Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós - Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Adriana Rogeri Franco

**RELAÇÃO ENTRE GASTO E EFETIVIDADE: UM
COMPARATIVO DA APLICAÇÃO FINANCEIRA E
INDICADORES DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS SUL MINEIROS**

Versão Corrigida

Ribeirão Preto - SP
2020

Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós - Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Adriana Rogeri Franco

**RELAÇÃO ENTRE GASTO E EFETIVIDADE: UM
COMPARATIVO DA APLICAÇÃO FINANCEIRA E
INDICADORES DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS SUL MINEIROS**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de
Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, como um requisito para
obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações
de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Lucirton
Costa

Ribeirão Preto - SP
2020

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto / USP

Franco, Adriana Rogeri.

**RELAÇÃO ENTRE GASTO E EFETIVIDADE: UM
COMPARATIVO DA APLICAÇÃO FINANCEIRA E INDICADORES
DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS SUL MINEIROS.**

Ribeirão Preto - SP, 2020.

168 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão.

Orientador: André Lucirton Costa.

1. Investimento em saúde; 2. Planejamento em saúde; 3.
Indicadores básicos de saúde; 4. Saúde pública; 5. Sistema Único
de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Adriana Rogeri Franco

RELAÇÃO ENTRE GASTO E EFETIVIDADE: UM COMPARATIVO DA APLICAÇÃO FINANCEIRA E INDICADORES DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS SUL MINEIROS

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Aprovado em: 20/03/2020.

Prof. Dr. André Lucirton Costa

Instituição: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto –
FEARP - USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP - USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Adriel Martins de Freitas Branco

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela força, bênçãos e oportunidades que tenho recebido; a meus familiares, em especial meus filhos Tarcísio e Tales, gerados e nascidos durante esse curso”.

“Ao meu marido Thiago, pela parceria e companheirismo; à minha mãe Cássia, pela ajuda contínua nesse processo; ao meu pai Cézar, que permitiu as ausências do Thiago ao trabalho sempre que necessário; à minha irmã Marina e às sobrinhas Isabela e Alice que também colaboraram e participaram dessa etapa.

“Dedico este trabalho aos meus colegas de trabalho que com sua experiência muito me ensinaram sobre saúde pública. Dedico também à Vilma, que me incentivou a cursar o mestrado”.

“Aos professores e colegas do Mestrado em Gestão das Organizações em Saúde, que ampliaram meu horizonte com suas explicações e experiências compartilhadas”.

AGRADECIMENTOS

“Ao Prof. André Lucirton Costa, pela disponibilidade e atenção.”

“À Maria Cláudia Propheta Alves e demais servidores da Secretaria do Programa de Mestrado Profissional, pela cortesia e atenção em todas as ocasiões. A todos os docentes com quem pude conviver e que deixaram sua contribuição em minha formação e em nosso trabalho.”

“Agradeço à FMRP e à FEARP por proporcionarem a realização desse sonho.”

Epígrafe
Senhor, fazei-me instrumento de vossa paz.
São Francisco de Assis

RESUMO

FRANCO, Adriana Rogeri. **Relação entre gasto e efetividade: Um comparativo da aplicação financeira e indicadores de saúde em municípios sul mineiros**. 2019. 168f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2020.

A Legislação Brasileira determina aplicação mínima na saúde sem estabelecer o limite máximo de gastos na saúde. Entretanto alto índice de investimento por si só pode não ser suficiente para garantir a qualidade dos serviços. É possível que municípios que apresentam um alto investimento não consigam os melhores resultados se comparados a outros do mesmo porte que podem apresentar maior efetividade no gasto público. O resultado da pesquisa pode ser útil para discutir o modelo brasileiro de financiamento em saúde, bem como verificar se é suficiente exigir aplicação mínima de recursos próprios municipais, sem verificar a efetividade do gasto público. O objetivo geral do estudo é analisar os gastos do Sistema Único de Saúde e o seu resultado em indicadores do Pacto Interfederativo nos municípios selecionados. Propõe-se uma pesquisa aplicada, qualitativa que demonstre os resultados obtidos através dos investimentos de recursos próprios municipais em saúde, e assim contribuam para melhorar a relação custo $\times$ benefício dos investimentos realizados. Foram selecionados municípios mineiros que integram a região ampliada de saúde sul, com população acima de 50.000 habitantes e confrontados: investimento financeiro em saúde, coletados do SIOPS, e Indicadores do Pacto Interfederativo, disponíveis na Sala de Situação Municipal da SES Minas Gerais. Através de uma pesquisa exploratória e bibliográfica buscou-se conhecer outros trabalhos que abordaram o investimento financeiro dos municípios e ou os indicadores de saúde dos mesmos. Ao analisar cada indicador de saúde e o desempenho que os municípios apresentaram no período de 2012 a 2018, não necessariamente o município que menos gastou teve um desempenho inferior, bem como a alta aplicação de recursos financeiros não garantiu o melhor resultado do grupo. O que se infere deste estudo é que gastar muito não necessariamente signifique gastar bem, assim como gastar pouco não seja exatamente gastar mal.

Descritores: Investimento em saúde. Planejamento em saúde. Indicadores básicos de saúde. Saúde pública. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

FRANCO, Adriana Rogeri. **Relation between expenditure and effectiveness: A comparative of the financial application and health indicators in municipalities south of Minas Gerais**. 2019. 168p. Dissertation (Professional Masters in Health Management Organizations) – Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2020.

The Brazilian legislation determines minimum application in health without establishing the maximum limit of health expenses. However, high investment alone may not be sufficient to guarantee the quality of services. It is possible that municipalities with a high investment may not achieve the best results compared to others of the same size that may have greater effectiveness in public spending. The research result may be useful to discuss the Brazilian model of health financing, as well as to verify if it is sufficient to require minimal application of municipal own resources, without verifying the effectiveness of public spending. The general objective of the study is to analyze the expenses of the Unified Health System and their result in indicators of the Interfederative Pact in the selected municipalities. An applied qualitative research is proposed that demonstrates the results obtained through the investments of municipal own resources in health, and thus contribute to improve the cost-benefit ratio of the investments made. Mining municipalities were selected in the expanded southern health region, with a population over 50,000 inhabitants and confronted: financial investment in health, collected from SIOPS, and Interfederative Pact Indicators, available in the SES Minas Gerais Municipal Situation Room. Through an exploratory and bibliographic research we sought to know other works that addressed the financial investment of the municipalities and or their health indicators. When analyzing each health indicator and the performance that the municipalities presented in the period from 2012 to 2018, not necessarily the least-spending municipality underperformed, and the high investment of financial resources did not guarantee the best result of the group. What is inferred from this study is that spending too much does not necessarily mean spending well, just as spending less is not exactly spending badly.

Keywords: Investments. Health Planning. Health Status Indicators. Public Health. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Composição da base de cálculo para aplicação de recursos próprios municipais em saúde.....	39
Figura 2 – Matriz de Dimensões de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde	43
Figura 3 – Plano Diretor de Regionalização – PDR em Minas Gerais	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais por grupo.....	25
Quadro 2 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais não avaliados na pesquisa.....	26
Quadro 3 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais avaliados na pesquisa..	28
Quadro 4 – Pesquisa Estudada.....	30
Quadro 5 – Despesas consideradas e não consideradas em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS).....	38
Quadro 6 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 1.....	45
Quadro 7 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 2.....	46
Quadro 8 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 3.....	47
Quadro 9 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretrizes 4 e 5.....	48
Quadro 10 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 6.....	49
Quadro 11 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 7.....	50
Quadro 12 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 8.....	51
Quadro 13 – Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretrizes 11, 12 e 13.52	
Quadro 14 – Grupo 1: Indicadores de Acesso.....	139
Quadro 15 – Grupo 2: Saúde da Mulher e da Criança.....	141
Quadro 16 – Grupo 3: Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis	144
Quadro 17 – Redução dos Riscos e Agravos à Saúde / Saúde Ambiental.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios da Macrorregião de Saúde Sul com população acima de 50.000 habitantes.....	58
Tabela 2 – Dados sócio demográficos dos municípios selecionados	59
Tabela 3 – Porcentagem do Orçamento Total Gasto com Saúde dos municípios selecionados e do Estado de Minas Gerais.....	73
Tabela 4 – Indicadores de saúde de Alfenas.	97
Tabela 5 – Indicadores de saúde de Guaxupé.	101
Tabela 6 – Indicadores de saúde de Itajubá.	105
Tabela 7 – Indicadores de saúde de Lavras.	108
Tabela 8 – Indicadores de saúde de Passos.....	112
Tabela 9 – Indicadores de saúde de Poços de Caldas	116
Tabela 10 – Indicadores de saúde de Pouso Alegre.	120
Tabela 11 – Indicadores de saúde de São Sebastião do Paraíso.....	124
Tabela 12 – Indicadores de saúde de Três Corações.....	128
Tabela 13 – Indicadores de saúde de Três Pontas.....	131
Tabela 14 – Indicadores de saúde de Varginha.....	135

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 – Produção Ambulatorial Alfenas período 2012 a 2017.....	60
Gráfico 2 – Produção Hospitalar Alfenas período 2012 a 2017.....	60
Gráfico 3 – Produção Ambulatorial Guaxupé período 2012 a 2017.....	61
Gráfico 4 – Produção Hospitalar Guaxupé período 2012 a 2017.....	61
Gráfico 5 – Produção Ambulatorial Itajubá período 2012 a 2017.....	62
Gráfico 6 – Produção Hospitalar Itajubá período 2012 a 2017.....	62
Gráfico 7 – Produção Ambulatorial Lavras período 2012 a 2017.....	63
Gráfico 8 – Produção Hospitalar Lavras período 2012 a 2017.....	64
Gráfico 9 – Produção Ambulatorial Passos período 2012 a 2017.....	64
Gráfico 10 – Produção Hospitalar Passos período 2012 a 2017.....	65
Gráfico 11 – Produção Ambulatorial Poços e Caldas período 2012 a 2017.....	66
Gráfico 12 – Produção Hospitalar Poços e Caldas período 2012 a 2017.....	66
Gráfico 13 – Produção Ambulatorial Pouso Alegre período 2012 a 2017.....	67
Gráfico 14 – Produção Hospitalar Pouso Alegre período 2012 a 2017.....	67
Gráfico 15 – Produção Ambulatorial São Sebastião do Paraíso período 2012 a 2017.....	68
Gráfico 16 – Produção Hospitalar São Sebastião do Paraíso período 2012 a 2017.....	68
Gráfico 17 – Produção Ambulatorial Três Corações período 2012 a 2017.....	69
Gráfico 18 – Produção Hospitalar Três Corações período 2012 a 2017.....	69
Gráfico 19 – Produção Ambulatorial Três Pontas período 2012 a 2017.....	70
Gráfico 20 – Produção Hospitalar Três Pontas período 2012 a 2017.....	71
Gráfico 21 – Produção Ambulatorial Varginha período 2012 a 2017.....	71
Gráfico 22 – Produção Hospitalar Varginha período 2012 a 2017.....	72
Gráfico 23 – Variação do Gasto com Saúde dos municípios selecionados e do Estado de Minas Gerais	74
Gráfico 24 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – ESF (%).....	77
Gráfico 25 – Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (%)	78
Gráfico 26 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%)	79
Gráfico 27 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.....	80

Gráfico 28 – Razão de exames mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos....	82
Gráfico 29 – Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	83
Gráfico 30 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	84
Gráfico 31 – Mortalidade Infantil (Taxa e número absoluto)	85
Gráfico 32 – Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados (%).....	86
Gráfico 33 – Casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (número absoluto)	86
Gráfico 34 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%).....	87
Gráfico 35 – Número (absoluto) de casos novos de AIDS em menores de cinco anos de idade.....	88
Gráfico 36 – Gravidez na adolescência – 10 a 19 anos (%)	89
Gráfico 37 – Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT.....	90
Gráfico 38 – Proporção de casos de DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação (%).....	91
Gráfico 39 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	92
Gráfico 40 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	93
Gráfico 41 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (%).....	94
Gráfico 42 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	95
Gráfico 43 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano (%)	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
GPABA	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICVS	Índice de Condições de Vida e Saúde
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento da Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
LC 141/2012	Lei Complementar nº 141/2012
LILACS	Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PS	Pacto pela Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SINAN	Sistema Nacional de Registro de Agravos de Notificação
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SISPACTO	Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades da Federação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	Contextualização.....	20
1.2	Pergunta de Pesquisa e Objetivos.....	21
1.3	Justificativa.....	21
2	MÉTODO DO TRABALHO.....	22
2.1	Municípios Seleccionados.....	23
2.2	Gerenciamento dos Dados Coletados.....	24
2.3	Organização dos Dados.....	24
2.4	Considerações Estatísticas.....	29
2.5	Considerações Éticas.....	29
3	REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.1	Sistema Único de Saúde.....	32
3.1.1	Descentralização do SUS no âmbito municipal.....	34
3.2	Financiamento do SUS no âmbito municipal.....	36
3.3	Indicadores de Saúde.....	41
3.3.1.	Sala de Situação e Pacto Interfederativo em Minas Gerais.....	54
4	MUNICÍPIOS PESQUISADOS.....	57
4.1	Principais Características nos municípios estudados.....	57
4.1.1	Alfenas.....	59
4.1.2	Guaxupé.....	61
4.1.3	Itajubá.....	62
4.1.4	Lavras.....	63
4.1.5	Passos.....	64
4.1.6	Poços de Caldas.....	65
4.1.7	Pouso Alegre.....	66
4.1.8	São Sebastião do Paraíso.....	68
4.1.9	Três Corações.....	69
4.1.10	Três Pontas.....	70
4.1.11	Varginha.....	71
5	ANÁLISE.....	72
5.1	Gasto com Saúde.....	72
5.2	Indicadores do Pacto Interfederativo.....	76

5.2.1	Grupo 1 – Indicadores de Acesso.....	76
5.2.2	Grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança.....	80
5.2.3	Grupo 3 – Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)	89
5.2.4	Grupo 4 – Redução dos Riscos e Agravos à Saúde – Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental.....	90
5.3	Análise do Resultado por município.....	96
5.3.1	Alfenas.....	96
5.3.2	Guaxupé.....	100
5.3.3	Itajubá.....	104
5.3.4	Lavras.....	108
5.3.5	Passos.....	112
5.3.6	Poços de Caldas.....	116
5.3.7	Pouso Alegre.....	119
5.3.8	São Sebastião do Paraíso.....	123
5.3.9	Três Corações.....	128
5.3.10	Três Pontas.....	131
5.3.11	Varginha.....	135
6	ANÁLISE DA RELAÇÃO PERCEBIDA.....	138
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
	REFERÊNCIAS.....	151
	APÊNDICE A – Breve descrição sobre os textos estudados na pesquisa bibliográfica.....	157
	APÊNDICE B – Dados coletados do Estado de Minas Gerais.....	166
	ANEXO A – Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento – aprovado pelo Parecer consubstanciado do CEP nº 3.304.666.....	168

1 INTRODUÇÃO

A legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), através do art. 7º da Lei Complementar (LC) 141/12 exige que os municípios invistam anualmente na saúde, no mínimo 15% de suas receitas oriundas da arrecadação de impostos a que se referem os art. 156, 158 e 159 da Constituição Federal. Para comprovar essa aplicação de recursos, os municípios enviam bimestralmente suas informações através do sistema informatizado denominado Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Também os estados e a União utilizam esse sistema. Os dados informados são de acesso público, através da página <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>, bem como indicadores e outras informações referentes à aplicação de recursos, trazendo as receitas e despesas dos orçamentos públicos em saúde. Após o envio das informações no 6º bimestre de cada ano são consolidados os dados anuais, os quais serão trabalhados.

Os municípios geralmente investem acimado recurso mínimo exigido para aplicação na saúde, considerando a crescente demanda, fatores como o subfinanciamento federal e estadual e também as imposições decorrentes da *judicialização*, sob pena de bloqueio de transferências constitucionais. Todavia o mero cumprimento legal não garante a qualidade dos serviços ofertados à população, nem tampouco os melhores resultados na geração de saúde pública.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), visando ‘medir o desempenho do SUS’ nacional, nos estados e municípios. Para a construção desse índice, foram priorizadas as dimensões de desempenho: acesso e efetividade na atenção básica, especializada e hospitalar. Através de uma metodologia específica propunha-se a construção de um indicador síntese, composto por 24 indicadores de saúde associados a alguns pré-requisitos e condicionantes. Esses indicadores foram diferentes dos utilizados no Pacto e dos propostos como indicadores de transição para o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Portanto, até os dias atuais, o IDSUS não se consolidou como ferramenta de monitoramento contínuo do SUS. Apesar disso, a ampla divulgação e debate suscitados foram importantes, informações de acesso público foram disseminadas, a exemplo, de países como os Estados Unidos, que divulgam a classificação comparativa de organizações de saúde – e não regiões, municípios e estados – com base em indicadores de desempenho. (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017)

Considerando que o IDSUS não apresentou dados para o ano de 2013 e seguintes, não é possível sua utilização no trabalho proposto. Entretanto, outros indicadores estão

disponíveis para análise.

A Sala de Situação é formada por um conjunto de dados, agrupados em planilhas, gráficos, oriundos de diversas fontes e características de informações integradas que possibilitam conhecer a situação de saúde e a resposta institucional em um espaço-população definido, que pode ser, por exemplo, um município. (BUENO, 2010).

No estado de Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde disponibiliza em seu sítio a Sala de Situação Municipal, apresentando consolidação de dados em saúde de base municipal voltada para consulta pública. Através dela, é possível verificar os resultados obtidos por cada município nos indicadores do Pacto Interfederativo, bem como o resultado do Estado a título de análise e comparação.

1.1 Contextualização

Os indicadores de saúde são ferramentas fundamentais para a gestão de programas e serviços bem como para avaliação do sistema de saúde. (FERREIRA et al., 2014.)

Os indicadores são ferramentas essenciais no processo de tomada de decisões, assim como são para a sociedade instrumentos importantes do controle social. (SOBRAL, 2008).

LUIZ et al. (2008) considerando que o enfoque predominante do planejamento e programação em saúde independe da heterogeneidade da população quanto a poderes econômico, político, cultural e simbólico, criaram um indicador composto: o Índice de Condições de Vida e Saúde (ICVS). O objetivo principal foi reconhecer as desigualdades de condições de vida, saúde e sua relação com o planejamento em saúde, na tentativa de superar as limitações dos tradicionais índices sintéticos.

A partir dessa compreensão busca-se então selecionar municípios que tenham características semelhantes, localizados dentro de uma mesma região de saúde, para buscar o menor viés possível na análise dos dados.

O município de São Sebastião do Paraíso, situado na região ampliada de saúde Sul, no Estado de Minas Gerais, foi o ponto de partida para a seleção dos demais, pois apresentou uma variação significativa nos recursos próprios gastos com saúde nos últimos anos, sendo que em 2014 e 2015 praticamente dobrou o índice em relação à 2012. Por possuir pouco mais de setenta mil habitantes, a pesquisa se faz entre municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, que estejam localizados na mesma região de saúde, sendo o maior deles Poços de Caldas com mais de cento e sessenta mil habitantes. Oportunamente serão descritos os municípios e suas características sob os aspectos demográfico, socioeconômico e

epidemiológico.

1.2 Pergunta de Pesquisa e Objetivos

Diante desse cenário surge a pergunta de pesquisa: Qual a relação entre investimento financeiro e efetividade em saúde? Os dados serão obtidos segundo os Indicadores do Pacto Interfederativo de Saúde e informações disponíveis no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, em municípios mineiros da macrorregião de saúde Sul com população acima de cinquenta mil habitantes.

O objetivo geral do estudo é analisar os gastos do Sistema Único de Saúde e o seu resultado em indicadores do Pacto Interfederativo nos municípios selecionados.

Os objetivos secundários são:

- a) Identificar o gasto em saúde nos municípios selecionados;
- b) Verificar a efetividade das ações de saúde utilizando os Indicadores do Pacto Interfederativo;
- c) Avaliar a eficiência dos investimentos e despesas de saúde segundo os indicadores.

1.3 Justificativa

Para Jansen, 2010 (apud SANTOS et al., 2015, p. 1080) existem três grupos que podem compor a construção de uma política pública: a gestão, a academia e os técnicos (profissionais), atuando com comportamento e expectativas distintos, mas sem impedir a atuação conjunta para construir uma política de saúde.

Dessa forma, a presente pesquisa pode ser capaz de trazer informações relevantes na discussão do financiamento do SUS, e principalmente em estudos futuros sobre a efetividade do gasto público.

Segundo Araújo; Bonacim (2010) A economia em saúde vem ganhando papel extremamente relevante em todo o mundo, em decorrência de demanda crescente a insuficiência de recursos do setor público e da população, justificando a necessidade de estudos e práticas na área.

Assim sendo, a tomada de decisão deve estar embasada por critérios políticos, econômicos, culturais, científicos, epidemiológicos e socio sanitários, pois as políticas de saúde representam grande custo para a sociedade. (SANTOS et al., 2015).

Diante do exposto, propõe-se confrontar investimento municipal em saúde e resultados obtidos, através de um comparativo entre gasto com saúde e os indicadores de saúde do Pacto Interfederativo. É possível que municípios que tem um alto investimento não consigam os melhores resultados se comparados a outros do mesmo porte que podem apresentar maior efetividade no gasto público.

O resultado da pesquisa pode ainda ser útil para discutir o modelo brasileiro de financiamento em saúde, bem como verificar se é suficiente exigir aplicação mínima de recursos próprios municipais, sem verificar a efetividade do gasto público.

O cumprimento da aplicação mínima de recursos próprios investidos em saúde, ou até mesmo a superação desse índice pode não ser suficiente para garantir a eficiência dos serviços ofertados à população, nem tampouco os melhores resultados na geração de saúde pública.

Mendes (2013) ao realizar uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde (APS) encontrou evidências que sistemas de saúde com forte orientação para APS apresentam melhores resultados quanto à diminuição da mortalidade, redução de custos, maior acesso a serviços preventivos, melhoria da equidade em saúde, redução das internações hospitalares e redução da atenção de urgência.

2 MÉTODO DOTRABALHO

Conforme Araújo; Bonacim (2011) todo trabalho científico demanda um método de análise, qual seja o conjunto das atividades sistemáticas que permitem alcançar o objetivo, traçando caminhos, detectando erros e auxiliando as decisões. Torna-se então, muito mais que uma exigência formal, uma ferramenta que visa auxiliar o pesquisador na busca do conhecimento científico.

Propôs-se uma pesquisa aplicada qualitativa que demonstrasse a relação custo *versus* benefício dos investimentos realizados. A princípio, foram selecionados os municípios mineiros com população acima de 50.000 habitantes e confrontados investimento financeiro em saúde e indicadores do Pacto Interfederativo. Assim sendo, o objetivo é gerar conhecimentos para aplicação prática, com esforços voltados à solução do problema de pesquisa, envolvendo verdades e interesses locais. Dessa forma, pretende-se contribuir para melhoria do SUS no âmbito municipal.

Através de uma pesquisa exploratória e bibliográfica buscou-se conhecer a produção

científica dos últimos dez anos sobre investimento em saúde e indicadores de saúde.

Acessando as bases de dados Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e o portal da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), foram pesquisados os seguintes descritores de saúde combinados entre si: Investimento em Saúde, Planejamento em Saúde, Indicadores Básicos de Saúde e Saúde Pública. Foram selecionadas as publicações no período de 2008 a 2018, ordenadas por relevância.

Ao aplicar no SCIELO a combinação "investimento em saúde" OR "planejamento em saúde" OR "indicadores básicos de saúde" AND "saúde pública" foram localizados vinte e oito documentos. Também foi pesquisada a combinação "investimento em saúde" OR "planejamento em saúde" AND "saúde pública", que apresentou cinquenta e seis documentos. Na base LILACS a pesquisa foi realizada com a combinação "investimento em saúde" OR "planejamento em saúde" OR "indicadores básicos de saúde" AND "saúde pública", apresentando cinquenta e seis documentos. Dessa forma, foram encontrados cento e quarenta documentos. Após a exclusão dos artigos duplicados e a verificação dos resumos, foram selecionados vinte e um artigos para leitura e incluídos no gerenciador de referências *Mendeley*.

2.1. Municípios Selecionados

A escolha do universo de pesquisa se fez a partir do município de São Sebastião do Paraíso, situado na região ampliada de saúde Sul, no Estado de Minas Gerais, porque apresentou uma variação significativa no gasto com saúde nos últimos anos. Partiu de 22,02% em 2012 e superou a marca de 40% de recursos próprios investidos por dois anos consecutivos: 2014 e 2015. Considerando a necessidade de minimizar as diferenças sociodemográficas dos municípios comparados, optou-se por selecionar apenas municípios mineiros, de forma que não divirjam as políticas estaduais de saúde, que certamente podem influenciar nos resultados obtidos. Considerando ainda que o estado de Minas Gerais possui oitocentos e cinquenta e três municípios, em sua vasta extensão territorial, com consideráveis diferenças socioeconômicas, restringiu-se a pesquisa na macrorregião Sul, pois é onde está localizado São Sebastião do Paraíso, cuja população é pouco maior que setenta mil habitantes. Assim sendo, foram selecionados os municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, uma vez que além de estarem sujeitos aos mesmos critérios legais, podem apresentar maior similaridade entre si. O resultado da seleção apresentou onze cidades.

2.2. Gerenciamento dos Dados Coletados

Em visita ao sítio da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, foram selecionados os municípios mineiros da macrorregião de saúde Sul com população acima de cinquenta mil habitantes, sendo onze os municípios que se enquadraram nesses critérios: Alfenas, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha.

Os indicadores de Saúde estão disponíveis na Sala de Situação, tendo sido selecionados os do Pacto Interfederativo, conforme já explicado anteriormente. Os dados são de acesso público e podem ser acessados através do sítio da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

O investimento financeiro de cada um desses municípios foi verificado através do indicador “Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012”, calculado e divulgado através da página do SIOPS, também de acesso público. Esse indicador apresenta-se como o mais igualitário, pois calcula o investimento em saúde na mesma proporção, independentemente do montante do Orçamento municipal e ou do recurso próprio investido por cada ente.

A coleta de dados foi feita através do acesso às páginas da internet já citadas, quais sejam: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e SIOPS. O armazenamento dos dados bem como a geração de tabelas e gráficos foram feitos pelo *software Microsoft Excel*.

2.3. Organização dos Dados

Para a análise dos indicadores do Pacto Interfederativo, os mesmos foram organizados em grupos no quadro um. Esses grupos foram definidos através das diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), apresentadas na seção 3.3. Indicadores de Saúde, através dos quadros seis, oito, nove e onze. Os títulos dos grupos foram elaborados em termos resumidos destas mesma diretrizes do COAP.

A descrição do indicador foi apresentada como na Sala de Situação do Estado de Minas Gerais. Os números apresentados das duas primeiras colunas evidenciam que os indicadores são abordados nos dois instrumentos, COAP e Sala de Situação.

Quadro 1 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais por grupo.

Nº COAP	Nº Sala de Situação	Descrição – pelos termos da Sala de Situação
Grupo 1 – Indicadores de Acesso		
1	17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF
3	18	Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
4	19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica
Grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança		
18	11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
19	12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
20	13	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)
23	16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	15	Taxa de Mortalidade Infantil
27	2	Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)
28	8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
35	4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)
42	9	Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos
-----	14	Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos
Grupo 3 – Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT		
30	1	Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos, pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Grupo 4 – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental		
38	3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
39	5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)
40	23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)
41	20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)
45	6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)
50	7	Número de casos autóctones de malária
52	22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
53	10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
Grupo 5 – Outros		
-----	21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (%)

Fonte: Elaborado pelo autor, utilizando informações do COAP e da Sala de Situação.

Dois indicadores, 14- Gravidez na adolescência e 21 – Ações de matriciamento realizadas por CAPS não constam no COAP. Entretanto fazem parte do Pacto Interfederativo do Estado de Minas Gerais no período estudado, portanto, foram incluídos na Tabela.

Os indicadores 4 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de

Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%) e 9 – Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos, no COAP, estão contemplados na Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, entretanto, nesse estudo, foram incluídos nos Grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança, para melhor análise e visualização das políticas públicas voltadas à mulheres e crianças em cada município, uma vez que são indicadores sensíveis ao acompanhamento do pré-natal, bem como dos primeiros anos de vida das crianças.

É ainda necessário verificar indicadores que tenham pouca ou nenhuma relação ao gasto com saúde, ou ainda que não se identificam com o perfil epidemiológico da região. Assim sendo, o quadro dois apresenta indicadores excluídos deste estudo.

Quadro 2 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais não avaliados na pesquisa.

Nº COAP	Nº Sala de Situação	Descrição – pelos termos da Sala de Situação
Grupo 4 – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental		
38	3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
50	7	Número de casos autóctones de malária
Grupo 5 – Outros		
-----	21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (%)

Fonte: Elaborado pelo autor.

O indicador 3- Proporção de registros de óbitos com causa básica definida e embora tenha sua importância para a Vigilância em Saúde, não reflete necessariamente resultado do gasto com saúde, uma vez que estão sujeitos à organização do Sistema de Saúde no município, bem como do serviço de medicina legal e medicina do trabalho disponíveis nos municípios estudados. Considerando que esses serviços não estão presentes em todo universo de pesquisa, decidiu-se pela exclusão dos indicadores.

O indicador 7 – Número de casos autóctones de malária também não tem relação com o perfil epidemiológico da Macrorregião de Saúde Sul em Minas Gerais. No COAP, esse indicador está relacionado com a região amazônica. É possível que o Estado de Minas Gerais o tenha inserido no Pacto Interfederativo por identificação de regiões específicas que necessitem desse monitoramento.

O indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (%) também tem mais relação com a organização da saúde mental

em cada município do que com o investimento em saúde. O cumprimento desse indicador por alguns municípios e por outros não, poderia alterar o resultado geral da pesquisa. Diante dessas razões, optou-se também pela exclusão desse indicador no estudo.

Para melhor adequação das políticas públicas há que se fazer um esforço para qualificar a produção de informações que permitam uma melhor compreensão dessas interações em outros estudos. A dificuldade em selecionar as fontes de informação está ligada à complexidade dos problemas. Tem sido um grande desafio a construção de variáveis e indicadores capazes de incorporar as múltiplas dimensões das iniquidades em saúde em diferentes realidades. A escolha de indicadores para avaliar resultados poderá colaborar para o envolvimento dos atores sociais que influenciam na formulação de políticas públicas. (MATTOS, 2016)

A análise dos indicadores de saúde é a base para a elaboração de uma síntese da realidade de saúde. Os gestores de saúde citaram como sendo relevantes para o planejamento de ações o número de portadores de hipertensão e diabetes, a cobertura vacinal, quantidade de casos de tuberculose e hanseníase, os exames citopatológicos e o número de gestantes acompanhadas. (LIMA, 2013)

O estudo de Mattos (2016) analisou a capacidade dos indicadores para identificar desigualdades em saúde nas regiões de saúde do Estado de São Paulo. Selecionou os indicadores do COAP segundo a visão dos Articuladores da Atenção Básica que atuavam nas regiões. Os seis grupos de trabalho elegeram dez indicadores para analisar as regiões. São eles:

1. Proporção de Exodontias em relação ao número de procedimentos odontológicos
2. Número de óbitos Maternos
3. Mortalidade Infantil
4. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
5. Proporção de cura de casos de TB pulmonar bacilífera,
6. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados,
7. Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos,
8. Proporção de paciente HIV+ com primeiro CD 4 inferior a 200 células/mm³,
9. Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral,
10. Proporção de escolares examinados para o tracoma em municípios prioritários.

