

DEMOCRACIA, POLÍTICAS SOCIAIS E POBREZA NO BRASIL

Marta Arretche

Edgard Fusaro

Sandra Gomes

Trabalho a ser apresentado

8o. Encontro

Associação Brasileira de Ciência Política

Gramado, RS - 1o.-4 de agosto de 2012

DEMOCRACIA, POLÍTICAS SOCIAIS E POBREZA NO BRASIL¹

Marta Arretche²

Edgard Fusaro³

Sandra Gomes⁴

Este trabalho trata das relações entre democracia, políticas públicas e desigualdade. A literatura sobre *welfare state* - fortemente influenciada pelo seminal trabalho de Esping-andersen (1985, 1990, 1999) - demonstrou convincentemente que a democracia não é condição suficiente para a redução das desigualdades, ainda que não negue que esta possa ser uma condição necessária para que os governos tenham motivações para produzir políticas que melhorem as condições de vida da maioria dos eleitores. A redução da desigualdade é resultado de políticas públicas deliberadamente orientadas a desvincular a segurança econômica dos indivíduos da distribuição primária da renda e da propriedade.

Esta literatura foi muito bem sucedida em demonstrar que diferentes regimes de *welfare* -- ou de políticas sociais -- têm impacto substantivo sobre a *desigualdade de renda entre indivíduos*. Contudo, duas dimensões relevantes do bem-estar permaneceram pouco exploradas: o acesso a serviços públicos e as desigualdades territoriais. Na prática, assumiu-se que a redução da insegurança econômica se traduz em redução da desigualdade no acesso a serviços básicos. O emprego de medidas nacionais nos estudos comparados, por sua vez, implicou assumir que este resultado distribui-se homogeneamente no território nacional. Esta relação interna ao escopo dos direitos sociais -- da renda para os serviços públicos -- bem como sua distribuição territorial foi, contudo, mais assumida do que empiricamente demonstrada.

¹ Este trabalho é um desdobramento, bastante modificado de estudo anterior, desenvolvido pelo Centro de Estudos da Metrópole como metodologia de avaliação das políticas de educação e saúde, em cooperação com o Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. Os autores agradecem a colaboração de Maria Paula Ferreira, Haroldo Torres, Arnaldo Sala, Luiza Guimarães, Vera Schmidt, Ricardo Ceneviva, Eduardo Marques e Daniel Vazquez.

² Professora livre-docente do Depto. de Ciência Política da USP e diretora do Centro de Estudos da Metrópole.

³ Pesquisador do Centro de Estudos da Metrópole.

⁴ Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole.

Há boas razões para "territorializar" as condições do bem-estar bem como concebê-las além da dimensão "renda". O capital humano - em particular, as condições de saúde e educação -- parecem ser críticos para o crescimento econômico (Glaeser et alii, 2004) bem como para o funcionamento das instituições democráticas⁵. Ainda que a escolaridade dos indivíduos esteja associada à sua renda nominal, o inverso não é verdadeiro, isto é, a renda dos pais não é necessariamente um bom preditor da escolaridade dos filhos (Ribeiro, 2009) nem das condições de saúde da população (Pickett and Wilkinson, 2011). Além disto, em grande parte dos países, as políticas de transferência de renda são operadas pelos governos centrais ao passo que as políticas de serviços são executadas de modo descentralizado. Logo, não podemos assumir que políticas de serviços sejam executadas de modo homogêneo em todo o território. Examinar desigualdades territoriais das condições de saúde e de educação bem como da sua dependência em relação à pobreza permite, portanto, observar dimensão relevante das relações entre democracia e desigualdade, que não podem ser deduzidas diretamente quer da vigência de um regime democrático quer do desenho das políticas públicas.

Entender *se* e *como* as condições de saúde e educação são afetadas pelas condições de renda constitui o principal objetivo deste trabalho. Para o caso brasileiro, há sólidas evidências de que a redução nos escandalosos níveis de desigualdade de renda foi resultado de políticas públicas implementadas em diferentes momentos: um programa universal de transferência focalizada de renda a partir de 2004 bem como uma política universal de elevação do valor do salário mínimo a partir de 1995, que afetou tanto o mercado de trabalho quanto o valor das aposentadorias. Além disto, um desempenho favorável do mercado de trabalho foi positivamente afetado pela elevação dos níveis de escolaridade, derivada por sua vez de políticas universais adotadas a partir de meados dos anos 90 (Soares, 2006). Entretanto, pouco sabemos sobre a trajetória recente das desigualdades nas políticas que tão centralmente afetam o capital humano, como saúde e educação.

A literatura nacional autoriza previsões pessimistas acerca do desempenho destas políticas. A percepção generalizada é de que seu desempenho seja afetado pela desigualdade de capacidade fiscal e administrativa dos municípios e estados brasileiros.

⁵ Para uma excelente discussão da literatura sobre escolaridade e desempenho da democracia, ver Salgado, 2010.

Pobreza dos municípios e pobreza da população estariam *clusterizados* em unidades territoriais, cujas condições de saúde e educação seriam muito piores do que nas regiões mais prósperas. Contudo, estas previsões raramente foram submetidas a exame empírico sistemático e abrangente.

Este trabalho examina a trajetória recente das desigualdades territoriais nas condições de saúde e educação no Brasil. Seu principal objetivo é examinar se e como estas estão associadas às condições econômicas. Além disto, tem o propósito de investigar a associação entre fatores do contexto local -- capacidade fiscal dos governos locais, bem como as condições de riqueza e pobreza -- e estes resultados.

Acreditamos que este tema é de grande importância, seja no plano teórico seja no plano das interpretações sobre o Brasil. Assuntos de tamanha relevância não podem ser tratados de modo impressionista. Assim, adotamos procedimentos metodológicos que aproximam nosso estudo de um experimento natural. Nossa unidade de observação são os municípios brasileiros, a mais desagregada unidade possível para a qual há informação disponível. Construímos indicadores sintéticos -- porém densos em informações -- sobre as condições de saúde e educação, os quais denominamos de *índice da saúde municipal* e *índice da educação municipal*. Acreditamos que este procedimento reduziu expressivamente a margem de especulação acerca da comparabilidade dos resultados das duas políticas observadas e permitiu razoável grau de confiança em nossas interpretações.

Este não é um trabalho sobre as *causas* do bom desempenho das políticas de educação e saúde. É nosso suposto que este resultado pode ser alcançado de diferentes formas, ou seja, pela combinação de distintos fatores (Ragin, 1989). É plausível, por exemplo, que uma combinação do tipo “baixas taxas de pobreza no município” combinada a uma “eficiente gestão escolar” e ainda “baixo comprometimento do orçamento municipal com educação” seja tão favorável ao bom desempenho em educação quanto uma combinação de tipo “elevadas taxas de pobreza” associada com “programas de reforço e alimentação escolar”, o que implicaria elevado gasto municipal nesta política. Por estas razões, determinar as causas do bom desempenho de uma política exigiria um desenho de pesquisa muito mais sofisticado do que este nosso.

Um segundo alerta sobre o alcance de nosso estudo merece ser destacado. O *índice da saúde municipal* e o *índice da educação municipal* medem as condições da saúde básica

bem como o atendimento à primeira infância e o desempenho no ensino fundamental, áreas de atendimento que estão sob responsabilidade dos municípios. Assim, quando nos referimos às condições sociais, não estamos nos referindo ao ensino médio ou superior nem a dimensões mais complexas do atendimento à saúde. Não seria possível comparar todos os municípios brasileiros caso incluíssemos estas dimensões em nosso modelo. Em outras palavras, nosso entendimento das condições sociais é limitado em escopo. Entretanto, envolve dimensões que nosso país logrou universalizar ao final do século XX, não sem grande atraso quando comparado a países ainda mais pobres da América Latina.

Nossa ambição é, portanto, modesta. Pretendemos apenas mapear desigualdades territoriais em saúde e educação e testar sua associação com fatores locais bem como com a presença de políticas nacionais orientadas a reduzir o impacto destes últimos.

Nossos resultados indicam que a redução das desigualdades nas condições sociais não pode ser derivada diretamente das instituições políticas formais. Não podemos afirmar que o federalismo brasileiro explique as desigualdades territoriais nas condições sociais. Sendo este uma constante, não pode explicar o desigual e mutável padrão territorial de desigualdade nas condições de saúde e educação na década de 2000. A atenção básica à saúde, executada pelos município, mostra um nível de desigualdade territorial menor em comparação à educação municipal básica. Além disto, na educação, esta desigualdade se acentuou ao longo da década de 2000, a despeito de uma melhora expressiva no desempenho dos sistemas municipais de educação. Além disto, as condições sociais guardam fraca correlação com o percentual de pobres dos municípios, ao passo que na educação esta correlação é significativa e negativa, isto é, quanto maior o percentual de pobres, pior é o desempenho da educação municipal. Além da pobreza, a capacidade fiscal ou de gasto dos municípios não parece ser um fator explicativo do desempenho dos governos municipais em ambas as políticas.

Temos evidências para propor uma explicação alternativa à explicação que dá ênfase às instituições formais. Redução das desigualdades é resultado de políticas desenhadas para tal fim. A discrepância de resultados seria explicada, por um lado, pelo papel redistributivo da União, que opera reduzindo desigualdades de receita derivadas da capacidade de arrecadação própria dos municípios. Por outro lado, o desenho nacional das

políticas, em particular, a capacidade da União induzir o empenho dos municípios em melhorar seus indicadores sociais.

1. As expectativas da literatura

Estudos que relacionam descentralização de serviços públicos e aumento no acesso e qualidade desses serviços não demonstram um absoluto consenso com relação às possíveis conexões de causa-efeito entre esses fenômenos (Gomes, 2010; Shah, et al., 2004; Treisman, 2007). Para alguns estudiosos do tema, reformas de descentralização possibilitaram a elevação do acesso a serviços básicos ao passo que outros encontram outros fatores como explicativos do desempenho dos governos locais e suas políticas. Por exemplo, estudo de Faguet & Sánchez (2008) mostra uma melhora no resultado de algumas políticas sociais e de infraestrutura urbana na Colômbia e Bolívia após reformas de descentralização. No caso boliviano, a descentralização política e fiscal teria permitido que localidades antes totalmente desprovidas de recursos próprios passassem a dispor de receitas para a provisão de serviços de educação (Faguet & Sánchez, 2008, pp. 1300-01). Como exemplo antagônico, o fator mais importante para a explicação do desempenho nas políticas executadas de forma descentralizada em 69 países seria simplesmente o nível de desenvolvimento econômico de um país na análise de (O'Dwyer & Ziblatt, 2006). Se isto se aplica, continuam os autores, ao contrário do que normalmente se propaga, talvez a centralização produza melhor governança nos países “de desenvolvimento tardio”.

