



EFEITOS DA ARRECADAÇÃO DOS IMPOSTOS E DA POLÍTICA NOS GASTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS PERNAMBUCANOS

Área temática: Gestão de Serviços de Saúde

Kleber Moraes de Sousa

kleberfinancas@gmail.com

Monica de Maria Santos Fornitani Pinhanez

monica.pinhanez@fgv.br

Resumo: Este estudo tem por objetivo investigar os efeitos da arrecadação dos impostos municipais e de variáveis políticas na diferença do limite mínimo de 15% dos gastos com recursos de impostos nas ações e serviços de saúde. A descentralização dos serviços e o crescimento dos gastos públicos nos governos locais nas últimas décadas têm ampliado a responsabilidade dos municípios em prover serviços que assegure os direitos dos cidadãos. Nesse contexto, fatores políticos e tributários são comumente utilizados na explicação dos gastos públicos e no comportamento do político. Assim, esta pesquisa buscou estudar os gastos no setor de saúde por ser uma área que consome fatia expressiva do orçamento público municipal, além de ser comumente objeto de manipulação pelos políticos nos momentos convenientes para obtenção de melhores resultados nos processos eleitorais (VERGNE, 2009). A pesquisa é exploratória e utilizou regressões com dados em painel. Para tanto, foram levantados dados nas bases de dados do Ministério de Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS), do banco de dados do FINBRA da Secretaria do Tesouro Nacional e do repositório de dados eleitorais do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) dos 184 municípios pernambucanos, correspondente ao período de 2005 à 2009. A pesquisa conclui que em ano eleitoral os gestores municipais aumentam os gastos em saúde com recursos de impostos em 0,49% acima do limite constitucional mínimo de 15% e aqueles administrados pelo partido de afiliação do governador reduz a diferença de aplicação em 0,63%. A arrecadação dos impostos per capita, competição eleitoral para o cargo de prefeito e ideologia partidária dos governos não afetam na diferença do limite mínimo de 15% dos gastos com recursos de impostos em ações de saúde.

Palavras-chaves:

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o aumento significativo dos gastos em saúde tem ampliado a necessidade de investigar seu comportamento. Esforços têm sido direcionados em diferentes vertentes por apresentarem fatores como potenciais determinantes dos gastos em saúde, sendo os mais investigados os fatores econômicos, sociais e epidemiológicos.

Contudo, as pesquisas não tem observado que a capacidade de financiamento dos entes públicos podem afetar diretamente nos gastos. Em outras palavras, a capacidade de arrecadação dos entes pode afetar diretamente na quantidade, qualidade e na escolha dos serviços priorizados pelo financiamento. Essa correlação é apresentada pela literatura de finanças públicas e de descentralização, ao demonstrar o que aumento da arrecadação tributária impacta não só na quantidade, mas também na qualidade dos serviços locais, em especial por dois motivos: a maior arrecadação local instiga no cidadão a necessidade de cobrar por melhores serviços e transparência na realização dos serviços, e segundo, que a realização da arrecadação e do gasto em entidades que estão mais próximas da população amplia a capacidade de alocação nas necessidades da população, resultando em maiores e melhores serviços públicos (BIRD, 1990).

Por outro lado, a administração pública é fortemente influenciada pela política tendo a ciência política estudado vários fatores, sendo os principais a competição eleitoral, a ideologia partidária e o ciclo político eleitoral. A competição eleitoral pode resultar em resultados positivos ou negativos em virtude dos gestores aumentarem os gastos públicos na perspectiva de vencer o processo eleitoral. Já quanto à ideologia, as pesquisas apontam que os governos de esquerda são mais dispostos a expandir o gasto público social, enquanto os governos de direita estão mais preocupados com a redução da inflação e interesses relacionados aos proprietários do capital (POTRAFKE, 2010). Por último, estudos sobre o ciclo político eleitoral demonstram que políticos tendem a ter um comportamento oportunista com o aumento dos gastos sociais nos anos eleitorais, na expectativa de aumentar a probabilidade de vitória no processo eleitoral (VERGNE, 2009).

A investigação dos gastos em saúde com foco no cenário dos municípios brasileiros tem sido realizada com o objetivo de demonstrar a necessidade ampliação das fontes de recursos e de descentralização dos serviços para os municípios. Assim, pouco se conhece a respeito da influencias de fatores relacionados a arrecadação dos impostos e dos fatores políticos nos gastos públicos em saúde dos municípios.

Os municípios brasileiros estão obrigados a aplicar 15% dos recursos arrecadados pelos impostos em ações e serviços de saúde por imposição constitucional, ou seja, quanto maior a arrecadação dos impostos maiores são os gastos para o setor. Todavia, o setor de saúde tem apresentado necessidades cada vez maiores de recursos, frente a carência social pelos serviços, que faz com que os gestores municipais que estão mais próximos a população priorizarem a aplicação dos recursos próprios nesse segmento. Pela teoria da descentralização fiscal a maior arrecadação dos impostos locais, pode instigar a sociedade a cobrar por maior aplicação nos serviços de saúde.

Assim, este trabalho visa, portanto, evidenciar e responder as seguintes questões: Em que medida o aumento da arrecadação dos recursos de impostos municipais levam a um incremento dos gastos na produção de bens públicos, além do mínimo constitucional exigido na área de saúde? E questiona-se em seguida, se variáveis políticas compostas por competição eleitoral, ideologia partidária e ciclo político eleitoral influenciam nesses gastos além do limite estabelecido pela EC 29?

A pesquisa possui um caráter exploratório, onde foi utilizado método quantitativo por meio do emprego de regressões com dados em painel. Para tanto, foram levantados dados nas bases de dados do Ministério de Saúde, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS), do banco de dados do FINBRA da Secretaria do Tesouro Nacional e do repositório de dados eleitorais do Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

A seção 2 apresenta o referencial teórico que enfoca a arrecadação e a administração tributária municipal, o financiamento do sistema público de saúde brasileiro, os fatores determinantes dos gastos em saúde e a relação entre política e os gastos públicos. A seção 3 apresenta a metodologia, os dados, as hipóteses e o modelo. Em seguida, a seção 4 expõe os resultados da pesquisa e por último, a seção 5 expõe as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Arrecadação Tributária dos Municípios Brasileiros

A promulgação da Constituição de 1988 ampliou as bases tributárias, as transferências da União e assegurou maior autonomia na utilização dos recursos, sejam esses próprios ou originários das transferências intergovernamentais dos municípios brasileiros. Essa mudança ocorreu em meio à redemocratização brasileira nos anos 1980, após excessiva centralização política e tributária. A atuação

dos municípios era bastante reduzida sob o argumento da necessidade de maior coordenação e racionalização econômica (VARSANO, 1981, VARSANO, 2002).

