

Universidade de Brasília (UnB)

Faculdade de Ceilândia (FCE)

Bacharelado em Saúde Coletiva

Monique Santos De Mesquita

Influência do percentual aplicado na saúde e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal sobre o desempenho do SUS.

Ceilândia - DF, 2013

Monique Santos De Mesquita

Influência do percentual aplicado na saúde e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal sobre o desempenho do SUS.

Trabalho apresentado à Universidade de Brasília,
Faculdade de Ceilândia como requisito para
obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Everton Silva Nunes

Co-Orientador: Prof. Walter Ramalho

Ceilândia – DF, 2013

Influência do percentual aplicado na saúde e do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal sobre o desempenho do SUS.

Monique Santos De Mesquita

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. (a) Everton Silva Nunes
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Orientador

Prof. (a) Priscila Almeida Andrade
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Prof. (a) Carla Pintas Marques
Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Avaliadora

Ceilândia – DF, 18 de Dezembro de 2013

DEDICATÓRIA

A todos os gestores de saúde, que por meio deste trabalho possam se sentir motivados exercerem sua função de forma responsável, a fim de conquistarmos o SUS que tanto almejamos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por todas as minhas vitórias alcançadas, por permitir o meu ingresso na Universidade, bem como, a minha formação no curso que me trouxe uma das minhas maiores realizações profissionais.

Agradeço também aos meus pais que além de terem me dado todo apoio financeiro, ainda me deram força e incentivo quando mais precisei, quando pensei em desistir, agradeço por terem me obrigado a fazer o curso de saúde coletiva, pois hoje vejo que não haveria outro curso para me satisfazer profissionalmente. Obrigada por sempre terem sido exemplo de esforço e determinação.

Aos meus irmãos que tantas vezes me mandaram estudar, que tantas vezes me fizeram companhia me incentivando a permanecer firme na minha luta profissional. Além disso, obrigada por compreender todos os meus picos de estresse.

Aos meus cunhados, amigos e familiares, pelas palavras de apoio, por todos os “eu posso te ajudar?” e também os “vai dar tudo certo”, tudo isso foi de grande importância para eu chegar aonde cheguei hoje.

A todos os meus mestres de faculdade, em especial ao Professor Everton e ao Professor Walter, por acreditarem na minha capacidade como gestora, por me fazerem entender a beleza da saúde coletiva, pelo tempo e paciência dedicados a mim. Muito obrigada.

E por fim, à aquelas, as minhas amigas de faculdade, que durante quatro anos e meio me aguentaram todos os dias, mesmo não tendo nenhum tipo de elo sanguíneo, vocês por inúmeras vezes foram parte de mim, obrigada por todas as ajudas, conselhos e força.

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram
conquistadas do que parecia impossível.”*

(Charles Chaplin)

RESUMO:

Para que o SUS seja universal e integral depende de muitos fatores, que vão desde questões demográficas e de desenvolvimento ao financiamento e gestão adequada. A não consideração destes fatores implica em um sistema público de saúde precário, no qual não atende a demanda de forma eficiente e eficaz. Diante desse problema e da falta de ferramentas suficientes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde nos municípios do Brasil, o trabalho tem como objeto de estudo analisar os dados referentes ao gasto público em saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios (IDHM) brasileiros, relacionando-os ao Índice de Desempenho dos SUS e verificando suas influências. Para isto, com o auxílio do *escore-z*, foram criados gráficos utilizando os 5665 municípios do Brasil, para verificar se há influência do desenvolvimento do SUS e do gasto em saúde sobre o IDHM. Os gráficos trouxeram uma classificação dos municípios segundo seu comportamento diante destas variáveis, em um análise mais detalhada, foi possível perceber que ambas as variáveis possuem influência sobre o desempenho do SUS, quanto a análise segundo as regiões foi possível perceber que nas regiões norte e nordeste as condições de saúde são piores em relação as regiões sul e sudeste, nas quais, apresentaram condições de saúde e IDHM acima da média nacional. Contudo, o trabalho comprova que o desempenho do SUS não se justifica a partir de um alto ou baixo investimento na saúde. Recomenda-se incentivar novos estudos sobre o IDSUS, bem como, a criação de índices que auxiliem na avaliação do desempenho do SUS, práticas de boa gestão aliadas ao cumprimento da aplicação dos recursos mínimos na saúde.

Palavras-chave: Índice de Desempenho do SUS, gasto público em saúde e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
PN-DST/Aids	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
SIOPS	Sistema de informação sobre orçamentos Público em Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
EC29/00	Emenda Constitucional nº 29 de 2000
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
ICS	Índice de Condições de Saúde
ESSM	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
RIPSA	Rede Interagencial de Informações Para a Saúde
LC141/12	Lei complementar nº 141 de 2012
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
CF DE 1988	Constituição Federal de 1988
CEAP	Centro de Educação e Assessoramento Popular

Sinpas	Sistema Nacional de Previdência
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
LOD	Lei de Diretrizes Orçamentária
PPA	Plano Plurianual
Cofins	Contribuição para o financiamento da Seguridade Social
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIS/pasep	Programa de Integração Social
IPMF	Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DF	Distrito Federal
PIB	Produto Interno Bruto
MS	Ministério da Saúde
PRO-ADESS	Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascido Vivo
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Estimativa do gasto em saúde no Brasil em 2008, distribuídos de acordo com as três fontes básicas de financiamento, em bilhões de reais.....24
- Figura 2** - Gasto tributário, segundo a renúncia fiscal, dos anos de 2003 a 2011. Representação em R\$ milhões.....25
- Figura 3** - Indicadores adotados para compor o IDSUS, separados por atenções básica, ambulatorial, hospitalar, urgências e emergências.....27
- Figura 4** - Notas do Índice de desempenho do SUS nos municípios, representados por cores, no mapa do Brasil.....30
- Figura 5** - Fatores que integram o IDHM.....31
- Figura 6** - Matriz dos gráficos principais, com a determinação dos quadrantes.....35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual da receita tributária disponível dos entes federados em meados de 1970 e 1993.....	21
Tabela 2 - Classificação dos municípios a partir do porte populacional e o número de habitantes correspondentes a cada uma delas e a representação de cada uma delas no Brasil.....	33
Tabela 3 - Resultados referentes à relação entre as notas médias do IDSUS e os percentuais médios aplicado na saúde nos municípios em cada quadrante, entre 2007 e 2010.....	38
Tabela 4 - Relação entre as notas médias do IDSUS e os IDHM médios dos municípios em cada quadrante, entre 2007 e 2010.....	43
Tabela 5 - Relação entre as notas do IDSUS, o percentual gasto na saúde e IDHM, considerando os quadrantes AA e BB dos gráficos, entre 2007 e 2010.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação entre as notas médias do IDSUS e o percentual médio aplicado na saúde, entre 2007 e 2010.....	37
Gráfico 2 - Análise da relação entre as notas do IDSUS e o IDHM, entre 2007 e 2010.....	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral:	19
2.2 Objetivos Específicos:	19
3 MARCO TEÓRICO	20
3.1 O financiamento da saúde no Brasil.....	20
3.1.1 Subfinanciamento da saúde	24
3.2 Falhas na Gestão do SUS.....	25
3.3 O Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS.....	26
3.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	30
3.5 Razão de dependência	31
3.6 Taxa de Fecundidade	32
3.7 População total e Regiões.....	32
4 METODOLOGIA	34
5 RESULTADO E DISCUSSÕES	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões; para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. (CONASS,2011, p.22)

Para tanto, ainda na Constituição Federal (1988), no artigo 196, a saúde é apresentada como sendo um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção de unicidade e ao mesmo tempo nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. (SOUZA, 2002, p.35)

O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se também no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. (CONASS,2011, p.22)

Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido. O SUS deve ofertar a todos os brasileiros um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Desde a sua implantação, o SUS vem conquistando muitos avanços relevantes para a saúde pública, seguem alguns deles:

» Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a estratégia Saúde da Família iniciou o ano de 2010 com 30.300 equipes prestando serviços de atenção primária em saúde em mais de 5.000 municípios e cobertura de 96 milhões de habitantes. Com esse resultado, tem havido uma redução significativa da mortalidade infantil, a ampliação do número de consultas de pré-natal, a diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação.

» O Brasil eliminou o sarampo, em 2007; interrompeu a transmissão do cólera, em 2005, da rubéola, em 2009, e da transmissão vetorial de Chagas, em 2006.

» O SUS consolidou-se como o principal fornecedor de medicamentos e o mercado de genéricos está crescendo com o aumento de novos registros de medicamentos.