Como consequência dessa falta de consenso, há uma abundância de proposições teóricas relacionando fatores locais ou exógenos com resultado de políticas. Para os objetivos do teste empírico a ser realizado neste artigo, dois aspectos serão discutidos: a capacidade fiscal local e o papel do governo central como coordenador e formulador de políticas de compensação ou redução das disparidades dessas capacidades entre governos subnacionais.

A proposição seminal e mais radical na defesa da superioridade de formas descentralizadas de provisão de serviços vis-à-vis a centralização no governo central é representada pelo grupo dos teóricos do federalismo fiscal (Oates, 1999; Brennan & Buchanan, 1980; Tiebout, 1956). Essencialmente, este grupo de economistas, na sua

maioria, aplica a lógica de equilíbrio do mercado para explicar a provisão eficiente dos serviços públicos.

O conceito central para esses autores é eficiência alocativa na distribuição das funções de Estado. Em outras palavras, trata-se de encontrar as atividades e serviços que cada nível de governo, tornando-se responsável pela provisão, produziria o máximo de eficiência em termos de alocação dos recursos do Estado. Assim como no modelo de equilíbrio do mercado, que é alcançado de forma descentralizada através das trocas de bens privados entre indivíduos, uma “livre concorrência” entre governos subnacionais ensejaria resultados eficientes em termos de provisão de bens públicos para a coletividade. A eficiência alocativa, portanto, seria resultado da liberdade em adequar as políticas e serviços locais às preferências dos cidadãos, inclusive a decisão sobre qual deva ser o nível de taxação local.

O mecanismo causal proposto por este grupo de pensadores é relativamente simples: apenas os governos locais podem responder às preferências dos cidadãos de seus territórios (ou de suas jurisdições). O governo central, ao contrário, não teria condições de definir os diferentes níveis ótimos de taxação e de alocação de recursos nas jurisdições locais. O comportamento padrão dos governos centrais é a adoção de políticas uniformes em todo o território nacional.

Em suma, para esses autores a centralização fiscal produz piores resultados na provisão de serviços públicos. Em termos de políticas públicas, caberia dar aos governos subnacionais ampla autonomia para decidir não apenas quanto taxar como também liberdade para definir qual “pacote” de serviços públicos ofertar à população residente na sua jurisdição. A adequação entre preferências dos cidadãos e equilíbrio (ou responsabilidade) fiscal se realizaria plenamente.

As críticas a essa forma de interpretação são muitas. Do ponto de vista dos interesses deste texto, cabe citar duas delas. A primeira refere-se à crítica de que a descentralização fiscal como proposta pela teoria do federalismo fiscal gera, inevitavelmente, disparidades ou desigualdades internas. A segunda destaca a insuficiência da dimensão fiscal na aferição de formas ou graus de descentralização e, portanto, como fator explicativo do resultado das políticas.

Do ponto de vista da primeira questão, o principal argumento é que sem políticas de coordenação e redistribuição pelos governos centrais, os governos locais com baixa dinâmica econômica contarão necessariamente com pequena capacidade de gasto e, portanto, incapacidade de prover serviços (Prud'homme, 1995). A solução seria introduzir o governo central como coordenação de políticas nacionais, por um lado, e adotar transferências intergovernamentais como forma de compensação das disparidades internas.

A evolução desse debate também introduz o desenho institucional da reforma como condição necessária para explicar o “sucesso” nos resultados de políticas sendo executadas por governos locais. A proposição mais forte dentre esses estudos é a versão revista do Banco Mundial a respeito da relação entre descentralização e desempenho de governos subnacionais. Se anteriormente a descentralização por si – de maneira muito similar aos argumentos dos teóricos do federalismo fiscal – produziria a desejada aproximação governo-governados, a partir dos anos 2000, o desenho institucional da reforma passa a ser entendido como variável central para garantir bons resultados. Os mecanismos essenciais que garantiriam um bom desempenho dos governos seriam: a existência de canais de participação da população local e a “accountability” (ou a prestação de contas das ações dos governos para a sociedade, “responsabilização”). Para que este objetivo seja alcançado, seria necessária a adoção de um conjunto de instituições que garantiriam incentivos positivos para a responsividade dos governos, assim como constrangimentos (incentivos negativos) para o comportamento irresponsável. Isto seria especialmente verdadeiro no caso dos países em desenvolvimento, caracterizados por instituições fracas e baixa capacidade de mobilização e monitoramento por parte da população local (Litvack, et al., 1998; Shah, et al., 2004).

Desta forma, a razão que explicaria a variedade de resultados observados com relação ao desempenho dos governos após reformas de descentralização - ou a inadequação entre a concepção teórica e os efeitos da descentralização - passa a ser atribuído ao desenho institucional inapropriado para o caso dos países em desenvolvimento (Shah, Thompson, & Zou, 2004). E quais seriam os desenhos institucionais adequados? (Litvack, Ahmad e Bird (1998) listam uma série de considerações. Dentre elas, a importância de definições claras sobre qual nível de governo será responsável pelo financiamento e provisão do serviço e um marco regulatório que contenha limites ao endividamento subnacional e incentivos para

aumentar a eficiência da arrecadação própria, ou seja, diminuir a dependência das transferências intergovernamentais.

A principal crítica a este tipo de interpretação refere-se ao “poder” do desenho institucional. Ainda que se possa concordar que as instituições importam, como reza o jargão dos neo-institucionalistas, não há absoluto consenso com relação a quais instituições produziram resultados positivos no desempenho dos governos locais. Mais especificamente, não há garantias de que regras institucionais produzirão efeitos similares em contextos diferenciados. Além disto, ainda que seja esperado que normatizações que dificultem o endividamento demasiadamente elevado dos governos subnacionais ou que determinem patamares máximos de gastos produzam esse efeito, ainda assim isto não é garantia de qualidade na provisão dos serviços públicos.

Ainda assim, é possível dizer que, em boa medida, essa mudança na visão dos efeitos atribuídos à descentralização é uma resposta ao fato de que a coordenação dos governos centrais, mais especificamente, ao formular o desenho institucional de reformas de descentralização, é central para garantir eficiência e efetividade das políticas locais. Como argumentamos mais adiante, nosso entendimento é que o resultado observado nas políticas municipais de educação e saúde no caso brasileiro é fortemente explicado pela progressiva normatização nacional produzida desde meados da década de 1990. Nesse sentido, trata-se efetivamente da escolha de um desenho institucional específico. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

Com relação à crítica sobre a insuficiência da dimensão fiscal para o entendimento das formas de descentralização, a literatura sobre o tema introduz a noção de que haveria outras duas dimensões da descentralização, não necessariamente relacionadas umas as outras: fiscal, administrativa e política. Esses autores (Schneider, 2003; Treisman, 2007; Sellers & Lindström, 2007; O'Dwyer & Ziblatt, 2006) passam a analisar as dimensões que um país e verificam que não há uma relação direta entre descentralização fiscal e política e administrativa. Isto é, essas análises encontram países com altos níveis de descentralização em uma dimensão mas não necessariamente em outra. Isto implica refutar a premissa dos teóricos do federalismo fiscal de que descentralização fiscal equivale à autonomia para decidir o “pacote” de serviços públicos a ser ofertado (Gomes, 2012).

Do ponto de vista da análise que desenvolvemos aqui importa observar a dimensão fiscal, que será objeto de nosso teste empírico. A dimensão administrativa não será tratada neste texto e como, no nosso caso, a dimensão política é constante, ou seja, todos os municípios detêm o mesmo grau de descentralização política – pois têm seus executivos e legislativos eleitos de forma direta -, não há razão para tomá-la como um potencial fator explicativo.

Do ponto de vista da capacidade fiscal, parte-se da hipótese – derivada desses estudos – de que municípios com maior disponibilidade de recursos apresentarão um melhor desempenho, pois teriam as condições mínimas necessárias para prover serviços de qualidade. No caso da nossa análise, esta variável é também relevante na medida em que a forma de financiamento das duas políticas em análise – saúde e educação no Brasil – são distintas. A política de saúde é ainda fortemente centralizada no governo federal pois baseia-se na transferência intergovernamental de recursos da União para Estados e municípios. Com a aprovação e regulamentação da emenda constitucional da saúde, no entanto, parte do financiamento das ações de saúde passou a contar com recursos orçamentários dos próprios entes da federação: no caso dos municípios, 15% das receitas de impostos e transferências e, nos Estados, 12%. Na educação básica, o financiamento é tradicionalmente dependente da capacidade fiscal de estados e municípios. Ainda que o financiamento da educação básica seja complementada pela União com diversos tipos de programas (como merenda, transporte, dinheiro direto na escola etc), a regra constitucional de vinculação de receitas subnacionais ao gasto com manutenção e ensino (25% para estados e municípios) associa diretamente a capacidade fiscal com a capacidade de gasto. Desta forma, como a capacidade fiscal e, portanto, de gasto irá variar a depender da realidade local de cada município, podemos incorporar ao teste empírico esse potencial fator explicativo, qual seja, em que medida a “riqueza” de um município explica o resultado em educação.

Em termos de normatização nacional, essas duas políticas também são distintas, como discutimos adiante, ainda que pareça plausível supor que a política de educação tenha passado por um vigoroso processo de normatização e financiamento nacional após a aprovação do FUNDEB (2006) e da desvinculação dos recursos educação da DRU (Desvinculação de Receitas da União) em 2009 – aumentando os recursos disponíveis do

Ministério da Educação -, a regulamentação do piso nacional dos profissionais da educação (2008) e outros programas que passaram a associar resultado no IDEB com transferências de recursos. Em suma, adotamos o teste da hipótese de que o papel dos governos centrais, ou seja, a forma como está dado o desenho institucional das políticas de execução descentralizada, influencia o resultado nacional dessas mesmas políticas. As próximas seções apresentam os dados criados para o teste empírico.