O processo de descentralização tem se tornado comum em países em desenvolvimento. Vários são os motivos que justificam esse processo, alguns relacionados a: a maior eficiência econômica e de custos; a maior eficácia na prestação de contas; e a crescente mobilização local de recursos (BIRD e RODRIGUEZ, 1999).

Com a descentralização ocorrida no Brasil nos anos oitenta (ABRÚCIO, 2006), os municípios brasileiros passaram a apresentar um significativo aumento de suas receitas próprias. Rezende (2000) coloca que no período de 1988 a 1998, os municípios obtiveram um acréscimo em seus recursos próprios em percentual aproximado de 197%. A arrecadação tributária municipal alcançou 2,1% do PIB no ano de 2013 (BRASIL, 2015).

Dentre os impostos de competência dos municípios, o Imposto Sobre Serviços (ISS) é a principal fonte de receitas próprias, devido ao impacto provocado pela arrecadação das cidades de médio e grande porte (SANTOS, 2004). O Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) representou 0,5% do PIB e 1,4% da carga tributária no ano de 2013, enquanto o ISS representou 1,0% e 2,8%, respectivamente (BRASIL, 2015).

Os municípios brasileiros apresentam uma grande disparidade na arrecadação tributária entre aqueles que possuem nível de renda e faixa populacional semelhante, fato que revela um potencial tributário inexplorado (AFONSO e ARAÚJO, 2000). Contudo, essa característica não ocorre somente no Brasil, os países em desenvolvimento e em transição possuem uma arrecadação média inferior a 0,7% do PIB, enquanto os países desenvolvidos alcançam mais de 2% do PIB (BAHL e MARTINEZ-VAZQUEZ, 2008).

Um dos motivos apresentados pela literatura para essa disparidade é a qualidade da administração tributária e os prejuízos não se limitam a escassez de recursos para o financiamento da máquina pública, mas também ao funcionamento dos mercados e ao crescimento econômico (BIRD, 1990, BAHL e BIRD, 2008, VARSANO, 2002).

A melhoria das estruturas administrativas de arrecadação tributária comumente requer a realização de projetos de longo prazo, razão pela qual os políticos preferem priorizar projetos de curto prazo, tendo em vista o pequeno período de sua gestão e a necessidade de apresentar maior produtividade aos cidadãos (BAHL, MINER e SCHROEDER, 1984).

2.2 Gastos Públicos e a Política

Os gastos públicos têm sido objeto de vários estudos com foco político (MAUX, ROCABOY e GOODSPED, 2011). Esta pesquisa enfoca três fatores determinantes dos gastos públicos apontados na literatura política, sendo eles: a competição eleitoral, a ideologia partidária e o ciclo político eleitoral.

Existem poucas contribuições teóricas e empíricas de como a competição eleitoral influencia nos gastos públicos brasileiros. Os estudos de modo geral apontam basicamente dois direcionamentos, o primeiro de que a competição eleitoral no mercado de votos tem efeitos positivos semelhante a concorrência existente em qualquer mercado (STIGLER, 1972), e a segunda, de que a competição política leva a prestação de serviços públicos ineficiente (SVENSSON, 2005). Essas duas abordagens são mantidas pela Chicago School of Political Economy (BARALDI, 2008).

Nesse contexto, o estabelecimento de regras eleitorais tem sido a preocupação de muitas constituições a fim de garantir equidade na competição política (ACEMOGLU e ROBSON, 2006). A descontinuidade das regras eleitorais, competição política e gastos fiscais foram variáveis analisadas em pesquisa realizada nos municípios brasileiros por Chamon, Mello e Firpo (2009). Os autores concluíram que existe efeito causal da competição política sobre os resultados fiscais e que em eleições onde o prefeito poderia concorrer à reeleição, o aumento de 1% do número de candidatos provoca um incremento de 0,889% nas despesas totais dos municípios.

Boulding e Brown (2012) pesquisaram em mais de 5.000 municípios brasileiros a competição eleitoral e os gastos sociais nos anos de 1996, 2000 e 2004 e encontraram que nos locais onde ocorre uma maior competição eleitoral os governos realizaram menores gastos sociais comparados com os que possuem menor competição eleitoral.

Já Baraldi (2008) observou que a competição eleitoral tem efeitos significativos, e ao contrário dos municípios brasileiros, esses efeitos são negativos nos gastos de consumo italianos nas 20 regiões italianas com base em dados de 1980 à 2003. Assim, os estudos apresentam resultados contraditórios que remetem a necessidade de aumentar a abrangência e/ou profundidade das pesquisas a fim de identificar quais variáveis podem estar interferindo nesse processo de arrecadação e gasto no setor público.

A influência da ideologia partidária nos gastos públicos também vem sendo estudada. Em resumo, os resultados das pesquisas apontam que os governos de esquerda são mais dispostos a expandir o gasto público social, enquanto os governos de direita estão mais preocupados com a

redução da inflação e interesses relacionados aos proprietários do capital (POTRAFKE, 2010). No tamanho do setor público, governos de esquerda tende a aumentar, enquanto os governos de direita tende a diminuir quando estão no poder (MAUX, ROCABOY e GOODSPPED, 2011).

Especificamente nos gastos com o seguro social, De Donder e Hinderiks (2007) apontam que partidos de direita atraem indivíduos que apresentam menores riscos e que são mais ricos, ou seja, quem menos necessita do seguro social, enquanto os partidos de esquerda atraem os indivíduos que possuem maiores riscos e sejam mais pobres, conseqüentemente precisam mais do seguro de social.

Já nos gastos em saúde, Proftrafke (2010) pesquisou os países da OECD no período de 1971 à 2004 e não observou influência da ideologia do governo, bem como das coligações e dos governos minoritários. Contudo, poucos estudos são direcionados a identificar os impactos ideológicos nos gastos setoriais, em especial do setor de saúde.