Verifica-se que a maior parte dos indicadores eleitos também estão sendo avaliados pela Sala de Situação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, e portanto sendo

objeto desta pesquisa.

O quadro três apresenta a seleção final de vinte indicadores, divididos em quatro grupos, para serem comparados com o gasto em saúde de cada município.

Quadro 3 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais avaliados na pesquisa.

Nº COAP	Nº Sala de Situação	Descrição – pelos termos da Sala de Situação ¹
Grupo 1 – Indicadores de Acesso		
1	17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF
3	18	Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
4	19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica
Grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança		
18	11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
19	12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
20	13	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)
23	16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
24	15	Taxa de Mortalidade Infantil
27	2	Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)
28	8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
35	4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)
42	9	Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos
-----	14	Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos
Grupo 3 – Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT		
30	1	Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos, pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Grupo 4 – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental		
39	5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)
40	23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)
41	20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)
45	6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)
52	22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
53	10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Fonte: Elaborado pelo autor.

A princípio o indicador 23 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas

¹**Sala de Situação:** formada por um conjunto de dados, agrupados em planilhas, gráficos, oriundos de diversas fontes e características de informações integradas que possibilitam conhecer a situação de saúde e a resposta institucional em um espaço-população definido. (BUENO, 2010).

notificações de agravos relacionados ao trabalho – seria excluído desta pesquisa. Entretanto optou-se por mantê-lo, considerando que o estudo de Mattos (2016) apontou que apesar de o indicador não demonstrar o número real de doenças ou agravos relacionados ao trabalho, o fato de notificar um ou mais desses eventos demonstra o compromisso do município em atuar na vigilância desses agravos.

Após a seleção e organização dos indicadores selecionados separados por grupos, conforme apresentado no quadro três, pode-se então construir uma análise mais concisa e coesa, buscando uma relação entre gasto e desempenho por indicadores de saúde.

2.4. Considerações Estatísticas

Poderão ser construídos comparativos em diferentes combinações:

- a) Estatística descritiva dos gastos e dos indicadores de saúde dos municípios selecionados;
- b) Avaliação de cada município contra ele mesmo, em uma linha do tempo confrontando seus indicadores financeiros e de saúde;
- c) Comparativo dos resultados obtidos pelos municípios em relação ao Estado de Minas Gerais e seus respectivos investimentos financeiros;
- d) Comparação com análise qualitativa entre os indicadores de saúde e os gastos com saúde.

2.5. Considerações Éticas

O projeto foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, para solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, uma vez que os dados coletados são de acesso público, disponíveis em páginas de sistemas do Ministério da Saúde, como SIOPS, Sala de Situação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, sendo, portanto dispensável a utilização do Termo de Consentimento. O envio para a Plataforma Brasil se deu após apresentação do projeto para a qualificação, visando já contemplar as contribuições propostas pela banca. No Anexo I está apresentada a Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento – aprovada pelo Parecer consubstanciado do CEP nº 3.304.666.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Foram selecionadas as publicações no período de 2008 a 2018, ordenadas por relevância.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir dos descritores: Investimento em Saúde, Planejamento em Saúde, Indicadores Básicos de Saúde e Saúde Pública. Foram acessadas as bases de dados Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, e o portal da *Scientific Eletronic Library Online* – Scielo. As publicações selecionadas são do período de 2008 a 2018. Após exclusão dos artigos duplicados, e a leitura de todos os resumos, foram selecionados vinte e um artigos para leitura na íntegra. O quadro quatro identifica esses artigos.

Quadro 4 – Pesquisa estudada.

N.	Autor(s)	Título	Periódico	Ano
I	Ferreira, J.;Celuppi, I. C.;Baseggio, L.;Geremia, D. S.;Madureira, V. S. F.;Souza, J. B. de.	Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?	Revista Saúde e Sociedade	2018
II	Furtado, J. P.;Campos, G. W. de S.;Oda, W. Y.;Campos, R. O.	Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração	Caderno de Saúde Pública	2018
III	Albuquerque, C.;Martins, M..	Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas.	Revista Saúde Debate	2017
IV	Fernandes, J. de K. B.;Pinho. J. R. O.;Queiroz, R. C. de S.;Thomaz, E. B. A. F.	Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?	Caderno de Saúde Pública	2016
V	Carreno, I.;Moreschi, C.;Marina, B.;Hendges, D. J. B.;Rempel, C.;Oliveira, M. M. C. de.	Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa.	Revista Ciência & Saúde Coletiva	2015
VI	Santos, F. de A.;Gurgel Júnior, G. D.;Gurgel, I. G. D.;Pacheco, H. F.;Bezerra, A. F. B.	A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão.	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2015
VII	Deininger, L. de S. C.; Lucena, K. D. T. de; Figueiredo, D. C. M. M. de;Silva, C. C. da;Oliveira, A. E. C. de; Anjos, U. U. dos.	A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde.	Revista Saúde Debate	2014
VIII	Ferreira, A. L.;Magalhães, A. C.	A aplicabilidade dos indicadores de	Revista de APS	2014

N.	Autor(s)	Título	Periódico	Ano
	F.;Corrêa, L. P.;Rodrigues, M. da C.;Fonseca, S. M. da.	saúde no contexto da atenção primária à saúde.	- Atenção Primária à Saúde	
IX	Francisco, P. M. S. B.;Barros, M. B. de A.;Segri, N. J.;Alves, M. C. G. P.;César, C. L. G.;Carandina, L.;Goldbaun, M.	Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp).	Caderno de Saúde Pública	2013
X	Lima, K.W.S de	Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde.	Dissertação Universidade de São Paulo	2013
XI	Bordin, D.;Fadel, C. B.	Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal.	Revista de Odontologia da UNESP	2012
XII	Brevidelli, M. M.;Freitas, F. C. G. de.	Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil.	Revista Ciência & Saúde Coletiva	2012
XIII	Santos, R. de S.;Melo, E. C. P.; Santos, K. M.	Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil.	Revista Texto Contexto Enfermagem	2012
XIV	Teixeira, J. C.;Gomes, M. H. R.; Souza, J. A. de.	Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários.	Revista Panamericana de Salud Pública	2012
XV	Berretta, I. Q.;Lacerda, J. T. de; Calvo, M. C. M.	Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde.	Caderno de Saúde Pública	2011
XVI	Sobral, A.;Freitas, C. M de.	Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde.	Revista Saúde e Sociedade	2010
XVII	Cesar, J. A.;Chrestani, M. A. D.; Fantinel, E.;Gonçalves, T. S.;Neumann, N. A.	Saúde infantil em áreas pobres: resultados de um estudo de base populacional nos municípios de Caracol, Piauí, e Garrafão do Norte, Pará, Brasil.	Caderno de Saúde Pública	2009
XVIII	Luiz, O. do C.;Heimann, L.	Diferenciais intermunicipais de	Revista Saúde	2009

N.	Autor(s)	Título	Periódico	Ano
	S.;Boaretto, R. C.Pacheco, A. G.;Pessoto, U. C.;Ibanhes, L. C.;Castro, I. E. do N.;Kayano, J.;Junqueira, V.;Rocha. J. L. da;Cortizo, C. T.;Telesi Junior, E.	condições de vida e saúde: construção de um indicador composto.	Pública	
XIX	Pinho, M. M.	Fórum: racionamento dos cuidados de saúde.	Caderno de Saúde Pública	2008
XX	Santiago, A. da C.;Fracolli, L. A.;Zoboli, E. L. C. P.;Silva, R. M. V.	Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde.	Revista da Escola de Enfermagem USP	2008
XXI	Vilasbôas, A. L. Q.;Paim, J. S.	Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.	Caderno de Saúde Pública	2008

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao fazer a leitura dos textos selecionados, também foram acessadas algumas referências bibliográficas citadas pelos autores.

Para melhor atingir os objetos do trabalho, bem como demonstrar a importância da discussão dos dados que serão obtidos, faz-se necessário o estudo de determinados tópicos relacionados à saúde pública no Brasil.

3.1 Sistema Único de Saúde

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde dinâmico e complexo: o Sistema Único de Saúde (SUS). Baseado nos princípios da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, seu objetivo é prover uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio da gestão e prestação descentralizadas de serviços de saúde, promovendo a participação da comunidade em todos os níveis de governo. (PAIM et. al, 2011)

A dimensão universal ocorre quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros. Na assistência à saúde ele é responsável exclusivo para maior parte dos brasileiros, já que a minoria tem acesso ao sistema de saúde suplementar, muitas vezes, acessando concomitantemente o SUS sempre que

ocorrem limites de cobertura. O SUS constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país, pois fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado. (MENDES, 2013)

O princípio da universalidade, no qual todos os cidadãos devem estar cobertos pela promoção e proteção à saúde, realça a necessidade de aplicar a equidade sobre a eficiência. Contudo, enquanto a eficiência é um conceito claramente definido e capaz de ser medido, a equidade é um critério altamente subjetivo que reflete valores, considerações éticas e normas sociais. Uma das medidas propostas consiste na aposta em novos instrumentos, como por exemplo, a medicina baseada na evidência, estabelecimento de prioridades. O sucesso de uma política de priorização dos cuidados de saúde depende da incorporação dos valores e aspectos culturais da sociedade a que respeita. (PINHO, 2008)

O SUS tem uma clientela potencial de quase 200 milhões de pessoas, já que nossa Carta Magna garantiu o acesso gratuito à saúde como direito fundamental de todo e qualquer cidadão. Mesmo com o setor privado atuando de forma complementar ao serviço público de Saúde, 70% da população brasileira depende do SUS como único meio de acesso aos serviços de Saúde. (BRASIL, 2013)

A função do SUS é realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem destaque especial. Seu objetivo é oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, como assistência especializada e hospitalar, bem como implementações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Alguns municípios investiram em sistemas regulatórios para monitorar as listas de espera para serviços especializados, aumentar a oferta de serviços, implementar diretrizes clínicas e utilizar prontuários médicos eletrônicos como estratégias para a integração do cuidado primário com a rede de serviços especializados. O Ministério da Saúde também implementou diretrizes clínicas baseadas em evidências para a gestão de doenças crônicas. (PAIM et. al, 2011)

Vários estudos indicam que a Estratégia Saúde da Família (ESF) influenciou positivamente no acesso, na utilização dos serviços e na saúde dos brasileiros, reduzindo a mortalidade infantil e de menores de cinco anos; impactando na morbidade, na satisfação dos usuários e no desempenho do SUS. Ainda foi capaz de influir positivamente em outras políticas públicas como educação e trabalho. (MENDES, 2013)

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/1990, trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Em 2011 foi regulamentada pelo Decreto 7.508 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Já a Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. No ano 2.000 ainda foi necessário que a Emenda Constitucional 29 assegurasse os recursos mínimos que seriam aplicados na saúde pela União, estados e municípios. Entretanto, somente doze anos depois ela foi regulamentada pela Lei Complementar 141/12, que também estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. O arcabouço legal do SUS faz-se ainda com inúmeras portarias que somadas à legislação citada organizam o sistema de saúde.

A estruturação do SUS depende da sistematização de informações estratégicas para subsidiar suas políticas. A gestão em saúde é de grande complexidade, portanto, promover a sistematização e a democratização da informação estratégica, buscando subsidiar o processo decisório no âmbito do SUS, é um desafio urgente para todos os poderes públicos, não somente para os gestores, mas também para as entidades técnico-científicas, a sociedade civil e os organismos internacionais, para que juntos possam efetivamente melhorar as condições de vida e saúde da população. (OPAS, 2010)

3.1.1. Descentralização do SUS – Gestão no âmbito municipal

A formulação de políticas no SUS é compartilhada entre os gestores das esferas municipal, estadual e federal, no âmbito das comissões intergestores e com outros atores sociais, através dos conselhos de saúde e conferências de saúde. As diretrizes da política de saúde e a prioridade de investimentos deveriam ser decididas nesses espaços de governança. Para a tomada de decisão devem ser avaliados critérios políticos, econômicos, culturais, científicos, epidemiológicos, e sociossanitários. (SANTOS et al., 2015).

A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo. Normas aprovadas destinadas a redefinir responsabilidades – estabeleceram mecanismos de repasse financeiro e novos conselhos representativos e comitês de gestão em todos os níveis de governo. A partir de 2006, algumas

dessas normas foram substituídas pelo Pacto pela Saúde, um acordo no qual os gestores de cada nível de governo assumem compromissos mútuos sobre as metas e responsabilidades em saúde. Os mecanismos de tomada de decisão foram ampliados, com participação social, através das conferências de saúde, conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite). A descentralização do sistema de saúde deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. (PAIM et. al, 2011)

As condições de gestão municipal foram definidas na Norma Operacional Básica (NOB) SUS 01/96 e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS 01/2002, atualizada em 2003 pela Portaria 384. Foram definidos: as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho, conforme compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Atualmente são duas as possibilidades para a gestão municipal, com responsabilidades, requisitos e prerrogativas peculiares a cada modalidade de gestão.

- a) Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA) cujas prerrogativas são: (I) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliada (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária. (II) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal. (III) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) possuindo as seguintes prerrogativas: (I) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos. (II) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondentes ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado.

(III) Gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

3.2 Financiamento do SUS no âmbito municipal

O SUS foi concebido como um sistema público de saúde de cobertura e acesso universais, de financiamento e gestão públicos, e prestação de serviços por mix público/privado, com direitos e deveres dos cidadãos e dos órgãos prestadores de serviços. É ainda de corte beveridgeano, que significa fundamentar a saúde como direito humano constitucional, objetivando a universalização da atenção à saúde e o aumento da coesão social. O sistema público é provedor de serviços sanitariamente necessários, podendo os cidadãos adquirirem, no setor privado, serviços suplementares. Esse modelo originário do Reino Unido implantou-se em diferentes países, como Canadá, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido e Suécia. (MENDES, 2013)

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede de prestadores e compradores de serviços, gerando uma combinação pública privada financiada, sobretudo por recursos privados. Com subsetores interconectados: (a) público, no qual os serviços são financiados e providos pelo poder público; (b) privado com ou sem fins lucrativos, no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e (c) de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos de saúde, apólices de seguro e subsídios fiscais. As pessoas podem utilizar os serviços qualquer um dos subsetores, conforme sua capacidade de pagamento. (PAIM et. al, 2011)

A generalidade dos países com sistemas de saúde publicamente financiados enfrenta a insustentabilidade financeira do sistema de saúde. Os custos com a saúde crescem num ritmo maior que o da criação de riqueza. Os gestores da saúde pública necessitam definir prioridades relativas a diferentes serviços de saúde, o que na literatura da economia da saúde é denominado racionamento ao nível macro e micro, respectivamente. O estabelecimento de prioridades é um tema de importância crescente. A escassez de recursos e demanda crescente trazem o enfrentamento do assunto de forma mais direta com um apelo a um racionamento mais explícito. (PINHO, 2008)

A mesma constituição que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado não sustentou uma base material que garantisse um financiamento público compatível com a universalidade. Diante disso, a segmentação do sistema de saúde brasileiro poderá fazer do SUS um sistema de assistência à saúde para as classes mais baixas e um resseguro para

procedimentos de alto custo para as classes médias e para os ricos. (MENDES, 2013)

O SUS atende em torno de 70% da população através dos serviços de assistência à Saúde, respondendo por 44% do gasto total em Saúde. A iniciativa privada movimenta o maior volume de recursos, incluindo o pagamento realizado diretamente pela população. Dos 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB) consumidos no Brasil pela área de saúde, no período de 2007 a 2009, o setor público contribui com apenas 3,5%. A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS experimentou diversos mecanismos de financiamento, ainda sem atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população. Nesse período, o sistema conviveu com perda de recursos e graves crises. Todos os países estão enfrentando dificuldades na manutenção de seus sistemas de proteção social, sendo necessário debater como encontrar meios para garantir os recursos financeiros suficientes e para assegurar o direito constitucional à saúde. (BRASIL, 2013)

O financiamento do SUS é tripartite, através da União, dos estados e municípios. Os dois últimos tem aumentado seus gastos em saúde enquanto os recursos federais aplicados na saúde vêm numa tendência fortemente decrescente, com tentativas frustradas de reverter esse cenário. Estima-se que seria necessário quase dobrar o orçamento do Ministério da Saúde para chegar-se a uma relação que torne viável a universalização da saúde. (MENDES, 2013)

A norma constitucional está assim disposta:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...].

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. ([Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: ([Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015](#))

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; ([Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. ([Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: ([Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000](#))

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; ([Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015](#))

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus

respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; [\(Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000\)](#)

IV - [\(revogado\)](#). [\(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015\)](#)

Com a regulamentação da EC 29/00 através da Lei Complementar nº 141/12, ficou definido com maior clareza e precisão quais despesas são consideradas como “Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). O manual De Olho no Demonstrativo de Receitas e Despesas em Ações e Serviços de Saúde (Brasil, 2014, p.12) traz um quadro elaborado a partir da LC 141/12.

Quadro 5- Despesas consideradas e não consideradas em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS).

CONSIDERADAS EM ASPS	NÃO CONSIDERADAS EM ASPS
I – vigilância em saúde, incluindo epidemiológica e a sanitária;	I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;	II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
III – capacitação de pessoal do Sistema único de Saúde (SUS);	III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade, promovidos por instituições do SUS;	IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS;
V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;	V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde;	VI - limpeza urbana e remoção de resíduos
VII – saneamento básico de distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;	VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;	VIII - ações de assistência social;
IX – investimento na rede física do SUS, incluindo obras de recuperação, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;	IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde.
X – remuneração de pessoal ativo da área da saúde em atividade, incluído os encargos sociais;	
XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS	
XII – gestão do sistema público de saúde e operações de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.	

Fonte: Brasil, 2014, p. 12 – Adaptado da Lei Complementar 141/12

Consultando as informações do quadro cinco, o gestor deverá verificar a correta aplicação dos recursos em saúde, sem financiar serviços e ações, que embora possam impactar na saúde de uma população, não são definidos com ASPS.

A Lei Complementar 141/12 também assegurou recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos da saúde regulamentou ao regulamentar o §3º, do Artigo 198 da CF/88. Para os municípios, objeto desse estudo, esta é a base de cálculo sobre a qual se exige a aplicação de no mínimo 15% dos recursos em saúde.

Figura 1- Composição da base de cálculo para aplicação de recursos próprios municipais em saúde.

RREO - ANEXO 12 (LC 141/2012, art. 35)		R\$ 1,00		
RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	PREVISÃO INICIAL	PREVISÃO ATUALIZADA	RECEITAS REALIZADAS	
		(a)	Até o Bimestre (b)	% (b/a) x 100
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA (I)				
Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU				
Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos - ITBI				
Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS				
Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF				
Imposto Territorial Rural - ITR				
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos				
Dívida Ativa dos Impostos				
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos da Dívida Ativa				
RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (II)				
Cota-Parte FPM				
Cota-Parte ITR				
Cota-Parte IPVA				
Cota-Parte ICMS				
Cota-Parte IPI-Exportação				
Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais				
Desoneração ICMS (LC 87/96)				
Outras				
TOTAL DAS RECEITAS PARA APURAÇÃO DA APLICAÇÃO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (III) = I + II				

Fonte: Brasil, 2014, p. 18 – Adaptado do Manual de Demonstrativos Fiscais – MDF – 5ª Ed. 2012.

Portanto, a figura um evidencia que são sobre esses recursos municipais que serão calculados os 15% que devem obrigatoriamente ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde. O mais comum tem sido os municípios investirem mais que o mínimo legal exigido.

As receitas tributárias municipais na maioria dos casos são menores que os tributos cuja arrecadação competem à União e aos estados, que transferem parte dos recursos diretamente aos municípios por meio dos fundos de participação. Portanto, a União é a principal mantenedora dos serviços de saúde prestados pelos municípios. As transferências estaduais costumam ser mais limitadas e também dependem de recursos da União. O grau de

dependência dos municípios sugere o provável esgotamento da capacidade de expansão dos gastos municipais com ações e serviços de Saúde. (BRASIL, 2013)

O Fundo de Saúde foi consolidado pela LC 141/12 como unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde. Portanto os municípios necessitam ter o Fundo Municipal de Saúde (FMS), criado através de lei municipal, com inscrição própria no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), o qual abrangerá todos os recursos, próprios e vinculados à saúde. Os repasses federais e estaduais destinados à saúde se farão através do FMS.

O Ministério da Saúde, responsável pela direção nacional do SUS, após a publicação da LC nº 141/2012, passou a ser o responsável por monitorar e avaliar a aplicação dos recursos mínimos aplicados segundo a norma constitucional. Através do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), são feitos o monitoramento e avaliação dos dados enviados pelos municípios, estados e União. A não aplicação dos recursos mínimos ou o não envio de informações poderão ocasionar a aplicação de sanções pela União, incluindo o bloqueio de transferências de recursos dos fundos de participação e até mesmo a intervenção no ente que não destinar o mínimo de recursos previstos em ações e serviços públicos de saúde. Além disso, a retenção dos recursos mínimos da saúde configura crime de responsabilidade, conforme prevê Lei de Responsabilidade Fiscal. (BRASIL, 2013)

O SIOPS é um sistema operacionalizado pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos dos municípios, estados e União, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. O Ministério da Saúde tem se esforçado para que o SIOPS seja um banco de dados confiável e acessível, que possa respaldar decisões gerenciais e permita o acompanhamento dos investimentos públicos em ações e serviços públicos de saúde realizados no país. Conforme prevê a Lei Complementar 141/12, o gestor do SUS de cada ente federativo é o responsável pelo registro das informações no SIOPS, cumprimento dos prazos e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais é conferida fé pública. (BRASIL, 2014).

Ao alimentar o SIOPS, os gestores públicos de saúde cumprem o dever constitucional de prestar contas dos gastos públicos em saúde, e atendem aos princípios da publicidade e da moralidade. Pela disponibilização dos dados de fácil acesso do cidadão, o SIOPS funciona como instrumento de controle social, além de disponibilizar módulo específico de controle externo para uso dos tribunais de Contas. Ao receber e processar os dados, o sistema ainda é capaz de gerar automaticamente indicadores, como o utilizado nessa pesquisa, que mostra o

percentual de recursos próprios gastos em ações e serviços públicos de Saúde. Os indicadores são fundamentais para o acompanhamento das aplicações dos recursos mínimos em Saúde, bem como para avaliar a capacidade de arrecadação do ente e o nível de sua dependência em relação aos demais entes federados. Através do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) os entes federados prestam contas da aplicação dos valores mínimos previstos na Constituição e na Lei Complementar nº 141/2012. (BRASIL, 2013)

Conceitos contábeis como gastos, investimentos, custos e despesas são diferenciados como: a) Gastos – todas as ocorrências de pagamentos de ativos, custos ou despesas, de grande abrangência e generalização; b) Investimentos – aplicação de recursos em ativos ou despesas e custos que serão imobilizados ou diferidos, cria um benefício futuro; c) Custos – são gastos necessários à fabricação de produtos (no âmbito do SUS os produtos são serviços prestados) e d) Despesas – de modo geral, são ligados à áreas administrativas, gastos necessários para vender e enviar produtos. (PADOVEZE, 2010)

Albuquerque, Medeiros e Feijó (2008) afirmam que despesa pública é toda utilização de recursos públicos no custeio das atividades, manutenção de instalações e equipamentos, prestação de serviços ou ainda realização de investimentos e outros gastos.

Para uma correta leitura e compreensão dos demonstrativos e relatórios do SIOPS, há que se considerar “gasto com saúde”, ou “investimento em saúde”, toda a despesa pública efetivada pelo ente, compreendida como gasto, sem distinção entre investimento, custos e despesas conceituados por Padoveze. Assim também se apresentam os dados na análise deste estudo.

3.3 Indicadores de Saúde

Indicadores de desempenho são capazes de medir a qualidade, como instrumento de monitoramento de processos ou serviços que necessitam de uma avaliação mais direta. Indicadores relacionados à avaliação de resultados mensuram o efeito das ações e procedimentos sobre o estado de saúde do(s) paciente(s). (SANTOS et. al., 2012)

Os indicadores sociais e de saúde articulados ajudam a medir problemas e avaliar resultados da intervenção em saúde. Quando utilizados de forma pactuada, envolvem diferentes atores sociais na construção de projetos intersetoriais capazes de influenciar a formulação de políticas públicas e assim melhor responder as demandas sociais de saúde. (SANTIAGO et. al. 2018)

O Decreto nº 7.508, de 2011 manteve a sistemática de pactuação de metas de

indicadores de saúde. Os município tem autonomia na pactuação. O Estado pactua suas metas segundo sua gestão e o resultado dos valores propostos pelos municípios. Ambos utilizam o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SISPACTO) a partir dos valores propostos e pactuados nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017)

Os indicadores de saúde, como os de mortalidade, morbidade, demográficos, socioeconômicos e ambientais, permitem avaliar a efetividade das ações, evidenciando resultados de serviços de saúde desenvolvidos e o impacto de outros setores no bem-estar da população. (FERREIRA, J. et al, 2018)

A saúde é um estado dinâmico dependente da integração de fatores comportamentais, ambientais e sociais, assim sendo a mensuração desse estado passou a incorporar indicadores sobre condições de vida, acesso a serviços de saúde e qualidade da atenção primária. Exemplo disso no Brasil é o grupo de Indicadores e Dados Básicos (IDB), que indicadores demográficos, socioeconômicos, de morbimortalidade e fatores de risco, além de estatísticas sobre recursos e cobertura de serviços, além de indicadores para grupos populacionais específicos, como mulheres, crianças, recém-nascidos e idosos, dentre outros. Apesar disso, os indicadores de saúde são descritos de forma separada e disponibilizados de maneira dissociada no Brasil. (BREVIDELLI e FREITAS, 2012)

As informações acerca dos indicadores de saúde, quando disponíveis e acessíveis a todos, especialmente aos usuários dos serviços de saúde, torna-se instrumento gerencial de planejamento e vigilância em saúde e é instrumento de promoção da efetivação do controle social do SUS, que é um dos pilares de democratização de nosso Sistema de Saúde. Além de importante instrumento gerencial, de planejamento e de Vigilância da Saúde, (SANTIAGO et. al. 2018)

Esse instrumento gerencial de planejamento citado por Santiago pode ser implementado com a avaliação dos gastos necessários para a oferta de serviços do sistema de saúde, é o que propõe nesta pesquisa.

Albuquerque e Martins (2017) demonstram que as dimensões propostas para a avaliação compreendem os determinantes da saúde, condições de saúde da população e o sistema de saúde, contemplando o desempenho dos serviços de saúde. A figura 2 demonstra cada uma dessas dimensões.

Figura 2- Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

Fonte: Proadess (2018)

A Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde, apresentada na figura dois, demonstra o quanto é complexo o processo avaliativo, uma vez que diversos fatores interferem nas condições de saúde da população; assim como o desempenho também tem vertentes bastante diferenciadas. O presente estudo propõe avaliar a

efetividade, entendida, como na figura, como grau em que a assistência, serviços e as ações atingem os resultados esperados, no caso deste trabalho sob o aspecto do montante de recursos financeiros investidos pelos municípios. Ou seja, quanto maior o desempenho nos indicadores de saúde melhor, assim como quanto menor utilização de recursos financeiros para atingir esses resultados melhor.

O Pacto pela Saúde (PS) é composto pelos: (I) Pacto pela Vida, compromissos sanitários considerados prioritários, assumidos de forma tripartite; (II) Pacto de Gestão, que define diretrizes e responsabilidades expressas em Termos de Compromisso de Gestão; e (III) Pacto em Defesa do SUS, compromissos entre os gestores articula ações que visam a qualificar e assegurar o SUS como política pública. São criados novos critérios de regionalização e pactuação de diretrizes e metas por estados e municípios, visando a melhorar a gestão, o acesso, os serviços e a condição de saúde da população. Com o PS foi possível ainda avançar na organização do SUS com mecanismos de governança regional, agenda de prioridades contendo objetivos, indicadores e metas pactuadas pelos gestores das esferas municipal, estadual e união. A adesão ao PS é formalizada por estado ou município, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, transferindo poderes e responsabilidades ao gestor local, sem a obrigatoriedade do compromisso de toda a região de saúde. Contudo, a pactuação de indicadores e metas de melhorias deve ser realizada por todos os municípios, estados, Distrito Federal e União. (ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017)

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 5, de 19 junho de 2013, estabelece as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 com vistas ao fortalecimento do Planejamento SUS e a implementação do COAP. Foi definido um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão) e no COAP. As diretrizes são as mesmas definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015.

Para apresentar e relacionar esses indicadores com a Figura 2 – Matriz de Dimensão da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, foram elaborados quadros separados por diretrizes. Na segunda coluna estão discriminados os indicadores do COAP e na terceira coluna os aspectos relacionados com esta matriz de avaliação.

O quadro seis apresenta a primeira diretriz: garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Quadro 6- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 1.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.		
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Desempenho - Acesso
2	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica	Desempenho – Efetividade
3	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Determinantes – Comportamentais e biológicos
4	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	Desempenho - Acesso
5	Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Desempenho - Acesso
6	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Desempenho – Efetividade
7	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	Desempenho - Acesso
8	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	Desempenho – Acesso e efetividade
9	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	Desempenho – Acesso e efetividade
10	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	Desempenho – Efetividade
11	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	Sistema de Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esta primeira diretriz está composta por onze indicadores, todos discriminados no quadro, assim como o tipo de avaliação de desempenho do sistema de saúde pode ser feita através desses indicadores.

Segundo o PNS a primeira diretriz é realizada pela implantação da atenção primária e especializada, organizada em redes voltadas à integralidade da atenção e à qualificação das práticas e da gestão do cuidando, assegurando a resolubilidade dos serviços prestados. Na atenção especializada o Ministério da Saúde ampliaria o número de procedimentos de média e alta complexidade. (BRASIL, 2011)

A segunda diretriz, aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento, de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção, está composta de seis indicadores que avaliam unidades de saúde com serviço de notificação de violência, acesso hospitalar, serviços de urgência e emergência e proporção de

óbitos. O detalhamento de cada indicador, assim como a avaliação de desempenho do sistema de saúde está demonstrado no quadro sete.

