

# Partidos, eleições e desigualdades em saúde nos municípios brasileiros: uma análise relacional a partir dos fatores políticos, de gestão e da dependência do sistema público <sup>1</sup>

*Parties, elections and health inequalities in Brazilian municipalities: a relational analysis based on political and management factors and dependence on the public system*

Gabriel Santana Machado<sup>2</sup> 

DOI: [10.22478/ufpb.2525-5584.2021v6n3.60028]

Recebido em: 30/06/2021  
Aprovado em: 18/11/2021

**Resumo:** Este trabalho objetiva identificar de que forma os fatores políticos se relacionam com as desigualdades em saúde a partir da abordagem das capacidades estatais, considerando que estas indicam uma condição necessária para uma redução potencial das desigualdades em saúde. Para isso foi formulado um indicador sintético de capacidades estatais em saúde para os 5.570 municípios brasileiros de 2013 a 2015, e por meio de análises descritivas e modelos econométricos de regressão de dados em painel e regressão logística se buscou responder às seguintes perguntas: (I) a dependência dos eleitores sobre o sistema público de saúde se correlaciona com os níveis de capacidade estatal em saúde e conseqüentemente nos níveis de desigualdade?; (II) os partidos de esquerda reduzem mais as desigualdades em saúde em relação aos outros partidos?; e (III) os governos municipais que reduzem as desigualdades em saúde são recompensados politicamente por meio da reeleição? Os resultados indicam que (I) maiores níveis de dependência se correlacionam com maiores níveis de capacidade estatal; (II) os partidos de esquerda não reduzem mais as desigualdades em saúde; (III) os eleitores recompensam os governos municipais pela redução das desigualdades em saúde, embora não haja um padrão unânime em relação a este aspecto.

<sup>1</sup> Este artigo é resultado de uma iniciação científica (Processo Fapesp: 2019/09164-2) desenvolvida no Centro de Estudos da Metrópole (CEM/Cepid – Processo Fapesp: 2013/07616-7) sob orientação do Professor Marcos Paulo de Lucca-Silveira (EESP/FGV), a quem agradeço pelos comentários e sugestões, assim como à Professora Marta Arretche (FFLCH/USP/CEM). Agradeço também aos pareceristas anônimos da Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais pela avaliação e sugestões.

<sup>2</sup> Mestrando em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) – E-mail: gabriel.santana.machado@alumni.usp.br.

**Palavras-chave:** Desigualdades; Saúde; Capacidade Estatal; Esquerda; Eleições.

**Abstract:** This work aims to identify how political factors are related to health inequalities from the approach of state capacities, considering that these indicate a necessary condition for a potential reduction of health inequalities. For this, a synthetic indicator of state capacities in health was formulated for the 5,570 Brazilian municipalities from 2013 to 2015, and through descriptive analyzes and econometric regression models of panel data and logistic regression, we sought to answer the following questions: (I) is the dependence of voters on the public health system correlated with the levels of state capacity in health and, consequently, with the levels of inequality?; (II) do left parties reduce health inequalities more in relation to other parties?; and (III) are municipal governments that reduce health inequalities politically rewarded through re-election? The results indicate that (I) higher levels of dependence are correlated with higher levels of state capacity; (II) leftist parties no longer reduce health inequalities; (III) voters reward municipal governments for reducing health inequalities, although there is no unanimous standard in this regard.

**Keywords:** Inequalities; Health; State Capacity; Left; Elections.

## **1. Introdução**

A constituição das políticas públicas que conformam o estado de bem-estar social brasileiro no período recente remete à Constituição Federal de 1988, que em seu capítulo dos direitos sociais garantiu à sociedade brasileira os direitos à saúde, educação, moradia, trabalho, assistência, e alguns outros. Embora muitas dessas políticas já existissem de alguma forma até então, a Carta Magna as potencializou, ampliando o rol de serviços que viria a ser garantido à sociedade. O marco realizado em 1988 denota uma substantiva mudança paradigmática para as políticas públicas do período subsequente, sendo responsável, por exemplo, por dinâmicas que resultam no aumento do bem-estar dos indivíduos e redução das desigualdades em muitas das suas dimensões (Arretche, 2015).

A política de saúde particularmente passa por uma profunda transformação ao se estruturar nos princípios da universalidade, gratuidade e integralidade. Em relação ao período anterior, a última Constituição Federal passa a incluir no sistema de saúde uma parcela significativa da população que antes não tinha acesso ao sistema que era restrito e condicionado a um vínculo empregatício, esta transição exemplifica o processo de “inclusão dos outsiders” (Arretche, 2018). À medida que os serviços de saúde passaram a ser ampliados e os indivíduos passaram a ter maior acesso a estes - de modo que a disponibilidade de renda ou vínculo empregatício não fosse mais um fator determinante

do acesso aos serviços de saúde - a desigualdade de saúde diminuiu, se refletindo nos cenários epidemiológicos e de mortalidade infantil, por exemplo (Arretche, 2018. Coelho & Dias, 2015).

Ainda no âmbito da política de saúde outra mudança significativa marcada na Constituição Federal foi o processo de descentralização. O modelo federativo que se constituiu no Brasil em 1988 atribuiu aos municípios uma centralidade na gestão e implementação da política de saúde, sendo estes essenciais para o seu êxito. Ao mesmo tempo o financiamento da saúde ficou à cargo dos três entes federativos. Em síntese todos os entes financiam e os municípios proveem (Arretche, 2002). No entanto, para Grin e Abrucio (2018) a transferência de responsabilidade aos municípios não foi acompanhada de uma proporcional transferência de capacidades estatais, de modo que este processo pode comprometer os resultados esperados.

Neste sentido, a compreensão da política de saúde no Brasil, como a sua gestão e resultados, assim como os fatores atrelados às suas desigualdades, passam pela compreensão do que ocorre nos municípios brasileiros. Neste trabalho a abordagem centrada nas desigualdades em saúde se dá a partir da perspectiva das capacidades estatais, entendidas como a capacidade do Estado em implementar políticas públicas (Gomide, Pereira & Machado, 2017). É certo que esta perspectiva não se reflete direta e linearmente nos resultados (impactos e efeitos) da política de saúde, uma vez que apesar da disposição de recursos ser uma condição necessária para o êxito da política ela não é necessariamente suficiente, tendo em vista que há uma complexidade de outros fatores que também são determinantes dos resultados da política de saúde. Um determinado programa de saúde, por exemplo, como demonstra Victora et al (2000), pode em um primeiro momento da sua implementação ampliar as desigualdades entre os indivíduos mais necessitados e menos necessitados em favor destes, e somente em um período posterior diminuir as desigualdades em favor dos mais pobres. Apesar destas dinâmicas, argumento que o aumento das capacidades estatais em saúde cria uma potencial diminuição das desigualdades em saúde, tendo em vista o aumento das condições para que a política seja implementada, contemplando de forma mais equânime a população a que ela se destina. Portanto, a redução das desigualdades em saúde será tratada neste trabalho como um efeito potencial do aumento das capacidades estatais em saúde.

Considerando a complexidade de fatores políticos e de gestão que envolvem a consumação da política de saúde no âmbito dos municípios, assim como as dinâmicas dos atores, das eleições, das instituições e dos partidos políticos, que a depender da sua orientação ideológica produzem diferentes efeitos sobre as políticas públicas (Esping-Andersen, 1991) ou então possuem motivações estritas, como a busca de votos, que explica determinados tipos de comportamento e políticas públicas (Downs, 1991) , e considerando a centralidade da política de saúde para o desenvolvimento social e promoção do bem-estar dos indivíduos, este artigo tem como objetivos (I) identificar se a dependência dos indivíduos sobre o sistema público de saúde influencia os níveis de capacidade estatal em saúde dos municípios, de modo que o aumento da capacidade estatal (potencial redução da desigualdade dos resultados) seja refletida por estes níveis de dependência; (II) identificar se a orientação partidária dos governos executivos municipais influencia os níveis de capacidade estatal da saúde; e (III) identificar se os governos que melhoram a sua capacidade estatal em saúde, e assim reduzem a desigualdade de resultados, são reeleitos, ou seja, recompensados politicamente.

Após esta introdução este trabalho está estruturado em outras cinco seções. A primeira apresenta um panorama da política de saúde e a sua relação com a Constituição Federal de 1988. A segunda faz uma discussão teórica acerca das fundamentações dos objetivos e das hipóteses do trabalho. A terceira com a metodologia, que apresenta a construção dos indicadores de capacidade estatal e dos modelos econométricos. A quarta apresenta os resultados e a quinta a discussão dos resultados. Em seguida há as considerações finais e as referências bibliográficas.

## **2. A política de saúde, a Constituição Federal de 1988 e as capacidades estatais**

A compreensão do modelo de saúde que se constituiu na Constituição Federal de 1988 passa pela sua trajetória, que remete a um período muito anterior a essa. A assistência à saúde no Brasil data da década de 30, que vinculava este tipo de assistência à previdência, denotando assim o caráter conservador e condicionante da assistência à saúde. No âmbito dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) os trabalhadores formais contribuintes da previdência tinham por meio desta, acesso à serviços de saúde, que em virtude da fragmentação previdenciária – cada categoria de trabalho possuía um IAP próprio – gerava diferentes tipos de desigualdades entre os trabalhadores, já que as diferentes categorias dispunham de diferentes estruturas previdenciárias e diferentes tipos

de assistência (Menecucci, 2007). A constituição desses arranjos deu origem a diferentes tipos de prestadores privados de serviços de saúde, sendo impulsionados a partir da década de 60, quando o poder público se utiliza deste aparato para ampliar os serviços e cobertura de saúde vinculados, neste momento, mais profundamente à Previdência Social, contribuindo para a expansão do setor privado por meio da compra dos seus serviços (Menecucci, 2007).