» O Sistema Nacional de Transplantes é hoje respeitado pela sociedade brasileira, pelos pacientes e pela comunidade transplantadora. Graças a esse trabalho, o Brasil figura em segundo lugar em número absoluto de transplantes realizados no mundo. Foram realizados, em 2009, 20.200 transplantes, sendo mais de 90% pelo SUS.

» Entre as políticas desenvolvidas pelo SUS com maior reconhecimento nacional e internacional, destaca-se o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids), que tem como principal missão reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

» O Brasil é reconhecido internacionalmente como um país que tem um dos mais completos e bem-sucedidos programas de imunização do mundo, constituindo-se em poderosa ferramenta de controle de doenças transmissíveis imunopreveníveis. (CONASS,2011,p.28)

A saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física por meio de esforços coordenados da comunidade para a preservação do meio ambiente, o controle das infecções que podem atingir a população, a educação do indivíduo sobre os princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de saúde para o diagnóstico precoce, o tratamento preventivo de patologias, o desenvolvimento de dispositivos sociais que assegurem a cada um, nível de vida adequado para a manutenção da saúde (AITH, 2007).

Apesar de todos esses avanços e reconhecimento internacional, o SUS ainda enfrenta muitos problemas. No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais, na característica do próprio federalismo brasileiro, proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o SUS foi construído.

Além disso, a maior parte dos municípios brasileiros e de muitos estados, não possui condições de prover todas as ações e serviços necessários à atenção integral de seus habitantes, seja por questão de escala insuficiente seja pela diferenciação dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.465)

Sendo assim, o SUS enfrenta desafios relevantes quanto à atenção ao usuário que percorre, principalmente, os campos da falta de acesso aos

serviços e medicamentos e, ainda, os problemas na qualidade e resolutividade da atenção em diversos serviços oferecidos pelo SUS (BRASIL, 2004, p.12).

Quanto aos recursos humanos, muitos estados e municípios ainda encontram dificuldades na contratação de profissionais da saúde. Esse problema advém tanto de cortes no gastos com pessoal, quanto no aumento da precarização das relações de trabalho. Estes fatores resultam em uma distribuição desigual e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional. (LEVCOVITZ, LIMA; MACHADO, 2001)

Dois são os fatores que mais são utilizados como justificativa para essas falhas no SUS: a falta de financiamento adequado que permeia o subfinanciamento do SUS e uma gestão ineficiente, resultado de falhas no planejamento de todos os setores.

Diante de todos os problemas anteriormente apresentados e a não existência de ferramentas suficientes para avaliar os problemas de gestão do SUS, o trabalho tem como objeto de estudo analisar os dados referentes ao gasto público em saúde e o índice de desenvolvimento humano nos municípios brasileiros, relacionando-os ao desempenho do SUS e analisando suas influências sobre ele. De modo a verificar se as justificativas apresentadas para as falhas do SUS podem ser consideradas verdadeiras.

A dedicação ao tema se resume a partir da indagação sobre os problemas mais críticos do SUS, como, por exemplo, a falta de recursos físicos, humanos e materiais. O trabalho possui como foco analisar a situação dos municípios do Brasil quanto as suas condições de financiamento da saúde e de desenvolvimento municipal, a fim de avaliar a relação destes com o desempenho do SUS.

Atualmente, não existem trabalhos ou artigos publicados que fazem esta análise utilizando como base de dados o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o que torna o tema inovador destacando ainda mais a sua importância quanto ao seu estudo.

Somado a isto, este TCC traz informações das quais contribuirão para incentivar uma atenção maior a saúde em regiões que contém condições

críticas de saúde, uma vez que o trabalho também trará análises dos municípios a partir das suas regiões.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os dados referentes ao gasto público em saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano nos municípios brasileiros, relacionando-os ao desempenho do SUS no período de 2007 a 2010.

2.2 Objetivos Específicos:

Verificar a relação do gasto público em saúde e do índice de desenvolvimento humano nos municípios brasileiros sobre o desempenho do SUS.

Identificar o perfil dos municípios que apresentaram elevado desempenho do SUS.

Identificar o perfil dos municípios que apresentaram baixo desempenho do SUS.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 O financiamento da saúde no Brasil

Até outubro de 1988, o sistema oficial de saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas: a órbita previdenciária, baseada no Sistema Nacional de Previdência (Sinpas); e a órbita fiscal, baseada em programas a cargo do Ministério da Saúde.

Neste período, o financiamento do gasto federal em saúde foi em grande parte viabilizado por meio dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). A participação média dessa fonte no financiamento foi de 80%, o que indica a extrema dependência do financiamento da saúde do comportamento das receitas do complexo previdenciário, largamente apoiadas nas contribuições de empregados e empregadores. (MENDES e MARQUES, 2009, p.842)

A contribuição da União para o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), retirada do orçamento fiscal, era relativamente pouco expressiva, oscilando entre 12,9% e 22,7% do total do orçamento do Ministério da Saúde. (CONASS, 2011, p.12-13)

Além de estabelecer a saúde como sendo um “direito de todos e um dever do Estado” a Constituição Federal de 1988 trouxe algumas inovações importantes para a questão do financiamento da saúde.

As principais diferenças foram a criação da Seguridade Social e a rejeição da vinculação permanente de recursos para o setor, proposta pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Outras inovações constitucionais importantes com repercussão no financiamento e planejamento da saúde foram as que ocorreram na ordem tributária, a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e o Plano Plurianual (PPA). (CONASS, 2011)

Como definida no artigo 194 da Constituição Federal, a Seguridade Social é “conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, Constituição, 1998, art. 194)

Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária e a universalização da saúde, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo Sinpas, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada a receita do Finsocial (hoje Cofins) para seu único uso (MARQUES, 1999, p.28).

A Constituição de 1988 estabeleceu também que a lei anual de meios, aprovada pelo Congresso, passaria a compreender três orçamentos (CF, art. 195, § 2º): o fiscal, o de investimentos das estatais e o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Até então, o Parlamento apreciava somente o orçamento fiscal (CONASS, 2011, p.14). Somente após a CF de 1988, os recursos previdenciários passaram a ser apreciados pelo Legislativo.

Esta dispunha, ainda, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/Pasep que tem uso exclusivo, deveriam ser destinados à área da saúde enquanto não fosse aprovada sua lei orgânica. Dessa forma, manteve-se relativamente alta a transferência de recursos de contribuição de empregados e empregadores para a saúde (MARQUES, 1999, p.28).

Reverteu-se o centralismo imposto pela Reforma de 1976, ao instituir uma nova partilha tributária que favoreceu os entes subnacionais, principalmente os municípios, em detrimento da União, logo, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percentuais, estados e municípios tiveram um incremento da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente, na receita disponível (CONASS, 2011 p.15).

A tabela abaixo mostra de forma percentual a receita tributária disponível em meados de 1970 e em 1993, que foi quando houve o fim da implementação gradual da Reforma 1976.

Tabela 1 - Percentual da receita tributária disponível dos entes federados em meados de 1970 e 1993.

Ente Federado	Meados de 1970	1993
União	68%	57,8%
Estado	23,3%	26,4%
Municípios	8,7%	15,8%

Fonte: CONASS, 2011

A partir de 1990, o mercado de trabalho formal entrou em crise e os recursos oriundos da folha de salário se tornaram insuficientes até mesmo para o pagamento de seus próprios benefícios, assim, tornou-se necessária a desagregação das três áreas. Desta forma, o financiamento do sistema de saúde passaria a ser de competência do Ministério da Saúde, enquanto as

contribuições dos empregados e empregadores custeariam somente pensões, aposentadorias e outras prestações de cunho exclusivamente previdenciário. Essa mudança causou à saúde uma perda de aproximadamente 1/3 dos recursos, comprometendo a execução de parte das ações e serviços de saúde.

Tendo em vista todo esse período de crise financeira e a necessidade de se obter mais recursos para custear as despesas do sistema de saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara, buscaram soluções transitórias por meio da criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF). Essa solução veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Neste ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Em 2005, esse percentual correspondeu a 29,3%. (MENDES; MARQUES, 2009, p.846)

No entanto, a CPMF conviveu com três ironias: i) funcionou como fonte substitutiva, a incorporação de seus recursos correspondeu, quase na mesma proporção, à diminuição de outras fontes; ii) foi concebida como imposto integralmente vinculado à saúde e pouco tempo depois foi transformada em contribuição social, passando a ser compartilhada com a previdência e assistência social; iii) apesar de criada para ser provisória, adquiriu um caráter permanente, então, em 13 de dezembro de 2007 o Senado Federal não aprovou sua prorrogação. Com isso, ela deixou de ser cobrada a partir de 1º de janeiro de 2008 e o governo federal deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 40 bilhões de reais no ano.