Quadro 7- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 2.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento, de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.		
12	Número de unidades de Saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Desempenho - continuidade
13	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	Desempenho – continuidade e acesso
14	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio	Condições de saúde - mortalidade
15	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva	Condições de saúde - mortalidade
16	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)	Desempenho – continuidade e acesso
17	Proporção das internações de urgência e emergência reguladas	Desempenho – continuidade e acesso

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quadro sete apresenta os indicadores da segunda diretriz, que no PNS pode ser atendida pela ampliação, qualificação e reconhecimento de todas as portas de entrada de urgência. Uma das estratégias consistia na expansão da capacidade resolutiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com regulação do referenciamento dos paciente. As ações foram voltadas para expandir e integrar UBS, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). (BRASIL, 2011)

Em sequência, o quadro 8 demonstra a terceira diretriz: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Onze indicadores são avaliados nessa terceira diretriz, relacionados a exames preventivos para o câncer de mama e colo de útero, tipo de parto, número de consultas de pré-natal, óbitos, testes de sífilis e casos novos, bem como taxa de mortalidade infantil.

Quadro 8- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 3.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Objetivo		
18	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Determinantes comportamentais e biológicos –
19	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Determinantes comportamentais e biológicos –
20	Proporção de parto normal	Determinantes comportamentais e biológicos –
21	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Desempenho - acesso
22	Número de testes de sífilis por gestante	Desempenho - acesso
23	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Condições de saúde-mortalidade
24	Taxa de mortalidade infantil	Condições de saúde-mortalidade
25	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Condições de saúde-mortalidade
26	Proporção de óbitos maternos investigados Tipo	Condições de saúde-mortalidade
27	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	Condições de saúde-mortalidade
28	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	

Fonte: Elaborado pelo autor.

A terceira diretriz do PNS foi baseada na organização e desenvolvimento da Rede Cegonha – estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. A estruturação da rede seria através de ações no âmbito da atenção primária, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atendimento integral à saúde da criança. Pela Atenção Especializada seriam ofertados os serviços de pré-natal da gestante de risco, atenção ao parto e nascimento, atenção ao recém-nascido de risco, urgências e emergências e mulheres em situações especiais. Também foram inseridos o fortalecimento e ampliação da rede de prevenção e controle do câncer de mama e de colo do útero. (BRASIL, 2011)

O quadro nove foi elaborado para apresentar duas diretrizes: a quarta – fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do crack e outras drogas; e a quinta – garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Quadro 9- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretrizes 4 e 5.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.		
29	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	Desempenho - Acesso
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.		
30	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas; e Indicador 30b: Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Condições de saúde-mortalidade

Fonte: Elaborado pelo autor.

Apenas um indicador foi contemplado em cada diretriz, a cobertura de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

Conforme o PNS, a execução da diretriz quatro se daria pela ampliação do acesso e a qualificação/ diversificação do tratamento a usuários e dependentes de drogas e seus familiares. Para tanto deveriam ser ampliados o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e implantadas unidades de acolhimento, assim como o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para retaguarda do atendimento às urgências e emergências. (BRASIL, 2011)

A quinta diretriz foi abordada no PNS para garantir o processo de envelhecimento ativo e a promoção de saúde da pessoa idosa, ampliando sua autonomia e independência para o autocuidado, com envolvimento de familiares e comunidade. Para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as linhas de cuidado na atenção à pessoa idosa, abrangendo o aprimoramento e vigilância dos portadores de doenças crônicas, constituem a principal estratégia. (BRASIL, 2011)

A sexta diretriz é: Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais. Através do quadro dez se apresentam os quatro indicadores de saúde relacionados a esta diretriz.

Quadro 10- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 6.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 6 – Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.		
31	Percentual de crianças indígenas < 7 anos de idade com esquema vacinal completo	Determinantes comportamentais e biológicos –
32	Proporção de óbitos infantis e fetais indígenas investigados	Condições de saúde-mortalidade
33	Proporção de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados	Condições de saúde-mortalidade
34	Proporção de óbitos de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) investigados	Condições de saúde-mortalidade

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os indicadores contemplados na sexta diretriz estão relacionados ao esquema vacinal das crianças indígenas e aos óbitos materno-infantis.

A sexta diretriz do PNS abordou a estruturação do subsistema de atenção à saúde indígena, através da reestruturação das Casas de Apoio à Saúde do Índio. O foco foi direcionado à família indígena, com esforços concentrados na redução da mortalidade e melhoria nos níveis de saúde. (BRASIL, 2011)

O quadro onze apresenta a Diretriz 7: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. É a diretriz que contém mais indicadores de saúde avaliados: dezenove. Para alcançar o objetivo proposto, ou seja, reduzir riscos e agravos à saúde da população, são avaliadas diversas questões como: cobertura vacinal, cura de tuberculose bacilífera, exames e diagnósticos relacionados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), registros de óbitos com causa básica definida, encerramento de casos de doenças de notificação compulsória, doenças ou agravos relacionados ao trabalho, ações de vigilância sanitária, diagnóstico e tratamento da hanseníase, óbitos por leishmaniose, vacinação antirrábica canina, exames de tracoma em escolares, malária, combate à dengue e análise da água destinada ao consumo humano.

Quadro 11- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 7.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.		
35	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	Determinantes – comportamentais e biológicos
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Desempenho – efetividade
37	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	Determinantes – comportamentais e biológicos
38	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Condições de saúde-mortalidade
39	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	Desempenho – eficiência
40	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	Determinantes – comportamentais e biológicos
41	Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	Determinantes – comportamentais e biológicos
42	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Determinantes – comportamentais e biológicos
43	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm3	Determinantes – comportamentais e biológicos
44	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	Determinantes – comportamentais e biológicos
45	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Determinantes – comportamentais e biológicos
46	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	Determinantes – comportamentais e biológicos
47	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral Tipo	Condições de saúde-mortalidade
48	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	Determinantes – comportamentais e biológicos
49	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários	Determinantes – comportamentais e biológicos
50	Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária	Desempenho - efetividade
51	Número absoluto de óbitos por dengue	Condições de saúde-mortalidade
52	Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	Desempenho - acesso
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Determinantes - ambientais

Fonte: Elaborado pelo autor.

No PNS, a sétima diretriz trabalhava a atenção à vigilância, prevenção, controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis e das imunopreveníveis. Para o fortalecimento à promoção de saúde, também foram trabalhadas a vigilância em saúde ambiental e implantação de política nacional de saúde do trabalhador. Para enfrentar as doenças transmissíveis, as ações eram direcionadas ao diagnóstico e tratamento precoce, além da eliminação dos agravos. Quanto às doenças não transmissíveis a estratégia central fora baseada na implementação e monitoramento do plano nacional voltado à redução da mortalidade. (BRASIL, 2011)

A oitava diretriz visa garantir a assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Os três indicadores vinculados a esta diretriz estão descritos no quadro doze.

Quadro 12- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretriz 8.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.		
Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
54	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService	Sistema de saúde - recursos
55	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias da Atenção Básica e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Sistema de saúde - recursos
56	Percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária, no ano.	Sistema de saúde - recursos

Fonte: Elaborado pelo autor.

A assistência farmacêutica no âmbito do SUS está avaliada pelo percentual de municípios com Sistema Hórus implantado, municípios de extrema pobreza com farmácias de atenção básica e abastecimento farmacêutico estruturado e percentual de indústrias de medicamentos inspecionadas pela Vigilância Sanitária.

Para atender a oitava diretriz, o PNS focou no acesso aos medicamentos essenciais por meio da “Farmácia Popular do Brasil” e Saúde não tem preço”. Também se buscou assegurar a articulação necessária do acesso aos medicamentos para garantir a integralidade da atenção. (BRASIL, 2011)

O quadro treze apresenta três diretrizes: a décima primeira – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS; a décima segunda – Implementação de novo modelo de gestão e

instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável; e a décima terceira: Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Quadro 13- Indicadores 2013-2015 da Resolução CIT nº 05/13 – Diretrizes 11, 12 e 13.

Nº	Indicador	Matriz Aval. Desempenho (Fig.2)
Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.		
57	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas	Sistema de saúde - recursos
58	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família/Saúde Coletiva	Sistema de saúde - recursos
59	Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Menta	Sistema de saúde - recursos
60	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados	Sistema de saúde - recursos
61	Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.	Sistema de saúde - recursos
62	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	Sistema de saúde - recursos
Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.		
63	Proporção de plano de saúde enviado ao conselho de Saúde	Sistema de saúde – recursos
64	Proporção conselhos de Saúde cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde	Sistema de saúde - recursos
Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.		
65	Proporção de municípios com ouvidoria implantada	Sistema de saúde - recursos
66	Componente do Sistema Nacional de Auditoria estruturado	Sistema de saúde - recursos
67	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde	Sistema de saúde – recursos e financiamento

Fonte: Elaborado pelo autor.

A décima primeira diretriz do PNS propôs um conjunto de medidas educacionais, regulatórias e de gestão do trabalho em saúde. Também foram abordados a ampliação da residência médica e multiprofissional em especialidades, o uso das tecnologias de informação e comunicação para conectar em rede os profissionais, ampliação da formação e capacitação de nível médio dos trabalhadores do SUS e a capacitação permanente de gestores e equipes de todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2011)

A diretriz doze priorizou o aprimoramento do pacto federativo, desenvolvendo processo de contratualização, cooperação entre as esferas e gestão compartilhada do SUS. Já a décima terceira diretriz envolveu questões relacionadas à organização interna do Ministério da Saúde, buscando promover maior democratização, participação e transparência. (BRASIL, 2011).

Não são objetos desse estudo os sessenta e sete indicadores do COAP, mas apenas aqueles que foram elencados no Pacto Interfederativo dos municípios mineiros, apresentados na próxima seção.

O monitoramento dos indicadores pelos municípios constitui em ferramenta de gestão, podendo ser comparados com os resultados dele mesmo ao longo do tempo, bem como com o estado em que está inserido e com os dados do Brasil.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o IDSUS – Índice de Desempenho do SUS para ‘medir o desempenho do SUS’ nacional, nos estados e municípios. Foram divulgadas as dimensões de desempenho: acesso e efetividade na atenção básica, especializada e hospitalar. Tratava-se de um indicador síntese, composto por 24 indicadores de saúde associados a alguns pré-requisitos e condicionantes. Os indicadores empregados nessa avaliação foram diferentes dos utilizados no Pacto e dos propostos como indicadores de transição para o COAP. Entretanto, o IDSUS não se consolidou como ferramenta de monitoramento contínuo do SUS, tendo em vista que os últimos dados divulgados são de 2012. Apesar disso, a ampla divulgação e debate suscitados foram importantes, pois aparentemente foi a primeira vez que informações de acesso público foram assim tratadas e disseminadas. (ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017)

O Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde, disponibiliza em seu sítio informações de morbidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais que se prestam para a construção de indicadores de saúde. Também são disponibilizadas informações sobre assistência à saúde da população, cadastro das redes hospitalares e ambulatoriais, cadastro dos estabelecimentos de saúde, informações sobre recursos financeiros, demográficas e socioeconômicas. Os dados são

apresentados por macrorregiões (regiões do País e Estados) e microrregiões (capitais, regiões metropolitanas e cidades). As informações são de acesso público, sem a necessidade de cadastro para obtenção dos dados. É um sítio abrangente, construído a partir de informações advindas dos próprios serviços de saúde que permite a estes mesmos serviços o acompanhamento dos indicadores de saúde de seu município, na condição de partícipes e contribuintes da informação. (SANTIAGO et. al. 2018)

A informação em saúde é relevante aos gestores e profissionais de saúde para avaliação da situação de um determinado território e, planejamento e adoção de estratégias de enfrentamento aos problemas encontrados bem como para manutenção das ações que demonstram resultados satisfatórios. Para isso é preciso que o uso da informação seja fomentado com mais ênfase junto aos profissionais de saúde e à população, lançando mão de ferramentas tais como a sala de situação. Também é necessário estruturar a rede de atenção à saúde para garantir a atenção eficiente e segura ao usuário do sistema de saúde. (DEININGER ET. al., 2014)

3.3.1. Sala de Situação e Pacto Interfederativo em Minas Gerais

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) instituíram em 1996 a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA) para contribuir com o aprimoramento de informações destinadas a apoiar a gestão do SUS. Embora existam múltiplos dados e informações disponíveis, a utilização gerencial é dificultada pelas diversas fontes desagregadas, com especificidades e limitações próprias.

Em 2007, a RIPSA desencadeou um processo de cooperação com estados e municípios, visando envolver instâncias descentralizadas de gestão do SUS na discussão sobre a qualificação da informação para a saúde. Com o aval do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), foram realizadas experiências-piloto nas cinco grandes regiões do país, especificamente nos estados de Tocantins, Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. (OPAS, 2010)

A RIPSA apoiou o desenvolvimento de uma “Sala de Situação de Saúde” através da criação de um aplicativo que propicia a construção automática de indicadores a partir das bases de dados nacionais disponíveis nas três esferas de gestão, além de oferecer elementos para a interpretação e a avaliação crítica dos resultados obtidos, mediante confronto com parâmetros predeterminados. A RIPSA representa uma iniciativa que vem se consolidando no Brasil há mais de uma década, reconhecida por profissionais de saúde e pelas instituições

interessadas em qualificar informações utilizadas na área de saúde. (OPAS, 2010)

A Sala de Situação é formada por um conjunto de dados, agrupados em planilhas, gráficos, oriundos de diversas fontes e características de informações integradas que possibilitam conhecer a situação de saúde e a resposta institucional em um espaço-população definido, que pode ser, por exemplo, um município. (BUENO, 2010).

Em seu *website*, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais apresenta a Sala de Situação como uma *“consolidação de dados em saúde de base municipal voltada para consulta pública e de interesse de múltiplos atores, tanto dos gestores e técnicos municipais quanto dos profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e cidadãos”*. (MINAS GERAIS, 2019)

O Decreto nº 7.508, de 2011 veio regulamentar a Lei nº 8.080, em substituição a portarias ministeriais com Normas Operacionais e Pactos, reafirmando o caráter regional e hierarquizado do sistema de saúde, criando instrumentos e ferramentas para fortalecer o planejamento, a organização, a gestão e o controle do SUS, como o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Entretanto, o decreto manteve a sistemática de pactuação de metas de indicadores de saúde. Diretrizes, novos objetivos, metas e indicadores de saúde foram definidos inicialmente para o COAP e, posteriormente, através do Plano Nacional de Saúde (PNS) para o período de 2012 a 2015. Os municípios tem autonomia na pactuação. O Estado pactua suas metas segundo sua gestão e o resultado dos valores propostos pelos municípios. Ambos utilizam o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SISPACTO) a partir dos valores propostos e pactuados nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). (ALBUQUERQUE e MARTINS, 2017)

No estado de Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde disponibiliza em seu sítio a Sala de Situação Municipal, apresentando consolidação de dados em saúde de base municipal voltada para consulta pública. Através dela, é possível verificar os resultados obtidos por cada município nos indicadores do Pacto Interfederativo, bem como o resultado do Estado a título de análise e comparação. Nela é possível acessar o Pacto Interfederativo, que conta com vinte e três indicadores monitorados. São eles:

1. Mortalidade prematura;
2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%);
3. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida;
4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal

- preconizada;
5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%);
 6. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes (%);
 7. Número de casos autóctones de malária;
 8. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade;
 9. Número de casos novos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em menores de cinco anos;
 10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;
 11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária;
 12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária;
 13. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar (%);
 14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%);
 15. Taxa de mortalidade infantil;
 16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência;
 17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica (%);
 18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) (%);
 19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%);
 20. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%);
 21. Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica (%);
 22. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue;
 23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%).

Dos vinte e três indicadores do Pacto Interfederativo, apenas dois não foram definidos nos sessenta e sete indicadores do quadro três. São eles: indicador 14 – Proporção

de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos (%); e indicador 21 – Ações de matriciamento sistemático realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica (%).

4 MUNICÍPIOS PESQUISADOS

Para melhor conhecer o universo de pesquisa, é importante descrever algumas características dos municípios selecionados, especialmente aquelas que direta ou indiretamente influenciam na saúde de uma população, como dados sócio demográficos, estruturação da Atenção Primária em Saúde e oferta de serviços de média e alta complexidade.

4.1. Principais características dos municípios estudados

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) dividiu o estado de Minas Gerais em treze macrorregiões, conforme mostra a figura três:

Figura 3- Plano Diretor de Regionalização – PDR em Minas Gerais

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao_cartografica_PDR-2014.pdf Acesso em: 22Set.2018.

Considerando que o município de São Sebastião do Paraíso, ponto de partida deste estudo, está localizado na região sul, e que sua população é de pouco mais de setenta mil habitantes, foram selecionados os municípios da mesa região, com população acima de cinquenta mil habitantes, portanto, segundo esse critério apresentam-se estes:

Tabela 1 – Municípios da Macrorregião de Saúde Sul com população acima de 50.000 habitantes.

Nº	Código	Municípios	Extensão Territorial Km²	População Estimada (IBGE/TCU 2016)	Possui gestão dos seus prestadores?
1	315180	Poços de Caldas	544,4	164912	Sim
2	315250	Pouso Alegre	543,9	145535	Sim
3	317070	Varginha	395,6	133384	Sim
4	314790	Passos	1339,2	113807	Não
5	313820	Lavras	564,5	101208	Sim
6	313240	Itajubá	290,5	96523	Sim
7	310160	Alfenas	848,3	79222	Sim
8	316930	Três Corações	825,9	78474	Sim
9	316470	São Sebastião do Paraíso	822,3	70066	Sim
10	316940	Três Pontas	689,4	56879	Sim
11	312870	Guaxupé	285,9	52108	Sim

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> Acesso em: 22Set.2018.

A tabela um apresentou os municípios em ordem decrescente de população, tendo o primeiro município, Poços de Caldas, uma população três vezes maior que o décimo primeiro município, Guaxupé. Cinco municípios tem população acima de cem mil habitantes: Poços de Caldas, Pouso Alegre, Varginha, Passos e Lavras.

Os dois menores municípios, com população pouco acima de cinquenta mil habitantes são Guaxupé e Três Pontas.

Somente Passos não possui se enquadra na Gestão Plena do Sistema Municipal, referenciada na seção 3.1.1. Descentralização do SUS – Gestão no âmbito municipal, como verifica-se na sexta coluna da tabela um.

Para acessar outras informações destes municípios selecionados, apresenta-se a tabela dois, com dados sócio demográficos consultados no IBGE, como densidade demográfica, escolarização, Índice de desenvolvimento humano municipal, mortalidade infantil e PIB per capita.

Tabela 2–Dados Sócios Demográficos dos municípios selecionados.

Município	Densidade demográfica - hab/km ² [2010]	Escolarização 6 a 14 anos - % [2010]	IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal [2010]	Mortalidade infantil - óbitos por mil nascidos vivos [2014]	PIB per capita - R\$ [2015]
Alfenas	86.75	97.8	0.761	9.77	27019.00
Guaxupé	172.59	96.7	0.751	7.63	40159.14
Itajubá	307.49	98.1	0.787	8.51	28270.24
Lavras	163.26	98.6	0.782	12.16	20973.67
Passos	79.44	96.8	0.756	14.25	19032.84
Poços de Caldas	278.54	97.7	0.779	7.42	39734.85
Pouso Alegre	240.51	98.2	0.774	12.18	45564.24
São Sebastião do Paraíso	79.74	97.8	0.722	16.39	23730.09
Três Corações	87.88	97.7	0.744	17.71	25802.67
Três Pontas	78.08	97.8	0.731	18.23	18394.96
Varginha	311.29	97.9	0.778	8.05	34827.43

Fonte: IBGE. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3101607> Acesso em 12 Out. 2018.

Já na segunda tabela os municípios estão ordenados por ordem alfabética. Pode-se verificar que a densidade demográfica é bastante diversificada, enquanto a escolarização apresentou índices semelhantes. O índice de desenvolvimento humano municipal também é bastante homogêneo, com uma pequena variação a menor dos municípios São Sebastião do Paraíso e Três Pontas. A mortalidade infantil variou consideravelmente, sendo que Poços de Caldas apresentou o menor índice, enquanto Três Pontas teve o pior resultado. O PIB dos municípios é heterogêneo, Pouso Alegre apresentou o melhor resultado e Três Pontas o mais inferior. Ou seja, em três quesitos Três Pontas teve o pior resultado, ou entre os piores: índice de desenvolvimento humano, mortalidade infantil e PIB.

Para melhor contextualizar o universo de pesquisa, apresenta-se um breve descritivo de cada município com dados coletados na Sala de Situação, através do sítio da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

4.1.1. Alfenas

Em 2010, Alfenas apresentava uma população urbana predominante, com 94% da população total. Seu índice de envelhecimento é de 39,1. No mesmo período a taxa de analfabetismo total foi de 5,7, enquanto a média em Minas Gerais era de 8,10. O abastecimento de água atingia 97,8 % da população local. A renda média domiciliar *per capita*

era R\$ 774,57, enquanto a média mineira era R\$ 733,24. Em julho de 2018 a cidade contava com 19 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, tendo 71,95% de cobertura populacional. Estavam implantadas também 3 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2017, Alfenas possuía um total de 200 estabelecimentos, sendo 36 de administração pública, 102 empresas, 12 entidades sem fins lucrativos, e 50 prestadores de serviços pessoa física. Na Média e Alta Complexidade, apresentam-se os gráficos das produções ambulatoriais e hospitalares em número de procedimentos.

Gráfico 1 – Produção Ambulatorial Alfenas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

No gráfico um a linha azul traz a produção apresentada pelo município ao Ministério da Saúde e a linha vermelha demonstra a produção aprovada pelo ministério. O maior pico da produção ambulatorial ocorreu em 2016, mesmo período em que se deram as eleições municipais.

Gráfico 2 – Produção Hospitalar Alfenas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Assim como na produção ambulatorial, observa-se no gráfico dois que a produção hospitalar atingiu seu pico em 2016, ano de eleições municipais.

4.1.2. Guaxupé

Em Guaxupé 94% da população, em 2010 era urbana. O índice de envelhecimento é de 46,22. A taxa de analfabetismo total era de 6,1, abaixo da média estadual. O abastecimento de água estava disponível para 99,51 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 732,87, pouco abaixo da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 8 ESF's implantadas, tendo 46,06% de cobertura populacional. Havia apenas uma equipe de NASF. Em 2017, Guaxupé possuía 147 estabelecimentos, sendo 21 de administração pública, 61 empresas, 3 entidades sem fins lucrativos, e 62 prestadores de serviços pessoa física. A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos três e quatro.

Gráfico 3 – Produção Ambulatorial Guaxupé período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

O gráfico três demonstra que a produção enviada ao Ministério da Saúde, representada pela linha azul, se mostrou em todos os anos maior que a aprovação desta produção, entretanto em 2017 essa diferença foi mínima.

Gráfico 4 – Produção Hospitalar Guaxupé período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

No gráfico quatro, verifica-se que a produção hospitalar teve o maior índice em 2013,

posteriormente foi apresentando quedas, tendo 2017 dados próximos a 2012.

4.1.3. Itajubá

Em Itajubá, 91% da população residia na zona urbana em 2010. Seu índice de envelhecimento é de 42,57. A taxa de analfabetismo total era de 4, também abaixo da média estadual. O abastecimento de água atingia 94,99 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 935,87, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 17 ESF's implantadas, tendo 52,84% de cobertura populacional. Não havia nenhuma equipe de NASF implantada. Em 2017, Itajubá possuía um total de 334 estabelecimentos, sendo 37 de administração pública, 208 empresas, 13 entidades sem fins lucrativos, e 76 prestadores de serviços pessoa física. Na Média e Alta Complexidade, apresentam-se os gráficos das produções ambulatoriais e hospitalares em número de procedimentos.

Gráfico 5 – Produção Ambulatorial Itajubá período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

No gráfico cinco é possível verificar uma diferença contínua entre a produção apresentada, em linha azul e a aprovada, em linha vermelha.

Gráfico 6 – Produção Hospitalar Itajubá período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A produção hospitalar foi crescente de 2012 para 2014, com uma queda em 2015, uma retomada do crescimento em 2016 e em 2017 a queda foi tamanha, que a produção ficou abaixo de 2012, como observa-se no gráfico seis.

4.1.4. Lavras

Em Lavras, no ano de 2010, 95% da população estava na zona urbana. Seu índice de envelhecimento é de 41,15. No mesmo período a taxa de analfabetismo total foi de 3,9, bem abaixo da média em Minas Gerais. O abastecimento de água estava acessível a 96,72 % da população local. A renda média domiciliar *per capita* era R\$ 882,35, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 17 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, tendo 50,39% de cobertura populacional. Estavam implantadas também 2 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2017, Lavras possuía total de 489 estabelecimentos, sendo 66 de administração pública, 137 empresas, 15 entidades sem fins lucrativos, e 271 prestadores de serviços pessoa física.

A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos sete e oito.

Gráfico 7 – Produção Ambulatorial Lavras período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

O gráfico sete evidencia que a produção ambulatorial apresentou um crescimento contínuo a partir de 2013, tendo no ano de 2014, uma divergência entre a apresentação (linha azul) e a aprovação (linha vermelha) desta produção.

Gráfico 8 – Produção Hospitalar Lavras período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Na contramão da produção ambulatorial, a produção hospitalar teve decréscimo contínuo a partir de 2012, conforme exposto no gráfico oito.

4.1.5. Passos

A população urbana em Passos era formada por 95% da população em 2010. Seu índice de envelhecimento é de 39,42. A taxa de analfabetismo total era de 5,3, também abaixo da média estadual. O abastecimento de água estava disponível para 97,57 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 786,69, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 23 ESF's implantadas, tendo 60,63% de cobertura populacional. Havia três equipes de NASF implantadas. Em 2017, Passos possuíam total de 310 estabelecimentos, sendo 65 de administração pública, 124 empresas, 4 entidades sem fins lucrativos, e 117 prestadores de serviços pessoa física. A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos nove e dez.

Gráfico 9 – Produção Ambulatorial Passos período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Assim como em Itajubá, é possível verificar uma diferença contínua entre a produção apresentada, em linha azul e a aprovada, em linha vermelha.

Gráfico 10 – Produção Hospitalar Passos período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A oscilação da produção hospitalar foi pequena na maior parte do período, exceto em 2017, quando houve uma queda da mesma.

4.1.6. Poços de Caldas

Em 2010, Poços de Caldas apresentava uma população urbana predominante, com 98% da população total. Seu índice de envelhecimento é de 45,74. No mesmo período a taxa de analfabetismo total foi de 3,4, bem abaixo da média em Minas Gerais. O abastecimento de água atingia 97,66 % da população local. A renda média domiciliar *per capita* era R\$ 942,52, acima da média mineira e dos municípios apresentados até o momento. Em julho de 2018 a cidade contava com 34ESF's implantadas, tendo 61,85% de cobertura populacional. Estavam implantadas também 3 equipes de NASF.

Em 2017, Poços de Caldas possuía um total de 783 estabelecimentos, sendo 65 de administração pública, 268 empresas, 9 entidades sem fins lucrativos, e 441 prestadores de serviços pessoa física. Na Média e Alta Complexidade, apresentam-se os gráficos das produções ambulatoriais e hospitalares em número de procedimentos.

Gráfico 11 – Produção Ambulatorial Poços de Caldas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

O gráfico onze demonstra que também em Poços de Caldas, assim como em Itajubá, é possível verificar uma diferença entre a produção apresentada, em linha azul e a aprovada, em linha vermelha, sendo a maior discrepância entre elas no ano de 2014. As linhas são crescentes na maior parte do período, exceto de 2012 para 2013 e de 2016 para 2017.

Gráfico 12 – Produção Hospitalar Poços de Caldas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Ao observar o gráfico doze, verifica-se que como em Lavras, diferentemente da produção ambulatorial, a produção hospitalar teve decréscimo contínuo a partir de 2013.

4.1.7. Pouso Alegre

A população urbana em Pouso Alegre era formada por 92% da população em 2010. Já seu índice de envelhecimento é de 35,04. A taxa de analfabetismo total era de 3,9, bem

abaixo da média estadual. O abastecimento de água estava disponível para 97,78 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 869,53, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 26 ESF's implantadas, tendo 53,6% de cobertura populacional. Havia duas equipes de NASF implantadas. Em 2017, Pouso Alegre possuía um total de 645 estabelecimentos, sendo 54 de administração pública, 204 empresas, 8 entidades sem fins lucrativos, e 379 prestadores de serviços pessoa física. A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos treze e quatorze.

Gráfico 13 – Produção Ambulatorial Pouso Alegre período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Embora Pouso Alegre também apresente diferenças entre a produção ambulatorial apresentada (linha azul) e aprovada (linha vermelha), a variação não é tão expressiva como em alguns municípios.

Gráfico 14 – Produção Hospitalar Pouso Alegre período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A produção hospitalar demonstra uma linha crescente, com pequena variação entre os anos, mas com uma ligeira queda em 2017.

4.1.8. São Sebastião do Paraíso

Em 2010, São Sebastião do Paraíso apresentava uma população urbana de 92% da população total. Seu índice de envelhecimento é de 42,16. No mesmo período a taxa de analfabetismo total foi de 6,8, abaixo da média em Minas Gerais. O abastecimento de água atingia 98,64 % da população local. A renda média domiciliar *per capita* era R\$ 764,63, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 18 ESF's implantadas, tendo 77,07% de cobertura populacional. Estavam implantadas também 3 equipes de NASF. Em 2017, havia 159 estabelecimentos em São Sebastião do Paraíso, sendo 35 de administração pública, 85 empresas, 6 entidades sem fins lucrativos, e 33 prestadores de serviços pessoa física. Na Média e Alta Complexidade, apresentam-se os gráficos das produções ambulatoriais e hospitalares em número de procedimentos.

Gráfico 15 – Produção Ambulatorial São Sebastião do Paraíso período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

O gráfico quinze evidencia que de 2012 a 2014 é possível verificar uma diferença entre a produção apresentada, em linha azul e aprovada, em linha vermelha. Entretanto, a partir de 2015 essa diferença praticamente não existe. O pico da produção foi em 2015.

Gráfico 16 – Produção Hospitalar São Sebastião do Paraíso período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A produção hospitalar foi em linha crescente de 2012 a 2015, reduzida levemente em 2016 e consideravelmente em 2017, ficando pouco acima a 2012.

4.1.9. Três Corações

Em Três Corações 90% da população era urbana em 2010; o índice de envelhecimento é de 30,94. A taxa de analfabetismo era de 7,2, abaixo da média estadual. O abastecimento de água estava disponível para 97,39 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 743,40, pouco acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade contava com 13 ESF's, atingindo 49,70% de cobertura populacional, e uma equipe de NASF. Em 2017, havia 234 estabelecimentos na cidade, sendo 45 de administração pública, 69 empresas, 6 entidades sem fins lucrativos, e 114 prestadores de serviços pessoa física. A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos dezessete e dezoito.

Gráfico 17 – Produção Ambulatorial Três Corações período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Em Três Coração, foi demonstrada uma diferença contínua entre a produção apresentada, em linha azul e a aprovada, em linha vermelha. O maior pico foi em 2014.

Gráfico 18 – Produção Hospitalar Três Corações período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A produção hospitalar foi semelhante entre 2012 e 2013, com um considerável aumento em 2014, pequeno decréscimo em 2015, outro pico de acréscimo em 2016, que também foi ano de eleições municipais e uma queda brusca em 2017, apresentando números inferiores a 2012.