À luz do neo-institucionalismo histórico, Menecucci (2007) identifica que um conjunto de fatores como regras, normas, escolhas, contingências, dentre outros, propiciaram a constituição de um sistema de saúde brasileiro marcado pelo mix público e privado, de modo que nem mesmo a formulação de um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o SUS, caracterizado por ser único, gratuito e universal, conseguiu assegurar um sistema de saúde puramente público no Brasil. Por outro lado, segundo Arretche (2018), o sistema de saúde que se formou na Constituição Federal de 1988 foi responsável por incluir 60% da população que antes não tinha acesso à política de saúde em virtude do seu caráter condicionante, sendo desta forma responsável pela redução das desigualdades em saúde no período posterior à Constituição.

Apesar do SUS ter significado um dos maiores (se não o maior) avanço da política de saúde de todos os tempos, a dicotomia entre o sistema público e o privado também representa uma das maiores fontes de desigualdade entre os indivíduos de ambos os sistemas, embora não se possa falar de dois sistemas paralelos, uma vez que pelo seu caráter universal o SUS não exclui os usuários do sistema privado. Desta forma o modelo de saúde que se constituiu no Brasil é formado por um sistema público, que atende toda a população brasileira (cerca de 200 milhões de pessoas) e um sistema privado, que atende cerca de um quarto da população brasileira (50 milhões de pessoas). Em termos de financiamento o desequilíbrio de condições se evidencia, uma vez que, segundo Levi (2016) o sistema público foi responsável por 46% dos gastos (R\$226 bilhões) totais em saúde no ano de 2013, enquanto que o sistema privado foi responsável por 54% dos gastos (R\$ 271 bilhões)<sup>4</sup>. Segundo a mesma autora, países como a Dinamarca, França, Alemanha e Reino Unido, têm os seus sistemas de saúde financiados pelo setor público em 84%, 79%, 85% e 80%, respectivamente. Esse desequilíbrio de condições evidenciado pelo financiamento se reflete também nos resultados dos serviços de saúde, que revela

desigualdades criadas entre os usuários exclusivos do sistema público e os usuários do sistema privado.

Em relação às desigualdades em saúde que se criaram, Boccolini e Souza Junior (2016) ao investigar os fatores associados com a iniquidade na utilização dos cuidados em saúde no Brasil por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, identificam que 15% das pessoas com 18 anos de idade ou mais não utilizaram o sistema de saúde, sendo que a parcela dos excluídos é maior entre os jovens, homens, não brancos, pessoas sem escolaridade e aqueles que não possuem um seguro privado de saúde, sendo que os seus modelos econométricos também indicam uma alta probabilidade de não utilização do sistema de saúde entre os indivíduos sem seguro privado de saúde. A partir da mesma pesquisa, Barros et al (2016, p. 5, tradução minha) identifica que “aqueles sem seguro privado de saúde tem maior prevalência de fumar, ser inativo nas horas vagas, ter um estilo de vida sedentário, e consumir mais carne com gordura e leite integral do que aqueles com seguro privado de saúde”, evidenciando assim as prováveis desigualdades de bem estar individual entre aqueles com plano privado de saúde e aqueles sem plano privado de saúde. Por outro lado, Dourado, Guadalupe e Aquino (2016) constataam que possuir uma Fonte Usual de Cuidados (FUC) é mais comum entre a população cobertura pelo programa Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como por pessoas que possuem seguro privado de saúde, doenças crônicas ou comorbidades. As autoras também constataam que a ESF foi fortemente associada ao recebimento de cuidados primários em saúde, além de ter uma relação negativa com o fato de possuir consultas particulares como uma FUC, ou seja, ser atendido pela ESF diminui a dependência dos indivíduos em relação ao sistema privado.

Assim, evidencia-se que o modelo híbrido do sistema de saúde brasileiro, que congrega o público e o privado, é um dos fatores explicativos das desigualdades em saúde entre os indivíduos em favor daqueles que possuem plano privado de saúde, que por sua vez também tendem a possuir mais recursos de outra ordem, como financeiros, que acentuam ainda mais as desigualdades. No entanto, algumas políticas públicas, como o programa Estratégia Saúde da Família, tendem a reduzir as desigualdades entre aqueles que não possuem plano privado e aqueles que possuem. Em virtude da necessidade de recursos para promoção das políticas que tendem a reduzir as desigualdades em saúde em suas múltiplas dimensões, as capacidade estatais em saúde são uma condição necessária

para diminuir as desigualdade em saúde, uma vez que a ampliação da capacidade de ação do Estado cria as condições para que este promova as suas políticas de saúde e equipare os indivíduos sem plano privado daqueles que dispõem de um plano privado de saúde.

A compreensão das capacidades estatais passa pelo reconhecimento da sua complexidade e da polissemia do conceito, que contempla diversas dimensões e perspectivas de ação do Estado, mas que em um sentido mais estrito pode ser entendido como a sua capacidade de implementar políticas públicas, com todas as decisões que permeiam este processo (Souza, 2020). Segundo Souza (2020, p.45), “a importância do conceito deriva do fato de que a pura vontade dos agentes ou atores políticos não é suficiente para que objetivos sejam alcançados”, de modo que a sua consecução deve preceder de fatores materiais e objetivos.

A operacionalização conceitual das capacidades estatais comumente é dividida em duas dimensões: a técnico administrativa e a político-relacional. Enquanto a primeira diz respeito a fatores materiais e profissionais, a segunda diz respeito a fatores relacionados a interações interpessoais (Souza, 2020; Gomide, Pereira & Machado, 2017; Grin, Demarco & Abrucio, 2021). No âmbito da política de saúde, segundo Oliveira e Coelho (2021), as capacidades técnico administrativas são expressas por: disponibilidade de unidades e serviços de saúde, disponibilidade de recursos humanos, sistemas de informação, acesso a medicamentos e financiamento. Enquanto que as capacidades político-relacionais são propiciados por meio, por exemplo, do colegiado de representação dos municípios, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e dos fóruns interfederativos, como as Comissões Intergetoras Tripartite e Bipartite (CIT e CIBs).

### **3. Partidos, desigualdade e saúde**

A constituição dos estados de bem-estar social em grande parte do tempo esteve associada à existência de algumas políticas sociais, especialmente as de saúde e educação. No entanto, para Esping-Andersen (1991) este critério de classificação dos welfare states é vago e não diz muito a respeito de aspectos substantivos destas políticas. Assim, o autor propõe uma classificação dos estados de bem-estar social a partir da métrica da desmercadorização, segundo a qual “ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (Esping-Andersen, 1991, p. 102).

A partir das experiências internacionais e dos tipos de políticas que se constituíram em diversos países, Esping-Andersen (1991) propõe três tipos de welfare state a partir da métrica da desmercadorização. O modelo liberal se caracteriza por ser o menos desmercadorizante, já que se destina prioritariamente para os comprovadamente pobres e em dimensões apenas suficientes para que se supra as necessidades básicas, sendo desta forma também estigmatizado e por consequência desincentivador de acesso, aumentando assim a dependência dos indivíduos do mercado. O modelo conservador se caracteriza pelo seu alto nível de fragmentação e pelo condicionamento à algum tipo de vínculo empregatício, de modo que o acesso à política se condiciona à contribuições, como é o caso das políticas previdenciárias em grande parte dos países. Por fim, o modelo mais desmercadorizante é o modelo social-democrata, que se caracteriza por ser universal e não condiciona o acesso às políticas à alguma contribuição, de modo que os indivíduos possam optar por trabalhar ou não sob este modelo, uma vez que a dependência dos indivíduos pelo mercado é muito baixa.

Em termos práticos os efeitos de cada um desses modelos em relação às desigualdades são muito dinâmicos, uma vez que a baixa desigualdade em determinados períodos pode se transformar em altas desigualdades em outros. No entanto, de modo abrangente, se prediz que o modelo liberal tenha poucos efeitos sobre a redução das desigualdades, uma vez que ao se destinar somente aos muito pobres o seu impacto se dá em apenas uma parcela da sociedade, sem produzir nenhum efeito direto no restante da distribuição, que para ter as suas necessidades atendidas deve recorrer ao mercado. O mesmo efeito ocorre com o modelo conservador, que ao criar diferentes categorias de beneficiários em virtude do nível e tipo da sua contribuição pode ampliar as desigualdades entre os cidadãos em relação a determinada política pública. Por outro lado, o modelo social-democrata, que se caracteriza por ser universal, tende a diminuir as desigualdades entre os indivíduos, tendo em vista que todos tem o direito de acessar determinada política em função do critério de elegibilidade. Conforme ressalta Esping-Andersen (1991), esse processo não é linear e se coloca em função de alguns fatores, como a estrutura da distribuição de renda das sociedades, por exemplo, de modo que um modelo social-democrata possa depender de uma sociedade de pessoas “humildes” para ser efetivo, sob o possibilidade de gerar uma classe média que demande melhores serviços e venha a recorrer ao mercado eventualmente.



