UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES

LILIAN RIBEIRO DE OLIVEIRA

**Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade
utilizando o IDSUS**

ORIENTADORA: PROFA. DRA. CLÁUDIA SOUZA PASSADOR

RIBEIRÃO PRETO

2014

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Sigismundo Bialoskorski Neto
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Profa. Dra. Sônia Valle Walter Borges de Oliveira
Chefe do Departamento de Administração

LILIAN RIBEIRO DE OLIVEIRA

**Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade
utilizando o IDSUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Souza Passador

RIBEIRÃO PRETO

2014

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.

Oliveira, Lilian Ribeiro de

Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade utilizando o IDSUS. Ribeirão Preto, 2014.

106 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Administração das Organizações

Orientadora: Passador, Cláudia Souza.

1. Políticas de saúde. 2. SUS. 3. Custo-efetividade. 4. IDSUS.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Lilian Ribeiro de Oliveira

Título: Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade utilizando o IDSUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão Corrigida. A original encontra-se disponível na FEA-RP/USP.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A meus pais, Hlio e Rose, com todo meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar perseverança e me iluminar em toda a minha caminhada.

À minha orientadora e amiga, Profa. Dra. Cláudia Souza Passador, por inúmeras conversas, trocas de ideias, ensinamentos, inspiração e contribuições; e por ser um exemplo de mulher batalhadora, determinada e sempre otimista!

Ao Prof. Dr. João Luiz Passador e à equipe do GPublic – Claudionei, Luna e Guilherme –, por sempre proporcionarem discussões acaloradas e emocionantes sobre os temas estudados.

Ao Prof. José Eduardo Ferreira Lopes, por toda a paciência e dedicação no apoio estatístico do trabalho.

Aos Professores José Simon Camelo Junior e Adriana Backx Noronha Viana, pelas grandes contribuições e sugestões na fase de qualificação deste trabalho.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação da FEA-RP/USP, em especial ao Matheus Carlos da Costa, sempre dispostos a colaborar em qualquer circunstância.

À Universidade de São Paulo, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao GPublic, pelo apoio financeiro durante esta etapa.

Aos meus pais, Hélio e Rose, por toda a dedicação, amor, carinho e incansável apoio em todas as fases da minha vida, pelo reconhecimento do meu esforço e por serem meus exemplos de integridade e dignidade.

Ao meu irmão, Felipe, e a minha cunhada, Jaqueline, pela amizade e apoio, além da torcida pelo meu sucesso.

A toda a minha família – avó, tios, primos –, sempre disposta a saber como estavam meus estudos.

Ao meu amigo e companheiro Jorge Simões, por toda a sua dedicação e amor, sempre disposto a me ajudar, revisar apresentações, me fortalecer nos dias difíceis e me acompanhar nesta jornada.

Aos meus novos e eternos amigos de Mestrado, em especial Mirna de Lima Medeiros e Manuela do Carmo Moreno, por todo o companheirismo e cumplicidade, presentes tanto na minha vida pessoal quanto profissional.

Aos meus amigos de longa data, Dayane, Samuel, Diléia, Tiago e Karina, por sempre me apoiarem e torcerem por mim.

Aos meus alunos, que me fizeram acreditar que posso transformar algo na vida deles e que me motivaram a continuar na vida acadêmica.

E a todas outras pessoas que participaram desta caminhada e me transformaram de alguma forma.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 196, 1988.

OLIVEIRA, L. R. **Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de custo-efetividade utilizando o IDSUS**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo universalista que existe atualmente no Brasil, encontra-se em posição de destaque dentre as políticas sociais vigentes. Num contexto de aumento de recursos e crescimento da demanda, o SUS constantemente sofre alterações que visam aumentar a qualidade, o acesso e a efetividade do serviço prestado; dessa forma, são necessários instrumentos para acompanhar seu desempenho. Não obstante, este trabalho versa em seu marco teórico sobre a trajetória do Sistema Único de Saúde e as avaliações de políticas públicas em saúde, visto que a incorporação de novas ferramentas é incontestavelmente importante para a produtividade do recurso destinado à saúde pública no Brasil – cada vez mais, a utilização de novas tecnologias e processos contribuirá para a adequada tomada de decisão dos gestores, melhores políticas públicas de saúde e um sistema verdadeiramente universal e funcional. Uma das novas ferramentas utilizadas pelo SUS é o IDSUS, que se propõe a medir o desempenho de cada município e região em relação ao acesso e à efetividade do sistema. O índice é composto por 24 indicadores, em que 14 medem o acesso à saúde e 10 se referem à efetividade do sistema. Oportunamente, para este trabalho utilizou-se como universo amostral o Grupo Homogêneo 2, divisão estabelecida pelo IDSUS para classificar os municípios de acordo com características similares de estrutura e condições de saúde. O grupo formado por 94 municípios do país foi analisado por meio de dados provenientes das bases do IDSUS e Siops, para o ano de 2011, e dados complementares do IBGE e PNUD. Após a estruturação dessas informações, procedeu-se à análise estatística descritiva e à análise de *clusters*, com o intuito de reagrupar os municípios semelhantes de acordo com as variáveis estabelecidas: nota do IDSUS, população e receita total em saúde *per capita*. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi propor um modelo de análise de custo-efetividade para comparar as notas alcançadas no IDSUS do Grupo Homogêneo 2, diante da nova configuração de agrupamento, com as respectivas receitas totais *per capita* destinadas à saúde pública, além de serem detalhadas as análises por bloco de financiamento, no total de cinco, de acordo com especificações do Ministério da Saúde. A análise de custo-efetividade foi escolhida pelo fato de, dentre as ferramentas de análise econômica, permitir mensurar tanto benefícios monetários quanto benefícios sociais. Mesmo com a divisão dos municípios por grupos homogêneos e após a utilização de variáveis como população e receita para reagrupá-los, os resultados evidenciaram que existem municípios que apresentam características heterogêneas. Outro achado encontra-se na utilização e no cruzamento de duas bases distintas (IDSUS e Siops), o que proporcionou a visualização sobre o impacto dos recursos em saúde no desempenho dos municípios; isso parece complementar a avaliação de desempenho já realizada. Além disso, a análise de custo-efetividade culminou na verificação de que não só o montante de recurso financeiro impacta no melhor desempenho, como também outras variáveis, a exemplo de população e formas de alocação do recurso nos blocos de financiamento. Espera-se que este trabalho sirva como uma ferramenta de consolidação de informações e tomadas de decisão para os gestores, posto que são observados não só os dados clínicos, mas também a efetividade na alocação dos recursos no sistema de saúde. Vislumbra-se a possibilidade de contribuição para a melhoria de instrumentos de avaliação já utilizados pelo SUS.

Palavras-chave: Políticas de saúde. SUS. Custo-efetividade. IDSUS.

OLIVEIRA, L. R. **Public Health in Brazil: a proposal for a cost-effectiveness evaluation model using IDSUS**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

ABSTRACT

The Public Health System (SUS), universalist model that currently exists in Brazil, is in a prominent position compared to the existing social politics. In a context of increased resources and demand, SUS is constantly changed toward to increase quality, access and effectiveness of the services; this way, tools are needed to monitor its performance. Nevertheless, the theoretical framework of this dissertation focus on SUS trajectory and the reviews of public health politics, as the incorporation of new tools is undeniably important to the funds productivity for public health in Brazil – the use of new technologies and processes will increasingly contribute to adequate decision making of managers, better public health politics and a truly universal and functional system. One of the new tools used by SUS is IDSUS, which purposes to measure the performance of each municipality and region in relation to access and effectiveness of the system. The index consists of 24 indicators: 14 measure access to health and 10 refer to the effectiveness of the system. The Homogeneous Group 2 was used as a sampling universe, division established by IDSUS to classify municipalities according to similar characteristics of structure and health conditions. The group formed by 94 municipalities in the country was analyzed using data from IDSUS and SIOPS bases, for the year 2011, and additional data from IBGE and PNUD. After structuring this information, it was carried to a descriptive statistical analysis and a cluster analysis in order to regroup similar municipalities in accordance with the established variables: IDSUS performance, population and total revenue in health *per capita*. Therefore, the aim of this study was to propose a model of cost-effectiveness to compare IDSUS performance achieved in Homogeneous Group 2, according to the new group setting, with its *per capita* total revenues for public health, besides the details of analyzes for finance package, totaling five, according to specifications of Ministry of Health. The cost-effectiveness was chosen because, among the economic analysis tools, it allows to measure both monetary and social benefits. Even with the division of municipalities by homogeneous groups and after the usage of variables such as population and income to regroup them, the results have shown there are municipalities with heterogeneous characteristics. Another finding is in use and intersection of two distinct bases (IDSUS and SIOPS), which provided visualizing the impact of health care resources in the performance of municipalities; it seems to complement the performance evaluation that was already made. Moreover, the cost-effectiveness culminated in the verification that not only the amount of financial resource impacts in better performance, but also other variables (population and ways of resource allocation in finance packages, for example). It is hoped that this work will serve as a tool to consolidate information and decision-making for managers, as not only the clinical data are observed, but also effectiveness in the resources allocation in the health system. It is seen the possibility of contributing to improve the assessment tools already used by SUS.

Keywords: Health politics. SUS. Cost-effectiveness. IDSUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Estruturação do Trabalho.....	24
Figura 2: Órgãos representativos do Sistema Único de Saúde.....	35
Figura 3: Estágios do ciclo político.....	43
Figura 4: Esquematização do Sistema de Avaliação do SUS.	49
Figura 5: Principais avaliações econômicas e seu objetivo.	52
Figura 6: Matriz de dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.	55
Figura 7: Modelo de Avaliação do Desempenho do SUS.....	56
Figura 8: Representação gráfica da composição dos indicadores que formam o IDSUS.	58
Figura 9: Resumo conceitual do IDSUS.	59
Figura 10: Distribuição dos municípios por Grupos Homogêneos.....	60
Figura 11: Modelo proposto de ACE detalhado.	65
Figura 12: Estruturação metodológica do trabalho.	65
Figura 13: Distribuição geográfica dos municípios do Grupo Homogêneo 2.....	67
Figura 14: Média e diagrama de caixa das notas do IDSUS.....	75
Figura 15: Média e diagrama de caixa da Receita Total em Saúde per capita.....	76
Figura 16: Média e diagrama de caixa da população.	76
Figura 17: Média e diagrama de caixa da Receita em Atenção Básica.....	77
Figura 18: Média e diagrama de caixa da Receita em Média e Alta Complexidade.	78
Figura 19: Média e diagrama de caixa da Receita em Vigilância em Saúde.	79
Figura 20: Média e diagrama de caixa da Receita em Assistência Farmacêutica.....	80
Figura 21: Média e diagrama de caixa da Receita em Gestão em Saúde.....	81
Figura 22: Análise de custo-efetividade para Receita total em Saúde per capita.	83
Figura 23: Análise de custo-efetividade para Receita em Atenção Básica per capita.	85
Figura 24: Análise de custo-efetividade para Receita em Média e Alta Complexidade per capita.....	86
Figura 25: Análise de custo-efetividade para Receita em Vigilância em Saúde per capita.	87
Figura 26: Análise de custo-efetividade para Receita em Assistência Farmacêutica per capita.	88
Figura 27: Análise de custo-efetividade para Receita em Gestão em Saúde per capita.....	89
Figura 28: Modelo proposto de ACE detalhado.	94

Quadro 1: O processo histórico da organização do setor da saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.	29
Quadro 2: Projetos difundidos pelo Movimento Sanitário.	31
Quadro 3: Mecanismos legais de regulação do SUS.	34
Quadro 4: Instrumentos de Planejamento do SUS.	36
Quadro 5: Base de vinculação de receitas de estados e municípios.	37
Quadro 6: Bloco de financiamento e ações de saúde.	39
Quadro 7: Definições de política pública.	42
Quadro 8: Definições de avaliação.	44
Quadro 9: Tipos de análises econômicas em saúde, de acordo com a medida de desfecho e a unidade de medida de cada estudo.	51
Quadro 10: Indicadores de Acesso e Efetividade do IDSUS.	57
Quadro 11: Distribuição dos municípios do Grupo Homogêneo 2 pelos clusters definidos. .	73
Quadro 12: Síntese dos resultados dos perfis dos agrupamentos.	82
Quadro 13: Síntese dos resultados para o modelo proposto de análise de custo-efetividade. .	91
Quadro 14: Síntese dos resultados gerais da pesquisa.	96

Tabela 1: Centros dos grupos de acordo com as variáveis analisadas.	64
Tabela 2: Municípios do Grupo Homogêneo 2 ordenados de acordo com a nota no IDSUS.	70
Tabela 3: Estatística descritiva da Receita em Saúde per capita dos Municípios.	70
Tabela 4: Estatística descritiva da população dos municípios.....	71
Tabela 5: Estatística descritiva da nota IDSUS dos municípios.....	71
Tabela 6: Número de municípios por cluster.	73
Tabela 7: Perfil dos municípios do Grupo Homogêneo 2, de acordo com o agrupamento.....	74
Tabela 8: Análise de custo-efetividade para Receita Total em Saúde per capita.	82
Tabela 9: Análise de custo-efetividade para Receita em Atenção Básica per capita.	84
Tabela 10: Análise de custo-efetividade para Receita em Média e Alta Complexidade per capita.....	86
Tabela 11: Análise de custo-efetividade para Receita em Vigilância em Saúde per capita....	87
Tabela 12: Análise de custo-efetividade para Receita em Assistência Farmacêutica per capita.	88
Tabela 13: Análise de custo-efetividade para Receita em Gestão em Saúde per capita.	89

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACE	Análise Custo-Efetividade
AIS	Ações Integradas de Saúde
AF	Assistência Farmacêutica
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
Cepal	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CISBi	Centro de Biologia Sistemática Integrada
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Clad	Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cosems	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados
CNPq	Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição sobre o Lucro Líquido
Datasus	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EC	Emenda Constitucional
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz

GH2	Grupo Homogêneo 2
GPublic	Centro de Estudos em Gestão e Políticas Públicas Contemporâneas
GS	Gestão em Saúde
Iapas	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Índice de Condições de Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IESSM	Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MAC	Atenção de Média e Alta Complexidade
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MOC	Projeto Montes Claros
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSS	Orçamento da Seguridade Social
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
Plus	Plano de Localização de Unidade de Serviços
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRO-ADESS	Projeto de Desenvolvimento de uma Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
QALY	<i>Quality Adjusted Life Year</i>

SBPS	Sistema Brasileiro de Proteção Social
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascido Vivo
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivo geral	22
1.2	Objetivos específicos	23
1.3	Justificativa da pesquisa	23
1.4	Estruturação do trabalho	24
2	A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	25
2.1	Perspectiva histórica das Políticas Públicas de Saúde no Brasil	25
2.2	Reforma Sanitária Brasileira	30
2.3	Sistema Único de Saúde (SUS)	32
2.3.1	Parâmetros legais	32
2.3.2	A organização e a gestão do SUS	34
2.3.3	O financiamento do SUS	36
2.3.4	Avanços e desafios para o SUS	40
3	AVALIAÇÕES EM POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS DE SAÚDE	42
3.1	Avaliações de desempenho em saúde	47
3.2	Avaliações econômicas em saúde	49
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	53
4.1	Primeira etapa – estudo do IDSUS	54
4.1.1	IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde	54
4.2	Segunda etapa – coleta e estruturação dos dados	59
4.2.1	Coleta de dados	59
4.2.2	Estruturação dos dados	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	67
5.1	Perfil dos agrupamentos	72
5.2	Análises de custo-efetividade (ACE)	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
6.1	Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros	95
6.2	Contribuições do estudo	95
7	REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção de políticas sociais perpassa primeiramente pelas políticas públicas, estas ainda sem uma única (ou melhor) definição; em linhas gerais, designam ações ou atividades do governo que influenciam a vida do cidadão na sociedade em que ele está inserido (SOUZA, 2006).

Elias (2004, p. 42) sintetiza essa definição tratando as políticas públicas como “[...] instrumentos para a atuação do Estado”¹. Ele considera, portanto, as políticas públicas como o “Estado em ação” (HOFLING, 2001 apud JOBERT; MULLER, 1987), em que a implantação do Estado se dá por meio de projetos, ações e programas voltados para a sociedade. Nesse entremeio, as políticas sociais referem-se às ações específicas do Estado, voltadas a garantir a proteção social, redistribuindo benefícios a fim de diminuir desigualdades existentes nas sociedades contemporâneas (HOFLING, 2001).

A trajetória das políticas de proteção social remete ao final da Segunda Guerra Mundial, período marcado por fortes turbulências entre capital e trabalho (FALEIROS, 1991; PIRES; DEMO, 2006; HOFLING, 2001). Faleiros (1991) argumenta que o modelo atual vigente é resultado das lutas entre as forças produtivas e as forças sociais, contribuindo simultaneamente para a reprodução das classes sociais. Enquanto isso, Behring (2006) associa a existência da proteção social ao capitalismo e a instauração de uma sociedade burguesa, porém ressaltando que o reconhecimento da questão social tardiamente realizada por parte dos capitalistas se relacionava ao aumento do poder político dos trabalhadores.

Nesse contexto, a expansão do capitalismo monopolista e as diversas crises econômicas colocaram em xeque a posição liberal anteriormente aceita de que o Estado deveria ser mínimo e o mercado, autorregulado; com isso, Keynes reavaliou os princípios do pensamento liberal a fim de propor alternativas à política econômica vigente (PAULA, 2005).

Diante dos constantes entraves entre capital e trabalho, a busca de uma equalização proporcionou o surgimento de um movimento contrário às práticas adotadas pelo capitalismo, o Estado de Bem-Estar ou *Welfare State*. De acordo com Matias-Pereira (2008, p. 47), esse tipo de Estado, “[...] que foi gerado para contrapor-se aos processos econômicos desumanizados, inflexíveis, onipotentes e onipresentes, é uma aspiração ao direito à equidade e um apelo para romper com as estruturas de mercado”.

---

¹ O presente trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema, mas sim situar as políticas sociais no bojo das políticas públicas. Para maior aprofundamento, consultar:

DUNN, W. N. **Public policy analysis: an introduction**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1994.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 12. ed. New Jersey: Prentice Hall, 2008.

EASTON, D. A. **A framework for political analysis**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

Portanto, o *Welfare State* atua como um mecanismo neutralizador dos desvios da modernidade, preconizando amplos sistemas de proteção social realizados por meio de políticas distributivas (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Contudo, a plena incorporação dos sistemas de proteção social se deu apenas em alguns países europeus, ao passo que, nas palavras de Matias-Pereira (2008), ainda com um sistema de proteção social amplo, o Brasil nunca alcançou um Estado de Bem-Estar no nível e nos moldes das nações europeias. Diferentemente de outros países do globo, em que o aumento dos gastos sociais foram associados ao excesso de paternalismo do *Welfare State*, no Brasil a chegada tardia do neoliberalismo possibilitou a inserção de direitos sociais à Constituição de 1988 (BEHRING, 2006).

As políticas de proteção social no Brasil, construídas até meados de 1970, apresentavam-se como um sistema de grandes dimensões organizacionalmente complexo, consumindo cerca de 15% do Produto Interno Bruto (PIB) e cobrindo boa parte da população, mas de modo desigual e insuficiente (DRAIBE, 2003). A partir de 1974, políticas mais abrangentes foram incorporadas, tais como: a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), responsável por distribuir recursos para o financiamento de programas sociais; e a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), relacionado à organização das ações dos diversos ministérios da área social (VIANNA, BAPTISTA, 2008).

Cardoso Jr. e Jaccoud (2005, p. 194) indicam que “[...] o conjunto de políticas e programas governamentais destinados à prestação de bens e serviços e à transferência de renda, com o objetivo de cobertura de riscos sociais, garantias de direitos sociais, equalização de oportunidades e enfrentamento das condições de destituição e pobreza”, forma um Sistema Brasileiro de Proteção Social (SBPS), o qual apresenta ações nas áreas de previdência e assistência, trabalho, alimentação, saúde, educação, habitação e saneamento (CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005). De acordo com Cardoso Jr. e Jaccoud (2005), apenas se tornaram políticas sociais de escopo universal no Brasil a educação fundamental e a saúde, ambas sem condicionantes de acesso, baseadas na cidadania.

