

LONGE DOS PARTIDOS E PERTO DA FEDERAÇÃO: UMA AVALIAÇÃO DOS GASTOS MUNICIPAIS NA SAÚDE PÚBLICA

Thiago Caliaro*

Ricardo Machado Ruiz**

Ana Maria H. C. Oliveira***

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o governo federal delegou maiores poderes de ação a estados e municípios no que tange às políticas públicas de saúde. Nesse contexto, o objetivo deste artigo é estudar a estrutura dos gastos com saúde dos municípios, analisando principalmente as pressões políticas – de direcionamento partidário – e pressões institucionais – via governo federal. Através das técnicas de decomposição de diferenciais e de regressão quantílica, analisamos os gastos municipais com saúde nos anos de 2002 e 2006 e, como resultado principal, encontramos pouca relevância partidária na determinação dos gastos com saúde. Antes disso, o que parece ter se tornado mais importante foi a pressão institucional via Emenda Constitucional nº 29, que determinou piso de gastos com recursos próprios por parte das prefeituras.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 estabeleceu, por meio do artigo 198, o Sistema Único de Saúde (SUS), então considerado um passo importante na descentralização das políticas públicas de saúde. Em tese, a partir daquele momento, o governo federal passaria a delegar maiores responsabilidades às demais esferas gestoras do poder público – estados e municípios. Com o SUS, os municípios passariam a influenciar de diversas formas os serviços de saúde, por exemplo, por meio da implementação e gestão dos programas de saúde pública, constituição de uma rede de serviços à atenção básica, regulação da rede hospitalar e mesmo na alocação de recursos financeiros.

Essa autonomia municipal foi, contudo, condicionada pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (EC-29), que estabeleceu pisos mínimos para os gastos com saúde nos níveis municipal e estadual. Talvez em consequência dessa emenda, os gastos *per capita* médios das prefeituras cresceram 91,38% no período 2002-2006. Assim, essa “alocação regulada” pode ter exercido uma influência maior na alocação de recursos à saúde municipal do que várias posições partidárias – sempre críticas ao subfinanciamento dos serviços públicos de saúde – ou mesmo de outras especificidades econômicas e políticas municipais que indicariam outra alocação ótima.

* Doutorando em Economia no CEDEPLAR/UFMG.

** Professor adjunto do CEDEPLAR/UFMG e Conselheiro do CADE/MF.

*** Professora adjunta do CEDEPLAR/UFMG.

Na dimensão político-partidária, essa hipótese de uma “alocação regulada” coloca outras questões importantes e complementares. Os partidos teriam alguma influência nas prefeituras por eles administradas, em particular na política de gastos com saúde? Os partidos políticos possuem políticas diferenciadas no que tange à alocação de recursos nessa rubrica? Quais são os determinantes principais no direcionamento dos gastos públicos municipais com saúde?

A partir de um estudo econométrico que comparou os maiores partidos nacionais, encontramos pouca relevância política e alta importância da EC-29 após sua promulgação no direcionamento das políticas públicas. Em suma, os resultados simulam demonstrar que depois da EC-29 parece não existir nenhuma forte constatação que permita dizer que as políticas partidárias se apresentem significativas na alocação de recursos à saúde. Tudo indica que a partir de então o aspecto constitucional é o mais forte determinante na direção dos gastos municipais.

O trabalho foi dividido em seis seções, incluindo esta introdução. A seção 2 analisa o histórico de municipalização dos gastos com saúde. A seção 3 discute os possíveis determinantes desses gastos, principalmente os supostos vieses constitucional e político. A seção 4 apresenta as metodologias utilizadas no trabalho: decomposição de diferenciais e regressão quantílica. Os resultados são discutidos na seção 5, e as conclusões a respeito são apresentadas na seção 6.

2 O MUNICÍPIO COMO ALOCADOR DE RECURSOS NA SAÚDE

Com a Constituição de 1988 e mais especificamente com a criação do SUS em 1990, o centralismo das políticas de saúde existentes no Brasil, desde a década de 1930, foi substituído por um sistema com maior interação entre as esferas gestoras do governo, sendo delegadas a estados e municípios responsabilidades que antes eram exclusivas do governo federal (ARRETCHE e MARQUES, 2002).

Como ressaltam Noronha, Lima e Machado (2005), um dos principais desafios da criação do SUS foi a resolução de problemas estruturais e históricos da assistência à saúde brasileira, compatibilizando a oferta universal de serviços com soluções locais, que atendessem a especificidades intrínsecas de cada região. Nesse cenário político administrativo, a literatura relevante sobre o tema permite diversos enfoques sobre o marco teórico e conceitual adotado (MACHADO, 1999). Porém, há consenso em todos esses trabalhos sobre a efetividade da política pública no tocante à descentralização dos serviços.

Essa descentralização passou por vários processos, mas é irrefutável o processo de aprofundamento das relações durante a década de 1990. Segundo Piola e Biasoto (2001), o percentual de recursos totais do Ministério da Saúde (MS) para a gestão de estados e municípios subiu de 7,1% em 1993 para 27,3% em 1998.

Ademais, segundo Costa (2001), a tendência descentralizante definiu o município como o único ente federativo ao qual foi atribuída a prestação de serviço à saúde, cabendo à União e aos estados a provisão técnica e financeira para o exercício das funções. Já em 1992, segundo dados levantados pelo autor, aproximadamente 69% dos estabelecimentos públicos eram municipais, cabendo à União e aos estados a fatia de 5% e 26%, respectivamente.

Como forma de garantir a representatividade de cada esfera, o ambiente de tomada de decisões foi definido através do estabelecimento de novas instâncias de decisões e controle social. Foi, então, introduzida na arena de discussão das políticas públicas de saúde a representação paritária de segmentos diferenciados da sociedade (representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários), com o estabelecimento de fóruns e conselhos de âmbito federal, estadual e municipal (CORNÉLIO, 1999).

Foi com a Lei nº 8.142 que, no âmbito de interlocução dos municípios, foram criados o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2003a). Nesse contexto, e procurando operacionalizar os preceitos da Lei nº 8.142 no tocante a transferência de recursos e responsabilidade dos órgãos gestores, é criada a Norma Operacional Básica 91 (NOB-91).

Com alguns problemas de adesão ao processo, visto que os municípios não tinham muito incentivo para migrar à norma, somente dois anos após a NOB-91 chegou-se a um número razoável de municípios, que se constituíram na base do conceito de gestão formado a partir de 1993, ano em que entrou em operacionalização outra norma do SUS, a NOB-93.

Tal norma buscou maior execução da descentralização, estabelecendo para o gerenciamento do processo de descentralização do SUS alguns foros de negociação e decisão estruturados e articulados, com ativa participação municipal nas tomadas de decisões (CORNÉLIO, 1999).

Em 1996, instituiu-se a NOB 1/96, mantendo as definições dos papéis públicos no direcionamento dos recursos, mas redefinindo os modelos de gestão dos municípios para a plena responsabilidade do poder público municipal (BRASIL, 2003b). O trabalho de descentralização até então vinha surtindo efeito. Segundo dados do MS disponíveis no trabalho de Malik (2002), 97% dos municípios recebiam, ao final de 1999, os recursos do Programa de Atenção Básica (PAB),¹ percentual que chega a 99% em junho de 2001. Nessas localidades viviam mais de 165 milhões de habitantes ou 99% da população brasileira.

1. O PAB foi criado na Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, com o intuito de acabar com a concorrência por recursos da atenção básica com outros tipos de procedimentos e ações, fornecendo um montante específico para a mesma (BRASIL, 2003d).

Por fim, em 15 de dezembro de 2000, instituiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas-SUS 01/2001), oficialmente em vigor (BRASIL, 2003e). Mostramos, para efeito de análise da importância desse repasse federal via Noas-2001, na tabela 1 a porcentagem de repasse do SUS dos recursos aplicados na saúde pelos municípios.

TABELA 1
Porcentagem das transferências do SUS sobre o recurso total aplicado em saúde pelos municípios

Unidade da Federação	2002	2006
Centro-Oeste		
Goiás	57,24	52,41
Mato Grosso	45,17	46,06
Mato Grosso do Sul	50,59	50,43
Nordeste		
Alagoas	64,34	58,81
Bahia	47,27	52,18
Ceará	58,21	54,39
Maranhão	65,92	60,21
Paraíba	60,42	59,08
Pernambuco	54,18	49,73
Piauí	64,00	63,04
Rio Grande do Norte	52,58	48,84
Sergipe	54,64	55,73
Norte		
Acre	55,82	-
Amapá	51,96	50,45
Amazonas	36,43	33,28
Pará	64,76	56,83
Rondônia	52,34	40,12
Roraima	52,38	65,80
Tocantins	43,81	44,05
Sudeste		
Espírito Santo	36,43	32,53
Minas Gerais	50,92	47,54
Rio de Janeiro	50,76	38,40
São Paulo	26,39	31,23
Sul		
Paraná	46,44	42,88
Rio Grande do Sul	47,12	39,10
Santa Catarina	42,64	41,31
Total	44,85	43,27

Fonte dos dados básicos: Datasus.

Na média, praticamente a metade dos recursos aplicados em saúde nas prefeituras municipais em todo o Brasil provém de repasses do SUS. Porém, em uma análise regional, pode-se notar que os municípios das regiões Norte e Nordeste são mais dependentes do SUS que os das demais regiões, com ênfase na região Nordeste. Os municípios têm certa autonomia nos seus gastos, mas há influência da região de análise. Aqueles localizados em regiões com menor renda *per capita* – o caso das regiões Norte e Nordeste – dependem mais de repasses federais para manter o aparato público.

Assim, quer seja por meio do financiamento federal, quer seja pelos gastos diretos realizados pelos governos municipais, o encargo principal das políticas públicas em saúde é cabível principalmente aos entes municipais, sendo os mesmos alocadores relativamente autônomos nos recursos para a saúde.