Em termos políticos o modelo liberal de welfare state se viabiliza quando a direita chega ao poder e constitui maioria. Ao ver no mercado uma solução para os problemas econômicos e sociais, os partidos de direita tendem a implementar políticas públicas de caráter liberalizante, destinadas focadamente aos mais pobres e que não diminuem a dependência dos cidadãos em relação ao mercado. O modelo conservador se viabiliza quando a direita ou esquerda não constituem maioria e necessitam recorrer ao centro para constituir o governo. Enquanto que o modelo social-democrata se viabiliza quando a esquerda chega ao poder e constitui maioria, implementando assim políticas que visam diminuir a dependência dos indivíduos em relação ao mercado e assim emancipá-los (Esping-Andersen, 1991). Estas relações são as bases da teoria do governo partidário.

Ao traçar a trajetória da social-democracia, Przeworski (1991) evidencia que os partidos de esquerda tiveram que lidar com muitas contingências no decorrer do seu percurso, até que o objetivo originário do socialismo foi sendo abandonado em detrimento das políticas públicas que aumentariam o bem-estar dos trabalhadores, tudo isso viabilizado pelo surgimento do keynesianismo. Assim, encontramos no modelo social-democrata de welfare state laços estritos com o que foi possível se concretizar das ideias socialistas dos partidos de esquerda.

O objeto II deste trabalho de investigar se os partidos de esquerda aumentam os níveis de capacidade estatal dos municípios e assim reduzem as desigualdades em saúde se fundamenta centralmente na teoria do governo partidário, de modo que a hipótese que se cria a partir desta formulação é que a resposta seja positiva, e os governos de esquerda reduzam as desigualdades em saúde. No entanto, há que se considerar que o exercício empírico que se promove neste trabalho pressupõe uma potencial desmercadorização criada pelos partidos de esquerda, uma vez que o aumento das capacidades estatais não se reflete automaticamente na diminuição da dependência dos indivíduos em relação ao mercado. Tendo em vista a universalidade do sistema público de saúde brasileiro, pelo menos em termos de titularidade todos os indivíduos possuem direito de acesso ao sistema de saúde, no entanto, quando estamos tratando das desigualdades em termos de capacidades estatais e portanto dos resultados da política, a perspectiva da titularidade é deslocada para a perspectiva do acesso aos serviços. Em síntese, argumento que a despeito do desenho universal do sistema público brasileiro de saúde, o foco deste trabalho é sobre as desigualdades potenciais de acesso aos serviços da política de saúde.

De outra perspectiva, a despeito das ideologias partidária programáticas, as teorias que se fundamentam no pressuposto do voto econômico postulam que a redistribuição e consequente queda da desigualdade se dá a partir do interesse dos indivíduos em maximizar os seus ganhos econômicos. A clássica teoria do eleitor mediano de Meltzer e Richard (1981), por exemplo, postula que em uma sociedade em que há desigualdade e sufrágio universal, os indivíduos tendem a votar de modo que a renda média se torne equivalente a renda mediana. Agora de uma perspectiva partidária, Downs (1999) enuncia que o fim último dos partidos é chegar ao poder per si, de modo que a ideologia que eles criam e se apropriam é um mero instrumento para este fim. Desta forma, em uma sociedade em que os eleitores estão inseridos em um contexto de vulnerabilidade econômica e desigualdade, é racional que os partidos adotem ideologias que busquem combater tais circunstâncias, para que assim obtenham a simpatia desses eleitores e consequentemente os seus votos, viabilizando as condições para ganharem as eleições e chegarem ao poder.

Amparado nesta perspectiva downsiana se ancora o objetivo I deste trabalho, cuja finalidade é identificar se os municípios mais dependentes do sistema público de saúde possuem o seu nível de capacidade estatal ampliado com consequente redução das desigualdades em saúde. A hipótese que se formula para este objetivo é a de que há uma correlação positiva entre o nível de dependência do sistema público de saúde e o nível do indicador de capacidade estatal. A maior dependência de uma população sobre o sistema de saúde faz com que os partidos busquem atender à essas necessidades, primeiramente por meio do seu discurso e ideologia, e em um segundo momento por meio de políticas públicas quando chegam ao governo, em virtude do mecanismo que Downs (1999) denomina de “responsabilidade”, segundo o qual os governos devem implementar as políticas que defenderam em campanha, sob pena de perderem a “confiança” dos seus eleitores. Em virtude desses pressupostos eleitorais os indicadores de capacidade estatal e dependência do sistema público de saúde construídos para responder à pergunta do objetivo I foram construídos pela ponderação da população com 20 anos de idade ou mais residente nos municípios, já que esta população é a mais próxima da população total dos eleitores, que é a população de 18 anos de idade ou mais.

#### **4. Metodologia**

O conceito de capacidade estatal utilizado neste trabalho é entendido como a capacidade do Estado em implementar políticas públicas (Gomide, Pereira & Machado, 2017). Neste sentido, tratando especificamente da política de saúde, a mensuração da capacidade estatal dos municípios brasileiros se deu por meio da construção de um indicador sintético que busca contemplar diversos aspectos da estrutura de saúde dos municípios brasileiros. A construção deste indicador teve inspiração no indicador da qualidade municipal da saúde construído por um estudo do Centro de Estudos da Metrópole (CEM)<sup>1</sup>. O indicador sintético de capacidade estatal municipal da saúde deste trabalho foi construído a partir dos seguintes indicadores disponibilizados no DATASUS (2020): quantidade de estabelecimento ambulatorial básico, quantidade de profissionais da saúde, quantidade de equipes da saúde, quantidade de equipamentos da saúde<sup>2</sup> e quantidade de consultórios odontológicos, sendo que todos estes indicadores foram ponderados pela quantidade de habitantes residentes (dados também obtidos do DataSUS) totais ou com idade igual ou superior a 20 anos de idade (a depender do objetivo) dos respectivos municípios e dizem respeito à esfera administrativa municipal. O período de análise deste trabalho é de 2013 a 2015, sendo que o cálculo do indicador sintético foi anual. O período contemplado neste estudo se justifica pela disposição de todos os dados utilizados serem os mais recentes possíveis, por ser conseguinte a uma eleição municipal (2012), e portanto contemplar o início de um mandato, e prévia a eleição municipal imediatamente posterior (2016).

Apesar do período com que se trabalha neste estudo ser curto e dificultar a observação de mudanças significativas nos indicadores de capacidades estatais, e consequentemente das desigualdades potenciais de acesso à saúde, todas as unidades de análise (municípios) estão sendo analisados sob o mesmo critério. Isso significa, por exemplo, que tanto os governos de esquerda, quanto os governos que não são de esquerda, possuem as mesmas condições temporais para melhorarem ou não os seus indicadores de capacidades estatais, ou ainda que todos os governos tiveram as mesmas condições temporais para melhorarem ou não as suas capacidades estatais e serem ou não reeleitos. O ponto aqui destacado é o de que as análises aqui intentadas são relacionais entre os municípios e independentem do tamanho da série temporal.

Operacionalmente todos os indicadores que compõem o indicador sintético foram divididos pela quantidade de habitantes do respectivo município e multiplicados por mil.

Posteriormente, cada indicador foi padronizado em uma escala que varia de 0 a 1, para que pudessem ser comparados entre si e unificados. O processo de padronização excluiu os outliers da amostra para este fim, de modo que a estes foi atribuído o respectivo valor extremo, ou seja, 0 ou 1, tendo em vista que os seus valores extremados poderiam causar distorções analíticas nos indicadores padronizados dos demais municípios. A tabela 1 a seguir ilustra os valores máximo e mínimo utilizados para fins da padronização, sendo que todos estes correspondem às observações do ano de 2014 e foram utilizados para todos os anos para que o indicador sintético pudesse ser comparado no tempo, de modo que estudos futuros que objetivarem reconstruir o mesmo indicador sintético deva utilizar esses valores como referência. A interpretação que se faz, por exemplo, do valor máximo dos estabelecimentos de saúde, é de que o município correspondente a esta posição possui 2,02 estabelecimentos de saúde por mil habitantes, enquanto o município com o valor mínimo possui 0 estabelecimentos de saúde por mil habitantes, o que pode indicar uma quantidade muito pequena de estabelecimentos em relação a população total. Por fim, todos os indicadores padronizados foram somados e multiplicados por 2, de modo que cada um dos 5.570 municípios passou a ter um índice de capacidade estatal da saúde que varia de 0 a 10 para os anos de 2013 a 2015.

**Tabela 01:** Valores máximo e mínimo dos indicadores de saúde no ano de 2014

Indicador	Mínimo	Máximo
Estabelecimentos de saúde	0	2.0242
Consultório odontológico	0	1.3348
Equipamentos de saúde	0	1.8220
Profissionais da saúde	1.0629	22.0225
Equipes da saúde	0	1.2663

**Fonte:** DATASUS (2020). Elaborado pelo autor.

Em conformidade com as considerações apresentadas nas seções anteriores, o indicador de capacidades estatais utilizado neste trabalho é uma proxy das desigualdades de acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que são uma condição necessária para que os serviços sejam de fato realizados. Neste sentido, as desigualdades de acesso aos serviços de saúde tratadas neste trabalho dizem respeito as desigualdades potenciais, que não são necessariamente as desigualdades de acesso com que lida a população no cotidiano. Assim, pressupõem-se que o aumento de capacidades estatais em um dado

município, tende a reduzir as desigualdades potenciais de acesso aos serviços de saúde da população do respectivo município.

