



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA



NÚCLEO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS



**ARTIGO SOBRE A PESQUISA DE CONCLUSÃO DE CURSO  
BACHARELADO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS  
TURMA: 2010-2 / 2014-1**

---

**VARIÁVEIS POLÍTICAS E O NÍVEL DE INVESTIMENTO EM SAÚDE  
PÚBLICA: UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE  
RONDÔNIA**

---

INSERÇÃO AO CONHECIMENTO

MINISTRADO NO CURSO:

DISCIPLINA:

ACCOUNTABILITY GOVERNAMENTAL

AUTORES:

*Nome: Gerlane Tabosa Braga*

*E-mail: gerlanebraga@hotmail.com – Tel: (69) 9277-1282*

*Endereço: Rua Geraldo Siqueira, 5404, Bairro: Cidade Nova – Porto Velho/RO*

*R.G. 931.893 SSP/RO*

*CPF: 910.269.972-91*

*Nome: Mateus Gomes dos Santos*

*E-mail: mateuspvh88@hotmail.com – Tel: (69) 9218-3314*

*Endereço: Rua Novo Horizonte, 5228, Bairro: Nova Esperança – Porto Velho/RO*

*R.G: 951.146 SSP/RO*

*CPF: 918.599.212-72*

*Nome: Sandro Lessa Ferreira*

*E-mail: sandro.lessa@hotmail.com – Tel: (69) 9237-3112*

*Endereço: Rua Viviane, 6295, Bairro: Igarapé – Porto Velho/RO*

*R.G: 932.162 SSP/RO*

*CPF: 899.596.712-91*

ORIENTADOR:

*Prof. Erasmo Moreira de Carvalho, Doutor*

*E-mail: marcarva@usp.com.br – Tel:(69) 9296-1225*

---

**PORTO VELHO – 2014**

---



---

## VARIÁVEIS POLÍTICAS E O NÍVEL DE INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RONDÔNIA

---

### RESUMO

Segundo o que preceitua o artigo 196 da Constituição Federal de 1988: "Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e acessórias que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prestação e recuperação." A universalização da saúde pública, a partir de 1988, gerou e, conseqüentemente, continua gerando uma demanda crescente por investimentos nesta área social. Desta forma, este estudo tem por objetivo analisar e avaliar se fatores políticos e estruturais das administrações locais são capazes de explicar o nível de investimento em saúde pública nos municípios do Estado de Rondônia. Em termos de método foi utilizada uma abordagem quantitativa com estatísticas descritiva e inferencial onde foi aplicada análise de regressão multivariada através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). As variáveis políticas incluídas no modelo de regressão são oposição política do legislativo à administração municipal, alinhamento político do gestor municipal com os gestores federal e estadual, reprovação de contas em exercícios anteriores. A variável sócio estrutural foi o tamanho do município em números de habitantes. Os resultados não demonstram indicativos de que as variáveis políticas sejam capazes de explicar o nível de investimento em saúde pública. Já a variável tamanho demonstrou ter relação inversa com o nível de investimento em serviços de saúde pública.

**Palavras-Chave:** Saúde; Políticas sociais; Investimento; Estado de Rondônia.

### ABSTRACT

According to what is established in Article 196 of the Federal Constitution of 1988: "Health is a right and duty of the state, guaranteed by social and ancillary policies aimed at reducing the risk of illness and other hazards and to universal and equal access to actions and services for its promotion, delivery and recovery." the universalization of public health, from 1988, has generated and generates a growing demand for social investments in this area. Thus, this study aims to assess and analyze whether political structural factors of local administrations are able to explain the level of investment in public health in the municipalities of the state of Rondônia. In terms of a quantitative method approach to descriptive and inferential statistics where it was applied multivariate regression analysis using the *Statistical Package for Social Science* (SPSS) was used. The policy variables included in the regression model are political opposition to the legislative municipal administration, political



alignment of the city manager with the federal and state managers, disapproval bills in previous years. The structural member variable was the size of the municipality in numbers of inhabitants. The results show no indication that political variables are able to explain the level of investment in public health. Already been shown to have variable size inverse relationship with the level of investment in public health services.