2. O modelo de análise: um experimento natural

Este estudo foi organizado de modo a examinar o efeito das políticas públicas e dos fatores locais sobre a relação entre pobreza e condições de saúde e educação. Sua principal pergunta é: que fatores institucionais favorecem que as condições de saúde e educação sejam dissociadas da situação de pobreza?

O Brasil é um ótimo caso para empregar uma metodologia de experimento natural e avançar proposições acerca deste problema. Seus municípios variam consideravelmente no que diz respeito aos fatores que a literatura aponta como relevantes. PIBs municipais, capacidade fiscal, renda média da população, taxas de pobreza, gasto per capita em saúde e educação e o percentual do gasto municipal dedicado a estas políticas apresentam valores muito desiguais entre os municípios. Esta variação nos permitiu testar a associação entre fatores locais e condições sociais.

As políticas de educação e saúde, por sua vez, são universais, beneficiam principalmente os pobres e são implementadas em todos os municípios brasileiros. Por outro lado, são bastante distintas no que diz respeito às regras nacionais orientadas a afetar as condições locais da implementação. A interferência do governo central na política de saúde, tanto no que diz respeito ao gasto quanto às políticas a serem adotadas pelos municípios, é extensiva e antecede o período cujos resultados observamos. Na política de educação, por sua vez, os municípios tradicionalmente tiveram bastante autonomia na definição das políticas a serem adotadas ao passo que suas decisões de gasto foram bastante afetadas pela regulação federal (Arretche, 2010). Por outro lado, a partir de 2003, uma política nacional de incentivos à melhoria do desempenho das redes municipais de educação foi implementada pelo Ministério da Educação e Cultura. Assim, podemos

empregar a distribuição territorial das condições de saúde como “grupo de controle” para a situação da educação assim como podemos adotar a situação da educação e da saúde no início da década como “grupo de controle” para a situação social no final da década de 2000.

Estes fatos nos permitem examinar a relação entre as condições de saúde e educação e a pobreza, tomando cada município brasileiro como unidade de observação. Permitem também examinar a importância de políticas nacionais orientadas a reduzir o efeito dos fatores locais sobre as condições sociais. Se a política de saúde tem sido desde o final dos anos 90 orientada a interferir nas políticas e no gasto dos municípios, a política de educação variou ao longo da década de 2000 no sentido de produzir incentivos, pela via do poder de gasto do governo federal, para que os municípios melhorassem seus resultados educacionais.

Para examinar a situação social dos municípios, construímos indicadores sintéticos separados para as condições de saúde e educação, como será detalhado mais abaixo.

Observe-se, portanto, que nossa unidade de observação é a mesma para as políticas de educação e saúde. Procuramos reduzir substancialmente a especulação sobre o efeito de dimensões locais não-observáveis tornando nossos resultados de interesse o mais comparável possível. Ainda que não seja possível comparar diretamente a situação de saúde e de educação em cada município, dado que os indicadores de desempenho observados não são os mesmos, diferenças nos *padrões de desigualdade* podem ser comparadas. Dado que o município e seus atributos são rigorosamente os mesmos, variações no desempenho do conjunto podem ser atribuídas às políticas sob análise.

Contudo, estamos cientes de que a ausência de controles sobre as políticas estaduais, que nossos estudos anteriores revelaram ser bastante importantes (Arretche, 2000; (GOMES, 2009), bem como sobre as políticas municipais, afetam os resultados encontrados. Na linguagem dos estudos experimentais: é fato que alguns dos municípios no universo estudado receberam um "tratamento adicional" ao examinado neste estudo, isto é, além das políticas nacionais, as políticas estaduais e as políticas municipais certamente têm impacto sobre as condições de saúde e educação. Além disto, também é bastante plausível supor que nossos resultados sejam afetados pela interferência entre as políticas observadas, isto é, uma melhora das condições educacionais afeta positivamente as condições de saúde

ou vice-versa. Nosso estudo, contudo, não testou estes efeitos. Estas limitações metodológicas sugerem cautela em nossas conclusões.

2.1. Índice da Saúde Municipal e Índice da Educação Municipal

Coletamos dados sobre as condições de saúde e de educação para todos os municípios brasileiros para os triênios 2003-2005 e 2007-2009, em saúde, e para os triênios 2004-2006 e 2007-2009, em educação. Este procedimento permitiu comparar a trajetória daquelas condições na década de 2000. Para todos os fatores examinados no estudo, trabalhamos com a média do triênio, de modo a evitar possíveis vieses derivados do comportamento de um indicador em um ponto discreto no tempo.

Com base em 10 indicadores de desempenho, construímos o *índice da educação municipal* e o *índice da saúde municipal*. Os indicadores foram selecionados de modo a medir resultados e apenas excepcionalmente a oferta de serviços. Além disto, foram selecionados de modo a medir dimensões das condições de saúde e educação que sejam afetadas pelas políticas municipais, evitando, portanto, introduzir dimensões estranhas ao “tratamento” produzido pelas políticas nacionais e pelas condições locais. Além disto, a seleção de 10 indicadores visou aumentar o número de dimensões analisadas, de modo a evitar viés de análise derivado do comportamento idiossincrático de um único indicador. Assim, o *índice municipal de saúde* e o *índice municipal de educação* podem ser tomados como indicadores abrangentes das condições de saúde e educação básicas bem como um resultado das políticas implementadas.

Cada índice é resultado da soma dos valores obtidos para cada um dos dez indicadores, cujos valores originais foram padronizados (escala de 0 a 1). Portanto, cada indicador tem o mesmo peso no modelo de análise, como mostra a Figura 1.

Figura 1
Estrutura Básica do Modelo

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Índice Final
Município 1	1,00	0,60	0,76	0,45	0,56	0,32	1,00	1,00	0,50	1,00	7,19
Município 2	0,50	1,00	1,00	0,00	0,43	0,98	0,40	0,30	1,00	0,00	5,61
Município 3	0,40	0,44	0,56	0,75		1,00	1,00	1,00	0,23	1,00	6,38
Município 4	0,70	0,76	0,00	0,87	0,00	0,00	0,99	0,00	0,00	0,11	3,43
Município 5	1,00	0,00	0,20	0,23			0,87	0,32	0,76	1,00	5,48
Município n	0,00	0,00	0,76	0,98	1,00	1,00	0,88	0,32	0,11	0,33	5,38

Nos casos em que não há informação disponível para um determinado indicador em um dado município, foram adotados os seguintes procedimentos, levando-se em consideração a responsabilidade ou não do município pela falta de informação.

Inferência por negação – tal situação ocorre apenas para os indicadores de saúde. Na Figura 1, o município 3 não apresentou informações aos órgãos oficiais no que tange ao indicador 5. Tal fato indica que o município negou-se a ser avaliado pelos sistemas nacionais de informação – não forneceu, por exemplo, informações ao DATASUS. Nesta situação específica, no cálculo do *índice da saúde municipal* essa informação terá o mesmo efeito do que o valor “0 (zero)” para o indicador padronizado específico, uma vez que este índice é obtido a partir da soma de todos os indicadores padronizados.

Inferência por exclusão – há situações em que a ausência de informações sobre o município em um indicador particular não denota disposição de não ser avaliado, mas a impossibilidade de atribuir ao município responsabilidade pela oferta dos serviços avaliados. Tal fato é exclusivo dos indicadores de educação. Na figura 1, seria o caso do município 5, em relação aos indicadores 5 e 6. Um exemplo desta situação seria o indicador relacionado aos alunos de 5ª à 8ª série do ensino fundamental para um município que não oferece matrículas da 5ª à 8ª série. Nesse caso, portanto, a ausência de informação está relacionada à ausência de competência na execução da política. Nesse caso, o *índice final* do município considera apenas o conjunto de indicadores válidos, correspondendo a uma média dos valores disponíveis. O índice final 5,48 do município 5 foi calculado na média dos valores dos 8 indicadores disponíveis ($4,38 / 8 = 0,5475$) multiplicada por 10, que é o número total de indicadores.

2.2. Critérios de seleção dos indicadores

Os indicadores que compõem o *índice da saúde municipal* foram selecionados com base no fato de que os municípios são gestores dos serviços básicos de atenção à saúde e comprometeram-se com o Pacto de Atenção Básica, lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, bem como com o Pacto pela Saúde, lançado em 2010-2011. Com base nesses pactos, os municípios estão comprometidos com metas relativas à saúde da criança, da mulher, de saúde bucal, bem como de combate a doenças emergentes e endemias. Os indicadores que compõem o *índice da educação municipal* baseiam-se no fato de que a rede municipal de educação oferece 98% das matrículas na rede pública do ensino infantil, bem como tem presença majoritária nas séries iniciais do ensino fundamental – 64% das matrículas da rede pública, além de oferecer 37% das matrículas nas séries finais⁶.

A importância dos municípios na prestação de serviços de educação e saúde básicas permite, em princípio, selecionar uma vasta variedade de indicadores. Assim, um grande conjunto de indicadores de resultados foi submetido a testes estatísticos, de modo a obtermos um conjunto de 10 indicadores. Estes testes foram: (i) de número de casos válidos (univariada), para excluir indicadores para os quais as informações disponíveis comprometessem a abrangência da avaliação; (ii) de variabilidade (univariada), para excluir indicadores cujo comportamento no Brasil apresentasse baixos coeficientes de variação; (iii) de outliers (univariada), ou casos discrepantes, para excluir indicadores cujo comportamento apresentasse valores significativos de casos desviantes; (iv) de correlação (bivariada), para excluir indicadores cujo comportamento seja similar, o que implicaria desperdício nos esforços de avaliação, uma vez que dois indicadores poderiam avaliar a mesma dimensão; e (v) de validação conceitual, orientado a incluir ou excluir da análise indicadores que medissem dimensões relevantes não consideradas pelos testes anteriores.

Com base nestes critérios, para a área da saúde, foram selecionados os seguintes indicadores: (i) taxa de mortalidade neonatal precoce; (ii) taxa de mortalidade infantil; (iii) proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal; (iv) razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos na população feminina nessa faixa etária; (v) cobertura vacinal tetravalente (DTP/Hib); (vi) taxa de incidência de tuberculose;

⁶ Dados elaborados com base no Censo Escolar de 2006.