Em conformidade com o objetivo I deste trabalho, a mensuração da dependência da população residente nos municípios sobre o sistema público de saúde se deu a partir do cálculo da proporção dos residentes que não usufruem de um plano privado de saúde em relação ao total da população residente no município. A partir dos dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2020) se obteve a informação da quantidade de indivíduos que possuem plano privado de saúde por municípios no Brasil em cada um dos anos<sup>3</sup>, e a partir do DATASUS (2020) se obteve a quantidade de indivíduos residentes por município. De acordo com as considerações teóricas apresentadas na seção dois deste trabalho, a razão de dependência foi calculada para a população com idade acima de 20 anos de idade, sendo que idealmente o cálculo se daria para a população acima de 18 anos de idade, mas em virtude das limitações de dados esta idade foi substituída para a imediatamente superior possível.

Para o cumprimento do objetivo II deste trabalho foi identificado o partido dos governos municipais nos anos de 2013 a 2015, sendo que esta atribuição se deu a partir dos eleitos na eleição municipal de 2012 e foram realizadas a partir dos dados oficiais disponibilizados pelo Tribunal Superior Eleitoral [TSE] (2020). A identificação da orientação política destes governos se deu pela classificação ideológica dos partidos realizada por Miguel, Krause e Machado (2017), de modo que a partir dos partidos os governos municipais foram classificados como sendo de esquerda e como não sendo de esquerda (centro e direita). Por fim, para consecução do objetivo III, a verificação da reeleição dos governos municipais tomou como base a relação entre as eleições de 2016 e 2012, de modo que caso o partido ou o candidato (identificado pelo CPF) vitorioso em 2016 fosse o mesmo do de 2012, o governo foi considerado reeleito.

Todos os modelos econométricos construídos neste trabalho, além de utilizarem as variáveis já mencionadas e justificadas até aqui, também contaram com variáveis de controle para melhor mensurar as estimativas realizadas. As referidas variáveis são: população total residente nos municípios (DATASUS); receita corrente total (SICONFI, 2020); percentual das despesas empenhadas com saúde em relação a despesa corrente total (SICONFI), a despeito da necessidade dos municípios serem obrigados a aplicar

pelo menos 15% das sua receita corrente líquida(RCL) em Ações e Serviços Públicos de Saúde (Constituição Federal, 1998, Art. 198).

Os modelos econométricos construídos foram do tipo de dados em painel, viabilizados pela disposição dos indicadores para três momentos distintos e consecutivos. Este tipo de modelo se caracteriza pela disposição de informações de uma mesma unidade de análise em diferentes períodos de tempo, e se demonstra com um nível de sofisticação maior em relação aos modelos de corte transversal por estimar os efeitos de uma variável sobre outra em uma variedade maior de circunstâncias. As especificações dos modelos construídos foram de efeitos aleatórios (random effects) e efeito between, este se caracteriza por não fazer distinções de tempo, e ao invés disso trata as observações nos diferentes períodos como sendo diferentes de si própria. Outro modelo formulado foi o de regressão logística, que mensura o efeito probabilístico das variáveis explicativas em relação a variável dependente, e se justifica também pela natureza dicotômica desta (Wooldridge, 2016).

## **5. Resultados**

As subseções a seguir foram divididas em correspondência aos objetivos, de modo que a subseção dos “Resultados 1” busca responder à pergunta do objetivo 1, e assim sucessivamente.

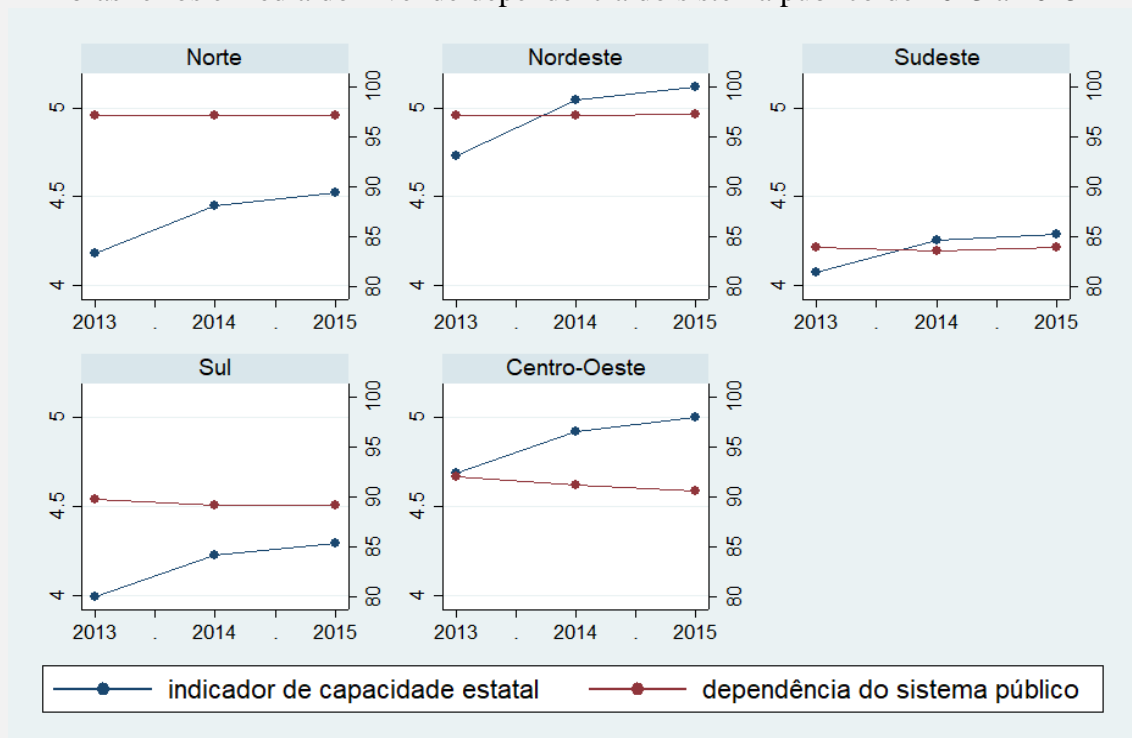
### *5.1. Resultados I*

A Figura 1 evidencia a média do indicador de capacidade estatal em saúde nos municípios brasileiros e a média do nível de dependência do sistema público de 2013 a 2015 por região. Observa-se que no período analisado há um crescimento da média do indicador de capacidade estatal em todas as regiões, sendo que as regiões nordeste e centro-oeste são as que apresentam o maior crescimento e maior nível do indicador em termos absolutos, enquanto as regiões sul e sudeste apresentam os menores crescimentos e níveis do indicador em termos absolutos. Em 2015 o nordeste e o centro-oeste apresentavam uma média do indicador de capacidade estatal em torno de 5 pontos, enquanto a média do sul e sudeste era de 4,2 pontos.

Em relação ao nível de dependência da população sobre o sistema público de saúde, observa-se que em todo o período há uma relativa estabilidade em todas as regiões. Os maiores níveis de dependência são das regiões nordeste e norte, seguidos

imediatamente pelas regiões centro-oeste, enquanto os menores níveis de dependência são das sul e sudeste, respectivamente.

**Figura 01:** Média do indicador de capacidade estatal em saúde nos municípios brasileiros e média do nível de dependência do sistema público de 2013 a 2015



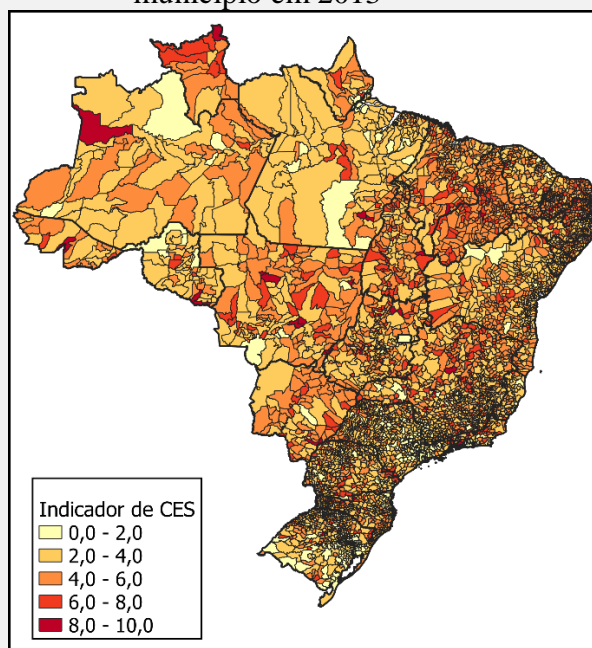
**Fonte:** dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Nota:** indicador de capacidade estatal varia de 0 a 10, e a dependência do sistema público de 0% a 100%. Ponderação dos indicadores foi feita com base na quantidade de indivíduos residentes com 20 anos de idade ou mais.

Com o intuito de espacializar os indicadores de capacidade estatal e o nível de dependência do sistema público de saúde, as Figuras de 2 a 7 a seguir expressam esses valores por meio de mapas temáticos. As Figuras 2, 4 e 6 abordam os indicadores de capacidade estatal. Apesar de não ser viável comparar individualmente os municípios entre si, é possível observar por meio do contraste das cores as tendências mais abrangentes. Neste sentido, constata-se que a região sudeste, sobretudo o estado de São Paulo, apresenta uma grande quantidade de municípios com a cor mais clara, indicando baixo nível de capacidade estatal, assim como a região sul, sobretudo o estado do Rio Grande do Sul. Por outro lado, as regiões mais alaranjadas e avermelhadas são as regiões centro-oeste e nordeste, na primeira se destacam os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, enquanto na segunda se destacam os estados de Piauí e Paraíba.