**Keywords:** Health; Social policies; Investment; State of Rondônia.

## 1 INTRODUÇÃO

A política de saúde pública lida diretamente com o ser humano, tendo como finalidade proporcionar seu bem estar físico e mental, assim os gestores públicos devem administrar de forma responsável os recursos destinados a programas de saúde com o objetivo de proporcionar serviços sociais de qualidade a sociedade.

Segundo Marinho (2003), as políticas públicas relacionadas ao setor de saúde no Brasil têm como um dos pilares fundamentais a descentralização das ações e dos recursos entre os níveis de governo.

Os gestores em saúde pública têm uma considerável responsabilidade e devem se atentar as várias particularidades tais como tamanho da população, situação socioeconômica do município e questões de políticas públicas, bem como atender os aspectos legais, morais e éticos presentes na gestão política pública. (MACEDO, COUTINHO e CARVALHO, 2000).

A efetividade da atenção à saúde está comprometida por diversas disfunções, dentre elas a falta de critérios bem definidos para a alocação de recursos e o investimento descentralizado em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O presente estudo parte da seguinte questão de pesquisa: Quais fatores sociais e políticos dos municípios de Rondônia e de suas administrações são capazes de explicar os investimentos em serviços públicos de saúde municipal? Em decorrência dessa questão, o objetivo desse trabalho é analisar e avaliar se fatores políticos e estruturais são elementos capazes de explicar o nível de investimento per capita por municípios rondonienses em serviços públicos de saúde.



O artigo é estruturado em cinco partes além da introdução. Em seguida é apresentada a revisão literária acerca do assunto que envolve a relação entre os indicadores políticos e sociais com investimentos em serviços de saúde pública nos municípios do Estado de Rondônia. Na terceira seção é abordada a metodologia aplicada nesta pesquisa. A quarta seção é composta pelos resultados obtidos nas pesquisas seguido das considerações finais e referências bibliográficas.

## **2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, transcrito abaixo:

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e acessórias que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prestação e recuperação.

O sistema de saúde no Brasil tem por base a participação do Estado. Denominado SUS – Sistema Único de Saúde aprovado pel

a Constituição Federal de 1988 e implementado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, tem como preceitos: a igualdade no tratamento, a equidade na distribuição dos recursos e a universalidade no acesso.

A participação do Estado nas políticas públicas em saúde no Brasil diverge daquilo que é previsto. O sucateamento do setor público é evidente com uma desastrosa e acelerada desativação de leitos hospitalares, expulsando a clientela deste setor para o privado. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 395).

### **2.1 Investimentos em Serviço Público de Saúde**

A Constituição Federal de 1988, no artigo 198, parágrafo 3º, preceitua que, por meio de lei complementar seriam definidos os percentuais que a União, os Estados e os Municípios aplicariam na área da saúde, explicitando critérios de reavaliação, normas de fiscalização e controle.



Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional estadual e municipal - é feito pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990).

Uma análise geral da Lei 8.080 permite destacar alguns pontos relacionados às especificidades de atuação de cada gestor do SUS na assistência à saúde:

Cabem ao Ministério da Saúde atividades estratégicas no âmbito nacional seja no campo do planejamento, controle, como na promoção da descentralização. No que diz respeito às redes assistenciais, há um destaque no papel do MS em relação à definição e coordenação nacional de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública, e de sangue e hemoderivados.

Em relação às Secretarias de Saúdes o planejamento tem uma referência indireta estadual do SUS de planejar, programar e organizar a rede regionalizada e hierarquizada do SUS. Em relação às redes assistenciais específicas, se destaca o papel do gestor estadual na coordenação de três sistemas: de alta complexidade, de laboratórios de saúde pública e de hemocentros.

No que tange às competências municipais, as Secretarias Municipais de Saúde, tem como destaque no modelo SUS de planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos em saúde, bem como o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde para o atendimento à própria população e para aquela referenciada ao sistema municipal na base de acordos específicos definidos no PDR (Plano Diretor de Regionalização) e PPI (Programação Pactuada e Integrada).