Promulgada em 13 de setembro de 2000, a Emenda Constitucional 29 assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo apliquem, anualmente, recursos mínimos provenientes da aplicação das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Nos Estados, Distrito Federal e Municípios, os percentuais são calculados a partir da arrecadação de impostos e as transferências constitucionais; no caso da União, estes são calculados da forma que for definida em lei complementar. (BRASIL, 2000)

Assim, a EC 29/2000 prevê a promulgação da lei complementar, em que essas medidas serão reavaliadas pelo menos a cada cinco anos, tanto para estabelecer os percentuais mínimos de aplicação, quanto para definir critérios de rateio dos recursos transferidos pela União aos estados, ao DF e aos municípios, bem como pelos estados aos seus municípios.

A EC 29/2000 define ainda que, a partir de 2000, as aplicações de estados, DF e municípios serão de pelo menos 7%, sendo que, se estes aplicam menos que os percentuais previstos, tem por obrigação elevarem progressivamente suas aplicações até 2004, na razão de pelo menos um quinto por ano. Do ano 2001 ao ano de 2004 os estados e municípios deveriam empregar recursos mínimos de 12% e 15%, respectivamente, da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais. (CONASS, 2011)

No caso da União, os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2001 até 2004, correspondem ao valor gasto no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano em que se elabora a proposta orçamentária. (Emenda Constitucional n° 29 de 2000)

Para tentar amenizar os questionamentos que a Emenda Constitucional n.º29 não conseguiu sanar, foi sancionada a Lei Complementar n° 141 de 2012.

A Lei Complementar n.141 de 13 de janeiro de 2012 regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal (e por consequência, a Emenda Constitucional n° 29) para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.(BRASIL, Lei Complementar, 141 de janeiro de 2012)

Em seu capítulo III, deixa claro a ratificação dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, trazidos inicialmente pela EC29/00.

A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentaria anual.

Os Estados e Distrito Federal aplicarão anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos

impostos e os Municípios no mínimo, 15% (quinze por cento) (BRASIL, Lei Complementar, 141 de janeiro de 2012)

Ainda na Lei Complementar 141, são estabelecidas algumas consequências quanto ao não cumprimento, total ou parcial, da aplicação dos recursos mínimos. Caso ocorra aplicação dos recursos mínimos inferior ao estabelecido na Lei, deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Na persistência do descumprimento, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse de recursos.

3.1.1 Subfinanciamento da saúde

A origem dos recursos financeiros para fazer frente às despesas de saúde é proveniente de três fontes básicas, são elas: seguro público(tributos gerais ou vinculados), seguro privado (planos de saúde) e pagamento direto. A figura 1 mostra a distribuição do gasto em saúde segundo as três fontes básicas de financiamento na saúde no ano de 2008.

Figura 1 - Estimativa do gasto em saúde no Brasil em 2008, distribuídos de acordo com as três fontes básicas de financiamento, em bilhões de reais.

Público 48%	Federal 47% (1,7% PIB)	48,7
3,6% do PIB	Estadual 26% (0,93% PIB)	26,8
	Municipal 27% (0,96% PIB)	27,8
	Total de público 100%	103,3
Privado 52%	Planos seguros 51%	56,9
(Tem \$ público de renúncia fiscal)	Desembolso direto 21%	24,1
3,9% DO PIB	Medicamentos 28%	31,4
	Total privado 100%	112,4
Público-privado	Total Brasil	215,7
7,5% do PIB		

Fonte: CARVALHO, 2010

Na Figura 1 é possível observar que no ano de 2008 o gasto privado foi maior que o gasto público, figurando-se como um dos paradoxos do SUS, uma

vez que, em países com o mesmo modelo de atenção a saúde, o gasto público é maior que o privado. Além disto, parte do gasto privado é incentivada pela renúncia fiscal, a qual remete a períodos anteriores à CF. Entre 2003 e 2011, percebe-se que o volume de recursos que o Estado deixou de recolher no setor aumentou significativamente, dobrando em termos nominais em menos de dez anos (Figura 2).

Figura 2 - Gasto tributário, segundo a renúncia fiscal, dos anos de 2003 a 2011. Representação em R\$ milhões.

Ano	Gasto Tributário Saúde
2003	7.172
2004	8.819
2005	9.563
2006	12.453
2007	12.185
2008	13.770
2009	13.595
2010	14.422
2011	15.807

Fonte: OCKÉ-REIS, 2013

O subfinanciamento é dado como resposta a impossibilidade da universalização do acesso e qualidade do SUS na prestação dos serviços de saúde, porém o que se constitui a isto é um problema de gestão, e não de falta de recursos. (CISLAGHI, 2011, p.1).

A consequência final desse problema de gestão é a penalização da demanda de cuidados em saúde, especialmente dos indivíduos que tem no SUS sua única forma de obter acesso a cuidados em saúde.

3.2 Falhas na Gestão do SUS

Considerando que a maior parte dos municípios cumpre o estabelecido pela Lei Complementar 141/12 ao que se refere à aplicação dos recursos mínimos que devem ser direcionados à saúde, é possível afirmar que há recursos necessários para a prestação de um serviço público de saúde

eficiente e universal. Para tanto, é necessário que o cumprimento da lei complementa 141/2012 seja aliada a uma boa gestão.

As funções gestoras podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessário para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública. (SOUZA, 2002).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções – macrofunções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); prestação direta de serviços de saúde. A má realização dessas atividades implica um sistema público de saúde precário, no qual não atende a população de forma eficiente e eficaz, fazendo com que o SUS não seja universal e integral como é colocado constitucionalmente. (SOUZA, 2002)

3.3 O Índice de Desenvolvimento do SUS – IDSUS

Na atualidade, o tema da gestão na saúde ganha relevância política e a utilização de índices e indicadores adquirem papel dinâmico e relevante no planejamento, avaliação e monitoramento de políticas públicas de educação, moradia e bem estar dos cidadãos, bem como, na efetivação de suas melhorias. Diante disso, vê-se a importância de criar um índice de saúde que estabeleça parâmetros objetivos, para dar direcionamento aos investimentos no SUS e assim colaborar para uma prestação de serviços públicos de saúde adequados e efetivos.

Nesse contexto, no dia 1 março de 2012, o Ministério da Saúde publicou os resultados do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), o qual é a síntese de 24 indicadores, sendo 14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade nas atenções básica, ambulatorial, hospitalar, urgências e emergência. O IDSUS permite uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde. A figura 3 mostra os indicadores adotados para compor o IDSUS, separados por tipo de atenção à saúde.

Figura 3 - Indicadores adotados para compor o IDSUS, separados por atenções básica, ambulatorial, hospitalar, urgências e emergências.

INDICADORES DE ACESSO POTENCIAL OU OBTIDO	ATENÇÃO BÁSICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde. • Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal. • Proporção de nascidos vivos com mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE
	<ul style="list-style-type: none"> • Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. • Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e pop. da mesma faixa etária. • Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente. • Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente.
	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE ALTA COMPLEXIDADE, REFERÊNCIA DA MÉDIA E ALTA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente. • Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente. • Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes. • Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes. • Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes. • Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes. • Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
INDICADORES DE EFETIVIDADE	ATENÇÃO BÁSICA
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC). • Proporção de cura de casos novos de Hanseníase. • Taxa de incidência de sífilis congênita. • Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB). • Média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada. • Proporção de exodontia em relação aos procedimentos. • Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.
	ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de parto normal. • Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos. • Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).

Fonte: BRASIL, 2011

Dos indicadores utilizados pelo IDSUS, entende-se:

- Acesso Potencial como aquele que permite entender a oferta potencial de atendimentos. Exemplo: os indicadores de cobertura pelas equipes básicas de saúde.
- Acesso Obtido é aquele que pode ser mensurado por meio dos atendimentos realizados. Exemplo: os indicadores razões de procedimentos habitante/ano.
- Efetividade: entendida como a característica que mostra o grau com que serviços e ações que atingem os resultados esperados. Exemplo: baixa proporção de internações sensíveis à atenção básica, alta cobertura vacinal e baixa proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2011).

Para tanto, o IDSUS foi pactuado entre gestores municipais, estaduais, federais, trabalhadores, usuários e membros da comunidade científica, de forma a garantir um recurso adequado para a formulação e execução e monitoramento de políticas públicas de saúde, a fim de melhorar a qualidade dos sistemas de serviços e a saúde dos brasileiros.