3 REGIONALIZAÇÃO DA OFERTA, VIÉS PARTIDÁRIO E A EC-29

O ente federal que oferta a maior parte dos serviços públicos em saúde é o município, o que o torna objeto de análise do trabalho. Dessa maneira, importa estudar quais os principais determinantes que influenciam o direcionamento desses gastos. No âmbito do financiamento, o SUS participa com a maior parcela dos gastos realizados na esfera municipal, por meio de transferências, conforme vimos no tópico anterior.

Portanto, há uma importante restrição de gastos imposta pelo lado da oferta. Cada município depende em grande monta do que a União repassa através do SUS. Esse repasse depende em grande parte do nível de complexidade dos serviços prestados pela prefeitura. Isso porque a habilitação municipal pode ser feita pela gestão básica ou gestão plena do sistema municipal, sendo que esta última oferece serviços mais complexos, caracterizados por menor demanda e maiores custos, o que viabiliza e dá suporte para a definição de uma oferta micro ou macrorregional como forma de obter ganhos de escala, sendo realizada, portanto, somente em alguns centros (OLIVEIRA, SIMÕES e ANDRADE, 2008).

Como expressam Levcovitz, Lima e Machado (2001), há uma tendência de os municípios de maior porte e com maior capacidade de oferta assumirem a condição de gestão pública de saúde municipal (GPSM), fazendo com que essa oferta regionalizada crie fluxos de demanda para esses grandes centros, estabelecendo demandas diferenciadas entre os municípios, o que é suprido pelo SUS com financiamentos diferenciados.

Estudando os repasses do SUS, percebemos que os 520 maiores municípios brasileiros – com mais de 50 mil habitantes – recebiam em 2001, em média, R\$ 67,33 *per capita* do SUS. Esse valor diminuiu para R\$ 46,74 em 2006, uma queda de aproximadamente 31%. No mesmo período, o repasse do SUS para municípios

com menos de 50 mil habitantes continuou praticamente o mesmo, na casa de R\$ 36,00 *per capita*.

Em contrapartida, os gastos totais com saúde dos grandes municípios aumentaram cerca de 40%, o que demanda novas formas de financiamento, dada a diminuição de repasses da União. Assim, vê-se que a sustentabilidade financeira do sistema é um problema para a oferta dos serviços de saúde. Dain (2007) e Faveret (2003) corroboram nossos resultados, ressaltando ainda que a garantia de estabilidade dos recursos por parte do SUS é complicada desde os anos 1990. Segundo Dain (2007), a despeito da alternância das fontes de financiamento na década de 1990, os gastos do SUS não ampliaram a participação no Produto Interno Bruto (PIB) ou na receita tributária como um todo.

Porém, qual o motivo de uma crescente diminuição de receitas advindas do SUS após 2000? Estaria a mesma sendo compensada por outra forma de financiamento? A resposta talvez seja a pressão constitucional exercida pela União através da EC-29, de 2000.

Em seu texto, estabelece-se um piso mínimo de gastos para estados e municípios advindos de sua própria receita. Para o caso dos municípios, ficou reservada a destinação de pelo menos 7% das receitas de impostos para a saúde em 2000, sendo que este percentual deveria ser aumentado anualmente até atingir, em 2004, 15% (BRASIL, 2003d).

Essa “alocação forçada” pode ser uma influência decisiva nas diretrizes de políticas da saúde estabelecidas nos municípios desde então. O patamar mínimo para a aplicação dos recursos pode definir as ações municipais na rubrica, diminuindo de certa forma a distância e a variabilidade dos gastos em uma comparação municipal. Ainda, Faveret (2003) resalta que desde o início a EC-29 surgiu como uma tentativa de estabilizar o financiamento do sistema.

O intuito do artigo é justamente verificar qual o grau de importância da EC-29 nos gastos municipais perante a relevância dos partidos políticos. Essa coordenação institucional é mais importante que influências regionais ou políticas? Colocada essa questão, requer-se estudar a influência política nesses mesmos gastos. Seria a filiação partidária mais importante do que a pressão institucional da EC-29?

Estudo de Arretche e Marques (2002) avalia os gastos com saúde em cinco estados brasileiros (Bahia, Ceará, Goiás, Rio Grande do Sul e São Paulo) e constata que o viés partidário parece ter um efeito apenas moderado sobre os serviços básicos de saúde. Segundo o estudo, cidades que elegeram prefeitos com “tendência direitista” em 1996 tendem a produzir menor volume de atendimentos ambulatoriais, mas não sendo verdade também que nas cidades que elegeram partidos com viés esquerdista esse número seja significativamente superior.

Outro ponto importante a ser testado consiste na influência regional. O argumento é que municípios próximos podem ter tendências parecidas no tocante à destinação de recursos, quer seja por condições econômica e ambiental similares ou mesmo por mimetizar o contexto político do seu entorno mais imediato. Uma hipótese mais específica a ser avaliada é se municípios pequenos localizados próximos de municípios maiores – que teoricamente são habilitados em GPSM – têm os mesmos critérios de alocação de recursos ou o inverso, utilizam os equipamentos e serviços desses municípios em uma estratégia típica de *free rider*.

4 METODOLOGIA

Para a análise dos dados propomos os métodos de decomposição de diferenciais e regressão quantílica. A decomposição de diferenciais, inicialmente proposta por Oaxaca (1973), nos fornece uma maneira de explorar diferenciais entre grupos, decompondo os termos entre componentes explicados e não explicados. Assim, podem-se separar as diferenças entre os dois grupos de análise em componentes que são explicados pela variabilidade e especificidades das variáveis presentes no modelo de estudo e componentes que devem ser explicados por quaisquer outros motivos que não os controlados na análise de regressão proposta.

Em nosso estudo, pretendemos fazer uma análise temporal, averiguando essas mudanças para dois períodos de tempo. Para isso, é utilizada uma extensão da abordagem de Oaxaca (1973), incorporando os períodos, assim como em artigo de Altonji e Blank (1999) sobre o mercado de trabalho. A ideia era identificar diferenças salariais entre grupos de homens e mulheres ao longo do tempo² e para isso foram usados métodos de diferenciação. Sendo Δ a diferença média entre grupo 1 e grupo 2 em um período, a mudança nos diferenciais de y entre os períodos t' e t é:

$$\Delta y_{t'} - \Delta y_t = (\Delta x'_{1t'} - \Delta x'_{1t})\beta_{1t} + (\beta_{1t'} - \beta_{1t})\Delta x'_{1t} + (\Delta\beta_{1t'} - \Delta\beta_{1t})x'_{1t} + (x'_{2t'} - x'_{2t})\Delta\beta_{1t}$$

em que podemos separar os termos à direita da igualdade em dois grupos de componentes. Os dois primeiros componentes (que serão identificados no restante do artigo como componente *a* e componente *b*) representam a mudança ao longo do tempo no hiato de gastos que seria esperado dadas as mudanças nas características dos dois grupos. Já o terceiro e quarto termos (que serão identificados no restante

2. A nossa hipótese é de que, ao separarmos os municípios em grupos de partidos políticos distintos, consigamos captar diferenças entre os grupos assim como a análise para homens e mulheres no mercado de trabalho.

do artigo como componente c e componente d) irão captar a mudança no componente não explicado do hiato.

Em nossa análise, o resultado conjunto dos dois primeiros componentes ($a + b$) nos fornece a diferença predita no direcionamento de gastos entre dois partidos. Ou seja, as diferenças de gastos entre os municípios governados por partidos distintos que são explicadas pelas variáveis que julgamos relevantes e que foram incluídas no modelo. Já o terceiro e quarto componentes ($c + d$) são os mais interessantes nessa análise, pois fornecem o efeito das mudanças não explicadas pela regressão nos gastos dos municípios governados pelos dois partidos analisados.

A hipótese é de que tais características podem advir principalmente de coordenação política. Imaginamos que podem existir políticas diferentes a cada conjunto de municípios governados por diferentes partidos políticos, que os fazem alocar diferentemente seus recursos com saúde.

O outro método utilizado no artigo é a regressão quantílica. Proposta inicialmente por Koenker e Bassett (1978), a técnica é útil em situações onde há heterocedasticidade nos resíduos, pois nesses casos os estimadores da regressão quantílica são mais eficientes que os de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO).³ Além disso, ao calcular regressões para diferentes percentis pode-se explorar a forma da distribuição condicional, o que é interessante mesmo quando a heterocedasticidade não é a causa imediata de preocupação.

Utilizamos ainda as regressões quantílicas para outro tipo de interpretação, que parece mais pertinente para a nossa análise: soluções diferentes em distintos percentis podem ser interpretadas como diferenças na resposta da variável dependente a mudanças nos regressores em vários pontos na distribuição condicional da variável dependente. A regressão quantílica se refere, portanto, à distribuição dos gastos, condicional ao vetor de covariáveis.

Na relação entre gastos e demais variáveis relevantes, por exemplo, a um dado nível das variáveis explicativas, há uma distribuição (condicional) de gastos. Em geral, não há razão para exigir que o aumento marginal de uma unidade do gasto com saúde seja o mesmo para o aumento de uma unidade de alguma das variáveis relevantes no modelo em todos os pontos da distribuição condicional. A regressão quantílica capta exatamente essas diferenças. Pretendemos, portanto, verificar se os gastos com saúde nos municípios brasileiros respondem diferentemente em distintos percentis de gastos *per capita*.

3. Problemas de heterocedasticidade são comuns em dados municipais pela grande variabilidade de escala existente entre eles (WOOLDRIDGE, 2002).