(vii) taxa de incidência de dengue. Por razões de disponibilidade de dados e para respeitar o princípio de examinar diferentes dimensões da situação da saúde da população, tivemos de trabalhar com indicadores distintos. Assim, coletamos dados sobre a (viii) taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos para o triênio 2004-2006 e sobre o percentual de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade para o triênio 2007-2009. Para medir a saúde adulta, coletamos dados sobre (ix) a taxa de internação por AVC (40 anos e mais) para 2004-2006 e a taxa de internação por AVC (30 a 59 anos) para 2007-2009. Finalmente, no campo da saúde bucal, incluímos (x) a média de procedimentos odontológicos básicos individuais em 2004-2006 e a cobertura das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em 2007-2009.

Na educação, coletamos dados sobre a rede municipal (para os anos 2003-2005 e 2007-2009⁷), sobre (i) cobertura potencial até 6 anos; (ii) taxa de reprovação até a 4ª série do ensino fundamental; (iii) taxa de reprovação da 5ª à 8ª série do ensino fundamental; (iv) taxa de abandono até a 4ª série do ensino fundamental; (v) taxa de abandono da 5ª à 8ª série do ensino fundamental; (vi) distorção idade-série até a 4ª série do ensino fundamental; (vii) proporção de escolas municipais com nota padronizada na Prova Brasil (4ª série do ensino fundamental) inferior à nota média padronizada do Brasil; (viii) proporção de escolas municipais com nota padronizada na Prova Brasil (8ª série do ensino fundamental) inferior à nota média padronizada do Brasil; (ix) nota média padronizada na 4ª série do ensino fundamental; (x) nota média padronizada na 8ª série do ensino fundamental.

2.3. Metodologia de Construção dos Índices Sintéticos

Na composição dos índices, todos os indicadores componentes foram padronizados na escala de 0 a 1, a fim de facilitar a interpretação dos dados. Para tanto, utilizou-se a seguinte padronização:

$$V_{ji}^P = \frac{V_{ji} - V_{j,Min}}{V_{j,Max} - V_{j,Min}}$$

onde j corresponde ao número da variável e i ao município.

⁷ Para a Prova Brasil, os dados referem-se aos exames de 2005 e 2009.

Os valores mínimos e máximos utilizados na padronização são apresentados na Tabela 2 (no anexo). Para boa parte dos indicadores, foram excluídas as “outliers” inferiores e superiores, observadas na distribuição dos valores brutos do indicador, para a definição dos valores mínimo e máximo adotados na padronização. Além disso, de forma a verificar a evolução temporal dos índices sintéticos dentro de uma mesma área de política, adotou-se a seguinte metodologia para a definição dos valores mínimos e máximos:

i) para a área de saúde, inicialmente, obtiveram-se os valores mínimo e máximo usados na padronização de cada um dos indicadores referentes ao período de 2007-2009. A seguir, replicaram-se estes mesmos valores para a padronização de cada um dos indicadores de 2004-2006. Para o período de 2004-2006, 3 indicadores tiveram seus valores mínimos e máximos calculados de maneira análoga aos 10 indicadores de 2007-2009. Tais indicadores são: Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos; Taxa de internação por AVC – 40 anos e mais; Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.

ii) para a área de educação, inicialmente, obtiveram-se os valores mínimo e máximo usados na padronização de cada um dos indicadores referentes ao período de 2007-2009. A seguir, replicaram-se estes mesmos valores para a padronização de cada um dos indicadores de 2003-2005.

3. As desigualdades territoriais nas condições sociais no Brasil

A desigualdade nas condições de saúde é bem menos acentuada entre os municípios brasileiros do que a desigualdade no desempenho dos sistemas municipais de educação. Esta conclusão pode ser visualizada nos mapas 1 a 4. Para sua elaboração, os índices municipais de educação e saúde foram distribuídos em 5 intervalos de mesmo tamanho⁸. Os mapas 1 e 2 referem-se à trajetória das condições de saúde ao passo que os mapas 3 e 4 referem-se à situação da educação.

Na saúde, valores extremos são bastante raros, ao passo que a esmagadora maioria dos municípios obteve índices variando entre mais de 4 a 8. Índices variando entre mais de

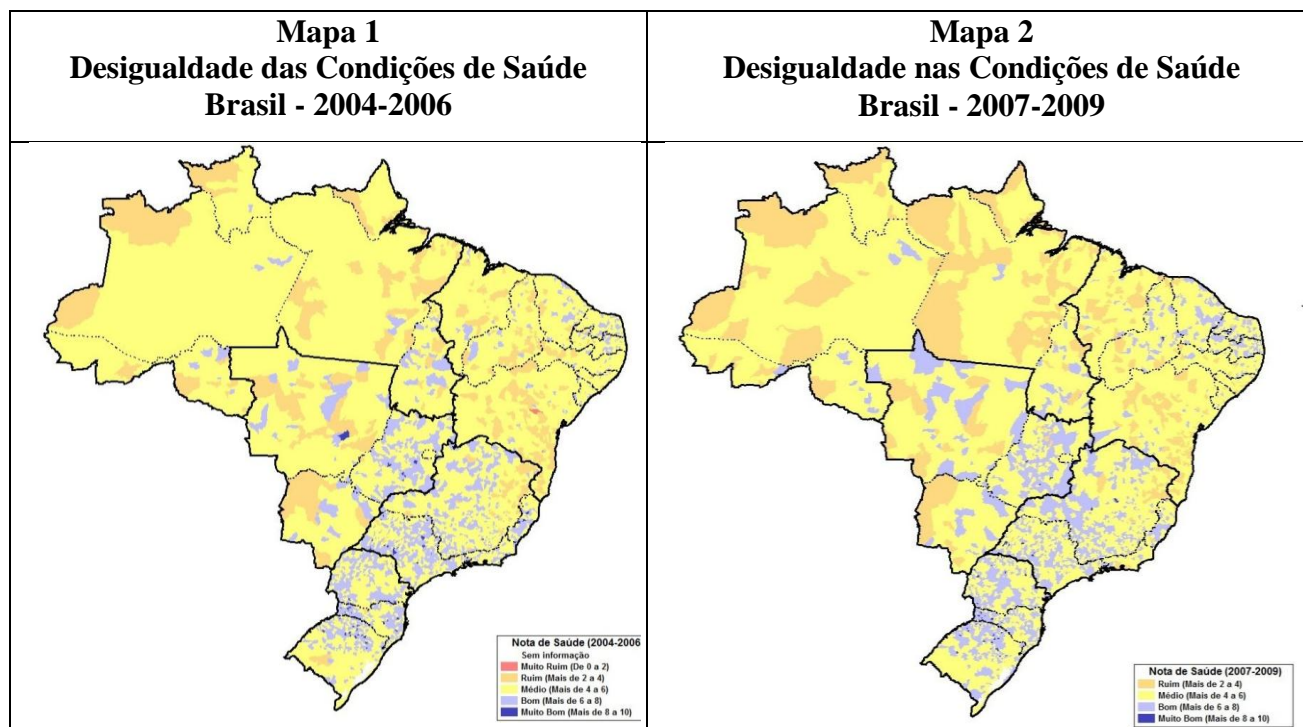
⁸ Os intervalos considerados para os índices foram: De 0 a 2; Mais de 2 a 4; Mais de 4 a 6; Mais de 6 a 8; Mais de 8 a 10.

2 a 4, que expressariam condições ruins de saúde, são também escassos. Há raros municípios em que a situação de saúde poderia ser considerada excelente quando comparada à dos demais, assim como não há casos em que a situação de saúde poderia ser considerada péssima. Esta distribuição territorial das condições de saúde apresenta relativa estabilidade de 2004-2006 a 2007-2009.

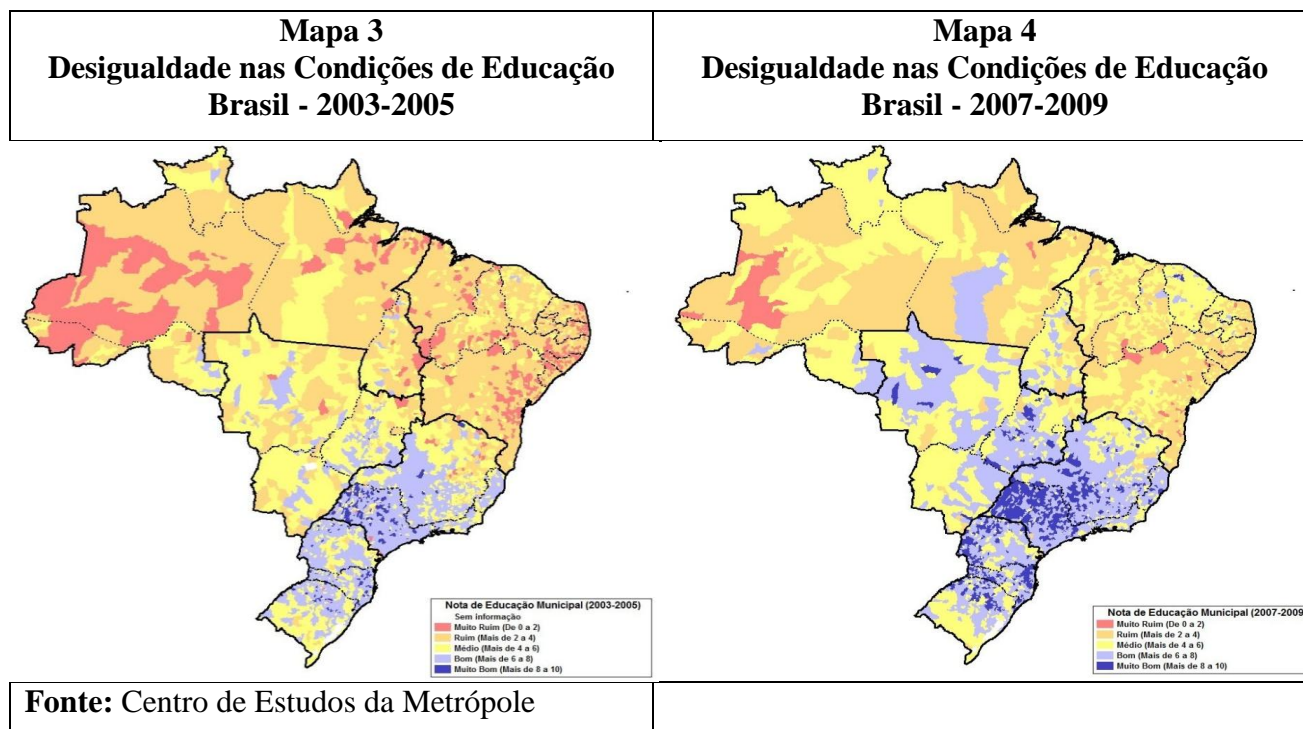
Os sistemas municipais de educação apresentam resultados bastante distintos. No início da década de 2000, ilhas de excelência, isto é, municípios que obtiveram índices que variam de mais de 8 a 10, estavam concentrados no estado de São Paulo. Municípios com bom desempenho, cujos índices variavam entre mais de 6 a 8, estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Em contraste, um número razoável de municípios, concentrados nas regiões Norte e Nordeste, obtiveram notas entre mais de 2 a 4, além do que ali também se encontrava um número expressivo de municípios com índice menor ou igual a 2.