O principal objetivo do IDSUS é avaliar o desempenho do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios: universalidade do acesso, integralidade da atenção, equidade e de suas diretrizes: regionalização, hierarquização,

comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.8)

O método de avaliação do IDSUS teve como referencial o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), elaborado por uma rede brasileira de pesquisadores do campo da saúde coletiva, constituindo-se uma metodologia de avaliação para o sistema brasileiro, que leva em consideração determinantes de saúde, condições de saúde na população, estrutura do sistema de saúde e desempenho do sistema de saúde.

O modelo avaliativo do IDSUS classifica os municípios do Brasil em seis grupos, agrupados a partir de características similares, chamados de Grupos de Municípios Homogêneos. Para essa classificação, foram levados em consideração as semelhanças socioeconômicas, o perfil de mortalidade infantil e a estrutura do sistema de saúde existente no território municipal, especificamente, o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), o Índice de Condições de Saúde (ICS) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM).

Importante ressaltar que o IDSUS não é uma pesquisa ou entrevista direta com o usuário do SUS. Trata-se de uma avaliação do SUS que atende aos residentes de cada município brasileiro, com base nos dados dos Sistemas Nacionais de Informação de Saúde, fornecidos pelos gestores do SUS, além de dados de outros Sistemas de Informações Nacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.11)

O IDSUS utiliza com fonte de dados nove bancos de dados: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). Destes, foram considerados os dados dos anos de 2007 a 2009 para as informações dos bancos SINAN e SIM, de 2008 a 2010 para SINASC, SIA e SIH, bem como, os dados do ano de 2010 dos bancos CNES E SI-PNI.

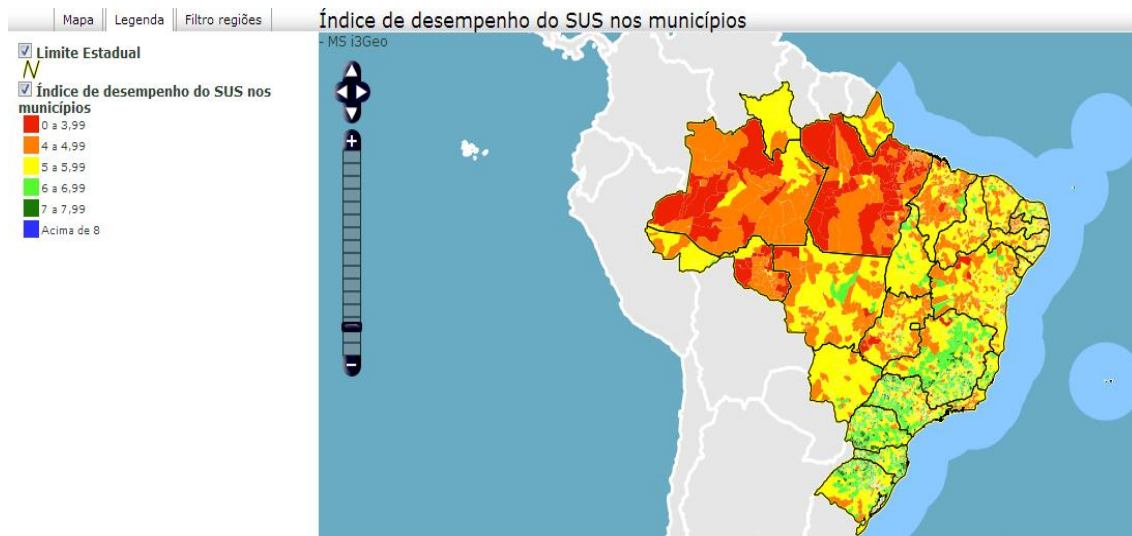
A ausência de dados para a maioria dos municípios brasileiros e a inexistência de base de dados nacional não permitiram o uso de indicadores que medissem outros aspectos da qualidade, bem como a utilização de indicadores mais relevantes quanto às ações de Vigilância à Saúde, restringindo o conjunto de indicadores ao núcleo da assistência à saúde.

O IDSUS atribui uma nota a cada indicador, para cada município, estado e para o Brasil como um todo. As notas variam de zero a dez, e tem como objetivo a classificação relativa do desempenho do SUS, uma vez que este índice não avalia todos os programas do SUS.

A nota dada ao “SUS que atende os residentes de cada município” foi obtida a partir do indicador simples, cujo resultado dividido pelo parâmetro deu a nota para cada indicador. A esses indicadores simples, são atribuídos pesos pelo método da Análise de Componentes Principais, e formam os indicadores compostos ou índices de acesso potencial ou acesso obtido e, índices de efetividade, nos diferentes níveis da atenção à saúde. (BRASIL, 2011, p.15)

Além da apresentação das notas em formato absoluto no Excel, o IDSUS nos proporciona a visualização das notas por meio da utilização de cores no mapa do Brasil. A figura 4 mostra o índice de desenvolvimento do SUS nos municípios, as notas por sua vez classificadas por cores, onde as notas de 0 a 3.99 são representadas pela cor vermelha, 4 a 4.99 pela cor laranja, 5 a 5.99 pela amarela, 6 a 6.99 pela verde claro, 7 a 7.99 pelo verde escuro e as notas acima de 8 são representadas pela cor azul.

Figura 4 - Notas do Índice de desempenho do SUS nos municípios, representados por cores, no mapa do Brasil.



Fonte: BRASIL,2011

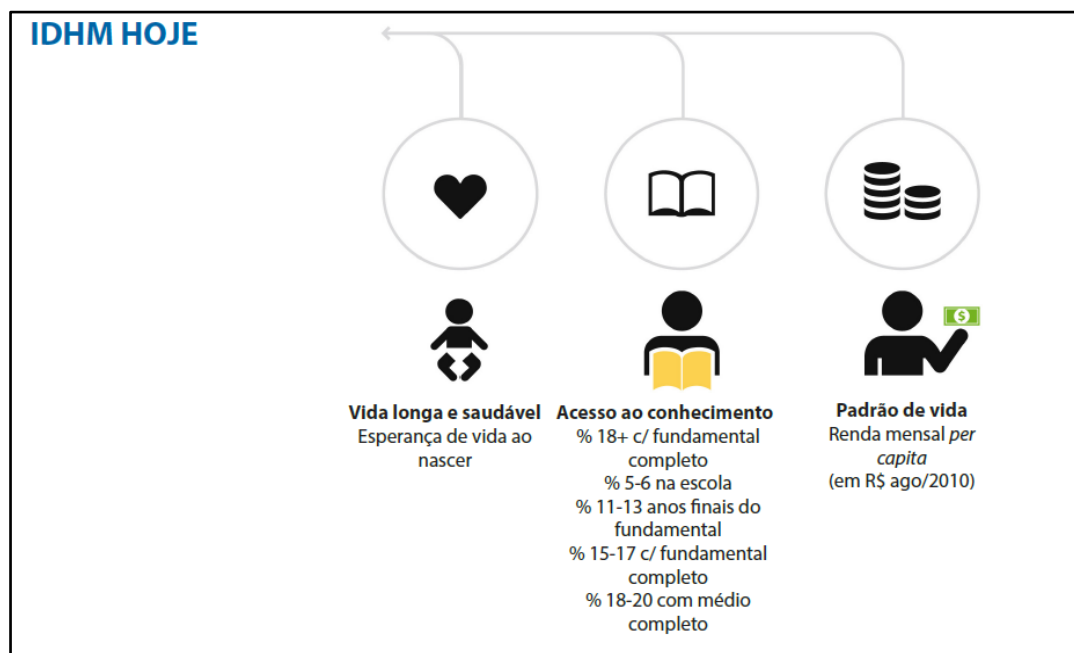
Este formato de mapa também é apresentado com as notas do IDSUS por estado, bem como com as notas separadas de cada por cada indicador.

3.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Global (IDH) – longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. O IDHM é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de um município. (PNUD,2013)

O IDHM é um número calculado pelo PNUD que leva em consideração 3 variáveis: longevidade; educação; e renda. A figura 5 apresenta a forma que estas variáveis são abordadas.

Figura 5 - Fatores que integram o IDHM



Fonte: PNUD

A longevidade é mensurada a partir do dado de esperança de vida ao nascer. A educação leva em consideração o acesso a conhecimento que é medido por meio de dois indicadores: escolaridade da população adulta medida pelo percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade com ensino fundamental completo; e fluxo escolar da população jovem medido pelas médias do percentual de crianças de 5 a 6 anos frequentando a escola, do percentual de jovens de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental, do percentual de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo e do percentual de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo.

A renda leva em consideração o padrão de vida da população, que é medido pela renda municipal per capita, ou seja, a renda média dos residentes de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município inclusive crianças e pessoas sem registro de renda.