Já as Figuras 3, 5 e 7 expressam os níveis de dependência do sistema público de saúde. Observa-se que a regra é os municípios possuírem um alto nível deste indicador. No entanto constata-se que os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, oeste de Minas Gerais, Norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, e sul de Goiás, possuem um baixo nível de dependência do sistema público de saúde em relação aos municípios dos demais estados.

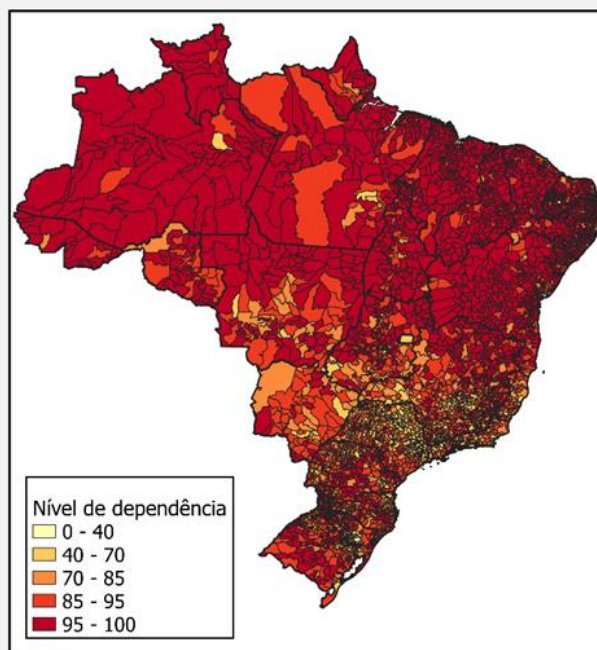
**Figura 02:** Mapa do Brasil com os indicadores de capacidade estatal por município em 2013



**Fonte:** dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

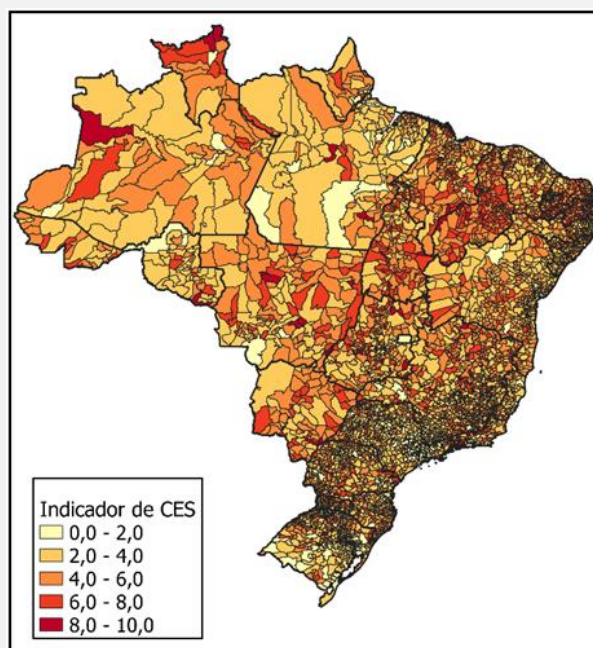
**Figura 03:** Mapa do Brasil com os níveis percentuais de dependência do sistema público de saúde em 2013





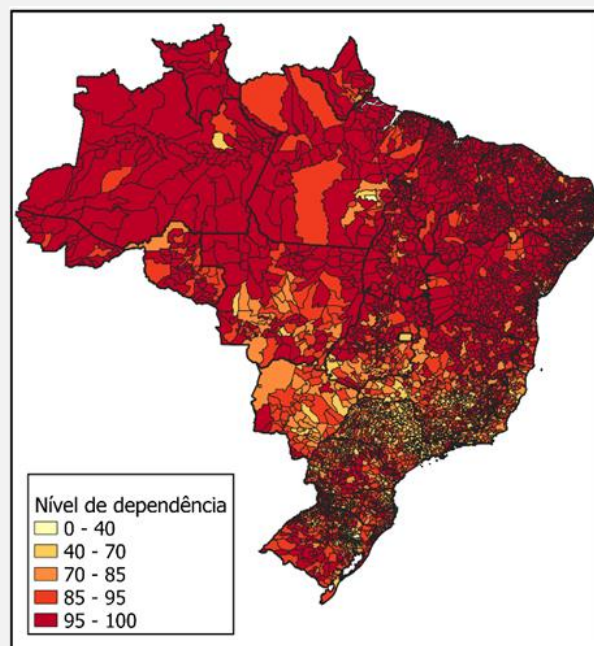
Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Figura 04:** Mapa do Brasil com os indicadores de capacidade estatal por município em 2014



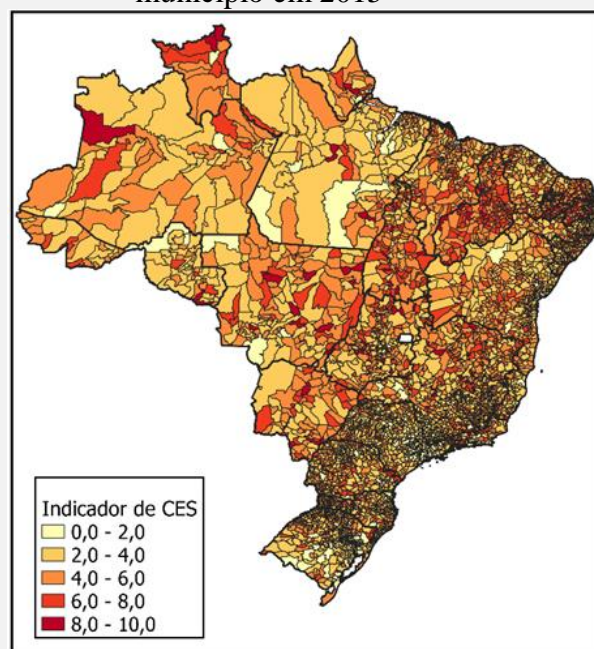
Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Figura 05:** Mapa do Brasil com os níveis percentuais de dependência do sistema público de saúde em 2014



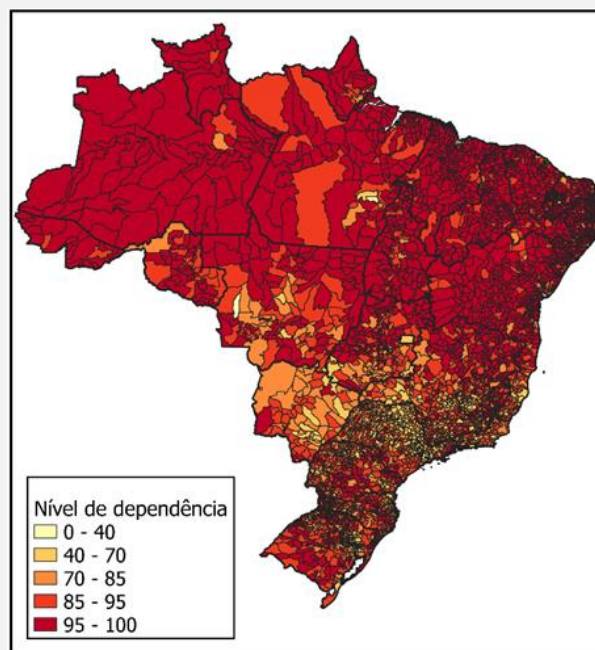
Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Figura 06:** Mapa do Brasil com os indicadores de capacidade estatal por município em 2015



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Figura 07:** Mapa do Brasil com os níveis percentuais de dependência do sistema público de saúde em 2015



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Por fim, a Tabela 2 apresenta os resultados dos modelos de regressão de dados em painel. Os modelos foram construídos com e sem o uso do log na variável dependente para se verificar se este fator possuía algum efeito sobre os coeficientes estimados. Sendo a nossa principal variável explicativa do modelo o nível de dependência do sistema público de saúde, observa-se que os efeitos da dependência sobre o indicador de capacidade estatal em saúde são positivos e com significância estatística em todos os modelos construídos. Isso significa que quanto maior for o nível de dependência da população sobre o sistema público de saúde, maiores serão os níveis do indicador de capacidade estatal em saúde, de modo que a desigualdade potencial de disposição de serviços de saúde também seja potencialmente menor, uma vez que a maior disposição de recursos por habitante também aumenta as suas chances de acesso a esse recurso.