Não só a competição eleitoral e a ideologia dos governantes parecem ter alguma influência nos gastos públicos, mas o momento em que ocorre o processo eleitoral pode também impactar nas contas públicas. Uma explicação para esse fato é que gestores são capazes de manipular a economia e os gastos públicos antes da eleição com o propósito de vencer o processo eleitoral. A perspectiva teórica que desenvolve essa abordagem é denominada de ciclo dos negócios políticos (NORDHAUS, 1975).

Essa manipulação das políticas públicas decorre da necessidade que os políticos possuem em renovar sua legitimidade em decorrência das eleições, ampliando as chances de sua reeleição, que conseqüentemente pode provocar má alocação dos recursos (VERGNE, 2009).

Alt e Lassen (2006) identificaram que o comportamento oportunista dos gestores em anos eleitorais é reduzido quando existe maior transparência do processo político, ou seja, quando os eleitores são mais desinformados ficam mais vulneráveis a manipulações pré-eleitorais (SHI e SVENSSON, 2006). Potrafke (2010) detectou comportamento oportunista em anos eleitorais no período de 1971 à 2004 dos países da OECD com um acréscimo de 2% das despesas de saúde.

Nesse contexto, os gastos públicos com recursos de impostos dos municípios brasileiros podem ser afetados por variáveis políticas, visto que esses desfrutam de autonomia administrativa, financeira e política, e os recursos dos impostos são aplicados de acordo com as prioridades definidas pelos gestores locais, exceção apenas para os recursos constitucionalmente vinculados, razão que justifica o foco desse estudo no excedente dos gastos em saúde acima do limite constitucional estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000.

2.3 Financiamento do Sistema Municipal de Saúde no Brasil

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu com promulgação da Constituição Federal de 1988, tendo a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica de Saúde) procedido sua regulamentação. No entanto, embora o sistema tenha previsto a descentralização de recursos, as transferências para os governos subnacionais iniciaram somente após quatro anos de sua criação legal, em 1994, com a publicação de portarias federais e Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS (LIMA, 2007).

As normas implementadas a partir de então, além de definirem uma série de processos automáticos de descentralização de recursos, instituíram também uma política específica para atenção básica, que ao final, favoreceu os programas tidos como estratégicos para o desenvolvimento do modelo de assistência como o Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) através de incentivos financeiros (MELAMED e COSTA, 2003). O repasse de recursos do PAB Fixo são realizados em valores *per capita* e o denominado PAB variável depende da adesão aos programas prioritários pelos municípios (PSF, PACS) e das ações estratégicas, como a farmácia básica e a vigilância sanitária básica (SOUZA, 2003).

Passados mais de vinte anos de sua criação, uma das principais preocupações tem sido o provimento do sistema com fonte de recursos estáveis e suficientes para seu financiamento. Nesse período, ocorreram várias alterações nas fontes de receita entre impostos e contribuições sociais, sem ampliar os gastos do setor público nas ações de saúde em relação ao PIB. Tal fato evidencia o descompasso existente entre a implementação de um sistema de acesso universal e seus efeitos nos gastos (DAIN, 2007).

Além disso, o Ministério de Saúde se concentrou em realizar a distribuição dos recursos aos entes da federação de forma mais equitativa (SOUZA, 2003), visto que a simples vinculação de recursos não significa, por si só, a redução das desigualdades, mas depende da organização de uma complexa rede, que envolve múltiplos atores e diferentes interesses (FAVERET, 2003). A busca por essa equidade tem sido um desafio permanente não só para o Brasil, mas também para outros países (SOLLA et al., 2007).

Os esforços de prover o SUS com fontes estáveis resultaram na edição da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29) que teve como propósito garantir recursos suficientes a sustentabilidade do sistema e avançar com a solidariedade federativa através da definição de

parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS (DAIN, 2007) e recentemente a Lei Complementar nº. 141 regulamentou os dispositivos constitucionais.

As transferências intergovernamentais representam no nível municipal praticamente metade dos recursos que são investidos em saúde. Sendo a outra metade dependente do comportamento das receitas de impostos vinculados pela EC 29 (SCATENA, VIANA e TANAKA, 2009), ou seja, as fragilidades e limitações da arrecadação dos tributos municipais são repassados a execução dos gastos em saúde

Como se pode notar, embora a União tenha adotado uma diversidade de critérios para distribuição das transferências intergovernamentais, eles não têm garantido maior igualdade na capacidade final dos gastos públicos em saúde dos governos subnacionais (LIMA, 2007). Além de que, a falta de controle do financiamento com o uso de indicadores dos resultados obtidos pelos governos subnacionais pode incentivar à ineficiência (ARRETCHE, 2003).

3 METODOLOGIA, HIPÓTESES E MODELO

3.1 Metodologia, Dados e Hipóteses de Pesquisa

Este estudo exploratório focaliza principalmente na existência de relação entre a arrecadação dos impostos municipais, variáveis políticas e a diferença dos gastos municipais de saúde além do limite mínimo de 15% estabelecidos na Constituição Federal com recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde. Para tanto, o estudo utilizou em sua metodologia modelo de regressão com dados em painel, sendo classificada como pesquisa quantitativa, ao passo que seus detalhes são apresentados nas subseções seguintes.

A pesquisa compreendeu os 184 municípios pernambucanos, no período de 2005 à 2009. Os dados da arrecadação tributária foram coletados nas bases de dados do FINBRA do Ministério da Fazenda. Já os gastos municipais em saúde foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde. Os dados do produto interno bruto (PIB) e da população dos municípios foram coletados na base de dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os dados das variáveis políticas foram obtidos no repositório de dados eleitorais do Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

A pesquisa buscou verificar as seguintes hipóteses:

H₁: Arrecadação de impostos *per capita* influencia na diferença do gasto percentual do limite mínimo de 15% dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde dos municípios.

H₂: Competição eleitoral, ideologia partidária, afiliação partidária do prefeito e ano eleitoral influenciam na diferença do gasto percentual do limite mínimo de 15% dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde dos municípios.