4.1.10. Três Pontas

Em 2010, Três Pontas apresentava uma população urbana predominante, com 86% da população total. Seu índice de envelhecimento é de 33,78. No mesmo período a taxa de analfabetismo total foi de 8,6, pouco abaixo da média em Minas Gerais. O abastecimento de água atingia 97,9 % da população local. A renda média domiciliar *per capita* era R\$ 667,11, abaixo da média mineira que é R\$ 733,24. Em julho de 2018 a cidade contava com 5 ESF's implantadas, tendo 26,37% de cobertura populacional. Apenas uma equipe de NASF estava implantada. Em 2017, Três Pontas possuía um total de 203 estabelecimentos, sendo 35 de administração pública, 39 empresas, 4 entidades sem fins lucrativos, e 125 prestadores de serviços pessoa física. Na Média e Alta Complexidade, apresentam-se os gráficos das produções ambulatoriais e hospitalares em número de procedimentos.

Gráfico 19 – Produção Ambulatorial Três Pontas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Ao verificar o gráfico dezenove, é possível observar que produção ambulatorial foi bastante linear de 2012 a 2015, com pequeno acréscimo em 2016 e uma diferença considerável da produção apresentada em 2017. Entretanto, a aprovação dessa aprovação não ocorreu, mantendo os mesmos patamares de 2016.

Gráfico 20 – Produção Hospitalar Três Pontas período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

O gráfico vinte demonstra que a produção hospitalar de Três Pontas teve baixa oscilação de 2012 a 2014, com um pequeno acréscimo em 2015. Já em 2016 e 2017 uma queda iniciou e se manteve.

4.1.11. Varginha

Varginha tinha 97% da população urbana em 2010. Seu índice de envelhecimento é de 33,5. A taxa de analfabetismo era de 4,2, bem abaixo da média estadual. O abastecimento de água estava disponível para 97,95 % da população e a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 894,06, acima da média mineira. Em julho de 2018 a cidade tinha 21 ESF's implantadas, com 47,23% de cobertura populacional e uma equipe de NASF. Em 2017, Varginha possuía 657 estabelecimentos, sendo 49 de administração pública, 190 empresas, 12 entidades sem fins lucrativos, e 406 prestadores de serviços pessoa física. A produção de média e alta complexidade pode ser verificada pelos gráficos vinte e um e vinte e dois.

Gráfico 21 – Produção Ambulatorial Varginha período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

Varginha apresentou uma produção ambulatorial em crescimento de 2012 a 2016, com queda significativa em 2017. Também apresenta variação entre a produção apresentada e autorizada.

Gráfico 22 – Produção Hospitalar Varginha período 2012 a 2017.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal> Acesso em 12 Out. 2018.

A produção hospitalar quase não oscilou, exceto por um leve crescimento em 2016 e queda mais brusca em 2017.

5 ANÁLISE

A análise dos dados está estruturada a partir da avaliação do gasto com saúde. Como já foi descrito no trabalho, na Seção 1.1. Contextualização, o município de São Sebastião do Paraíso foi o ponto de partida para a seleção dos demais, em decorrência de uma variação significativa nos recursos próprios gastos com saúde nos últimos anos, sendo que em 2014 e 2015 praticamente dobrou o índice em relação à 2012.

Desta maneira, o primeiro passo é conhecer e avaliar o comportamento dos municípios selecionados para a pesquisa no quesito gasto com saúde.

5.1. Gasto com Saúde

Para demonstrar o gasto com saúde de cada município, e como este dado variou de um município para outro, assim como oscilou dentro do período deste estudo (2012 a 2018), apresenta-se a Tabela 3.

Tabela 3 – Porcentagem do Orçamento Total Gasto com Saúde dos municípios selecionados e do Estado de Minas Gerais.

Gasto com Saúde (%)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alfenas	29,78	16,75	24,64	22,75	21,27	24,96	24,05
Guaxupé	24,72	22,26	28,73	24,53	24,64	24,53	24,29
Itajubá	21,97	22,58	22,88	23,99	23,38	22,83	23,84
Lavras	29,11	28,69	34,8	34,7	33,61	31,56	33,26
Passos	18,05	23,03	28,05	26,54	26,96	23,96	25,67
Poços de Caldas	26,76	32,82	29,61	27,02	26,45	31,02	29,57
Pouso Alegre	17,67	19,53	19,82	19,21	16,39	16,51	18,1
São Sebastião do Paraíso	22,02	29,13	43,36	42,98	35,82	28,42	29,34
Três Corações	22,69	21,2	31,01	30,61	28,02	22,51	34,68
Três Pontas	29,86	36,81	34,41	33,73	32,77	35,15	32,6
Varginha	23,71	22,78	26,98	27,33	31,58	29,8	31,94
Minas Gerais	12,03	12,29	12,15	12,3	12,37	12,09	7,91

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como já foi citado no referencial teórico, a Emenda Constitucional 29/2000 e a Lei Complementar 141/12 asseguraram recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos da saúde exigindo para os municípios a aplicação de no mínimo 15% dos recursos em saúde e para os estados o percentual é de 12%.

Verifica-se na tabela 3 que nenhum município estudado infringiu a legislação durante o período pesquisado, ficando sempre com o gasto acima de 15% de seus recursos próprios. Em alguns anos e municípios este índice foi superior a 30% (o dobro da previsão legal). Todavia, o mesmo não se aplica ao Estado de Minas Gerais, que em 2018 investiu apenas 7,91 de suas receitas obrigatórias na saúde, deixando de aplicar 4,09% dos recursos devidos para cumprir o mínimo exigido pela legislação.

O gráfico 23 demonstra a variação dos gastos com saúde entre os municípios do Estado de Minas Gerais, tanto durante o período estudado, quanto em relação aos dados de cada município. Através deste gráfico fica mais fácil visualizar essas oscilações.

Gráfico 23 – Variação do Gasto com Saúde dos municípios selecionados e do Estado de Minas Gerais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se que São Sebastião do Paraíso foi o município que mais gastou recursos próprios na saúde e apresentou grande variação, como já mencionado na justificativa e metodologia. Nos anos de 2014 e 2015 superou a marca de 40%, o que não ocorreu com nenhum outro município selecionado durante o período estudado. Nos demais exercícios, os índices foram próximos aos 30% de gasto com saúde, exceto em 2012, que gastou menos que 25% com saúde.

Pouso Alegre foi o município que manteve menor investimento em todo o período do estudo, sempre com gasto com saúde entre 15 e 20%.

Itajubá foi o município que apresentou a maior constância no gasto com saúde. Em 2015 apresentou seu maior índice, chegando bem próximo aos 25% de suas receitas aplicadas na saúde. É interessante verificar se também manteve constância nos resultados dos indicadores de saúde.

Alfenas apresentou uma oscilação significativa entre 2012 e 2013. No primeiro ano aproximou-se da marca de 30% e no segundo ano ficou um pouco acima de 15% de gasto com saúde, nos demais exercícios mantém uma média abaixo de 25%.

Três Corações, também demonstrou uma inconstância considerável no gasto com saúde. Sua menor despesa foi em 2013, com 21,2% dos recursos próprios aplicados na saúde, aumentando este índice para 34,68% no ano de 2018.

Guaxupé não teve grandes oscilações, exceto ao se comparar os exercícios de 2013 e 2014, partindo de aproximadamente 22% para quase atingir 29% em 2014. Nos demais períodos o gasto ficou sempre abaixo de 25%.

Lavras e Três Pontas tiveram comportamento semelhantes, ficando próximos à marca de 35% e apresentado variações em alguns exercícios. Lavras em 2012 e 2013 gastou menos que 30% de suas receitas na saúde e Três Pontas só apresentou índice inferior a 30% em 2012.

No município de Passos, de 2012 a 2014 foi apresentado um crescimento no gasto com saúde. Partindo de 18,05% para 28,05%. Posteriormente, seus investimentos de recursos próprios na saúde foram reduzindo, alcançando uma proximidade dos 25%.

Poços de Caldas se manteve na maior parte do período, gastando entre 25% e 30% dos recursos próprios em saúde, exceto nos anos de 2013 e 2017, em que ultrapassou a marca de 30%.

O município de Varginha vem tendo crescimento no gasto com saúde, partindo de 23,71% para 31,94% em 2018. Apenas nos anos de 2013 e 2017 houve uma pequena redução em relação aos anos anteriores, entretanto, nos exercícios subsequentes retomou o crescimento.

Interessante que a mesma Constituição Federal que determina a aplicação de no mínimo 15% em saúde; em seu artigo 212, também disciplina o gasto com ensino em no mínimo 25% da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências. Observa-se nesta pesquisa que a maioria dos municípios (nove) alcançou ou superou essa marca no gasto com saúde durante o período estudado.

É importante ressaltar que em 2012 foi último ano de mandato nos municípios, assim como em 2016. Ou seja, durante o período da pesquisa, foram contempladas três gestões diferentes: a) mandatos de 2009 a 2012 (tendo o último ano inserido na pesquisa); b) mandatos de 2013 a 2016 e c) mandatos de 2017 a 2020 (tendo os dois primeiros anos estudados).

Segundo Novaes e Matos (2010), prefeitos que tentam reeleição aumentam os gastos em saúde, como estratégia para recondução na busca de demonstrar a seus eleitores que administram com competência.

Apesar dessa constatação, na maioria dos casos, não foram identificados no aumentos significativos em 2012 e 2016 (anos de pleito eleitoral). Alfenas é uma exceção para o ano de 2012, assim como Varginha para 2016.

5.2. Indicadores do Pacto Interfederativo

Para melhor atingir os objetivos propostos, foram selecionados 20 indicadores para análise de desempenho dos municípios estudados. Importante lembrar que a grande maioria desses indicadores estão contemplados no COAP e todos eles integram o Pacto Interfederativo de Minas Gerais. O resultado dessa seleção já foi apresentado no Quadro 3 – Indicadores do Pacto Interfederativo de Minas Gerais avaliados na pesquisa.

Para cada um desses indicadores serão apresentados os dados coletados referentes ao período de 2012 a 2018 dos onze municípios mineiros selecionados: Alfenas, Itajubá, Guaxupé, Lavras, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha. Todos estes fazem parte da Região de Saúde Ampliada Sul.

Como já exposto na Seção 2.3. Organização dos Dados, esses indicadores foram organizados em quatro grupos: Indicadores de Acesso, Saúde da Mulher e da Criança, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Redução dos Riscos e Agravos à Saúde.

5.2.1. Grupo 1 - Indicadores de Acesso

A integralidade do cuidado inicia-se com o acesso e acolhimento em serviços de saúde. Os municípios responsabilizam-se pela atenção à saúde de seus munícipes, especialmente através da rede de Atenção Básica. Portanto, acesso e acolhimento são desafios para o cuidado integral, mas de grande importância para avaliação e gestão dos serviços de saúde. (SOUZA et. al, 2008)

O primeiro indicador do grupo é a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – ESF. A relevância do indicador considerou a centralidade da Atenção Básica no SUS; o cálculo é feito de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família pela população local, considerando como referência para cobertura 3.000 pessoas atendidas por equipe. (BRASIL, 2014)

Através do gráfico 24 é possível visualizar os resultados apurados.

Gráfico 24 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica – ESF (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

São Sebastião do Paraíso foi o município que apresentou a maior cobertura de equipes de Saúde da Família e teve também o resultado mais estável nesse indicador. Verifica-se que a grande maioria de municípios veio evoluindo ao longo do período para atingir uma cobertura próxima à casa de 80% em 2018. Excetuam-se Três Pontas e Varginha, com índices de 58,11% e 68,43% respectivamente. Alfenas também se destaca pelo salto de 2017 para 2018, quando demonstrou um crescimento de 76,68% para 97,29% de cobertura. Guaxupé, Passos, Poços de Caldas e Pouso Alegre demonstraram um crescimento gradativo da cobertura populacional durante o período estudado. Itajubá, Lavras, e Três Corações apresentaram oscilações entre elevações e quedas na cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

O programa brasileiro de atenção primária à saúde tem sido considerado modelo para outros países, pois contribuem significativamente para a melhoria dos níveis sanitários dos brasileiros e redução da taxa de mortalidade infantil. (MENDES, 2013)

O Saúde da Família foi associado a melhores resultados em saúde, como a redução na taxa de mortalidade infantil, melhorias na notificação de estatísticas vitais e reduções em internações hospitalares potencialmente evitáveis. (PAIM et al., 2011)

O segundo indicador de acesso é a cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

É no nível municipal que as ações de saúde das condicionalidades de fato acontecem. Espera-se que o monitoramento seja além dos dados, mas promova o acompanhamento de saúde das famílias, verificando se está havendo equidade e atendimento integral, bem como se a organização dos serviços de saúde está direcionada para essa finalidade. Todavia, frequentemente, os municípios realizam apenas o monitoramento gerencial, como mero cumprimento de protocolo. (NASCIMENTO, 2013)

O gráfico 25 traz os resultados de cada município estudado.

Gráfico 25 – Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Prog. Bolsa Família (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A média do Estado de Minas Gerais foi mais constante, próxima à casa dos 80% de acompanhamento, sofrendo uma queda gradativa de 2016 a 2018. Essa mesma queda foi observada em Alfenas, Guaxupé, Passos, Poços de Caldas, São Sebastião do Paraíso, Três Corações e Três Pontas, ou seja, sete municípios de onze estudados. Verificam-se neste indicador variações bruscas na maior parte dos municípios (seis), exceto Guaxupé, Passos, Poços de Caldas, São Sebastião do Paraíso e Três Pontas, que embora também oscilaram seus resultados, tiveram ao menos três anos com dados semelhantes.

Itajubá e Varginha demonstraram bastante inconstância nos resultados alcançados, as variações de um ano para outro são significativas, demonstrando a falta de uma estratégia

para acompanhamento do indicador. Lavras e Pouso Alegre apresentaram comportamentos semelhantes.

As condicionalidades no Programa Bolsa Família é justificada, a fim de favorecer o acesso a direitos sociais básicos de saúde. O estudo realizado sugere que a exigência e o acompanhamento das contrapartidas relacionadas com ações de saúde *per se* não são suficientes para alcançar este propósito. É necessário ainda avançar na reorganização dos serviços e no envolvimento dos profissionais, para articular as ações de saúde e oferecer um serviço de qualidade às famílias beneficiárias. (MORAES; MACHADO, 2017)

Para finalizar o grupo de indicadores de acesso, o gráfico 26 demonstra a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica.

Gráfico 26 – Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se que Alfenas, Lavras e São Sebastião do Paraíso estiveram acima da média estadual em todo o período estudados. Três Corações, a partir de 2016 apresentou maior cobertura, sendo que em 2018, juntamente com Lavras, apresentou 100% de cobertura, ou seja, todas as equipes de Saúde da Família ofereceram o serviço odontológico para sua população referenciada. Passos se destacou como único município com resultado zero de 2012 a 2017, implantando a cobertura em 2018, mas ainda bem abaixo da média de Minas Gerais. Outros municípios que obtiveram resultados inferiores à média mineira foram

Guaxupé, Itajubá, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Três Pontas e Varginha. Pelos dados obtidos, observa-se que esse indicador não se mostrou prioritário para grande parte dos municípios estudados.

Verificou-se uma heterogeneidade significativa nos municípios estudados em relação aos indicadores de acesso, que como já demonstrado é fundamental para a integralidade do cuidado.

5.2.2. Grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança

O grupo dois está composto de dez indicadores, cujos resultados se apresentam em gráficos. São relacionados à saúde da mulher e da criança.

O gráfico 26 demonstra a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. É calculado através do número de exames realizados em mulheres da faixa etária preconizada, dividido por um terço da população local de mulheres dessa mesma faixa etária. (BRASIL, 2014)

Gráfico 27 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se que todos municípios, assim como o estado demonstraram em 2018 um desempenho bem inferior aos demais anos. Também foi comum a oscilação do resultado de

cada município dentro do período pesquisado. Três Pontas se destaca com uma constância maior e Varginha com um índice extremamente elevado em 2015.

Os municípios que tiveram resultados semelhantes ou superiores à média do Estado de Minas Gerais foram: Passos, São Sebastião do Paraíso, Três Corações (de 2012 a 2016) e Três Pontas.

Guaxupé e Lavras apresentaram grande oscilação nos resultados, inferindo uma inconstância capaz de prejudicar a prevenção ao câncer de colo de útero. Alfenas, Itajubá, Poços de Caldas e Pouso Alegre ficaram abaixo da média estadual na maior parte do período estudado.

O câncer do colo do útero tem grande potencial de prevenção e cura, uma vez que sua lenta evolução passa por fases detectáveis e curáveis. A estratégia de rastreamento apontada pelo Ministério da Saúde é o exame citopatológico. É necessário realizar os dois primeiros exames anualmente, e ao obter dois resultados negativos consecutivos, deve ser realizado a cada três anos. Para reduzir a mortalidade pelo câncer do colo de útero, através do rastreamento é necessário garantir a integralidade da atenção e a qualidade do programa de rastreamento. (SANTOS et al., 2012)

Portanto, priorizar a realização de exames citopatológicos é importante para evitar o adoecimento das mulheres na faixa de risco, assim como colabora para melhor gestão dos recursos financeiros do SUS, uma vez que a prevenção é bem mais econômica que o tratamento do câncer.

O segundo indicador também é direcionado à prevenção e trata-se da razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. Avalia a capacidade de captação dessas mulheres pelas unidades básicas de saúde. É medido através do número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres da faixa etária, dividido pela metade da população de mulheres dessa mesma faixa etária. (BRASIL, 2014) O gráfico 28 apresenta os resultados apresentados pelos onze municípios estudados.

Gráfico 28 – Razão de exames mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se em 2016 um aumento nos resultados obtidos, sendo que Guaxupé, Itajubá, Três Corações, Três Pontas e Varginha tiveram um índice maior que um. Todos municípios tiveram oscilações durante o período de estudo, demonstrando que a prevenção do câncer de mama pela mamografia não tem sido uma rotina constante no serviço de saúde. Possivelmente estes resultados muito acima da média tenham sido uma tentativa de recuperação da prevenção ao câncer de mama.

O próximo indicador avaliado é a proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar. O cálculo é feito através do número de nascidos vivos por parto normal, dividido pelo número total de nascidos vivos, multiplicado por cem. (BRASIL, 2014) Através do gráfico 29 estão apresentados os dados obtidos.

Gráfico 29 – Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A média de parto normal, atualmente também mencionado como parto natural, em Minas Gerais, durante o período estudado foi acima de 40% dos partos realizados. Somente Passos e São Sebastião do Paraíso tiveram resultados superiores ao do estado. Itajubá e Três Corações se aproximaram da média estadual em alguns anos. Já Varginha foi o município que apresentou a menor proporção de parto normal dentre os municípios estudados, em todo período de 2012 a 2018. Alfenas, Guaxupé, Lavras, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Três Pontas alcançaram resultados inferiores à média estadual.

Atualmente essa tem sido uma questão polêmica com posicionamentos divergentes dos pesquisadores, gestantes, obstetras, operadoras de saúde suplementar, gestores de saúde, etc. As decisões desses atores envolvidos certamente interferem nos resultados.

O próximo indicador é o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (número absoluto). São considerados os óbitos ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e gravidez. A meta é a redução do número de óbitos maternos e sua relevância está relacionada à avaliação da assistência pré-natal, ao parto e puerpério. (BRASIL, 2013) O gráfico 30 traz os resultados obtidos.

Gráfico 30 – Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Itajubá e São Sebastião do Paraíso não registraram nenhum óbito materno durante o período de 2012 a 2018. Alfenas e Poços de Caldas chegaram a três mortes em 2012 e 2014, respectivamente, sendo aqueles que tiveram o maior índice. Em 2017 e 2018 não foram registrados óbitos maternos em nenhum dos municípios selecionados. Guaxupé, Lavras, Passos, Três Corações e Varginha tiveram ao menos uma morte registrada durante o período de 2012 a 2018; Pouso Alegre e Três Pontas registraram duas mortes em 2012 e 2016 respectivamente.

Mattos (2016) destaca que quando o acesso é garantido com atenção pré-natal de qualidade, há redução nas possíveis complicações relacionadas à gestação, diminuindo os óbitos maternos.

Na sequência verifica-se a Taxa de mortalidade infantil. Em municípios com população acima de cem mil habitantes (Lavras, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Varginha) o resultado é demonstrado como taxa; para os demais consideram-se números absolutos.

O cálculo da taxa é feito através do número de óbitos de menores de um ano de idade dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo ano e local, multiplicado por mil. O gráfico 31 apresenta os resultados obtidos.

Gráfico 31 – Mortalidade Infantil (Taxa e número absoluto).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Inicialmente, dentre os municípios que apresentam taxas, Lavras apresentou piores resultados, com a maior taxa em relação aos demais. Passos, de 2014 a 2018 veio apresentando uma evolução positiva no indicador, com a diminuição da mortalidade infantil. Poços de Caldas demonstrou aumentos e quedas sucessivas. Pouso Alegre teve as maiores taxas em 2012 e 2016, entretanto reduziu a mortalidade infantil de 2016 a 2018. Varginha apresentou um crescimento em 2015, mas nos demais anos obteve resultados semelhantes.

Em relação aos municípios cujos resultados são valores absolutos, o melhor desempenho, marcado pela menor mortalidade infantil, em 2018 foi de Guaxupé (três óbitos registrados). Todavia, a variação populacional destes municípios influenciam no resultado. São Sebastião do Paraíso, em 2016 e 2017, e Três Pontas em 2012 tiveram resultados iguais a cinco óbitos anuais.

A mortalidade infantil está diretamente relacionada à assistência pré-natal, local de ocorrência do parto evitando grandes deslocamentos das gestantes e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. O indicador avalia também o acesso das crianças menores de um ano ao acompanhamento de puericultura e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário (BRASIL, 2013).

Portanto, o número de óbitos maternos e a mortalidade infantil são sensíveis à qualidade dos serviços de Atenção Básica estruturados nos municípios.

O próximo indicador é a proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados. Os dados coletados estão demonstrados no gráfico 32.

Gráfico 32 – Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A grande maioria dos municípios atingiu, em algum momento, 100% dos óbitos investigados. As maiores variações foram de Alfenas, que em 2012 e 2016 investigaram aproximadamente 80% dos referidos óbitos. Poços de Caldas teve seu pior resultado em 2015, investigando pouco menos que 80% dos casos. Por fim, Varginha na maior parte do período estudado, apresentou um índice próximo ou inferior a 90% de investigação.

O gráfico 33 apresenta o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Mattos (2016) afirma que este indicador expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto.

Gráfico 33 – Casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade (número absoluto).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Passos, Poços de Caldas e Pouso Alegre não tem tido bons resultados na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, em relação aos demais municípios estudados. Guaxupé, Itajubá, Três Corações e Três Pontas se destacaram positivamente no grupo pesquisado. Chegaram a zerar os casos novos de sífilis congênita em alguns momentos; e quando constatados novos casos, foram em menores frequência que os demais. Alfenas, Lavras, São Sebastião do Paraíso e Varginha apresentaram resultados com grande oscilação entre os anos de 2012 a 2018.

O próximo indicador estudado é a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada, dados em percentual. O Programa Nacional de Imunização é reconhecido por alta cobertura e sustentabilidade. O Brasil produz várias das vacinas fornecidas pelo SUS, garantindo livre acesso e alta cobertura populacional. (PAIM et al., 2011) O gráfico 34 apresenta os dados obtidos na pesquisa.

Gráfico 34 – Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

O resultado demonstrou uma grande oscilação nos resultados durante os anos, em todos os municípios e também no Estado de Minas Gerais. Em 2017 o resultado foi zero para todos os municípios e para o estado, o que induz a pensar que pode ter havido falha na informação do indicador. Segundo os dados coletados, São Sebastião do Paraíso foi o único município que durante três anos (2014, 2015 e 2016) atingiu a meta de 100% de cobertura.

Alfenas, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos e Pouso Alegre obtiveram igual resultado em dois anos do período, enquanto Poços de Caldas, Três Corações e Três Pontas atingiram 100% de cobertura em apenas um ano. Varginha foi o único município que não obteve esse resultado em nenhum momento, e ainda apresentou o pior desempenho de 2012 a 2017.

Na sequência o indicador verificado é número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos de idade. No Brasil, a taxa de detecção de HIV/AIDS se estabilizou nos últimos dez anos, assim como a mortalidade pela doença diminuiu. Houve queda significativa da doença nas crianças com menos de cinco anos de idade. Em 2001 eram 5 para cada 100 mil habitantes, em 2012 o índice foi de 3,4. Considerando o aumento da capacidade de diagnóstico e a queda na detecção, verifica-se a interrupção da propagação da doença e a redução da incidência. (MATTOS, 2016). O gráfico 35 traz os resultados:

Gráfico 35 – Número (absoluto) de casos novos de AIDS em menores de cinco anos de idade.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O único caso registrado durante o período de 2012 a 2018 foi em Guaxupé, em 2016. Verifica-se um sucesso na prevenção de AIDS, especialmente na transmissão de mãe para filho(a). Infere-se que o pré-natal tem sido eficiente para a obtenção desse resultado.

A qualidade da assistência do pré-natal impacta diretamente a transmissão vertical do HIV. É preciso garantir acesso da gestante a consultas, exames e informações necessárias, entre outros. Um estudo sobre os fatores associados ao desconhecimento do estado sorológico de HIV no pré-natal apontou que o início tardio do pré-natal, assim como menor número de consultas podem comprometer a profilaxia da transmissão vertical uma vez que a testagem para o HIV em gestantes deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal e no início do

último trimestre (SOARES et al., 2013).

O último indicador deste grupo é a Gravidez na adolescência (10 a 19 anos). O resultado está apresentado no gráfico 36.

Gráfico 36 – Gravidez na adolescência – 10 a 19 anos (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

As cidades de Passos, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso, Três Corações e Três Pontas tiveram maiores índices de gravidez na adolescência, portanto resultados menos satisfatórios, especialmente do ponto de vista social. Apesar disso, verifica-se que de forma geral, em 2018 houve uma queda nesta incidência em todos municípios estudados, exceto Guaxupé.

5.2.3. Grupo 3 – Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

O terceiro grupo conta com apenas um indicador: Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT – aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Sua relevância é contribuir para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT assim como em seus fatores de risco. O parâmetro nacional para referência é reduzir 2% em relação ao ano anterior. (BRASIL, 2014)

O gráfico 37 apresenta dados obtidos, sendo que em municípios com população

acima de cem mil habitantes (Lavras, Passos, Poços de Caldas, Pouso Alegre e Varginha) o resultado é demonstrado como taxa; para os demais consideram-se números absolutos.

Gráfico 37 – Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Primeiramente, dentre os municípios que apresentaram resultados em taxas, Lavras teve o melhor desempenho, enquanto Passos e Poços de Caldas sofreram uma maior taxa de mortalidade. Pouso Alegre e Varginha tiveram resultados medianos, próximos a dois mil casos de 2012 a 2018.

Quanto aos municípios cujos resultados são valores absolutos, Guaxupé, São Sebastião do Paraíso e Três Pontas obtiveram maior êxito no controle das DCNT's, e consequentemente menor mortalidade. Alfenas, Itajubá e Três Corações apresentaram desempenho inferior.

Esse é um tipo de indicador que poderá não refletir imediatamente o investimento financeiro e o implemento de ações para a redução da mortalidade, todavia o Ministério da Saúde preconizou uma redução de 2% ao ano, sendo este o resultado esperado para os municípios.

5.2.4. Grupo 4 – Redução dos Riscos e Agravos à Saúde – Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental

O grupo quatro é o segundo maior da seleção, composto por seis indicadores. A Vigilância em Saúde tem por finalidade a implementação do SUS e compreende a saúde

como um produto social, em que as ações devem ser dirigidas ao coletivo, não se resumindo em intervenções sobre o hospedeiro, agente etiológico ou meio ambiente; mas sim focalizar nos determinantes relacionados a eles. (SANTIAGO et al., 2018)

O gráfico 38 demonstra os dados obtidos em percentual no primeiro indicador deste grupo: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação.

Gráfico 38 – Proporção de casos de DNCI encerrados em até 60 dias após a notificação (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Verifica-se que não estão disponíveis os dados de 2016 de Alfenas e São Sebastião do Paraíso; e que o mesmo ocorre com Guaxupé e Três Corações em 2017. Passos foi a cidade que demonstrou maior constância e melhor desempenho neste indicador. Os demais municípios em determinados período atingiram 100% da meta e em outros apresentaram resultados bem inferiores.

Na sequência, apresenta-se o indicador proporção de preenchimento do campo “ocupação” na notificação de agravos relacionados ao trabalho, com resultados em percentuais.

O Sistema Nacional de Registro de Agravos de Notificação (SINAN) é de extrema importância para a saúde do trabalhador, como sistema de informação com extenso leque de possibilidades de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho. Permite aos estados e municípios incluir outros agravos e doenças que considerem importantes. Desde 2006 quaisquer agravos relacionados ao trabalho puderam ser incorporados à lista geral de agravos

de notificação, podendo ser notificado por qualquer serviço de saúde. (MATTOS, 2016)

O gráfico 39 apresenta os resultados obtidos pelos municípios estudados.

Gráfico 39 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

O menor percentual atingido (70,89%) foi de São Sebastião do Paraíso, em 2013; entretanto nos anos subsequentes os resultados foram sempre superiores a 95%, demonstrando uma recuperação. Na grande maioria dos municípios observa-se o cumprimento de 100% da meta em algum momento do período estudado, exceto em Passos e Varginha. Resultados superiores a 90% são os mais frequentes. Poços de Caldas se destaca com o melhor desempenho do grupo no período estudado, quando não atingiu 100%, ficou muito próximo dessa marca. Comportamento muito semelhante foi observado em Três Pontas.

Alfenas e Pouso Alegre mantiveram resultados bem satisfatórios de 2012 a 2016, entretanto, nos anos de 2017 e 2018 seus desempenhos ficaram bem aquém dos anos anteriores. Guaxupé obteve resultados acima de 90% em quase todo o período, exceto em 2017, mesmo assim, com 89,27 não apresentou uma queda brusca. Itajubá atingiu bons resultados durante o período. Seu menor percentual foi visto em 2018, mas ainda superando a marca dos 90%. Lavras e Três Corações também demonstraram bons desempenhos, entretanto em 2017 apresentaram uma queda nos resultados alcançados.

O próximo indicador avaliado é Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano. Se forem realizadas até seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas

necessárias, é aplicado o cálculo: Número de grupo de ações realizadas dividido por 6, multiplicado por 100. Quando são realizados os 7 grupos de ações, o resultado considerado é 100%. (MINAS GERAIS, 2018) O gráfico 40 traz os resultados encontrados.