### **2.1.1 Histórico da Emenda Constitucional 29**

A Emenda Constitucional 29 foi criada em 13 de Setembro de 2000, consolidando o Sistema Único de Saúde, definiu a vinculação dos recursos destinados à saúde nas três esferas do governo determinando o Congresso Nacional para regulamentar a matéria de forma a assegurar a efetiva aplicação desses recursos.



Considerando os problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, foi instituída a EC-29, mais conhecida como Emenda Constitucional da Saúde com o objetivo de evitar tais problemas. Nos anos 90 não havia um parâmetro legal que obrigassem os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem seus recursos para a área da saúde.

As formas de como seria aplicada a EC-29 foram aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Resolução nº. 232, de 08 de maio de 2003. Os cálculos representados nessa resolução determinam os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados e municípios.

Para os Estados foi determinado legalmente a obrigação de aplicar o limite mínimo de 12% do produto da arrecadação dos impostos sobre transmissão causa mortis e doação, operações relativas à circulação de mercadorias e sobre propriedade de veículos automotores, conforme preceitua o artigo 155 da Constituição Federal de 1988, e dos recursos provenientes de transferências da União de que tratam os artigos 157 inciso I, alínea a, e 159 inciso II da Constituição Federal de 1988, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios.

Para os municípios, fixou-se o percentual mínimo de 15% do produto da arrecadação dos impostos de propriedade predial e territorial urbana, transmissão “inter-vivos”, a qualquer título por ato oneroso, de bens imóveis por natureza ou acessão física e de direitos reais sobre imóveis, impostos sobre serviços de qualquer natureza (artigo 156 da CF/1988) e dos recursos provenientes das transferências da União e dos Estados de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. Da Constituição Federal de 1988.

A EC-29 assegura apenas os recursos mínimos, incumbindo aos gestores locais aperfeiçoarem as leis orçamentárias, visto que há de ter maior atenção quanto à priorização da saúde no Brasil.

“As definições legais dadas pela EC-29 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos”. (CAMPELLI; CALVO, 2007).

A Emenda Constitucional 29 tinha previsão de vigência até o exercício de 2004, momento que deveria ser promulgada a Lei Complementar regulando a maté-



ria em definitivo, porém após quase uma década, a regulamentação da EC-29 voltou ao debate de forma contundente em dezembro de 2007.

Passados mais de três anos de discussões, a Câmara dos Deputados concluiu, em 21 de setembro de 2011, a aprovação do Projeto de Lei Complementar 306 de 2008, que regulamenta a Emenda Constitucional 29. O Senado aprovou o projeto em 7 de dezembro de 2011 e a presidente Dilma Rousseff sancionou a Lei Complementar nº 141 em 13 de janeiro de 2012.

## **2.2 Gestão e Políticas Públicas**

A experiência recente de governos locais no Brasil caracteriza-se pela presença de inovações no plano de gestão e das políticas públicas. A resistência e a luta contra a ditadura provocaram o surgimento de novas formas de organização na sociedade brasileira. Estes movimentos sociais emergiram na cena pública questionando o autoritarismo e o centralismo da ditadura militar e colocando em pauta a exigência de direitos – civis, sociais e políticos – e o direito de participar da definição das políticas que viessem a garantir esses direitos. Muitos programas desenvolvidos no período pós ditadura teve como base essa participação popular na formulação e no controle de políticas públicas, especialmente das políticas sociais, comparando com uma quebra com o período da ditadura militar, que foi marcado pela exclusão da sociedade civil dos processos decisórios.

As políticas públicas, segundo Vasconcellos e Mendonça (2008) é definida como programas de ação governamental com a finalidade de coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas para a realização de objetivos importantes para a sociedade e politicamente determinados.

Uma boa governança pública está apoiada em quatro princípios: relações éticas, conformidade em todas as suas dimensões; transparência e prestação responsável de contas. A ausência desses princípios requer mudanças na forma de gestão. É importante salientar que essa é uma tarefa permanente que exige participação proativa de todos os envolvidos no processo e especialmente da



sociedade organizada. As práticas de governanças públicas exigem que haja transparências em suas ações perante os cidadãos.

