-24,0067	11,2652
		Esquerda 2 mandatos					
		Direita 2 mandatos	7,29975	3,35041	,176	-1,5428	16,1423
		Direita 3 mandatos	-6,27333	3,06002	,242	-14,3494	1,8028
	Direita 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-13,67051	6,35186	,189	-30,4346	3,0935
		Esquerda 2 mandatos	-7,29975	3,35041	,176	-16,1423	1,5428
		Direita 2 mandatos					
		Direita 3 mandatos	-13,57308*	2,24896	,000	-19,5086	-7,6375
Direita 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-,09742	6,20359	1,000	-16,4702	16,2753	
	Esquerda 2 mandatos	6,27333	3,06002	,242	-1,8028	14,3494	
	Direita 2 mandatos	13,57308*	2,24896	,000	7,6375	19,5086	
	Direita 3 mandatos						
Média 2005-2008	Esquerda 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos					
		Esquerda 2 mandatos	5,09665	11,39241	1,000	-24,9705	35,1639
		Direita 2 mandatos	17,56781	10,83437	,630	-11,0266	46,1622
		Direita 3 mandatos	-8,83593	10,58405	1,000	-36,7697	19,0978
	Esquerda 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-5,09665	11,39241	1,000	-35,1639	24,9705
		Esquerda 2 mandatos					
		Direita 2 mandatos	12,47116	5,69176	,171	-2,5507	27,4930
		Direita 3 mandatos	-13,93259*	5,19949	,044	-27,6552	-,2099
	Direita 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-17,56781	10,83437	,630	-46,1622	11,0266
		Esquerda 2 mandatos	-12,47116	5,69176	,171	-27,4930	2,5507
		Direita 2 mandatos					
		Direita 3 mandatos	-26,40374*	3,82509	,000	-36,4990	-16,3085
Direita 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos	8,83593	10,58405	1,000	-19,0978	36,7697	
	Esquerda 2 mandatos	13,93259*	5,19949	,044	-,2099	27,6552	
	Direita 2 mandatos	26,40374*	3,82509	,000	16,3085	36,4990	
	Direita 3 mandatos						
Média 2009-2011	Esquerda 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos					
		Esquerda 2 mandatos	,31647	15,91460	1,000	-41,6859	42,3188
		Direita 2 mandatos	17,19026	15,13570	1,000	-22,7564	57,1369
		Direita 3 mandatos	-16,98324	14,78379	1,000	-56,0011	22,0346
	Esquerda 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-,31647	15,91460	1,000	-42,3188	41,6859
		Esquerda 2 mandatos					
		Direita 2 mandatos	16,87379	7,95931	,204	-4,1327	37,8803
		Direita 3 mandatos	-17,29971	7,26787	,104	-36,4813	1,8819
	Direita 2 mandatos	Esquerda 3 mandatos	-17,19026	15,13570	1,000	-57,1369	22,7564
		Esquerda 2 mandatos	-16,87379	7,95931	,204	-37,8803	4,1327
		Direita 2 mandatos					
		Direita 3 mandatos	-34,17350*	5,35133	,000	-48,2969	-20,0501
Direita 3 mandatos	Esquerda 3 mandatos	16,98324	14,78379	1,000	-22,0346	56,0011	
	Esquerda 2 mandatos	17,29971	7,26787	,104	-1,8819	36,4813	
	Direita 2 mandatos	34,17350*	5,35133	,000	20,0501	48,2969	
	Direita 3 mandatos						

*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.