Gráfico 40 – Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

O gráfico mostra que os municípios tiveram um resultado bastante superior à média do Estado. Três Corações foi o município que menos realizou as referidas ações de Vigilância Sanitária. Varginha, Poços de Caldas e Pouso Alegre, respectivamente apresentaram melhor desempenho durante o período pesquisado. Alfenas demonstrou uma evolução de 2012 a 2016, anos de melhor desempenho; entretanto retrocedeu em 2017 e 2018. Guaxupé partiu de 0% em 2012, 2013 e 2014 para 116,67% em 2015 e 2016 e 100% em 2017 e 2018. Itajubá obteve um baixo desempenho em 2012, mas alcançou crescente recuperação de 2013 em diante. Lavras não apresentou resultados satisfatórios de 2012 a 2015, mas atingiu 100% da meta em 2016 e 2017, e em 2018 caiu para 80%. Passos e São Sebastião do Paraíso demonstraram uma oscilação nos resultados, sempre acima de 60%. Três Pontas teve comportamento semelhante, exceto pelo seu resultado em 2018, que foi de 50%.

Outro indicador monitorado neste grupo é a Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. A relevância está em possibilitar inferir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde para o portador de hanseníase, em que a

efetividade do serviço está em assegurar a adesão do paciente do início do tratamento até a alta. A cura refletirá na redução contágio e prevenirá incapacidade física. Os dados são apresentados em percentuais. (BRASIL, 2014). O gráfico 41 traz as informações sobre este indicador.

Gráfico 41 – Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Poços de Caldas e Pouso Alegre atingiram 100% em todos os anos. Municípios como Guaxupé, Passos, São Sebastião do Paraíso, Três Corações e Varginha apresentaram oscilações em seus desempenhos durante o período estudado. Em 2013 Alfenas e Lavras não tiveram dados disponibilizados. O mesmo ocorreu com Lavras em 2014, Itajubá em 2015, Alfenas em 2016, Três Pontas em 2017 e 2018.

Na sequência, foi verificado o indicador Número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. A relevância do dado está no quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de Saúde, em cada ciclo. O cálculo é realizado em duas etapas: 1) O numerador é igual ao número de imóveis visitados em cada um dos seis ciclos preconizados e o denominador é o número de imóveis da área urbana do município, o resultado é multiplicado por 100; 2) Somatório do número de ciclos realizados que atingiram 80% ou mais dos imóveis visitados. (BRASIL, 2014) O gráfico 42 informa o desempenho dos municípios estudados.

Gráfico 42 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Fonte: Elaborado pelo autor.

De 2013 a 2017 os resultados foram apresentados em número absoluto, já em 2018 foram apresentados os percentuais da meta atingida. Nesse contexto, os melhores resultados foram de Guaxupé e Três Corações de 2013 a 2016 e de Itajubá, Poços de Caldas, Três Corações e Varginha em 2018. Alfenas, Passos, Pouso Alegre, São Sebastião do Paraíso e Três Pontas tiveram resultado zero em 2018. O mesmo aconteceu com Alfenas em 2013, 2015 e 2017; Itajubá em 2013 e 2015; Lavras em 2017; Poços de Caldas em 2017; Pouso Alegre em 2013 e 2014; São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha em 2017.

O parâmetro do Programa Nacional de Controle da Dengue para referência é de pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares com 80% ou mais dos imóveis visitados em cada um. São preconizadas visitas domiciliares bimestrais em 100% dos imóveis, completando seis ciclos de visitas anuais. Para calcular o indicador devem ser incluídas apenas as visitas de rotina. (BRASIL, 2014) Os dados apresentados no gráfico 41 demonstraram que as ações de combate à dengue ainda necessitam ser implementadas.

Por fim, o último indicador do grupo é a Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. A meta é ampliar a proporção de análises e a relevância está em avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano, bem como verificar se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos. É essencial monitorar a

qualidade da água para consumo humano. (BRASIL, 2014) O gráfico 432 demonstra em percentuais os dados obtidos.

Gráfico 43 – Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano (%).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se que Pouso Alegre, Itajubá e Poços de Caldas realizaram mais análises no período estudado. Os demais municípios apresentaram oscilações e São Sebastião do Paraíso teve desempenho inferior dentre os municípios estudados.

5.3. Análise do resultado por município

Os dados dos municípios estão apresentados em tabelas, dessa forma é possível analisar se quando o município aumentou ou diminuiu suas aplicações na saúde houve interferência nos resultados dos indicadores do Pacto Interfederativo.

5.3.1. Alfenas

Para avaliar os dados de Alfenas foi construída a tabela 4, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 4 – Indicadores de Alfenas.

Indicadores	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	29,78	16,75	24,64	22,75	21,27	24,96	24,05
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	70,99	69,42	78,65	75,79	71,38	76,68	97,29
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	35,18	66,83	75,94	88,66	84,42	81	54,81
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	60,37	59,96	66,09	66,2	77,18	72,9	77,35
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,18	0,46	0,39	0,45	0,36	0,39	0,12
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,5	0,49	0,53	0,4	0,56	0,48	0,29
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	33,8	32,3	32,53	34,57	36,36	37,2	33,76
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	3	0	0	1	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	16	11	10	8	15	13	7
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	88,57	100	100	100	80	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	2	2	3	6	3	5	4
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	0	100	25	100	50	0	83,1
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	14,67	16,25	15,92	13,33	14,82	15,01	13,09
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	128	111	136	130	127	123	97
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							

Indicadores	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	92,86	86,67	90	100	-	100	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	98,68	100	99,27	99,26	100	72,84	77,34
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	16,67	66,67	100	116,67	116,67	100	66,67
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	-	100	100	-	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	0	1	0	5	0	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	18,99	19,79	9,84	28,5	21,88	41,46	64,35

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Alfenas os gastos com saúde, na maior parte do tempo estudado na pesquisa, os gastos com saúde ficaram entre 21% e 25% dos recursos próprios municipais. Entretanto, nos anos de 2012 e 2013, esses percentuais foram bem atípicos, sendo que em 2012 o gasto atingiu 29,78% dos recursos próprios e em 2013 16,75%, caindo quase que pela metade. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo está atrelada a essas oscilações, verificando se em 2012 o desempenho foi tão superior quanto o gasto e se em 2013 o inverso tenha ocorrido; e ainda se de 2014 a 2015 houve uma certa regularidade no desempenho, assim como houve nos investimentos de recursos financeiros.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, verifica-se que o desempenho não seguiu a linha dos gastos. Em 2012, ano de maior destinação de recursos à saúde, a cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família, assim como o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica, foram inferiores aos anos seguintes, em que o gasto com saúde foi menor que em 2012. No ano de 2013, a queda brusca nos gastos com saúde não influenciou significativamente esses indicadores.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. Os indicadores razão de exames citopatológicos e mamografia, prioritários para prevenção do câncer de colo de útero e de mama não foram melhores quando a aplicação de recursos financeiros foi maior (2012), nem tampouco foram menores

quando essa mesma aplicação caiu (2013).

2. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar não sofreu intervenção da variação dos gastos na saúde em 2012 e 2013.
3. A quantidade de óbitos maternos foi a maior justamente no ano em que mais se aplicaram recursos públicos na saúde (2012), foram registrados 3 óbitos. Em 2015 foi registrado 1 óbito e nos demais anos estudados nenhum. A taxa de mortalidade infantil teve o mesmo comportamento: em 2012 o maior número, 16 mortes constatadas.
4. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) também não foi intensificada em 2012, pelo contrário, teve o segundo pior resultado no período estudado, investigando 88,57% dos casos. Esse percentual só foi maior que os 80% atingidos em 2016, pois nos demais anos 100% desses óbitos foram investigados.
5. Em relação à sífilis congênita, o melhor resultado (2) ocorreu justamente em 2012 (ano de maior gasto com saúde) e em 2013 (ano de menor gasto), não evidenciando que o desempenho foi ligado à aplicação dos recursos financeiros na saúde, já que ao gastar mais ou menos o município apresentou melhor desempenho. Este indicador não tende a sofrer interferência do tempo, pois como já citado na análise do gráfico 33, ele expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto.
6. De maneira contraditória se mostra o gasto com saúde e a cobertura vacinal. Em 2012, quando os gastos foram maiores, a cobertura vacinal foi zero, já em 2013, com gastos reduzidos quase pela metade, o resultado foi de 100%. Nos demais anos, quando houve uma certa constância na aplicação de recursos financeiros, os resultados oscilaram de zero a 100%.
7. A gravidez na adolescência é o único indicador em que o pior desempenho se deu no ano de menor investimento na saúde. Em 2016 16,25% das adolescentes (10 a 19 anos) estiveram grávidas. Todavia, o melhor resultado, 13,09% foi em 2018 e não em 2012 quando se aplicaram mais recursos na saúde.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. A aplicação de recursos financeiros não influenciou os resultados desse indicador, pois em 2012, quando mais se gastou, foram 128 mortes e em 2013, quando os gastos caíram, foram registradas 111 mortes. O parâmetro nacional para referência é reduzir 2% em relação ao ano anterior. (BRASIL, 2014) Isto não ocorreu com o acréscimo de recursos financeiros injetados na saúde.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação não teve o seu melhor desempenho em 2012, mas teve seu resultado mais insatisfatório em 2013, quando a aplicação de recursos financeiros foi reduzida.
2. O preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho não foi influenciado pelas oscilações de aplicações financeiras. Em 2012, quando mais se gastou, o desempenho foi semelhante ao dos anos de 2013 (quando menos se gastou), 2014, 2015 e 2016.
3. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária teve o pior desempenho no ano de maior gasto com saúde (2012), 16,67%, enquanto nos outros anos os resultados foram sempre superiores a 65%.
4. A cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes também não demonstrou sofrer influência da aplicação financeira, para todos os anos em que houve dados disponíveis o resultado foi 100%. O mesmo ocorreu com o número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue, assim como com a análise da água para consumo humano. Os melhores desempenhos não foram nos anos de maior investimento; assim como não se verifica que a queda desse investimento tenha colaborado com os resultados inferiores.

Os dados apresentados por Alfenas reforçam o entendimento de Novaes e Matos (2010) – já citado na seção 5.1 – Gastos com Saúde – no qual prefeitos que tentam reeleição aumentam os gastos em saúde, como estratégia para recondução na busca de demonstrar a seus eleitores que administram com competência, afinal 2012 teve um gasto na saúde aumentado e não se verificou maior efetividade nos indicadores do Pacto Interfederativo nesse ano, muito pelo contrário.

5.3.2. Guaxupé

A tabela 5 foi elaborada para avaliar os dados de Guaxupé. Nela estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 5 – Indicadores de Guaxupé.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	24,72	22,26	28,73	24,53	24,64	24,53	24,29
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	32,95	37,36	46,2	56,57	60,91	58,03	78,59
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	100	100	100	93,82	94,41	77,69	38,49
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	34,16	31,03	47,2	46,42	43,34	34,54	37,29
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,66	0,65	0,4	0,31	0,64	0,59	0,2
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,53	0,35	0,69	0,35	3,92	0,4	0,36
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	27,12	26,17	23,18	26,21	27,06	24,35	21,9
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	1	0	1	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	10	12	5	10	8	14	3
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	96	100	93,75	88,89	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1	1	0	1	2	0	3
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	75	50	100	100	50	0	72,63
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	1	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	15,03	15,18	12,37	11,02	13,61	12,58	12,5
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	94	99	75	71	91	68	56

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	100	100	100	80	100	-	0
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	100	96,67	100	100	100	89,29	92,31
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	0	0	0	116,67	116,67	100	100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	80	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	3	5	4	3	33,33
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	24,41	24,02	40,97	33,48	17,22	26,74	37,05

Fonte: Elaborado pelo autor.

Guaxupé, na maior parte do período estudado, manteve seus gastos com saúde próximos a 24%. No ano de 2013, houve uma redução para 22,26% e no ano de 2014 uma elevação dos gastos para 28,73%. Pretende-se analisar se no ano de 2013 o desempenho de Guaxupé nos indicadores do Pacto Interfederativo foi inferior ao de 2014, quando houve o maior investimento de recursos na saúde, ou até mesmo se foi inferior aos demais anos em que a aplicação ficou próxima a 24%. Da mesma forma, é necessário verificar se em 2014 os resultados nos indicadores foram melhores, uma vez que foram aplicados mais recursos financeiros.

Na avaliação do grupo 1 – Indicadores de Acesso, os indicadores cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família e cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família não sofreram interferência da oscilação da aplicação de recursos financeiros na saúde. Para o primeiro, o melhor resultado foi obtido em 2018 e o pior em 2012. No segundo indicador, de 2012 a 2014 o desempenho foi de 100%, ou seja: o mesmo desempenho quando se gastou mais (2014) e menos (2013); ainda manteve os mesmos parâmetros que os outros anos (2012). Já a cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica foi menor no ano de menor investimento financeiro, 31,03% e foi maior quando o gasto com saúde subiu, 47,2%.

Na análise do segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, verificou-se que:

1. A realização de exames citopatológicos foi a segunda maior do período no ano em que o investimento financeiro foi menor (2013); entretanto quando em 2014 houve redução dos gastos, a razão desses exames foi menor que em 2013 mas não o pior resultado do período. Já na razão de mamografias de rastreamento, exatamente quando menos se gastou, menor foi o resultado nesse indicador, entretanto o melhor resultado se deu em 2016, quando aparentemente buscou-se melhorar o desempenho dos anos anteriores.
2. Em relação ao parto normal, a menor incidência se deu em 2018 e os melhores resultados em 2012 e 2016, anos em que não houve variações no gasto com saúde. Foram registrados dois óbitos maternos de 2012 a 2018, sendo um em 2013, ano de menor investimento financeiro e um em 2015, quando os gastos estavam na média dos demais anos. A menor taxa de mortalidade infantil foi em 2018, com uma variação significativa em relação aos demais anos; já a maior taxa foi em 2017. Nesses dois anos não houve grandes mudanças no gasto com saúde. A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil atingiu 100% dos casos em 2012, 2014, 2017 e 2018. Em 2016 essa ação foi reduzida e se alcançou um resultado de 88,89%. Somente nos anos de 2014 e 2017 não foram registrados casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. A maior quantidade de casos (3) ocorreu em 2018. Portanto, não se demonstra uma clara influência dos gastos com o desempenho nestes indicadores.
3. Em relação à cobertura vacinal, em 2014 foi atingida em 100% e em 2013 em 50%; nesse caso, quando os gastos foram maiores o resultado foi melhor, assim como quando houve redução do investimento, o mesmo se deu na cobertura vacinal. Apesar disso, em anos de estabilidade do percentual de recursos aplicados na saúde, também se apresentaram cobertura vacinal de 100% (2015) e de 50% (2016).
4. Em 2016 foi registrado um caso de AIDS em menores de 5 anos de idade, todavia, esse não foi um ano de variação do gasto com saúde.
5. A gravidez na adolescência teve seu menor resultado em 2015, com 11,02% das meninas de 10 a 19 anos grávidas. O maior percentual, 15,18%, ocorreu em 2013, que também foi o ano de menor aplicação financeira na saúde.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados demonstraram queda na mortalidade. O melhor desempenho foi em 2018, com 56 óbitos registrados. Em 2013 foram registradas 99 mortes. Portanto, observou-se uma redução acima dos 2% por ano preconizada pelo

Ministério da Saúde, como já citado nos comentários do gráfico 37, que analisou este indicador nos onze municípios selecionados.

Por fim, na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental, foram feitas as seguintes constatações:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em 60 dias não sofreu variação em relação ao gasto com saúde. Seu melhor desempenho foi de 2012 a 2014 e em 2016 com 100% dos casos encerrados. Situação semelhante foi do indicador proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, o pior desempenho se deu em 2017, com 89,29% de notificações com o campo “ocupação” preenchidas; já nos anos de 2012 e de 2014 a 2016 a meta foi cumprida em 100% das notificações.
2. Os seis grupos de ações de vigilância sanitária tiveram resultado zero nos anos de 2012 a 2014, recuperando o desempenho de 2015 a 2018. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi de 100% na maior parte do período estudado. Apenas em 2015 o resultado foi de 80%. Portanto, esses indicadores também não demonstraram variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros na saúde.
3. O número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue em 2013, ano de menor gasto na saúde, foi maior que em 2014, quando mais se gastou. Todavia, o melhor resultado do período se deu em 2015, com 5 ciclos atingindo mínimo de 80% de cobertura dos imóveis. A maior proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano se deu exatamente em 2014, quando mais recursos foram direcionados à saúde. Todavia, a menor proporção ocorreu em 2016.

Guaxupé não mostrou forte influência da aplicação de recursos na saúde no desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo. Foram poucos os indicadores que ou tiveram melhor desempenho em 2014 (ano de maior gasto) ou tiveram resultados inferiores em 2013 (ano de menor gasto).

5.3.3. Itajubá

Para avaliar os dados de Itajubá foi elaborada a tabela 6, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 6 – Indicadores de Itajubá.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	21,97	22,58	22,88	23,99	23,38	22,83	23,84
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	56,11	75,46	72,55	69,37	73,6	74,44	77,78
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	48,53	88,08	100	68,87	89,58	69,38	93,69
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	9,21	36,01	35,39	29,85	31,56	34,97	34,79
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,5	0,47	0,43	0,55	0,53	0,46	0,22
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,31	0,26	0,38	0,36	4,38	0,32	0,25
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	36,07	40,18	36,09	35,8	35,9	39,48	39,05
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	7	16	11	12	9	12	14
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	100	100	100	94,44
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	1	3	2	7	4
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	75	0	100	100	75	0	94,32
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	15,83	15,1	14,78	14,12	14,56	15,28	11,35
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	138	154	142	164	159	121	100
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	90,38	100	100	100	81,82	66,67	84,21
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	100	98,55	98,11	100	97,37	100	92,47
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	33,33	83,33	116,67	116,67	116,67	100	100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	-	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	0	1	0	4	1	66,66
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	27,63	23,03	0	91,56	93,8	104,79	106,69

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Itajubá os gastos com saúde foram maiores que 21% e menores que 24% dos recursos próprios municipais em todo o período estudado. Foi o município estudado que apresentou maior constância na aplicação de recursos financeiros na saúde, como já citado na seção 5.1 Gasto com Saúde. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo busca verificar se essa constância também se manteve nos resultados obtidos.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, verifica-se que essa pequena variação não está presente em nenhum dos três indicadores. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica oscilou de 56,11% em 2012 a 77,78% em 2018. Verificou-se um crescimento gradativo do indicador de 2015 a 2018. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família teve seu pior resultado em 2012 (48,53%) e o melhor desempenho em 2014 (100%). A cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica partiu de 9,21% em 2012 para 34,79 em 2018%, demonstrando crescimento durante o período estudado. Portanto, nesse primeiro grupo de indicadores, percebe-se que as ações foram intensificadas na melhoria do acesso sem aumentar o desembolso financeiro de recursos próprios.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. Os indicadores razão de exames citopatológicos e mamografia, prioritários para prevenção do câncer de colo de útero e de mama não foram constantes em seus desempenhos. A razão de exames citopatológicos foi de apenas 0,22 em 2018, mas chegou a ser de 0,55 em 2015. Em relação à mamografia de rastreamento, o menor

dado também foi verificado em 2018, com uma razão de 0,25 e o maior em 2016, com uma razão de 4,38, possivelmente buscando corrigir o desempenho dos anos anteriores.

2. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar ficou em 35% e 40% em todo o período estudado. A quantidade de óbitos maternos foi zero em todos os anos. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foi de 100% de 2012 a 2017 e de 94,44% em 2018. Nesses indicadores não se verificaram grandes variações.
3. A taxa de mortalidade infantil foi menor em 2012, com 7 registros e maior em 2013, com 16 mortes constatadas. Mais que o dobro que no ano anterior. Em relação à sífilis congênita, em 2012 e 2013 nenhum caso foi constatado, já em 2017 foram 7 e em 2018 4, demonstrando uma queda na qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto.
4. Outro indicador com grande variação no desempenho durante o período estudado, foi a cobertura vacinal: em 2013 e 2017 foi de 0%, já em 2014 e 2015 os resultados foram de 100%. Em situação oposta se apresentou o número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos. Nenhum caso foi registrado de 2012 a 2018.
5. A gravidez na adolescência não sofreu variações significativas de 2012 a 2017, entretanto em 2018 foi verificada uma significativa redução – aproximadamente 15% para aproximadamente 11%.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados foram bem diferentes durante o período estudado e não se observou a redução de 2% preconizada pelo Ministério da Saúde, como já citado nos comentários do gráfico 37, que analisou este indicador nos onze municípios selecionados.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação não apresentou resultados constantes. Seu melhor desempenho foi de 2013 a 2015 com 100% dos casos encerrados em 60 dias e 66,67% dos casos encerrados em 2017. Quanto ao indicador preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho as oscilações foram menores, mas ocorreram. Em 2012, 2015 e 2017 foram 100% de campos preenchidos enquanto em

2016 esse resultado foi de 81,26%

2. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária oscilaram de 33,33% em 2012 para 116,67 em 2014, 2015 e 2016. Ao contrário, para a cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes o desempenho foi constante em todos os anos cujos dados estavam disponíveis, com resultado de 100%.
3. O número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi de zero em 2013 e 2015. Em 2016 foram 4 ciclos que atingiram o mínimo de imóveis visitados e em 2018 o resultado foi de 66,66%. A mesma variação foi encontrada na análise da água para consumo humano. Em 2014 o resultado foi zero; em 2012 e 2013 os resultados foram próximos a 25% e de 2015 para 2018 se observou um crescimento de 91,56% para 106,69%.

Os dados apresentados por Itajubá não demonstraram que as alterações dos gastos com saúde tenham influenciado significativamente o desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo, pois os gastos foram constante e o desempenho nos indicadores foram bastante diferentes no período estudado.

5.3.4. Lavras

A tabela 7 foi elaborada para avaliar os dados de Lavras. Nela estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 7 – Indicadores de Lavras.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	29,11	28,69	34,8	34,7	33,61	31,56	33,26
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	77,23	83,29	69,67	80,27	83,15	80,77	84,46
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	76,78	68,29	59,15	61,42	67,27	51,59	57,61
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	75,78	68,61	65,09	75,73	92,92	100	100
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,71	0,66	0,27	0,19	0,49	0,5	0,2
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,31	0,34	0,05	0	0,08	0,31	0,31
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	32,42	34,4	32,66	36,12	33,92	32,37	31,95
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	1	1	1	1	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	25	17	17	12,2	10,77	16,79	9,03
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	97,22	91,43	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	4	3	7	3	6	9	2
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	50	100	100	0	25	0	78,69
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	13,1	12,53	12,54	13,78	10,62	11,22	8,66
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	122	141	169	370,89	355,79	269,84	239,07
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	100	100	88,89	95	33,33	50	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	97,73	98,36	100	100	97,14	85,9	98,72
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	33,33	50	66,67	50	100	100	83,33
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	-	-	100	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	4	1	4	0	33,33
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	7,12	23,04	32,32	39,48	41,25	68,33	38,49

Fonte: Elaborado pelo autor.

Lavras, na maior parte do período estudado, manteve seus gastos com saúde acima de 30%. No ano de 2013, houve o menor índice, de 28,69% e no ano de 2014 o maior: 34,8%, ou seja um crescimento de mais de seis pontos percentuais. Pretende-se analisar se no ano de 2013 o desempenho de Guaxupé nos indicadores do Pacto Interfederativo foi inferior ao de 2014, quando houve o maior investimento de recursos na saúde, ou até mesmo se foi inferior aos demais anos estudados. Da mesma forma, é necessário verificar se em 2014 os resultados nos indicadores foram melhores, uma vez que foram aplicados mais recursos financeiros.

Na avaliação do grupo 1 – Indicadores de Acesso, o indicador cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família apresentou seu menor resultado justamente em 2014, anos de mais gastos na saúde. A cobertura ficou em 69,67%. O melhor resultado foi verificado em 2018: 84,46%. Quanto à cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família o pior resultado foi em 2017, com 51,59% de acompanhamento e o melhor em 2012, com 76,78% de acompanhamento. Já a cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica foi menor justamente no ano de maior investimento financeiro (2014) e maior em 2017 e 2018, atingindo 100% de cobertura. Para esse indicador, foi verificado um crescimento gradativo de 2014 a 2018. Neste grupo composto de três indicadores, em dois deles, justamente em 2014, quando mais se investiu na saúde os resultados foram inferiores.

Na análise do segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, verificou-se que:

1. Na realização de exames citopatológicos e na razão de mamografias de rastreamento, em 2014, ano de maior gasto na saúde, os resultados foram bem inferiores aos demais anos, inclusive a 2013, quando foi apresentado a menor aplicação de recursos do período.
2. A proporção de parto normal não sofreu variações significativas no período estudado, estando sempre acima de 30%. Foram registrados óbitos maternos em quase todos os anos estudados (2013 a 2016). A taxa de mortalidade infantil foi maior em 2012, e menor em 2018. A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil atingiu 100% de 2012 a 2014, assim como em 2017 e 2018. Portanto, esses indicadores não demonstraram melhoria com o aumento da aplicação de recursos na saúde, nem retrocesso com a redução destes gastos.
3. Quanto aos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade em 2014 (maior gasto) foram 7 casos registrados, enquanto em 2013 (menor gasto) foram 3. Todavia, como esse indicador é sensível à qualidade do pré-natal, é possível que as ações de

2013 reflitam em 2014, considerando que os nove meses de gestação podem iniciar em um ano e terminar em outro.

4. A cobertura vacinal foi a mesma (100%) em 2013 e 2014, não sofrendo influência dos gastos com saúde. Nos demais anos o desempenho variou de zero a 78,69% de cobertura. Não foi registrado nenhum caso de AIDS em menores de 5 anos de idade, durante o período estudado. A gravidez na adolescência teve seu menor resultado em 2018, com 8,66 das meninas de 10 a 19 anos grávidas. O maior percentual, 13,78%, ocorreu em 2015.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados foram bem na contramão da redução de 2% preconizada pelo Ministério da Saúde. O maior dado foi verificado em 2015, com uma taxa de 370,89 e o menor, 122 ocorreu em 2012. Também neste grupo não se demonstrou que o aumento do gasto na saúde tenha garantido melhor desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo.

Por fim, na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental, foram feitas as seguintes constatações:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em 60 dias foi menor em 2014 (quando os gastos foram maiores) do que em 2013 (em que os gastos foram menores). Entretanto, o pior desempenho foi em 2017, com 50% dos casos encerrados. O contrário se observou no indicador proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, pois em 2013 foram 98,36% de preenchimento e em 2014 foi atingida a meta de 100%. O pior desempenho foi em 2017, com um resultado de 85,9%.
2. Os seis grupos de ações de vigilância sanitária tiveram um crescimento de 2012 a 2017. Embora em 2014 o resultado seja melhor que o de 2013, não fica evidente a relação com mais recursos aplicados na saúde, pois de 2015 em diante continuou sendo observada uma melhoria do desempenho.
3. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi de 100% em todo o período estudado. O número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da foi o mesmo em 2013 e 2014. Portanto, nestes indicadores também não se observou variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros na saúde.
4. Em 2014 (maior gasto na saúde) houve crescimento na proporção de análises

realizadas em amostras de água para o consumo humano em relação a 2013 (menor gasto), entretanto verifica-se uma melhoria gradativa no desempenho até o ano de 2017.

Em Lavras dois indicadores do grupo de acesso e três do grupo saúde da mulher e da criança apresentaram em 2014 (ano de maior gasto) seus piores resultados dentre todo o período estudado. Na avaliação da maior parte dos indicadores o desempenho foi indiferente aos recursos financeiros aplicados.

5.3.5. Passos

Para avaliar os dados de Passos foi elaborada a tabela 8, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 8 – Indicadores de Passos.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	18,05	23,03	28,05	26,54	26,96	23,96	25,67
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	64,94	65,93	71,55	74,46	75,21	77,13	84,4
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	85,35	96,99	100	99,86	99,85	81,68	47,41
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	0	0	0	0	0	0	39,32
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,71	0,61	0,71	0,53	0,65	0,65	0,22
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,47	0,63	0,8	0,75	0,12	0,25	0,32
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	55,69	51,44	49,23	49,11	49,72	53,79	53,57
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	1	0	1	0	0	1

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taxa de Mortalidade Infantil	8,46	7,2	14,19	13,4	12,01	9,67	8,16
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	100	86,84	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	5	3	3	17	8	2	10
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	75	100	100	25	75	0	80,58
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	15,23	15,71	15,68	14,67	14,12	17,49	11,92
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	351,55	302,99	336,01	322,42	310,14	295,79	256,38
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	92,86	95,24	96,3	100	100	100	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	96,5	96,52	95,86	95	98,86	86,44	88,96
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	83,33	83,33	66,67	83,33	66,67	83,33	66,67
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	66,67	90	90,91	100	87,5	88,89	88,89
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	3	2	5	2	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	17,03	21,12	0	37,38	41,2	54,22	60,62

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Passos os gastos com saúde foram maiores que 18% e menores que 29% dos recursos próprios municipais em todo o período estudado. Sua maior aplicação se deu em 2014, gastando 28,05% dos recursos próprios na saúde e o menor investimento foi em 2012, quando esse percentual foi de 18,05%. Uma variação de 10 pontos percentuais entre o maior e menor dado. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo busca verificar se

o aumento ou diminuição dos gastos interferiram no desempenho do município nos indicadores de saúde do Pacto Interfederativo.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica cresceu gradativamente em todo o período estudado, partindo de 64,94% em 2012 para 84,4% em 2018. Embora 2012 tenha o menor dado, não é possível afirmar, pelo comportamento dos índices, que tenha sido devido ao menor gasto na saúde. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família teve seu pior resultado em 2018 (47,41%) e o melhor desempenho em 2014 (100%), quando mais recursos foram aplicados na saúde; entretanto nos anos de 2013, 2015 e 2016 os resultados também foram bem próximos a 100%, não deixando claro que em 2014 o resultado seja apenas decorrente de aplicação financeira. Passos tinha cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica zero de 2012 a 2017. Somente em 2018 se verificou a oferta deste serviço, atingindo uma cobertura de 39,32% da população. Portanto, nesse primeiro grupo de indicadores, não se pode concluir que o aumento no gasto com saúde tenha sido responsável por melhor desempenho dos indicadores de saúde.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. A razão de exames citopatológicos é a mesma em 2012 (quando menos se gastou) e em 2014 (quando as aplicações financeiras foram maiores): 0,71. É o melhor resultado do período, o menor, 0,22 ocorreu em 2018. Em relação à mamografia de rastreamento, o menor dado foi verificado em 2016, com uma razão de 0,12 e o maior em 2015, com uma razão de 0,8.
2. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar foi maior justamente no ano de menor gasto, 2012. Foram 55,69% dos partos. A menor incidência foi em 2015, com 49,11%; em 2014 o resultado foi semelhante, 49,23% dos partos. A quantidade de óbitos maternos oscilou entre o período estudado, entre zero e um. Foram constatados óbitos maternos em 2013, 2015 e 2018. A taxa de mortalidade infantil em 2014 (ano de maior gasto) foi a maior dentre o período estudado, atingindo a marca de 14,19. O melhor resultado, taxa de 7,2, ocorreu em 2013; em 2012 foi o terceiro melhor resultado: 8,46. Portanto, na mortalidade infantil o aumento dos gastos não foi suficiente para impedir o pior resultado do período.
3. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foi de 100% de em todos os anos, exceto 2016, quando apenas 86,84% foram investigados. Em relação à sífilis congênita, a menor incidência foi em 2017 (2 casos) e a maior em 2015 (17

casos), demonstrando em 2015 uma queda na qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto. Outro indicador com grande variação no desempenho durante o período estudado, foi a cobertura vacinal: em 2017 foi de 0%, já em 2013 e 2014 os resultados foram de 100%. Esses dados não demonstram que o aumento de gastos tenha melhorado o desempenho dos indicadores de saúde.