Este padrão de desigualdade se manteve ao final da década, ainda que o número de municípios com índice menor ou igual a 2 tenha sido substancialmente reduzido, bem como o número de municípios com maiores valores no índice também tenha aumentado. A combinação destes resultados implica que os índices melhoraram, mas a desigualdade territorial em quase todas as regiões também aumentou. Há simultaneamente uma melhoria no desempenho da educação municipal num conjunto expressivo de municípios acompanhada de estagnação ou piora em outros, o que gera um crescimento das desigualdades de desempenho entre os municípios, notadamente nas regiões Norte, Nordeste e Sul.

As trajetórias das condições de saúde e de educação ao longo da década podem ser melhor observadas nos gráficos 1 e 2, que comparam os dois períodos para os quais coletamos dados. Os municípios localizados abaixo da reta de 45 graus foram aqueles que obtiveram um índice de desempenho em 2007-2009 inferior àquele obtido no início da década ao passo que municípios que melhoraram suas condições sociais estão localizados acima desta reta.



Fonte: Centro de Estudos da Metrópole



Fonte: Centro de Estudos da Metrópole

Fonte: Centro de Estudos da Metrópole

Observe-se em primeiro lugar que, para ambas as políticas, boa parte dos pontos, que representam cada um dos municípios, está próxima à reta. De uma maneira geral, isto indica que a trajetória, seja para melhor seja para pior, tende a ser que o município obtenha um índice final próximo ao obtido no período anterior. Pioras ou melhoras radicais são raras, portanto. Apesar disso, como veremos, na educação, a distância em relação à reta para uma grande quantidade de municípios é maior do que a distância na saúde.

Além disso, há um número expressivo de municípios que apresentou piora de suas condições de saúde ao longo da década. Como nosso índice é composto por dimensões identificáveis, pudemos identificar que esta piora foi puxada basicamente pela expansão das taxas de incidência de dengue.

Na educação municipal, por outro lado, o número de municípios que melhorou seu desempenho é muito maior do que os que pioraram, confirmando as evidências dos mapas 3 e 4. Este resultado, por sua vez, é explicado pela melhora no desempenho em diversos componentes do índice.

Ao longo da década, (i) aumentou a cobertura potencial até 6 anos (isto é, a taxa de atendimento municipal a crianças até esta faixa etária); (ii) caiu a taxa de abandono até a 4a. série do ensino fundamental; (iii) reduziu-se a proporção de escolas com nota padronizada na Prova Brasil (8a. série do ensino fundamental) inferior à nota média padronizada do Brasil e (iv) aumentaram as notas médias padronizadas da Prova Brasil na 4a e na 8a. séries do ensino fundamental. Por fim, (v) caiu a taxa de reprovação até a 4a. série do ensino fundamental e (vi) diminuiu a taxa de abandono da 5a. a 8a. série do ensino fundamental. Em suma, a trajetória de melhora do desempenho do sistema municipal de educação ao longo da década é resultado de melhora em diferentes componentes do índice, melhora que se distribuiu desigualmente entre os municípios.

Gráfico 1
Condições de saúde nos municípios brasileiros
Comparação 2004-2006 e 2007-2009

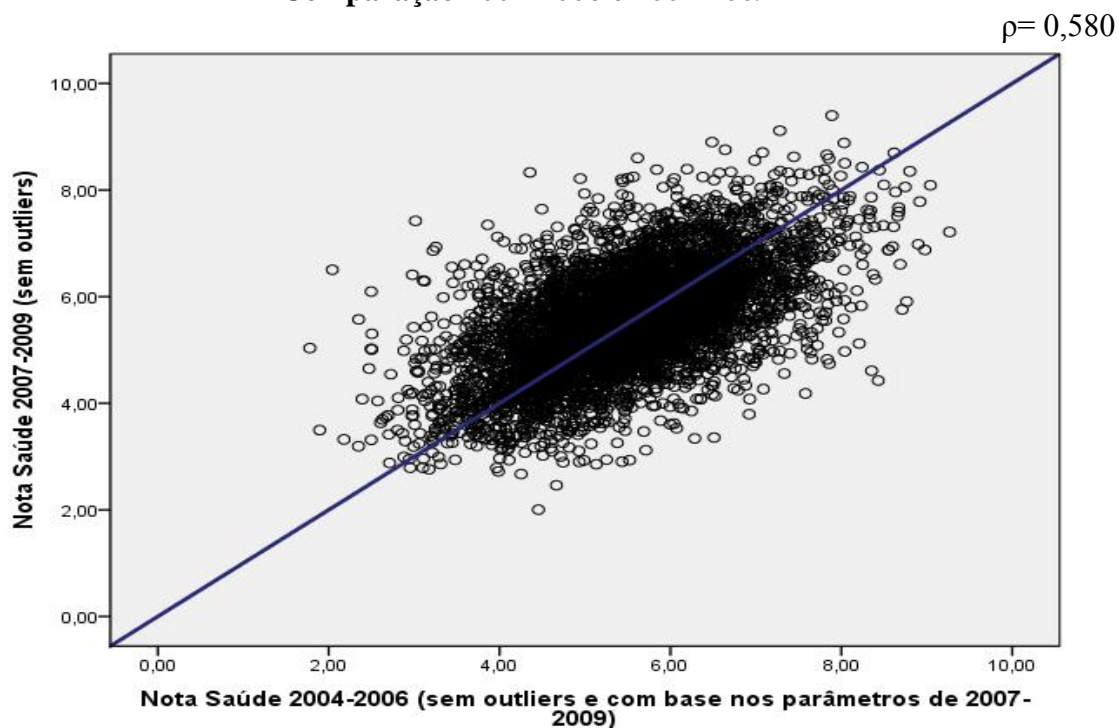
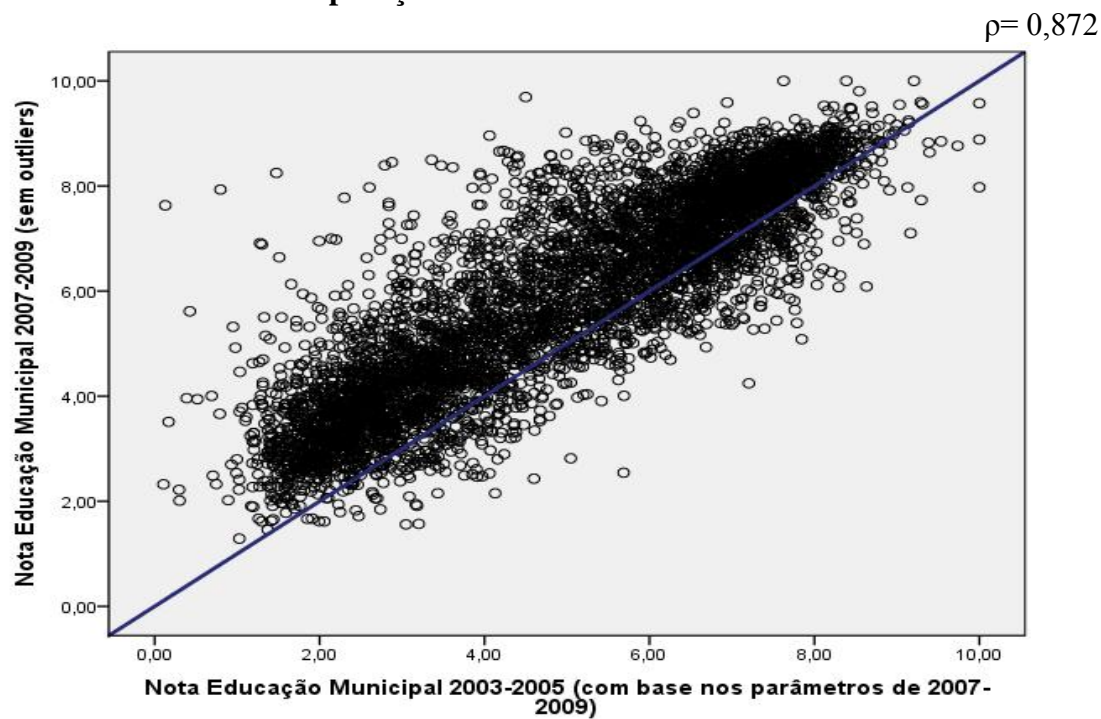


Gráfico 2
Condições de educação nos municípios brasileiros
Comparação 2003-2005 e 2007-2009



Nossos resultados deixam margem a pouca dúvida. Construimos uma medida abrangente (isto é, que observa diferentes aspectos) das condições de saúde e educação no Brasil. Concluimos que a desigualdade das condições de saúde na década de 2000 era bem menos acentuada do que a desigualdade na educação infantil e fundamental, que são dimensões da situação educacional que estão sob responsabilidade dos municípios. Esta desigualdade territorial no desempenho das políticas não se alterou consideravelmente ao longo da década de 2000. Na verdade, a melhora dos indicadores educacionais foi acompanhada do aumento da desigualdade nas condições educacionais entre os municípios de quase todas as regiões do país.