Anteriormente à Constituição de 1988, algumas políticas sociais pontuais tiveram destaque no cenário nacional em relação ao direito do cidadão ao acesso à saúde. Médici (1992) pontua que a primeira fase foi a assistencialista, sendo a saúde parte integrante de outras políticas sociais; posteriormente, foi utilizado o molde previdencialista, restringindo os direitos aos trabalhadores formais; e só a partir do século XX que se desvinculou a saúde de outras políticas sociais, proporcionando à população atendimento amplo, mas ainda desigual.

Sendo assim, uma das grandes conquistas dos brasileiros ainda no século XX foi a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que dispõe dentre outros assuntos, o direito social como fator de cidadania. Entende-se por cidadania a inclusão de todos os indivíduos que compartilham cultura, crenças, direitos e deveres, a uma determinada comunidade política nacional (FLEURY; OUVENEY, 2008). No intuito de garantir a cidadania, o texto constitucional trouxe mecanismos amplos de proteção social, por vezes tratado como heterogêneo, desigual e ineficaz, porém dotado de instituições, recursos humanos e recursos estáveis (CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005).

A partir dos direitos adquiridos na chamada Constituição Cidadã, a política social de saúde instaurada no país foi o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade, a equidade na assistência, a participação da comunidade e a descentralização do comando único. O SUS também é uma política que envolve todos os entes da federação, delegando obrigações de prestação de serviços, fiscalização e financiamento a estados, municípios e ao Distrito Federal.

Atualmente, o SUS beneficia mais de 190 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 75% dessa população dependem exclusivamente do serviço de saúde público (BRASIL, 2013). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a rede conta com 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações.

As novas garantias de proteção social formalizadas na Constituição não foram suficientes para tornar o sistema de saúde homogêneo. Nesse sentido, a conjuntura política de redemocratização e a crise fiscal contribuíram para forte turbulência experimentada na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), dificultando o cumprimento de suas diretrizes (PIRES; DEMO, 2006; MENICUCCI, 2010).

Diante de toda a grandeza e as dificuldades apresentadas, o SUS consolida-se após 25 anos como uma política pública social de saúde no Brasil, buscando atingir os princípios fundamentais outrora garantidos na Constituição de 1988. Portanto, a avaliação do SUS torna-se fundamental, assim como a avaliação de outras políticas públicas, a fim de mensurar os níveis de atendimento das dimensões de eficiência, eficácia e efetividade do sistema.

Dentre as avaliações realizadas no âmbito do SUS destacam-se as avaliações de desempenho e as avaliações econômicas em saúde. A avaliação do desempenho se

correlaciona com o aumento de qualidade e o monitoramento das ações de saúde, buscando atender aos princípios levantados de eficiência, eficácia e efetividade, bem como as necessidades de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), além de proporcionar o controle e o melhor uso do recurso destinado (COSTA; CASTANHAR, 2003; FERRAZ, 2010).

Nesse contexto se insere o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), indicador síntese que apresenta o cumprimento das diretrizes propostas na criação do SUS e mede a distância entre o SUS “real” e o “ideal” (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; IDSUS, 2011). O índice, relativamente novo, com divulgação em março de 2012, é um conjunto de 24 indicadores que medem o acesso aos serviços de saúde e a efetividade desse sistema, sendo uma fotografia do sistema público de saúde brasileiro em anos anteriores (triênio 2007-2010) que se apresenta como uma representação da condição de saúde em todos os municípios do país.

Tal método oferece resultados para a totalidade de municípios do país, sendo que estes foram divididos em grupos homogêneos, segundo classificação do IDSUS. Os grupos homogêneos são necessários devido à grande heterogeneidade das condições sociais, econômicas e populacionais dos municípios brasileiros. Assim, os municípios foram agrupados de acordo com características semelhantes, o que facilita a comparação entre eles (IDSUS, 2011). Para o estudo, o universo de pesquisa escolhido é o Grupo Homogêneo 2, formado por 94 municípios das diversas regiões brasileiras, que se caracterizam por ter alto desenvolvimento socioeconômico, médias condições de saúde e média estrutura de atendimento de média e alta complexidade. A justificativa da escolha do grupo e o detalhamento da classificação dos municípios feita pelo IDSUS serão tratados adiante, nos aspectos metodológicos.

Para além das avaliações de desempenho já realizadas, o cenário de recursos escassos e o aumento da demanda, verifica-se também a importância da avaliação econômica em saúde, que consiste em analisar duas ou mais estratégias ou intervenções em saúde comparando custos e benefícios alcançados (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; FERRAZ, 2010; RIBEIRO; POLANCZYK, 2005; HEYLAND et al., 1999).

Existem quatro tipos básicos de análise econômica em saúde, de acordo com Drummond, Stoddart e Torrance (1987): custo-minimização, custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade. O custo-minimização é o mais simples dentre eles, pois observa apenas o menor custo entre duas alternativas; o custo-benefício relaciona tanto custos quanto

benefícios monetários, e compara duas alternativas; em relação ao custo-efetividade, ele computa não só benefícios monetários, mas também benefícios sociais; por fim, tem-se a análise de custo-utilidade, a mais refinada dentre todas, pois compara não só custos e benefícios, mas também a percepção de qualidade de vida dos pacientes (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; CAMELO JR. et al., 2011; BRASIL, 2008). Dentre as mais utilizadas estão custo-efetividade e custo-utilidade, por englobarem tanto benefícios monetários como clínicos.

Observa-se no Brasil a utilização, ainda de forma tímida, da análise de custo-efetividade, realizada pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit). É importante perceber a oportunidade de mensurar tanto os benefícios financeiros como os sociais, em oposição à unidade de desfecho de outras análises, como é o caso do custo-benefício e do custo-minimização. Todavia, a análise de custo-efetividade é empregada na comparação entre duas estratégias geralmente competitivas entre si, para se alcançar a meta estabelecida (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008, KRAUSS-SILVA, 2003; WHO, 2003).

Enfatiza-se que o estudo proposto tenciona propor um modelo de análise de custo-efetividade da política pública de saúde atualmente vigente no país. Para isso, são observadas as receitas em saúde (custo) por meio do banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e as notas alcançadas no IDSUS (efetividade), tendo como resultado o possível impacto produzido pelo recurso na nota alcançada.

A proposta desse modelo de análise de custo-efetividade se justifica por ser diferente da adotada pelas avaliações econômicas em saúde, as quais estabelecem que sejam comparados dois cenários, computando outras variáveis econômicas na análise. Pode-se dizer que esse modelo busca a comparação das relações entre receita em saúde e notas do IDSUS, com vistas a concatenar duas bases de dados distintas e gerar uma avaliação consolidada.

Diante dos pontos acima explanados, a pergunta de pesquisa deste estudo é: **Como a análise de custo-efetividade pode contribuir para a melhor alocação dos recursos em saúde pública diante do desempenho dos municípios apresentados no IDSUS?**

1.1 Objetivo geral

Diante da breve contextualização da pesquisa acima exposta, e de acordo com o suporte teórico dos próximos capítulos, o esforço de pesquisa visa **construir um modelo de avaliação de custo-efetividade a partir das análises das relações entre o desempenho dos**

municípios brasileiros do Grupo Homogêneo 2, do IDSUS, e as receitas *per capita* em saúde.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar o processo histórico das políticas sociais no Brasil, especialmente as políticas de saúde;
- Identificar os modelos de avaliação de desempenho realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde e descrevê-los;
- Identificar os modelos de avaliação econômica em saúde realizados no Sistema Único de Saúde e descrevê-los;
- Considerar e propor reflexões ao modelo de avaliação de desempenho do SUS (IDSUS), utilizando a análise de custo-efetividade.

1.3 Justificativa da Pesquisa

A presente pesquisa aborda assuntos altamente relevantes ao processo de construção de uma sociedade democrática brasileira, visto que a saúde é uma política pública social garantida a todos os cidadãos por meio da Constituição Federal. Esta, por sua vez, tem por princípios a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade.

De fato, a busca por mecanismos que avaliem a execução das ações de saúde pública é relevante para a melhoria e o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde. Não obstante, o estudo dos novos índices apresentados pelo governo torna-se essencial para o desenvolvimento da metodologia e a evolução das atividades de avaliação, proporcionando aos gestores dados concretos, reais e aplicáveis.

O trabalho também se alinha aos estudos do Centro de Estudos e Gestão de Políticas Públicas Contemporâneas (GPublic) e do Centro de Biologia Sistêmica Integrada (CISBi), ambos vinculados à Universidade de São Paulo (USP) e que realizam pesquisas voltadas a contribuir com as políticas de saúde vigentes.

Nesses termos, o estudo é parte integrante do projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulado *Saúde Pública no Brasil: proposta de um modelo de avaliação de efetividade do sistema utilizando o IDSUS* e coordenado pela Profa. Dra. Cláudia Souza Passador (FEA-RP/USP).

1.4 Estruturação do trabalho

Diante da explanação introdutória do trabalho e da justificativa de pesquisa presente no capítulo 1, o capítulo 2 trata dos assuntos relacionados à trajetória da saúde pública no país, bem como à implantação do Sistema Único de Saúde e aos seus desdobramentos.

Em seguida, o capítulo 3 aborda as formas de avaliação de políticas públicas sociais em saúde no Brasil e os seus desdobramentos. Posteriormente, o capítulo 4 destina-se a descrever os aspectos metodológicos adotados na pesquisa, e o capítulo 5 se propõe a discutir os resultados encontrados. Por fim, tem-se o capítulo 6, com as considerações e os apontamentos finais, e o capítulo 7, que apresenta a bibliografia utilizada na pesquisa. Pode-se observar, na Figura 1, a estruturação do trabalho conforme a condução e realização da pesquisa.

Figura 1: Estruturação do Trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste capítulo serão abordados temas relacionados ao histórico das políticas públicas de saúde, bem como à trajetória de consolidação do sistema público de saúde no Brasil.

2.1 Perspectiva histórica das Políticas Públicas de Saúde no Brasil

No Brasil, o acesso à saúde pública como fator de cidadania foi estabelecido apenas em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, e passou então a ser tratado como um direito do cidadão brasileiro (BRASIL, 2011; FINKELMAN, 2002; KAJIURA, 2011; NUNES et al., 2010; SANTOS et al., 2011). Isso ocorreu por meio do Art. 196 (BRASIL, 1988), que descreve: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para além do texto constitucional atualmente vigente, o conhecimento histórico da formação do atual sistema de saúde é imprescindível para sua compreensão. Com isso, é necessária a retomada dos predecessores relacionados à construção da política de saúde no país.

O ano de 1808, marcado pela vinda da Coroa portuguesa ao Brasil, trouxe intervenções do império à vida sanitária do país (ELIAS, 2004; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Instituições públicas foram criadas com o intuito de verificar o exercício da medicina e garantir a salubridade da corte (MACHADO et al., 1978; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Porém, ações governamentais eram centralizadas na capital do império, a cidade do Rio de Janeiro, deixando as atividades de saúde nas demais regiões do país a cargo das câmaras municipais (BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse entremeio, os serviços de saúde se estenderam até o final do império, sem grandes ações sanitárias, dividindo-se, entre delegações sanitárias, aos poderes locais e à fiscalização dos portos (MACHADO et al., 1978; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008), e no período republicano começa a serem delineadas ações mais efetivas da intervenção do Estado na saúde pública do país. Então, a Constituição de 1891 transfere aos estados a responsabilidade das ações de saúde, saneamento e educação (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Movimentos para o controle de epidemias, que assolavam as regiões portuárias do Brasil, constavam como principais atividades da época, fato considerado propulsor para a

criação de duas importantes instâncias governamentais no país: o Instituto Soroterápico Federal (atualmente Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro) e o Instituto Butantan, em São Paulo, ambos responsáveis pela produção de soros e vacinas (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Posteriormente, durante as décadas de 1920 e 1930, houve sinais de movimentos sanitários, liderados por médicos higienistas, que culminam na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), caracterizado pela centralização das ações e ainda intrinsecamente relacionado às crises sanitárias (BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Em relação às medidas de proteção social, um importante marco é estabelecido em 1923: a Lei n. 4.682, de 24 de janeiro, de autoria do deputado Eloy Chaves, estabeleceu a criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que englobavam assistência médica, pensões e aposentadorias aos trabalhadores formais e seus dependentes, de algumas classes operárias, tais como a ferroviária e a marítima (FINKELMAN, 2002; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, PAIM et al., 2011). Verifica-se, no entanto, a segmentação e restrição da ação pública que vincula os direitos sociais dos indivíduos à sua inserção no mercado formal de trabalho, excluindo segmentos da população e privilegiando os centros urbanos na chamada cidadania regulada (COHN, 1995; FINKELMAN, 2002; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, PAIM et al., 2011).

A partir da década de 1930, Era Vargas, assiste-se a uma expansão do sistema de proteção social previdenciário, ainda que vinculado a segmentos estratégicos do projeto Getulista, por meio da ampliação das CAPs e da posterior centralização destas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), abarcando a maioria dos trabalhadores formais urbanos (GERSCHMAN; SANTOS, 2006; FINKELMAN, 2002; PAIM et al., 2011; ELIAS, 2004; BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

No que tange ao desenvolvimento da saúde pública na Era Vargas, institui-se o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), responsável pela saúde das pessoas consideradas pré-cidadãos, ou seja, não contemplados por ações previdenciárias dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Eram incluídos pobres, desempregados, trabalhadores informais, idosos e crianças (BRASIL, 2007a; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ressalta-se também a origem da dicotomia existente entre saúde pública e assistência médica. A focalização nas medidas de cunho previdenciário voltadas ao atendimento médico individual superou bastante as ações de saúde pública coletiva, marcando profundamente o

sistema de proteção social de saúde no Brasil (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Com o fim da Era Vargas e o início de uma breve experiência democrática vivida até 1964, a saúde pública utilizava o aparato criado no governo anterior, com a centralização de múltiplos programas e serviços verticalizados, voltados às campanhas e ações sanitárias (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Os autores salientam que, “ainda que com limites, os rumos da saúde pública e da assistência médicas foram debatidos e decididos, pela primeira vez, em um ambiente mais democrático” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 46).

Os problemas de saúde eram relacionados à pobreza e à doença, resultado do subdesenvolvimento do país, e estavam frequentemente subordinados ao projeto maior de progresso e crescimento da nação. Concomitantemente, ações de saúde voltavam-se à salubridade da força de trabalho, ao combate de endemias nas zonas rurais e à tuberculose (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

No campo político, a Constituição de 1946 incorporou novos delineamentos para a prática previdenciária, aumentando os direitos dos trabalhadores e focalizando, sobretudo, a assistência sanitária, médica e hospitalar, mas privilegiando ações individuais de saúde. Outro importante marco contemporâneo foi a desvinculação entre saúde pública e educação com a criação, em 1953, do Ministério da Saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Durante a ditadura militar instaurada no Brasil de 1964 a 1985, o Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pelo eixo central na previdência social com maior vigor financeiro, além do aumento da burocratização e centralização de ações e programas de saúde (COHN, 1995; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nesse período, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram convergidos ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão governamental responsável por gerir aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores formais. Percebe-se, portanto, a exclusão de grande parte da população brasileira, formada por trabalhadores rurais, informais e outros segmentos populacionais marginais, que encontravam algum tipo de cuidado apenas nos serviços de saúde filantrópicos, como as Santas Casas, ou, mediante pagamento, em clínicas privadas (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nota-se também, a partir da década de 1970, o aumento na assistência médica privada, capitalizada pelo INPS, a partir da compra de serviços médicos e hospitalares, especialmente nos centros urbanos. Vale salientar que o INPS financiou, a fundo perdido, empresas que pretendessem construir hospitais privados, contribuindo para a mercantilização da saúde e o

acúmulo financeiro para o setor (COHN, 1995; CARDOSO JR.; JACCOUD, 2005; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; PAIM et al., 2011; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). De 1974 a 1976, o INPS se desdobra em três institutos: Administração da Previdência e Assistência Social (Iapas); INPS (mantido); e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), órgão responsável pelas ações individuais curativas de atendimento à saúde (MELAMED, 2011).

Finkelman (2002, p. 246) arrazoa que, nos últimos anos do governo militar, “[...] repercutiam sobre a saúde os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país, com especial repercussão no financiamento do Estado”. A população empobrecia nos grandes centros, o desemprego era crescente, havia aumento da violência e a mortalidade infantil expunha a fragilidade do modelo previdenciário adotado até então; por conseguinte, movimentos em prol do aspecto social tornaram-se cada vez mais frequentes, reivindicando melhores condições de saúde para a população (BRASIL, 2007a; FINKELMAN, 2002; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para concluir a breve explanação histórica sobre a saúde pública no Brasil até o final do regime autoritário e relacioná-la à próxima etapa de reformulação do sistema de saúde brasileiro, o Quadro 1 estrutura os principais fatos ocorridos desde o colonialismo até o final do período ditatorial, como é possível ver a seguir:

Fase histórica	Contexto político	Sistema de saúde	Autores
Colonialismo português (1500-1822)	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI • Criação de Santas Casas • Organização sanitária incipiente	Singer; Campos (1978) ²
Império (1822-1889)	Centralismo político e sistema de coronelismo	• Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária • Administração de saúde centrada nos municípios • Criação de instituições de controle sanitário de portos e epidemias	Machado et al. (1978)
República Velha (1889- 1930)	Estado liberal oligárquico, revoltas militares e emergências das questões sociais	• Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP, 1897) • Reformas das competências da DGSP (1907) • Caixas de Aposentadorias e	Braga; Paula (1981) ³

² SINGER, P.; CAMPOS, O. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

³ BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes; Hucitec, 1981.

		Pensão (Lei Eloy Chaves, 1923) • Dicotomia entre saúde pública e previdência social	
Ditadura Vargas (1930-1945)	“Estado Novo” – Estado autoritário, identificado como nazifascismo	• Saúde pública institucionalizada pelo Ministério de Educação e Saúde Pública • Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose • Institutos de Aposentadoria e Pensão estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos formais	Fonseca (2007) ⁴
Instabilidade Democrática (1945-1964)	Governos liberais e populistas	• Criação do Ministério da Saúde (1953) • Expansão da assistência hospitalar • Surgimento de empresas de saúde	Donnangelo (1975) ⁵
Ditadura Militar (1964-1985)	Golpe militar (1964) Reforma administrativa (1966) Crise política (eleições de 1974) Abertura política lenta, segura e gradual (1974-1979) Liberalização	• Institutos de Aposentadoria e Pensão unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) • Privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966) • Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1977) • Centralização do sistema de saúde e fragmentação institucional, beneficiando o setor privado • INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura	Escorel (2008)

Quadro 1: O processo histórico da organização do setor da saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.

Fonte: Adaptado de Paim et al. (2011, p. 16-17).

O descontentamento de grande parte da população e a mobilização dos atores sociais geraram um contexto de grande efervescência. Com isso, surgiu um movimento de reforma da

⁴ FONSECA, C. M. O. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

⁵ DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

saúde formado, principalmente, por médicos, acadêmicos e cientistas, o qual será brevemente descrito na próxima seção.

2.2 Reforma Sanitária Brasileira

A Reforma Sanitária Brasileira tem por base a instituição dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas universidades brasileiras, obrigatório nas faculdades de medicina desde a reforma universitária em 1968 (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Nesses centros de pesquisa desenvolveram-se os ideais reformistas, em que pesquisadores objetivaram conciliar a pesquisa ao desenvolvimento do campo de atuação política, mobilizados em conjunto com a sociedade civil em prol da redemocratização do país, e, conseqüentemente, da saúde pública (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; DÂMASO, 1989). Como afirma Martins (1996, p. 70):

O Movimento Sanitário surge como expressão de um processo interno das instituições de Saúde, incluindo as formadoras de recursos humanos, principalmente as de pós-graduação, envolvendo diversas associações e profissionais de todas as categorias, inseridos em órgãos governamentais e privados.