A transparência do Estado se efetiva por meio do acesso do cidadão à informação governamental, o que torna mais democrática as relações entre o Estado e a sociedade civil (PEREIRA, 2002).

### **2.3 Alinhamento Político Partidário**

As transferências governamentais representam um dos principais mecanismos de políticas públicas sociais, e no caso do Brasil, os recursos desempenham papel relevante no seu sistema fiscal, uma vez que representam parte significativa dos recursos disponíveis para estados e, em especial, para os municípios.

As transferências podem ser importantes para financiar gastos públicos que gerem externalidades positivas tais que, se financiados unicamente por governos locais, poderiam ser providos em nível sub-ótimo Musgrave (1959), Oates (1972) e Rosen & Gayer (2010).

Neste contexto, quando os municípios tem um alinhamento político partidário, tanto com o governo federal quanto estadual, espera-se que o executivo municipal angaria mais recursos e com isso amplie os seus investimentos locais em políticas públicas.

Segundo Brollo e Nannicini (2012), utilizando o método de regressão descontínua, é possível encontrar evidências de que os municípios brasileiros recebem mais recursos de transferências federais quando o chefe do poder executivo local é aliado a um partido da coalizão do Presidente da República. De acordo com os autores, isto ocorre em razão do Governo Federal procurar, de certa forma, penalizar municípios da oposição, principalmente aqueles que venceram com uma pequena margem de votos e, assim, diminuir suas chances de retomar ao poder no pleito seguinte.

## **3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA**





Em conformidade com os objetivos da pesquisa e com o que foi apresentado nas seções anteriores, foram formuladas três hipóteses para verificar a possível relação entre os indicadores sociais e políticos com o investimento em serviço público de saúde, as quais estão relacionadas a seguir:

Hipótese 1 (H<sub>1</sub>): O tamanho do município tem relação positiva com o valor investido per capita pelo governo local em serviços de saúde pública.

Partindo desta hipótese, sugere que em municípios maiores em termos populacionais há uma maior concentração de recursos aplicados pelos gestores em serviços públicos de saúde. Espera-se que nesses municípios haja maior aporte de recursos em razão da procura dos serviços prestados terem proporção mais acentuada.

Hipótese 2 (H<sub>2</sub>): A composição da oposição política é fator determinante no investimento per capita dos governos locais em serviços de saúde pública.

Essa hipótese é pertinente, pois espera que em municípios onde a oposição do legislativo seja proeminente ao executivo, tende a existir maior pressão por parte da câmara municipal e assim forçando o prefeito destinar recursos na área da saúde.

Hipótese 3 (H<sub>3</sub>): O alinhamento partidário do gestor municipal com os gestores dos âmbitos estadual e federal têm relação positiva com valor per capita de investimento municipal em serviço de saúde pública.

A terceira hipótese está em conformidade com o posicionamento de autores como Larcinese e Testa (2006), pois, corroboram a percepção de que o alinhamento partidário entre o gestor municipal com presidentes e governadores influencia significativa e positivamente o recebimento de recursos.

As variáveis, tamanho da população, oposição política e alinhamento partidário já foram utilizados em outros estudos buscando explicar relação que elas representam em determinadas situações, como por exemplo, na pesquisa desenvolvida na Malásia por Bakar e Saleh (2011) onde se utilizou de diversas variáveis. Dentre elas, foram contempladas tamanho da população, poder legislativo, dependências de federais que trata da interação entre os governos



dentre outras. Com isso, buscou-se explicar a relação que essas variáveis tinham com a divulgação das informações contábeis no setor público.

Neste estudo, outras variáveis explicativas podem influenciar o nível de investimentos em serviços de saúde pública municipal, Por isso, foram definidas como variáveis de controle: coleta de lixo urbano, rede de esgoto, abastecimento de água e municípios que tiveram contas reprovadas pelo Tribunal de Contas do Estado de Rondônia.