3.1. Desigualdade territorial, pobreza e fatores locais

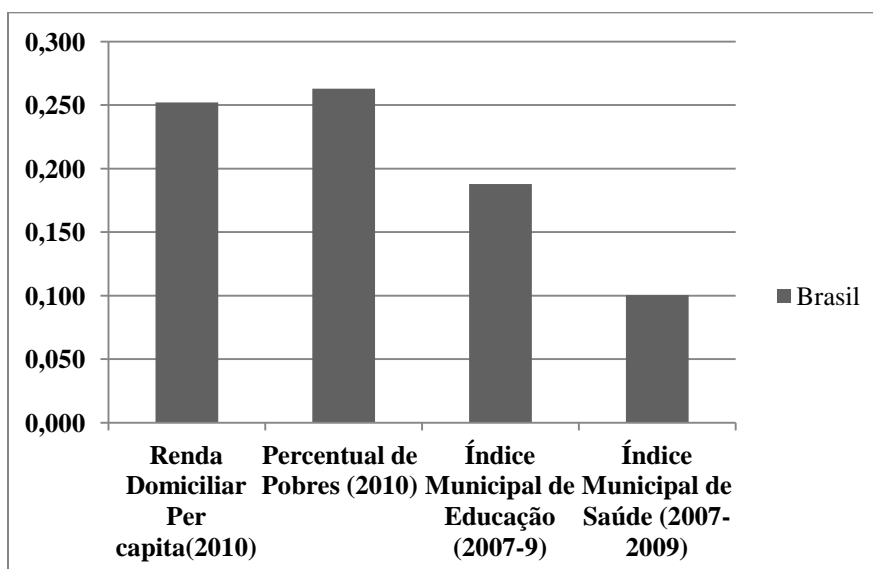
Certamente esta desigualdade territorial das condições sociais não pode ser tributada *exclusivamente* às condições locais. A razão é evidente. Para cada período observado, os municípios são os mesmos. Não é possível comparar diretamente o índice de saúde de um município com seu índice de educação, porque as dimensões observadas não são as mesmas. Logo, há uma amplo conjunto de dimensões não-observadas que afetam os resultados encontrados.

Entretanto, o fato de que desigualdade territorial tão divergente seja apresentada pelas duas políticas, para as mesmas unidades de observação em um mesmo momento no tempo, indica que parte da divergência de resultados pode ser imputada às políticas.

Esta conclusão pode ser confirmada observando a relação entre condições econômicas da população e as condições sociais dos municípios. O Gráfico 3 apresenta os coeficientes de Gini da renda domiciliar per capita e do percentual dos pobres em 2010⁹ e nossos índices de condições sociais. Assumimos que os municípios brasileiros são uma população (portanto, cada unidade é um indivíduo) e calculamos os coeficientes de desigualdades dos valores obtidos para cada indicador.

⁹ A base de dados é o Censo Demográfico de 2010.

Gráfico 3
Desigualdades Territoriais, Renda, Educação e Saúde
Coefficientes de Gini – Brasil



A desigualdade entre os municípios, no que diz respeito à renda domiciliar per capita é alta (0,252). Maior discrepância ainda é encontrada no tocante ao percentual de pobres (0,263). Isto significa que as condições econômicas dos domicílios nos municípios brasileiros variam muito. A desigualdade de renda domiciliar e a desigualdade de presença de pobres é bastante acentuada. Municípios com população mais rica e com menos pobres co-habitam o território nacional com municípios com população muito mais pobre e maior contingente de pobres.

Entretanto, esta desigualdade nas condições econômicas da população não se traduz diretamente em desigualdade das condições sociais. A desigualdade entre os municípios brasileiros no que diz respeito ao desempenho dos sistemas municipais de educação é inferior àquela encontrada para a renda ($=0,188$). E a desigualdade territorial das condições de saúde é ainda menor ($=0,100$).

Claro está que não estamos afirmando que não há desigualdade territorial, posto que, para nenhum indicador, o coeficiente de Gini é igual a zero, situação esta que corresponderia à ausência de desigualdades. Entretanto, há algo nas políticas de educação e saúde que faz com que seu desempenho não seja um reflexo direto das condições

econômicas da população. Mais que isto, há algo na política de saúde que torna ainda mais limitado este efeito.

Nossos resultados indicam claramente que a presença de uma elevada taxa de pobres está negativamente associada ao desempenho dos sistemas municipais de educação, ao passo que este efeito é bem mais limitado nas condições de saúde. Este pode ser observado nos gráficos 4 e 5, que apresentam a relação entre nossos índices de saúde e educação (em 2007-2009) e o percentual de pobres em 2010.

Gráfico 4
Índice Municipal de Saúde (2007-2009) versus Percentual de pobres (2010)

$\rho = -0,378$

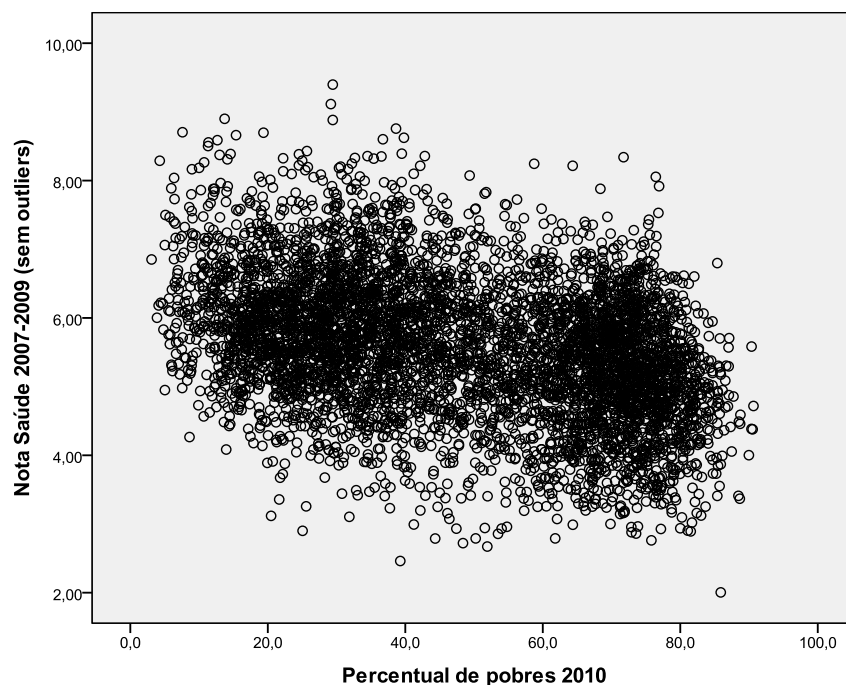
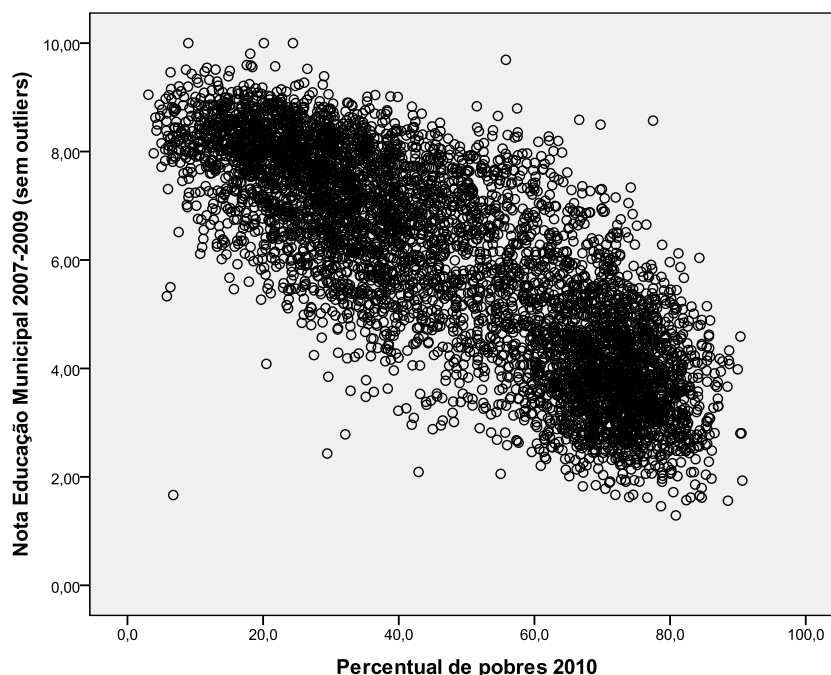


Gráfico 5
Índice Municipal de Educação (2007-2009) versus Percentual de pobres (2010)

$\rho = -0,811$



No caso do índice de saúde, não existe uma relação bem explícita quando se compara o desempenho da política e o percentual de pobres no município. Existem municípios com altos valores no índice e percentuais de pobres pequenos e grandes, bem como é possível observar municípios com baixo desempenho no índice e percentuais de pobres ora pequenos ora grandes.

Já no que tange à educação, conforme aumenta o desempenho da política no município, a tendência é que diminua o percentual de pobres, e vice-versa. Desta forma, pode-se considerar que, na prática, os municípios em melhor situação são aqueles que apresentam simultaneamente uma boa condição econômica (dada pelo baixo percentual de pobres) e boas condições educacionais.

Nossos cálculos também indicam que há fraca correlação entre o PIB per capita médio dos municípios e as condições sociais descritas por nossos índices. Isto significa que a riqueza gerada no município não apresenta relação direta com as condições da saúde básica e da educação fundamental e infantil. Mais uma vez, há evidências de que há fatores externos ao município que estão associados ao desempenho dos sistemas municipais de educação e saúde.

Nossos cálculos também indicam fraca correlação entre os índices de saúde (principalmente) e educação e o gasto médio per capita bem como o percentual de gasto nestas políticas em relação ao gasto total do município, *no triênio de interesse*. Este resultado, entretanto, deve ser tomado com bastante cautela. Não autoriza afirmar que estes fatores não têm qualquer relação com as condições de saúde e educação. Faz todo o sentido supor que as condições sociais no momento *presente* sejam pelo menos *parcialmente* explicadas por gastos realizados no *passado*. Logo, a expectativa de uma relação linear entre gasto e resultado em um mesmo momento no tempo é irrealista. A dificuldade metodológica para avaliar a importância desta relação, contudo, consiste em determinar seu *lag* temporal. Mais que isto, é razoável supor que este último também seja afetado pelas condições do município -- taxa de pobres, condições sanitárias, instalações de saúde, etc.