Paralelamente à movimentação política nos centros de pesquisa no Brasil, na América Latina pode ser constatada uma constante crítica aos métodos de cuidado praticados até então— abre-se espaço à saúde da comunidade, com ações de promoção à saúde, em oposição à medicalização proposta pela prática médica vigente (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Para a articulação política decorrente da mudança do conceito de saúde, os principais atores utilizaram locais institucionais para o debate e a elaboração de propostas relacionadas a um novo modelo a ser adotado no país. Dentre os principais se destacam a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, oriundo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP); e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979 (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nesses espaços entrou em cena a participação civil, no debate de alternativas ao modelo de políticas de saúde adotadas no governo militar. Entre as questões em discussão estavam a melhoria na condição de vida e de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; o acesso, a integralidade e a equidade na prestação do serviço sob a responsabilidade estatal; e a descentralização da responsabilidade por ações e serviços de saúde (FINKELMAN, 2002; SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Ainda que tais

aspectos, como afirma Escorel, Nascimento, Edler (2005), sejam relacionados a uma luta surda, alguns projetos do Movimento Sanitário tomaram corpo e serviram como modelos para o sistema de saúde, como pode ser verificado no Quadro 2:

Projetos	Principais características	Autores
Plano de Localização de Unidade de Serviços (PLUS)	Conceito de universalização do acesso, com programação dos serviços disponíveis e distribuição racional dos serviços existentes em uma região.	Finkelman, 2002; Escorel; Nascimento; Edler, 2005
Projeto Montes Claros (MOC)	Prática de conceitos como regionalização, hierarquização, administração democrática, integralidade e participação popular.	
Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass)	Atuação principalmente na região Nordeste, formada por minipostos de saúde e ações de saneamento.	
Prev-Saúde	Hierarquização das formas de atendimento e regionalização por áreas e populações definidas.	
Ações Integradas de Saúde (AIS)	Fortalecimento da rede ambulatorial, contratação de recursos humanos e articulação dos serviços públicos municipais.	

Quadro 2: Projetos difundidos pelo Movimento Sanitário.

Fonte: Elaborado pela autora.

A construção sólida de ações envolvendo o movimento sanitário proporcionou aos reformistas cargos em posições-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Essas alianças se fortaleceram e culminaram, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a participação de outros atores, sendo que, ao contrário das sete edições anteriores de caráter eminentemente técnico, foi aprovado o conceito de saúde como direito social do cidadão, além de terem sido criadas as bases para as estratégias do SUS (FINKELMAN, 2002; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; PAIM et al., 2011).

Nesse entremeio, para deliberar sobre a operacionalização e a constituição de um arcabouço constitucional para o modelo proposto na Conferência, o Ministério da Saúde convocou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (BRASIL, 2007a apud CORDEIRO, 2004). A comissão então formada participou da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), garantindo a aprovação da Reforma Sanitária Brasileira. Já em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, os princípios reformistas podem ser notados no Título VIII – Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social (BRASIL, 1988; FINKELMAN, 2002).

A seguir são observadas as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

Nesta seção são estabelecidas a discriminação dos itens que compõem o texto constitucional, vinculados à saúde pública, e a apresentação referente à estruturação do Sistema Único de Saúde.

2.3.1 Parâmetros legais

Retomando a promulgação da Constituição Federal e o direito à saúde para toda a população, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que transforma o acesso à saúde em universal. Ele deve estar presente em todas as Unidades da Federação com atendimento igualitário e amplo, desde o atendimento ambulatorial até aos de alta complexidade, de forma gratuita a toda a população (BRASIL, 2011).

O SUS é um sistema que engloba todos os estados e municípios do Brasil, e, de acordo com o Art. 198 da Constituição Federal:

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: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

A implementação do SUS vigora a partir de 1990, com a Lei n. 8.080, de 19 de setembro (Lei Orgânica da Saúde), que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990a). Em seu artigo 4º estabelece que o conjunto de “[...] ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Pode-se verificar, no § 2º, que a iniciativa privada pode participar em caráter complementar (BRASIL, 1990a), ao passo que o Art. 7º corrobora com o Art. 198 da CF, além de estabelecer outros princípios, dentre os quais:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- Participação da comunidade;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.

Complementar a esse dispositivo legislativo, a Lei n. 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” (BRASIL, 1990b). De maneira sucinta, dentre outros aspectos, as leis supracitadas visam à operacionalização, à organização, à gestão e ao financiamento do sistema de saúde.

Ademais, outros mecanismos legais fazem a regulação do sistema de descentralização, atribuem funções e organizam a forma dos repasses financeiros no SUS. Esses mecanismos podem ser observados no Quadro 3, visto que são de grande importância para complementação das Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990, em relação à normatização e à operacionalização do sistema (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Mecanismo legal	Principais características
Norma Operacional Básica (NOB – 01/1991)	Promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, mas estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos.
Norma Operacional Básica (NOB – 01/1992)	Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e a avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e a produtividade e qualidade no SUS.
Norma Operacional Básica (NOB – 01/1993)	Sistematiza o processo de descentralização da gestão de serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos estados e municípios e, conseqüentemente, do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios (Incipiente, Parcial e Semiplena) e duas para os estados (Parcial e Semiplena), além das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), como foros permanentes de negociação e deliberações.
Norma Operacional Básica (NOB – 01/1996)	Promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/2001)	Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o

	fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.
Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 01/2002)	Atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/2001, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002.
Pacto pela Vida (2006)	Consolida processos como a importância da regionalização, dos instrumentos de planejamento e programação, além da reorganização dos processos de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados.

Quadro 3: Mecanismos legais de regulação do SUS.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Ministério da Saúde (2013); Brasil (2007a).

Configura-se, assim, um amplo aparato legal e institucional, possibilitando a organização e gestão da complexa rede de saúde idealizada na reforma sanitária, posteriormente materializada no texto constitucional. Diante do exposto, a próxima seção busca o entendimento da organização e gestão do Sistema Único de Saúde.

2.3.2 A Organização e a Gestão do SUS

No tocante à organização e à gestão do Sistema Único de Saúde, são premissas básicas assumidas na Constituição a descentralização da administração, com comando único em cada esfera de governo; a administração democrática; e a participação da sociedade civil (BRASIL, 2007a).

Ao passo que a premissa basilar do SUS é a descentralização, importante forma de atender universalmente toda a população e de administrar um complexo conjunto de atores, a estrutura desenvolve-se englobando as três esferas de governo (PAIM et al., 2011). O Ministério da Saúde é o principal responsável pela estratégia nacional, por meio do planejamento, do controle e da avaliação das políticas públicas implantadas, descentralizando o sistema (BRASIL, 2011; FINKELMAN, 2002; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). No entanto, cabe aos estados seguirem as diretrizes estabelecidas a nível federal, além de formularem suas próprias políticas e contribuírem no financiamento, no planejamento, no controle e na avaliação do Sistema Único de Saúde em suas regiões; por fim, aos municípios cabe a missão de seguir as diretrizes nacionais e estaduais, planejar, organizar, controlar, avaliar e financiar o sistema na esfera municipal (BRASIL, 2011; FINKELMAN, 2002; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Convém destacar outras instâncias representativas que envolvem tanto os gestores governamentais quanto os técnicos e profissionais do sistema, além da sociedade civil, de

acordo com o Art. 198 da CF (BRASIL, 1988), no que se refere à participação da comunidade. Esses colegiados são: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados (Cosems); Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde.

Para a deliberação, foram instituídas instâncias de pactuação, com a participação de todos os atores visando o planejamento, a negociação e a implementação das ações de saúde pública, utilizando como critério de decisão o consenso para validar o debate e o envolvimento das partes (BRASIL, 2007a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008): a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), atuante de forma nacional, é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems; e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), formada por representantes do governo estadual e do Cosems (BRASIL, 2007a; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Na Figura 2, é possível verificar como todos os órgãos interagem e a hierarquia existente entre eles.

Figura 2: Órgãos representativos do Sistema Único de Saúde.
Fonte: Noronha; Lima; Machado (2008, p. 444).

Ainda que o sistema se organize para a participação da população, o controle social apresenta baixo poder de decisão, posto que as principais decisões são tomadas em comissões de exclusiva participação de secretários de saúde e representantes do governo (LABRA, 1999 apud GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Tendo em vista a complexidade da organização e gestão do SUS, para o planejamento descentralizado, porém hierarquizado, o Estado lança mão de instrumentos para racionalizar a ação dos gestores (BRASIL, 2007a). Os principais instrumentos para o planejamento do sistema são apresentados no Quadro 4.

Instrumento	Atribuições
Plano de Saúde	Análise situacional que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados em quatro anos expressos em objetivos, diretrizes e metas.
Programação Anual de Saúde	Operacionalização do Plano de Saúde.
Relatório Anual de Gestão	Documento que apresenta os resultados obtidos na programação anual de saúde.
Plano Diretor de Regionalização	Apresentação dos resultados do processo de regionalização, referentes às regiões e macrorregiões de saúde.
Plano Diretor de Investimento	Plano que atende às prioridades identificadas por meio da citação de fontes de recursos e apresentação de cronograma de execução.

Quadro 4: Instrumentos de Planejamento do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Brasil (2009); Brasil (2007a).

2.3.3 O Financiamento do SUS

O financiamento público de saúde no Brasil historicamente é considerado um dos gargalos do sistema, em que se verifica, desde a implantação do SUS, em 1990, e a Lei 8.080/1990, a crise de financiamento enfrentada pelo setor da saúde. É importante salientar que tal crise está vinculada mais fortemente com as políticas de ajustes fiscal adotadas durante toda a década de 1990, em que se seguia o receituário neoliberal, privatizando setores de atuação pública e diminuindo drasticamente o orçamento das políticas sociais (UGÁ; MARQUES, 2005; MELAMED, 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; FINKELMAN, 2002).

O Art. 198 (BRASIL, 1988), em seu § 1º, dispõe que o sistema único de saúde deve ser financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) – do montante total, cerca de 30% devem ser destinados à saúde (UGÁ; MARQUES, 2005). A composição do orçamento da seguridade social é baseada em impostos ligados ao mercado formal de trabalho, por meio de contribuições sobre a folha de salários (paga por empresas e trabalhadores), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL), do PIS/Pasep, da Contribuição Provisória sobre

Movimentação Financeira (CPMF, vigente de 1997 a 2007) e de impostos gerais da união (UGÁ; MARQUES, 2005; UGÁ; PORTO, 2008; SERVO et al., 2011).

É competência da União, dos estados e dos municípios o financiamento do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 (EC 29) – tal financiamento foi dividido às três esferas de governo (SERVO et al., 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006). Porém, o principal financiador do modelo universal da saúde no Brasil é a União, sendo que a gestão dos recursos é papel do município, que aloca os recursos disponíveis de acordo com as necessidades da população. O investimento em saúde deve variar de acordo com a variação do PIB daquele ano, e cabe aos estados e municípios aplicar de 12 a 15%, respectivamente, de sua receita em saúde pública.

A base de vinculação das receitas dos estados e municípios, em cumprimento da Emenda Constitucional n. 29, estão relacionadas no Quadro 5.

Receitas de impostos estaduais	ICMS – Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e de Comunicação IPVA – Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores ITCMD – Imposto sobre Transmissão <i>Causa Mortis</i> e Doação de Bens e Direitos
Receitas de impostos municipais	IPTU – Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis Intervivos
Receitas de impostos transferidos pela União aos estados	FPE – Fundo de Participação dos Estados e do DF IRRF – Imposto de Renda Retido na Fonte IPI Exportação – Imposto sobre Produtos Industrializados Exportados ICMS Exportação – (Lei Kandir) – Lei Complementar n. 87/1996
Receitas de impostos transferidos pela União aos municípios	ITR – Imposto Territorial Rural FPM – Fundo de Participação dos Municípios IRRF, ICMS, IPVA, IPI Exportação, ICMS Exportação

Quadro 5: Base de vinculação de receitas de estados e municípios.

Fonte: Adaptado de Ugá e Porto (2005 apud UGÁ; SANTOS, 2005).

De acordo com Servo et al. (2011), a participação de estados e municípios no financiamento do SUS garantiu um aumento de repasse de recurso na ordem de 195%, passando de R\$ 26 bilhões em 2000 para R\$ 76,7 bilhões em 2010. Complementarmente a esse aporte financeiro, o SUS recebeu cerca de R\$ 23,3 bilhões da União; portanto, o orçamento total para saúde pública evoluiu de R\$ 64,8 bilhões, em 2000 para 138,7 bilhões, em 2010. Para os autores citados, tal fato demonstrou a importância da Emenda Constitucional n. 29 para o aumento de recursos da saúde no Brasil.

Outro fator importante que possibilitou a transparência e o comprometimento dos entes federados com o financiamento do sistema foi a implantação, em 1999, do Sistema de

Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), instrumento garantidor do acompanhamento e da análise das receitas e despesas do setor, proporcionando o detalhamento das despesas por tipo e forma de alocação (BRITO E SILVA et al., 2010).

Diante da implantação do sistema de informação do Pacto pela Saúde (2006), em janeiro de 2007 a Portaria n. 204 do Ministério da Saúde regulamentou “[...] o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle” (BRASIL, 2007b). O artigo 4º dessa portaria estabelece os seguintes blocos de financiamento (BRASIL, 2007b):

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica; e
- Gestão do SUS.

Dessa forma, pode-se verificar, no Quadro 6, o resumo das ações atendidas por cada bloco de financiamento, de acordo com instruções da Portaria n. 204, de 2007 (BRASIL, 2007b).

Bloco de financiamento	Destinação ao financiamento de ações
Atenção Básica	Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros
	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso da Atenção Básica
	Atenção à Saúde Bucal
	Expansão e consolidação da Saúde da Família
	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	Serviço de Atenção à Saúde da População do Sistema Penitenciário Nacional
	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
Média e Alta Complexidade	Atenção à Saúde da População nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/Avançada
	Atenção à Saúde Bucal
	Atenção à Saúde do Trabalhador
Vigilância em Saúde	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	Modernização do Sistema de Vigilância em Saúde
	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação – HIV/Aids
	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal, habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária

	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário
	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	Vigilância Sanitária de Produtos
Assistência Farmacêutica	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) para Assistência Farmacêutica Básica
	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
Gestão do SUS	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
	Cartão Nacional de Saúde
	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	Fomento a estudos sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	Cooperação técnica para qualificação da atenção à saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios
	Formação de profissionais técnicos de saúde
	Serviço civil profissional em saúde
	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação <i>stricto e lato sensu</i>
	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
	Gestão e Administração do Programa
	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
	Controle Social no Sistema Único de Saúde
	Ouvidoria Nacional de Saúde
	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de auditoria

Quadro 6: Bloco de financiamento e ações de saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil (2007b).

Os blocos de financiamento garantiram a transferência automática de recursos de acordo com as necessidades e especificidades de cada município, sendo que, para Dain (2007, p. 1859), “[...] essa medida pode reduzir a fragmentação das transferências federais e aumentar a autonomia dos governos locais”. Por outro lado, apesar dos avanços no acompanhamento das transferências de recursos pelo governo, da alocação dos recursos por

bloco de financiamento e do aumento do incentivo financeiro alcançado com a EC 29, as desigualdades entre as regiões e municípios brasileiros ainda são visíveis (LIMA, 2007 apud DAIN, 2007).

Ainda que os recursos para o financiamento tenham aumentado consideravelmente, para cumprir a proposta constitucional de um sistema de saúde universal, integral e gratuito, ele ainda é insuficiente. A escassez de recursos é confirmada em comparação a outros sistemas de cunho universal, dado que, segundo dados da OECD (2013), os gastos públicos em saúde no Brasil em 2010 alcançaram cerca de 4,2% do Produto Interno Bruto, enquanto países como Reino Unido investiram cerca de 8%, Austrália, 6,2% e Canadá, 8,1% do PIB em 2010.

Para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, além do aumento das fontes de recursos, de modo a se equiparar a outros modelos universalistas, o sistema necessita de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações, a fim de aumentar a racionalização dos gastos, tornando-o mais efetivo e eficaz. Dain (2007, p. 1863) argumenta que “[...] gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos. Assim, os gestores da saúde, em todos os níveis de governo, devem zelar pela qualidade de seu gasto e pela racionalização e redução de seus custos”.

2.3.4 Avanços e Desafios para o SUS

O SUS, como política pública social, é relativamente jovem, e, como outros programas, apresenta avanços e desafios. Entre os principais avanços alcançados pelo sistema encontram-se: intenso processo de descentralização, com grande aparato normatizador; mecanismos de participação popular em todas as esferas de governo; aumento no acesso à saúde (cobertura universal de vacina e atendimento pré-natal); conscientização da população de que o direito à saúde pública é fator de cidadania amparado pela Constituição Federal de 1988; grandes investimentos em recursos humanos e tecnologia, além de ferramentas de monitoramento e avaliação do sistema; aumento na oferta de medicamento gratuito à população etc. (PAIM et al., 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; BRASIL, 2007a).

Todavia, pode-se observar que desafios e dificuldades não permitem a consolidação completa do Sistema Único de Saúde como política social de saúde, a saber: acesso amplo, equitativo, universal em todas as regiões do país; competição com o setor privado de saúde, gerando desequilíbrios e contradições dentro do sistema público; modelo federativo e

descentralizado, com a participação de diversos atores nas mais variadas instâncias deliberativas; modelo de atenção voltado para a resolução de problemas de saúde agudos (o modelo ideal deveria ser calcado na atenção primária, prevenção e promoção de saúde); aprimoramento dos meios de participação social, de acordo com a legislação prevista; e o financiamento da saúde, que, mesmo com sucessivos aumentos de repasses, ainda não alcançou o patamar ideal e necessita de fontes estáveis, com aumento da participação dos estados, cumprimento da porcentagem discriminada para a saúde do Orçamento da Seguridade Social e efetividade e eficiência na alocação dos recursos existentes (PAIM et al., 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; BRASIL, 2007a).

O próximo capítulo destina-se a descrever modelos de avaliações executadas atualmente no âmbito do SUS, relacionando-as ao bom funcionamento do sistema.

3 AVALIAÇÕES EM POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS DE SAÚDE

Na visão de Saravia (2006), políticas públicas são um conjunto de decisões governamentais que modificam a realidade a partir do equilíbrio (ou desequilíbrio) social, com o escopo de atender aos objetivos e/ou estratégias pré-estabelecidas. Entretanto, pode-se dizer que o significado consensual de política pública ainda está em processo de definição, em que o retorno às diversas formas explicativas de políticas públicas, construídas ao longo do tempo, é necessário. Tais formas podem ser visualizadas no Quadro 7, sem a intenção de abarcar todas as definições existentes⁶.

Autor	Definição de política pública
Easton (1965) ⁷	Sistema, formado pela interação entre formulação, resultados e ambiente, recebendo influências externas que modificam resultados e efeitos.
Mead (1995) ⁸	Campo dentro da política focalizado em analisar o governo sob a lente das questões públicas.
Lynn (1980) ⁹	Conjunto de ações dos governos que produzem efeitos específicos.
Peters (1986) ¹⁰	Conjunto de atividades dos governos, de forma direta ou não, que influenciam na vida da sociedade.
Dye (1984) ¹¹	Em síntese, é a escolha do governo em fazer ou não fazer.
Jenkins (1978) ¹²	Conjunto de decisões inter-relacionadas, envolvendo um ator ou um grupo de atores na seleção de objetivos e meios para a tomada de decisão.

Quadro 7: Definições de política pública.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Souza (2007) e Howlett; Ramesh; Perl (2013).

As políticas públicas são divididas conforme as etapas: (1) formulação, (2) implementação e (3) avaliação (SARAVIA, 2006; PAIM, 2006); vislumbra-se então que, desde a sua elaboração, são necessários objetivos e estratégias que mudem a realidade da sociedade em questão.

Ampliando a visão, Howlett, Ramesh e Perl (2013) identificam outras etapas na conformação de uma política pública e definem um ciclo de cinco etapas formado por: (1) montagem de agenda, (2) formulação da política, (3) tomada de decisão, (4) implementação e

⁶ O presente trabalho abarca algumas teorias existentes sobre políticas públicas, sem a intenção de esgotar o tema.

⁷ EASTON, D. A. **A framework for political analysis**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1965.

⁸ MEAD, L. M. Public policy: vision, potential, limits. **Policy Currents**, [s.l.], p. 1-4, feb. 1995.

⁹ LYNN, L. E. **Designing public policy: a casebook on the role of policy analysis**. Santa Monica: Goodyear, 1980.

¹⁰ PETERS, B. G. **American public policy**. Chatham: Chatham House, 1986.