**Tabela 02:** Resultados dos modelos de regressão de dados em painel

Indicador de capacidade estatal em saúde	Variável dependente com log		Variável dependente sem log	
	Efeito aleatório	Efeito between	Efeito aleatório	Efeito between
Dependência do sistema público de saúde	0.0098938*** (0.0003)	0.0120642*** (0.0004)	0.0356496*** (0.0015)	0.0415016*** (0.0018)
População total residente	-0.334e-06*** (0.0227e-06)	-0.0814e-06*** (0.02.26e-06)	-0.958e-06*** (0.0968e-06)	-0.00212e-06 (0.0972e-06)
Log da receita total per capita	0.005961*** (0.0008)	0.149951*** (0.0047)	0.028737*** (0.0039)	0.5865931*** (0.0202)
% das despesas com saúde sobre a receita corrente	4.78e-08 (2.78e-06)	0.0000605*** (0.0000)	-3.87e-06 (0.0000)	0.0002143** (0.0000)
Constante	0.4647412*** (0.0337)	-1.505.291*** (0.0619)	0.9499468*** (0.1473)	-6.447607* (0.2668)
N total	16.075	16.075	16.077	16.077
N por grupo	5.538	5.538	5.538	5.538
R <sup>2</sup> - between	24.05%	36.28%	17.96%	28.67%
R <sup>2</sup> - overall	23.57%	29.67%	17.48%	22.70%

**Fonte:** dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

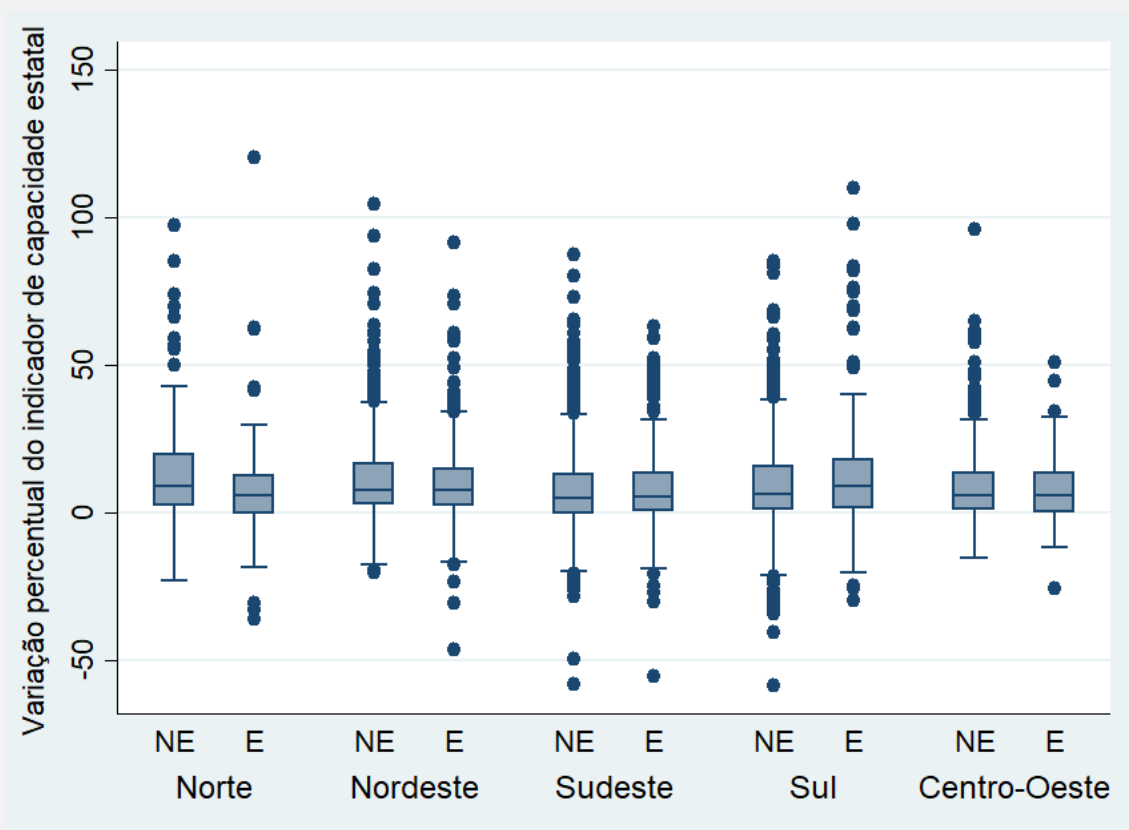
**Nota:** o indicador de capacidade estatal em saúde e dependência do sistema público de saúde destes modelos foram construídos a partir da ponderação pela população com idade acima de 20 anos de idade.

Níveis de significância estatística: \*\*\* < 1%; \*\* < 5%; \* < 10%.

## 5.2 Resultados II

A Figura 8 ilustra a distribuição da variação percentual do indicador de capacidade estatal. Observa-se que não há um padrão delimitado de comportamento entre o nível de variação por orientação ideológica ou região, de modo que há crescimento e queda em ambas as orientações e em todas as regiões, embora a mediana das regiões sul e sudeste seja maior para os municípios governados pela esquerda e a mediana da região norte seja menor para os municípios governados pela esquerda.

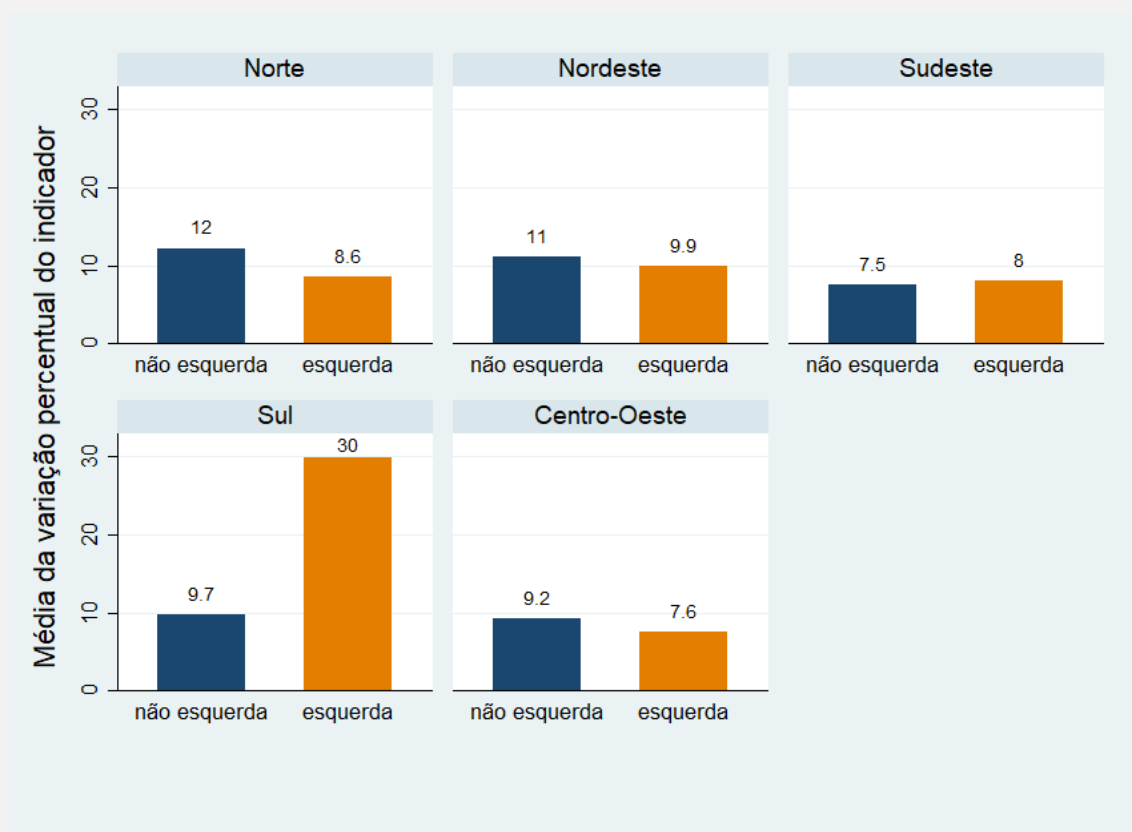
**Figura 08:** Box plot da variação percentual do indicador de capacidade estatal em saúde de 2013 a 2015 por região e orientação ideológica dos governantes municipais



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor. Nota: NE (partido do governante municipal não é de esquerda); E (partido do governante municipal é de esquerda).

Apesar da Figura 8 indicar que não há claras diferenciações na distribuição das variações do indicador de capacidade estatal, a Figura 9 demonstra que a média das variações do indicador de capacidade estatal por orientação ideológica e região é clara. Observa-se que as regiões sul e sudeste apresentam uma média maior para os municípios governados pela esquerda, enquanto as demais regiões apresentam uma média menor para os municípios governados pela esquerda.

**Figura 09:** Média da variação percentual do indicador de capacidade estatal em saúde de 2013 a 2015 por orientação ideológica dos governantes municipais



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Tendo em mente o nível médio superior dos indicadores de capacidade estatal para os municípios não governados pela esquerda, a Tabela 3 adiante expressa por meios dos resultados dos modelos de regressão de dados em painel que o fato do partido do governo municipal ser de esquerda implica em um efeito negativo e com significância estatística sobre o nível do indicador de capacidade estatal em saúde, mantido tudo o mais constante (*ceteris paribus*). Isso significa que os partidos de esquerda, no âmbito municipal, possuem um efeito negativo sobre o indicador de capacidade estatal, enquanto que os partidos que não são de esquerda (direita e centro) possuem um efeito positivo sobre o indicador de capacidade estatal. Destaca-se que a variável dependente deste modelo é o indicador de capacidade estatal em saúde, e não a sua variação no período analisado.