Além disto, sabemos, mais uma vez graças à influência da contribuição seminal de Esping-andersen (1985, 1990) para os estudos comparados em políticas públicas, que gasto não é uma *proxy* confiável de políticas, ao passo que estas últimas são condição necessária para entender os resultados da ação dos governos. Como veremos mais abaixo, a política de saúde é implementada de forma descentralizada no Brasil, mas é implementada sob regulação e supervisão do Ministério da Saúde. Como resultado, os programas municipais são razoavelmente similares no que diz respeito ao desenho. O mesmo não pode ser dito, contudo, em relação à política de educação. Programas municipais podem variar a cada nova gestão bem como as políticas estaduais constituem um “tratamento adicional” às políticas federais. O mesmo pode ser dito com relação à forma de financiamento destas políticas. Ao passo que as políticas de saúde são fortemente financiadas pela União numa lógica de transferência de recursos “per capita”, o orçamento municipal para a educação ainda é majoritariamente dependente da receita disponível em cada município. Desta forma, seria plausível supor que, no caso da educação, há maior liberdade de gerir o sistema municipal de educação com relação às formas de atendimento em que os agentes fariam um cálculo entre a capacidade de gasto existente e número ideal de alunos a serem atendidos em cada localidade. Assim, a nosso juízo, compreender a importância do gasto para as condições sociais requer estudos qualitativos que investiguem um conjunto de múltiplos fatores bem como sua evolução no tempo.

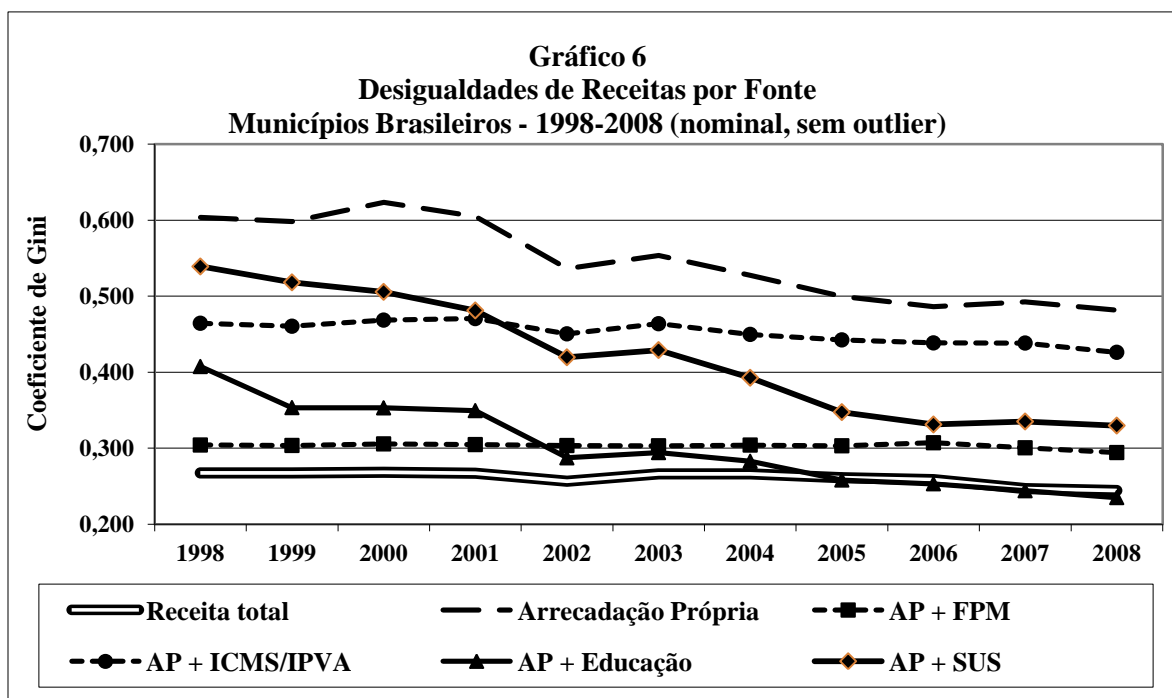
De todo modo, a baixa correlação entre o PIB municipal e seus índices de educação e saúde, combinada aos resultados encontrados para a relação entre pobreza e situação social indica que fatores externos às condições econômicas do município explicam (pelo menos *parcialmente*) a desigualdade territorial nas condições sociais. A próxima seção apresenta uma interpretação acerca do impacto do papel regulador e redistributivo da União sobre a desigualdade territorial das condições de saúde e educação.

4. Políticas nacionais de saúde e educação

Nossa interpretação é de que uma das razões pelas quais encontramos baixa correlação entre PIB municipal e condições de saúde e educação diz respeito ao impacto redistributivo das transferências constitucionais sobre a receita disponível dos municípios brasileiros. O Gráfico 6 apresenta os coeficientes de Gini para a receita tributária dos municípios brasileiros bem como para diferentes fontes de transferência. Mais uma vez, assumimos os municípios brasileiros como uma população de indivíduos e calculamos a desigualdade de receita entre eles, caso contassem apenas com recursos arrecadados diretamente no município (arrecadação própria) bem como o impacto de diferentes transferências sobre esta desigualdade original.

Caso os municípios brasileiros contassem apenas com sua receita de arrecadação própria, a desigualdade entre eles seria ainda mais escandalosa do que a desigualdade de renda da população brasileira. Este coeficiente de Gini tenha declinado ao longo da década, passou de 0,604 em 1998, aumentou ligeiramente no início da década de 2000 para obter 0,482 em 2008. As transferências do Fundo de Participação dos Municípios reduzem substancialmente esta desigualdade original. Sua entrada nos cofres municipais reduz o coeficiente de Gini das receitas municipais para valores próximos a 0,300 (obtido pela soma do FPM com a arrecadação própria). As transferências condicionadas para as políticas municipais de saúde e educação ganharam crescente impacto na redução das desigualdades de receita. Em 1998, as transferências do SUS reduziam o coeficiente de Gini para 0,539 (arrecadação própria + SUS) ao passo que as transferências do FUNDEF reduziam o coeficiente de Gini para 0,407 (arrecadação própria + transferências do FUNDEF). Em 2008, o impacto destas transferências era muito maior. A entrada dos

recursos do SUS reduzia o coeficiente de Gini das receitas para 0,330, ao passo que as transferências do FUNDEB reduziam o coeficiente de Gini das receitas municipais para 0,235.



Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Elaboração: Centro de Estudos da Metrópole

As regras do sistema fiscal brasileiro, em particular das transferências, são bastante controversas. Nossa constatação não implica uma defesa das regras de alocação de recursos. Implica apenas afirmar que o princípio redistributivo que as rege – cuja regra de alocação pode ser modificada – tem impacto importante na redução das desigualdades territoriais de receita. É nossa interpretação que este resultado *contribui* para a baixa correlação entre PIB municipal e condições sociais nos municípios, posto que temos evidências claras de que a desigualdade de gasto entre os municípios brasileiros seria muito maior caso estes contassem apenas com suas próprias receitas. O fato de que, uma vez efetuadas todas as transferências, o coeficiente de Gini estivesse no patamar de 0,244 em 2008 tem impacto sobre a capacidade dos municípios financiarem suas políticas de saúde e educação.

A redução das desigualdades de receita, contudo, *não parece ser condição suficiente* para a redução das desigualdades sociais. Por que, dadas as mesmas desigualdades de receita, as políticas de educação e saúde apresentam desigualdade territorial tão distinta? Na verdade, ao longo da década de 2000, as transferências para educação tiveram maior impacto redistributivo do que as transferências da saúde. Além disto, a vinculação de recursos para educação (25% da receita total dos municípios) destina maior volume de recursos para esta política do que para a saúde (cujas vinculação constitucional de recursos é de 15% das receitas municipais). Por fim, a vinculação de recursos para educação data do início da década de 80, com a aprovação da Emenda Calmon, ao passo que a vinculação de recursos para saúde passou a vigorar a partir de 2000. Se capacidade de gasto fosse condição suficiente para bom desempenho das políticas, deveríamos que a desigualdade em educação fosse mais limitada do que na saúde.

A aprovação de medidas redistributivas na educação ao longo da década de 2000 também pode ser observada numa série de políticas que passam a vincular parte dos recursos da educação à capacidade de atendimento (FUNDEF, FUNDEB e os vários programas financiados pelo Ministério da Educação, como merenda escolar, dinheiro direto na escola, transporte escolar etc). Estes desenhos institucionais dão um caráter mais redistributivo a essa política, especialmente no caso do FUNDEB que, além de ter expandido as transferências baseadas na lógica “per capita” do ensino fundamental para toda a educação básica (inclusive creches), também aumentou consideravelmente o volume de recursos relativamente ao quantitativo proporcional ao FUNDEF.

Ainda que se observe uma redução na desigualdade de gasto na educação, os nossos dados mostram que, contraditoriamente, a política educacional não tem sido capaz de diminuir a desigualdade com relação à qualidade da educação entre as redes municipais de ensino do país. De forma quase contraditória, tem aumentado a desigualdade em termos de desempenho. Isto quer dizer que a redução na desigualdade de gasto em educação não se reflete automaticamente em redução da desigualdade de resultados.

Assim, se gasto fosse condição suficiente para explicar desempenho de políticas, deveríamos esperar que as desigualdades em educação fossem menos acentuadas do que a desigualdade em saúde. Isto efetivamente rejeita a hipótese de que a capacidade fiscal dos governos é condição suficiente para produzir políticas mais eficientes e efetivas. Por fim,

como explicar a melhora das condições de educação na segunda metade da década de 2000? Esta não pode ser explicada pela própria educação, posto que esta é uma constante.

Uma possível explicação é a estratégia de aumento da qualidade de ensino estabelecida pelo Ministério da Educação ao final da década de 2000. A aprovação do Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação (2007) cria o IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) e estabelece metas de qualidade da educação a serem atingidas por todas as escolas até 2022. Trata-se de um índice que combina o resultado da Prova Brasil com taxas de rendimento (aprovação), isto é, as escolas devem simultaneamente melhorar o desempenho de seus alunos sem reprová-los ou induzir o abandono escolar, que pesam negativamente na composição do índice.