¹¹ DYE, T. D. **Understanding public policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

¹² Jenkins, W. I. **Policy analysis: a political and organizational perspective**. Londres: Martin Robertson, 1978.

(5) avaliação. De acordo com Baptista e Rezende (2011), esse modelo considera que a política se inicia na percepção do problema, seguindo para a formulação de uma proposta e a tomada de decisão; após, verifica-se a implementação da proposta escolhida e, em seguida, essa proposta é avaliada, dando continuidade novamente ao ciclo. Cumpre ressaltar que a estruturação em ciclo das políticas públicas facilita o entendimento de um processo complexo e contribui para a qualidade da tomada de decisão por parte dos gestores (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; BAPTISTA; REZENDE, 2011)¹³.

No estudo proposto, a área de interesse de análise é a avaliação de políticas públicas que, de acordo com Saravia (2006, p. 35), “são as que mais têm-se (*sic*) desenvolvido nos últimos tempos”. Diante disso, a Figura 3 ilustra o ciclo da política pública e destaca a etapa utilizada no trabalho.

Figura 3: Estágios do ciclo político.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Howlett; Ramesh; Perl (2013, p. 15).

A importância maior dada à avaliação, no que concerne às outras etapas das políticas públicas, claramente está relacionada à eficiência do gasto público e à qualidade dos serviços prestados, além da mensuração da efetividade das ações do Estado e da divulgação dos resultados alcançados, com vistas à prestação de contas à sociedade (RAMOS; SCHABBACH, 2012; FAÇANHA; MARINHO, 2001; ARRETCHE, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; ALVES; PASSADOR, 2011).

¹³ Para aprofundar no assunto, consultar:

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [s.l.], v. 21, p. 211-259, 2000.

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. In: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. (Eds.) **Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods**. London: CRC Press, 2007, p. 43-62.

Define-se a avaliação de várias formas. Algumas delas podem ser encontradas no Quadro 8:

Autores	Definição de avaliação
Scriven (1991) ¹⁴	Relaciona a avaliação ao processo de determinação do esforço, mérito ou valor de algo ou do produto desse processo.
Patton (1997) ¹⁵	Discorre sobre o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões acerca de futuras programações.
Rossi; Lipsey; Freeman (2004)	Consideram-na sinônimo de pesquisa avaliativa e a definem como a aplicação sistemática dos procedimentos oriundos da investigação em ciências sociais para analisar programas de intervenção.
Contandriopoulos et al. (1997) ¹⁶	Veem-na como um julgamento sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Quadro 8: Definições de avaliação.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Silva (2005).

Ainda que existam dúvidas na conceituação ideal para avaliação, pode-se verificar esforços na estruturação conceitual e metodológica do tema há pelo menos cinco décadas (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011). De acordo com Ramos e Schabbach (2012), há várias propostas metodológicas de organismos de cooperação e financiamento ao redor do mundo, dentre elas: Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial (World Bank), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) e Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad).

Contudo, no Brasil, a preocupação em avaliar políticas ou programas públicos é algo recentemente incorporado à agenda política, dado que a prioridade dos gestores era canalizada para o processo de formulação de políticas, com pouca ênfase às outras etapas do ciclo (COSTA; CASTANHAR, 2003; ALVES; PASSADOR, 2011). Essa incorporação reporta-se a meados da década de 1980, após a experiência de reformas estruturais no aparato estatal em várias partes do mundo, com o intuito de reduzir os custos do governo e torná-lo mais eficiente (PAULA, 2005).

¹⁴ SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. Thousands Oaks; London; New Delhi: Sage Publications, 1991.

¹⁵ PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation** – the new century text. Thousands Oaks; London; New Delhi: Sage Publications, 1997.

¹⁶ CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

No território Brasileiro, a reforma “gerencialista” implantada durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, destinada a combater gastos excessivos e a crise fiscal agravada no início da década de 1990, priorizava fortemente o melhor desempenho do setor público (PAULA, 2005; ABRUCIO, 2007; FARIA, 2005). As mudanças ocorridas na chamada nova gestão pública favoreceram a prática da avaliação de políticas e programas públicos, sendo que o crescimento da utilização dos mecanismos avaliativos também foi influenciado pela sociedade, que, ainda de forma tímida, pressionava o Estado por melhores serviços públicos (TORRES, 2004; ABRUCIO, 2007).

Como ressalta Ramos e Schabbach (2012, p. 1273), a:

[...] avaliação permite ao governante certo conhecimento dos resultados de um dado programa ou projeto, informação essa que pode ser utilizada para melhorar a concepção ou a implementação das ações públicas, fundamentar decisões, promover a prestação de contas.

Por ter um caráter tendenciosamente político, as avaliações podem colaborar para a manutenção ou não de determinada política, ainda por vezes atrelada com as proposições e estratégias das partes envolvidas (RAMOS; SCHABBACH, 2012; ARRETCHE, 2001; CRUZ, 2011). Verifica-se a existência de três formas de se realizar uma avaliação: (1) a externa, feita por especialistas de fora da instituição, garantindo, na maioria das vezes, maior isenção e objetividade; (2) a interna, realizada por grande parte da equipe envolvida diretamente com a política ou programa, colaborando para a integração e a aprendizagem organizacional; e (3) a participativa, que envolve também os cidadãos beneficiários de tais políticas, contribuindo para a participação democrática cotidiana (RAMOS; SCHABBACH, 2012; SPINK, 2001).

Complementarmente, necessita-se dizer que as avaliações podem ser feitas antes ou após a implementação da política ou do programa social. Conforme Draibe (2001), as avaliações *ex ante* são realizadas nas fases de formulação e implementação do programa, a fim de produzir informações que possam ser incorporadas no projeto; já as avaliações *ex post* são realizadas de forma simultânea ou ao final da implementação do programa, com o intuito de verificar os resultados alcançados (DRAIBE, 2001).

A avaliação, uma vez considerada como forma de mensurar o desempenho de políticas ou programas, necessita de critérios para se estruturar e, por fim, mensurar o resultado obtido (COSTA; CASTANHAR, 2003). Dessa forma, utilizam-se três dimensões básicas para

mensurar os resultados alcançados (DRAIBE, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003; FAÇANHA; MARINHO, 2001; ALVES; PASSADOR, 2011):

- Eficiência: de origem econômica, significa atingir os objetivos do programa, priorizando as normas estabelecidas, com a menor relação custo-benefício possível;
- Eficácia: mede o grau em que as metas e os objetivos foram alcançados, traduzindo de forma simplificada o resultado atingido;
- Efetividade: também tratado na literatura como medida de impacto, indica os efeitos positivos relacionados ao público-alvo do programa. É uma dimensão mais ampla, pois analisa os aspectos econômicos, socioculturais, ambientais e institucionais, ou seja, a efetividade mede tanto a quantidade quanto a qualidade das metas alcançadas pelo programa.

Em saúde, pode-se ressaltar uma caracterização específica para as três dimensões analisadas na avaliação, conforme Donabedian (1990 apud MALLET, 2005, p. 450):

- Eficiência: definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente. É possível que, em muitas situações, pequenas melhoras no cuidado não justifiquem um aumento desproporcional no custo, o que introduz a discussão sobre a otimização dos cuidados;
- Eficácia: é a capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. A eficácia relativa de estratégias alternativas de diagnóstico ou de terapêutica é estabelecida através de pesquisas clínicas bem controladas. A estratégia mais eficaz de tratamento é o limite superior do que pode ser alcançado, o melhor que se pode fazer sob as condições mais favoráveis e controladas. A importância da definição de eficácia fica mais clara quando se discute o aspecto seguinte, a efetividade;
- Efetividade: é a melhora alcançada, ou que se espera seja alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. Através da determinação da efetividade pode-se identificar o quanto o cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia.

Sumariamente, pode-se dizer que a avaliação de políticas ou programas sociais envolve a construção de uma metodologia capaz de reunir critérios e indicadores consistentes que proporcionem aos gestores informações relevantes sobre a política ou o programa analisados, subsidiando a tomada de decisões (COSTA; CASTANHAR, 2003). Salienta-se, porém, que tais dados nem sempre são apresentados à sociedade, deixando de fora atores importantes para o sucesso ou o fracasso da política ou programa. Spink (2001) corrobora expondo a importância da avaliação participativa, destacada anteriormente, capaz de

fortalecer os laços entre os envolvidos, colaborando para a manutenção da prática avaliativa democrática.

Para além da perspectiva democrática do processo avaliativo, Weiss (1999) pondera que as avaliações têm consequências reais, tais como o desafio estabelecido perante as antigas ideias, a abertura para novas perspectivas e a contribuição significativa para a reorganização da agenda política. As avaliações podem fornecer informações vitais para a continuidade ou descontinuidade de determinada política, já que o objetivo maior está em auxiliar as pessoas e as organizações na melhoria de planos e práticas para a sociedade (WEISS, 1999).

Há de se notar então que, em busca de uma eficiência administrativa maior, a avaliação tornou-se processo-chave para o melhor desempenho de políticas e programas sociais, destacando-se aqui a avaliação da saúde pública. De maneira sucinta, o próximo tópico descreve as principais características das avaliações de desempenho e sua aplicação no sistema público de saúde.

3.1 Avaliações de Desempenho em Saúde

O interesse em monitorar e avaliar políticas sociais tem se intensificado desde os anos 1990 na saúde, com a publicação *Relatório Mundial da Saúde 2000 – Sistemas de Saúde: Melhorando o Desempenho*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que reforçou a necessidade de se avaliar o SUS (IDSUS, 2011; VIACAVA et al., 2004). Como há peculiaridades do sistema de saúde brasileiro, em especial as desigualdades existentes entre as regiões, a necessidade em se criar um quadro-referência para o Brasil (como já utilizado em outros países) torna-se indispensável (VIACAVA et al., 2004). Complementarmente, as experiências de vários países apontam o desejo de cooperação entre os atores envolvidos na formulação das políticas sociais para a saúde, a fim de criar uma avaliação de desempenho ampla e efetiva (VIACAVA et al., 2004).

Viacava et al. (2004, p. 712) citam: “Para além do debate ideológico e da agenda conservadora, a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma”.

Para Contandriopoulos, Trottier e Champagne (2008 apud CRUZ, 2011), os sistemas de saúde são voltados à ação social, e o desempenho apresentado por eles remete ao equilíbrio entre as quatro funções principais de cada um deles: adaptação, capacidade de organização, inovação e adaptação ao público-alvo; alcance de metas, por meio do cumprimento dos objetivos pré-estabelecidos; produção, oferta e utilização dos serviços de saúde de forma

individual ou coletiva; e manutenção de valores e princípios que guiam o sistema, tais como solidariedade, equidade e dignidade.

Rossi, Lipsey e Freeman (2004) sugerem que a avaliação é composta por duas vertentes: de um lado, a descrição sobre o desempenho do aspecto que está sendo avaliado; e de outro, os critérios e normas utilizados para auferir esse desempenho. Para o SUS, um sistema de avaliação de desempenho pode ser entendido como:

[...] um conjunto de programas de avaliação, relativamente independentes, mas relacionados, concatenados e complementares entre si, de modo a formarem um complexo que vise produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Várias ações de avaliação de desempenho do sistema de saúde já foram realizadas, mas de forma fragmentada e parcial, e as informações adquiridas não se transformaram em ações estratégicas para os gestores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Assim sendo, necessita-se de uma integração de todas as formas de avaliação realizadas no âmbito do SUS, com fins de produzir informações sistematizadas para a adequação e a melhoria do sistema.

Para uma completa avaliação de desempenho do SUS, Reis, Oliveira e Sellera (2012) recomendam a integração de alguns programas de avaliações já existentes na esfera do SUS. São eles:

- Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS;
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e da satisfação dos usuários;
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ.

Diante da extensão e dos desdobramentos dos programas de avaliação de desempenho utilizados pelo SUS e apresentados pelos autores, o presente estudo irá se restringir ao detalhamento apenas do IDSUS, ressaltado de forma oportuna na metodologia adiante.

Vale considerar que, de acordo com a caracterização das avaliações utilizadas, não há ligação entre as avaliações descritas acima, o que torna a avaliação incompleta e que gera resultados desagregados ao gestor do SUS. Além disso, a avaliação de desempenho proposta pelo IDSUS também não emprega indicadores de eficiência do gasto público, observando

apenas dados clínicos para avaliar os municípios. Verifica-se, na Figura 4, a esquematização do sistema de avaliação adotado atualmente pelo SUS.

Figura 4: Esquematização do Sistema de Avaliação do SUS.

Fonte: Elaborado pela autora.

Além da avaliação de desempenho do SUS, verifica-se a importância e o crescimento de avaliações fundamentadas no impacto econômico produzido por determinada política de saúde, buscando a eficiência na utilização dos recursos (RIBEIRO; POLANCZYK, 2005). Para a alocação mais acertada por parte dos gestores, as avaliações econômicas em saúde são uma importante aliada na melhoria dos sistemas de saúde; nesse sentido, o próximo tópico destina-se a descrever quais são essas avaliações e como elas são utilizadas.

3.2 Avaliações econômicas em saúde

As avaliações econômicas de saúde são amplamente utilizadas nos países desenvolvidos, em especial no Canadá, nos Estados Unidos, na Inglaterra e na Austrália, por meio de instituições que desenvolvem análises para tais políticas de saúde (BRASIL, 2008; CAMELO JR. et al., 2011; VANNI et al., 2009). No Brasil, é incumbida ao Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit-MS) a tarefa de analisar economicamente as tecnologias em saúde que são incorporadas à gestão e ao serviço de saúde pública (SANCHO; DAIN, 2012; CAMELO JR. et al., 2011, VANNI et al., 2009).

Ademais, o principal objetivo da área de avaliação econômica é verificar como alocar os recursos disponíveis para saúde com a maior produtividade possível, com base em aspectos clínicos e econômicos (VANNI et al., 2009). Existem quatro tipos básicos de análise

econômica em saúde, de acordo com Drummond, Stoddart e Torrance (1987): custo-minimização, custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade.

O custo-minimização é a mais simples dentre as análises, que visa verificar, entre duas ou mais alternativas, a de menor custo para o mesmo desfecho clínico, buscando o conjunto total de custo mais reduzido (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987).

Em relação ao custo-benefício, a análise destina-se a avaliar os benefícios monetários de uma intervenção, relatando tanto os custos quanto os benefícios, a fim de comparar alternativas e escolher a melhor relação custo-benefício (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; CAMELO JR. et al., 2011).

Já a análise de custo-efetividade suporta a avaliação dos custos e das consequências de um tratamento, programa ou política de saúde, tornando-se completa na avaliação entre uma ou mais alternativas (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987) – é comumente utilizada por ter como unidade de desfecho tanto benefícios monetários quanto clínicos. Estes são medidos a partir de anos de vida salvos ou por complicações/internações prevenidas (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008); portanto, a relação custo-efetividade se dá quando um montante limitado de recursos produz maior número de unidades de resultados e benefícios (VIANNA; BAPTISTA, 2008).

E a análise de custo-utilidade, considerada uma derivação da análise de custo-efetividade, tem como unidade de desfecho os benefícios monetários e os benefícios clínicos mensurados por meio de qualidade de vida do paciente. A principal unidade de desfecho clínico utilizada nessa análise são os anos de vida ajustados pela qualidade (do inglês QALY – *quality-adjusted-life-year*), que leva em consideração a qualidade de vida percebida pelo paciente e a sobrevida atribuída à intervenção realizada (DRUMMOND; STODDART; TORRANCE, 1987; BRASIL, 2008).

Dentre as análises mais utilizadas estão a de custo-efetividade e a de custo-utilidade por englobar tanto benefícios monetários como clínicos. A análise de custo-efetividade se justifica como uma das mais utilizadas, por se tratar de uma análise econômica que resulta em unidades de medida diferenciadas e que faz referência tanto ao recurso monetário quanto aos benefícios sociais (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008). Contudo, não apresenta dados tão refinados e complexos quanto os da análise de custo-utilidade, ainda de difícil implantação por empregar medidas de efetividade sofisticadas e unidades de desfecho baseadas nos anos de vida ajustados pela qualidade (UGÁ, 1995; BRASIL, 2008).

É importante perceber a oportunidade de mensurar tanto os benefícios financeiros como os sociais, em oposição à unidade de desfecho de outras análises, como é o caso do custo-benefício e do custo-minimização.

A relevância maior da análise de custo-efetividade encontra-se além do objetivo do tomador de decisão em escolher entre duas alternativas, dado que o propósito central está intimamente ligado com os benefícios em saúde, conseguidos por meio de um aparato financeiro limitado (WEINSTEIN et al., 1996). Importante salientar ainda que, conforme Weinstein et al. (1996), a primazia da análise de custo-efetividade baseia-se na qualidade e validade dos dados primários ou secundários que irão compor a análise, fornecendo uma condição verdadeira aos tomadores de decisão. Contudo, esse tipo de análise não pode ser tomado como um ponto isolado; é preciso considerar algumas opções e a comparação entre as práticas mais efetivas (WHO, 2003).

Pode-se verificar, no Quadro 9, um resumo com as principais análises econômicas em saúde e suas respectivas unidades de desfecho:

Tipo	Unidade de efetividade	Unidade de custo	Unidade final
Custo-efetividade	Anos de vidas salvos/complicações prevenidas	Unidade monetária	Benefício monetário/ano de vida salvo
Custo-utilidade	Anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs)	Unidade monetária	Benefício monetário/QALYs
Custo-minimização	Não tem	Unidade monetária	Benefício monetário
Custo-benefício	Conversão para unidade monetária	Unidade monetária	Benefício monetário

Quadro 9: Tipos de análises econômicas em saúde, de acordo com a medida de desfecho e a unidade de medida de cada estudo.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Brasil, 2008, p. 21.

Em referência ao conjunto de avaliações econômicas em saúde e a suas especificidades, a Figura 5 esquematiza as principais análises apresentadas, apresentando o principal foco dessas avaliações.

Figura 5: Principais avaliações econômicas e seu objetivo.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Drummond; Stoddart; Torrance (1987); Brasil (2008).

Nesse contexto de avaliações de desempenho e avaliações econômicas em saúde, como apontado anteriormente, a presente pesquisa propõe um modelo de análise de custo-efetividade para a política pública de saúde adotada pelo SUS, utilizando como variáveis as receitas públicas destinadas à saúde e as notas alcançadas pelos municípios no IDSUS, as quais serão especificadas adiante. Tal modelo caracteriza-se como uma fonte de informações para a tomada de decisão dos gestores do sistema, já que reúne dados de duas bases distintas (IDSUS e Siops) e fornece uma análise sobre os possíveis impactos das receitas em saúde no desempenho do município e a relação dos possíveis impactos produzidos em cada bloco de financiamento adotado pelo Ministério da Saúde.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A primeira parte do trabalho, de natureza qualitativa, se propôs a analisar materiais publicados com o intuito de realizar uma pesquisa bibliográfica que, conforme Kahlmeyer-Mertens et al. (2007, p. 54), “[...] tem por objetivo maior trazer veracidade aos fatos elencados no trabalho. Este estudo é sistematizado e desenvolvido com base em material publicado”. Complementarmente, de acordo com Gil (1999), a pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador envolver um número maior de fenômenos a seu estudo em relação a uma pesquisa direta, além de recuperar dados dispersos pelo tempo. Por conseguinte, Lakatos e Marconi (2010, p. 166) sugerem que “[...] a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre o assunto, mas propicia o exame de um tema sobre o enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

Nesse sentido, o estudo primariamente realizou uma busca em bases de pesquisa que, nesse caso, foram: Scielo, Google Scholar, Scopus, Banco de Teses e Dissertações da USP, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portais de informações do governo federal e diversos livros. Em seguida, reuniu-se material nacional e internacional acerca do assunto pesquisado, a fim de criar bases sólidas e familiaridade da pesquisadora com o tema que, por sua vez, envolveu assuntos de acordo com as palavras-chave buscadas: políticas públicas em saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), avaliação de desempenho em saúde, avaliação econômica em saúde, análise de custo-efetividade e IDSUS¹⁷.