3.5 Razão de dependência

A razão de dependência, esta é representada a partir da razão entre a faixa etária economicamente dependente (população menor de 15 anos e de 60 e mais anos), sobre o segmento etário da população economicamente ativa, ou seja, que a parte da população considerada com potencial produtivo (população entre 15 e 59 anos), em cada município no ano de 2010.

A razão de dependência mede a participação do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. (RIPSA,2008)

3.6 Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo (RIPSA,2008), na população residente em cada município do Brasil no ano de 2010.

Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego. (RIPSA, 2008)

Estas variáveis foram selecionadas por contribuírem nos processos de planejamento, gestão e avaliação dos serviços públicos de saúde, bem como auxiliarem na elaboração de novas políticas públicas de saúde.

3.7 População total e Regiões

Para a realização das análises e comparações de dados, foi levada em consideração a população total dos municípios brasileiros, classificando-os segundo o porte populacional, tendo como referência a contagem do IBGE. A tabela 2 mostra como os municípios foram classificados e a representatividade de cada uma delas em relação ao Brasil.

Tabela 2 - Classificação dos municípios a partir do porte populacional e o número de habitantes correspondentes a cada uma delas e a representação de cada uma delas no Brasil.

Classificação dos municípios	Número de habitantes	Percentual de municípios no Brasil
Pequeno Porte 1	Até 5.000	24%
Pequeno Porte 2	5.001 até 10.000	21%
Pequeno Porte 3	10.001 até 20.000	25%
Pequeno Porte 4	20.001 até 50.000	19%
Médio Porte	50.001 até 100.00	6%
Grande Porte	100.001 até 500.000	4%
Metrópoles	Mais de 500.000	1%

Fonte: Elaboração própria

Além dessa classificação dos municípios por porte populacional, também foi levado em consideração à localidade dos municípios, região e estado de cada um deles.

4 METODOLOGIA

O trabalho iniciou-se com a construção de um banco de dados contendo informações de diferentes sistemas de informação. Para isso, foram considerados 5.665 municípios. O banco de dados foi construído a partir de nove variáveis, são elas: o percentual de recursos aplicado na saúde pelos municípios; a nota do índice de desenvolvimento do SUS; a população total; o percentual de idosos e crianças na população; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); a razão de dependência; a taxa de fecundidade e a localidade (Estado e Região) de cada município do Brasil.

As informações sobre o percentual aplicado na saúde pelos municípios foram referentes aos anos de 2007 a 2010. Utilizou o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) como fonte de dados. Essa informação trouxe consigo a avaliação sobre o cumprimento ou não da Emenda Constitucional 29 de 2000 (EC29/00), uma vez que esta determina que o município aplique no mínimo 15% da receita da arrecadação e de repasses constitucionais.

A população total, a percentagem de idosos e crianças, o IDHM, a taxa de fecundidade e a razão de dependência foram dados do ano de 2010, retirados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), alimentado com os dados dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Após a construção do banco de dados, fez-se uso do *escore-Z*, possibilitando a criação de gráficos e tabelas para dar suporte às análises e avaliações.

Escore-Z é um escore padrão, ou seja, é a padronização de duas variáveis com diferentes escalas mantendo as diferenças absolutas entre os valores observados (variáveis observadas) e pode ser utilizado para calcular médias e correlações, produzindo os mesmos resultados dos valores originais. A fórmula a baixo indica como este escore padrão foi adquirido.(SANTO,1992)

$$Z = \frac{X - X_m}{S}$$

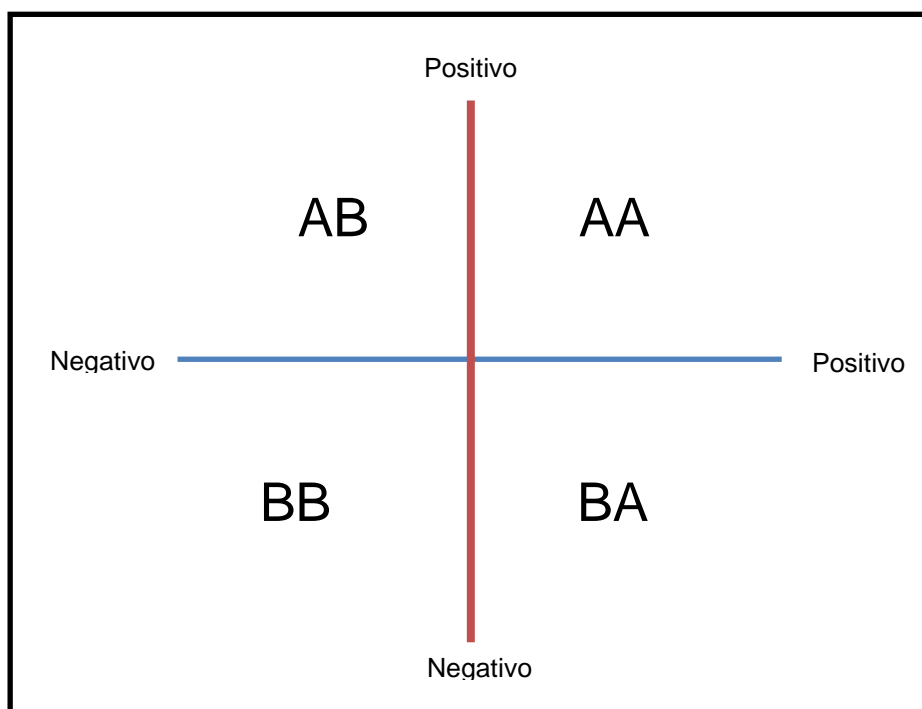
Onde Z é o escore-z; X : o valor observado, X_m a média e S o desvio padrão.

Este método foi aplicado nas notas do IDSUS, nos percentuais médios aplicados na saúde e no IDHM de cada município. Com isso, foi possível a construção de dois gráficos principais, um que expõe a relação entre a nota do IDSUS e o percentual aplicado na saúde e um segundo gráfico relacionando a nota do IDSUS com o IDHM dos municípios do Brasil.

Dentro destes gráficos, de acordo com seu comportamento, os municípios foram divididos em quatro quadrantes: Alto-Alto (AA), Alto-Baixo (AB), Baixo-Alto (BA) e Baixo-Baixo (BB), sendo o primeiro relacionado ao IDSUS e o segundo ao percentual do gasto médio aplicado na saúde. Essas nomenclaturas foram estabelecidas desta forma para facilitar a análise, demonstrar a posição dos municípios no gráfico e classificar os municípios que estão abaixo e acima das médias da nota do IDSUS, do percentual aplicado e do IDHM nacional.

A figura 6 mostra como ficou a matriz dos gráficos com as posições dos quadrantes determinadas.

Figura 6 - Matriz dos gráficos principais, com a determinação dos quadrantes.



Fonte: Elaboração Própria

A nota do IDSUS é representada na linha vermelha, e o percentual aplicado na saúde – ou o IDHM – corresponde à linha azul. As palavras positivo e negativo representam os polos dos gráficos.

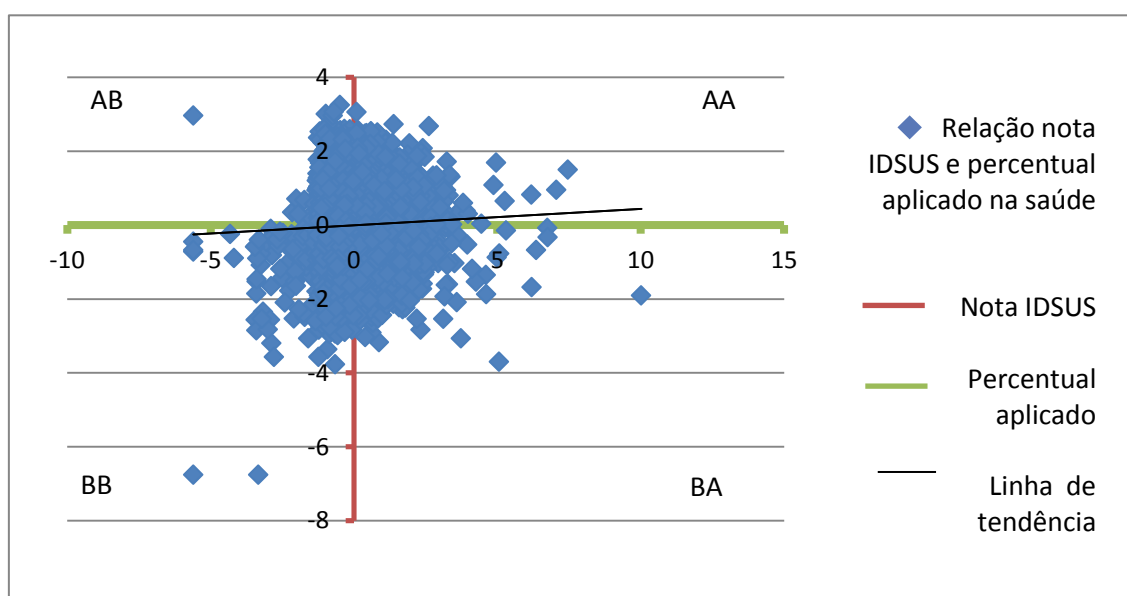
Após a construção dos dois gráficos, foi possível construir tabelas utilizando os valores médios de todas as variáveis selecionadas, levando em consideração a classificação dos quadrantes. Só então se iniciou uma análise mais detalhada e concisa, uma vez que esta classificação divide os municípios de acordo com algumas semelhanças. As tabelas também possibilitaram a comparação entre os dois gráficos, selecionando, assim, a análise dos dois extremos para explicitar melhor a situação do Brasil quanto às condições de saúde e desenvolvimento municipal.