Os parâmetros da regressão linear mediana são dados como o valor absoluto de β que minimiza:

$$\sum_{i=1}^n |y_i - x_i' \beta| = \sum_{i=1}^n (0,5 - 1(y_i \geq x_i' \beta))(y_i \geq x_i' \beta)$$

em que y_i é a variável dependente, β_i é uma matriz $k \times 1$ de parâmetros, x_i' é uma matriz $n \times K$ de regressores covariados. O estimador dos demais quantis pode ser calculado através de uma generalização dessa expressão:

$$\tilde{\beta} = \arg \min \sum_{i=1}^n (p - 1(y_i \geq x_i' \beta))(y_i - x_i' \beta)$$

Apesar de essas expressões não permitirem soluções explícitas, o cálculo dos estimadores quantílicos é facilitado pelo reconhecimento de que a minimização das expressões pode ser obtida através de programação linear, tal que mesmo para grandes bases de dados os cálculos não são difíceis. Outro fator importante do uso da técnica é que a função da regressão quantílica corresponde a uma soma ponderada dos desvios absolutos, o que dá uma medida robusta de alocação, tal que o vetor de coeficientes estimados não é sensível a observações *outliers* da variável dependente (BUCHINSKY, 1998).⁴

No sentido da análise, é importante testar as variáveis para uma potencial endogeneidade dos regressores. Precisamos validar o modelo comprovando a exogeneidade estrita de todas as variáveis inclusas, e faremos isso através da estatística-C, que permite analisar subsérie de instrumentos, testando essa subsérie a partir da série original de condições ortogonais (BAUM, SCHAFFER e STILLMAN, 2003).⁵

A escolha das variáveis socioeconômicas e do setor saúde presentes no modelo foi feita através de métodos de análise fatorial.⁶ Pela aplicação desse método para

4. A interpretação dos parâmetros estimados em cada quantil pode ser feita da seguinte maneira: representam o impacto marginal no p -ésimo quantil condicional devido a uma mudança no i -ésimo elemento da variável independente x .

5. Basicamente, a estatística de Sargan é:

$$S \arg an = \frac{\hat{u}' Z(Z'Z)^{-1} Z' \hat{u}}{\hat{u}' \hat{u} / n}$$

em que \hat{u} é o erro previsto pela regressão e Z , a série de instrumentos a se utilizar no modelo. A estatística-C é computada como a diferença entre duas estatísticas de Sargan: uma para a regressão que usa a totalidade dos instrumentos propostos *versus* a estatística para a regressão que utiliza a subsérie de instrumentos, os quais se deseja testar. A estatística-C segue uma χ^2 com graus de liberdade igual ao número de restrições, ou o número de instrumentos a serem testados, sob a hipótese nula de que as variáveis testadas com provável endogeneidade são exógenas (BAUM, 2006).

6. O objetivo da análise fatorial é descrever a variabilidade original de um vetor aleatório X , em termos de um número menor de m variáveis aleatórias, denominadas fatores comuns e relacionadas com o vetor original através de um modelo linear (MINGOTI, 2007). Assim, a análise fatorial procura agrupar o subconjunto de variáveis que possuam alta correlação entre si.

32 variáveis de saúde e socioeconômicas analisadas, encontramos que dez variáveis possuíam grande similaridade com a variável dependente, fazendo parte de um mesmo fator comum. Essas variáveis são apresentadas na tabela 2, bem como as *dummies* espaciais e políticas utilizadas.⁷

As variáveis monetárias foram deflacionadas pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), disponível no *site* Ipeadata, para valores de 2002.⁸ O teste C de exogeneidade foi utilizado estabelecendo como instrumento o valor da mesma variável defasado de um período.⁹ Ele mostrou que a única variável endógena era a de recursos próprios aplicados em saúde, sendo substituída na análise por seu respectivo instrumento (*d1.recprop*).¹⁰

O resultado econométrico encontrado para esses testes de exogeneidade é interessante e condizente com a realidade da dinâmica do SUS. O atendimento no sistema é realizado de forma que a demanda define a oferta. O paciente realiza a procura no serviço e a partir daí a oferta é gerada. O sentido de causalidade se dá então do atendimento para o gasto. Isso vale para todas as variáveis do setor saúde, exceto a de recursos próprios.

Porém mesmo com esse sentido causal, o SUS não disponibiliza orçamento infinito para as prefeituras. Existe um teto de recursos que, se alcançado, invalida o sentido de causalidade demanda-oferta. Mesmo assim, porém, na portaria GM/MS nº 1.882, de 1997, em seu artigo 5º, se expressa que a parte destinada pelo PAB é variável, ou seja, repassada aos municípios conforme a demanda do mesmo (BRASIL, 2003c). Vale, portanto, o sentido causal de demanda gerando oferta. Já para o caso da variável de recursos próprios, a endogeneidade também é clara em razão da dificuldade de dizer qual o sentido de causalidade entre ela e o gasto com saúde.

7. A escolha do PIB *per capita* como variável socioeconômica relevante não exclui a importância do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) na receita das prefeituras. Acreditamos que essas duas fontes sejam tão ou até mais importantes que o PIB *per capita*, mas o mesmo se mostrou mais próximo aos gastos com saúde pela análise fatorial. Ademais, em um esforço de comparação, um modelo definido com essas variáveis em substituição ao PIB *per capita* nos forneceu valores próximos nos coeficientes da análise, sem nenhuma mudança importante que merecesse destaque.

8. Numa análise comparativa do crescimento entre o Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M), o INPC, o Índice de Preços por Atacado do Mercado (IPA-M) e o Índice de Preços ao Consumidor - Mercado (IPC-M), constatamos que o padrão de crescimento deles é praticamente igual, com uma média de inflação entre o período 2002-2006 de 53,21%.

9. Imaginamos, dessa forma, que essas defasagens são bastante correlacionadas com a variável potencialmente endógena, mas não correlacionada com o termo de erro da equação naquele referido ano.

10. As estatísticas-C para todas as variáveis da saúde testadas no modelo se encontram na tabela A.1, no anexo do artigo.

TABELA 2
Variáveis utilizadas nos métodos de decomposição de diferenciais e regressão quantílica

Abreviação	Descrição	Unidade de medida	Ano de estudo	Fonte dos dados básicos
Variável dependente				
<i>Gastopc</i>	Despesa total com saúde <i>per capita</i> sob a responsabilidade do município	R\$/hab	2002 e 2006	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)/ Datasus/MS
Variáveis independentes socioeconômicas				
<i>d1.recprop</i>	Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC nº 29/2000 defasada de um período	%	2001 e 2005	SIOPS/Datasus/MS
<i>piGPC</i>	PIB <i>per capita</i> do município	R\$/hab	2002 e 2006	Ipeadata
<i>govpc</i>	Arrecadação de impostos <i>per capita</i> no município	R\$ mil/hab	2002 e 2006	Ipeadata
<i>fossapc</i>	Proporção de residência com fossa séptica no município	%	2000	<i>Atlas Desenvolvimento Humano</i>
Setor saúde				
<i>cons</i>	Consultas médicas <i>per capita</i> nas especialidades básicas	Un./hab	2002 e 2006	Datasus/MS
<i>psf</i>	Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família	%	2002 e 2006	Datasus/MS
<i>pambqpc</i>	Quantidade de produção ambulatorial <i>per capita</i>	Un./hab	2002 e 2006	Datasus/MS
<i>lmunpc</i>	Número de leitos municipais <i>per capita</i>	Un./hab	2002 e 2006	Datasus/MS
<i>vmedintpc</i>	Valor médio <i>per capita</i> da internação	R\$/hab	2002 e 2006	Datasus/MS
<i>assmedpc</i>	Assistência médica <i>per capita</i> no município	Un./hab	2002 e 2006	Datasus/MS
Espaciais				
<i>dagl</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário para regiões com grande aglomeração populacional	Binária	-	Elaboração própria
<i>dnorte</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário para municípios na região Norte	Binária	-	Tribunal Superior Eleitoral (TSE)
<i>dnordeste</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário para municípios na região Nordeste	Binária	-	TSE
<i>dcentro</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário para municípios na região Centro-Oeste	Binária	-	TSE
<i>dsul</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário para municípios na região Sul	Binária	-	TSE

(continua)

(continuação)

Abreviação	Descrição	Unidade de medida	Ano de estudo	Fonte dos dados básicos
Políticas – Opção 1				
<i>dgov</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se o partido do prefeito é o mesmo partido do governador	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>dPMDB</i>	<i>Dummy</i> para prefeituras governadas pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>dPSDB</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se a prefeitura é governada pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>dDEM</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se a prefeitura é governada pelo Partido Democrata (DEM)	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>dPR</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se a prefeitura é governada pelo Partido Republicano (PR)	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>dPP</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se a prefeitura é governada pelo Partido Progressista (PP)	Binária	2000 e 2004	TSE
<i>doutros</i>	<i>Dummy</i> com valor unitário se a prefeitura é governada por algum partido que não os citados acima	Binária	2000 e 2004	TSE

Fonte: Elaboração própria.

O ponto principal deste artigo é o de analisar o coeficiente da variável responsável pela aplicação dos recursos próprios municipais (*d1.recprop*) e os coeficientes partidários, sendo ainda importante o controle regional (*dagl*,¹¹ *dEstados*). Isso porque a diferença de magnitude desses valores nos dois anos da análise poderá nos indicar significativas mudanças de importância dessas variáveis no direcionamento dos gastos da saúde. Para a primeira – *d1.recprop* – mediremos a importância da EC-29, sendo que a segunda – política – mostra os distintos direcionamentos partidários.

Para a análise partidária, utilizamos os seis maiores partidos em representatividade na câmara nacional, a saber: Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Democratas (DEM), Partido da República (PR) e Partido Progressista (PP) (em ordem decrescente de representatividade). Eles representam 71,7% de toda a câmara federal em 2006 e, se analisarmos os municípios governados por esses partidos, correspondem a 77,6% e 73,7% das prefeituras em 2002 e 2006, respectivamente.

Ocultamos a *dummy* que representa o PT e inserimos a variável *doutros* para representar todos os outros partidos políticos que não os especificados anteriormente.

11. A *dummy* de aglomeração mostra a presença do município em questão em uma das 39 aglomerações populacionais do Brasil com mais de 300 mil habitantes, conforme definido em trabalho de Ruiz e Pereira (2009).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciaremos a apresentação dos resultados com uma análise descritiva de médias e desvio-padrão dos municípios governados pelos seis partidos destacados. Apresentamos os resultados para o grupo de variáveis socioeconômicas e da saúde na tabela 3. Os resultados em negrito são as médias seguidas pelo desvio-padrão.