No que diz respeito à amostra inicial da pesquisa, ressalta-se que ela é composta por 50 municípios entre os 52 que compõem o Estado de Rondônia.

Do total de 52 municípios que formam o Estado de Rondônia, dois foram excluídos pela seguinte questão: Nova União e Mirante da Serra, pela impossibilidade de encontrar dados consistentes referentes ao total de investimentos em saúde no período de 2012. Na pesquisa foi utilizada uma amostra final de 50 municípios de Rondônia.

No que tange a coleta de dados, foram adotados os seguintes procedimentos: os índices populacionais de cada município foram retirados do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já os dados referentes à oposição do prefeito, alinhamento do executivo municipal com o estadual e federal foram extraídos do site do Tribunal Regional Eleitoral do Estado de Rondônia.

As variáveis de controle utilizadas, quais sejam o percentual de coleta de lixo, rede de esgoto e abastecimento de água foram extraídos da plataforma de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sistema este vinculado ao Ministério da Saúde do Governo Federal que possui, aproximadamente, 57,6% das famílias brasileiras cadastradas.

A reprovação de contas dos municípios foi coletada pelo site do Tribunal de Contas do Estado de Rondônia referente ao período de 2008 a 2012, considerando-se como uma das variáveis de controle.

Por fim, a coleta de dados no que diz respeito ao total de investimento em saúde foram retirados do banco de dados vinculado a Secretaria do Tesouro



Nacional, o FINBRA – Finanças do Brasil, onde foram extraídos os dados contábeis referentes ao exercício 2012.

Utilizou-se de estatística inferencial de regressão multivariada para testar as hipóteses levantadas e para tanto foi tomado como base o seguinte modelo:

### Modelo de Regressão:

$$I_{SAU} = \alpha + \beta_0 TAM + \beta_1 OPS + \beta_2 AGE + \beta_3 AGF + \beta_4 SAN + \beta_5 LIX + \beta_6 AGU + \beta_7 C\_TC + \varepsilon$$

#### Onde:

*I\_SAU* = Investimento em saúde per capita dos municípios de Rondônia;

*TAM* = tamanho do município medido pela quantidade populacional no logaritmo natural;

*OPS* = índices de oposição no Poder Legislativo;

*AGE* = variável dicotômica que indica o alinhamento político partidário do gestor local com o gestor do Estado de Rondônia;

*AGF* = variável dicotômica que indica o alinhamento político partidário do gestor local com o gestor do Federal;

*SAN* = nível de saneamento básico dos municípios;

*LIX* = nível de atendimento populacional com coleta de resíduos sólidos do município;

*AGU* = nível de atendimento populacional com água tratada;

*C\_TC* = contas reprovadas pelo Tribunal de Contas do Estado de Rondônia;

$\varepsilon$  = elemento erro da equação.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Na sequência serão apresentados os quadros e tabelas com os dados da regressão e da estatística descritiva, posteriormente, tais resultados serão analisados de forma conjunta em cada uma das hipóteses.

Tabela 1 - Estatística descritivas das variáveis

<i>Variáveis</i>	$\mu$	$\alpha$	n
<i>Inv_SAU</i>	481,63	195,50	50
<b>POP</b>	9,70	1,01	50
<b>OPO</b>	0,5173	0,2021	50
<b>AL_GOV</b>	0,36	,48	50
<b>AL_FED</b>	<b>0,62</b>	<b>0,49</b>	<b>50</b>
<b>C_LIX</b>	0,46	0,24	50
<b>R_ESG</b>	0,03	0,06	50
<b>ABA</b>	0,23	50	
0,25			
<b>C_TC</b>	0,50	0,50	50

Nota:  $\mu$  – média ;  $\alpha$  – desvio padrão e n – observações

Fonte: Elaborado pelos autores

Os dados não demonstram grandes variações quando comparadas suas médias e seus desvios padrões. Isto indica que a amostra da pesquisa aparenta ser uma amostra com dados homogêneos ou sem muita dispersão em torno de suas médias.