Por se tratar de uma análise que faz uso de dados secundários este trabalho não foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP).

5 RESULTADO E DISCUSSÕES

Utilizando o método estático escore-z, foi possível agregar os valores da nota do IDSUS com a o percentual médio aplicado na saúde. Dados os valores dessas variáveis padronizados, foi possível obter o gráfico 1, que expressa a relação entre a nota do IDSUS e o percentual médio aplicado na saúde entre 2007 e 2010.

Gráfico 1 - Relação entre as notas médias do IDSUS e o percentual médio aplicado na saúde, entre 2007 e 2010.



Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 1 mostra que a relação entre a nota do IDSUS dos municípios brasileiros e a média do percentual gasto em saúde (2007-2010) é positiva, apesar de pouco expressiva, conforme indica a linha de tendência. Ou seja, podem ocorrer casos em que nem sempre um município que aplicou mais recursos na saúde terá uma nota do IDSUS melhor do que outro município que aplicou um percentual menor na saúde.

Para a realização de uma análise mais detalhada, o gráfico 1 foi dividido em quatro quadrantes, os quais correspondem a municípios com os seguintes comportamentos: i) AA (municípios com Alta nota do IDSUS e Alto percentual aplicado na saúde); ii) AB (municípios com Alta nota do IDSUS e Baixo percentual aplicado na saúde); iii) BA (municípios com Baixa nota do IDSUS e

Alto percentual aplicado na saúde); iv) BB (municípios com Baixa nota do IDSUS e Baixo percentual aplicado na saúde).

As nomenclaturas “alta” e “baixa” foram dadas a partir da nota média do IDSUS e do percentual médio aplicado na saúde de todo Brasil. Estas foram 5,65 e 19,81%, respectivamente. Notas abaixo de 5,65 foram consideradas baixas e notas acima deste valor consideradas altas. O mesmo ocorreu com o percentual médio aplicado na saúde.

É importante ressaltar que no período em que a análise foi realizada a EC/29 já estava vigente, estabelecendo que, a partir de 2004, dever-se-ia empregar recursos mínimos de 15% da arrecadação dos impostos e das transferências constitucionais na área da saúde.

A tabela 3 mostra com mais detalhes como se comportam os municípios pertencentes a cada quadrante. Exibe-se a situação desses municípios levando em consideração as variáveis adotadas para esta análise.

Tabela 3 - Relação entre as notas médias do IDSUS e os percentuais médios aplicado na saúde nos municípios em cada quadrante, entre 2007 e 2010.

Variáveis	AA	BA	AB	BB
Nota média do IDSUS	6,31	5,03	6,37	5,01
% Médio aplicado na saúde	22,94%	23,07%	17,77%	17,40%
IDHM médio	0,69	0,65	0,68	0,63
População média	28.817	44.870	29.487	34.963
% médio de idosos na população	12,85%	10,95%	13,63%	11,02%
% médio de crianças na população	8,25%	9,75%	8,02%	9,97%
Média de razão de dependência	57,22	61,10	58,31	63,28
Média da taxa de Fecundidade	2,04	2,29	2,00	2,38
Total de Municípios	1.137	1.154	1.508	1.766
% De municípios presentes nas Regiões				
Norte	6%	25%	9%	60%
Nordeste	9%	29%	13%	49%
Centro-Oeste	6%	29%	9%	56%
Sudeste	39%	20%	29%	12%
Sul	24%	5%	60%	11%

Fonte: Elaboração própria.

No quadrante AA, encontram-se os municípios que possuem nota média do IDSUS acima da média nacional (6,31 versus 5,65), bem como o percentual médio aplicado na saúde (22,94% versus 19,81%). O quadrante AB é constituído pelos municípios com elevada nota do IDSUS e baixo percentual médio aplicado na saúde, no qual os valores obtidos foram: nota média do IDSUS (6,37) e percentual médio aplicado na saúde (17,77%). Nota-se que, nos quadrantes em que houve alta nota do IDSUS, há um padrão homogêneo entre eles, se comparados aos municípios que tiveram nota inferior a média nacional: possuem elevado IDHM; população relativamente menor; maior percentual de população idosa em relação à população total do município, sendo o inverso para o percentual de crianças; menor razão de dependência; e menor taxa de fecundidade. A única variável que oscilou nesse grupo de municípios foi o percentual médio aplicado na saúde, o que sinaliza um baixo poder de explicação dessa variável para o desempenho do SUS.

Infere-se, também, que os municípios do quadrante AB podem ser considerados os mais eficientes, visto que apresentam alta nota do IDSUS, mesmo com recursos inferiores ao do quadrante AA. Em relação à distribuição dos municípios em termos regionais, percebe-se que as regiões Sudeste e Sul possuem mais municípios nos quadrantes AA e AB. Por exemplo, de todos os municípios da Região Sul, 24% estão no quadrante AA e 60% no AB. Já os da Região Norte, inverte-se o padrão, sendo 6% no AA e 9% no AB.

O quadrante BA possui percentual médio aplicado na saúde acima da média nacional, porém neste quadrante a nota média do IDSUS está abaixo da média do Brasil, apresentando percentual médio aplicado 23,07% e nota média 5,03. Analisando o percentual aplicado na saúde, a tabela 3 também apresenta os quadrantes com municípios que possuem percentual médio aplicado abaixo da média brasileira, são eles a BA e o BB.

O BB Apresenta os municípios com baixo percentual aplicado na saúde e baixa nota do IDSUS, quando se leva em consideração as médias do país. No quadrante BB o percentual médio aplicado é de 17,40% e a nota média do IDSUS 5,01.

Observando o comportamento dos municípios pertencentes aos quatro quadrantes, é possível concluir que nem sempre o maior gasto na saúde influencia no melhor desempenho do SUS. A análise dos resultados da relação entre o percentual aplicado na saúde e a nota do desempenho do SUS mostra a importância de se cumprir com a aplicação de recursos mínimos, exigidos por lei, aliados a boa gestão. Nesse contexto, é indiscutível que os esforços e avanços dos níveis intermediários da gestão municipal, distrital e regional elevaram a produção e a produtividade das ações e serviços de saúde, mesmo sob a rígida contenção de gastos imposta pela área econômica e pela normatividade federal (SANTOS, 2007).

Para traçar um perfil dos quadrantes a partir de fatores demográficos e socioeconômicos, também foram utilizadas as variáveis: IDHM; a proporção de idosos e de crianças na população; a razão de dependência; a taxa de fecundidade; o porte populacional dos municípios; e Região do Brasil. Todos estes dados são referentes ao censo demográfico de 2010 do IBGE.

No Brasil, em média, cerca de 12% da sua população é de idosos enquanto a de crianças é de 9%. Isso pode ser considerado como sendo consequência da queda da taxa de fecundidade a partir dos anos 60, hoje a média da taxa de fecundidade no Brasil é de 2,19 se aproximando do limite considerado pela Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA) como insuficiente para a reposição populacional.

Ao se começar o declínio sustentado de fecundidade é que se dá início ao processo de envelhecimento de uma população. Em vários países, inclusive o Brasil, que, até então, tinham uma população extremamente jovem, quase estável, com o declínio da fecundidade, o ritmo de crescimento anual do número de nascimentos passou, imediatamente, a cair, o que fez com que se iniciasse um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária, consequentemente, de envelhecimento da população. (CARVALHO GARCIA, 2003)

Este mesmo quadro pode ser percebido em todos os quadrantes, onde o percentual de idosos é maior que no percentual de crianças. No quadrante AA é de quase 13% a média do percentual de idosos nos seus municípios, enquanto o percentual de crianças é de cerca de 8%. Nos outros quadrantes a situação se repete. No quadrante BA e BB são de cerca de 11% de idosos e

10% de crianças na população e no AB cerca de 14% de idosos e 8% de crianças.