H₃: Arrecadação de impostos e variáveis políticas compostas por competição eleitoral, ideologia partidária, afiliação partidária do prefeito e ano eleitoral influenciam concomitantemente na diferença do gasto percentual do limite mínimo de 15% dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde dos municípios.

3.2 Modelo

Para verificação das hipóteses foi elaborado o modelo de regressão com dados em painel descrito na equação 1 a seguir:

$$\text{difaplicsaude}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \ln(\text{pop})_{it} + \beta_2 \ln(\text{pibpercap})_{it} + \beta_3 \ln(\text{imppercap})_{it} + \beta_4 \text{compeleitoral}_{it} + \beta_5 \text{esquerda}_{it} + \beta_6 \text{centro}_{it} + \beta_7 \text{anoeleitoral}_{it} + \beta_8 \text{partidogov}_{it} + \alpha_{it} + u_{it} \quad (1)$$

Em que,

$\text{difaplicsaude}_{it}$ é o percentual obtido na aplicação de acordo com a EC 29 deduzida a aplicação mínima de recursos em saúde de 15% do município i do período t .

$\ln(\text{pop})_{it}$ é o logaritmo da população residente no município i no período t .

$\ln(\text{pibpercap})_{it}$ é o logaritmo do PIB per capita da população residente no município i no período t .

$\ln(\text{imppercap})_{it}$ é o logaritmo da arrecadação dos impostos municipais anual dividido pela população do município i no período t .

$\text{compeleitoral}_{it}$ é a medição da competição eleitoral partidária para o cargo de prefeito apurada por meio da equação proposta por Gosolov(2010) para o cargo de prefeito, no município i no período t .

esquerda_{it} é uma variável *dummy* que identifica se o partido de afiliação partidária do prefeito é de ideologia de esquerda, no município i no período t .

centro_{it} é uma variável *dummy* que identifica se o partido de afiliação partidária do prefeito é de ideologia de centro, no município i no período t .

anoeleitoral_{it} é uma variável *dummy* que identifica os anos que ocorreram eleições, no município i no período t .

partidogov_{it} é uma variável *dummy* que identifica se o partido de afiliação partidária do prefeito é igual a afiliação partidária do governador do estado, no município i no período t .

As variáveis $\ln(\text{pop})$ e $\ln(\text{pibpercap})$ são utilizadas como controle em razão da literatura dos gastos em saúde apresentar robustos resultados de que a população e o PIB sejam determinantes dos gastos em saúde (ANG, 2010, NEWHOUSE, 1977, GRUBAUGH e SANTERRE, 1994, MEHRARA, MUSAI e AMIRI, 2010, MOSCA, 2007, YASIN e HELMS, 2010). Já $\ln(\text{imppercap})$ é a variável exploratória do estudo. A literatura de descentralização aponta que a maior descentralização dos recursos tende a melhor alocação e aumento dos gastos públicos (OATES, 1993).

As variáveis políticas são compostas por *compeleitoral*, *esquerda*, *centro*, *anoeleitoral* e *partidogov*. *Compeleitoral* foi inserida no modelo, tendo em que vista que a maior competitividade eleitoral pode incentivar os governos que estão no poder a aumentarem os gastos públicos como o propósito de sagrarem vitoriosos nas eleições.

Esquerda e *centro* buscam verificar se partidos com essas ideologias tendem a apresentar maiores gastos em saúde nos municípios, conforme sugere Baraldi (2008), Boulding e Brown (2012), Chamon, Mello e Firpo (2009) e Besley, Persson e Sturm (2010). No mais, a variável *partidogov* busca verificar se municípios que possuem governos do partido de afiliação do governador do estado sofrem alguma influência, tendo em vista que esses municípios por aproximação partidária possuem maior facilidade em realizar alianças e convênios para obtenção de recursos por meio de transferências voluntárias, reduzindo a necessidade de utilização dos recursos próprios de impostos nas ações e serviços de saúde.

Já *anoeleitoral* compõe o modelo visando verificar a existência de comportamentos oportunistas pelos dirigentes municipais em aumentar os gastos em saúde com recursos dos impostos, a fim de aumentar a probabilidade de permanecerem no poder (DE DONDER e HINDERIKS, 2007, PEROTTI e KONTOPOULOS, 2002, KITTEL e OBRINGER, 2003, POTRAFKE, 2009).

4 RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva e de Correlação

No Estado de Pernambuco existem 184 municípios com características bastante diversificadas. Em termos populacionais, o menor município no período da pesquisa possuía 4.369 habitantes, enquanto o maior município atingiu a quantidade de 1.537.704 habitantes. A média populacional dos municípios é de 46.777 habitantes com desvio-padrão de 129.100 habitantes.

Essa disparidade é observada também em termos econômicos, a desigualdade do PIB *per capita* dos municípios é elevada, com média de R\$ 4.523,61 que está muito distante do valor máximo de R\$ 87.830,68. Um resumo descritivo das variáveis utilizadas neste estudo é apresentado na tabela 2 a seguir.

A inexistência de dados no SIOPS e do FINBRA, bem como de inconsistências percebidas em alguns municípios no período de estudo, reduziu a amostra da variável *imppercap* em 14 observações e das variáveis *difsau* em 3 observações.

Tabela 2 Variáveis e estatísticas descritivas

Variáveis	Observ.	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Variáveis dependentes					
Diferença dos Recursos de Impostos Aplicados em Saúde (%)	917	4,67	4,31	-7,96	27,44
Variáveis de Controle					
População (<i>unidades</i>)	920	46.777	129.100	4.097	1.537.704
PIB <i>per capita</i> (<i>reais</i>)	920	4.523,61	5.597,81	1.589,60	87.830,68
Variáveis independentes					
Imposto <i>per capita</i> (<i>reais</i>)	906	34,33	76,13	3,10	1.546,37
Competição Eleitoral (<i>indicador</i>)	920	1,874634	0,3918967	1	4,560752

No que pese a arrecadação tributária dos impostos *per capita* é possível observar a grande amplitude de sua variação. Enquanto o menor apresentou o valor de R\$ 3,10, o maior apresentou valor de R\$ 1.546,37, com um desvio-padrão de R\$ 76,13. Levando em consideração que a grande maioria dos municípios são aqueles compreendidos em um intervalo de confiança de dois desvios-padrões acima da média, esses valores alcançam a importância de R\$ 186,33, muito abaixo dos valores máximos observados, fato que demonstra não só a diferença da arrecadação, mas também a possibilidade de sua ampliação.