Entre os pontos a se destacar, damos ênfase aos gastos com saúde *per capita* do PT em comparação aos demais. No ano de 2002, o partido foi o que mais despendeu recursos na saúde, mas acabou sendo em 2006 o que menos gastou na mesma rubrica. O resultado é interessante e talvez possa ser explicado – parcialmente – à luz das transferências constitucionais forçadas pela EC-29.

Em 2002, o PT foi o único partido que estava, na média, com porcentagem de recursos próprios aplicados na saúde acima do valor estipulado para 2004. Essa observância da meta mesmo antes do necessário pode ter contribuído para o menor aumento dos gastos pelo partido. Isso mostra que o partido já estava ajustado à EC-29, logo, o PT já praticava uma alocação de renda adequada. Pouco esforço foi necessário então para melhorar. Partidos como PR e PP, que eram os que aplicavam menos recursos próprios na saúde no ano de 2002, foram notadamente os que mais buscaram melhorar suas posições no gasto com saúde para 2006.

Cabe ainda destacar que a análise do desvio-padrão mostra que os percentuais próprios aplicados na saúde são muito próximos nas prefeituras, o que demonstra pouca variabilidade e certa eficácia da política.

Outro aspecto interessante é a diferença de renda nas prefeituras governadas pelo PT. Tanto em 2002 como 2006, foi o partido que governava as prefeituras com maior PIB *per capita*. Como consequência, o partido também possuía prefeitos nas cidades com maior número de assistência médica *per capita*. Uma explicação possível para isso é que o partido possuía grande parte de suas prefeituras na região Sul, notadamente a segunda em PIB *per capita* do país (perdendo apenas para a região Centro-Oeste).¹² Como nenhum outro estado possuía uma quantidade elevada de prefeituras no Centro-Oeste, o valor do PIB *per capita* para o PT acaba sendo o maior.¹³

12. Em um exercício com os dados do próprio trabalho, o PIB *per capita* dos municípios da região Centro-Oeste foi de R\$ 9.588,17, e o da região Sul foi de R\$ 9.167,21. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste possuem valores, respectivamente, de R\$ 5.141,92, R\$ 3.215,43 e R\$ 8.456,36.

13. Corroborava esse argumento o fato de o PMDB ter aumentado sua participação partidária na região Sul para o ano de 2006. Isso fez com que ele se aproximasse do PT no nível de PIB *per capita* no mesmo ano.

TABELA 3
Estadística descritiva das variáveis socioeconômicas e da saúde

Variáveis/ partidos	PMDB		PT		PSDB		DEM		PR		PP	
	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006	2002	2006
<i>partidos</i>	129,93	258,20	141,39	232,39	129,04	241,47	126,49	235,93	117,22	238,59	129,28	257,11
<i>gastopc</i>	69,65	132,06	65,24	105,39	64,62	112,35	66,47	118,51	61,58	114,95	64,87	125,67
<i>d1recprop</i>	0,1483	0,1910	0,1550	0,1850	0,1480	0,1880	0,1430	0,1870	0,1350	0,1900	0,1350	0,1840
	0,0014	0,0005	0,0060	0,0003	0,0006	0,0004	0,0006	0,0004	0,0006	0,0004	0,0006	0,0004
<i>piibpc</i>	5.576,46	9.391,15	6.924,61	9.597,23	5.275,31	8.405,19	4.682,52	7.601,46	4.399,39	7.117,31	5.830,89	8.887,67
	5.576,46	12.742,04	4.487,33	11.179,04	5.194,49	9.363,05	7.301,88	15.096,35	4.576,05	8.685,63	5.424,63	7.225,01
<i>govpc</i>	0,97	1,55	0,99	1,50	0,92	1,40	0,91	1,37	0,86	1,41	0,98	1,53
	0,97	0,49	0,24	0,47	0,28	0,39	0,29	0,44	0,24	0,46	0,26	0,45
<i>fossapc</i>	0,54	0,55	0,44	0,47	0,50	0,46	0,48	0,45	0,38	0,43	0,61	0,57
	0,54	0,33	0,31	0,32	0,28	0,27	0,28	0,26	0,24	0,27	0,28	0,30
<i>cons</i>	1,99	2,00	1,71	1,90	2,01	2,06	1,92	1,76	1,87	1,86	1,87	1,96
	2,11	1,28	0,92	2,33	1,22	1,18	2,39	1,02	1,24	1,22	1,43	1,15
<i>psf</i>	0,4588	0,7812	0,3262	0,6854	0,5083	0,7343	0,4635	0,7631	0,3685	0,7451	0,4286	0,7550
	0,4091	0,3243	0,3516	0,3420	0,3848	0,3439	0,3999	0,3154	0,3853	0,3305	0,4144	0,3240
<i>pambqpc</i>	11,53	11,91	10,86	11,96	12,25	12,27	11,75	11,42	12,04	12,01	10,66	11,34
	6,38	8,14	4,86	7,19	6,14	7,84	7,20	6,64	7,09	6,80	5,75	6,15
<i>lmunpc</i>	0,0006	0,0006	0,0004	0,0005	0,0007	0,0007	0,0007	0,0007	0,0006	0,0007	0,0007	0,0006
	0,0012	0,0014	0,0010	0,0005	0,0013	0,0013	0,0013	0,0013	0,0011	0,0012	0,0015	0,0014
<i>vmedimpc</i>	0,0182	0,0175	0,0112	0,0145	0,0161	0,0147	0,0173	0,0159	0,0159	0,0156	0,0246	0,0231
	0,0168	0,0163	0,0131	0,1440	0,0157	0,0149	0,0148	0,0135	0,0142	0,0126	0,0677	0,0353
<i>assmedpc</i>	0,1589	0,2257	0,4587	0,3047	0,1796	0,2454	0,1327	0,1609	0,1458	0,1595	0,1509	0,1990
	0,2534	0,3316	0,5734	0,3046	0,3312	0,4062	0,2657	0,3002	0,2503	0,2797	0,2509	0,3008

Fontes dos dados básicos: Atlas do Desenvolvimento Humano, Datatus, Ipeadata e TSE.

5.1 Decomposição de diferenciais

Discutido os pontos principais da análise descritiva, vemos que há um menor crescimento dos gastos do PT ante os demais partidos analisados. Passamos agora a uma comparação pela decomposição de diferenciais como forma de corroborar o resultado preliminar. Mostramos inicialmente o desempenho do partido de referência (PT) em relação aos demais. Os resultados estão na tabela 4.¹⁴

TABELA 4
Decomposição de diferenciais: referência PT

Diferenças PT a	PMDB	PSDB	DEM	PR	PP
Termo (a)	-8,76	5,70	7,66	-2,03	-7,06
Termo (b)	1,39	-8,12	-11,05	-4,40	-0,34
Total explicado (a + b)	-7,37	-2,42	-3,39	-6,43	-7,41
Termo (c)	-12,08	-28,20	17,11	-47,72	-9,12
Termo (d)	-15,92	-8,79	-6,11	-15,15	-30,27
Total não explicado (c + d)	-28,00	-36,99	11,00	-62,86	-39,38
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	-35,38	-39,41	7,61	-69,30	-46,79
% explicada (a + b)/E	20,8	6,1	-44,6	9,3	15,8
% não explicada (c + d)/E	79,2	93,9	144,6	90,7	84,2
Diferença real 2002 (g)	11,47	12,36	14,91	24,17	12,11
Diferença real 2006 (h)	-25,81	-9,08	-3,54	-6,20	-24,72
Total diferença real $F = (g - h)$	-37,28	-21,44	-18,45	-30,37	-36,83
Vantagem não explicada	PMDB	PSDB	PT	PR	PP

Fontes dos dados básicos: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

Os termos (a) e (b) são os componentes explicados da decomposição. A parte não explicada, mais importante para a pretensão do trabalho, são os componentes (c) e (d). São, assim, características fora do modelo, que podem ser classificadas como intrínsecas aos partidos. Coeficientes positivos indicam uma vantagem relativa do partido de referência (PT) e coeficientes negativos, a vantagem dos partidos comparados. A decomposição total do nosso modelo é dada pelo coeficiente E , e o valor do total diferencial real F nada mais é que a diferença das diferenças dos partidos nos dois anos estudados ($g - h$). Quanto mais próximo E for de F mais explicativa é a nossa decomposição e mais válido será o modelo predito.

Nossa análise baseia-se no coeficiente total não explicado ($c + d$). Assim, a última linha da nossa tabela, que expressa qual partido leva vantagem na comparação, diz respeito apenas a esses componentes. Pela análise, constatamos que na

14. Para realizar a decomposição de diferenciais, inferimos regressões para todos os partidos nos dois anos analisados. Os resultados dessas regressões encontram-se no anexo do artigo.

diferenciação temporal, todos os partidos, com exceção dos DEM, levaram vantagem sobre o PT. Todos os partidos obtiveram crescimento nos gastos no período de nossa análise superiores aos do PT.

A comparação entre os diferenciais da decomposição e o total do diferencial real é validada pela proximidade dos valores dos componentes E e F . Pela análise dos diferenciais reais, podemos notar que o PT mantinha um nível de gastos superior aos outros partidos em 2002 (g) e essa situação se inverteu em 2006, passando a gastar menos que os comparados (h). Na decomposição, pode-se notar que tanto os componentes explicados quanto os não explicados contribuíram para essa queda (com exceção dos componentes não explicados em relação aos DEM, situação na qual o PT leva vantagem), mas a maior parcela deve-se, em todos os casos, aos não explicados, com mais da metade de explicação.