4. Não foram registrados novos casos de AIDS em menores de cinco anos. A gravidez na adolescência foi mais frequente em 2017, com uma taxa de 17,49%, já no ano de 2018, teve o menor registro do período: 11,92%. Nos anos de 2012 e 2014 (menor e maior gasto, respectivamente) os dados foram semelhantes, próximos a 15%.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Este indicador vem apresentando um avanço gradativo ao longo dos anos, com redução da mortalidade. Em 2012 a taxa foi de 351,55 e em 2018 de 256,38. Entretanto, como foi uma tendência ao longo do período, não se pode afirmar que em 2012 a mortalidade prematura foi maior em decorrência do menor gasto com saúde.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. Na proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação foi verificado um progresso de 2012 a 2018, partindo de 92,86% e já atingindo 100% a partir de 2015. Já o indicador preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho demonstrou oscilações durante o período, em 2016 foram 86,44% de campos preenchidos e o melhor resultado ocorreu em 2016, com um índice de 98,86%; desta forma não se verificou influência de aplicação financeira nestes indicadores.
2. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária não atingiu 100% em nenhum momento. Variou de 66,67% a 83,33% durante o período estudado. 2012 (menor gasto) está entre os anos de melhor desempenho e 2014 (maior gasto) entre os anos de pior desempenho. Ao contrário, para a cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes o desempenho em 2012 foi inferior aos demais anos, com apenas 66,67% de cura. Nos demais anos, os resultados foram de 88,89% a 100% em 2015.
3. O número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi de 5 em 2016 e de zero em 2018. Para 2012 os

dados não estavam disponíveis, portanto não foi possível identificar se os gastos interferiram no desempenho. Em 2014 não houve destaque positivo.

4. Quanto à análise da água para consumo humano. Em 2014 o resultado foi zero; e o melhor índice, 60,62 % ocorreu em 2018.

Com os dados apresentados por Passos não se verificou que em 2014, quando mais se aplicaram recursos próprios na saúde, o desempenho dos indicadores do Pacto Interfederativo tenha sido superior a 2012 ou os demais anos pesquisados.

5.3.6. Poços de Caldas

A tabela 9 foi elaborada para avaliar os dados de Poços de Caldas. Nela estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 9 – Indicadores de Poços de Caldas.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	26,76	32,82	29,61	27,02	26,45	31,02	29,57
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	72,11	71,84	78,44	81,85	79,04	85,86	87,61
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	56,5	68,54	84,87	86,78	87,11	80,91	65,07
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	21,17	22,46	24,69	24,94	30,24	36,93	37,57
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,56	0,47	0,51	0,4	0,43	0,45	0,12
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,42	0,42	0,39	0,44	0,05	0,28	0,33
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	30,85	27,66	29,48	30,54	31,91	33,94	32,42
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	1	3	1	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	6,94	11,17	7,43	9,68	5,34	10,29	8,86

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	98,11	100	77,08	100	95,45	96,67
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	10	2	3	3	9	6	7
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	0	50	100	0	0	0	69,25
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	13,04	13,66	13,67	11,71	12,35	13,71	11,78
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	323,23	386,3	353,45	353,45	276,32	297,85	302,21
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	100	100	84,21	100	96,43	84,12	78,95
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	100	100	100	99,75	100	99,33	99,37
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	116,67	116,67	116,67	116,67	116,67	100	100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	100	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	3	0	3	0	66,66
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	49,46	46,65	0	67,95	91,19	100,44	100,96

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Poços de Caldas os gastos com saúde foram maiores em 2013, com 32,82% das receitas próprias direcionadas à saúde, assim como foram menores em 2016, atingido 26,45% de recursos próprios aplicados na saúde. Uma variação próxima a 6 pontos percentuais entre o maior e menor dado. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo busca verificar se o aumento ou diminuição dos gastos interferiram no desempenho do município nos indicadores de saúde do Pacto Interfederativo.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica a menor cobertura (71,84%) se deu

no ano de maior gasto: 2013, já a maior cobertura (87,61%) ocorreu em 2018. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família teve seu pior resultado em 2012 (56,5%) e o melhor desempenho em 2016 (87,11%), quando menos recursos foram aplicados na saúde. A cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica cresceu gradativamente de 2012 (21,17%) a 2018 (37,57%). Portanto, nesse primeiro grupo de indicadores, não se verificou que maiores aplicações financeiras proporcionem melhor desempenho nos indicadores.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. A razão de exames citopatológicos foi menor em 2018 (0,12) e maior em 2012 (0,56). Em relação à mamografia de rastreamento, o menor dado foi verificado em 2016, com uma razão de 0,05 e o maior em 2015, com uma razão de 0,44. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar foi semelhante na maior parte do tempo, observando-se um ligeiro aumento nos anos de 2017 e 2018. A quantidade de óbitos maternos oscilou entre o período estudado, entre zero e três. Não foram constatados óbitos maternos de 2016 a 2018, entretanto foram 3 registros em 2014.
2. A taxa de mortalidade infantil apresentou seu melhor resultado (5,34) justamente em 2016, ano de menor gasto com saúde. Em 2013, quando os gastos foram maiores, também se constatou o pior resultado: 11,17. Dessa forma, se verificou uma situação contraditória entre gasto e desempenho.
3. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foi de 95 a 100% na maior parte do período estudado, exceto em 2015, quando apenas 77,08% foram investigados. Em relação à sífilis congênita, a menor incidência foi em 2013 (2 casos) e a maior em 2012 (10 casos), é possível que o aumento de recursos financeiros tenham colaborado com a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto.

4. Outro indicador com grande variação no desempenho durante o período estudado, foi a cobertura vacinal: em 2012, e de 2015 a 2017 foi de 0%, já em 2014 a meta de 100% foi atingida. Em 2013 o resultado foi de 50% e em 2018 de 69,25%. Não foram registrados novos casos de AIDS em menores de cinco anos. A gravidez na adolescência não sofreu grandes variações durante os anos pesquisados, todavia foi mais frequente em 2014, com uma taxa de 13,67%, já no ano de 2015, teve o menor registro do período: 11,71%. Sugere-se que as variações de desempenho não foram decorrentes da aplicação financeira.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não

Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Não foi observada a redução gradativa desejada pelo Ministério da Saúde. Os percentuais variaram durante os anos. Em 2016, ano de menor gasto na saúde, verificou-se o melhor resultado: 276,32%; já em 2013, quando os gastos foram maiores também foi registrada a maior taxa de mortalidade prematura: 386,13%. A análise do grupo três demonstra que houve uma contradição entre desempenho e gasto. Quando se aplicaram mais recursos na saúde obteve-se o pior desempenho, assim como quando menores foram as aplicações financeiras, chegou-se ao melhor resultado verificado no período.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. Na proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação, os melhores resultados (100%) foram encontrados em 2012, 2013 e 2015, enquanto o menor resultado (78,95%) se deu em 2018. Já o indicador preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho atingiu 100% da meta de 2012 a 2014 e em 2016, e nos demais anos os resultados chegaram muito próximos a 100%. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária foi sempre igual ou superior a 100%; assim como a cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes. Desta forma não se verificou influência de aplicação financeira nestes indicadores.
2. O número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi zero em 2015 e 2017. Já em 2013 (ano de maior gasto) apresentou o maior número absoluto de ciclos: quatro.
3. Quanto à análise da água para consumo humano. Em 2014 o resultado foi zero; e o melhor índice, 100,96 % ocorreu em 2018.

Os dados apresentados por Poços de Caldas não demonstraram forte relação de gastos com saúde e desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo, pois não se verificou que em 2013, quando mais se aplicaram recursos próprios na saúde, o desempenho na maioria dos indicadores tenha sido superior ao de 2016 (ano de menor investimento) ou os demais anos pesquisados.

5.3.7. Pouso Alegre

Para avaliar os dados de Pouso Alegre foi elaborada a tabela 10, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto

Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 10 – Indicadores de Pouso Alegre.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	17,67	19,53	19,82	19,21	16,39	16,51	18,1
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	66,64	70,9	73,85	70,78	72,56	75,45	80,03
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	71,71	55,51	60,34	55,92	47,36	48,74	66,15
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	23,22	22,35	21,39	21,12	20,38	20,14	38,18
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,52	0,54	0,5	0,57	0,45	0,38	0,14
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,23	0,4	0,59	0,54	0,45	0,46	0,43
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	34,91	32,87	34,68	37,56	32,43	32,2	31,03
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	2	1	0	0	0	0	1
Taxa de Mortalidade Infantil	15,8	10,07	12,18	13,31	15,42	8,34	6,07
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	100	92,16	100	96,67
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	2	6	9	19	13	15	20
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	25	100	100	0	0	0	88,29
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	16,46	15,06	15,53	13,76	13,6	15,74	9,26
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	302,41	286,74	305,55	313,38	292,34	245,96	235,04

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	95,65	95,59	92,59	96,67	70	100	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	97,81	98,5	94,37	100	99,55	83,85	83,85
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	116,67	116,67	116,67	116,67	116,67	100	83,33
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	100	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	0	0	0	2	1	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	50,12	50,96	51,09	147,83	111,93	104,66	102,27

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pouso Alegre foi a cidade que apresentou o menor percentual de gastos com saúde em comparação com os demais municípios selecionados, como já citado na seção 5.1. Gasto com saúde. Sua menor aplicação de recursos próprios na saúde (16,39%) ocorreu em 2016, enquanto a maior (19,82%) se deu em 2014. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo busca verificar se o desempenho nos indicadores de saúde foram prejudicados com a aplicação pouco acima dos 15% exigidos na Legislação.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, verifica-se que o desempenho não se mostrou inferior ao dos municípios analisados anteriormente. A cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica progrediu de 66,64% em 2012 para 80,03% em 2018. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família sofreu variações, apresentado seu pior resultado em 2016 (47,36%) e o melhor desempenho em 2012 (71,71%); 2016 também foi o ano de menor aplicação de recursos próprios na saúde. A cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica ficou pouco acima de 20% de 2012 a 2017, demonstrando um salto para 38,18% em 2018. Portanto, nesse primeiro grupo de indicadores, percebe-se que as ações foram intensificadas na melhoria do acesso sem necessariamente aumentar o desembolso financeiro de recursos próprios.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. Os indicadores razão de exames citopatológicos e mamografia, prioritários para prevenção do câncer de colo de útero e de mama não foram constantes em seus

desempenhos. A razão de exames citopatológicos foi próxima a 0,5 de 2012 a 2015, posteriormente caindo a cada ano e atingindo 0,14 em 2018. Em relação à mamografia de rastreamento, o menor dado (0,23) foi verificado em 2012, e o maior em 2014, com uma razão de 0,59.

2. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar ficou entre 31,03% e 37,56%, tendo sido o menor percentual registrado em 2018 e o maior em 2015. A quantidade de óbitos maternos variou de zero a 2. De 2014 a 2017 não foram registrados óbitos maternos, entretanto em 2012 ocorreram 2 óbitos. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foi de 100% na maior parte do período, exceto em 2016 (92,16) e em 2018 (96,67).
3. A taxa de mortalidade infantil foi menor em 2018, atingindo 6,07 e maior em 2012, com um índice de 15,8. Em relação à sífilis congênita, ocorreu o inverso, o menor dado registrado em 2012, com 2 casos e o maior em 2018, chegando a 20 casos, dez vezes mais que em 2012. Infere-se uma queda na qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada tanto na gestação como no parto. É possível que a baixa aplicação de recursos, em comparação com os demais municípios esteja colaborando para o enfraquecimento da atenção básica.
4. Outro indicador com grande variação no desempenho durante o período estudado, foi a cobertura vacinal: de 2015 a 2017 foi de 0%, já em 2013 e 2014 os resultados foram de 100%. Não foi registrado nenhum caso novo de AIDS em menores de cinco anos.
5. A gravidez na adolescência teve seu menor percentual (9,26) em 2018, e o maior em 2012 (16,46).

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados foram bem diferentes durante o período estudado e não se observando a redução de 2% preconizada pelo Ministério da Saúde, como já citado nos comentários do gráfico 37, que analisou este indicador nos onze municípios selecionados. O pior desempenho foi em 2015, com uma taxa de 313,38 e o melhor desempenho em 2018, sendo a mesma taxa de 235,04. Assim como o indicador da sífilis em menores de um ano, este também pode apresentar uma hipótese de enfraquecimento da atenção básica.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60

dias após a notificação não apresentou resultados constantes, mas variou entre 90 e 100%, exceto em 2016, quando apenas 70% da meta foi atingida. De maneira semelhante se comportou o indicador preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, em que os resultados também variaram de 90 a 100%, exceto em 2017 e 2018, cujos resultados foram 83,85% nos dois anos.

2. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária demonstrou um ótimo desempenho, ficando na maior parte do tempo com um resultado igual ou maior a 100%, exceto em 2018, em que se registrou 83,33%, mas não é necessariamente um resultado ruim se comparado aos demais municípios.
3. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes o desempenho foi constante em todos os anos com resultado de 100%.
4. O número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi de zero na maior parte do tempo. Em 2016 foram 2 ciclos que atingiram o mínimo de imóveis visitados e em 2017 apenas 1 ciclo. Já a análise da água para consumo humano mostrou melhores resultados, chegando a ultrapassar 100% de 2015 a 2018 e ficando próximo a 50% de 2012 a 2014

Embora Pouso Alegre tenha se destacado pela menor aplicação de recursos na saúde, em relação aos outros dez municípios, os dados obtidos referentes ao desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo, não permitem concluir que faltaram recursos na saúde. Entretanto pairou uma dúvida sobre a qualidade da assistência da atenção básica, embora o acesso seja semelhante ou superior ao de outros municípios verificados até o momento. Essa dúvida se deve principalmente, ao desempenho nos indicadores de sífilis congênita em menores de um ano e da mortalidade prematura pelo conjunto das principais DCNT, como já exposto anteriormente.

5.3.8. São Sebastião do Paraíso

A tabela 11 foi elaborada para avaliar os dados de São Sebastião do Paraíso. Nela estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 11 – Indicadores de São Sebastião do Paraíso

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	22,02	29,13	43,36	42,98	35,82	28,42	29,34
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	95,41	100	100	100	100	100	99,74
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	52,76	99,45	100	99,38	97,23	87,93	70,75
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	64,82	65,02	62,61	66,47	65,97	63,37	66,35
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,83	0,81	0,65	0,71	0,59	0,67	0,17
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,49	0,52	0,69	0,5	0,06	0,66	0,49
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	48,69	46,24	50,23	51,24	48,05	45,13	47,46
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	9	10	14	9	5	5	12
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	100	90,48	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	2	1	2	8	1	5	2
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	75	25	100	100	100	0	96,1
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	17,17	13,77	17,92	14,05	17,64	16,24	14,45
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	103	86	92	95	85	87	69
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	89,29	96,88	81,25	95	-	100	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	79,63	70,89	96,7	100	100	98,44	96,15
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	66,67	66,67	100	100	116,67	100	100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	83,33	71,43	100	100	100	66,67	66,67
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	1	2	0	1	0	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	7,99	9,9	22,24	15,44	13,23	17,65	19,85

Fonte: Elaborado pelo autor.

São Sebastião do Paraíso, como já mencionado na introdução e em métodos desta pesquisa, foi o ponto de partida para o estudo, pois sua variação na aplicação de recursos próprios foi grande, superando a marca de 40% em dois anos consecutivos: 2014 e 2015. Este feito não foi repetido por nenhum dos municípios selecionados. Em 2014 foi apresentado o maior gasto na saúde: 43,36% dos recursos próprios, em 2015 o índice também foi bem elevado, 42,98%; o menor gasto foi verificado em 2012: um percentual de 22,02%, quase metade do percentual de 2014.

No primeiro grupo de indicadores, em que o acesso é avaliado, verifica-se que a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família não sofreu interferência das aplicações financeiras, pois foi sempre entre 95 e 100%. Em relação à cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família, em 2014 e 2015, anos em que os gastos com saúde foram mais elevados, também foram mais altos os resultados na cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, assim como em 2012 (ano de menor gasto) foi verificado o menor índice: 52,76%. Neste indicador ficou sugerida uma influência do gasto no desempenho. Já a cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Básica também não sofreu a mesma variação das aplicações de recursos financeiros, pois esteve sempre próxima a 65%.

Avaliando o grupo 2 – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. A avaliação, referente à prevenção do câncer de colo de útero através dos exames citopatológicos na população preconizada, demonstrou que o desempenho do município foi melhor em 2012 (quando menos se gastou), do que em 2014 e 2015

(anos de maiores gastos). Em 2012 a razão foi de 0,83, em 2014 foi de 0,65 e em 2015 foi de 0,71. O inverso ocorreu na avaliação da razão de mamografia de rastreamento: o resultado quando mais se investiu na saúde (2014) foi de 0,69, o maior de todo o período pesquisado e em 2012, quando os investimentos foram menores, a razão alcançada foi de 0,49, entretanto o pior resultado do período (0,06) se deu em 2016.

2. Em relação ao percentual de parto a variação do período ficou entre 45,13% em 2017 e 51,24 em 2015. Em 2014 o resultado também foi acima de 50%. Neste indicador se observa um progresso quando foram aplicados mais recursos financeiros.
3. Não foram registrados óbitos maternos e nem novos casos de AIDS em menores de 5 anos de idade. A mortalidade infantil foi menor em 2016 e 2017, registrando cinco casos em cada ano e foi maior em 2014, justamente no ano de maior gasto na saúde; foram registradas 14 mortes, quase o triplo do menor dado. Neste caso, sugere-se que o aumento de recursos não foi direcionado à melhoria da atenção básica. Essa impressão é reforçada ao se avaliar o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. O pico, 8 casos registrados, se deu justamente em 2015, quando os gastos também foram elevados. Em 2013 e 2016 foi registrado um caso em cada ano.
4. A proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados não sofreu variação significativa no período pesquisado. A meta de 100% foi atingida em todos os anos, exceto em 2016, quando este resultado foi de 90,48%. A cobertura vacinal preconizada para as crianças de até dois anos de idade também foi inconstante no período estudado, ainda que apresentou bons resultados na maior parte do tempo, em que os resultados foram de 96 a 100%. Apenas em 2017 o resultado foi zero e em 2016 foi de 25%. Portanto, não se afirma que os gastos maiores tenham garantido melhor desempenho nestes indicadores.
5. A gravidez na adolescência variou de 13,77% em 2013 para 17,92% em 2014, quando foram investidos mais recursos na saúde.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados foram decrescentes durante o período estudado observando-se a redução pretendida pelo Ministério da Saúde, como já citado nos comentários do gráfico 37, que analisou este indicador nos onze municípios selecionados. Em 2012 foram 103 casos registrados e em 2018 foram 69 casos.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância

em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação não clara influência do gasto com saúde. Em 2012, quando menos se gastou, o resultado foi de 89,29% e em 2014, ano de mais investimentos financeiros, foi obtido um índice de 81,25%. Em 2017 e 2018 a meta foi 100% atingida. O mesmo ocorreu com a proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho foi de 100% em 2015 e 2015, e teve seu menor percentual (70,89%) em 2013.
2. O desempenho no percentual de municípios que realizam seis ou mais ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios foi de 100% em 2014 e 2015 (quando mais recursos foram aplicados na saúde), mas também em 2017 e 2018. O pior resultado (66,67%) se deu em 2012 e foi repetido em 2013. Desta forma, verifica-se em 2012 um resultado inferior ao de 2014, todavia, não é possível atribuí-lo ao gasto, pois essas marcas se repetem em outros anos.
3. A proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi de 100% de 2014 a 2016 e de 66,67% de 2017 a 2018. O número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue variou de zero, em 2015, 2017 e 2018, para 2, em 2014. Para 2012 não foram apresentados dados.
4. O indicador que mede a proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano demonstrou relação com os gastos na saúde. Em 2012, quando menos se investiu, foi apresentado o menor resultado, 7,99%. Já em 2014, quando os gastos foram maiores, foi alcançado o maior índice, de 22,24%.

Por fim, ao verificar o gasto com saúde e o desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo, São Sebastião do Paraíso apresentou resultados diversos, nem sempre na mesma linha dos recursos aplicados na saúde. Verifica-se tanto nesta seção, quanto nas análises dos gráficos de cada indicador, que além de gastar mais, São Sebastião do Paraíso foi destaque positivo em oito indicadores, dos vinte estudados. Foram eles: cobertura populacional de Saúde da Família, acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, cobertura de saúde bucal na Atenção Básica, razão de exames citopatológicos, proporção de parto normal, número de óbitos maternos, cobertura vacinal e mortalidade prematura.

5.3.9. Três Corações

Para avaliar os dados de Três Corações foi elaborada a tabela 12, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 12 – Indicadores de Três Corações.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	22,69	21,2	31,01	30,61	28,02	22,51	34,68
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	86,31	83,63	78,58	85,73	79,52	81,62	80,81
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	70,25	81,9	88,86	69,18	98,1	92,1	65,9
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	43,24	44,46	42,81	42,36	58,33	57,92	100
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,78	0,76	0,73	0,95	0,47	0,38	0,16
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,4	0,49	0,3	0,01	1,98	0,06	0,52
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	40,67	43,04	40,27	41,92	37,33	39,1	38,2
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	1	0	0	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	19	13	19	10	11	16	11
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	92,59	89,29	96,97	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	0	0	0	1	0	2	1
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	50	100	0	0	25	0	88,26
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	15,81	19,52	16,23	18,45	14,62	17,83	12,6

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	129	117	107	104	130	134	94
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	68,42	78,57	87,5	90,91	91,67	-	50
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	89,66	100	97,14	100	100	90	94,95
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	16,67	66,67	100	83,33	83,33	50	0
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	75	100	83,33	100	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	4	6	5	0	66,66
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	13,17	17,89	22,09	28,21	41,06	56,8	43,98

Fonte: Elaborado pelo autor.

Três Corações apresentou grande variação nos gastos com saúde em comparação com os demais municípios selecionados, como já citado na seção 5.1. Gasto com saúde. Sua menor aplicação de recursos próprios na saúde (21,2%) ocorreu em 2013, enquanto a maior (34,68%) se deu em 2018. Dessa forma, a leitura dos indicadores do Pacto Interfederativo busca verificar se o desempenho nos indicadores de saúde também sofreram variações, bem como se quando se aplicaram mais recursos financeiros foram obtidos os melhores resultados, assim como se o inverso ocorreu ao investir menos na saúde.

No primeiro grupo de indicadores, nos quais o acesso é avaliado, verifica-se que a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica progrediu; foi maior em 2013 (quando menos se gastou) do que em 2018 (quando os gastos foram maiores); embora a variação não seja tão alta. O acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família sofreu variações, apresentado seu pior resultado (65,9%) justamente em 2018 quando os gastos foram maiores e o melhor desempenho (98,1%) em 2016. A cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica progrediu de 2012 a 2018, demonstrando um salto de 43,24% para 100%. Em 2013 não se constatou o pior resultado, mas em 2018 foi verificado o melhor.

Ao analisar o segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, constata-se que:

1. Os indicadores razão de exames citopatológicos e mamografia, prioritários para prevenção do câncer de colo de útero e de mama não foram constantes em seus desempenhos. A razão de exames citopatológicos foi menor em 2018 (maior gasto), com um resultado de 0,16; enquanto o melhor desempenho (0,95) foi em 2015. Em relação à mamografia de rastreamento, o menor dado (0,01) foi verificado em 2015, e o maior (1,98) em 2016, possivelmente buscando recuperar o desempenho ruim do ano anterior.
2. A proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar ficou entre 37,33%, em 2016 e 43,04%, em 2013. A quantidade de óbitos maternos foi zero de 2014 a 2018, mas foi registrado um caso em 2012 e um em 2013. A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) foi de 100% em 2012, 2013, 2017 e 2018. O menor percentual, 92,59% foi verificado em 2014.
3. A taxa de mortalidade infantil foi menor em 2015, com 10 casos registrados, as maiores ocorrências foram em 2012 e 2014, registrando 19 casos em cada ano, quase o dobro de 2015. Em relação à sífilis congênita, 2 casos foram registrados em 2017 e nos anos de 2012 a 2014 e 2016 nenhum caso foi diagnosticado.
4. Outro indicador com grande variação no desempenho durante o período estudado, foi a cobertura vacinal: de 2012 a 2014, assim como em 2016 esta cobertura foi de 0%, já em 2013, quando houve a menor aplicação de recursos, o resultado foi de 100% e em 2018 de 88,26%. Não foi registrado nenhum caso novo de AIDS em menores de cinco anos.
5. A gravidez na adolescência teve seu menor percentual (12,6) em 2018, e o maior em 2013 (19,52). Neste indicador foi verificado o melhor resultado quando foram aplicados mais recursos financeiros na saúde e o pior quando houve queda nesta aplicação.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados foram bem diferentes durante o período estudado e não se observando a redução de 2% preconizada pelo Ministério da Saúde. O pior desempenho foi em 2017, com 134 óbitos e o melhor em 2018, sendo registrados 94 óbitos.

Na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental – verifica-se que:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação não apresentou resultados constantes, mas variou entre 50% em 2018, quando os gastos foram maiores para 91,67% em 2016. Já o indicador preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, apresentou resultados próximos de 90 a 100%.
2. A realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária demonstrou uma grande variação. Em 2018 (ano de maior gasto) o resultado foi zero enquanto o melhor desempenho foi observado em 2014, cumprindo a meta de 100%. Assim também ocorreu com a proporção de cura dos casos novos de hanseníase identificados nos anos das coortes, o resultado mais satisfatório (100%) se deu em 2014 e de 2016 a 2018 enquanto em 2013 foi verificado o pior resultado (75%).
3. O número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi de zero em 2017, enquanto em 2015 foram 6 ciclos que atingiram o mínimo de imóveis visitados.
4. A análise da água para consumo humano variou de 13,17% em 2012 para 56,8% em 2017.

Os dados apresentados por Três Corações não demonstraram evidências de que os gastos com saúde tenham sido responsáveis pelo seu desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo. Todavia os resultados obtidos nestes indicadores apresentam inconstância semelhante à observada nos gastos com saúde.

5.3.10. Três Pontas

Na tabela 13 estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, do município de Três Pontas, separados por grupos.

Tabela 13 – Indicadores de Três Pontas.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	29,86	36,81	34,41	33,73	32,77	35,15	32,6
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	31,07	64,1	49,95	55,9	56,7	66,51	58,11

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	55,48	69,09	74,91	72,76	73,63	71,17	62,08
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	29,68	28,18	29,92	5,32	5,3	5,27	43,35
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,46	0,62	0,58	0,62	0,51	0,55	0,23
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,28	0,28	0,39	0,45	1,29	0,12	0,16
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	37,37	29,17	29,73	29,15	21,77	26,74	31,49
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	1	0	0	0	2	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	5	10	13	6	6	7	15
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	100	100	100	95,83	94,12	100	100
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1	0	0	0	3	1	6
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	0	100	0	0	25	0	105,02
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	18,43	19,46	16,71	13,43	15,22	15,61	14,79
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	97	102	71	98	81	100	82
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	68,42	85,19	95,71	78,95	52,94	100	100
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	100	100	100	100	98,21	97,3	100
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	66,67	100	66,67	83,33	83,33	83,33	50
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	100	100	-	-

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	4	1	0	0	0	0
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	26,44	25,09	36,98	23,65	47,89	81,77	46,68

Fonte: Elaborado pelo autor.

Três Pontas, na maior parte do período estudado, manteve seus gastos com saúde acima de 30%. No ano de 2012, houve o menor índice, de 29,86% e no ano de 2013 o maior: 36,81%, ou seja um crescimento de quase sete pontos percentuais. Pretende-se analisar se no ano de 2013 o desempenho de Três Pontas nos indicadores do Pacto Interfederativo foi superior aos demais anos, quando houve o maior investimento de recursos na saúde, assim como se em 2012 os resultados nos indicadores foram inferiores em decorrência de uma aplicação menor de recursos financeiros.

Na avaliação do grupo 1 – Indicadores de Acesso, o indicador cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família apresentou um progresso de 2012 (31,07%) para 2017 (66,51%). Quanto à cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família o pior resultado foi em 2012, com 55,48% de acompanhamento e o melhor em 2014, com 74,91% de acompanhamento. Já a cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica foi bem baixa, em torno de 5%, nos anos de 2015 a 2017; o melhor resultado (43,35%) foi apresentado em 2018. Não se verificou relação entre aplicação de recursos financeiros e desempenho neste grupo.

Na análise do segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, verificou-se que:

1. Na realização de exames citopatológicos e na razão de mamografias de rastreamento, em 2018 foi apresentado o menor dado, 0,23, enquanto o melhor desempenho, 0,62 se deu em 2013 (ano de maior gasto) e em 2015. Quanto à mamografia de rastreamento, o resultado mais baixo foi em 2017, com uma razão de 0,12; e o mais elevado (1,29) em 2016.
2. A proporção de parto normal sofreu variações significativas no período estudado, alcançando a maior marca em 2012 (ano de menor gasto), com um percentual de 37,37% e a menor (21,77%) em 2016. Foram registrados óbitos maternos em apenas dois anos: 2012 – uma morte e 2016 – duas mortes. A taxa de mortalidade infantil foi menor em 2012 (ano de menor gasto), com 5 casos registrados, e maior em 2018, com

15 casos registrados, o triplo de 2012. A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil atingiu 100% na maior parte do período, e quando a meta não foi alcançada, os resultados ficaram próximos a 95%.

3. Quanto aos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, de 2013 a 2015 nenhum caso foi registrado; entretanto, em 2018 foram 6 casos registrados, demonstrando uma queda na qualidade do pré-natal neste quesito.
4. A cobertura vacinal foi zero na maior parte do tempo, exceto em 2013 e 2018, quando alcançou e superou os 100% de cobertura. Não foi registrado nenhum caso de AIDS em menores de 5 anos de idade, durante o período estudado. A gravidez na adolescência teve seu menor resultado em 2015, com 13,43 das meninas de 10 a 19 anos grávidas. O maior percentual, 19,46%, ocorreu em 2013.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Os resultados oscilaram durante o período. O maior dado foi verificado em 2013 (ano de maior aplicação de recursos na saúde), com 102 óbitos registrados e o menor, 71 ocorreu em 2014.