A tabela 2 apresenta que a diferença de aplicação de recursos de impostos dos municípios em saúde alcançou média de 4,67%, com desvio-padrão de 4,31, tendo uma amplitude total de 19,48, ou seja, existe uma grande dispersão da aplicação dos recursos de impostos dos municípios pernambucanos no setor de saúde.

Assim, é possível que gestores possam estar influenciando na execução dos gastos públicos de saúde com recursos de impostos, em decorrência de interesses eleitorais, em especial, nos anos que ocorrem as eleições. A representação gráfica na figura 1 apresenta a série temporal do período de 2005 à 2009 da diferença de aplicação dos recursos de impostos em saúde acima do limite de 15% para cada município.

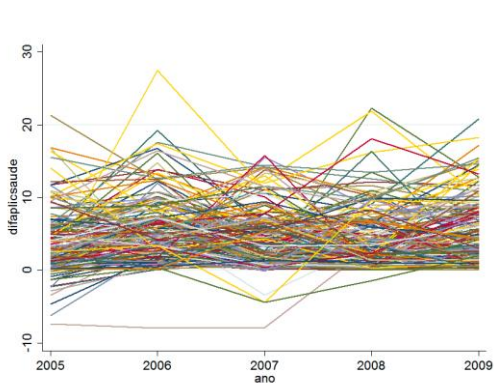


Figura 1 Diferença de aplicação dos impostos

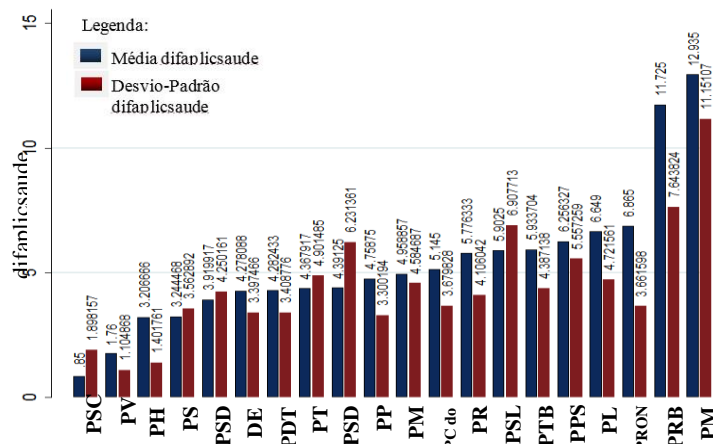


Figura 2 Diferença de Aplic. de Impostos em Saúde por Partido

A partir figura 1 é possível notar que nos anos eleitorais, em 2006 para os cargos do executivo e legislativo federal e estadual, e em 2008 para os cargos do executivo e legislativo municipal ocorrem aumentos na frequência de municípios que aplicaram os recursos de impostos em ações de saúde acima do limite mínimo em 10%. Esses dados reforçam os indícios que em períodos eleitorais os prefeitos aplicam maiores quantidades de recursos dos impostos em ações e serviços de saúde, fato que é verificado em modelo econométrico na subseção seguinte.

Os municípios compreendidos neste estudo possuem prefeitos eleitos por dois processos eleitorais, o primeiro ocorrido no exercício de 2004 que elegeram os prefeitos para o quadriênio de 2005 à 2008, e o segundo realizado no ano de 2008 para o mandato no período de 2009 à 2012. A ideologia política assumida para cada partido nesse estudo foi a classificação realizada por Carreirão (2006).

Os resultados das eleições apresentam uma redução dos municípios administrados por partidos políticos de ideologia de centro em 20,65% e aumento dos partidos de esquerda em 14,13% e de direita em 8,15%. A literatura aponta que partidos de esquerda tem maior pré-disposição para aplicação dos gastos sociais e em menor grau pelos partidos de centro. Assim, o maior crescimento quantitativo de municípios comandados por partidos de esquerda comparados com os partidos de direita, deve resultar em maiores gastos no setor de saúde com recursos dos impostos dos municípios.

A figura 2 apresenta à média e o desvio-padrão da diferença do limite da aplicação de recursos de impostos no setor de saúde por partido político de afiliação partidária do prefeito. É possível notar que os dois primeiros partidos que tiveram maior diferença na aplicação em saúde foram PMN e PRB, partidos tomados neste estudo de ideologia de esquerda e indefinida, respectivamente.

Contudo, excetuando o PRB e PMN que administram apenas 4 municípios do estado no mandato de 2009 à 2012, observa-se que partidos ideologicamente diversos apresentam gastos acima

do limite bem próximos uns dos outros, como é o caso do PT (esquerda) com média de 4,36% e PP (direita) com 4,75%. Outro caso interessante é o PV, partido de ideologia esquerdista que foi o segundo que menos aplicou acima do limite os recursos de impostos em saúde com média de apenas 1,78% e o PRONA, partido de direita que aplicou em média 6,86% acima do limite com recursos de impostos no setor de saúde, sendo o terceiro do ranking.

Na maioria dos municípios para o cargo de prefeito a competição eleitoral é baixa, a média do indicador Golosov (2010) foi de 1,874634, com desvio-padrão de 0,3918967. Com o propósito de identificar a associação entre as variáveis envolvidas na pesquisa e de auxiliar na elaboração dos modelos estatísticos foi elaborada uma matriz de correlação, apresentada na tabela 4 a seguir.

Tabela 4 Matriz de Correlação

	Difaplicsaude	Impperacap	Esquerda	Centro	Compeleitoral	Partidogov	Anoeleitoral
Difaplicsaude	1						
Impperacap	-0,0369	1					
Esquerda	-0,0313	0,2010*	1				
Centro	-0,0211	-0,1071*	-0,4218*	1			
Compeleitoral	-0,0791**	0,0163	0,0116*	-0,0229	1		
Partidogov	-0,0691**	-0,0028	0,1970	0,1935*	-0,0051	1	
Anoeleitoral	0,0551***	0,0109	-0,0499	0,0721**	-0,0185	-0,0401	1

Nota: * Significante ao nível de 10%, ** Significante ao nível de 5% e *** Significante ao nível de 1%.