A análise ainda nos mostra claro aumento de participação dos demais partidos *vis-à-vis* a participação do PT nos gastos municipais com saúde. O resultado da decomposição corrobora a análise descritiva apresentada na tabela 4. O PT foi realmente o partido que menos aumentou seus gastos no período e os resultados informam que o aumento no diferencial deve-se, em parte, a componentes não explicados pela análise de regressão que propomos. Talvez, como dissemos anteriormente, haja menor preocupação das prefeituras do partido em aumentar sua participação nos recursos próprios, pois alcançaram a meta prevista para 2004 já no ano de 2002.

Como forma de suscitar maior discussão, apresentamos agora a decomposição de diferenciais para os DEM na tabela 5.

No diferencial real, notamos piora dos DEM em relação a todos os demais partidos, exceção feita ao PT. Contudo, na análise via decomposição, o coeficiente do termo não explicado mostra que até o PT obtém vantagem sobre os DEM. Uma vantagem pequena se comparada às dos demais partidos, mas ainda assim uma vantagem, que chega a ser confirmada na análise feita, sendo o PT o partido de referência na tabela 4. Ou seja, em comparação a todos os demais, os DEM foram os que menos empenharam recursos no aumento dos gastos com saúde. No caso do PMDB e PSDB, essa distância aumentou, e no caso do PR e PP houve uma inversão de valores, visto que no ano de 2002 os DEM gastavam mais que esses partidos.

O interessante (e o que motivou a analisar destacadamente os dois partidos acima) é justamente a proximidade entre ambos na dinâmica dos gastos e, ao mesmo tempo, a distância no discurso político. O PT, desde a sua criação em 1980, sempre se situou como um partido reformista de esquerda. É fato que, desde a eleição do presidente Lula, há um maior diálogo com outros partidos reconhecidamente de centro, mas a divergência ideológica e de gestão com os DEM ainda é matizada nos discursos de seus representantes.

TABELA 5
Decomposição de diferenciais: referência DEM

Diferenças DEM a	PMDB	PT	PSDB	PR	PP
Termo (a)	-9,70	-4,40	1,26	-4,79	-7,85
Termo (b)	-3,73	-2,80	-4,25	-3,01	-13,05
Total explicado (a + b)	-13,42	-7,20	-2,99	-7,80	-20,91
Termo (c)	-25,01	-14,54	-46,53	-65,35	-17,43
Termo (d)	-4,55	14,13	2,50	-3,75	-16,06
Total não explicado (c + d)	-29,56	-0,40	-44,03	-69,10	-33,49
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	-42,98	-7,61	-47,02	-76,90	-54,40
% explicada (a + b)/E	31,2	94,7	6,4	10,1	38,4
% não explicada (c + d)/E	68,8	5,3	93,6	89,9	61,6
Diferença real 2002 (g)	-3,44	-14,91	-2,55	9,26	12,11
Diferença real 2006 (h)	-22,27	3,54	-5,55	-2,66	-21,18
Total diferença real $F = (g - h)$	-18,83	18,45	-2,99	-11,92	-33,29
Vantagem não explicada	PMDB	PT	PSDB	PR	PP

Fontes dos dados básicos: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

Não obstante essas supostas divergências, os dois partidos foram os que mais se assemelharam na análise da decomposição. Em 2002, as diferenças ideológicas podiam ser notadas na maior alocação do PT nos gastos com recursos próprios, mas o resultado encontrado para a evolução 2002-2006 é importante, pois nos dá um norte no sentido de concluir que as supostas gestões públicas partidárias deixam de influenciar as decisões municipais na alocação de recursos na saúde para 2006. As necessidades locais e o intervencionismo da legislação federal podem ser mais importantes para explicar as diferenças entre municípios que a posição partidária.

Para terminar a análise de decomposição de diferenciais, apresentamos na tabela 6 o resultado de comparação par a par entre os seis partidos.¹⁵ O intuito é apresentar no corpo da tabela o partido que obteve a vantagem em cada decomposição de diferenciais entre dois partidos. A tabela mostra que, por exemplo, na comparação entre PMDB e PT, o PMDB leva vantagem. Entre PR e PSDB, o primeiro leva vantagem.

O partido que mais obteve melhoras nos gastos municipais na saúde foi o PR, seguido logo depois pelo PP, PSDB, PMDB, PT e DEM. É importante salientar que a análise feita aqui não significa que os gastos seguem essa ordem apresentada. A tabela expressa que, controlados para todas as variáveis incluídas no modelo

15. A decomposição para os demais partidos não apresentados no corpo do texto encontra-se no anexo do artigo.

apresentado na metodologia, os componentes que não podem ser explicados pela regressão mostram que o PR teve uma tendência de aumento dos gastos maior que os demais. Isso não significa que o partido que mais gasta na saúde é o PR, mas sim que, no período compreendido entre 2002 e 2006, ele foi o que mais aumentou seus gastos médios, e isso pode ser comprovado pela leitura da tabela 3 apresentada no começo da análise dos resultados.

TABELA 6

Comparação par a par entre todos os partidos do componente não explicado da técnica de decomposição de diferenciais

	PMDB	PT	PSDB	DEM	PR	PP
PMDB	-					
PT	PMDB	-				
PSDB	PSDB	PSDB	-			
DEM	PMDB	PT	PSDB	-		
PR	PR	PR	PR	PR	-	
PP	PP	PP	PP	PP	PR	-

Fontes dos dados básicos: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

5.2 Regressões quantílicas

Para averiguar os determinantes dos gastos com saúde, utilizamos regressões quantílicas para três quantis diferentes nos dois anos de estudo, 2002 e 2006, buscando captar os determinantes de gastos para os municípios que gastam menos (quantil 0,10), municípios que gastam na média (quantil 0,50) e municípios que têm um nível elevado de gastos (0,90). Os resultados são apresentados na tabela 7. Os primeiros valores são os dos coeficientes e os valores em parênteses são a estatística-t das variáveis.

É importante saber se os coeficientes nos dois anos e entre os quantis dentro de um mesmo ano são estatisticamente diferentes. Desse modo, poderemos constatar se as variáveis exibiram tendência de modificação de relevância na explicação dos gastos com saúde. Por análise do teste de estatística-t,¹⁶ todos os coeficientes de variáveis que se mostraram relevantes no modelo são estatisticamente diferentes entre os anos, com exceção da variável de PIB *per capita* (*pibpc*), entre outras de menor relevância. Para o resultado do teste para os quantis dentro de um mesmo ano, o coeficiente da maioria das variáveis é estatisticamente diferente nos quantis.

As variáveis socioeconômicas apresentaram-se significantes com os sinais esperados pelas nossas especulações teóricas. Somente a variável relacionada ao número de fossas sépticas por habitante (*fossapc*) não foi significativa para o perfil superior de gastos nos dois anos da pesquisa. Essa não relevância é esperada, visto

16. Os resultados do teste de estatística-t para as variáveis estão nas tabelas A.8 e A.9 no anexo.

que tal variável está relacionada a populações mais carentes, que não possuem sistema de esgoto sanitário. Portanto, é razoável supor que municípios que dispõem de maiores gastos *per capita* na saúde possuem situação socioeconômica privilegiada em relação aos demais. Dessa maneira, nesses municípios o uso de fossas sépticas é menor e não relevante para os gastos com saúde.

TABELA 7
Regressão quantílica

Variáveis	2002			2006		
	0,10	0,50	0,90	0,10	0,50	0,90
<i>d1.recprop</i>	11,60* (8,60)	14,87* (20,52)	18,47* (6,32)	21,61* (9,79)	31,10* (13,27)	41,10* (6,73)
<i>pibpc</i>	0,0024* (16,64)	0,0028* (25,01)	0,0040* (13,83)	0,0022* (14,45)	0,0029* (27,73)	0,0041* (20,38)
<i>govpc</i>	23,16* (5,49)	46,61* (24,04)	79,17* (12,53)	18,04* (5,86)	37,34* (13,79)	67,56* (9,03)
<i>fossapc</i>	10,87* (2,60)	5,71** (2,29)	3,44 (0,49)	12,23* (2,84)	15,77* (3,20)	10,23 (0,91)
<i>cons</i>	-0,28 (-0,11)	-0,23 (-1,04)	-0,50 (-1,21)	0,70 (0,85)	1,99** (2,41)	0,63 (0,46)
<i>psf</i>	20,79* (9,46)	14,80* (10,74)	9,55** (2,48)	33,20* (10,13)	24,64* (7,05)	19,72** (2,40)
<i>pambqpc</i>	0,47* (2,73)	1,27* (14,42)	2,75* (11,80)	0,51** (2,49)	1,68* (10,82)	3,59* (10,83)
<i>lmunpc</i>	6.198,08* (9,83)	8.066,09* (23,35)	8.179,48* (8,55)	9.522,27* (12,92)	10.312,53* (14,61)	13.158,26* (8,06)
<i>vmedintpc</i>	41,60 (0,96)	765,65* (51,01)	980,06* (39,82)	1.284,76* (11,02)	1.987,46* (32,35)	2.598,35* (22,06)
<i>assmedpc</i>	1,73 (0,59)	15,39* (7,96)	29,56* (5,56)	12,57* (3,68)	35,48* (9,96)	54,38* (7,15)
<i>dagl</i>	-8,09* (-2,96)	-1,68 (-1,01)	-1,46 (-0,32)	-16,73* (-5,53)	-15,00* (-4,33)	-0,46 (-0,06)
<i>dnorte</i>	-24,58* (-6,13)	-10,42* (-4,45)	2,71 (0,39)	-21,97* (-5,43)	-15,60* (-3,23)	2,23 (0,19)
<i>dnordeste</i>	-8,17* (-2,88)	-2,01 (-1,30)	5,03 (1,19)	-11,44* (-3,82)	-4,23 (-1,31)	13,90*** (1,84)
<i>dsul</i>	-3,50 (-0,95)	-7,84* (-3,96)	-13,02* (-2,28)	-7,94** (-2,14)	-19,07* (-4,77)	-22,77** (-2,35)
<i>dcentro</i>	-5,49 (-1,33)	-0,46 (-0,20)	-4,43 (-0,65)	-5,94 (-1,48)	-4,07 (-0,90)	5,26 (0,47)
<i>dgov</i>	2,39 (1,21)	-0,25 (-0,21)	-3,83 (-1,21)	0,15 (0,07)	1,02 (0,39)	-8,79 (-1,37)
<i>dpmdb</i>	-4,43 (-1,07)	-15,76 (-0,45)	-27,66* (-3,78)	0,64 (0,19)	1,66 (0,40)	2,89 (0,29)