**Tabela 03:** Resultados dos modelos de regressão de dados em painel

Indicador de capacidade estatal em saúde	Variável dependente com log		Variável dependente sem log	
	Efeito aleatório	Efeito between	Efeito aleatório	Efeito between
Partido de esquerda	-0.0508738*** (0.0099)	-0.0229718** (0.0094)	-0.2287863*** (0.0439)	-0.1139929*** (0.0422)

Dependência do sistema público de saúde	0.0080705*** (0.0003)	0.008344*** (0.0004)	0.0283072*** (0.0015)	0.0288821*** (0.0018)
População total residente	-0.323e-06*** (0.02.23e-06)	-0.0754e-08*** (0.0221e-06)	-1.03e-06*** (0.0986e-06)	-5.65e-09 (0.0983e-06)
Log da receita total per capita	0.0074853*** (0.0009)	0.1669191*** (0.0046)	0.0342475*** (0.0041)	0.6921043*** (0.0205)
% das despesas com saúde sobre a receita corrente	0.184e-06 (3.01e-06)	0.0000788*** (0.00001)	-4.00e-06 (0.00001)	0.0003188*** (0.00009)
Constante	0.6586966*** (0.0344)	-1.337474*** (0.0611)	1.748662*** (0.1527)	-6.437476*** (0.2717)
N total	16.076	16.076	16.077	16.077
N por grupo	5.538	5.538	5.538	5.538
R <sup>2</sup> - between	19.14%	34.41%	14.23%	28.41%
R <sup>2</sup> - overall	18.71%	26.28 %	13.78%	20.91%

**Fonte:** dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

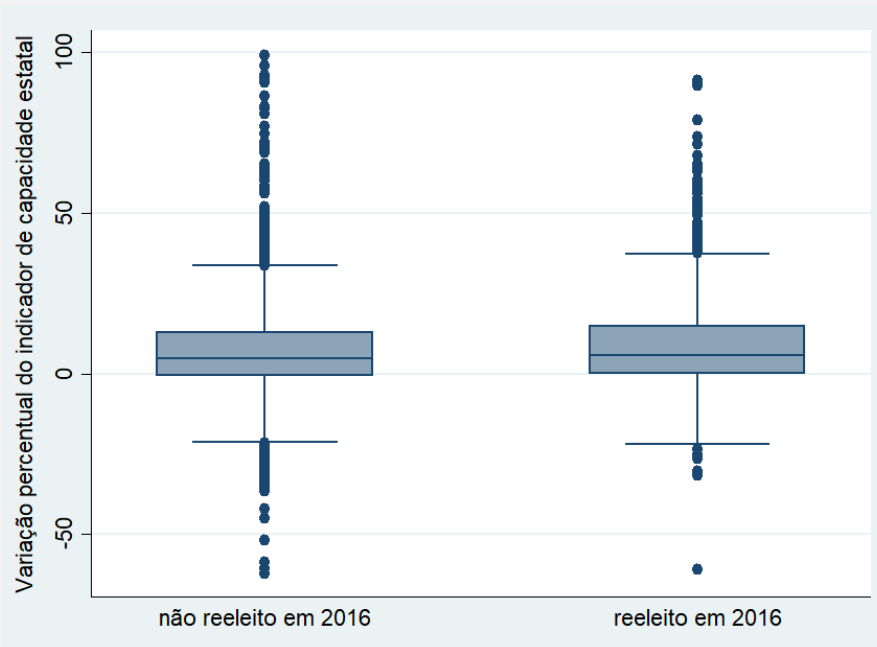
**Nota:** o indicador de capacidade estatal em saúde e dependência do sistema público de saúde destes modelos foram construídos a partir da ponderação pela população total residente no município.

Níveis de significância estatística: \*\*\* < 1%; \*\* < 5%; \* < 10%.

### 5.3 Resultados III

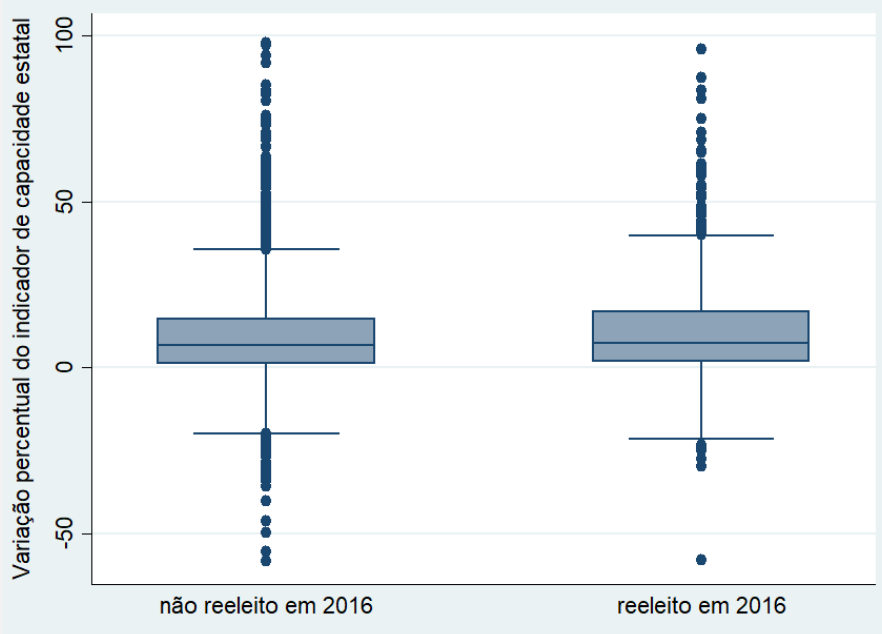
As Figuras 10 e 11 apresentam a distribuição da variação do indicador de capacidade estatal entre os governos reeleitos e não reeleitos em 2016, sendo que a primeira trata do indicador ponderado pela população com idade igual ou superior a 20 anos, que se aproxima do grupo de eleitores, e a segunda trata do indicador ponderado pela população total. Observa-se que em ambas as distribuições não há diferenças significativas entre o grupo dos eleitos e o grupo dos não eleitos, não podendo se constatar assim a tendência de reeleição dos governos municipais em função da variação do indicador de capacidade estatal. Isto sugere que esta variação não se correlaciona com os resultados eleitorais, ou ainda que há muitos outros fatores que precisem ser controlados para se mensurar o efeito de uma possível correlação entre estas variáveis.

**Figura 11:** Box plot da variação percentual do indicador de capacidade estatal ponderado pela população de 20 anos ou mais de idade e pelos governos reeleitos ou não em 2016



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Figura 12:** Box plot da variação percentual do indicador de capacidade estatal ponderado pela população total residente e pelos governos reeleitos ou não em 2016



Fonte: dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

Já os resultados do modelo de regressão logística expressos na Tabela 5 indicam que há uma correlação positiva e com significância estatística entre a variação percentual



do indicador de capacidade estatal ponderado pela população com idade igual ou superior a 20 anos e a reeleição dos governos municipais. Em termos práticos isso significa que o crescimento do indicador de capacidade estatal ponderado pela população de 20 anos de idade ou mais aumenta a probabilidade de reeleição do governo municipal. Por outro lado, apesar da variação do indicador ponderado pela população total aumentar a probabilidade de reeleição, uma vez que o coeficiente estimado é positivo, este não possui significância estatística e sua dimensão é muito pequena, e por isso a sua interpretação prática é inócua.

**Tabela 05:** Resultado do modelo de regressão logística

Partidos reeleitos em 2016 (variável dependente)	Ponderação pela população com idade superior a 20 anos	Ponderação pela população total residente
Variação percentual do indicador de capacidade estatal em saúde entre 2013 e 2015	0.0089159*** (0.0019307)	0.0000436 (0.0003386)
Constante	-0.9107035*** (0.0335313)	-0.8383826*** (0.0294151)
N	5.569	5.570

**Fonte:** dados da pesquisa. Elaborado pelo autor.

**Nota:** p-valor da variável explicativa ponderada pela população total é 97.1%.

Níveis de significância estatística: \*\*\* < 1%; \*\* < 5%; \* < 10%.

## **6. Discussão dos resultados**

Os resultados apresentados na seção anterior apresentam convergências e divergências com as hipóteses inicialmente formuladas à luz da discussão teórica realizada. Os resultados 1 indicam tanto pela análise descritiva quanto pela análise de estimativa que a maior dependência dos eleitores em relação ao sistema público de saúde apresenta estreita correlação positiva com o indicador de capacidade estatal em saúde e assim com a redução das desigualdades potenciais em saúde. Estes resultados convergem com as expectativas downsianas (Downs, 1999) de que os partidos buscam por meio da sua ideologia atrair a maior quantidade de eleitores para ganhar as eleições e chegar ao poder, implementando posteriormente políticas públicas que atendam às expectativas criadas durante as eleições. Assim, à medida que há uma grande dependência dos eleitores sobre o sistema público de saúde há também uma tendência de que haja uma redução das desigualdades potenciais em saúde via aumento das capacidades estatais, considerando inclusive que toda população é usuária do sistema público de saúde.

Por outro lado, os resultados 2 não condizem com a hipótese formulada à luz da teoria do governo partidário, de modo que os governos de esquerda apresentam uma correlação negativa com os níveis de capacidade estatal em saúde e conseqüentemente com a redução das desigualdades potenciais em saúde, mesmo quando se controla os modelos econométrico pelo tamanho populacional dos municípios e a sua capacidade de implementar políticas públicas, mensurada pela receita per capita dos municípios. As análises descritivas indicam que em média os governos que não são de esquerda apresentam maior níveis de capacidade estatal em saúde, no entanto a análise de distribuição, que se centra na posição das unidades individualmente, indica que tanto governos que não são de esquerda quanto governos que são de esquerda apresentam todos os níveis de capacidade estatal da distribuição. Desta forma, não havendo uma sistematização muito clara e unanime acerca do sentido da causalidade entre a orientação ideológica dos governos e o nível de capacidade estatal em saúde, pode-se considerar que tanto governos que não são de esquerda quanto os governos que são de esquerda apresentam diferentes níveis de capacidade estatal como resultado de gestão.