Complementarmente, a segunda parte do estudo é de natureza mista, sendo composta de duas etapas: a primeira é destinada ao estudo do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que verificou a sua estruturação, os principais componentes, a forma de apresentação e os resultados; e a segunda etapa proposta é a análise dos resultados alcançados pelos municípios pertencentes ao Grupo Homogêneo 2, que foram agrupados de acordo com características similares, segundo as definições do IDSUS (detalhado no próximo tópico), e posteriormente reagrupados nesta pesquisa utilizando-se, para isso, a análise de *clusters* (agrupamento) e as técnicas de estatística descritiva. Após o reagrupamento dos municípios do Grupo Homogêneo 2 foram realizadas as análises de custo-efetividade conforme com o modelo proposto na pesquisa e relacionado *a posteriori*. Nesse sentido, será observado o detalhamento das etapas a seguir.

---

¹⁷ A pesquisa realizada não tem a pretensão de ser um estudo bibliométrico, pois a metodologia escolhida para o trabalho não contém essa especificação.

4.1 Primeira Etapa – Estudo do IDSUS

Para a elaboração da primeira etapa do trabalho, que analisará o caso específico do IDSUS, a estratégia utilizada foi a pesquisa descritiva, que, de acordo com Vergara (2000 apud KAHLMEYER-MERTENS et al., 2007, p. 53) “[...] tem por objetivo expor características de determinada população ou fenômeno”. Decorrente a isso, a escolha da pesquisa descritiva se deve ao fato de esse modelo, juntamente com as pesquisas exploratórias, “são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação na prática” (GIL, 1999, p. 44).

Dessa forma, o presente estudo analisou um instrumento de avaliação de desempenho da saúde pública, o IDSUS, com o intuito de verificar os resultados apresentados pelo índice para os municípios classificados, de acordo com as características similares (estabelecidas pelo IDSUS), limitando-se em analisar o Grupo Homogêneo 2, formado por 94 municípios do país.

O índice divulgado em março de 2012, em sua primeira edição, engloba todo o Brasil e relata os resultados de forma municipalizada e regionalizada; por conseguinte, são verificados 24 indicadores de desempenho, sendo 14 referentes ao acesso à saúde e 10, à efetividade do serviço prestado (Quadro 10). Vale ressaltar que o índice foi estabelecido de forma tripartite (municípios, estados e governo federal) e é um importante recurso para formulação, desenvolvimento de políticas de saúde no Brasil (IDSUS, 2011) e para maior compreensão sobre o índice. O próximo tópico destina-se a descrevê-lo em linhas gerais.

4.1.1 IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

De forma análoga aos indicadores utilizados na educação, que promovem aos gestores a oportunidade de compreenderem os pontos fortes e fracos do sistema, com o objetivo de realizar melhorias conforme as prioridades estabelecidas previamente, o IDSUS tem características e finalidades semelhantes (IDSUS, 2011). Uma vez monitoradas as ações por meio de indicadores, é possível acompanhar a meta estabelecida, os avanços e os entraves ocorridos (MACÊDO; DAMASCENO, 2013). As autoras ainda destacam a importância das informações extraídas desses indicadores; trata-se de informações privilegiadas essenciais para a tomada de decisão por parte dos gestores do sistema, além de serem uma ferramenta imprescindível no gerenciamento do sistema organizacional como um todo (MACÊDO; DAMASCENO, 2013).

Salienta-se ainda que indicadores podem servir como elo entre os serviços de saúde realizados e as decisões estratégicas incumbidas aos governos nos três níveis (federal, estadual e municipal). Isso se dá por meio do processo de mensuração da eficiência do gasto público e o poder de se vislumbrar as fragilidades e potencialidades existentes no sistema (MACÊDO; DAMASCENO, 2013).

O fundamento teórico utilizado pelo IDSUS foi o Projeto de Desenvolvimento de uma Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS), criado por meio da parceria entre a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (VIACAVA et al., 2004). Com isso, o IDSUS foi concebido com a seleção de alguns indicadores que formam a matriz proposta no PRO-ADESS (IDSUS, 2011), em especial os de acesso e efetividade, conforme a Figura 6:

Sistema de Saúde			
Financiamento		Recursos	
Desempenho dos Sistemas de Saúde			
Efetividade	Acesso	Eficiência	Respeito aos direitos das pessoas
Grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados.	Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.	Capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas.
Aceitabilidade	Continuidade	Adequação	Segurança
Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população.	Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre os diferentes níveis de atenção.	Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente.	Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Figura 6: Matriz de dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de PRO-ADESS (2011).

Diante da ânsia de monitoramento e avaliação do SUS, a criação do IDSUS visa estabelecer parâmetros objetivos que possam conduzir o investimento produtivo do recurso do SUS, além de contribuir para o aumento na qualidade e efetividade dos serviços de saúde prestados pelo Estado (IDSUS, 2011). O índice também busca avaliar o desempenho do SUS em relação aos seus princípios e diretrizes: regionalização, hierarquização, descentralização com comando único e responsabilidade tripartite (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012;

IDSUS, 2011). A Figura 7 apresenta o modelo avaliativo do IDSUS, com as dimensões analisadas, as medidas de desempenho e a forma de apresentação dos resultados.

Figura 7: Modelo de Avaliação do Desempenho do SUS.

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS (2011 apud IDSUS, 2011, p. 10).

De acordo com o modelo de avaliação apresentado, o IDSUS é composto por 24 indicadores, divididos entre indicadores de acesso e de efetividade, conforme o Quadro 10:

Indicadores de acesso	
Atenção Básica	
1	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde;
2	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal;
3	Proporção de nascidos vivos com mães com sete ou mais consultas pré-natal.
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade	
4	Razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária;
5	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária;
6	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente;
7	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados e população residente.
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência da Média e Alta Urgência e Emergência	
8	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente;

9	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente;
10	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes;
11	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes;
12	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes;
13	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes;
14	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.
Indicadores de efetividade	
Atenção Básica	
1	Proporção de cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera (TBC);
2	Proporção de cura de casos novos de hanseníase;
3	Taxa de incidência de sífilis congênita;
4	Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB);
5	Média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada;
6	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos;
7	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano.
Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência	
8	Proporção de parto normal;
9	Proporção de óbitos, nas internações em UTI, de menores de 15 anos;
10	Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Quadro 10: Indicadores de Acesso e Efetividade do IDSUS.

Fonte: Adaptado pela autora a partir de IDSUS (2011).

As fontes de dados dos indicadores do IDSUS são: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (Sinasc); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Todos são sistemas de informações nacionais, com participação dos estados e municípios (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012; IDSUS, 2011).

Os valores de proporção que devem ser alcançados pelos indicadores de efetividade foram estabelecidos como meta e com base em parâmetros nacionais e internacionais; logo, podem ser alterados conforme os valores forem alcançados (IDSUS, 2011). Nesses termos, a incorporação de novos parâmetros e novos indicadores ao IDSUS é necessária mediante o fato de que as políticas e os processos de saúde e estão em constante transformação e devem ser avaliados de acordo com a dinamicidade desse sistema.

Sendo assim, os propósitos do IDSUS são: a avaliação do desempenho geral nos municípios, regiões e estados; a avaliação do acesso e da efetividade em todos os níveis de

atenção; e o diagnóstico de deficiências para realização de melhorias (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). Contudo, há de se notar que as desigualdades socioeconômicas brasileiras prejudicam a avaliação dos municípios; destarte, o índice conta com grupos homogêneos de municípios, aglomerados de acordo com o perfil demográfico, a condição de saúde da população e a estrutura dos sistemas de saúde (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Diante dos pressupostos apresentados, o IDSUS apresenta o resultado alcançado por meio de notas que variam de zero a 10, levando em consideração todas as ponderações necessárias para tratar os municípios de formas diferentes, já que eles apresentam condições socioeconômicas e estruturais distintas (IDSUS, 2011). A figura 8 apresenta a composição da nota síntese apresentada no IDSUS, bem como apresenta a metodologia de análise dos componentes principais (PCA) utilizada na estruturação do índice, que segundo o IDSUS (2011, p. 15) “formam os indicadores compostos ou índices de acesso potencial ou acesso obtido e, índices de efetividade, nos diferentes níveis da atenção à saúde”.

Figura 8: Representação gráfica da composição dos indicadores que formam o IDSUS.
Fonte: IDSUS (2011, p.17).

Para a explanação do sistema de avaliação adotado pelo IDSUS e de suas peculiaridades, a Figura 9 resume os principais pontos apresentados.

Figura 9: Resumo conceitual do IDSUS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de IDSUS (2011).

A etapa a seguir destina-se a descrever como será realizada a coleta de dados e a sistematização das informações para as análises posteriores.

4.2 Segunda etapa – coleta e estruturação dos dados

4.2.1 Coleta de dados

A segunda etapa, de natureza quantitativa, é estruturada a partir da coleta de dados e da posterior estruturação de um banco de dados. A escolha do método quantitativo relaciona-se intrinsecamente com a preocupação em garantir a precisão dos resultados, com o intuito de evitar distorções quanto à interpretação e à análise, proporcionando à pesquisadora uma margem de segurança (RICHARDSON, 1999).

Não obstante, métodos quantitativos são comumente utilizados em pesquisas descritivas colaborando na classificação e definição das interações entre as variáveis estudadas (RICHARDSON, 1999). Para isso, primeiramente foram utilizados os dados do IDSUS disponíveis no site do Ministério da Saúde, os quais se referem ao triênio 2007-2010 e foram divulgados em março de 2012; portanto, o presente trabalho faz uso de dados secundários.

O universo de estudo é o Grupo Homogêneo 2, formado por 94 municípios espalhados pelo território nacional. A escolha desse grupo dá-se pela conveniência de se estudar um grupo com um número razoável de municípios e que apresenta alto desenvolvimento socioeconômico, médias condições de saúde e média estrutura de saúde. Salienta-se também que, a comparação entre os grupos pode tornar-se inviável, já que os municípios foram divididos em grupos homogêneos por apresentarem características heterogêneas. Os municípios, classificados de acordo com os parâmetros do IDSUS, foram distribuídos conforme a Figura 10:

GRUPO	IDSE	ICS	IESSM	QTD MUN
6	Baixo	Baixo	Sem Estrutura MAC *	2.183
5	Médio	Médio	Sem Estrutura MAC *	2.038
4	Baixo	Baixo	Pouca Estrutura MAC *	587
3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC *	632
2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC *	94
1	Alto	Médio	Muita Estrutura MAC *	29

(*) Estrutura MAC: atenção de média complexidade e alta complexidade ou estrutura de atenção especializada, ambulatória e hospitalar.

Quadro 7 – Qualificação dos grupos homogêneos de acordo com os resultados dos índices.
Fonte: CGMA/Demas/SE/MS, 2012.

Figura 10: Distribuição dos municípios por Grupos Homogêneos.

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS (2011 apud IDSUS, 2011, p. 21).

A partir da figura acima apresentada, é necessário indicar os parâmetros utilizados pelo IDSUS para a classificação e distribuição dos municípios nos grupos homogêneos, a saber:

Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE): De acordo com o IDSUS (2011, p. 21), é formado por PIB *per capita* e percentual de famílias com Bolsa Família;

Índice de Condições de Saúde (ICS): Utiliza a taxa de mortalidade infantil, disponível no banco de dados SIM, para discriminar diferenças entre os municípios brasileiros (IDSUS, 2011, p. 21);

Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM): Média dos municípios de referência para parâmetros de acesso à atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (IDSUS, 2011, p. 21).

Depois de serem estabelecidos os critérios de estruturação dos dados do IDSUS, foram buscadas informações acerca das receitas aplicadas em saúde de cada município. Para tanto, foram empregados dados do Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), disponível no site do Ministério da Saúde (Datasus – Banco de Dados do SUS).

O Siops é um banco de dados que disponibiliza informações sobre receitas declaradas por todos os entes federados (municípios, estados e governo federal), tendo sido institucionalizado com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR n. 1.163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR n. 446, de 16 de março de 2004. Atualmente é coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SIOPS, 2013). Assim, esse banco de dados tem por finalidade o acompanhamento do dispositivo legal presente na Emenda Constitucional n. 29, que exige a aplicação mínima de recursos por ente federado (SIOPS, 2013).

Não obstante, tal mecanismo:

[...] faculta aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. Constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS (SIOPS, 2013).

Para o estudo proposto, optou-se pela utilização dos dados referentes às Receitas Totais dos municípios para o ano de 2011, visto que tal ano já está disponível para consulta de forma completa. Tais informações também foram detalhadas, analisando-se também as receitas por bloco de financiamento. Contudo, vale ressaltar que entre os 94 municípios analisados do Grupo Homogêneo 2 do IDSUS, Itaperuna (RJ) não declarou os dados para 2011; portanto, foi excluído da análise.

Em complementação às informações de Receitas Totais em saúde e para a construção do perfil dos municípios do universo amostral para análises paralelas, utilizaram-se os dados sobre a população – Censo 2010 (IBGE, 2012) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM (PNUD, 2013). A escolha desses indicadores complementares se justifica pela necessidade de se caracterizar o município pelo seu porte populacional e por indicadores de desenvolvimento disponíveis.

Em suma, após serem levantados os dados supracitados, a finalização dessa etapa se dá com a reunião de todas as informações com o escopo de construir uma base única, que

abarcasse todos os dados necessários para a elaboração das análises. Nesse caso, a próxima etapa se caracteriza pela estruturação dos dados coletados.

4.2.2 Estruturação dos dados

Como já dito anteriormente, após a construção da base de dados utilizada no trabalho no próximo passo, estabelecem-se formas de analisar o comportamento das variáveis dentro do grupo escolhido. Para isso, são utilizadas a estatística descritiva e a análise de *clusters* (agrupamento) por meio do *software* SPSS, versão 20, e do Microsoft Excel.

Optou-se pelo uso da estatística descritiva pelo fato de esta objetivar a organização, o resumo e a simplificação de dados complexos (STEVENSON, 1981). Hoffmann (2006, p. 13) adiciona que tal estatística é uma “[...] maneira de apresentar sucintamente um conjunto de dados e de descrevê-los”.

Algumas medidas numéricas resumem o conjunto principal e são de mais fácil manejo e compreensão. Segundo Stevenson (1981, p. 18), “[...] duas características importantes dos dados que as medidas numéricas podem evidenciar são: (1) o valor central ou mais típico do conjunto e (2) a dispersão dos números”. Neste trabalho, as medidas utilizadas foram as de tendência central (média e mediana) e de dispersão (máximo, mínimo e desvio-padrão). O uso da estatística descritiva foi ideal para resumir os dados referentes à população dos municípios, à receita total em saúde *per capita* e às notas alcançadas pelos municípios no IDSUS, além de ter sido utilizada a média para construir as análises de custo-efetividade. Essas técnicas também foram empregadas após a análise de agrupamento, para resumir os dados dos municípios de cada grupo em particular – nessa fase, os dados analisados foram receitas *per capita* totais e por bloco de financiamento, população, IDHM e notas do IDSUS.

Para a segunda fase da análise dos dados, optou-se por classificar os grupos de acordo com características similares. Com isso, a ferramenta escolhida foi a análise de *clusters*, agrupamento ou conglomerados. Segundo Pohlmann (2011, p. 327):

A análise de conglomerados é empregada quando desejamos reduzir o número de objetos (isto é, o número de linhas, numa matriz de observações por variáveis), agrupando-os em *clusters*. Isso deve ser feito de tal modo que os objetos que fiquem reunidos num *cluster* sejam mais parecidos entre si do que com objetos pertencentes a outros *clusters*. Trata-se de uma metodologia de classificação, ou taxonômica, baseada em métodos numéricos.

Dessa maneira, se a classificação obtiver sucesso, os objetos dentro do agrupamento estarão próximos e aqueles externos ao agrupamento e que fazem parte de outro

conglomerado estarão distantes (HAIR, 2006). Na análise de agrupamentos, quem determina a variável estatística a ser utilizada é o pesquisador, tornando a definição das variáveis o ponto crítico do trabalho (HAIR, 2006).

Diante do pressuposto acima mencionado, as variáveis escolhidas para a segmentação dos objetos (no caso deste estudo, os municípios do Grupo Homogêneo 2) são: NOTA_IDSUS (nota síntese alcançada pelo município na soma dos 24 indicadores); POPULAÇÃO (população total do município) e RECEITA_TOTAL (*per capita*) – (divisão entre a receita total em saúde pela população do município). Essas variáveis são justificadas porque o objeto de estudo é a verificação da relação entre receitas totais em saúde (ao observar que os municípios têm portes diferentes, utiliza-se a receita total em saúde *per capita*) e as notas do IDSUS, por meio do modelo de análise de custo-efetividade proposto, o qual será descrito adiante.

Após estabelecer as variáveis de segmentação, o próximo passo destina-se a escolher o tipo de agrupamento a ser utilizado. Para este estudo, optou-se pelo método hierárquico aglomerativo, visto que o objetivo central era reunir objetos similares de acordo com o grau de proximidade e similaridade (HAIR, 2006).

Como forma de definir a similaridade entre os objetos, a medida empregada foi a distância euclidiana quadrática, utilizada como padrão pelo pacote estatístico SPSS (POHLMANN, 2011). Para o uso dessa medida de similaridade, recomenda-se que os dados sejam padronizados (HAIR, 2006); como as variáveis utilizadas no estudo são de diferentes escalas e magnitudes, estas foram convertidas em escores padrão (escores Z), subtraindo-se cada variável da média e dividindo-se pelo desvio-padrão.

Na sequência, depois de definir a medida de similaridade e o método de agrupamento, é preciso encontrar o número ideal de *clusters* que serão utilizados. Para isso, foi empregado o método de ligação média entre os grupos e, após a análise dos grupos formados, observando-se a variação no incremento da heterogeneidade interna e a quantidade de objetos por grupo, o número recomendado para o uso no estudo foi de sete agrupamentos para o conjunto de 93 municípios do Grupo Homogêneo 2.

Há de se notar que os grupos gerados pelo método de agrupamento hierárquico aglomerativo possuem centros substancialmente diferentes uns dos outros, sugerindo heterogeneidade externa, conforme a Tabela 1.

<i>Cluster</i>	Z_POPULAÇÃOIBGE201 0	Z_NOTAIDSUSGERA L	Z_RECEITA_X_POPULAÇÃO O
1	1,26	-1,64	-0,43
2	-0,09	-0,42	-1,11
3	0,26	-0,39	0,27
4	0,52	-0,71	2,72
5	-0,28	0,95	0,81
6	-0,89	0,92	-0,67
7	-0,37	3,08	4,26

Tabela 1: Centros dos grupos de acordo com as variáveis analisadas.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011), IDSUS (2011) e IBGE (2012).

De maneira sucinta, após ter sido segmentado o grupo em sete agrupamentos com características semelhantes de acordo com as variáveis descritas, a próxima etapa caracterizou-se como a estruturação do modelo proposto de análise de custo-efetividade, que, diferentemente da análise já presente na literatura, apresenta peculiaridades. Como variáveis para a composição da análise de custo-efetividade (ACE) a partir da segmentação dos grupos, foram utilizadas a média das receitas totais e a média por bloco de financiamento para cada grupo, divididas pela nota média do grupo no IDSUS.

Considera-se a utilização da análise de custo-efetividade, ferramenta econômica descrita no referencial teórico supracitado, mas de acordo com o modelo proposto pelo trabalho e estruturada genericamente da seguinte forma:

$$\text{Análise do Custo-Efetividade (ACE)} = \frac{\text{Média das Receitas em Saúde}}{\text{Média das Notas do IDSUS}}$$

Para aclarar o modelo proposto, a Figura 11 apresenta as etapas de construção desse modelo, bem como as variáveis envolvidas de forma detalhada.

Figura 11: Modelo proposto de ACE detalhado.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir da explanação metodológica acima apresentada, a Figura 12 resume o processo de construção do estudo proposto, delineado de acordo com as etapas do método escolhido.

Figura 12: Estruturação metodológica do trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após formular os padrões de construção dos agrupamentos e estruturar modelo de análise de custo-efetividade proposto, a próxima etapa destina-se a analisar e validar o perfil

dos agrupamentos, que serão descritos detalhadamente na próxima seção do trabalho (Capítulo 5 – Resultados e Discussões).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a análise dos dados optou-se primeiramente em caracterizar o universo de estudos de acordo com a distribuição geográfica dos municípios. Pode-se dizer que as diferenças socioeconômicas entre as regiões do país exercem influência no resultado obtido, ainda que de forma menos evidente, já que os grupos foram organizados conforme características homogêneas.