Quanto à taxa de fecundidade, de acordo a RIPSAs, é considerada insuficiente para a reposição populacional quando se encontra abaixo de 2,1. Essa taxa só se encontra acima desse limite nos quadrantes BA e BB apresentando 2,29 e 2,38, respectivamente.

Como consequência desta transição demográfica, há um aumento da razão de dependência. Segundo Carvalho e Rodríguez-Wong (2008), a razão de dependência não retornará aos altos níveis registrados durante os três primeiros quartos do século passado (em torno de 80%), porém esta deve se estabilizar ao redor de 58%. Como prova disso, no quadrante AA a média da razão de dependência dos municípios foi de 57,22 e no AB de 58,31, já nos quadrantes BA e BB, esta é superior a 61%.

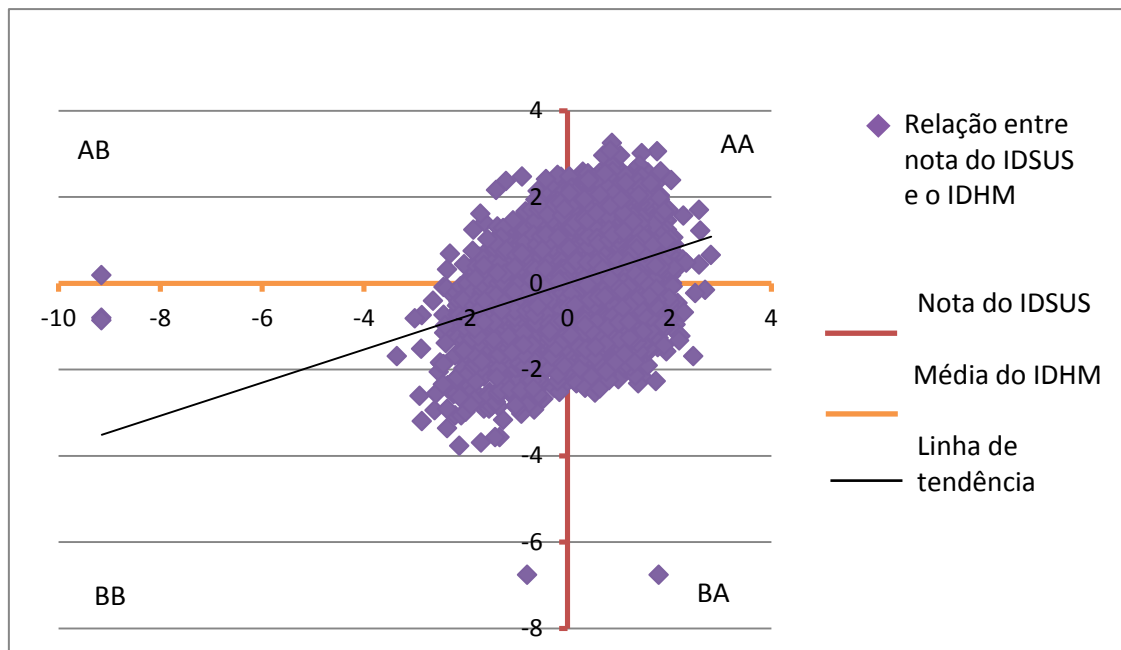
Quanto à localidade predominante, no que se referente aos quadrantes AA e AB, estes possuem maior representatividade dos municípios da região Sudeste e Sul. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste possuem cerca de 50% dos seus municípios no quadrante BB. O quadrante BA está bem distribuído em todas as regiões (entre 20 e 29%), à exceção da região Sul (5%).

Referente ao porte populacional, considerando a população total média dos municípios, em todos os quadrantes eles são considerados de pequeno porte 4, já que, segundo o IBGE, são classificados assim os municípios com população de 20 mil até 50 mil habitantes. Essa mesma situação se repete quando se observa o Brasil como um todo. A média da população dos municípios do Brasil é de 34.278, se enquadrando também a classificação de municípios de pequeno porte 4.

Ainda utilizando o método estático *escore-z*, percebeu-se que o IDHM também se relaciona positivamente com a nota do IDSUS. O gráfico 2 mostra essa relação positiva a partir da linha de tendência. Em termos de comparação entre as duas linhas de tendência (gráfico 1 *versus* gráfico 2), observa-se que no último a inclinação é maior, o que sinaliza maior influência sobre o IDSUS.

Em outras palavras, o IDHM possui uma relevância maior sobre o desempenho do SUS quando comparado ao percentual médio aplicado na saúde.

Gráfico 2 - Análise da relação entre as notas do IDSUS e o IDHM, entre 2007 e 2010.



Fonte: Elaboração própria.

Para a realização desta análise, o gráfico 2 foi dividido em quatro quadrantes, relacionando a nota do IDSUS com o IDHM em cada quadrante, seguindo a mesma lógica do gráfico 1, sendo os quadrantes definidos da seguinte forma: AA (Alta nota IDUSUS e Alto IDHM); AB (Alto IDSUS e Baixo IDHM); BA (Baixo IDSUS e Alto IDHM); e BB (Alto IDSUS e Baixo IDHM).

É importante ressaltar que os municípios que estão no quadrante AA do gráfico 1 não necessariamente estarão presentes no quadrante AA do gráfico 2, ocorrendo o mesmo nos demais quadrantes. A determinação das nomenclaturas Alto e Baixo foi construída da mesma forma que no gráfico 1, a partir das médias das notas do IDSUS (5,65) e dos IDHM (0,66).

A partir do gráfico 2, foi construída a tabela 4 com mais detalhes sobre as características dos municípios pertencentes a cada quadrante, fazendo uso das mesmas variáveis da tabela 3 para a realização das análises.

Tabela 4 - Relação entre as notas médias do IDSUS e os IDHM médios dos municípios em cada quadrante, entre 2007 e 2010.

Variáveis	AA	BA	AB	BB
Nota média do IDSUS	6,44	5,08	6,13	4,98
% Médio aplicado na saúde	20,09%	20,29%	19,79%	19,26%
IDHM médio	0,72	0,72	0,61	0,59
População média	36.941	73.207	11.628	18.580
% Médio de idosos na população	13,74%	11,49%	12,30%	10,70%
% Médio de crianças na população	7,59%	8,43%	9,31%	10,73%
Média de razão de dependência	55,04	53,56	64,19	67,66
Média da taxa de Fecundidade	1,91	2,03	2,28	2,53
Total de Municípios	1.836	1.085	809	1.835
% De municípios presentes nas Regiões				
Norte	6%	14%	8%	72%
Nordeste	2%	5%	20%	73%
Cento Oeste	11%	70%	4%	15%
Sudeste	50%	26%	18%	6%
Sul	74%	15%	9%	2%

Fonte: Elaboração própria.

Nos quadrantes AA e BA, encontram-se os municípios que possuem IDHM médio acima da média nacional (0,72 versus 0,66). A nota média do IDSUS é considerada alta no quadrante AA (6,44) e baixa no quadrante BA (5,08). No quadrante AB estão os municípios com IDHM médio de 0,61 e nota média do IDSUS considerada alta representada por 6,13. Já o quadrante BB apresenta os municípios com baixo IDHM e baixa nota média do IDSUS, correspondendo a 0,59 e 4,98, respectivamente.

Quanto à média do percentual aplicado na saúde, em todos os quadrantes a aplicação rodeia os 20%, bem como a aplicação média do Brasil, que no período analisado foi de 19,81%. Esse resultado reforça que não há

uma associação bem definida entre gasto médio em saúde e as variáveis IDSUS e IDHM.

O envelhecimento populacional ainda se mostra preocupante no contexto brasileiro. Nos quadrantes AA, BA e AB o percentual de idosos é maior que o percentual de crianças; porém, no quadrante BB, mesmo com uma diferença muito pequena, o percentual de idosos é menor que o percentual de crianças, talvez essa situação seja explicada pelo fato de ser neste o quadrante que se apresenta a maior taxa de fecundidade (2,53).

Nos quadrantes AA e BA estão os municípios com maior diferença entre a média dos percentuais de idosos e crianças, e também são nesses quadrantes que a taxa de fecundidade é considerada insuficiente para a reposição populacional. No entanto, são nos municípios AB e BB que as médias das razões de dependência se encontram em taxas mais elevadas. Segundo a RIPSA, valores elevados indicam que a população em idade produtiva (população entre 15 e 59 anos) deve sustentar uma grande proporção da população de dependentes (a população menor de 15 anos e de 60 e mais anos).