Por fim, o resultado 3 indica uma convergência com a hipótese formulada para este objetivo, uma vez que se esperava haver uma correlação positiva entre o aumento das capacidades estatais em saúde e a reeleição dos governos na eleição imediatamente posterior ao período analisado. As análises descritivas não demonstram uma relação clara entre aumento das capacidades estatais e a reeleição do governos municipais, no entanto a análise de estimativas indica que a variação do indicador de capacidade estatal ponderado pelo número de eleitores é positiva e com significância estatística, o que nos permite concluir que há uma probabilidade de que os eleitores recompensem os governos municipais por meio das eleições quando estes aumentam os níveis de capacidade estatal e assim diminuem as desigualdades potenciais em saúde. A mesma correlação também se observa em relação à variação do indicador de capacidade estatal ponderado pela população total e a reeleição dos governos municipais, no entanto o seu coeficiente não apresenta significância estatística.

Poderia-se questionar ainda a respeito das margens de discricionariedade que os governos locais dispõem para gerir os seus recursos e aumentar os seus níveis de capacidades estatais e assim diminuir as desigualdades potenciais em saúde, tendo em vista inclusive que a vinculação das receitas de impostos dos municípios em 15% para

Ações e Serviços Públicos de Saúde (Constituição Federal, 1988) tenderia a limitar os gestores municipais quanto as suas preferências alocativas. No entanto, Marengo e Cate (2021) demonstram que os municípios possuem muitas margens de gastos distintas entre si entre os anos de 2013 e 2016, sendo a sua mediana de 23,2%, com valor mínimo de 11,1% e máximo de 35,9%, que representam um desvio padrão de 4,66 e intervalo-interquartil de 5,55 no ciclo analisado. Apesar dos valores encontrados pelos autores não ser a referência dos gastos mínimos em saúde, tendo em vista que se adota os gastos totais em saúde e não com a categoria Ações e Serviços Públicos de Saúde, e se toma como parâmetro as receitas totais e não as receitas provenientes de impostos, se observa que estas dispersões indicam que os governos locais dispõem de autonomia suficiente para expressarem as suas preferências alocativas e a partir disto construir suas capacidades estatais.

### **7. Considerações finais**

Este artigo buscou analisar as desigualdades em saúde nos municípios brasileiros a partir da abordagem das capacidades estatais, considerando que estas são uma condição necessária para que os municípios implementem a sua política de saúde e possam assim reduzir as desigualdades em saúde entre os indivíduos. Este objetivo esteve atrelado a teorias, de modo que se testou a validade de algumas delas para o contexto e objeto com que se trabalhou. Utilizou-se de metodologias descritivas e econométricas para se responder às perguntas formuladas, buscando-se sempre estabelecer uma relação entre as escolhas metodológicas e as fundamentações teóricas utilizadas para construção do trabalho. As principais variáveis explicativas dos modelos construídos foram a dependência dos eleitores sobre o sistema público de saúde, a orientação ideológica dos partidos dos governos municipais e a variação percentual do indicador de capacidade estatal no período considerado.

Tendo em vista a importância das políticas de saúde para o bem-estar dos indivíduos, especialmente quando se considera que a dimensão do bem-estar atrelado à saúde se relaciona com diversas outras dimensões do bem-estar, a compreensão das dinâmicas que envolvem os fatores políticos e a promoção das capacidades estatais, com vistas à redução das desigualdades em saúde entre os indivíduos, demonstra-se essencial para promoção de equidade e aumento do bem-estar individual e coletivo, especialmente

dos piores situados. Nesta perspectiva, se constatou que a maior dependência dos eleitores em relação ao sistema de saúde se correlaciona com os maiores níveis de capacidade estatal, independentemente da ideologia partidária do governo municipal, além de que os eleitores tendem a recompensar eleitoralmente os governos municipais que melhoram os níveis de capacidade estatal e assim diminuem as desigualdades potenciais em saúde. Adicionalmente se verificou que o tamanho populacional dos municípios tende a impactar negativamente sobre o nível de capacidade estatal enquanto que a receita total per capita tende a impactar positivamente nos níveis de capacidade estatal em saúde.

Apesar de se ter buscado rigor metodológico tanto na construção das análises descritivas quanto nas análises de estimativa, e de se ter buscado interpretações dos fenômenos a partir da combinação de ambas, é importante ressaltar que as análises realizadas não inferem necessariamente causalidade, sendo esta uma das limitações do trabalho. Desta forma, sugere-se que adicionalmente as análises aqui realizadas, estas sejam submetidas à outras metodologias de análise, como as de avaliação de impacto, que podem mensurar mais precisamente os efeitos de causalidade. Outra limitação deste trabalho foi não ter considerado os diferentes portes de municípios nas análises descritivas, o que limitou algumas conclusões a respeito das possíveis dinâmicas locais de gestão, ainda que o tamanho populacional tenha sido controlado nos modelos econométricos e esta limitação não invalide os resultados e conclusões do trabalho.

Para trabalhos futuros sugere-se que os aspectos de gestão relacionados à capacidade dos governos municipais em produzir capacidades estatais e assim implementar políticas públicas sejam mais explorados, além de se trabalhar com os resultados finais das políticas de saúde, e não com os efeitos potenciais que as capacidades estatais podem proporcionar, aproximando desta forma os impactos dos fenômenos políticos das desigualdades em saúde.

## **Referências**

Agência Nacional de Saúde [ANS] (2020). *ANS Tabnet*. Recuperado de: <http://ans.gov.br/anstabnet/>.

Arretche, M. (2002). Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados*, 45, 431-458.

Arretche, M. (2010). Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados*, 53, 587-620.

Arretche, M. (2015). Conclusões: as políticas na trajetória da democracia à redução das desigualdades. IN: Arretche, M. (Org). *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos* (Conclusão, pp. 423-55). São Paulo: Editora Unesp.

Arretche, M. (2018). Democracia e redução da desigualdade econômica no Brasil: a inclusão dos outsiders. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 33.

Barros, M. B. A., Lima, M. G., Medina, L. D. P. B., Szwarcwald, C. L., & Malta, D. C. (2016). Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *International journal for equity in health*, 15(1), 1-10.

Boccolini, C. S., & de Souza Junior, P. R. B. (2016). Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-8.

Coelho, V. S. P., & Dias, M. F. (2015). Saúde e desigualdade no Brasil. In M. Arretche (Org) *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos* (Capítulo 9, pp. 249-276). São Paulo: Editora Unesp.

DataSus. (2020). *Tabnet: informações de saúde*. Recuperado de: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

Dourado, I., Medina, M. G., & Aquino, R. (2016). The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *International journal for equity in health*, 15(1), 1-10.

Downs, A. (1999). *Uma teoria econômica da democracia*: tradução.

Esping-Andersen, G. (1991). As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova: *Revista de Cultura e Política*, 85-116.

Federal, S. (1998). *Constituição da república federativa do Brasil*, 1988.

Gomide, A. A, Pereira, A. K., & Machado, R. (2017). Apresentação - O conceito de capacidade estatal e a pesquisa científica. *Sociedade e Cultura*, 20(1).

Grin, E. J., & Abrucio, F. (2018). O comitê de articulação federativa no governo Lula: os percalços da cooperação territorial. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 33.

Grin, E. J., Demarco, D. J. & Abrucio, F. L. (2021). *Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro*. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV.

Levi, M. L. (2016). Sistema de Saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. *Rev. Parlamento e Sociedade*, 4(7), 33-63.

Marengo, A., & Cate, L. T. (2021). Municípios são todos iguais? Decisões sobre gasto, orçamento e políticas públicas em governos locais. *Revista de Sociologia e Política*, 29.

Meltzer, A. H., & Richard, S. F. (1981). A rational theory of the size of government. *Journal of political Economy*, 89(5), 914-927.

Menicucci, T. M. G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Editora Fiocruz.

Miguel, L. F., Krause, S., & Machado, C. A. M. (2017). *Coligações e disputas eleitorais na Nova República: aportes teórico-metodológicos, tendências e estudos de caso*. Konrad-Adenauer Stiftung; Editora Unesp.

Oliveira, V. E. & Coelho, V. S. P. (2021). Capacidades estatais municipais em saúde. In: E. J. Grin, D. J. Demarco & F. L. Abrucio (Orgs). *Capacidades estatais municipais: o universo desconhecido no federalismo brasileiro*. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV.

Przeworski, A. (1988). *Capitalismo e socialdemocracia*. São Paulo: Companhia das Letras.

Secretaria do Tesouro Nacional [STN]. *Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro*. Recuperado de: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>.

Souza, C., & Fontanelli, F. (2020). *Capacidade estatal e burocrática: sobre conceitos, dimensões e medidas*.

Tribunal Superior Eleitoral [TSE]. (2020). *Repositório de Dados Eleitorais*. Recuperado de: <http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/repositorio-de-dados-eleitorais-1/repositorio-de-dados-eleitorais>, recuperado em 08 de junho, 2020.

Victoria, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*, 356(9235), 1093-1098.

Wooldridge, J. M. (2006). *Introdução à econometria: uma abordagem moderna* (6ª ed.). São Paulo: Cengage Learning