Há uma presença mais acentuada de municípios pertencentes às regiões Sul e Sudeste no grupo de 93 municípios, podendo sugerir que eles tendem a ter melhores condições de estrutura, no que tange ao sistema público de saúde. A Figura 13 apresenta a distribuição geográfica dos municípios pertencentes ao Grupo Homogêneo 2.

Figura 13: Distribuição geográfica dos municípios do Grupo Homogêneo 2.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de IDSUS (2011).

Depois de identificar a distribuição espacial dos municípios do Grupo Homogêneo 2 (GH2), a Tabela 2 apresenta a composição desse grupo e fornece a ordenação dos municípios de acordo com a nota alcançada no IDSUS. Observam-se também informações sobre população e receita total *per capita* em saúde para o ano de 2011, caracterizando-se as variáveis supracitadas para a elaboração dos agrupamentos.

Município	UF	Nota no IDSUS geral	População (IBGE, 2010)	Receita <i>per capita</i> (R\$)
São Gonçalo	RJ	4,19	999.728	233,70
Niterói	RJ	4,24	487.562	624,91
Nova Iguaçu	RJ	4,42	796.257	252,02
Ananindeua	PA	4,51	417.980	256,98
Duque de Caxias	RJ	4,57	855.048	469,91
Aparecida de Goiânia	GO	4,68	455.657	365,42
Santo André	SP	4,68	676.407	525,53
Caruaru	PE	4,77	314.912	260,28
Osasco	SP	4,8	666.740	593,05
Serra	ES	4,97	409.267	373,03
Rio Grande	RS	5,02	197.228	245,70
Vitória da Conquista	BA	5,06	306.866	436,86
Macapá	AP	5,1	398.204	231,49
Piracicaba	SP	5,15	364.571	646,26
São Bernardo do Campo	SP	5,17	765.463	796,04
Bauru	SP	5,23	343.937	423,18
Franca	SP	5,25	318.640	321,52
Santa Maria	RS	5,26	261.031	195,93
Araraquara	SP	5,27	208.662	658,10
São Carlos	SP	5,28	221.950	576,57
Mogi das Cruzes	SP	5,28	387.779	1094,07
Itabuna	BA	5,31	204.667	416,07
Governador Valadares	MG	5,31	263.689	517,52
Jaboatão dos Guararapes	PE	5,32	644.620	235,17
Feira de Santana	BA	5,34	556.642	396,03
Campos dos Goytacazes	RJ	5,38	463.731	1036,24
Taboão da Serra	SP	5,4	244.528	412,79
Imperatriz	MA	5,4	247.505	491,67
Limeira	SP	5,42	276.022	603,24
Vila Velha	ES	5,52	414.586	241,01
Porto Velho	RO	5,52	428.527	394,83
Petrópolis	RJ	5,53	295.917	682,16
Guarulhos	SP	5,55	1.221.979	503,76
Aracaju	SE	5,55	571.149	638,46
Rio Branco	AC	5,56	336.038	207,90
Pouso Alegre	MG	5,59	130.615	236,47
Maringá	PR	5,59	357.077	606,25
Contagem	MG	5,6	603.442	478,36
Varginha	MG	5,61	123.081	636,89
São José dos Campos	SP	5,66	629.921	659,30
Divinópolis	MG	5,67	213.016	561,51
Pelotas	RS	5,71	328.275	400,50
Cachoeiro de Itapemirim	ES	5,72	189.889	231,18
Caxias do Sul	RS	5,72	435.564	508,20

Betim	MG	5,73	378.089	837,09
Barbacena	MG	5,75	126.284	638,00
Boa Vista	RR	5,76	284.313	293,95
Cabo Frio	RJ	5,76	186.227	707,78
Presidente Prudente	SP	5,81	207.610	277,93
Mossoró	RN	5,83	259.815	549,52
Ponta Grossa	PR	5,87	311.611	302,89
Campina Grande	PB	5,9	385.213	482,20
Taubaté	SP	5,92	278.686	439,39
Anápolis	GO	5,93	334.613	472,40
São José	SC	5,95	209.804	265,25
Jundiaí	SP	6,11	370.126	730,41
Araçatuba	SP	6,19	181.579	409,09
Dourados	MS	6,19	196.035	807,79
Lajeado	RS	6,26	71.445	273,02
Canoas	RS	6,27	323.827	566,77
Cascavel	PR	6,29	286.205	301,76
Erechim	RS	6,3	96.087	316,84
Palmas	TO	6,31	228.332	486,64
Foz do Iguaçu	PR	6,35	256.088	625,53
Blumenau	SC	6,37	309.011	661,20
Catanduva	SP	6,4	112.820	408,19
Arapongas	PR	6,41	104.150	265,80
Passo Fundo	RS	6,43	184.826	241,43
Diadema	SP	6,44	386.089	636,31
Uberaba	MG	6,48	295.988	489,29
Santa Cruz do Sul	RS	6,49	118.374	619,16
Campina Grande do Sul	PR	6,5	38.769	303,96
Ipatinga	MG	6,52	239.468	734,78
Jaú	SP	6,54	131.040	373,97
Joinville	SC	6,54	515.288	636,00
Volta Redonda	RJ	6,54	257.803	732,71
Passos	MG	6,57	106.290	257,20
Lages	SC	6,57	156.727	485,93
Araguaína	TO	6,6	150.484	368,27
Criciúma	SC	6,67	192.308	652,00
Arapiraca	AL	6,68	214.006	579,89
Ijuí	RS	6,8	78.915	384,22
Campo Largo	PR	6,81	112.377	257,81
Botucatu	SP	6,86	127.328	383,97
Barretos	SP	6,86	112.101	526,74
Marília	SP	6,89	216.745	580,72
Montes Claros	MG	6,99	361.915	507,52
Itajaí	SC	7	183.373	723,64
Tubarão	SC	7,03	97.235	311,81

Muriaé	MG	7,18	100.765	267,98
Sobral	CE	7,24	188.233	689,25
Chapecó	SC	7,34	183.530	629,04
Barueri	SP	8,22	240.749	1388,82

Tabela 2: Municípios do Grupo Homogêneo 2 ordenados de acordo com a nota no IDSUS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de IDSUS (2011), Siops (2011) e IBGE (2012).

Num primeiro momento, é possível verificar que os municípios de grande porte e população acima de 190 mil habitantes constituem o grupo que possui as piores notas. Possivelmente, a alta concentração demográfica e as regiões metropolitanas influenciam consideravelmente para que esses municípios apresentem notas inferiores às notas dos outros municípios – suspeita-se nesse momento que a demanda por serviços de saúde nas regiões citadas são ampliadas quando comparadas ao outro grupo, diminuindo a efetividade do atendimento. Nota-se superficialmente que as receitas totais *per capita* em saúde desses municípios são semelhantes àqueles com melhores notas.

Em relação aos municípios de melhor desempenho, pode-se verificar que a população varia de aproximadamente 38 mil habitantes a pouco mais de 500 mil. Trata-se de municípios com grande população e alguns deles pertencentes a regiões metropolitanas, porém em menor número, se comparado aos municípios com pior desempenho no IDSUS.

Para análises mais aprofundadas sobre os municípios e para melhor comparação entre eles, a análise de agrupamentos foi utilizada como forma de reuni-los de acordo com as características semelhantes propostas pelas variáveis: nota no IDSUS, população e receita total *per capita* em saúde.

Ainda observando o grupo como um todo e antes do detalhamento previsto pela análise de agrupamento, a Tabela 3 apresenta a estatística descritiva do grupo para a variável receita total *per capita* em saúde.

Receita <i>per capita</i>						
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Mediana
Receita x População	93	R\$ 195,93	R\$ 1.388,82	R\$ 489,87	R\$ 211,25	R\$ 482,20

Tabela 3: Estatística descritiva da Receita em Saúde *per capita* dos Municípios.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011) e IBGE (2012).

Nesse momento é visível que, para além do objetivo estabelecido pelo IDSUS em agrupar municípios em grupos homogêneos de acordo com as características estabelecidas (IDSUS, 2011), a receita em saúde não foi considerada, já que existem um município no

grupo com receita total *per capita* de R\$ 195,93 e, na outra extremidade, outro com receita de R\$ 1.388,82. Considerando que o financiamento da saúde é citado como um dos gargalos do sistema (UGÁ; MARQUES, 2005; MELAMED, 2011; GERSCHMAN; SANTOS, 2006; FINKELMAN, 2002), esta pesquisa salienta a necessidade e importância de agrupar essa informação no processo de avaliação do sistema de saúde pública brasileiro.

Outro fator analisado, apenas como complementação às principais variáveis do estudo, é a população. De acordo com a Tabela 4, a população do grupo também é bastante diversificada, tendo como mínimo 38.769 habitantes e máximo de 1.221.979. Ainda que um dos fatores de estratificação do IDSUS seja o porte populacional do município, o grupo apresenta municípios com características populacionais muito distintas, o que poderia influenciar na qualidade do acesso e na efetividade do sistema desses locais. Além disso, há a influência direta no aporte financeiro, posto que o financiamento é realizado pelas três esferas de governo (SERVO et al., 2011).

	População					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Mediana
População (IBGE, 2010)	93	38.769	1.221.979	317.452	208.447	263.689

Tabela 4: Estatística descritiva da população dos municípios.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011) e IBGE (2012).

Por fim, ainda abordando o grupo como um todo, observa-se na Tabela 5 a estatística descritiva da nota dos municípios no IDSUS – nesse caso, a nota varia de zero a 10 e é estabelecida de acordo com os indicadores de acesso e efetividade (IDSUS, 2011). Diante de um mínimo de 4,19 e um máximo de 8,22 apresentados, nota-se novamente a heterogeneidade do GH2 em relação ao atendimento dos padrões de acesso e efetividade estabelecidos pelos 24 indicadores analisados pelo índice.

	IDSUS					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Mediana
Nota no IDSUS geral	93	4,19	8,22	5,87	0,76	5,76

Tabela 5: Estatística descritiva da nota IDSUS dos municípios.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011), IDSUS (2011) e IBGE (2012).

Em virtude das condições de heterogeneidade apresentadas pelas Tabelas anteriores (3, 4 e 5) para comparação efetiva, real e justa entre os municípios, justifica-se a necessidade da análise de *clusters*, conforme detalhado na metodologia e descrito na próxima seção.

5.1 Perfil dos agrupamentos

Com o objetivo de reagrupar os municípios do Grupo Homogêneo 2, de acordo com as características similares segundo as variáveis estabelecidas, após a estruturação dos dados, observa-se no Quadro 11 a relação dos municípios que compõem cada *cluster*.

<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>	<i>Cluster 3</i>	<i>Cluster 4</i>	<i>Cluster 5</i>	<i>Cluster 6</i>	<i>Cluster 7</i>
São Gonçalo	Rio Grande	Piracicaba	Mogi das Cruzes Campos dos Goytacazes	Betim	Araçatuba	Barueri
Niterói	Macapá	São Bernardo		Jundiaí	Lajeado	
Nova Iguaçu	Franca	do Campo		Dourados	Erechim	
Ananindeua		Bauru		Foz do		
Duque de	Santa Maria	Araraquara		Iguaçu	Palmas	
Caxias	Jaboatão dos					
Aparecida de	Guararapes	São Carlos		Blumenau	Catanduva	
Goiânia	Vila Velha	Itabuna		Diadema	Arapongas	
Santo André	Rio Branco	Governador		Santa Cruz	Passo	
Caruaru	Pouso Alegre	Valadares		do Sul	Fundo	
		Feira de		Ipatinga	Uberaba	
		Santana			Campina	
Osasco	Cachoeiro de	Taboão da		Volta	Grande do	
Serra	Itapemirim	Serra		Redonda	Sul	
Vitória da	Boa Vista	Imperatriz		Joinville	Jaú	
Conquista	Prudente	Limeira		Criciúma	Passos	
	Ponta Grossa	Porto Velho		Arapiraca	Lages	
	São José	Petrópolis		Barretos	Araguaína	
	Cascavel	Aracaju		Marília	Ijuí	
		Guarulhos		Montes	Campo	
		Maringá		Claros	Largo	
		Contagem		Itajaí	Botucatu	
		Varginha		Sobral	Tubarão	
		São José dos		Chapecó	Muriae	
		Campos				
		Divinópolis				
		Pelotas				
		Caxias do Sul				
		Barbacena				
		Cabo Frio				

		Taubaté				
		Anápolis				
		Mossoró				
		Campina				
		Grande				
		Canoas				

Quadro 11: Distribuição dos municípios do Grupo Homogêneo 2 pelos *clusters* definidos.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011), IDSUS (2011) e IBGE (2012).

Pode-se verificar, na Tabela, 6 que o grupo com o maior número de municípios é o 3, com 31,18 % do total (29 municípios), já o menor grupo, o de número 7, tem apenas um município, com cerca de 1,08% do total. É possível visualizar também que existem dois grupos com 18 municípios, com aproximadamente 19,35 % do total em cada um deles. Ao excluir os grupos 4 e 7, os grupos estão próximos da uniformidade no quesito quantidade de municípios.

<i>Cluster</i>	Quantidade de municípios	% do total
1	11	11,83
2	14	15,05
3	29	31,18
4	2	2,15
5	18	19,35
6	18	19,35
7	1	1,08
Total	93	100,00

Tabela 6: Número de municípios por *cluster*.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com fins de enriquecer a análise dos municípios, foi traçado um perfil de cada agrupamento com informações adicionais de desenvolvimento humano (IDHM – PNUD, 2013) e divisão da receita total em saúde nos cinco blocos de financiamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) – Atenção Básica (AB), Atenção de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde (VS), Assistência Farmacêutica (AF) e Gestão do SUS (GS) –, além das variáveis utilizadas na segmentação (nota no IDSUS, receita total *per capita* e população).

Segundo a Tabela 7, o agrupamento 1 se caracteriza por ter a menor nota do IDSUS, a terceira menor receita total em saúde, a maior média populacional e a segunda pior média do IDHM. Já o agrupamento 2 tem a terceira pior nota no IDSUS, a menor receita em saúde, a quarta maior população e o terceiro melhor IDHM. Em relação ao agrupamento 3, tem-se a quarta pior nota no IDSUS, a quarta menor receita em saúde, a terceira maior população e o

quarto melhor IDHM. O agrupamento 4 é caracterizado por ter em média a segunda pior nota no IDSUS, a segunda maior receita em saúde, a segunda maior população e o pior IDHM dos grupos. Já em relação ao agrupamento 5, este apresenta a segunda melhor nota no IDSUS, com a terceira maior receita, a terceira menor população e o segundo melhor IDHM. O agrupamento 6 caracteriza-se por ter a terceira melhor nota no IDSUS, a segunda menor receita em saúde, a menor população e o terceiro pior IDHM. Por fim, o agrupamento 7, formado apenas pelo município de Barueri (SP), isolado por ter características muito divergentes dos demais agrupamentos, tem como perfil a melhor nota no IDSUS, a maior receita em saúde, a segunda menor população e o melhor IDHM.

Por conseguinte, é possível verificar que os grupos 1 e 7 são bastante distintos, já que o 1 apresenta piores resultados em relação ao agrupamento 7, de acordo com as variáveis analisadas. Levando em conta a população e o IDHM, pode-se sugerir que os dois fatores exercem alguma relação com o nível de atendimento dos indicadores que medem acesso e efetividade do sistema proposto pelo IDSUS, ainda que o financiamento possivelmente exerça influência, dado ao fato de o grupo de pior desempenho em média também ter a terceira menor receita em saúde.

Clusters	Nota IDSUS	Receita Total SUS per capita (R\$)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Receita AB (SIOPS, 2011)	Receita MAC (SIOPS, 2011)	Receita VS (SIOPS, 2011)	Receita AF (SIOPS, 2011)	Receita GS (SIOPS, 2011)
1	4,63	399,24	580.584	0,779	74,44	186,05	10,64	10,28	5,35
2	5,55	256,30	299.314	0,810	120,72	34,53	11,88	8,41	11,80
3	5,57	547,02	372.422	0,798	100,00	237,57	11,72	8,92	5,69
4	5,33	1.065,16	425.755	0,777	52,97	284,81	7,68	22,28	0,12
5	6,60	661,65	259.921	0,812	150,99	310,83	14,01	11,74	3,67
6	6,57	349,19	131.953	0,792	167,70	65,90	7,45	16,68	1,06
7	8,22	1.388,82	240.749	0,826	371,32	935,83	33,08	48,28	0,32

Tabela 7: Perfil dos municípios do Grupo Homogêneo 2, de acordo com o agrupamento.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Siops (2011), IDSUS (2011), PNUD (2013) e IBGE (2012).

Outras variáveis que compõem a Tabela 7 são os blocos de financiamento. Verifica-se que o agrupamento 4 é o que menos investe receita em AB, com média de R\$ 52,97 *per capita*, e o agrupamento 7 é o que mais investe, com média de R\$ 371,32 *per capita*. Em relação ao bloco de financiamento de MAC, o agrupamento 2 é o que menos investe, com média de R\$ 34,53 *per capita*, e o grupo 7 é o que mais investe, com média de R\$ 935,83 *per capita*. No tocante ao financiamento de VS, o grupo 6 é o que menos investe, com média de

R\$ 7,45 *per capita*, e novamente o grupo 7 possui o maior investimento, com R\$ 33,08 *per capita*. No que tange à AF, o que menos investe é o agrupamento 2, com média de R\$ 8,41 *per capita*, e o que mais investe é o 7, com R\$ 48,28 *per capita*. Por fim, no que concerne à Gestão do SUS, o grupo que menos investe é o 7, com R\$ 0,32 *per capita*, e o que mais investe é o grupo 2, com a média de R\$ 11,80 *per capita*.

Fica claro nessa análise que existe um grande distanciamento em relação ao financiamento dos municípios do GH2. Depois de estabelecer os *clusters*, tais diferenças foram dirimidas, possibilitando uma comparação melhor entre os municípios, já que se apresentam mais homogêneos do que na situação apresentada pelo agrupamento feito pelo IDSUS.

Com o intuito de prosseguir com o detalhamento dos agrupamentos realizados e apresentar os dados de maneira, em relação à nota do IDSUS de cada grupo, verifica-se na Figura 14 a média e o diagrama de caixa, em que se observa a dispersão dos municípios dentro de cada grupo. Pode-se constatar que os grupos 4 e 7 são homogêneos; porém, é importante salientar que o grupo 2 é formado por apenas dois municípios e o grupo 7, por um. Em contrapartida, o grupo 2 também se apresenta uniformemente, com discretas diferenças entre os quartis.

Figura 14: Média e diagrama de caixa das notas do IDSUS.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de IDSUS (2011).

Em relação à outra variável analisada, receita total em saúde *per capita*, a Figura 15 demonstra a média e o diagrama de caixa com as informações de cada agrupamento, conforme os dados apresentados na Tabela 7. Nessa variável, o grupo 6 se apresenta de forma mais uniforme, com discretas diferenças entre os quartis.

Figura 15: Média e diagrama de caixa da Receita Total em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Siops (2011).

Para a visualização dos dados apresentados na Tabela 7, no tocante à variável população, a Figura 16 apresenta as médias e o diagrama de caixa para cada agrupamento. É visível que, com o diagrama de caixa que existem municípios com características singulares na variável população, sendo que Jaboatão dos Guararapes/PE, São Bernardo do Campo/SP, Guarulhos/SP e Uberaba/MG estão com população bem acima do limite superior do seu grupo, caracterizando-se como *outliers*.

Figura 16: Média e diagrama de caixa da população.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012).

No tocante aos blocos de financiamento, as figuras a seguir ressaltam os dados de forma visual, e a Figura 17, apresenta dados sobre o bloco de financiamento da Atenção Básica, em que é possível constatar que o grupo 4 possui a pior média e há maior homogeneidade no grupo 1, pois há baixa dispersão entre os municípios presentes neste agrupamento.

Figura 17: Média e diagrama de caixa da Receita em Atenção Básica.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Já a Figura 18 apresenta dados referentes ao bloco de financiamento de média e alta complexidade. É possível verificar que o grupo 7 tem uma receita muito superior em relação aos outros agrupamentos, o que pode ser explicado pelo fato de Barueri/SP ter uma concentração de procedimentos hospitalares maior que os outros agrupamentos e consequentemente necessita de mais recursos. Também é notado que o grupo 5 apresenta maior homogeneidade nos dados com discreta diferença entre os quartis, e que o grupo 2 possui um município, Franca/SP, com comportamento diferente dos outros municípios, em que receita em MAC é superior ao limite máximo do município.