Impperacap não está correlacionado com a *difaplicsaude*. Esse resultado não era esperado, haja vista que parte dos recursos que financiam os serviços de saúde decorrem dos impostos arrecadados pelos próprios municípios, como é o caso do ISS, IPTU, ITBI e IRRF. Uma possível explicação para esse fato seja a grande disparidade de arrecadação dos impostos existente entre os municípios, inclusive observada neste estudo (tabela 2).

A ideologia partidária novamente demonstra não manter relação com a *difaplicsaúde*. Os resultados da tabela 4 confirmam os indícios apontados nas figuras 2 e 3 de que não existe correlação entre ideologia partidária e a *difaplicsaude*.

Competição eleitoral (*compeleitoral*) está correlacionada negativamente com a diferença da aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde do limite de 15% (*difaplicsaude*). Embora o setor de saúde careça de maior quantidade de recursos e a sociedade apresente uma demanda reprimida pelos serviços de saúde, provavelmente municípios com maior competitividade priorizam gastos com investimentos em obras de infraestrutura, por exemplo, praças, estradas e etc., que garantem maior visibilidade perante a população, e conseqüentemente melhor avaliação da gestão e obtenção de ganhos eleitorais.

Correlação negativa observada na matriz de correlação (tabela 4) ocorre com as variáveis *partidogov* e a *difaplicsaude*. Municípios que são administrados por partidos que estejam alinhados com o governo do estado podem possuir maior facilidade em realizar alianças e convênios para obtenção de recursos de transferência voluntária, reduzindo a necessidade de utilização dos recursos próprios de impostos nas ações e serviços de saúde.

Por último, *anoeleitoral* está positivamente correlacionado com *difaplicsaude* ao nível de 1%. Esse achado reforça a análise descritiva realizada por meio da figura 4, que o processo eleitoral aumenta os gastos anuais em saúde com recursos de impostos pelos municípios pernambucanos. Os prefeitos em ano eleitoral direcionam maior parte dos recursos de impostos arrecadados em ações e serviços de saúde, visto que parcela significativa da população não possui plano de saúde privado.

4.1.2 Resultado dos Modelos de Estimação e Testes das Hipóteses de Pesquisa

Os resultados do modelo da equação 1 verifica as hipóteses 1, 2 e 3 que são apresentados na tabela 5 a seguir. A utilização dos efeitos fixos ou aleatórios é definida pelo Teste de Hausman e a decisão pela utilização entre os modelos *pooled* ou em painel foi determinado pelos testes Chow e Breusch-Pagan.

Em todos os modelos o teste de Chow rejeita a hipótese nula de preferência do modelo *pooled*, indicando que o modelo dos efeitos fixos é mais adequado que o modelo *pooled*. De forma semelhante, o teste de Breusch-Pagan apresentou valor-p inferior ao nível de significância adotado de 5% que rejeita a hipótese nula de preferência do modelo *pooled*, sendo mais adequado o modelo de efeitos aleatórios. Esses dois testes confirmam o ajuste dos dados ao modelo de regressão com dados em painel. A hipótese 1 foi verificada pelos efeitos fixos, visto que o valor-p do Teste de Hausman é inferior ao nível de significância de 5% adotado. Esse critério foi utilizado para todas as demais hipóteses.

Imppercap não se mostrou estatisticamente significativo em relação à variável *difaplicsaude*, que implica na rejeição da hipótese 1, ou seja, o aumento da arrecadação de impostos *per capita* pelos municípios não resulta em aumento da diferença de aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde.

Tabela 5 Resultado dos Modelos de Regressão
Variável Dependente: *difaplicsaude*

	Hipótese 1		Hipótese 2		Hipótese 3	
	Efeitos Fixos (1)	Efeitos Aleatórios (2)	Efeitos Fixos (3)	Efeitos Aleatórios (4)	Efeitos Fixos (5)	Efeitos Aleatórios (6)
Const	22,4611 (28,5595)	5,4220 (4,1438)	29,5727 (28,8101)	5,2299 (3,8639)	35,6540 (29,6159)	6,0798 (4,2178)
Populacao(ln)	-3,4252 (2,8498)	-0,5535** (0,2722)	-4,1992 (2,8718)	-0,5341* (0,2767)	-4,6750 (2,9168)	-0,5372* (0,2802)
PIBpercap (ln)	1,9465 * (0,7576)	0,5198 (0,5408)	2,1097 *** (0,6572)	0,6407 (0,4573)	1,8521 ** (0,7640)	0,4778 (0,5434)
Impperca(ln)	0,2282 (0,3550)	0,1738 (0,3066)			0,2460 (0,3559)	0,1435 (0,3087)
Compeleitoral			0,0884 (0,4400)	-0,2154 (0,3838)	0,1008 (0,4460)	-0,1919 (0,3884)
Esquerda (dummy)			-0,0962 (0,5976)	-0,0963 (0,4557)	-0,0048 (0,6046)	-0,0202 (0,4605)
Centro (dummy)			-0,5540 (0,5559)	-0,4107 (0,4160)	-0,4955 (0,5592)	-0,3579 (0,4193)
Partidogov (dummy)			-0,6590* (0,3789)	-0,6358 * (0,3607)	-0,6847 * (0,3883)	-0,6633* (0,3682)
Anoeleitoral (dummy)			0,5361 ** (0,2319)	0,4996 ** (0,2306)	0,5737 ** (0,2340)	0,5300 ** (0,2325)
Nº de anos	5	5	5	5	5	5
Nº municípios	184	184	184	184	184	184
N	903	903	917	917	903	903
R ²	0,0046	0,0026	0,0291	0,0118	0,0065	0,0112
“Dentro”	0,0164	0,0148	0,0102	0,0210	0,0307	0,0221
“Entre”	0,0076	0,0021	0,0073	0,0083	0,0098	0,0069
Teste F (valor-p)	0,0079		0,0031		0,0044	
Teste de Chow (valor-p)	0,0000		0,0000		0,0000	
Teste de Hausman (Valor-p)		0,0132		0,0669		0,0879
Teste Breusch-Pagan (Valor-p)		0,0000		0,0000		0,0000

Nota: * Significante ao nível de 10%, ** Significante ao nível de 5% e *** Significante ao nível de 1%.