Tabela 2 - Correlação das variáveis

<i>Variáveis</i>	<i>INV_SAU</i>	<i>POP</i>	<i>OPO</i>	<i>AL_GOV</i>	<i>AL_FED</i>	<i>C_LIX</i>	<i>R_ESG</i>	<i>ABA</i>	<i>C_TC</i>
<i>INV_SAU</i>	1	-0,523*	0,098	0,012	-0,090	-0,168	-0,158	-0,003	-0,014
<b>POP</b>	-0,523	1	-0,088	0,070	0,077	0,679*	0,383*	0,386*	0,101
<b>OPO</b>	0,098	-0,088	1	-0,110	0,039	-0,114	-0,040	-0,295**	0,052
<b>AL_GOV</b>	0,012	0,070	-0,110	1	0,072	0,173	-0,172	-0,053	-0,167
<b>AL_FED</b>	0,090	0,077	0,039	0,072	1	0,86	0,220***	-0,040	-0,041
<b>C_LIX</b>	-0,168	0,679*	-0,114	0,173	0,086	1	0,325**	0,639*	-0,034
<b>R_ESG</b>	-0,158	0,383*	-0,040	-0,172	0,220***	0,325**	1	0,490*	0,020
<b>ABA</b>	-0,003	0,386*	-0,295**	-0,053	-0,040	0,639*	0,490*	1	0,071
<b>C_TC</b>	-0,014	0,101	0,052	-0,167	-0,041	-0,034	0,020	0,071	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nota: \*, \*\*, \*\*\* representam níveis de significância a 1%, 5% e 10% respectivamente.



A matriz de correlação evidencia resultados interessantes como:

- Uma alta correlação entre investimento em saúde e população. Esta correlação é negativa indicando que quanto menor o município em termos de população maior é o investimento per capita em serviços de saúde;

- Algumas variáveis explicativas e de controle apresentam entre si correlações significativas. Contudo fica a hipótese de multicolineariedade excluída, pois o teste VIF (*Variance Inflation Factor*) para todas as variáveis são inferiores a 10 o que significa que fica excluída a hipótese de multicolineariedade entre as variáveis explicativas e de controle.

Tabela 3 - Análise de regressão

Variáveis do Modelo	$\beta$	p-value
<i>Constant</i>	1690,71	,0000
<b>POP</b>	<b>-,746</b>	<b>,0000</b>
<b>OPO</b>	,113	,405
<b>AL_GOV</b>	,055	,688
<b>AL_FED</b>	-,052	,694
<b>C_LIX</b>	,248	,269
<b>R_ESG</b>	,961	
	-,008	
<b>ABA</b>	,161	,425
<b>C_TC</b>	0,59	,649
<b>N</b>		50
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>		0,365**

Fonte: Elaborado pelos autores

O R<sup>2</sup> de 0,365 é significativa a um nível de 5% e recomenda que o modelo explique a variável dependente em 36,5 %.

Apesar de o modelo como um todo ser significativo apenas a variável tamanho demonstra ser significativa individualmente. A regressão indica que o tamanho do município tem a capacidade de explicar o nível de investimento em serviços públicos de saúde. O sinal negativo do coeficiente sugere uma relação inversa entre tamanho do município e investimentos em serviços de saúde. Isto significa que menor o município maior é o investimento em saúde nos municípios do Estado de Rondônia.



Quanto às demais variáveis o modelo não demonstra indicativos de que seus coeficientes sejam diferentes de zero.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs analisar e avaliar se fatores políticos locais e fatores sociais são elementos capazes de explicar o valor investido per capita dos municípios em serviços públicos de saúde no Estado de Rondônia. Para tanto, uma amostra de 50 municípios do Estado de Rondônia foi utilizado para compor a base de dados.

Foram elaboradas três hipóteses para atender ao objetivo da pesquisa, das quais todas foram rejeitadas.

Os resultados da regressão indicaram que há um nível de significância de 1%, quanto menor o município em termos populacionais há um maior investimento em serviços de saúde pública. Sendo assim, contrariando a hipótese 1 que esperava uma relação positiva entre investimento em saúde e tamanho do município.