Figura 18: Média e diagrama de caixa da Receita em Média e Alta Complexidade.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Em sequência, a Figura 19 destaca dados sobre receita em Vigilância em Saúde, em que o grupo 7 possui o maior valor médio em relação aos outros grupos. Também se observa baixa homogeneidade dos dados nesse quesito, já que no grupo 1 existem dois municípios que têm receitas superiores ao limite máximo (Santo André/SP e Osasco/SP) – Osasco/SP apresenta dados extremos com relação à média do grupo. No grupo 3, Piracicaba/SP aparece novamente com receitas superiores ao limite máximo do grupo. No que concerne ao grupo 5, o município de Jundiaí/SP está acima do limite máximo do grupo, e no grupo 6, Passos/MG apresenta-se como *outlier*.

Figura 19: Média e diagrama de caixa da Receita em Vigilância em Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Posteriormente, na Figura 20, pode-se verificar os dados dos grupos em relação à média e à dispersão dos dados, em que o grupo 7 aparece novamente com a maior média entre os grupos. No que tange à distribuição dos municípios dentro dos agrupamentos, é notável que os grupos apresentam grande heterogeneidade, dado ao fato de vários municípios, na maioria dos agrupamentos, apresentarem valores de receita em Assistência Farmacêutica superiores ao limite máximo de cada agrupamento.

Figura 20: Média e diagrama de caixa da Receita em Assistência Farmacêutica.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Por fim, a Figura 21 apresenta dados referentes ao bloco de financiamento de Gestão em Saúde. Oposicionalmente aos outros blocos, nesse item o agrupamento 7 possui a segunda menor média entre os grupos, sendo que o grupo 2 tem a maior média. Similar ao ocorrido no item anterior, Assistência em Saúde, esse bloco de financiamento também exhibe grande heterogeneidade entre os grupos, podendo-se verificar municípios com limites superiores na maioria dos grupos.

Figura 21: Média e diagrama de caixa da Receita em Gestão em Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Para facilitar a leitura, bem como organizar os principais resultados encontrados na fase de análise dos perfis dos agrupamentos, o Quadro 12 ilustra tais informações. Buscou-se incluir os itens na sequência em que eles aparecem no texto, sendo também organizados de forma lógica e sequencial.

Item	Descrição
1	O agrupamento 1 se caracteriza por ter a menor nota do IDSUS, a terceira menor receita total, a maior média populacional e a segunda pior média no IDHM.
2	O agrupamento 7, formado apenas pelo município de Barueri (SP), isolado por ter características muito divergentes, possui a melhor nota do IDSUS, a maior receita em saúde, a segunda menor população e o melhor IDHM.
3	Os grupos 1 e 7 são bastante distintos, já que o 1 apresenta piores resultados em relação ao agrupamento 7, de acordo com as variáveis analisadas. Levando em conta a população e o IDHM, pode-se sugerir que esses dois fatores exercem alguma relação com o nível de atendimento dos indicadores que medem o acesso e a efetividade do sistema proposto pelo IDSUS, ainda que o fator financiamento possivelmente influencie, dado ao fato de o grupo de pior desempenho em média também ter a terceira menor receita em saúde.
4	Fica claro, após o reagrupamento em <i>cluster</i> proposto no trabalho, que as diferenças entre os municípios foram dirimidas, já que os grupos se apresentam de forma mais homogênea. Porém, é evidente o distanciamento dos grupos no tocante ao financiamento.
5	Com relação ao bloco de financiamento de AB, o grupo que mais investe é o 7. O grupo 1 apresenta nesse quesito o segundo menor investimento, o que pode sugerir que o baixo investimento em atenção básica pode gerar pior desempenho no IDSUS, em média.
6	Em relação ao bloco de financiamento de MAC, observa-se que o agrupamento 7

	apresenta uma receita muito superior aos outros agrupamentos, fato que pode ser explicado pelo fato de Barueri/SP concentrar uma quantidade maior de procedimentos hospitalares em relação aos outros agrupamentos.
7	Observa-se também que os blocos de AF e VS são muito heterogêneos, até mesmo dentro dos agrupamentos; porém, o montante investido nesses blocos é baixo se comparado com a receita total em saúde <i>per capita</i> . Pode-se dizer que não é possível verificar se o investimento nesses blocos impacta diretamente no desempenho alcançado no IDSUS.

Quadro 12: Síntese dos resultados dos perfis dos agrupamentos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Após traçados os perfis médios de cada grupo e suas peculiaridades por meio do detalhamento por blocos de financiamento, a próxima seção destina-se a atender o objetivo geral do trabalho, a proposta de construção de um modelo de análise de custo-efetividade, conforme descrito na metodologia e aplicado na próxima seção.

5.2 Análises de custo-efetividade (ACE)

Diante das grandes diferenças apresentadas entre os municípios em relação às variáveis utilizadas no estudo (nota no IDSUS, população e receita *per capita* em saúde), e com a intenção de verificar o impacto que essas variáveis exercem na melhoria do desempenho e da qualidade do sistema público de saúde, o modelo proposto de análise de custo-efetividade fornece dados consolidados para a tomada de decisão. Tal relevância, já apontada na literatura (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012), é fundamental para a integração entre as bases de dados existentes no SUS.

Observa-se que, neste estudo, dados referentes ao desempenho do sistema (IDSUS, 2011) e ao orçamento público em saúde (SIOPS, 2011) foram concatenados, gerando dados complementares que podem ser utilizados pelos gestores como subsídio para o planejamento de ações em saúde pública. A Tabela 8 e a Figura 22 destacam os resultados da análise de custo-efetividade (ACE) para a variável receita total *per capita* em saúde.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	580.584	0,779	4,63
2	46,16	299.314	0,810	5,55
3	98,15	372.422	0,798	5,57
4	199,84	425.755	0,777	5,33
5	100,33	259.921	0,812	6,60
6	53,16	131.953	0,792	6,57
7	168,96	240.749	0,826	8,22

Tabela 8: Análise de custo-efetividade para Receita Total em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Nesse momento, é possível perceber que o grupo que se apresenta com mais custo-efetividade é o 2, com receita total de R\$ 46,16 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS; porém, observa-se que tal grupo tem o segundo pior desempenho no IDSUS, com nota média de 5,55. Pode-se dizer que nessa variável atribui-se ao financiamento o impacto produzido no desempenho, já que os municípios do grupo são de médio porte e possuem bom desempenho no IDHM.

Ainda que o financiamento seja fator de impacto para o desempenho no agrupamento 5, isso não ocorre no grupo 4, em que, para cada ponto alcançado na nota do IDSUS, os municípios têm em média a receita total de R\$ 199,84, caracterizando-se como o agrupamento de menor custo-efetivo. O fator atrelado a esse impacto pode ser a alta concentração demográfica, já que tal grupo é o segundo com municípios mais populosos e o que apresenta pior IDHM, com média de 0,777.

Figura 22: Análise de custo-efetividade para Receita total em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Em continuidade às análises de custo-efetividade e como forma de ampliar o detalhamento das receitas em saúde, optou-se em dividir as receitas em saúde de acordo com os blocos de financiamento utilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b). Diante disso, pode-se diagnosticar como o dinheiro é aplicado e se essa aplicação exerce algum impacto no desempenho obtido no IDSUS. Como já dito anteriormente, os blocos de financiamento analisados são: Atenção Básica (AB), Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), Vigilância em Saúde (VS), Assistência Farmacêutica (AF) e Gestão em Saúde (GS).

A primeira análise de custo-efetividade descrita é a relação entre as receitas em saúde da AB com as notas alcançadas no IDSUS. A Tabela 9 e a Figura 23 destacam os resultados obtidos.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	ACE (AB)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	16,09	580.584	0,779	4,63
2	46,16	21,74	299.314	0,810	5,55
3	98,15	17,94	372.422	0,798	5,57
4	199,84	9,94	425.755	0,777	5,33
5	100,33	22,90	259.921	0,812	6,60
6	53,16	25,53	131.953	0,792	6,57
7	168,96	45,17	240.749	0,826	8,22

Tabela 9: Análise de custo-efetividade para Receita em Atenção Básica *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Levando em conta a receita em AB, pode-se dizer primeiramente que o grupo mais custo-efetivo é o grupo 4, que apresenta uma receita de R\$ 9,94 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. No entanto, a contextualização dessa variável infere que ser mais custo-efetivo em atenção básica não gera, necessariamente, uma nota do IDSUS melhor – na realidade, o pouco investimento em atenção básica culmina em baixo desempenho dos municípios desse grupo.

Vários estudos descrevem que um investimento maior em atenção básica ou primária gera menores custos nos tratamentos de doenças agudas e diminui os gastos totais em saúde (PAIM et al., 2011; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008; BRASIL, 2007a). Complementarmente, observa-se que as receitas totais em saúde são as maiores dentro desse grupo, fortalecendo o que a literatura fornece como solução para gasto eficiente em saúde pública; de fato, investimentos maiores em atenção básica geram menores custos totais.

Em oposição a esse grupo, o agrupamento 7 apresenta-se com a pior relação custo-efetividade em relação a outros agrupamentos, tendo como média uma receita em AB de R\$ 45,17 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. Porém, argumenta-se que esse maior aporte financeiro gera a maior nota do IDSUS do grupo, indicando que maiores receitas em atenção básica contribuem para o melhor desempenho global do sistema único de saúde. A Figura 23 ilustra essas relações.

Figura 23: Análise de custo-efetividade para Receita em Atenção Básica *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

A próxima variável analisada é a atenção de média e alta complexidade. Ao observar a Tabela 10 e a Figura 24, o agrupamento 7 apresenta-se agora com a pior relação custo-efetividade, quando comparado aos outros agrupamentos. Diante de uma receita em atenção de média e alta complexidade de R\$ 113,85 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS, torna-se contraditório o que se discute sobre atenção básica, levando em consideração que maiores receitas em atenção básica diminuem as receitas em atenção de média e alta complexidade, o que a esse caso não se aplica. Para ter um diagnóstico mais acertado sobre outros fatores que influenciam essa contradição, é necessário um olhar direto e específico para tal grupo, o que este estudo não contempla. Pode-se presumir que neste caso, o município de Barueri/SP concentra um número maior de procedimentos em nível terciário, o que acarreta maiores dispêndios em alta e média complexidade.

Por outro lado, a relação mais custo-efetiva se dá novamente no grupo 2, com uma receita média de R\$ 6,22 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. Ainda que com mais custo-efetividade, esse agrupamento tem em média as uma das piores notas no IDSUS; por conseguinte, pode-se dizer que a falta de recursos em saúde e a grande concentração demográfica nesse grupo interferem diretamente no desempenho apresentado.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	ACE (MAC)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	40,21	580.584	0,779	4,63
2	46,16	6,22	299.314	0,810	5,55
3	98,15	42,63	372.422	0,798	5,57
4	199,84	53,44	425.755	0,777	5,33
5	100,33	47,13	259.921	0,812	6,60
6	53,16	10,03	131.953	0,792	6,57
7	168,96	113,85	240.749	0,826	8,22

Tabela 10: Análise de custo-efetividade para Receita em Média e Alta Complexidade *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Na Figura 24, é possível vislumbrar as análises de custo-efetividade para a variável MAC.

Figura 24: Análise de custo-efetividade para Receita em Média e Alta Complexidade *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Em complemento às análises anteriores, a próxima variável versa sobre as receitas em vigilância em saúde e sua relação com as notas do IDSUS. Na Tabela 11, é possível verificar que o grupo 6 se apresenta mais custo-efetivo, já que possui receita média, em vigilância em saúde, de R\$ 1,13 para cada ponto alcançado na nota. Em contraposição, o grupo 7 tem a pior relação custo-efetividade para essa variável, tendo como média uma receita de R\$ 4,02 para cada ponto alcançado na média.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	ACE (VS)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	2,30	580.584	0,779	4,63
2	46,16	2,14	299.314	0,810	5,55
3	98,15	2,10	372.422	0,798	5,57
4	199,84	1,44	425.755	0,777	5,33
5	100,33	2,12	259.921	0,812	6,60
6	53,16	1,13	131.953	0,792	6,57
7	168,96	4,02	240.749	0,826	8,22

Tabela 11: Análise de custo-efetividade para Receita em Vigilância em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Diante do valor inexpressivo dessa variável no montante de recurso destinado à saúde pública, a análise do impacto dessa variável no alcance de um melhor desempenho em saúde torna-se inviável. Apesar disso, pode-se perceber que os recursos maiores em vigilância em saúde podem exercer alguma influência no alcance da nota do agrupamento 7, conforme ilustrado na Figura 25.

Figura 25: Análise de custo-efetividade para Receita em Vigilância em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

No tocante às receitas em Assistência Farmacêutica, observa-se que o agrupamento 2 possui o maior custo-efetividade, pois a receita média para AF é de R\$ 1,51 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. Na outra extremidade, verifica-se que a pior relação custo-efetividade acontece no agrupamento 7, com média de R\$ 5,87 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. Por apresentar valores similares ao encontrados em vigilância em saúde, conclui-se que, por se tratar de valores baixos em relação ao montante de recursos aplicados

em saúde, uma análise sobre o impacto que essa variável exerce no desempenho se torna impraticável.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	ACE (AF)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	2,22	580.584	0,779	4,63
2	46,16	1,51	299.314	0,810	5,55
3	98,15	1,60	372.422	0,798	5,57
4	199,84	4,18	425.755	0,777	5,33
5	100,33	1,78	259.921	0,812	6,60
6	53,16	2,54	131.953	0,792	6,57
7	168,96	5,87	240.749	0,826	8,22

Tabela 12: Análise de custo-efetividade para Receita em Assistência Farmacêutica *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

É possível verificar graficamente as análises de custo-efetividade realizadas para a variável AF na Figura 26.

Figura 26: Análise de custo-efetividade para Receita em Assistência Farmacêutica *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

A última variável analisada diz respeito às receitas de Gestão em Saúde. Diante dos resultados apresentados na Tabela 13, pode-se verificar que o grupo mais custo-efetivo é o 4, tendo a receita média em GS de R\$ 0,02 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS; na outra ponta, há o grupo 2, que apresenta a pior relação custo-efetividade, com um montante de R\$ 2,13 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS.

Apesar dos valores insignificantes em relação ao montante de recursos em saúde dos municípios, nesse caso é possível inferir que um baixo investimento em Gestão em Saúde

contribui diretamente para piores desempenhos dos sistemas de saúde, já que ações de planejamento, organização e verificação de eficiência dos gastos têm baixa ou nenhuma relevância no contexto geral do sistema. Dain (2007) argumenta que o gestor deve zelar pela qualidade de seu gasto, utilizando ferramentas de acompanhamento, monitoramento e avaliação do sistema; logo, investimentos nessa variável aumentariam o desempenho do sistema, atingindo maiores níveis de qualidade. Torna-se contraditório a afirmação feita na literatura, já que o grupo com a maior receita em gestão em saúde (grupo 2), tem um dos piores resultados em relação a média da nota do IDSUS.

<i>Clusters</i>	ACE (Total)	ACE (GS)	População (IBGE, 2010)	IDH (PNUD, 2013)	Nota (IDSUS, 2011)
1	86,30	1,16	580.584	0,779	4,63
2	46,16	2,13	299.314	0,810	5,55
3	98,15	1,02	372.422	0,798	5,57
4	199,84	0,02	425.755	0,777	5,33
5	100,33	0,56	259.921	0,812	6,60
6	53,16	0,16	131.953	0,792	6,57
7	168,96	0,04	240.749	0,826	8,22

Tabela 13: Análise de custo-efetividade para Receita em Gestão em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

Em sequência, a Figura 27 ilustra os valores obtidos a partir das análises de custo-efetividade para a variável receitas de gestão em saúde.

Figura 27: Análise de custo-efetividade para Receita em Gestão em Saúde *per capita*.

Fonte: Elaborado pela autora com base em IBGE (2012); Siops (2011) e IDSUS (2011).

A fim de gerar dados consolidados e agregar valor a discussão, a análise total dos resultados obtidos por meio do modelo proposto de análise de custo-efetividade torna-se indispensável. Ao ampliar a visão para um campo global, nota-se que o grupo 5, formado por cerca de 20% dos municípios do grupo amostral (18 municípios), apresenta os resultados mais coerentes.

Primeiramente, verifica-se que esse grupo tem em média a segunda melhor nota do IDSUS entre a amostra de 93 municípios; por outro lado, as receitas em saúde ocupam a terceira posição menos custo-efetiva, já que, em relação à receita total, tem-se um valor médio de R\$ 100,33 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS.

Vale ressaltar que, mesmo com as receitas maiores em saúde, há uma coerência no que diz respeito à alocação dos recursos, o que pode ser visualizado nas variáveis atenção básica e atenção de média e alta complexidade. Nelas, o uso do recurso nesse grupo é mais eficiente em relação ao emprego do recurso no agrupamento 7, sendo que, para alcançar a melhor nota do grupo, cerca de 1,62 pontos a mais que o grupo 5, utiliza-se em ambos os casos o dobro do valor do recurso destinado para as mesmas variáveis, aproximadamente.

Tal constatação solidifica a importância na concatenação das bases de dados disponíveis no sistema de saúde pública no Brasil. Com isso, o estudo fornece informações relevantes para a tomada de decisão do gestor, a fim de instruí-lo para a melhor alocação de recursos e, conseqüentemente, os melhores níveis de atendimento dos indicadores observados pelo IDSUS.

Diante de todos os resultados e análises realizadas neste tópico, o Quadro 13 se apresenta como uma síntese dos principais achados da pesquisa no que concerne à aplicação do modelo proposto de análise de custo-efetividade.

Item	Descrição
1	Em relação à análise de custo-efetividade da receita total, é possível perceber que o grupo que se apresenta mais custo-efetivo é o 2, com receita total de R\$ 46,16 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. Porém, tal grupo tem o segundo pior desempenho no IDSUS, com nota média de 5,55.
2	No grupo 4, em que, para cada ponto alcançado na nota do IDSUS, os municípios têm em média a receita total de R\$ 199,84, caracterizando-se como o agrupamento menos custo-efetivo, o fator atrelado a esse impacto pode ser a alta concentração demográfica, já que esse grupo é o segundo com municípios mais populosos e o que apresenta pior IDHM, com média de 0,777.
3	Levando em conta a receita em AB, pode-se dizer primeiramente que o grupo mais custo-efetivo é o 4, que apresenta uma receita de R\$ 9,94 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS. No entanto, a contextualização dessa variável infere que ser mais custo-efetivo em atenção básica não gera, necessariamente, uma nota melhor do IDSUS; na realidade, o pouco investimento em atenção básica culmina em baixo desempenho dos municípios desse grupo, e, de acordo com a literatura apresentada no referencial teórico, investimentos maiores em atenção básica geram menores custos totais.

4	Em relação à análise de custo-efetividade de receitas em MAC, o agrupamento 7 apresenta-se como a pior relação custo-efetividade quando comparada aos outros agrupamentos. Diante de uma receita em atenção de média e alta complexidade de R\$ 113,85 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS, torna-se contraditório o que se discute sobre atenção básica, levando em consideração que maiores receitas em atenção básica diminuem as receitas em atenção de média e alta complexidade; a esse caso, isso não se aplica.
5	A relação mais custo-efetiva se dá no grupo 2, com uma receita média de R\$ 6,22 para cada ponto alcançado na nota do IDSUS; porém, ainda que com mais custo-efetivo, esse agrupamento tem em média as piores notas no IDSUS, pode-se dizer que a falta de recursos em saúde e a grande concentração demográfica neste grupo interferem diretamente no desempenho apresentado.
6	No que tange às análises de AF e VS, diante do valor inexpressivo dessas variáveis no montante de recurso destinado à saúde pública, a análise do impacto dessa variável no alcance de um melhor desempenho em saúde torna-se inviável.
7	Apesar dos valores insignificantes em relação ao montante de recursos em saúde dos municípios, nesse caso é possível inferir que um baixo investimento em Gestão em Saúde contribui diretamente para piores desempenhos dos sistemas de saúde, já que ações de planejamento, organização e verificação de eficiência dos gastos têm baixa ou nenhuma relevância no contexto geral do sistema.
8	Ampliando a visão para um campo global, nota-se que o grupo 5, formado por cerca de 20% dos municípios do grupo amostral (18 municípios), apresenta os resultados mais coerentes. Vale ressaltar que, mesmo com as receitas maiores em saúde, há coerência no que concerne à alocação dos recursos, o que pode ser visualizado quando são constatadas as variáveis atenção básica e atenção de média e alta complexidade. Nelas, torna-se perceptível que o uso do recurso nesse grupo é mais eficiente em relação ao emprego do recurso no agrupamento 7, sendo que, para alcançar a melhor nota do grupo, cerca de 1,62 pontos a mais que o grupo 5, utiliza-se em ambos os casos aproximadamente o dobro do valor do recurso destinado para as mesmas variáveis.