As variáveis políticas da hipótese 2 são verificadas por meio dos efeitos aleatórios, haja vista o resultado do teste de Hausman. Embora a análise de correlação aponte significância entre as variáveis *compeleitoral* e *difaplicsaude*, a competição eleitoral não interfere na diferença de aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde dos municípios pernambucanos.

As variáveis seguintes correspondem à ideologia partidária (*esquerda e centro*) que também não se mostraram significativas, resultado coerente com os achados de Potrafke (2010). Esses resultados confirmam os indícios apontados nas estatísticas descritivas, de que a diferença ideológica dos partidos que governam os municípios não interfere no quantitativo de recursos de impostos dos gastos em saúde. Além disso, reforça o posicionamento de Vergne (2009) de que a abordagem

partidária é improvável que seja frutífera em países em desenvolvimento, porque as diferenças partidárias quanto a preferências econômicas e ideológicas são difíceis de serem estabelecidas.

Já a variável *Partidogov* é significativa com coeficiente negativo (-0,6358), ou seja, municípios que possuem prefeitos afiliados ao partido do governador do estado tem a diferença de aplicação dos impostos reduzida. Alianças entre o governo municipal e o governo estadual podem reduzir a necessidade dos municípios em utilizar os recursos de impostos em ações e serviços de saúde.

A última variável, *anoeleitoral* é significativa com coeficiente positivo. Nos anos em que ocorrem eleições a diferença de aplicação dos recursos de impostos frente ao limite mínimo de 15% aumenta 0,4996. Esse resultado confirma os indícios identificados na figura 1, bem como as pesquisas realizadas por Potrafke (2010), onde os gestores mostram um comportamento oportunista ao aumentar os gastos de saúde com recursos de impostos no ano eleitoral.

A verificação das variáveis tributária e políticas em concomitância (hipótese 3) não interferiram nos resultados obtidos separadamente (hipóteses 1 e 2), pois os coeficientes foram semelhantes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nessa pesquisa evidenciam que a arrecadação dos impostos *per capita* não está correlacionada com a diferença da aplicação dos recursos de impostos nas ações e serviços de saúde. Embora a literatura de descentralização fiscal apresente a importância da participação da arrecadação dos impostos locais para ampliação dos gastos públicos em serviços públicos, os resultados desse estudo não corroboram.

A grande disparidade da arrecadação dos impostos nos municípios pode ser o motivo da inexistência dessa relação, fato que aumenta a importância da implementação de programas de modernização da estrutura de administração e arrecadação tributária. No mais, a inexistência dessa relação compromete em certa medida as fontes de financiamento das políticas públicas de saúde, visto que a arrecadação própria não garante maiores gastos e os sistemas municipais de saúde ficam na dependência dos impostos arrecadados e repassados pelas esferas estadual e federal.

Por outro lado, embora a legislação tributária determine que o pagamento dos impostos pelos contribuintes não esteja condicionado à obtenção de serviços públicos, a inadimplência dos impostos pode aumentar porque os contribuintes que almejam melhores serviços de saúde notam que os recursos auferidos por meio dos seus impostos não estão sendo aplicados em maior medida nas ações e serviços de saúde.

Competição eleitoral não se mostrou estatisticamente significativa nos gastos dos impostos em ações e serviços de saúde dos municípios, contudo ano eleitoral mostrou-se significativo. Esses resultados implicam interpretar que independentemente da competição eleitoral os gastos em saúde são incrementados em 0,49% de forma oportunista pelos dirigentes no intuito aumentar as chances de vitória do partido governante nas eleições.

Essa constatação enseja questionamentos que sugerem pesquisas futuras para interpretar se esse aumento resulta em maior produção dos serviços ou se aumenta a ineficiência dos gastos públicos, com a realização de gastos que priorizam benefícios de grupos específicos que não garantem o interesse da coletividade.

A ideologia partidária não foi significativa a ponto de afetar a aplicação dos recursos de impostos além do limite mínimo. Inclusive as estatísticas descritivas apontaram que em média, governos de direita apresentam gastos superiores aos governos de esquerda e centro, resultados não esperados de acordo com a literatura. Esses achados permitem constatar que a política pública de saúde é um serviço essencial a população que independente da ideologia partidária do governo o quantitativo de recursos não é influenciado. Contudo, resta avançar os estudos em analisar se existe diferença entre as ideologias quanto à composição desse gasto e identificar quais programas e públicos são priorizados por cada ideologia.

Por último, a variável *partidogov* é significativa ao nível 10% na diferença da aplicação dos recursos de impostos em ações e serviços de saúde dos municípios pernambucanos. Em termos práticos, municípios governados por partidos que administram o governo estadual reduzem o excedente em 0,65%. Esses governos podem por afinidade partidária realizar alianças e convênios que reduzem a necessidade de utilização dos recursos de impostos, permitindo realizar gastos em outros setores.