(continua)

(continuação)

Variáveis	2002			2006		
	0,10	0,50	0,90	0,10	0,50	0,90
<i>dpsdb</i>	-2,40 (-0,57)	-13,51 (-1,43)	-24,42* (-3,34)	1,65 (0,45)	3,16 (0,72)	6,66 (0,62)
<i>ddem</i>	-1,28 (-0,31)	-15,01** (-2,41)	-17,97** (-2,42)	0,87 (0,23)	1,77 (0,40)	5,22 (0,51)
<i>dpr</i>	1,33 (0,24)	-13,32 (0,31)	-28,64* (-2,95)	7,87 (1,83)	8,90*** (1,75)	27,58 (1,29)
<i>dpp</i>	-5,31 (-1,19)	-17,47* (-6,32)	-25,75* (-3,24)	0,93 (0,24)	3,09 (0,66)	4,31 (0,40)
<i>doutros</i>	-4,98 (-1,22)	-16,13* (-6,33)	-26,23* (-3,61)	1,18 (0,36)	4,64 (1,21)	8,26 (0,90)
constante	10,03 (1,58)	3,32 (0,95)	-5,68 (-0,55)	14,92** (2,20)	-23,17* (3,22)	-65,17* (-3,45)
Pseudo-R ²	0,2320	0,3515	0,4284	0,3136	0,3987	0,4589
Observações	3.148			3.089		

Fontes dos dados básicos: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus e Ipeadata.

* / ** / *** Significantes a 1%, 5% e 10%, respectivamente.

As demais – recursos próprios, PIB *per capita* e participação da máquina pública – mostraram tendência positiva de influência. É interessante analisar a mudança de magnitude dos indicadores para essas variáveis. O PIB *per capita* difere nos anos, mas a mudança não é estatisticamente significativa, mostrando que a variável influencia de maneira próxima os gastos com saúde nos dois anos.

A variável de participação do governo *per capita* mostrou uma pequena queda, o que significa que o tamanho da participação municipal perde um pouco a importância na definição da saúde. Mesmo assim, ela continua a ser bastante relevante para a direção dos gastos, mostrando a importância da arrecadação municipal de impostos para a rubrica. Interessante ainda é que quanto maior o quantil de gastos, mais importante torna-se essa arrecadação.

Um dos coeficientes principais em nosso estudo é o dos recursos próprios aplicados na saúde (*d1recprop*). O mesmo já se mostrou relevante para o direcionamento dos gastos no ano de 2002, mas aumentou consideravelmente de magnitude no ano de 2006 – um aumento de aproximadamente 100% nos três quantis estudados.

A importância da participação dos recursos próprios das prefeituras parece ser um dos aspectos mais importantes no crescimento dos gastos com saúde no intervalo de quatro anos dos dados. Com isso, constatamos que a EC-29 foi primordial para esse resultado, e o mais interessante é que tal lei não afetou somente as prefeituras com menor nível de gastos. O crescimento não foi concentrado apenas no quantil

inferior, acontecendo com a mesma magnitude nos perfis mediano e superior. Os municípios aumentaram seus recursos de maneira uniforme, não existindo para essa rubrica diferença nos quantis.

Entre as variáveis de saúde, todas mostraram significância, com exceção de número de consultas, que só foi importante no quantil mediano do ano de 2006. Afora isso, as demais variáveis mostram-se todas com os sinais esperados. A evolução dos valores conforme muda os quantis de gastos é digna de nota. No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), quanto menor o nível de gastos com saúde municipal, maior o aumento de gastos com saúde, com o incremento de 1% na população atendida. Municípios que gastam mais com saúde precisam despende menor valor de recursos para aumentar o atendimento. Ou seja, os custos de se aumentar o atendimento da população aos programas de saúde da família são inversamente proporcionais ao montante gasto.

O mesmo argumento não vale para produção ambulatorial, leitos municipais e valor médio da internação. Nesses casos, prefeituras que gastam mais tendem a despende maior valor de recursos ao aumentar uma unidade *per capita* dessas variáveis. O aumento marginal é maior quando gradativamente se aumenta o quantil de gastos. Há, nesses casos, encarecimento dos serviços conforme cresce o padrão de gastos municipais. Discutiremos mais sobre esse encarecimento logo adiante, quando explicarmos sobre a *dummy* de aglomeração.

Encontramos ainda influência positiva da variável que mede a quantidade de indivíduos com assistência médica privada no município (*assmedpc*). Municípios onde há maior número de cidadãos com acesso a planos privados de saúde também gastam mais com saúde. A explicação disso pode advir da correlação no espaço entre redes privada e pública de saúde. Os municípios mais ricos têm uma parcela maior de pessoas com alta renda e que demandam planos de saúde privados, e os municípios pobres, o oposto, independente do tamanho.

A *dummy* de aglomeração é relevante para o nível de gastos do quantil inferior no ano de 2002 e quantis inferior e mediano no ano de 2006, mostrando que o tamanho e a inserção regional da população são relevantes na definição dos gastos. O valor do coeficiente é negativo e diminui de magnitude à medida que aumentamos o quantil de gastos. Trata-se de um resultado bastante interessante, porque mostra a tendência de aglomerações urbanas gastarem menos municipalmente com saúde em comparação às cidades pequenas, não localizadas nessas aglomerações. Isso quer dizer que um município pobre que está em uma aglomeração gasta menos que um município pobre fora das aglomerações.

Na verdade, municípios que estão fora de aglomerações urbanas na maioria das vezes não possuem atendimentos especializados na assistência à saúde em suas jurisdições. Dessa maneira, as cidades pertencentes a aglomerações, mesmo que

também não os possuam, absorvem economias do maior município desse espaço geográfico com serviços de alta complexidade. Esses municípios acabam atuando como *free riders*, usufruindo de serviços simplesmente por situarem-se nessas regiões.

Em um exercício estatístico com os próprios dados da pesquisa, constatou-se que, na média, cidades fora de aglomerações gastam 9% a mais em saúde municipal que as cidades dentro desse entorno geográfico. Esse gasto menor pode significar economias de escala espaciais (maior concentração de serviços dentro dessas aglomerações com menor gasto *per capita*).

É dentro dessa argumentação que voltamos a falar sobre os maiores gastos marginais com as variáveis da saúde nas cidades com maior gasto *per capita*. É razoável supor que os municípios pobres dentro das aglomerações consigam exportar os custos de internação para os municípios ricos desse próprio entorno. Por possuírem redes de serviços mais completas e complexas, esses municípios acabam recebendo os custos dos demais, principalmente daqueles mais próximos.

Já para os PSFs, não há essa estratégia *free rider* nos municípios mais pobres. Por ser um programa estritamente de atendimento municipal, não ocorre transbordamento de custos para outros municípios. Dessa maneira, os municípios mais ricos não são penalizados por possuírem melhor infraestrutura.

Em relação ao controle por regiões, Sudeste e Centro-Oeste realizam gastos estatisticamente iguais. Em nenhuma das análises de quantis e anos, o coeficiente do Centro-Oeste foi significativo, mostrando que as duas regiões são bem próximas quanto ao gasto na saúde. O mesmo argumento não vale para as demais, pois os coeficientes de comparação que se mostraram significativos são sempre negativos; ou seja, a região Sudeste gasta comparativamente tanto quanto as demais, pelo menos.

O resultado para as regiões Norte e Nordeste era esperado, mas a região Sul mostrou os coeficientes mais interessantes. O resultado, *vis-à-vis* o Sudeste, só não foi negativo para o primeiro quantil de gastos no ano de 2002. Lembrando a influência de menores gastos com saúde nas aglomerações urbanas – municípios mais pobres presentes nessas aglomerações gastam menos que os mais pobres fora delas – podemos entender que essa tendência sulina pode advir dessa situação. Essa é a região que possui o maior percentual de municípios presentes em aglomeração urbana (15,18%).

Passando agora para a análise política, começamos com a variável *dgov*, que procura captar a influência entre prefeituras do mesmo partido do governador. Ela não se mostrou significativa para nenhum perfil de gasto, revelando que não há direcionamento favorecido por pressões partidárias. Nas demais variáveis políticas, o intuito era captar alguma diferença entre os partidos, dando ênfase aos mais representativos no cenário nacional (PMDB, PT, PSDB, DEM, PR e PP) e sendo o PT o partido de referência na regressão. O resultado mostra certa

relevância para um direcionamento maior do PT sobre os demais no ano de 2002, principalmente no estrato superior de gastos, mas nenhuma relevância significativa para o ano de 2006.

Esse resultado confirma o argumento exposto pela técnica de decomposição de diferenciais. Nesse período, o PT era o único entre os estudados que realizava gastos com recursos próprios acima do piso da EC-29 para 2004. Isso significa que o PT foi o que menos precisou se adequar posteriormente à lei e, talvez por causa disso, esse resultado favorável ao partido esvaiu-se no ano de 2006. Salvo a rara exceção do coeficiente positivo do PR no quantil mediano do último ano, não há qualquer evidência econométrica de diferenças entre os partidos políticos desde então.

Parece haver um maior direcionamento de gastos do PT para 2002, o que pode representar uma política mais inclusiva do mesmo nesse ano. Porém, ao impor na legislação a destinação de um piso mínimo de recursos próprios para aplicação na rubrica, o governo federal acaba com as diferenças partidárias, tornando irrelevante a visão partidária nos gastos municipais com saúde.