Em relação a hipótese 2, no qual acreditava-se que a oposição política era fator capaz de explicar o nível de investimento em saúde pública, esperava-se que, quanto maior a oposição política do legislativo maior poderia ser o nível de aplicação de recursos em saúde. Esta hipótese não foi confirmada.

Quanto ao alinhamento partidário do gestor municipal com o gestor estadual e federal, hipótese 3, levantou-se a possibilidade que tal alinhamento poderia influenciar um fluxo maior de transferência voluntária aos governos locais e, assim sendo, o nível de investimento em saúde, neste caso, suplantaria os dos governos não alinhados. Estas hipóteses (2 e 3) foram rejeitadas visto que os coeficientes da regressão que representam estas variáveis não demonstram ser significantes estatisticamente.



Este trabalho se limitou por ser uma pesquisa com uma amostra não estatística. Limitou-se por conta da escolha das variáveis explicativas. Estas não foram obtidas em função da teoria nem tampouco foram avaliadas por especialista da área da saúde com possíveis fatores explicativos do nível de investimento em serviço de saúde.

Sugere-se, para pesquisas futuras, a utilização de uma amostra mais abrangente, inclusão de variáveis financeiras e contábeis além das variáveis políticas, bem como analisar os dados em painel e não em *Cross Section*. Sugere-se também que variáveis explicativas para investimentos em serviços de saúde sejam anteriormente avaliadas por especialistas em gestão de saúde para verificar o seu potencial de explicação de investimento municipal em saúde.

## 6 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Carmo. **Participação popular em políticas públicas: espaço de construção da democracia brasileira**, São Paulo, Instituto Pólis, 2006.

BAKAR, Nur Barizah Abu; SALEH, Zakiah. Incentives for Disclosure of Accounting Information in Public Sector: A Literature Survey. **International Research Journal of Finance and Economics**, n. 31, p. 133, abr. 2011.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 380 – 398, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/356.pdf>>. Acesso em: 05 Jun de 2014.

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

BROLLO, Fernanda; NANNICINI, Tommaso. Tying your enemy's hands in close races: the politics of federal transfers in Brazil. **American Political Science Review**, 2012.

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional no. 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jul. 2007.

CFM – Conselho Federal de Medicina. **Saúde representa só 8% do total de investimentos públicos no Brasil**. Disponível em: <[15](http://portal.</a></p></div><div data-bbox=)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA



NÚCLEO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS



cfm.org.br/index.php?option=com\_content&view=article&id=24511>. Acesso em: 05 Jun de 2014.

LARCINESE, Valentino Rizzo; TESTA, Leonzio e Cecilia. Allocating the U.S. Federal Budget to the States: The Impact of the President. **Journal of Politics**. 2006.

MACEDO, Luis Joeci Jacques de; CARVALHO, Jonison Barroso; COUTINHO, Helen Rita Menezes. **O gestor em saúde no setor público**. Disponível em: < <http://dsau.dgp.eb.mil.br/espacoProfissional/farmacia-gestor-saude-setorpublico.pdf>> . Acessado em: 07 Jun 2014.

MARINHO, Alexandre. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**. vol.57 n.3 Rio de Janeiro Jul/Set. 2003. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71402003000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402003000300002)>. Acessado em: 07 Jun de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Critérios para análise de investimentos em saúde/Brasília**. Ministério da Saúde, 2005.

MUSGRAVE, Richard Abel. **The theory of public finance: a study in public economy**. 1959.

OATES, Wallace E. **Fiscal federalism**. Harcourt Brace Jovanovich. 1972.

PEREIRA, José Matias. **Reforma do Estado e transparência: estratégias de controle da corrupção no Brasil**. 2002.

ROSEN, Harvey S; GAYER, Ted. **Public finance**. 9 ed. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. O Sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** -São Paulo, 11 a 14 de agosto 2002.

VASCONCELLOS, Mariana Vannucci; MENDONÇA, Fabiano André de Souza. Políticas públicas e sua importância para o desenvolvimento. **XVII Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI/UFBA** – Salvador, p. 197 – 217, 2008.