Não apenas os municípios firmaram um pacto para atingir tais metas como também as escolas foram premiadas (com recursos da União) quando atingem ou mesmo superam tais compromissos. É possível, portanto, que essa política tenha de fato incentivado as escolas e redes municipais de ensino a repensar suas estratégias de melhorar o desempenho escolar de seu alunado e seja possivelmente um fator explicativo para a melhora substantiva no resultado da educação observado em nossos dados. Isto, por outro lado, pode também explicar o aumento da desigualdade de desempenho, isto é, as escolas que conseguem melhorar seus resultados são premiadas com bônus extras mas haveria um conjunto de municípios ou, ainda, de escolas no interior de municípios que experimentam dificuldades para melhorar o desempenho de seus alunos. Nossa hipótese é que são as localidades com maior presença de população pobre as que têm maior dificuldade em melhorar o desempenho de seus alunos. Isto seria reforçado pelo fato concomitante de progressiva universalização do acesso à educação pré-escolar e ensino fundamental no mesmo período, inclusive com a obrigatoriedade de matrícula aos 6 anos de idade (2005) e o ensino obrigatório de 4 a 17 anos (em 2009), que introduz um novo contingente de alunos advindos de famílias pobres ou muito pobres, com todas as deficiências socioeconômicas que são consensualmente entendidas como centrais para explicar o desempenho escolar de indivíduos. Ainda que tal hipótese necessite de teste, se tal argumento parece válido, seria razoável dizer que há uma ausência de uma política específica para escolas que tem um contingente significativo de alunos pobres ou muito pobres. Visto dessa ótica, passa a ser esperado que essas escolas tenham maior dificuldade em melhorar o desempenho escolar de

seus alunos a despeito da existência de uma série de incentivos nacionais para a promoção da qualidade do ensino e de diminuição das desigualdades na capacidade de gasto dentre os municípios brasileiros.

Considerações Finais

Nossos resultados indicam que a redução das desigualdades nas condições sociais não pode ser derivada diretamente das instituições políticas formais. Não podemos afirmar que o federalismo brasileiro explique as desigualdades territoriais nas condições sociais. Sendo este uma constante, não pode explicar o desigual e mutável padrão territorial de desigualdade nas condições de saúde e educação na década de 2000.

A atenção básica à saúde, executada pelos município, mostra um nível de desigualdade territorial menor em comparação à educação municipal básica. Além disto, na educação, esta desigualdade se acentuou ao longo da década de 2000, a despeito de uma melhora expressiva no desempenho dos sistemas municipais de educação. Além disto, as condições sociais guardam fraca correlação com o percentual de pobres dos municípios, ao passo que na educação esta correlação é significativa e negativa, isto é, quanto maior o percentual de pobres, pior é o desempenho da educação municipal. Além da pobreza, a capacidade fiscal ou de gasto dos municípios não parece ser um fator explicativo do desempenho dos governos municipais em ambas as políticas.

Temos evidências para propor uma explicação alternativa à explicação que dá ênfase às instituições formais. Redução das desigualdades é resultado de políticas desenhadas para tal fim. A discrepância de resultados seria explicada, por um lado, pelo papel redistributivo da União, que opera reduzindo desigualdades de receita derivadas da capacidade de arrecadação própria dos municípios. O papel redistributivo da União tem produzido, via Fundo de Participação e transferências vinculadas às políticas de educação e saúde, diminuição da desigualdade na capacidade de gastos dos governos municipais brasileiros. Por outro lado, o desenho nacional das políticas, em particular, a capacidade da União induzir o empenho dos municípios em melhorar seus indicadores sociais.

Na saúde, desde o fim da década de 90, a União tem induzido que os municípios prestem serviços de atenção básica, desempenho este a respeito da qual são sistematicamente avaliados. Na educação, uma série de normas federais que produziu uma

redistribuição dos recursos da educação ao estabelecer critérios de distribuição atrelados às matrículas. Dito de outra forma, políticas como o FUNDEF e FUNDEB ou, ainda, programas como a merenda e transporte escolar dentre outros desvinculam a dependência de capacidade fiscal de um município do atendimento da demanda por vagas nas escolas. Por outro lado, a adoção de metas de aumento da qualidade do ensino nas escolas por meio do IDEB e do Pacto pela Educação também tem surtido efeito na melhora da qualidade educacional ofertada pelos municípios brasileiros.

Entretanto, apesar dos avanços verificados na qualidade da educação ao final da década – e em comparação ao período anterior –, a desigualdade de resultados cresceu. Trata-se certamente de um resultado inusitado, porém esperado, haja vista que as políticas de educação mais recentes parecem ter sido bem-sucedidas em incentivar a melhoria do ensino, e muitas escolas têm conseguido aproveitar essa oportunidade, porém um conjunto não desprezível de município não consegue o mesmo feito. Não temos como responder, neste momento, o que explicaria isto, ou seja, quais são as dificuldades encontradas. Porém, a hipótese de maior presença da população pobre como um potencial fator explicativo parece ser plausível.

Referências

- Arretche, Marta (2000). *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. Rio de Janeiro, Revan.
- Arretche, Marta (2010). “Federalismo e Igualdade Territorial: Uma Contradição em Termos?”, *Dados*, 53 (3): 587-620.
- Bueno, Natalia Salgado (2010) *Participação Política e Raça em Perspectiva Comparada: Evidências de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Pos-graduação em Ciência Política, Universidade de São Paulo).
- Brennan, G., & Buchanan, J. M. (1980). *The Power of Tax*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Esping-Andersen, Gosta (1985). "Power and Distributional Regimes", *Politics & Society*, 14(2): 223-56.
- Esping-Andersen, G.(1990). *The three worlds of the welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Faguet, J.-P., & Sánchez, F. (2008). Decentralization's Effect on Educational Outcomes in Bolivia and Colombia. *World Development*, vol. 36, n. 7, pp. 1294-1316.
- Glaeser, Edward L.; La Porta, Rafael; Lopez-de-Silanes, Florencio; Shleifer, Andrei (2004). "Do Institutions cause Growth", *Journal of Economic Growth*, 9, 271-303.
- Gomes, S. (2012). Fiscal Powers to Subnational Governments: reassessing the concept of fiscal autonomy. *Regional & Federal Studies*, DOI:10.1080/13597566.2012.679849.

- Gomes, S. (2009). Políticas Nacionais e Implementação Subnacional: Uma Revisão da Descentralização Pós-Fundef. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, vol. 52, nº 3, pp. 659-690.
- Gomes, S. (2010). The multi-faceted debate on decentralization and collective welfare. *Brazilian Political Science Review*, vol.4 (2), pp. 103-128.
- Litvack, J., Ahmad, J., & Bird, R. (1998). Rethinking Decentralization in Developing Countries. *The World Bank Sector Studies Series*. Washington, DC.
- Oates, W. E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, vol. 37, n. 3, september, pp. pp. 1120-1149.
- O'Dwyer, C., & Ziblatt, D. (2006). Does Decentralization make Government more Efficient and Effective? *Commonwealth & Comparative Politics*, vol. 44, n. 3, november, pp. pp. 1-18.
- Pickett, Kate and Richard Wilkinson (2011). *The Spirit Level. Why Greater equality makes societies stronger*. London: Bloomsbury Press.
- Prud'homme, R. (1995). "The Dangers of Decentralization". *World Bank Observer*, vol. 10.
- Ragin, Charles (1989). *The Comparative Method*. University of Califórnia Press.
- Ribeiro, Carlos Antonio Costa (2009). *Desigualdade de oportunidades no Brasil*. 1. ed. Belo Horizonte: Argvmentvm Editora Ltda.
- Schneider, A. (2003). Who gets what from whom? The impact of decentralisation on tax capacity and pro-poor policy. *IDS Working Paper 179*. Brighton: Institute of Development Studies.
- Sellers, J. M., & Lindström. (2007). Decentralization, Local Government, and the Welfare State. *Governance: An International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, vol. 20, n. 4, october, pp. pp. 609-632.
- Shah, A., Thompson, T., & Zou, H.-F. (2004). The Impact of Decentralization on Service Delivery, Corruption, Fiscal Management and Growth in Developing and Emerging Market Economies: a Synthesis of Empirical Evidence. *CESifo DICE Report*, the World Bank.
- Soares, Sergei S. D (2006). "Distribuição de Renda no Brasil de 1976 a 2004 com ênfase entre 2001 e 2004. *Texto para Discussão IPEA* no. 1166.
- Tiebout, C. M. (1956). A Pure Theory of Local Expenditures. *The Journal of Political Economy*, Vol. 64, No. 5, pp. pp. 416-424.
- Treisman, D. (2007). *The Architecture of Government: Rethinking Political Decentralization*. New York: Cambridge University Press.

Tabela 2
Valores para a Padronização dos Componentes dos Índices

Indicadores		Unidade	Parâmetros para o cálculo	
			Mínimo	Máximo
Saúde				
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Em 1.000 nascidos vivos	0,00	21,50	
Taxa de mortalidade infantil	Em 1.000 nascidos vivos	0,00	34,47	
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Em %	1,25	100,00	
Proporção de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade (2007-2009)	Em %	0,00	10,28	
Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda (IRA) em menores de 5 anos (2004-2006)	Em 1.000 pessoas de 0 a 4 anos	0,00	74,74	
Taxa de internação por AVC (2007-2009)	Em 10.000 pessoas de 30 a 59 anos	0,00	18,14	
Taxa de internação por AVC (2004-2006)	Em 10.000 pessoas de 40 anos e mais	0,00	94,03	
Cobertura das equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família (2007-2009)	Em %	0,37	224,11	
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	-	0,00	2,08	
Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 59 anos na população feminina nesta faixa etária	-	0,00	0,49	
Cobertura vacinal tetravalente (DTP/Hib)	Em %	69,92	143,05	
Taxa de incidência de tuberculose	Em 100.000 pessoas	0,00	76,84	
Taxa de incidência de dengue	Em 100.000 pessoas	0,00	606,07	
Educação - rede municipal				
Cobertura potencial até 6 anos	Em %	10,73	70,70	
Taxa de reprovação até a 4ª série do ensino fundamental	Em %	0,00	30,13	
Taxa de reprovação da 5ª à 8ª série do ensino fundamental	Em %	0,00	33,13	
Taxa de abandono até a 4ª série do ensino fundamental	Em %	0,00	9,57	
Taxa de abandono da 5ª à 8ª série do ensino fundamental	Em %	0,00	24,83	
Distorção idade-série até a 4ª série do ensino fundamental	Em %	0,40	59,83	
Proporção de escolas municipais com nota padronizada na Prova Brasil (4ª série do ensino fundamental) inferior à média padronizada do Brasil	Em %	0,00	100,00	
Proporção de escolas municipais com nota padronizada na Prova Brasil (8ª série do ensino fundamental) inferior à média padronizada do Brasil	Em %	0,00	100,00	
Nota Média Padronizada na 4ª série do ensino fundamental na Prova Brasil	-	2,74	7,52	
Nota Média Padronizada na 8ª série do ensino fundamental na Prova Brasil	-	2,67	6,28	