Quadro 13: Síntese dos resultados para o modelo proposto de análise de custo-efetividade.

Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, observa-se que quanto melhor os resultados alcançados em atenção básica e de alta e média complexidade pelos municípios investigados, maior é a necessidade de aumento de recursos, já que sugere-se que estes tendem a utilizar os recursos em casos mais complexos e que demandam montantes maiores de recursos para sua aplicação e desenvolvimento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública sempre esteve em evidência no cenário mundial, dado que vários modelos de cuidado são conduzidos de acordo com as políticas e os padrões econômicos dos países. No Brasil, a Constituição Cidadã de 1988 trouxe, como direito a todo e qualquer cidadão brasileiro, o acesso à saúde, amplo e igualitário, por meio de políticas sociais vigentes desde a sua implantação.

O sistema público de saúde no Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), acaba de completar 25 anos de existência e há, ainda, esforços grandiosos para garantir que suas diretrizes e princípios sejam cumpridos em todo o território nacional. Para isso, diversas ações de monitoramento, avaliação e acompanhamento são realizadas, ainda que de forma fragmentada, e fornecem uma visão do atual modelo que, por sua vez, apresenta fragilidades e avanços.

Dentre as etapas do ciclo de políticas públicas, este trabalho destacou a importância da avaliação para o processo como um todo e como essa etapa está ligada diretamente ao desempenho obtido por tal política. Diante das avaliações realizadas no âmbito do SUS, destacam-se as avaliações de desempenho e as avaliações econômicas de saúde. Ambas fornecem informações acerca de políticas, processos e procedimentos utilizados pelo sistema supramencionado.

O principal objetivo deste trabalho versa sobre essa situação e busca a integração dos modelos de avaliação, a fim de disponibilizar dados consolidados aos gestores, por meio de uma proposta de modelo de avaliação de custo-efetividade, que, diferentemente da literatura apresentada no referencial teórico, possui peculiaridades.

Recentemente, o Ministério da Saúde adotou o IDSUS, formado por 24 indicadores e divulgado em março de 2012, que apresenta um retrato da saúde pública brasileira. Ele mede e sintetiza os resultados dos indicadores no que diz respeito ao acesso e à efetividade do sistema; para tanto, conta com dados de outras bases nacionais já disponíveis para consulta. Porém, salienta-se que, por se tratar de um indicador nacional que avalia os municípios de acordo com características pré-estabelecidas, considerou-se de extrema relevância dividir os municípios de acordo com características semelhantes (sociais, econômicas e de saúde), gerando assim seis grupos com características homogêneas segundo as variáveis adotadas na metodologia do índice.

Este trabalho, que teve como objetivo secundário descrever tal modelo de avaliação de desempenho, vislumbrou que o índice contempla dados referentes a procedimentos e

processos clínicos, mas não abarca indicadores que medem a eficiência dos gastos e o montante de recursos investidos no sistema. Apesar de o financiamento do sistema ser algo constantemente discutido, inclusive tratado na literatura como um gargalo do sistema, o IDSUS não o leva em consideração.

Aponta-se aqui uma fragilidade do índice, já que achados da pesquisa convergem para a relação de influência direta que a gestão eficiente dos recursos proporciona ao desempenho do sistema como um todo. O IDSUS, por se tratar de um índice recente incorporado à agenda de avaliações desenvolvidas, deve ser aperfeiçoado abarcando em seu contexto dados que indiquem os gastos e recursos municipais aplicados em saúde. Dessa forma, seria uma ferramenta bastante eficaz na análise de como o recurso é gasto e como pode ser melhor realocado, buscando atingir níveis mais altos de qualidade nos procedimentos e no atendimento à população.

Quanto à aplicação de um modelo de análise de custo-efetividade, para relacionar as variáveis de desempenho e recurso, o trabalho apresenta uma proposta de análise, pois a que comumente é utilizada na literatura engloba variáveis econômicas não compreendidas nessa questão. Sendo assim, justifica-se a proposta de um modelo diferenciado que contemplasse as variáveis estabelecidas que, no caso, são as notas médias dos agrupamentos no IDSUS e suas respectivas receitas totais e por bloco de financiamento, resultando num valor médio de receita para cada nota alcançada no IDSUS, o que proporcionou a discussão no que concerne aos valores investidos e ao impacto no desempenho dos municípios. Observa-se novamente a ilustração da construção do modelo apresentado, de acordo com a Figura 28, mas estruturado de forma genérica para aplicação em outros grupos homogêneos e outros anos.

Figura 28: Modelo proposto de ACE detalhado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Conclui-se também que, para além da necessidade de um aporte maior de recursos para o sistema, primordialmente é preciso considerar a alocação desses recursos nos blocos de financiamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pois é verificado que municípios que gastam mais recursos em atenção básica utilizam menos recursos no total e alcançam maiores níveis de desempenho do sistema.

Em contrapartida, outras variáveis podem influenciar no desempenho dos municípios, e uma delas é o porte populacional, como já dito anteriormente. Por mais que a divisão dos municípios por grupos homogêneos tenha sido feita, os municípios do Grupo Homogêneo 2 possuem grandes diferenças populacionais, e municípios com maior densidade demográfica apresentam piores resultados – isso ocorre pelo fato de o acesso aos serviços de saúde ser prejudicado pela alta demanda.

Assim sendo, o estudo apresentado teve o intuito de indicar que as avaliações econômicas de saúde e as avaliações de desempenho estão sendo realizadas de forma paralela no Brasil. O esforço em proporcionar aos gestores dados concretos e reais sobre a situação da saúde no país é inovadora e louvável, mas necessita ser mais efetiva, já que o cruzamento e a análise dos dados forneceria uma visão ampla e total do sistema público brasileiro.

Nesses termos, a finalidade do estudo foi indicar a importância da implementação de novos modelos de avaliação ou a melhoria dos modelos existentes e fornecer, aos gestores

públicos de saúde, informações interligadas a respeito do desempenho e dos recursos financeiros destinados à saúde do município em questão. Além disso, pretendeu-se proporcionar uma visão geral dos outros municípios, o que poderá auxiliar na busca por melhores padrões de qualidade em saúde e melhor efetividade do gasto público.

6.1 Limitações da pesquisa e sugestões para estudos futuros

Imprescindíveis tanto quanto os resultados apresentados pelo trabalho, as limitações deste estudo devem ser divulgadas e consideradas com a intenção de proporcionar, a outros pesquisadores, uma fonte de informação para futuros estudos acadêmicos, projetos e discussões acerca da melhoria dos modelos avaliativos da saúde pública em vigor no Brasil.

A primeira limitação encontra-se no universo amostral. Neste trabalho, delimitou-se a análise dos municípios do Grupo Homogêneo 2, que, no total, perfazem 94 municípios do país – sugere-se, porquanto, estudar todos os grupos homogêneos. Com isso, a visão sobre a situação do desempenho e da alocação dos recursos em saúde seria ampliado e englobaria todo o território nacional, o que poderia proporcionar ações mais efetivas para a melhoria dos indicadores utilizados para auferir desempenho e proporcionar ao governo um retrato da alocação dos recursos em cada município do país; conseqüentemente, as políticas públicas sociais em saúde seriam mais acertadas.

Outra limitação encontra-se na utilização dos dados referentes ao ano de 2011, já que esse ano apresentava dados completos em todas as variáveis analisadas. Nesse contexto, a verificação dos outros anos subsequentes e a comparação entre os anos seriam atraentes e relevantes para a construção de uma base de informações consolidadas aos gestores públicos.

Verifica-se também que os dados secundários e as variáveis estabelecidas pela pesquisadora podem apresentar vieses nos resultados obtidos, posto que as condições peculiares de saúde e a estrutura do sistema não podem ser observadas. Sugere-se um estudo aprofundado, com coleta de dados primários dos municípios com melhor e pior desempenho, para verificação da influência das variáveis compreendidas como impactantes neste estudo.

6.2 Contribuições do estudo

Diante da grande importância da saúde na vida de todas as pessoas, estudos baseados e vinculados na melhoria desse direito humano fundamental são apreciáveis. Perante a construção de um sistema público gratuito, universal e igualitário, porém com grandes

dificuldades no cumprimento desses princípios, a busca por melhores modelos de gestão, de políticas públicas mais efetivas e de ferramentas de monitoramento e avaliação adequadas é de grande valia.

Citam-se aqui, como contribuição acadêmica da pesquisa, o aprofundamento do estudo da história da saúde pública no Brasil e sua evolução, bem como a descrição detalhada de um novo índice de avaliação de desempenho, o IDSUS, ainda pouco explorado na literatura.

Outro ponto enriquecedor é a junção de dados qualitativos com bases quantitativas, o que proporciona ao leitor e a outros pesquisadores uma base confiável de informações, que contempla a análise dos dados disponíveis, além da interpretação e do relacionamento com a literatura disponível. Isto posto, a presente pesquisa foi conduzida sob a ótica de contribuir com a produção de conhecimento sobre a saúde pública brasileira, e entende-se que os objetivos tenham sido alcançados. Os resultados ora apresentados na discussão são recapitulados conforme o Quadro 14.

Item	Descrição
1	Primeiramente, observou-se que as diferenças socioeconômicas existentes entre as regiões do país ainda influenciam no desempenho da saúde pública, em virtude da presença mais acentuada de municípios das regiões Sul e Sudeste no universo amostral (Grupo Homogêneo 2) que, nesse caso, apresenta condições econômicas, sociais e de saúde de nível médio e alto, se comparado aos outros grupos homogêneos.
2	Outro ponto encontrado é que municípios com maior densidade demográfica apresentam piores resultados no IDSUS, sugerindo que a demanda ampliada diminui o acesso e a efetividade do sistema. Porém, as receitas totais <i>per capita</i> em saúde são semelhantes às dos municípios de melhor desempenho.
3	Na sequência, observou-se que grandes diferenças entre o mínimo e o máximo de receitas totais <i>per capita</i> em saúde, população e notas alcançadas no IDSUS são encontradas no Grupo Homogêneo 2 (GH2), o que justifica a nova segmentação feita por meio da análise de <i>cluster</i> .
4	Mesmo após a nova segmentação, os municípios dentro de cada agrupamento encontrado apresentam condições distintas de população e financiamento, o que evidencia a grande heterogeneidade de características dos municípios brasileiros.
5	Complementarmente aos resultados encontrados até aqui, o modelo de análise de custo-efetividade proposto fornece informações ainda não destacadas até o momento. A primeira delas consiste na junção de duas bases de dados distintas na mesma análise (IDSUS e Siops), o que proporciona dados concatenados aos gestores em relação às variáveis de desempenho e financiamento.
6	À continuidade, nota-se que municípios com maiores recursos financeiros possuem melhores resultados, mas isso não os torna mais custo-efetivos. O mais coerente é o agrupamento 5, que apresenta bons resultados no IDSUS e menores recursos em relação aos outros agrupamentos.
7	Quando detalhados por blocos de financiamento, constata-se que os grupos mais custo-efetivos são os que gastam mais em Atenção Básica e menos em Atenção de Média e Alta Complexidade. Contudo, os outros blocos de financiamento não exercem grande influência no desempenho obtido.

Quadro 14: Síntese dos resultados gerais da pesquisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao destacar todos os resultados encontrados e discutidos nesta pesquisa, parece ser legítimo indicar que os processos avaliativos desempenhados pelo sistema público de saúde brasileiro precisam ser reformulados e ampliados como forma de assegurar qualidade, acesso e efetividade do serviço público, com o alcance de novos patamares das condições de saúde da população.

Por fim, espera-se que, a partir da consecução do objetivo geral e dos objetivos específicos deste trabalho, os resultados sirvam para auxiliar na execução de novas medidas e planos que busquem a adequação e o desenvolvimento de novas políticas públicas e modelos avaliativos. Assim, poder-se-á contribuir com o alcance de princípios e diretrizes do SUS outrora estabelecidos em prol do cidadão brasileiro.

7 REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **RAP**, [s.l.], Edição Especial Comemorativa, p. 67-86, 2007.
- ALVES, T.; PASSADOR, C. S. **Educação pública no Brasil**: condições de oferta, nível socioeconômico dos alunos e avaliação. São Paulo: Annablume, 2011.
- ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.) **Avaliação de políticas sociais**: uma questão de debate. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais, 2001.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p. 138-172. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 3 abr. 2014.
- BEHRING, Elaine R. Fundamentos de política social. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional, [s.l.], 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. v. 1. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, 29 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 jan. 2007b, n. 22; Seção 1, p. 45.
- BRASIL. **Atendimento SUS**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/sus>>. Acesso em: 14 fev. 2013.
- BRASIL. Lei n. 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, 1990a. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 26 fev. 2013.
- BRASIL. Lei n. 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, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento, Secretaria Executiva. **Avaliação econômica em saúde**: desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 26 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO E SILVA, Keila S.; BEZERRA, Adriana F. B.; SOUSA, Islândia M. C. de; GONÇALVES, Rogério F. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) pelos gestores municipais. **Cadernos de Saúde Pública**, Pernambuco, v. 26, n. 2, p. 373-382, 2010.

CAMELO JUNIOR, José S.; FERNANDES, Maria I. M.; JORGE, Salim M.; MACIEL, Lea M. Z.; SANTOS, Jair L. F.; CAMARGO JR., Alceu S.; PASSADOR, Cláudia S.; CAMELO, Silvia H. H. Avaliação econômica em saúde: triagem neonatal da galactosemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 666-676, abr. 2011.

CARDOSO JR., José C.; JACCOUD, Luciana. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana (Org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

COHN, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, p. 181-199, 2011. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl., 2007.

DÂMASO, Romualdo. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs.) **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

DRAIBE, S. M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 63-101, 2003.

DRUMMOND, Michael F.; STODDART, Greg L.; TORRANCE, George W. **Methods for the economic evaluation of health care programs**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

ELIAS, Paulo E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R.; EDLER, Flávio C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FAÇANHA, A.; MARINHO, L. O. **Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para discussão n. 787.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 1991.

FARIA, Carlos A. P. A política de avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, 2005.

FERNANDES, Fernando M. B.; RIBEIRO, José M.; MOREIRA, Marcelo R. Reflexões sobre a avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, [s.l.], v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

FERRAZ, M. B. Economia da saúde e sua inserção no sistema de saúde. In: BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. (Orgs.) **Direito à vida e à saúde: impactos orçamentários e judiciais**. São Paulo: Atlas, 2010.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, jun, p. 177-191, 2006.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

HEYLAND, Daren K et al. How to use the results of an economic evaluation. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 27, n. 6, p. 1195-1202, 1999.

HOFFMANN, Rodolfo. **Estatística para economistas**. 4. ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2006.

HOFLING, Eloisa M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Caderno Cedes**, [s.l.], v. 11, n. 55, p. 30-41, 2001.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IDSUS. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 fev. 2013.

KAHLMAYER-MERTENS, Roberto S.; FUMANGA, Mario; TOFFANO, Claudia B.; SIQUEIRA, Fabio. **Como elaborar projetos de pesquisa: linguagem e método**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

KAJIURA, Ana P. A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no sistema único de saúde. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Org.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

KRAUSS-SILVA, Leticia. Avaliação tecnológica e análise de custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 501-520, 2003.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. Política de saúde nos anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MACÊDO, Francisca F. R. R.; DAMASCENO, Maria M. J. Análise de desempenho do sistema único de saúde na região Nordeste do Brasil. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 20-36, 2013.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MALLET, Ana Luísa R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 15, 2005.

MARTINS, Ana A. Relações Estado-Sociedade e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 55-79, 1996.

MATIAS-PEREIRA, José. **Curso de administração pública**: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MÉDICI, A. C. Saúde e crise da modernidade (Caminhos, Fronteiras e Horizontes). **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 49-78, 1992.

MELAMED, Clarice. Regulamentação, produção de serviços e financiamento federal do sistema único de saúde: dos anos 1990 aos 2000. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio F. (Orgs.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

MENICUCCI, Telma. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas Operacionais do SUS. Disponível em: <<http://www.sios.datasus.gov.br/legislacao.php#NO>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristiani V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NUNES, Edison; JACOBI, Pedro R.; KARSH, Ursula S.; COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. OECD. Health expenditure. In: **OECD Factbook 2013**: economic, environmental and social statistics, OECD Publishing, 2013. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-103-en>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

PAIM, Jairnilson S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [s.l.], v. 370, n. 9.779, p. 11-31, 2011.

PAIM, Jairnilson S. Equidade e reforma em sistemas e serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAULA, Ana P. P. **Por uma nova gestão pública**: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PIRES, Maria R. G. M.; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 56-71, 2006.

POHLMANN, Marcelo C. **Análise de conglomerados**. In: CORRAR, L. J.; PAULO, E.; FILHO, J. M. D. (Orgs.) **Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia**. São Paulo: Atlas, 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD. **Índice do Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013>. Acesso em: 7 jan. 2014.

PRO-ADESS. Avaliação de desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. **Relatório final**, 2011. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIOFINAL24-5-2011.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

RAMOS, Marília P.; SCHABBACH, Letícia M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 46, n. 5, p. 1271-1294, 2012.

REIS, Afonso T.; OLIVEIRA, Paulo T. R.; SELLERA, Paulo E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 6, n. 2, supl., 2012.

RIBEIRO, R. A.; POLANCZYK, C. A. Avaliação de tecnologia em saúde: entendendo as fronteiras dos ensaios clínicos e metanálises. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 14, n. 6, p. 32-35, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, Peter H.; LIPSEY, Mark W.; FREEMAN, Howard E. **Evaluation: a systematic approach**. 7. ed. London: Sage Publications, 2004.

SANCHO, Leyla G.; DAIN, Sulamis. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, mar. 2012, p. 765-774.

SANTOS, Lucas M.; FRANCISCO, José R. S.; FARIA, Adriana M. B.; GONÇALVES, Márcio A. Controle por resultados na alocação de recursos na atenção básica em saúde das microrregiões do Sudeste do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas: coletânea**. Brasília: ENAP, 2006. v. 1.

SERVO, Luciana M. S.; PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea B.; RIBEIRO, José A. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, Clarice;

PIOLA, Sérgio F. (Orgs.) **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

SILVA, Ligia M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (Orgs.) **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. SIOPS. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php?S=225&UF=15&Pasta=11;&Ano=2011&Periodo=2>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. SIOPS. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/5982-o-que-e-siops>>. Acesso em: 5 mar. 2014.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [s.l.], v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Orgs.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SPINK, Peter. **Avaliação democrática**: propostas e prática. Fundamentos de Avaliação n. 3. ABIA, 2001. Coleção Abia.

STEVENSON, Willian J. **Estatística aplicada à administração**. Tradução de Alfredo Alves de Farias. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

UGÁ, Maria A. D. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. In: PIOLA, Sérgio F.; VIANNA, Solon M. **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995.

UGÁ, Maria A.; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

UGÁ, Maria A.; PORTO, Silvia M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúcia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VANNI, Tazio et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, dez. 2009, p. 2543-2552.

VIAJAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANNA, Ana L. d'A.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

WEINSTEIN, Milton C.; SIEGEL, Joanna E.; GOLD, Marthe R.; KAMLET, Mark S.; RUSSELL, Louise B. Recommendations of the panel on cost-effectiveness in health and medicine. **JAMA**, [s.l.], n. 276, p. 1253-1258, 1996.

WEISS, Carol H. The interface between evaluation and public policy. **Evaluation**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 468-486, 1999.

WHO. World Health Organization. **Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis**. Edited by T.Tan-Torres Edejer et al. Geneva, 2003.