Por fim, na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental, foram feitas as seguintes constatações:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em 60 dias foi menor em 2016 (52,94%) e maior (100%) em 2017 e 2018. No indicador proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, o desempenho foi semelhante nos anos estudados, ficando na maior parte deles com 100% da meta atingida, ou próximo a esta marca.
2. Os seis grupos de ações de vigilância sanitária tiveram um desempenho variável de 50 a 100%, em 2018 e 2013 respectivamente. O número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da igual a zero na maior parte do período (2015 a 2018). O melhor desempenho (4 ciclos) foi registrado em 2013. Ou seja, nestes casos, quando foram maiores as aplicações de recursos, os desempenhos também foram melhores.
3. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi de 100% em todo o período em que os dados estiveram disponíveis.
4. A proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano em relação foi menor em 2015, com um resultado de 23,65% e maior em 2017, com 81,77%; uma variação significativa que não pode ser afirmado que tenha sido em

decorrência com o gasto com saúde.

Três Pontas não demonstrou que a aplicação de recursos na saúde tenha sido responsável pelo desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo. Na avaliação da maior parte dos indicadores o desempenho foi indiferente aos recursos financeiros aplicados.

5.3.11. Varginha

Para avaliar os dados de Varginha foi elaborada a tabela 14, pela qual estão demonstrados os gastos com saúde e o resultado obtido nos indicadores do Pacto Interfederativo, separados por grupos.

Tabela 14 – Indicadores de Varginha.

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	23,71	22,78	26,98	27,33	31,58	29,8	31,94
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	69,34	80,51	68,58	63,28	61,18	70,53	68,43
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	42,84	33,43	47,32	62,8	64,33	29,41	44,02
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	36,97	36,78	22,71	23,65	27,77	25,3	25,23
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,45	0,43	0,14	1,68	0,44	0,42	0,18
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,36	0,44	0,43	0,57	14,58	0,26	0,21
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	14,46	12,8	12,58	11,39	9,63	13,36	20,55
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	0	1	0	0	0	0
Taxa de Mortalidade Infantil	8,7	9,43	8,05	14,46	10,95	9,43	10,75
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	90,7	90	81,58	83,33	90,7	97,62	87,1

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	4	4	6	5	1	4	8
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	25	0	25	0	25	0	83,75
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	0	0	0	0	0	0	0
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	12,36	12,52	10,75	13,07	11,59	16,82	10,08
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	323,52	336,8	313,57	305,27	325,45	234,8	255,5
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	100	90,91	85	93,75	100	80	75
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	90,72	80	92,56	94,23	86,21	74,31	78,42
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	116,67	116,67	116,67	116,67	116,67	100	100
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	100	100	100	75	66,67	100	100
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	2	2	1	3	0	66,66
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	13,96	29,58	33,94	32,46	22,21	22,17	55,64

Fonte: Elaborado pelo autor.

Varginha, na maior parte do período estudado, manteve seus gastos com saúde acima de 25% e abaixo de 32%; diferentemente deste comportamento, em 2013, houve o menor índice, de 22,78% e no ano de 2018 o maior: 31,94%, ou seja uma diferença de mais de nove pontos percentuais entre o menor e maior índice. Pretende-se analisar se ao diminuir ou aumentar os recursos financeiros, o desempenho nos indicadores seguiram a mesma tendência.

Na avaliação do grupo 1 – Indicadores de Acesso, o indicador cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde da Família apresentou seu maior resultado (80,51%) em 2013, assim como o menor (61,18%) se deu em 2016. Quanto à cobertura do acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família o pior resultado foi em

2017, com 29,41% de acompanhamento e o melhor em 2016, com 64,33% de acompanhamento. Já a cobertura populacional de saúde bucal na atenção básica foi menor (22,71%) em 2014 e maior (36,97%) em 2012.

Na análise do segundo grupo de indicadores – Saúde da Mulher e da Criança, verificou-se que:

1. Na realização de exames citopatológicos em 2014, os resultados (0,14) foram inferiores aos demais anos, enquanto em 2015 se verifica o melhor desempenho (1,68). Na razão de mamografias de rastreamento, em 2016 foi registrada uma razão de 14,58, extremamente alta em relação aos outros períodos e outros municípios. Já em 2018, esse indicador caiu para 0,21, justamente quando mais se aplicaram recursos na saúde.
2. A proporção de parto normal sofreu variações significativas no período estudado, atingindo 9,63% em 2016 e 20,55% em 2018. É um dos resultados mais baixos encontrados. Foi registrado um óbito materno durante todos os anos estudados, em 2014. A taxa de mortalidade infantil foi menor (8,05) em 2014 e maior (14,46) em 2015. A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil variou significativamente, com o menor dado (81,58) em 2014 e o maior (97,62) em 2017. Portanto, essas variações de resultados não foram exatamente nos anos de menor ou maior gasto na saúde.
3. Quanto aos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade em 2016, foi registrado um caso, mas em 2018 foram 8 registros, justamente quando os gastos com saúde foram maiores.
4. A cobertura vacinal foi baixa em todo o período estudado, ficando entre 0 e 25%, exceto em 2018, quando o resultado foi de 83,75%, podendo ser reflexo do aumento de recursos financeiros aplicados na saúde.
5. Não foi registrado nenhum caso de AIDS em menores de 5 anos de idade, durante o período estudado. A gravidez na adolescência teve seu menor resultado em 2014, com 10,75% das meninas de 10 a 19 anos grávidas. O maior percentual, 16,82%, ocorreu em 2017.

O terceiro grupo, Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis é composto por apenas um indicador: mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT. Em 2013, quando os gastos foram menores, a mortalidade ficou em 336,8 e em 2018, quando aumentaram as aplicações na saúde, a mortalidade foi menor, 255,5. Neste grupo se verificou uma melhoria no desempenho do

indicador com o aumento das aplicações na saúde.

Por fim, na avaliação do quarto grupo – Redução dos riscos e agravos à saúde – Vigilância em Saúde/ Saúde Ambiental, foram feitas as seguintes constatações:

1. A proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata encerrados em 60 dias foi menor em 2018 (quando os gastos foram maiores) do que em 2013 (em que os gastos foram menores). Entretanto, o melhor desempenho (100%) ocorreu em outros dois anos: 2012 e 2016. No indicador proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho, o pior desempenho foi em 2017, com um resultado de 74,31%, assim como o melhor resultado (94,23%) foi verificado em 2015. Os seis grupos de ações de vigilância sanitária ficaram sempre a partir de 100%, independentemente da aplicação de recursos financeiros.
2. A proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes foi de 100% na maior parte do período estudado, entretanto em 2016 esse dado caiu para 66,67%. O número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi zero em 2017 e 3 em 2016. Em 2018 o dado passou a ser medido em percentual, Varginha obteve 66,66%.
3. Em 2018 (maior gasto na saúde) houve crescimento na proporção de análises realizadas em amostras de água para o consumo humano atingindo-se 55,64%. Em 2013 esse resultado foi de 29,58% e em 2012 foi registrado o menor índice: 13,96. Pode ter ocorrido uma certa influência dos gastos com saúde no desempenho deste indicador.

Varginha não demonstrou que o aumento da aplicação de recursos na saúde possa garantir um desempenho superior nos indicadores do Pacto Interfederativo. Na avaliação da maior parte destes resultados o desempenho foi indiferente aos recursos financeiros aplicados.

6 ANÁLISE DA RELAÇÃO PERCEBIDA

Após as análises individualizadas de cada município, é possível condensar algumas informações mais relevantes, para reafirmar as observações relacionadas ao aumento ou diminuição dos gastos com saúde e possível interferência no desempenho nos indicadores do Pacto Interfederativo. Estes dados estão distribuídos em quatro quadros, um para cada grupo de indicadores, conforme a organização dos dados elaborada na seção 2.3. Organização dos Dados.

O quadro 14 apresenta o Grupo 1- Indicadores de Acesso, como este grupo possui apenas três indicadores de saúde, todos estão abordados no quadro.

Quadro 14- Grupo 1: Indicadores de Acesso.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
Alfenas	Maior: 29,78% (2012) Menor: 16,75% (2013)	1-Cobertura Populacional ESF / 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: Quando a destinação de recursos foi maior, os desempenhos foram inferiores aos outros anos. A queda brusca nos gastos com saúde não influenciou significativamente esses indicadores.
Guaxupé	Maior: 28,73 % (2014) Menor: 22,26 % (2013)	1-Cobertura Populacional ESF / 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família não sofreram interferência da oscilação da aplicação de recursos financeiros na saúde. 3- Cobertura Saúde Bucal: menor no ano de menor investimento financeiro e foi maior quando o gasto com saúde foi ampliado.
Itajubá	Maior: 23,99% (2015) Menor: 21,97% (2012)	1-Cobertura Populacional ESF / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: sem relação de gastos e desempenho. 2- Cobertura acompanhamento Bolsa Família: pior resultado com menor gasto.
Lavras	Maior: 34,80% (2014) Menor: 28,69% (2013)	1-Cobertura Populacional ESF / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: menor resultado com maior gasto. 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Passos	Maior: 28,05% (2014) Menor: 18,05% (2012)	1-Cobertura Populacional ESF / 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Poços de Caldas	Maior: 32,82% (2013) Menor: 26,45% (2016)	1- Cobertura Populacional ESF: pior quando mais gastou 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: melhor quando menos gastou. 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Pouso Alegre	Maior: 19,82% (2014) Menor: 16,39% (2016)	1-Cobertura Populacional ESF / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: sem relação de gastos com desempenho. 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: pior resultado com menor gasto.
S. S. Paraíso	Maior: 43,36% (2014) Menor: 22,02% (2012)	1-Cobertura Populacional ESF / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: desempenho aparentemente indiferente ao gasto. 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: pior resultado quando gastou menos e melhor com aumento dos gastos.
Três Corações	Maior: 34,68% (2018) Menor: 21,20% (2013)	1-Cobertura Populacional ESF: maior quando gastos aumentaram / 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: pior resultado com maiores gastos. 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: progressão, melhor resultado quando gastou mais.
Três Pontas	Maior: 36,81% (2013) Menor: 29,86% (2012)	1-Cobertura Populacional ESF / 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: desempenho aparentemente indiferente ao gasto. 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: pior resultado com menor gasto.
Varginha	Maior: 31,94% (2018) Menor: 22,78% (2013)	1-Cobertura Populacional ESF: Melhor com menor gasto e pior com maior gasto. 2- Cobertura Acompanhamento Bolsa Família: Melhor quando gastou mais. 3- Cobertura Saúde Bucal At. Básica: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Alfenas, nos três indicadores de acesso, quando foram aplicados mais recursos na saúde, o desempenho foi inferior ao dos outros anos.

No município de Guaxupé o que foi verificado é que apenas o indicador relacionado à cobertura de saúde bucal na Atenção Básica oscilou na mesma direção dos gastos, pois quando as aplicações na saúde foram maiores os resultados foram melhores. Assim como quando os recursos foram mais escassos, o desempenho se mostrou inferior. Nos outros dois indicadores não visualizou-se uma alteração significativa no desempenho com o aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde.

Itajubá demonstrou que, na cobertura acompanhamento Bolsa Família, quando os recursos financeiros foram reduzidos, o resultado sofreu interferência negativa, com desempenho inferior aos demais anos. Nos outros dois indicadores não ficou evidente que o gasto com saúde tenha interferido nos resultados.

Em Lavras a Cobertura Populacional por ESF e a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica demonstraram um desempenho inverso à aplicação de recursos, ou seja: quando estes foram maiores, os resultados foram inferiores aos de outros anos. Já quanto ao indicador Cobertura de Acompanhamento do Bolsa Família não se pode afirmar que a alteração dos gastos tenha influenciado o desempenho.

O município de Passos não evidenciou, através de seus dados, um progresso ou retrocesso dos indicadores de acesso quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde.

Poços de Caldas teve um comportamento diferente para cada indicador, durante o período estudado. A Cobertura Populacional de ESF foi inferior no ano de maior gasto com saúde. A Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família foi melhor quando menos recursos financeiros foram investidos, demonstrando um resultado inverso entre gasto e desempenho. E a Cobertura Saúde Bucal na Atenção Básica não apresentou nenhuma oscilação com a alteração nos gastos com saúde.

Em Pouso Alegre foi verificado que a Cobertura Populacional de ESF e a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica: não sofreu nenhuma influência dos gastos com saúde. Já a Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família: apresentou o seu pior resultado quando os gastos foram menores.

São Sebastião do Paraíso não apresentou influência dos gastos na 1- Cobertura Populacional por ESF e na Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica. Entretanto, a Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família demonstrou uma relação direta entre gasto e desempenho, pois quando o município gastou menos obteve resultados inferiores, assim

como no ano em que os gastos foram maiores, o desempenho acompanhou esta tendência.

Em Três Corações o aumento dos gastos se deu no mesmo ano em que a Cobertura Populacional de ESF foi maior. Assim também ocorreu com a Cobertura Saúde Bucal na Atenção Básica: o resultado foi melhor quando se gastou mais na saúde. Entretanto, foi também verificada uma alteração inversa dos gastos com a Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família: quando mais se gastou os resultados foram inferiores.

Três Pontas não evidenciou, através de seus dados, um progresso ou retrocesso dos indicadores Cobertura Populacional de ESF e Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde. Entretanto, a Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família apresentou um desempenho inferior quando os gastos foram menores.

Em Varginha verificou-se que a Cobertura Populacional de ESF foi melhor com menor aplicação de recursos na saúde e inferior quando os gastos foram mais elevados, demonstrando uma inversão entre gasto e desempenho. Já a Cobertura do Acompanhamento do Bolsa Família foi melhor quando os gastos foram maiores. Por fim a Cobertura Saúde Bucal na Atenção Básica não demonstrou oscilação com as variações de recursos financeiros.

Diante do exposto, fica evidente que neste grupo de indicadores de saúde ocorreram situações em que a aplicação de recursos possa ter influenciado positiva ou negativamente o desempenho dos indicadores do Pacto Interfederativo; assim como em outros casos isto não tenha sido observado.

O quadro 15 apresenta o Grupo 2- Saúde da Mulher e da Criança, e por se tratar do maior grupo de indicadores, estão abordados no quadro aqueles em que as constatações sejam mais relevantes, ou que se tenha percebido uma mudança no resultado que possa estar relacionada à aplicação de recursos. Também estão descritas as informações de cada município estudado.

Quadro 15- Grupo 2: Saúde da Mulher e da Criança.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
Alfenas	Maior: 29,78% (2012) Menor: 16,75% (2013)	1- Óbitos Maternos / 2- Taxa de mortalidade Infantil: Foram maiores no ano de maior aplicação financeira; 3- Sífilis congênita: menor incidência nos anos de maior e de menor gasto; 4- Cobertura Vacinal: quando os gastos foram maiores, resultado zero, quando reduzidos quase pela metade, resultado de 100%.
Guaxupé	Maior: 28,73 % (2014) Menor: 22,26 % (2013)	1- Mamografias de rastreamento: menor gasto e menor resultado. 2- Cobertura vacinal: Gastos maiores e resultado melhor; redução de gastos e do desempenho, entretanto esses fatos também ocorreram com gastos estabilizados.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
		3- Gravidez na adolescência: maior percentual com menor gasto.
Itajubá	Maior: 23,99% (2015) Menor: 21,97% (2012)	1- Taxa de mortalidade infantil: menor com gastos menores. 2- Sífilis congênita: desempenho aparentemente indiferente ao gasto 3- Cobertura vacinal: melhor no ano de maior gasto.
Lavras	Maior: 34,80% (2014) Menor: 28,69% (2013)	1- Exames citopatológicos / 2- Mamografias de rastreamento / 3- Sífilis Congênita: maior o gasto e pior o resultado 4- Taxa de mortalidade infantil / 5- Cobertura vacinal: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Passos	Maior: 28,05% (2014) Menor: 18,05% (2012)	1- Exames citopatológicos / 2- Mamografias de rastreamento: desempenho aparentemente indiferente ao gasto. 3- Proporção de parto normal: pior quando menor gasto. 4- Taxa de mortalidade infantil: pior quando maior gasto.
Poços de Caldas	Maior: 32,82% (2013) Menor: 26,45% (2016)	1- Taxa de mortalidade infantil: melhor resultado com menor gasto e pior resultado com maior gasto; verificou-se uma relação contraditória entre gasto e desempenho. 2- Mamografia de rastreamento: menor quando gastou menos. 3- Sífilis congênita: menor incidência no ano de maior gasto.
Pouso Alegre	Maior: 19,82% (2014) Menor: 16,39% (2016)	1- Mamografia de rastreamento: mais exames com maior gasto. 2- Óbitos maternos / 3- Mortalidade infantil: desempenho aparentemente indiferente ao gasto. 4- Cobertura vacinal: bastante variação no período, mas resultado de 100% no ano de maior gasto.
S. S. Paraíso	Maior: 43,36% (2014) Menor: 22,02% (2012)	1- Exames citopatológicos: melhor quando gastou menos. 2- Mamografias de rastreamento / 3- Proporção de parto normal: melhor quando gastou mais. 4- Mortalidade Infantil / 5- Sífilis Congênita / 6- Gravidez na adolescência: maior quando gastou mais.
Três Corações	Maior: 34,68% (2018) Menor: 21,20% (2013)	1- Exames citopatológicos: pior com maior gasto. 2- Proporção de parto normal / 3- Cobertura Vacinal: melhor resultado com menor gasto. 4- Óbitos maternos: Pior resultado com menor gasto. 5- Gravidez na adolescência: pior com menor gasto e melhor com aumento de recursos financeiros.
Três Pontas	Maior: 36,81% (2013) Menor: 29,86% (2012)	1- Exames citopatológicos: melhor quando gastou mais. 2- Proporção de parto normal / 4- Taxa de mortalidade infantil: Melhor quando gastou menos. 3- Óbitos maternos: Pior resultado com menor gasto 4- Gravidez na adolescência: pior resultado com maior gasto.
Varginha	Maior: 31,94% (2018) Menor: 22,78% (2013)	1- Mamografias de rastreamento / 2- Sífilis Congênita: Pior com maior gasto. 3- Cobertura Vacinal: melhor quando gastou mais. 4- Proporção de parto normal / 5- Taxa de mortalidade infantil: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Alfenas, quando foram aplicados mais recursos na saúde, os Óbitos Maternos e a Taxa de mortalidade foram maiores, demonstrando uma situação inversa de gasto com desempenho. A Sífilis congênita não demonstrou variação entre gasto e desempenho. A Cobertura Vacinal teve um resultado inferior quando os gastos foram maiores, entretanto quando estes foram reduzidos quase pela metade o resultado foi de 100%.

A experiência de Guaxupé demonstrou que quando os gastos foram menores, os exames Mamografias de rastreamento foram realizado em menor volume. A Cobertura

vacinal foi melhor nos anos de maiores investimentos, assim como no ano de menor gasto o desempenho foi inferior, mas esses fatos também ocorreram em anos de gastos estabilizados. A Gravidez na adolescência ocorreu com maior frequência quando os gastos foram reduzidos.

Em Itajubá a Taxa de mortalidade infantil foi menor quando os gastos foram menores, ou seja, demonstrou um resultado mais satisfatório. A Sífilis congênita não apresentou alteração de desempenho em decorrência das oscilações de gastos. A Cobertura vacinal foi melhorada quando mais se gastou.

O município de Lavras apresentou resultados inferiores quando os gastos aumentaram nos seguintes indicadores: Exames citopatológicos, Mamografias de rastreamento e Sífilis Congênita. A Taxa de mortalidade infantil e a Cobertura vacinal não foram influenciadas pelos gastos na saúde.

O município de Passos não evidenciou um progresso ou retrocesso dos indicadores Exames citopatológicos e Mamografias de rastreamento quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde. Todavia a Proporção de parto normal reduziu quando menos recursos foram aplicados enquanto a Taxa de mortalidade infantil foi maior, ou seja, foram resultados inferiores.

Em Poços de Caldas foi observado que a Taxa de mortalidade infantil foi melhor quando houve um menor gasto, assim como foi pior quando mais se gastou. Verificou-se uma situação contraditória entre gasto e desempenho. Já a razão de Mamografia de rastreamento foi menor quando gastou-se menos recursos financeiros. Um indicador que melhorou com o aumento dos gastos foi o da Sífilis congênita, que mostrou uma redução na incidência.

Pouso Alegre realizou mais exames de Mamografia de rastreamento quando gastou mais. Os Óbitos maternos e a Mortalidade infantil não demonstraram variação com os gastos. A Cobertura vacinal alterou significativamente no período estudado, mas no ano de maior gasto atingiu 100% do público alvo.

Em São Sebastião do Paraíso foram realizados mais Exames citopatológicos quando o gasto foi menor, entretanto foram realizadas mais Mamografias de rastreamento quando os gastos foram aumentados, assim como foi melhor a Proporção de parto normal. O inverso ocorreu com a Mortalidade Infantil, Sífilis Congênita e a Gravidez na adolescência: justamente quando mais se gastou os resultados foram inferiores aos de outros anos.

Três Corações demonstrou que os Exames citopatológicos foram menos frequentes no ano de maior gasto na saúde. A Proporção de parto normal e a Cobertura Vacinal apresentaram resultados melhores quando menos se gastou. Já os Óbitos maternos ocorreram com maior frequência neste ano de menor gasto. A Gravidez na adolescência: também teve

resultado inferior quando os gastos foram menores e resultados mais satisfatórios com aumento de recursos financeiros.

Em Três Pontas foram realizados mais Exames citopatológicos quando os gastos foram aumentados. A Proporção de parto normal e a Taxa de mortalidade infantil foram melhores no ano de menor gasto. Já os Óbitos maternos foram mais frequentes com menor aplicação de recursos na saúde. A Gravidez na adolescência foi mais frequente quando os gastos aumentaram.

Varginha demonstrou resultados inferiores para Mamografias de rastreamento e Sífilis Congênita quando mais se gastou. Já a Cobertura Vacinal foi melhor quando os gastos aumentaram. A Proporção de parto normal e a Taxa de mortalidade infantil não apresentaram variação com a aplicação de recursos na saúde.

Assim como nos indicadores de acesso, o segundo grupo de indicadores, relacionados à saúde da mulher e da criança demonstrou que ocorreram situações em que a aplicação de recursos possa ter influenciado positiva ou negativamente o desempenho dos indicadores do Pacto Interfederativo; assim como em outros casos isto não tenha sido observado.

O próximo quadro refere-se ao Grupo 3- Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis, contém apenas um indicador de saúde, portanto não foi necessário eleger aqueles que se destacaram para comporem o quadro 16.

Quadro 16- Grupo 3: Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
Alfenas	Maior: 29,78% (2012) Menor: 16,75% (2013)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: a aplicação de recursos financeiros não influenciou os resultados.
Guaxupé	Maior: 28,73 % (2014) Menor: 22,26 % (2013)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: redução acima dos 2% por ano preconizada pelo Ministério da Saúde, independente de aplicação de recursos.
Itajubá	Maior: 23,99% (2015) Menor: 21,97% (2012)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Resultados bem diferentes aparentemente independente dos gastos.
Lavras	Maior: 34,80% (2014) Menor: 28,69% (2013)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Aumento da mortalidade e sem relação com a aplicação de recursos financeiros.
Passos	Maior: 28,05% (2014) Menor: 18,05% (2012)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: redução da mortalidade independente dos gastos.
Poços de Caldas	Maior: 32,82% (2013) Menor: 26,45% (2016)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Não houve redução gradativa desejada pelo Ministério da Saúde. No ano de menor gasto foi obtido o melhor resultado e no ano de maior gasto o pior resultado. Houve uma relação inversa de desempenho e gasto.
Pouso Alegre	Maior: 19,82% (2014) Menor: 16,39% (2016)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Bastante oscilação durante o período, desempenho

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
		aparentemente indiferente ao gasto.
S. S. Paraíso	Maior: 43,36% (2014) Menor: 22,02% (2012)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Redução da mortalidade independentemente dos gastos.
Três Corações	Maior: 34,68% (2018) Menor: 21,20% (2013)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Não houve redução da mortalidade, melhor resultado quando gastos foram maiores.
Três Pontas	Maior: 36,81% (2013) Menor: 29,86% (2012)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Oscilação de resultados. Maior mortalidade quando foram aplicados mais recursos financeiros.
Varginha	Maior: 31,94% (2018) Menor: 22,78% (2013)	Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das principais DCNT: Quando os gastos foram menores, a mortalidade foi maior. Quando os gastos aumentaram a mortalidade foi menor. Verificou-se uma relação de gasto com saúde e desempenho neste indicador.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os municípios que não evidenciaram, através de seus dados, um progresso ou retrocesso dos indicadores quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde foram: Alfenas, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos, Pouso Alegre e São Sebastião do Paraíso.

Em Três Corações e Varginha os resultados foram melhores quando os gastos com saúde cresceram.

Em Poços de Caldas e Três Pontas quando mais recursos foram aplicados a mortalidade foi maior, uma situação contraditória.

De onze municípios, sete não evidenciaram, através de seus dados, um progresso ou retrocesso dos indicadores de saúde quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde; dois municípios demonstraram uma alteração relacionada a estes dados e outros dois obtiveram uma relação inversa com a aplicação de recursos, gastando mais e tendo desempenho inferior.

O quadro 17 apresenta o Grupo 4- Redução dos Riscos e Agravos à Saúde / Saúde Ambiental. Estão sendo demonstrados os dados mais relevantes de cada um dos onze municípios estudados.

Quadro 17- Redução dos Riscos e Agravos à Saúde / Saúde Ambiental.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
Alfenas	Maior: 29,78% (2012) Menor: 16,75% (2013)	1- Doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação / 2- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária: pior desempenho quando mais gastou. 3- Cura dos casos novos de hanseníase / 4- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: sem influência da aplicação financeira
Guaxupé	Maior: 28,73 % (2014) Menor: 22,26 % (2013)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cura dos casos novos de hanseníase: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.

Município	Gastos (% recursos próprios)	Indicadores de Saúde
		3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: no ano de menor gasto na saúde, foi maior que quando mais se gastou.
Itajubá	Maior: 23,99% (2015) Menor: 21,97% (2012)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária: melhor desempenho com aumento de recursos. 2- Cura dos casos novos de hanseníase / 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Lavras	Maior: 34,80% (2014) Menor: 28,69% (2013)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cura dos casos novos de hanseníase / 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: sem variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros na saúde.
Passos	Maior: 28,05% (2014) Menor: 18,05% (2012)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária: melhor desempenho com menor gasto e pior desempenho com maior gasto. 2- Cura dos casos novos de hanseníase: pior quando menor gasto. 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: sem variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros.
Poços de Caldas	Maior: 32,82% (2013) Menor: 26,45% (2016)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cura dos casos novos de hanseníase: sem variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros na saúde. 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: melhor com maior gasto.
Pouso Alegre	Maior: 19,82% (2014) Menor: 16,39% (2016)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cura dos casos novos de hanseníase: ótimo desempenho, aparentemente indiferente aos gastos. 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: Zero na maior parte do tempo, indiferente aos gastos.
S. S. Paraíso	Maior: 43,36% (2014) Menor: 22,02% (2012)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária: melhor com o aumento de gastos e pior quando gastou-se menos. Resultados se repetem em outros anos. 2- Cura dos casos novos de hanseníase / 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: melhor com aumento de gastos. 4- Análises de água para o consumo humano: maior gasto com melhor resultado. Menor gasto com pior resultado.
Três Corações	Maior: 34,68% (2018) Menor: 21,20% (2013)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária: pior com maior gasto. 2- Cura dos casos novos de hanseníase: melhor com maior gasto e pior com menor gasto. 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: desempenho aparentemente indiferente ao gasto.
Três Pontas	Maior: 36,81% (2013) Menor: 29,86% (2012)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: melhor com maior gasto. 2- Cura dos casos novos de hanseníase: sem relação com gastos.
Varginha	Maior: 31,94% (2018) Menor: 22,78% (2013)	1- Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária / 2- Cura dos casos novos de hanseníase / 3- Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue: desempenho aparentemente indiferente ao gasto. 4- Análises de água para o consumo humano: maior gasto com melhor resultado.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em Alfenas foram constatados desempenhos inferiores no ano de maior gasto nos indicadores Doenças de notificação compulsória encerrados em até 60 dias após a notificação e Mínimo de seis grupos de ações de Vigilância Sanitária. Não demonstraram nenhuma

influência da aplicação de recursos os indicadores Cura dos casos novos de hanseníase e Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

No município de Guaxupé não foi evidenciado que os gastos influenciaram o desempenho nos indicadores Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária e Cura dos casos novos de hanseníase. A Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi melhor quando mais se gastou, assim como foi inferior no ano de investimentos menores.

Em Itajubá o aumento de recursos ocorreu no mesmo ano em que o Mínimo de seis grupos de ações de Vigilância Sanitária também apresentou melhor desempenho. Não foi constatada nenhuma variação de desempenho relacionado às oscilações dos gastos nos indicadores Cura dos casos novos de hanseníase e Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Para o município de Lavras não constataram-se variações com menor ou maior aplicação de recursos financeiros na saúde nos indicadores Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, Cura dos casos novos de hanseníase e Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Em Passos o Mínimo de seis grupos de ações de Vigilância Sanitária demonstrou melhor desempenho com menor gasto e pior resultado com maior gasto. A Cura dos casos novos de hanseníase foi menor quando menos recursos financeiros foram aplicados na saúde. Já a Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue não demonstrou nenhuma variação com gasto.

Poços de Caldas não constatou influência de aplicação financeira nos indicadores Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária e Cura dos casos novos de hanseníase. Todavia, a Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue apresentou um resultado melhor quando gastou mais.

Em Pouso Alegre os indicadores Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária e Cura dos casos novos de hanseníase apresentaram ótimo desempenho, independentemente dos gastos. A Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foi zero na maior parte do tempo, independentemente dos recursos aplicados.

São Sebastião do Paraíso no indicador Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária apresentou resultado melhor com o aumento de gastos e pior quando gastou-se menos. Apesar disso, Resultados como estes se repetem em outros anos. A Cura dos casos novos de hanseníase e a Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue foram melhores com aumento de recursos. Em relação às Análises de água para o consumo humano, no ano de maior gasto verificou-se o melhor resultado, assim como no ano de menor

gasto também foi apresentado o pior resultado.

Em Três Corações o Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária demonstrou-se mais insatisfatório no ano de maior gasto. A Cura dos casos novos de hanseníase foi maior quando mais se gastou e pior quando o gasto foi reduzido. A Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue não oscilou em decorrência dos gastos.

Três Pontas não verificou alteração do desempenho no indicador Cura dos casos novos de hanseníase quando foram aplicados mais ou menos recursos financeiros. O Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária e a Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue apresentaram melhor desempenho com maior gasto.

Em Varginha, os indicadores Mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, Cura dos casos novos de hanseníase e Cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue não demonstraram variação dos resultados influenciados pelos gastos. Já as Análises de água para o consumo humano apresentaram melhor resultado no ano de maior gasto.