6 CONCLUSÕES

O advento da promulgação da Constituição Federal de 1988 delegou aos estados e municípios tarefas fundamentais no direcionamento das políticas públicas de saúde. A evolução das ações do SUS, com o advento de publicação das NOBs, em 1993 e 1996, e da Noas, em 2001, cada vez mais comprova a ação prioritária dos entes municipais na aplicação das políticas de saúde.

O objetivo deste artigo foi estudar os determinantes desses gastos municipais com saúde no Brasil, tentando constatar relevâncias regionais, institucionais e políticas no direcionamento de gastos das prefeituras, principalmente para averiguarmos a importância da EC-29. Através das técnicas de decomposição de diferenciais e regressão quantílica, encontramos grande relevância da emenda principalmente para o ano de 2006, mostrando que a mesma tornou-se um direcionador de políticas mais importante do que qualquer ideologia partidária anterior.

Só encontramos relevância de diferenciação de gastos entre partidos favorecendo o PT no ano de 2002, ainda assim somente para o quantil superior de gastos; qualquer diferença de direcionamento que pudesse existir entre os partidos desapareceu para 2006. Acreditamos que esse resultado aconteça em grande parte pela pressão da EC-29. Como em 2002 o PT era o único que realizava gastos acima do piso mínimo estabelecido para 2004, foi o que menos precisou se adequar às pressões federais. Vale lembrar que, nesse caso, o resultado aqui apresentado assemelha-se ao encontrado por Arretche e Marques (2002).

Além disso, devemos lembrar também as necessidades regionais, dando ênfase à localização em grandes aglomerações urbanas detentoras de economias de escala e de possibilidade de influência de grupos sociais locais, como sindicatos trabalhistas e associações comunitárias.

No caso das aglomerações, provou-se na análise que a mesma exerce uma influência nas definições dos gastos municipais, e essa constatação abre um espaço para um campo de pesquisa no âmbito espacial do orçamento em saúde. No caso das interações sociais, as mesmas não foram incluídas no modelo por falta de dados para o período considerado, mas podem exercer também pressão fundamental no direcionamento dos gastos com saúde. Ficam, então, a observação e a possibilidade de abertura de nova agenda de pesquisa na área.

Porém, para o que se vale nosso trabalho, achamos relevante constatar a grande importância dada aos fatores institucionais. A existência de gestões ditas diferentes nos tantos partidos analisados parecia importante principalmente na diferença existente entre o PT e os demais em 2002, mas a EC-29 pode ter diluído essa diferenciação, tornando irrelevante, pelo menos no que tange à saúde, qual o partido governante no nível municipal.

A contribuição do trabalho dá-se em grande monta nesses resultados: a constatação da dominante influência da regulação federal e de localização regional; e a pouca relevância da política partidária no orçamento da saúde. Esses podem ser fatores primordiais para políticas públicas na área da saúde pública municipal.

ABSTRACT

With the promulgation of the Federal Constitution of 1988, the federal government delegated more authority to states and municipalities concerning public health policies. In this context, the aim of this paper is to study the structure of health expenditures of municipalities, particularly taking into account political pressures – from political parties – and institutional pressures – from federal government. Using the techniques of decomposition of differentials and quantile regressions, we analyzed municipal health spending in 2002 and 2006. Our main result is the small relevance of political parties in the determination of health expenditures. A more important factor seems to be the institutional pressure via the Constitutional Amendment 29, which established a lower bound for expenditures financed with the municipalities' own resources.

REFERÊNCIAS

- ALTONJI, J. G.; BLANK, R. M. Race and gender in the labor market. In: ASHENFELTER, O.; CARD, D. (Ed.). *Handbook of Labor Economics*. v. 3. North-Holland: Elsevier Science, 1999.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- BAUM, C. F. *An introduction to modern econometrics using stata*. Texas: Stata, 2006. 341 p.

BAUM, C. F.; SCHAFFER, M. E.; STILLMAN, S. *Instrumental variable and GMM: estimation and testing*. Boston: Department of Economics Boston College, 2003 (Working Paper, n. 545).

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 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. *In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS*. Brasília: 2003a, p. 38-39.

_____. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. *In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS*. Brasília: 2003b, p. 49-86.

_____. Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. *In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS*. Brasília, 2003c, p. 87-90.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS*. Brasília, 2003d, p. 232-234.

_____. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001. *In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS*. Brasília, 2003e, p. 235-266.

BUCHINSKY, M. Recent advances in quantile regression models: a practical guideline for empirical research. *Journal of Human Resources*, Madison, v. 33, n. 1, p. 88-126, Winter 1998.

CORNÉLIO, R. R. *A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ*. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

COSTA, N. R. A descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: balanço e perspectivas. *In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 12(sup.), p. 1.851-1.864, 2007.

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

KOENKER, R.; BASSET, G. Regression quantiles. *Econometrica*, Chicago, v. 45, n. 1, p. 33-50, Jan. 1978.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ano/v. 6, n. 002, p. 269-291, 2001.

MACHADO, C. V. *Contexto, atores, instituições: um estudo exploratório acerca das modalidades de gestão de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro nos anos 90*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1999.

MALIK, A. M. Planejamento, financiamento e orçamento da saúde. *In: ARANHA, M. L.; TOJAL, S. B. B. (Org.). Manual conceitual do aluno do curso de especialização à distância em direito sanitário*. São Paulo: Fiocruz, 2002, p. 159-173.

MINGOTI, S. A. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem moderna*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. 295 p.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. *In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE*, 2., 2004, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência e Tecnologia, 2005, p. 45-94.

OAXACA, R. L. Male-female wages differentials in urban labor markets. *International Economic Review*, Philadelphia, v. 14, n. 3, p. 693-709, Oct. 1973.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente *versus* estrutura planejada. *In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA*, 13., 2008, Diamantina - MG. *Anais...* Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008, p. 76.

PIOLA, S. F.; BIASOTO, G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP, 2001.

RUIZ, R. M.; PEREIRA, F. B. *Estrutura e dinâmica espaço-temporal das metrópoles brasileiras*. Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrópoles, 2009.

WOOLDRIDGE, J. M. *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge: MIT Press, 2002. 752 p.

(Originais submetidos em dezembro de 2008. Última versão recebida em setembro de 2009. Aprovada em fevereiro de 2010).

ANEXO

TABELA A.1

Estatística-C para exogeneidade das variáveis do setor saúde e recursos próprios aplicados em saúde (*recprop*)

Variáveis	Teste C	Valor-p
<i>recprop</i>	23,820	0,000
<i>cons</i>	0,230	0,774
<i>psf</i>	0,768	0,158
<i>pambqpc</i>	0,557	0,455
<i>lmunpc</i>	0,342	0,639
<i>vmedintpc</i>	0,257	0,731
<i>assmedpc</i>	0,528	0,503

Número de observações: 6.192

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.2

Regressão MQO para a análise de decomposição de diferenciais – 2002

Variáveis	Partidos					
	PMDB	PT	PSDB	DEM	PR	PP
<i>recprop</i>	173,14*	285,96*	190,99*	141,60*	97,53***	253,64*
<i>pihpc</i>	0,002*	0,001	0,004*	0,002*	0,006*	0,002
<i>govpc</i>	60,29*	114,07***	60,11*	70,63*	56,54**	87,04*
<i>fossapc</i>	9,06	-30,72	18,36***	7,22	-2,07	4,16
<i>consultas</i>	0,14	8,95***	4,08***	-2,53*	3,84	2,14
<i>psf</i>	10,86*	-6,61	17,97*	24,70*	3,00	22,66*
<i>pambqpc</i>	1,27*	2,27	1,35*	1,48*	0,24	0,84
<i>lmunpc</i>	4.752,88*	2.681,13	5.258,71*	7.794,75*	10.782,88*	9.208,84*
<i>vmedintpc</i>	956,20*	1.423,33*	627,78*	678,60*	802,04*	61,78
<i>assmedpc</i>	13,81	24,20***	-1,07	17,21**	-13,94	-4,53
<i>dagl</i>	0,86	18,85	-7,13	-0,05	27,98	-7,22
<i>dnorte</i>	-24,57*	-23,13	-10,85	-41,00*	-48,74*	-24,74**
<i>dnordeste</i>	-11,68*	30,50**	-2,48	-9,28**	-2,59	3,86
<i>dsul</i>	-20,63*	21,79	-9,80	-25,73*	-19,16	-0,06
<i>dcentro</i>	-7,06	44,05***	-15,12	-16,01**	-28,31	18,80***
<i>constante</i>	-12,11	-93,47***	-43,17**	-27,20**	-5,63	-47,12*
R^2	0,5886	0,5530	0,6374	0,6242	0,6958	0,5697
Teste F	37,27	12,71	22,06	41,03	12,89	16,55
Observações	685	134	574	566	130	336

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

* / ** / *** Significantes a 1%, 5% e 10%, respectivamente.

TABELA A.3

Regressão MQO para a análise de decomposição de diferenciais – 2006

Variáveis	Partidos					
	PMDB	PT	PSDB	DEM	PR	PP
<i>recprop</i>	360,04*	367,33*	319,95*	490,49*	101,37	303,55*
<i>pibpc</i>	0,002*	0,002*	0,003*	0,002*	0,003*	0,002*
<i>govpc</i>	57,10*	27,23**	36,64*	57,47***	76,37*	66,29*
<i>fossapc</i>	-2,11	29,97	20,77	-17,16	-16,57	29,22
<i>consultas</i>	6,12	0,65	6,13**	11,67**	-0,22	10,48*
<i>psf</i>	31,28*	32,51**	31,80*	16,89***	1,28	53,62*
<i>pambqpc</i>	0,76	0,78	1,43*	2,18**	4,75*	1,88*
<i>lmunpc</i>	8.531,96*	9.159,12*	10.160,15*	5.043,69**	4.759,93	17.547,66*
<i>vmedintpc</i>	1.828,39*	2.242,78*	1.660,70*	2.453,43*	3.372,57*	481,80
<i>assmedpc</i>	22,25**	69,90*	43,62*	46,42*	18,57	-27,38***
<i>dagl</i>	-9,03	-18,52***	-10,82	10,82	16,61	-31,38*
<i>dnorte</i>	-17,39	-17,79	-9,80	-2,33	-21,01	-80,59*
<i>dnordeste</i>	1,28	12,48	-12,82***	13,14	4,77	-26,37**
<i>dsul</i>	7,14	-18,69	-33,35*	-6,98	-22,82	-20,35
<i>dcentro</i>	23,10	-2,91	-21,51**	30,81***	1,38	-53,68*
<i>constante</i>	-31,92	-28,13	-10,30	-94,46	-40,84	-44,99
R^2	0,6616	0,6785	0,6489	0,5557	0,6782	0,6476
Teste F	32,21	26,69	39,50	28,88	25,20	18,59
Observações	567	254	497	400	208	206

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

* / ** / *** Significantes a 1%, 5% e 10%, respectivamente.