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006, 77-126, 2006.
- ACEMOGLU, D. e ROBINSON, J. A. Economic Backwardness in Political Perspective. *American Political Science Review*, 100, 1, 115-131, 2006.
- AFONSO, J. R. e ARAÚJO, E. Capacidade do gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. *Cadernos de Finanças Públicas*, Brasília, 1, 19-30, 2000.
- ALT, J. E. e LASSEN, D. D. Fiscal transparency, political parties, and debt in OECD countries. *European Economic Review*, 50, 1403-1439, 2006.
- ARRETICHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 8, 2, 331-345, 2003.
- BAHL, R. W. e BIRD, R. M. Tax policy in developing countries: looking back – and forward. *National Tax Journal*, Washington, 61, 2, 279-301, 2008.
- BAHL, R. W., MINER, J. e SCHROEDER, L. Mobilizing local resources in developing countries. *Public Administration and Development*, Hoboken, 4, 215-230, 1984.
- BAHL, R. e MARTINEZ-VAZQUEZ, J. The determinants of revenue performance. In: BAH, R., MARTINEZ-VAZQUEZ, J. e YOUNGMAN, J. Making the property tax work: experiences in developing and transitional countries. Cambridge: Lincoln Institute of Land Policy, 2008.
- BARALDI, A. Effects of Electoral Rules, Political Competition and Corruption on the Size and Composition of Government Consumption Spending: An Italian Regional Analysis. *Journal of Economic Analysis & Policy: Topics In Economic Analysis & Policy*, 8, 1, 1-35, 2008.
- BESLEY, T., PERSSON, T. e STURM, D. M. Political Competition, Policy and Growth: Theory and Evidence from the US. *Review of Economic Studies*, 77, 4, 1329-1352, 2010.
- BIRD, R. M. Intergovernmental finance and local taxation in developing countries: some basic considerations for reformers. *Public Administration and Development*, Hoboken, 10, 277-288, 1990.
- BIRD, R. M. Fiscal federalism in Russia: A canadian perspective. *Public Finance and Management*, Elizabethtown, 3, 4, 419-459, 2003.
- BIRD, R. M. e RODRIGUEZ, E. R. Decentralization and poverty alleviation: international experience and the case of the Philippines. *Public Administration and Development*, Hoboken, 19, 299-319, 1999.
- BOULDING, C. e BROWN, D. S. Political Competition and Local Social Spending: Evidence from Brazil. Working Paper, Institutions Program Working Paper Series, 2012.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. **Indicadores Econômicos**. Carga Tributária Bruta. 2015. Disponível <http://www.bcb.gov.br/pec/Indeco/Port/ie4-31.xls> Acesso em 25 Fev. 2015, 2015.
- BRENDER, A. e DRAZEN, A. Political budget cycles in new versus established democracies. *Journal Of Monetary Economics*, 52, 7, 1271-1295, 2005.
- CHAMON, M., MELLO, J. M. P. e FIRPO, S. Electoral rules, political competition and fiscal spending: Regression discontinuity evidence from brazilian Municipalities, Texto para Discussão 208, FGV, 2009.
- DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio do Janeiro, 12, 1851-1864, 2007.
- DE DONDER, P. e HINDRIKS, J. Equilibrium social insurance with policy-motivated parties. *European Journal of Political Economy*, 23, 3, 624-640, 2007.
- FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio do Janeiro, 8, 2, 371-378, 2003.

- GALASSO, V. e NANNICINI, T. Competing on Good Politicians. *American Political Science Review*, 105, 1, 79-99., 2011.
- GOLOSOV, G. The Effective Number of Parties: a new approach. *Party Politics*, 16, 2, 171–192, 2010.
- KITTEL, B. e OBINGER, H. Political parties, institutions, and the dynamics of social expenditure in times of austerity. *Journal of European Public Policy*, 10, 1, 2003.
- LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio do Janeiro, 12, 2, 511-522, 2007.
- MAUX, B., ROCABOY, Y. e GOODSPEED, T. Political fragmentation, party ideology and public expenditures. *Public Choice*, 147, 1-2, 43-67, 2011.
- MELAMED, C. e COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio do Janeiro, 8, 2, 393-401, 2003.
- [MELO, M. A.](#), PEREIRA, C. e FIGUEIREDO, C. M. Political and Institutional Checks on Corruption: Explaining the Performance of Brazilian Audit Institutions. *Comparative Political Studies*, 42, 1217-1244, 2009.
- NORDHAUS, W.D. The political business cycle. *Review of Economic Studies*, 42, 2, 169–190, 1975.
- OATES, W. E. Fiscal decentralization and economic development. *National Tax Journal*. Washington, D.C. 46, 2, 237-243, 1993.
- PEREIRA, C. e MUELLER, B. Comportamento Estratégico em Presidencialismo de Coalizão: As Relações entre Executivo e Legislativo na Elaboração do Orçamento Brasileiro. **Dados**, Rio de Janeiro, 45, 2, 265-301, 2002.
- PEREIRA, C. , [MELO, M. A.](#) e FIGUEIREDO, C. M. The corruption-enhancing role of reelection incentives? Counterintuitive evidence from Brazil s audit reports. *Political Research Quarterly*, 62, 731-744, 2009.
- PEROTTI, R. e KONTOPOULOS, Y. Fragmented fiscal policy. *Journal of Public Economics*, 86, 2, 191-222, 2002.
- POLO, M. Electoral Competition and Political Rents, Mimeo, **IGIER**, Bocconi University, 1998.
- POTRAFKE, N. Did globalization restrict partisan politics? An empirical evaluation of social expenditures in a panel of OECD countries. *Public Choice*, 140, 105-124, 2009.
- POTRAFKE, N. The growth of public health expenditures in OECD countries: Do government ideology and electoral motives matter? *Journal Of Health Economics*, 29, 6, 797-810, 2010.
- REZENDE, F. Globalização, federalismo e tributação. *Cadernos de Finanças Públicas*, nº 1, Brasília, 19-30, 2000.
- SANTOS, A. M. S. P. Descentralização e autonomia financeira municipal: a perspectiva das cidades médias. *Indic. Econ. FEE*, Porto Alegre, 32, 3, 101-126, 2004.
- SCATENA, J. H. G., VIANA, A. L. D'A. e TANAKA, O. Y. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio do Janeiro, 25, 11, 2433-2445, 2009.
- SHI, M. e SVENSSON, J. Political budget cycles: do they differ across countries and why? *Journal of Public Economics*, 90, 8-9, 1367–1389, 2006.
- SOLLA, J. J. S. P. et al. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife, 7, 4, 495-502, 2007.
- SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio do Janeiro, 8, 2, 449-460, 2003.
- STIGLER, G. J. Economic Competition and Political Competition, *Public Choice*, 13, 91-106, 1972.
- SVENSSON, J. Controlling Spending: Electoral Competition, Polarization, and Primary Elections, Mimeo, The World Bank, 2005.
- VARSANO, R. O sistema tributário de 1967: adequado para o Brasil de 80? *Pesq. Plan. Econ*. Rio do Janeiro, 11, 1, 203-228, 1981.



VARSAÑO, R. Sistema tributário para o desenvolvimento. In: BARBOSA, A. L. N. H.; Varsano, R. & Wernerck. Desenvolvimento em debate: sistema tributário. Brasília: BNDES, 2002.

VERGNE, C. Democracy, elections and allocation of public expenditures in developing countries. *European Journal of Political Economy*, 25, 1, 63-77, 2009.