Este grupo de indicadores, assim como os outros três, não evidenciaram, pelos dados obtidos, um progresso ou retrocesso dos resultados quando houve aumento ou diminuição da aplicação de recursos na saúde; bem como em outras situações a oscilação dos gastos possam ter influenciado o desempenho de alguns indicadores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A expectativa desta pesquisa foi de contribuir para a discussão do financiamento do SUS no âmbito municipal e a efetividade dos recursos aplicados. O objetivo geral do estudo, de analisar os gastos do Sistema Único de Saúde e o seu resultado em indicadores do Pacto Interfederativo nos municípios selecionados foi atingido e verificou-se que alguns indicadores em determinados municípios sofreram influência da oscilação das aplicações financeiras.

Como objetivos secundários, este trabalho se propôs a identificar o gasto em saúde nos municípios selecionados; verificar a efetividade das ações de saúde utilizando os Indicadores do Pacto Interfederativo; e avaliar a eficiência dos investimentos e despesas de saúde segundo os indicadores. Todos os três foram cumpridos através da coleta de dados, pesquisa bibliográfica e também das análises dos gráficos e tabelas elaborados. Verificou-se uma descontinuidade de resultados na maior parte dos indicadores dos municípios selecionados. Foram verificadas variações durante os anos de 2012 a 2018, que nem sempre puderam ser atribuídas à aplicação de recursos financeiros na saúde.

As limitações desta pesquisa estão relacionadas principalmente aos dados disponíveis. Para 2012 não foram apresentados dados de nenhum dos municípios para o indicador “Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue”. Com grande frequência se constatou cobertura vacinal de 0%, deixando uma dúvida se realmente foi o resultado daquele município e ano ou se alguma questão relacionada a *softwares*, alimentação de dados teria influenciado esses resultados. A informação dos gastos com saúde, disponibilizada no SIOPS depende do correto preenchimento das prestações de contas pelos municípios, o que presume-se ter sido realizado adequadamente.

O menor índice registrado no período foi de Alfenas, que em 2013 aplicou 16,75% de recursos próprios na saúde; já o maior percentual foi de São Sebastião do Paraíso, em 2014: 43,36% de recursos próprios direcionados à saúde.

Ao se analisar cada indicador de saúde e o desempenho que os municípios apresentaram no período de 2012 a 2019, não necessariamente o município que menos gastou teve um desempenho inferior, bem como a alta aplicação de recursos financeiros não garantiu o melhor resultado do grupo.

Por fim, esta pesquisa demonstrou que os resultados obtidos nos indicadores do Pacto Interfederativo, dos onze municípios mineiros da região ampliada de saúde Sul, não demonstraram evidências que ao ampliar a aplicação de recursos financeiros na saúde é possível garantir resultados mais satisfatórios. Ao se comparar os gastos destes municípios verificou-se uma grande variação.

O mesmo pôde ser percebido quando foram elaboradas as tabelas da Seção 5.3. Análise do resultado por município, pois quando se comparou as variações das aplicações de recursos na saúde com os desempenhos nos indicadores de saúde, não se observou que o aumento dos gastos tenha proporcionado resultados melhores do que em anos onde os mesmos gastos foram inferiores ou estáveis.

Para aprofundar este estudo, e como proposta de trabalhos futuros, seria importante avaliar como cada um destes municípios investiu seus recursos, fracionando os gastos pelas subfunções definidas na Portaria MOG nº 42 de 14 de abril de 1999, como por exemplo: 122 – Administração Geral, 301- Atenção Básica, 302- Assistência Hospitalar e Ambulatorial, 303 – Suporte Profilático e Terapêutico, 304- Vigilância Sanitária, 305 – Vigilância Epidemiológica e 306 – Alimentação e Nutrição. Dessa forma, seria possível verificar quais estão sendo as prioridades no financiamento do SUS, e se essas escolhas refletem no desempenho dos indicadores de saúde.

Outra possibilidade de aprofundamento é uma análise sobre a capacidade dos indicadores de saúde, sejam do COAP, do Pacto Interfederativo, ou até mesmo outros não estudados neste trabalho, de mensurar a qualidade da assistência em saúde.

Uma contribuição possível e importante seria a avaliação dos dados desta pesquisa por métodos quantitativos, para buscar uma relação matemática das aplicações de recursos financeiros e resultados obtidos nos indicadores de saúde.

O que se infere deste estudo é que gastar muito não necessariamente signifique gastar bem, assim como gastar pouco não seja exatamente gastar mal.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. **Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas.** Saúde em Debate, v. 41, n. spe, p. 118–137, mar. 2017.

ALBUQUERQUE, C.; MEDEIROS, M.; FEIJÓ, P. H. **Gestão de Finanças Públicas.** Brasília: Coleção Gestão Pública, 2008. 580 p.

ANJOS, R. M. dos.; COSTA, A. L. **Relação entre investimento em saúde e desenvolvimento dos estados brasileiros.** Universidade de São Paulo, 2010.

ARAÚJO, A. M. P.; BONACIM, C. A. G. **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Ribeirão Preto n.16, p. 1055-1068, 2011.

ARAÚJO, A. M. P.; BONACIM, C. A. G. **Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.** RAP. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro n. 44, p. 903-31, jul./ago. 2010.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T. DE; CALVO, M. C. M. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 11, p. 2143–2154, nov. 2011.

BORDIN, D.; FADEL, C. B. **Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal.** Revista de Odontologia da UNESP, v. 41, n. 5, p. 305–311, out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese das Informações.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=316470&idtema=16&search=minas-gerais|sao-sebastiao-do-paraiso|sinthese-das-informacoes>> Acesso em: 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Por Cidade e Estado.** Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3101607>> Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Glossário temático: **De olho no Demonstrativo de Receitas e Despesas em Ações e Serviços de Saúde – RREO/** Ministério da Saúde, Secretaria- executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento.—DESID – 1. ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 42p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015/** Ministério da Saúde.

Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 114p.: il – (Série B – Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 02 dez. 2019.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 20set. 1990.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 14 set. 2000.

BRASIL. **Lei Complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal 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 nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 16 jan. 2012.

BRASIL. **Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 19 jun. 2011.

BRASIL. **Portaria 384**, de 04 de abril de 2003. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 05 abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**<<http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php>> Acesso em 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**<<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>> Acesso em 02 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde**<<http://siops.datasus.gov.br/relindicadoresmun2.php?escmun=3>> Acesso em 22 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde** em http://siops.datasus.gov.br/rel_perc_LC141.php?valor=310160&g=0&e=2 Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREVIDELLI, M. M.; FREITAS, F. C. G. DE. **Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 9, p. 2471–2480, set. 2012.

BUENO, H. **Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil**. In: MOYA, J. et al. (org). Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde –Ministério da Saúde, Brasília: 2010. p. 61-64.

CARRENO, I. et al. **Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa** Analysis of the use of data from the Primary Health Care Information System (SIAB): an integrative review of the literature. [s.d.].

CESAR, J. A.; CHRESTANI, M. A. D.; FANTINEL, E. J. GONÇALVES, T. S.; NEUMANN, N. A. **Saúde infantil em áreas pobres: resultados de um estudo de base populacional nos municípios de Caracol, Piauí, e Garrafão do Norte, Pará, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, n. 6, p. 809–818, abr. 2009.

DEININGER, L. S. C.; LUCENA, K. D. T. DE.; FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE.; SILVA, C. C. DA.; OLIVEIRA, A. E. C. DE.; ANJOS, U. U. DOS. **A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde**. Saúde Debate, v. 38, n. 100, p. 50–56, jan-mar. 2014.

FERNANDES, J. DE K. B. et al. **Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?** Cadernos de Saúde Pública, v. 32, n. 2, p. e00021115, 23 fev. 2016.

FERREIRA, A. L. et al. **A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde**. Revista de atenção primária saúde: APS. v. 17, n.2, p. 134-142, 2014.

FERREIRA, J. et al. **Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?** Saúde e Sociedade, v. 27, n. 1, p. 69–79, jan. 2018.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. **Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp)**. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 6, p. 1149–1160, jun. 2013.

FURTADO, J. P. et al. **Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e**

colaboração. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 7, 23 jul. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

I, J. K. **Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto.** Differences in living conditions and health between cities: construction. Group, v. 43, n. 1, p. 115–122, 2009.

LIMA, K. W. S. DE. **Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde.** Universidade de São Paulo, p. 91, 2013.

MATTOS, Augustus Tadeu Relo de. **Identificação de desigualdades territoriais em saúde nas regiões de saúde do estado de São Paulo.** 2016. 255 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Curso de Pós-graduação em Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

MENDES, E. V. **Vinte e cinco anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Estudos Avançados. v. 27, n. 78, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**<<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>Acesso em: 22 set. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao_carto_grafica_PDR-2014.pdf>Acesso em: 22 set. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**<<http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>>Acesso em: 22 set. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Sala de Situação Municipal**<<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal>>Acesso em: 22 set. 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Sala de Situação Municipal**<<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal>>Acesso em: 25 out. 2019.

MORAES, V. D. DE.; MACHADO, C. V. **o Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial.** Saúde Debate, v. 41, n. especial 3, p. 129-143, set. 2017.

NASCIMENTO, Kyara Michelline França Nascimento. **Monitoramento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de casos em dois níveis de gestão do Estado de Goiás.** 2013. 193 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

NOVAES, L.; MATTOS, E. O efeito da intenção de reeleição sobre gastos em saúde:

uma análise com base no modelo de reputação política. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 30, n. 117, p. 140-158, 2010

OPAS. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil/** Organização Pan-Americana da Saúde; orgs. José Moya, et al. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Contabilidade Gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 641p.

PAIM, J. et al. **Saúde no Brasil 1: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. / *Health in Brazil 1: the brazilian health system: history, progress and challenges*. *The Lancet*, v. 6736, n. 11, p. 11–31, 9 mai. 2011.

PINHO, M. M. **Fórum: racionamento dos cuidados de saúde**. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 3, p. 687–689, mar. 2008.

PROADESS. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>>. Acesso em: 14out. 2018.

SANTIAGO, A.C. et al. **Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde**. *Revista Escola Enfermagem USP*. [s.l: s.n.]. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 4 set. 2018.

SANTOS, F. DE A. et al. **A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1079–1094, dez. 2015.

SANTOS, R. D. S. et al. **Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil**. *Texto Contexto Enferm*. v. 21, n. 4, p. 800–810, 2012.

SOARES, M. L. et al. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, maio 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/16.pdf>>. Acesso em: 10dez. 2019.

SOBRAL, A.; DE FREITAS, C. M. **Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde**. *Saúde e Sociedade*, 2010.

SOBRAL, A. **Indicadores de sustentabilidade ambiental e bem-estar para municípios da Região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, E. C. F. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R.; SOUZA, J. A. DE. **Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América**

Latina: estudo com dados secundários. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 32, n. 6, p. 419–425, dez. 2012.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal.** Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 6, p. 1239–1250, jun. 2008.

APÊNDICE A –Breve descrição sobre os textos estudados na pesquisa bibliográfica

Apresenta-se uma breve descrição sobre cada título estudado pelo autor, discriminados no Quadro 4 – Pesquisa estudada:

- I. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?: Estudo analisou a percepção de gestores de saúde sobre o planejamento regional de 21 municípios do oeste catarinense, tendo em vista os principais fatores que influenciam na gestão pública para a organização da rede de serviços de saúde. Uma das ideias centrais abordou os desafios no uso dos dados epidemiológicos como instrumentos de gestão. Os gestores reconheceram avanços do planejamento regional dos serviços de saúde, mas apontaram baixa participação da população nas arenas decisórias, e problemas estruturais como, falta de recursos humanos capacitados para trabalhar e analisar as bases de dados informacionais.
- II. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração: Foram analisadas duas subáreas da Saúde Coletiva, Planejamento e Avaliação, por meio de estudo bibliométrico de artigos, teses e dissertações, no período de 1980 a 2016. A produção global relativa à Avaliação supera aquela do Planejamento. A capacidade de influenciar a gestão do setor Saúde parece impelir a disputa entre as duas subáreas. Considera-se que ambas têm recursos teóricos e metodológicos para superar suas reduções pela lógica instrumental do chamado gerencialismo, e se firmarem como dispositivos de reflexão e mudança.
- III. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas: A Matriz de Indicadores desenvolvida pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde tornou-se marco de referência no País. A partir da implantação do Pacto pela Saúde no SUS, sistematizam-se os indicadores empregados para avaliação e acompanhamento do desempenho do SUS, no período de 2007 a 2015. Verifica-se a existência ou não de indicadores para as diversas dimensões e sua relevância para a avaliação do desempenho do SUS.
- IV. Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?: Foi testada a hipótese de que os indicadores de saúde bucal, obtidos do Pacto da Atenção Básica de 2006, Pacto pela Saúde do biênio 2010/2011 e

indicadores de transição entre o Pacto pela Saúde e Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde de 2012, não diferiam entre os estados brasileiros com diferentes Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Para isso, foi realizado um estudo longitudinal ecológico comparando os estados brasileiros com extremos de IDH. Os dados foram obtidos dos sistemas de informação do SUS e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e submetidos à análise de regressão linear de efeitos mistos ($\alpha = 5\%$). Todos os indicadores de oportunidade de acesso foram associados negativamente com o IDH. Para os de utilização, a associação ocorreu para apenas dois indicadores. Os resultados evidenciaram uma tendência evolutiva pró-equidade para indicadores de oportunidade de acesso em relação à saúde bucal.

- V. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa: O estudo objetivou identificar na produção científica existente, as ações de utilização das informações do SIAB. Trata-se de uma Revisão integrativa de literatura, considerando publicações de 2008 a 2012. Os principais resultados evidenciaram que existem fragilidades como o uso do formulário apenas para registro e capacitação insuficiente das equipes; como potencialidades foi referido o SIAB como principal sistema de informação da saúde, e que suas informações podem e devem ser utilizados para planejamento das ações de saúde. Desta forma, o SIAB é um sistema de informação que auxilia a gestão municipal e as ações em saúde das equipes, qualificando a atenção à saúde da comunidade.
- VI. A definição de prioridade de investimento em saúde: uma análise a partir da participação dos atores na tomada de decisão: O estudo teve como objetivo analisar o processo de tomada de decisão sobre as prioridades de investimento a partir da percepção de diversos atores. Foram entrevistados 18 atores e realizados dois grupos focais, com gestores e membros do Conselho Estadual de Saúde. Concluiu-se que, na definição de prioridades para os rumos da política de saúde, no caso do ente federado estudado, os aspectos eleitorais suplantaram questões técnicas e a negociação dentro dos espaços colegiados de governança do SUS. As características da federação brasileira e a formatação do aparelho de Estado na saúde favorecem o fortalecimento de pautas relacionadas ao ciclo eleitoral na agenda governamental e na elaboração de políticas públicas, preterindo evidências científicas e outros aspectos técnicos para a tomada de

decisão.

- VII. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde: Trata-se de estudo documental, retrospectivo e descritivo que utilizou os dados do primeiro semestre de 2012 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação objetivando apresentar a sala de situação da dengue do Distrito Sanitário IV (DSIV), João Pessoa –PB como ferramenta de apoio ao planejamento e à gestão. Aponta-se a importância do uso da informação para avaliação da situação de saúde e tomada de decisão com vistas a direcionar ações intersetoriais, educativas e de conscientização.
- VIII. A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da atenção primária à saúde: Os indicadores, quando bem administrados, são ferramentas fundamentais para a gestão de programas e serviços bem como para avaliação do sistema de saúde. O estudo objetivou conhecer a compreensão dos profissionais de equipes Saúde da Família e das equipes de apoio sobre o uso de indicadores de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Para se trabalhar com indicadores, é necessário que os profissionais envolvidos no processo sejam devidamente treinados a ponto de ter uma real compreensão sobre os mesmos. Os resultados demonstram que alguns profissionais apresentam um amplo conceito sobre os indicadores, já outros têm noções incipientes. De modo geral, é baixa a aplicabilidade dessa ferramenta. Isso se reflete nas ações, no desenvolvimento de programas e no alcance de metas. Percebe-se a necessidade de uma educação permanente para os profissionais de saúde para que as equipes sejam cada vez mais capacitadas a trabalhar com efetividade os indicadores de saúde, visando à qualidade da assistência à saúde na Atenção Primária.
- IX. Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp): O objetivo do estudo foi comparar estimativas da prevalência de indicadores de saúde para adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil, utilizando dados de inquéritos domiciliares realizados em diferentes períodos de tempo. As comparações foram realizadas pelas razões de prevalência ajustadas por sexo, idade e escolaridade, obtidas pela regressão de Poisson com variância robusta. Diferenças estatisticamente significantes foram observadas para as prevalências de: morbidade referida, uso de medicamentos,

percentual dos que nunca fumaram, realização dos exames de Papanicolau e de mamografia, alguma vez na vida. O acompanhamento de indicadores de saúde por inquéritos repetidos em uma mesma população pode facilitar o monitoramento de objetivos e metas fornecendo subsídios ao planejamento de ações em saúde

- X. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde: Os indicadores de saúde refletem o quadro real das condições de saúde de uma população. Sua utilização pode orientar os gestores de saúde no planejamento e controle das atividades locais, além de permitir possíveis inferências quanto aos efeitos das decisões e de seus resultados. Objetivo do estudo foi descrever a percepção dos gestores de unidades de saúde quanto ao uso dos indicadores de saúde em suas ações de planejamento e controle dos serviços de saúde. O estudo foi realizado na subprefeitura da Aricanduva, com a entrevista dos gestores das unidades de saúde. Para a interpretação dos dados levantados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática. Os indicadores de saúde são subutilizados pelos gestores em suas ações de planejamento e controle dos serviços. Os sistemas de informações em saúde são apreendidos como instrumentos técnico-burocráticos por parte dos gestores. Segundo a maioria dos gestores, sua relação com esses sistemas consiste na inclusão de dados e repasse das informações, sendo reduzida sua utilização gerencial. Alguns entraves foram mencionados pelos gestores em relação ao acesso as informações em saúde. A lentidão dos sistemas foi considerada o principal entrave, seguido pelo escasso número de profissionais capacitados para operar o sistema, falta de oportunidades para formação e atualização dos profissionais, além da pouca integração entre os sistemas.
- XI. Pacto pela saúde no Brasil: uma análise descritiva da progressão dos indicadores de saúde bucal: O objetivo do estudo foi analisar e interpretar a evolução temporal dos indicadores de saúde bucal, consolidados no Pacto pela Saúde, considerando-se as cinco grandes regiões brasileiras. Método: Análise descritiva de dados coletados dos bancos do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes aos anos de 2008 a 2010 foi realizada, por meio de indicadores de saúde bucal: indicador 41 – Cobertura Populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e indicador 42 – Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, ambos disponibilizados no Pacto

pela Saúde. O indicador 41 apresentou um desenvolvimento progressivo ao longo do triênio estudado, embora lento e desigual, entre as grandes regiões brasileiras. No que se refere ao indicador 42, este apresentou oscilações em seus valores de referência durante o período analisado, também de forma díspar entre as regiões analisadas. Distintas são as justificativas que podem levar ao entendimento destes resultados, desde o perfil da prestação dos serviços públicos de saúde e o porte populacional dos municípios que compõem as diferentes regiões, a aspectos que se relacionam à fragilidade da gestão pública e à falta de política de recursos humanos.

- XII. Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil: Avaliar o nível de saúde das Unidades da Federação (UF) do Brasil, por meio de um indicador sintético – Índice de Desenvolvimento da Saúde (IDS). O IDS foi composto pelas dimensões: (1) Recursos de saúde: disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde; (2) Cobertura por atenção básica e saneamento; (3) Eficácia das políticas de saúde. Cada dimensão englobou um conjunto de indicadores obtidos em bases de dados nacionais. A construção do indicador sintético IDS possibilitou constatar deficiências e disparidades significativas na disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde, em grande parte do território nacional. Esses resultados podem auxiliar gestores de saúde no desafio de tornar a saúde pública universal.
- XIII. Análise espacial dos indicadores pactuados para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil: O câncer do colo do útero, embora curável e de possível prevenção, apresenta elevado índice de mortalidade no país. O objetivo foi analisar a distribuição espacial dos indicadores pactuados para o câncer do colo do útero no Brasil, no período de 2006 a 2009. Estudo ecológico utilizou dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação sobre Mortalidade. Apesar de estruturado e com melhoras nos indicadores, o programa ainda se encontra abaixo das metas pactuadas em alguns Estados, configurando um padrão desigual de desempenho dos indicadores no território brasileiro. As diferenças regionais mostraram falhas na captação de mulheres, na cobertura populacional, na qualidade das amostras do exame citológico e estabilidade da taxa de mortalidade. Estados que se encontram abaixo das metas pactuadas precisam otimizar os recursos e promover acesso às mulheres que não estão inseridas no programa de rastreamento.

- XIV. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários: O objetivo da pesquisa foi estudar a associação entre cobertura por serviços de saneamento básico e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina, utilizando dados secundários da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) relativos ao período de 2005 a 2010. Métodos. Realizou-se um estudo ecológico incluindo dados de 21 países da América Latina, com população total estimada de 596 milhões de habitantes. Foram analisadas: mortalidade infantil em menores de 1 ano em 2008, mortalidade em menores de 5 anos em 2008 e mortalidade por enfermidades diarreicas agudas em menores de 5 anos em 2008. Esses indicadores foram analisados por meio de sua correlação “um a um” com indicadores de cinco classes de fatores de risco (demográficos, socioeconômicos, de saúde infantil, de gasto público com saúde e de cobertura por serviços de saúde e saneamento). Quanto maior a cobertura populacional por serviços de esgotamento sanitário e por sistemas de abastecimento de água, menor a mortalidade infantil e menor a taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade. Quanto maior a taxa de crescimento anual da população, maior a mortalidade por enfermidades diarreicas agudas em menores de 5 anos. Conclusões. A melhoria da saúde pública na América Latina depende da ampliação do acesso aos serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.
- XV. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde: O artigo apresenta um modelo de avaliação para a gestão do planejamento municipal de saúde. A base foi um estudo metodológico utilizando o referencial teórico do planejamento em saúde para construir a matriz de avaliação, além de uma compreensão da organização e funcionamento projetada pelo Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS) e definição de responsabilidades para o nível municipal sob o Pacto de Gestão da Saúde. Os indicadores e medidas foram validados utilizando a técnica de consenso com especialistas em planejamento e avaliação. A aplicabilidade foi testada em 271 municípios (municípios) do Estado de Santa Catarina, Brasil, com base no tamanho da população. O estudo conclui que o modelo é viável e apropriado para avaliar o desempenho municipal na gestão do planejamento em saúde.
- XVI. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos

Determinantes Socioambientais da Saúde: Modelos teórico-conceituais vêm sendo adotados para explicar como os determinantes sociais geram iniquidades em saúde, de modo a subsidiar ações voltadas para as “causas das causas” e indicadores relacionados aos diferentes determinantes vêm sendo organizados por meio de metodologias que possibilitem análises integradas. Apesar desses avanços, os problemas ambientais que hoje se constituem em importantes elementos indutores da geração de doenças por meio da degradação dos ecossistemas e das mudanças climáticas têm sido pouco considerados como determinantes ambientais da saúde em conjunto com os sociais. O objetivo foi ampliar as discussões teóricas sobre os determinantes socioambientais da saúde, apresentando, para isso, uma metodologia de organização de indicadores de saúde ambiental denominada Força Motriz-Pressão-Situação-Ex posição-Efeito-Ação, a fim de operacionalizar os determinantes sociais da saúde.

- XVII. Saúde infantil em áreas pobres: resultados de um estudo de base populacional nos municípios de Caracol, Piauí, e Garrafão do Norte, Pará, Brasil: O objetivo deste estudo foi avaliar indicadores de saúde infantil nos municípios (municípios) de Caracol, Estado do Piauí, e Garrafão do Norte, estado do Pará, Brasil. Por meio de visitas, de amostragem sistemática, entrevistadoras previamente treinadas aplicaram um questionário padrão a mães de crianças menores de cinco anos, investigando situação socioeconômica, habitação e saneamento ambiental, características demográficas, padrões de doenças e assistência pré-natal e ao parto. A análise utilizou o teste t e o teste qui-quadrado para comparar indicadores entre os dois municípios. Das 1.728 crianças estudadas, 60% eram de famílias com renda inferior a um mês de salário mínimo (aproximadamente U \$ 200), 41% não tinham tratamento de esgoto ou descarte, 10% das mães relataram consultas pré-natais, 30% das as crianças nasceram no mesmo município e 30% foram encaminhadas para consulta pediátrica nos últimos 3 meses; 20% tinham déficit de altura para idade ≥ 2 desvios-padrão. Todos os indicadores-alvo eram deficientes em ambos os municípios (especialmente no Garrafão do Norte). Expandir a oferta de cuidados de saúde e melhorar as condições de habitação e saneamento são prioridades em ambos os municípios.

- XVIII. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto: O objetivo do estudo foi descrever um índice para

reconhecimento das desigualdades de condições de vida e saúde e sua relação com o planejamento em saúde. Foram selecionadas variáveis e indicadores que refletissem os processos demográficos, econômicos, ambientais e de educação, bem como oferta e produção de serviços de saúde. Esses indicadores foram utilizados no escalonamento adimensional dos indicadores e agrupamento dos 5.507 municípios brasileiros. As fontes de dados foram o censo de 2000 e os sistemas de informações do Ministério da Saúde. Para análise dos dados foram aplicados os testes *z-score* e *cluster analysis*. Com base nesses testes foram definidos quatro grupos de municípios segundo condições de vida. Existe uma polarização entre o grupo de melhores condições de vida e saúde (grupo 1) e o de piores condições (grupo 4). O grupo 1 é caracterizado pelos municípios de maior porte populacional e no grupo 4 estão principalmente os menores municípios. Quanto à macrorregião do País, os municípios do grupo 1 concentram-se no Sul e Sudeste e no grupo 4 estão os municípios do Nordeste. Por incorporar dimensões da realidade como habitação, meio ambiente e saúde, o índice de condições de vida e saúde permitiu identificar municípios mais vulneráveis, embasando a definição de prioridades, critérios para financiamento e repasse de recursos de forma mais equitativa.

- XIX. Fórum: racionamento dos cuidados de saúde: Os artigos apresentados neste Fórum tem abordagem multidisciplinar, abrangendo questões éticas complexas e a contribuição da economia para o debate. As análises revelam especificidades associadas à mudança da abordagem implícita para o racionamento da atenção à saúde, tradicionalmente dominante nos sistemas de saúde, a um método sistemático e explícito de estabelecimento de prioridades em geral e à potencial incompatibilidade entre eficiência e equidade na política de saúde. em particular. As reflexões do Fórum se vinculam diretamente às discussões mundiais atuais sobre as questões “Por que cuidar da saúde?” E “Como racionar os cuidados de saúde?”.
- XX. Indicadores sociais e de saúde para a operacionalização da Vigilância à Saúde: O objetivo desse estudo foi identificar e classificar informações relativas a indicadores sociais e de saúde, disponíveis na Internet para ser utilizado pelos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em diversas bases de dados. Os resultados mostram a existência de uma ampla gama de informações relativas aos indicadores de saúde disponíveis na Internet.

Contudo, estas informações são instrumentos limitados para os trabalhadores de saúde, pois o nível de agregação e a centralidade na morbimortalidade dificultam sua utilização dentro da proposta de Vigilância da Saúde. Conclui-se que é muito importante que resultados de pesquisa com base em indicadores sociais e de saúde sejam disponibilizados na internet

- XXI. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal: O estudo buscou analisar os limites e possibilidades de práticas de planejamento para implementação de políticas por um departamento municipal de saúde. Os dados empíricos foram analisados a partir de um conceito de práticas de planejamento e do elo teórico entre as três esferas de governo e o postulado da coerência. O uso de práticas de planejamento estratégico não estruturadas pela equipe de gestão permitiu uma expansão significativa na oferta de serviços à população, mas faltou a margem para superar os limites impostos à governabilidade da organização pelo modelo de financiamento dos serviços de saúde, caracterizado por forte indução do nível federal. O projeto foi o vértice mais robusto do triângulo do governo e levou ao desenvolvimento da expertise inicial da equipe de gestão municipal, garantindo assim um certo nível de governabilidade sobre o projeto de saúde. As metas de aumentar a oferta de serviços de saúde foram limitadas pela fragilidade do método e pela insipiência institucional da organização.

APÊNDICE B – Dados coletados do Estado de Minas Gerais

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gasto com Saúde (%)	12,03	12,29	12,15	12,3	12,37	12,09	7,91
Grupo 1- Indicadores de Acesso							
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - ESF	82,17	84,43	87,26	87,34	87,23	96,31	89,13
Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	76,66	79,22	80,27	81,98	78,73	77,75	71,45
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	54,26	55,8	56,07	56,71	56,46	57,17	61,49
Grupo 2 - Saúde da Mulher e da Criança							
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,58	0,59	0,52	0,51	0,49	0,49	0,2
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizado em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,32	0,42	0,45	0,45	0,39	0,39	0,33
Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar (%)	42,27	41,67	41,67	43,22	42,88	42,25	41,96
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	88	121	120	109	100	72	84
Taxa de Mortalidade Infantil	12,73	12,09	11,32	11,42	11,5	11,24	11,06
Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (%)	92,53	95,75	96,22	88,96	82,58	63,52	94,88
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	490	622	901	1395	1446	1604	2330
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada (%)	75	100	100	50	61,15	-	88,54
Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos	8	5	7	12	8	6	10
Gravidez na adolescência - 10 a 19 anos	16,31	16,43	16,01	15,45	14,63	17,2	12,97
Grupo 3 - Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT							
Mortalidade Prematura (de 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais DCNT - aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	302,05	301,45	307,47	309,81	288,94	252,66	234,5
Grupo 4- Redução dos riscos e agravos à saúde - Vigilância em Saúde / Saúde Ambiental							

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação (%)	87,72	88,83	89,66	90,99	66,36	70,72	81,21
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho (%)	97,06	96,53	97,52	97,99	97,19	94,01	94,43
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano (%)	9,96	21,81	33,88	36,46	36,11	36	9
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos da coortes (%)	86,81	87,92	88,78	88,9	87,08	85,2	86,67
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	-	47,71	33,06	68	68,46	0	-
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	12,69	17,29	20,98	24,74	19,88	30,84	33,38

ANEXO A – Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento – aprovado pelo Parecer consubstanciado do CEP nº 3.304.666

Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós - Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento

Eu, Adriana Rogeri Franco, aluna do programa Mestrado Profissional de Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, venho submeter meu projeto de pesquisa para análise do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP, para solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, uma vez que os dados que serão coletados são de acesso público, disponíveis em páginas de sistemas do Ministério da Saúde, como SIOPS, Sala de Situação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, sendo, portanto dispensável a utilização do Termo de Consentimento. O envio do Projeto na Plataforma Brasil foi sugerido pelo orientador, após a qualificação, considerando que a banca poderia propor alterações na pesquisa. A aprovação na qualificação se deu em 20/11/2018.

Coloco-me a disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários e agradeço a atenção.

São Sebastião do Paraíso - MG, 10 de abril de 2019.

Adriana Rogeri Franco