TABELA A.4

Técnica de decomposição de diferenciais: referência PMDB

Diferenças PMDB a	PT	PSDB	DEM	PR	PP
Termo (a)	3,27	8,82	9,94	3,74	2,26
Termo (b)	7,78	6,34	5,03	6,43	-6,62
Total explicado (a + b)	11,05	15,16	14,98	10,18	-4,36
Termo (c)	6,51	-22,79	23,91	-46,03	6,31
Termo (d)	17,82	3,60	4,10	1,94	-13,36
Total não explicado (c + d)	24,33	-19,20	28,01	-44,10	-7,06
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	35,38	-4,03	42,98	-33,92	-11,41
% explicada (a + b)/E	31,2	-375,9	34,8	-30,0	38,2
% não explicada (c + d)/E	68,8	475,9	65,2	130,0	61,8
Diferença real 2002 (g)	-11,47	0,89	3,44	12,70	0,64
Diferença real 2006 (h)	25,81	16,73	22,27	19,62	1,09
Total diferença real $F = (g - h)$	37,28	15,84	18,83	6,91	0,45
Vantagem não explicada	PMDB	PSDB	PMDB	PR	PP

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.5

Técnica de decomposição de diferenciais: referência PSDB

Diferenças PSDB a	PMDB	PT	DEM	PR	PP
Termo (a)	-11,84	-9,46	1,09	-6,03	-16,12
Termo (b)	6,93	4,45	3,24	1,56	15,86
Total explicado (a + b)	-4,91	-5,01	4,33	-4,48	-0,26
Termo (c)	17,00	34,03	44,28	-17,47	4,94
Termo (d)	-8,06	10,39	-1,60	-7,95	-21,76
Total não explicado (c + d)	8,94	44,42	42,68	-25,41	-16,83
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	4,03	39,41	47,02	-29,89	-17,08
% explicada (a + b)/E	-121,7	-12,7	9,2	15,0	1,5
% não explicada (c + d)/E	221,7	112,7	90,8	85,0	98,5
Diferença real 2002 (g)	-0,89	-12,36	2,55	11,81	12,11
Diferença real 2006 (h)	-16,73	9,08	5,55	2,89	-15,63
Total diferença real $F = (g - h)$	-15,84	21,44	2,99	-8,93	-27,75
Vantagem não explicada	PSDB	PSDB	PSDB	PR	PP

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.6

Técnica de decomposição de diferenciais: referência PP

Diferenças PP a	PMDB	PT	PSDB	DEM	PR
Termo (a)	-2,45	2,43	11,49	10,26	0,06
Termo (b)	0,33	10,84	3,01	1,91	6,41
Total explicado (a + b)	-2,12	13,27	14,50	12,17	6,46
Termo (c)	2,03	-3,40	-19,53	26,50	-38,75
Termo (d)	11,50	36,92	12,41	15,73	9,78
Total não explicado (c + d)	13,53	33,52	-7,12	42,23	-28,97
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	11,41	46,79	7,38	54,40	-22,51
% explicada (a + b)/E	-18,6	28,4	196,5	22,4	-28,7
% não explicada (c + d)/E	118,6	71,6	-96,5	77,6	128,7
Diferença real 2002 (g)	-0,64	-12,11	0,25	2,80	0,00
Diferença real 2006 (h)	-1,09	24,72	15,63	0,00	0,00
Total diferença real $F = (g - h)$	-0,45	36,83	15,39	18,38	6,46
Vantagem não explicada	PP	PP	PSDB	PP	PR

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.7

Técnica de decomposição de diferenciais: referência PR

Diferenças PR a	PMDB	PT	PSDB	DEM	PP
Termo (a)	-9,81	-5,25	0,02	0,36	-5,47
Termo (b)	4,81	7,24	5,40	6,88	-7,18
Total explicado (a + b)	-4,99	1,99	5,42	7,24	-12,65
Termo (c)	35,92	39,17	16,15	62,72	44,68
Termo (d)	3,00	28,14	8,32	6,94	-9,52
Total não explicado (c + d)	38,91	67,31	24,47	69,66	35,16
Total decomp. $E = (a + b + c + d)$	33,92	69,30	29,89	76,90	22,51
% explicada (a + b)/E	-14,7	2,9	18,1	9,4	-56,2
% não explicada (c + d)/E	114,7	97,1	81,9	90,6	156,2
Diferença real 2002 (g)	-12,70	-24,17	-11,81	-9,26	12,11
Diferença real 2006 (h)	-19,62	6,20	-2,89	0,00	-18,52
Total diferença real $F = (g - h)$	-6,91	30,37	8,93	11,92	-30,63
Vantagem não explicada	PR	PR	PR	PR	PR

Fontes: *Atlas do Desenvolvimento Humano*, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.8
Estatística-t para as variáveis da regressão quantílica (comparação de coeficientes dos anos de 2006 e 2002)

Variáveis	Teste t (b2006 = b2002)		
	0,10	0,50	0,90
<i>d1.recprop</i>	4,53	6,93	3,71
<i>piibpc</i>	-1,31	0,96	0,50
<i>govpc</i>	-1,66	-3,42	-1,55
<i>fossapc</i>	0,32	2,04	0,60
<i>cons</i>	1,19	2,69	0,83
<i>psf</i>	3,79	2,82	1,24
<i>pambqpc</i>	0,20	2,64	2,53
<i>lmunpc</i>	4,51	3,18	3,05
<i>vmedintpc</i>	10,66	19,89	13,74
<i>assmedpc</i>	3,17	5,64	3,26
<i>dagl</i>	-2,86	-3,85	0,13
<i>dnorte</i>	0,65	-1,07	-0,04
<i>dnordeste</i>	-1,09	-0,69	1,17
<i>dsul</i>	-1,20	-2,81	-1,01
<i>dcentro</i>	-0,11	-0,80	0,87
<i>dgov</i>	-1,05	-0,49	-0,77
<i>dpmdb</i>	1,51	4,20	3,07
<i>dpsdb</i>	1,10	3,80	2,89
<i>ddem</i>	0,57	3,79	2,27
<i>dpr</i>	1,52	4,37	2,63
<i>dpp</i>	1,61	4,39	2,79
<i>doutros</i>	1,88	5,42	3,76
<i>constante</i>	0,72	3,68	3,15

Valores para o teste t: significância 1% = 2,576 / significância 5% = 2,326 / significância 10% = 1,645.

Número de observações: 3.148 (2002) e 3.089 (2006)

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano, Datasus, Ipeadata e TSE.

TABELA A.9

Estatística-t para as variáveis da regressão quantílica (comparação de coeficientes entre os quantis)

Variáveis	teste t (b2002)			Teste t (b2006)		
	b0.50 = b0.10	b0.90 = b0.50	b0.90 = b0.10	b0.50 = b0.10	b0.90 = b0.50	b0.90 = b0.10
<i>d1.recprop</i>	4,51	1,23	2,35	4,05	1,64	3,19
<i>pihpc</i>	3,57	4,15	5,53	6,69	5,96	9,44
<i>govpc</i>	12,09	5,15	8,86	7,13	4,04	6,62
<i>fossapc</i>	-2,07	-0,32	-1,06	0,72	-0,49	-0,18
<i>cons</i>	0,23	-0,65	-0,53	1,56	-0,99	-0,05
<i>psf</i>	-4,35	-1,36	-2,92	-2,45	-0,60	-1,64
<i>pambqpc</i>	9,08	6,35	9,78	7,54	5,76	9,29
<i>lmunpc</i>	5,41	0,12	2,07	1,12	1,74	2,23
<i>vmedintpc</i>	48,24	8,71	38,13	11,44	5,19	11,15
<i>assmedpc</i>	7,07	2,67	5,23	6,43	2,49	5,50
<i>dagl</i>	3,85	0,05	1,45	0,50	1,90	2,12
<i>dnorte</i>	6,05	1,89	3,93	1,32	1,52	2,06
<i>dnordeste</i>	3,98	1,67	3,12	2,23	2,40	3,35
<i>dsul</i>	-2,19	-0,91	-1,67	-2,78	-0,38	-1,53
<i>dcentro</i>	2,19	-0,58	0,16	0,41	0,83	1,00
<i>dgov</i>	-2,22	-1,13	-1,97	-0,33	-1,53	-1,39
<i>dpmdb</i>	-0,32	-1,63	-3,17	0,25	0,12	0,23
<i>dpsdb</i>	-1,18	-1,49	-3,01	0,34	0,33	0,47
<i>ddem</i>	-2,20	-0,40	-2,25	0,20	0,34	0,43
<i>dpr</i>	0,34	-1,58	-3,09	0,20	0,87	0,92
<i>dpp</i>	-4,40	-1,04	-2,57	0,46	0,11	0,31
<i>doutros</i>	-4,38	-1,39	-2,92	0,90	0,39	0,77
<i>constante</i>	-1,92	0,87	1,52	5,29	2,22	4,24

Valores para o teste t: significância 1% = 2,576 / significância 5% = 2,326 / significância 10% = 1,645.

Número de observações: 1.725 (2002 e 2006)

Fontes: Atlas do Desenvolvimento Humano, Datasus, Ipeadata e TSE.