Quanto ao porte populacional, os quadrantes AB e BB são classificados como municípios de pequeno porte 3. O quadrante AA classificado como pequeno porte 4 e o BA contendo em média municípios de médio porte.

Referente às regiões que possuem maior número de municípios nos quadrantes, o AA possui maior representatividade das regiões Sudeste e Sul, contendo 50% e 74% dos seus municípios, respectivamente. A região Centro-Oeste possui mais municípios no quadrante BA (70%). No quadrante AB, as regiões que predominam são a Nordeste (20%) e a Sudeste (18%). O Nordeste contém 73% dos seus municípios no quadrante BB; padrão semelhante ao Norte, com 72% de seus municípios neste quadrante.

Para aprimorar esta avaliação, selecionaram-se os municípios que se encontram no quadrante AA e BB para ambas as análises (tabela 5). Para a melhor visualização destes dados, ou seja, a segunda coluna da tabela 5, estão representados os municípios AA e AA que em média apresentaram Alto

percentual aplicado na saúde, Alta nota do IDSUS e Alto IDHM e novamente Alta nota IDSUS.

Tabela 5 - Resultados referentes à relação entre as notas do IDSUS, o percentual gasto na saúde e IDHM, considerando os quadrantes AA e BB dos gráficos, entre 2007 e 2010.

Variáveis	AA (Alto % aplicado e Alta nota do IDSUS) e AA (Alto IDHM e Alta nota do IDSUS)	BB (Baixo % aplicado e Baixa nota do IDSUS) e BB (Baixo IDHM e Baixa nota do IDSUS)
Nota média do IDSUS	6,39	4,97
% Médio aplicado na saúde	22,98%	17,23%
IDHM médio	0,72	0,58
População média	35.408	17.838
% médio de idosos na população	13,15%	10,66%
% médio de crianças na população	7,81%	10,74%
Média de razão de dependência	54,70	67,75
Média da taxa de Fecundidade	1,95	2,54
Total de Municípios	809	1185
% De municípios presentes nas Regiões		
Norte	2%	52%
Nordeste	0,5%	47%
Cento-Oeste	0,4%	9%
Sudeste	31%	3%
Sul	22%	1%

Fonte: Elaboração própria.

Fazendo uma análise da tabela 5 de uma forma inversa, da última linha à primeira, ficam claras as diferenças socioeconômicas, demográficas, de desenvolvimento e de condições de saúde entre as regiões do Brasil.

As regiões Norte e Nordeste possuem 52% e 47%, respectivamente, dos seus municípios na condição BB e BB. Nesta classificação, em termos médios, percebe-se alta taxa de fecundidade (2,54), um percentual de crianças (10,74%) maior que o de idosos (10,66%), por consequência, uma elevada razão de dependência (67,75) e pouca condição de manter a saúde dessa população.

O IDHM médio dos municípios classificados como BB e BB é considerado baixo (0,58) quando comparado ao IDHM médio do Brasil. A nota média do IDSUS neste quadrante é abaixo de 5,0 e o percentual médio aplicado na área da saúde no período estudado é de 17,23%.

Em contraponto, a classificação AA e AA são onde se concentra a maior representação das regiões Sudeste e Sul, essas apresentam 31% e 22% dos seus municípios com esta classificação. A média da taxa de fecundidade (1,95) desses municípios é considerada insuficiente para a reposição populacional, o percentual de crianças (7,81) é quase metade do percentual de idosos (13,15) e a média da razão de dependência (54,70) é menor que a média do Brasil.

Para tanto, observa-se um alto IDHM (0,72) quando comparado à média brasileira, uma alta nota do IDSUS (6,39) e um gasto médio alto (22,98%).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou ter um panorama abrangente das características demográficas e socioeconômicas dos municípios brasileiros distribuídos em quadrantes que levaram em consideração a relação entre desempenho do SUS e o percentual do gasto médio aplicado na saúde.

Quanto ao perfil dos municípios segundo seus quadrantes na análise da influência do percentual aplicado na saúde e a nota do desempenho do SUS, é possível perceber uma clara semelhança a entre os quadrantes AA e AB, em termos de demográficos e socioeconômicos. O mesmo padrão se aplica aos municípios que se encontram nos quadrantes BB e BA.

Porém, chama atenção as diferenças regionais entre os quadrantes, tanto na análise com o gasto em saúde quanto no desenvolvimento municipal. Verificou-se clara diversidade entre as regiões do Brasil. Situação esta que se torna preocupante visto os resultados apresentados.

A região Norte e Nordeste são regiões que além de ter um baixo desenvolvimento municipal ainda apresentou aplicação baixa de recursos na área da saúde. Enquanto as regiões Sul e Sudeste se contrapõem a isto, apresentando resultados altos a todas estas variáveis.

Para além disto, é possível perceber que o desempenho do SUS não se justifica a partir de um alto ou baixo gasto em saúde. As análises mostram resultados positivos no quadrante AB, no qual apresentou alta nota do IDSUS e gasto abaixo da média nacional. Corroborando esse ponto, recentemente foi publicado um artigo na Folha de São Paulo uma resenha sobre o relatório do Banco Mundial sobre os 20 anos do SUS, chegando a conclusão de que “os problemas de acesso e cuidados especializados no SUS têm mais a ver com desorganização e ineficiência do que com falta de dinheiro.” (COLLUCCI, 2013).

Ainda é importante ressaltar a presença de poucos estudos sobre o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), apesar de ter recebido críticas, este índice pode ser considerado uma ferramenta importante para a avaliação da saúde no Brasil.

Para além disso, o IDSUS ainda necessita aprimoramentos, pois seus indicadores atuais não são capazes de captar todos os aspectos do SUS, como por exemplo, o de tempo de deslocamento e de espera, a satisfação do usuário, a qualidade e custos dos serviços de saúde e a eficiência do sistema.

O trabalho traz as duas recomendações: i) aumentar as propostas de criação de novas políticas públicas de saúde e/ou monitoramento e avaliação das políticas já existentes, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, incentivando o caminho para uma gestão adequada; ii) aprimoramento do IDSUS, criação de índices complementares, bem como, seu estudo e análise.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. **Curso de Direito Sanitário: A proteção do Direito à Saúde no Brasil** - São Paulo: Quartier Latin, 2007

BRASIL. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde**. Passo Fundo – CEAP, 2005. p.7.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. p.12 - 15. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011. Capítulo 1.

_____. Constituição federal 1988 CF, art. 195, § 2º. **Lex: Constituição Federal**. Brasil. 1998

_____. Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000. **Lex: Constituição Federal**, Brasil. 1998.

_____. Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012. **Lex: Constituição Federal**, Brasil. 1998.

_____. Ministério da Saúde. IDSUS: **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Saúde. **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.12.

_____. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores Básicos Para a Saúde no Brasil: conceitos e Aplicações**. – Brasília: RIPSAs, 2008. Cap. 1

CARVALHO, M. A. J.; GARCIA, A. R. Cadernos de Saúde Pública. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 727-728, 2003

CARVALHO, M. A. J.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. Cadernos de Saúde Pública. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, 2008.

CISLAGHI, F. J. et al. IPEA CODE – Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. **O Financiamento do SUS: principais dilemas**, p. 1, 2011.

COLLUCCI, C. Folha de São Paulo, Falta mais eficiência ao SUS do que verba, afirma estudo. **Folha de São Paulo.**, 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/12/1382771-falta-mais-eficiencia-ao-sus-do-que-verba-afirma-estudo.shtml>>. Acesso em 09 de dezembro de 2012.

LEWCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Revista Ciência Saúde Coletiva. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais**

MARQUES, M. R. **O financiamento do sistema público de saúde brasileiro: formatação e atuação**. Santiago: Ed. Naciones Unidas, 1999 , p.28.

MENDES, A.; MARQUES, M. R. Ciência & Saúde Coletiva **O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização, São Paulo, v.14, n. 3, p. 841-850, 2009.**

NORONHA, C. J. et al. O Sistema único de Saúde – SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 465-69

OCKÉ-REIS, O. C. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Nota Técnica. **Mensuração dos Gastos Tributários: O caso dos planos de saúde – 2003-2011**. Brasília: IPEA, Maio 2013. p. 3

SANTO, E. A. Escore Padrão. In: **Delineamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. P.147

SANTOS, R. N.; AMARANTE, D. P. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde In: CARVALHO, G. **Avaliação do atual modelo da gestão pública do SUS quanto ao financiamento público na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.57.

SOUZA, R. **Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 102.

Dissertação - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002. p.35.