



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

MARCELO VICTOR DE ARRUDA FREITAS

**FINANCIAMENTO DO SUS E INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL: SE
DINHEIRO NÃO COMPRA SAÚDE, O QUE É QUE O DINHEIRO PAGA?**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

MARCELO VICTOR DE ARRUDA FREITAS

**FINANCIAMENTO DO SUS E INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL: SE
DINHEIRO NÃO COMPRA SAÚDE, O QUE É QUE O DINHEIRO PAGA?**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dra^o Ana Lúcia
Andrade da Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Freitas, Marcelo Victor de Arruda.

Financiamento do SUS e Indicadores de Saúde o Brasil: se dinheiro não compra saúde, o que é que o dinheiro paga? / Marcelo Victor de Arruda Freitas. - Vitória de Santo Antão, 2022.

49p : il., tab.

Orientador(a): Ana Lúcia Andrade da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva - Bacharelado, 2022.

1. Financiamento da saúde. 2. Gastos públicos com saúde. 3. Indicadores de saúde. 4. Qualidade da Assistência à saúde. I. Silva, Ana Lúcia Andrade da. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARCELO VICTOR DE ARRUDA FREITAS

**FINANCIAMENTO DO SUS E INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL: SE
DINHEIRO NÃO COMPRA SAÚDE, O QUE É QUE O DINHEIRO PAGA?**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 16/05/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a. Ana Lúcia Andrade da Silva (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Lívia Teixeira de Souza Maia (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Keila Silene de Brito e Silva (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico
A Pilulú e Nonon, por serem a razão pela
qual eu luto pelo futuro de um SUS mais
forte, resolutivo e equânime.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à toda divindade a qual eu, familiares e amigos recorreremos em diferentes momentos para pedir e/ou agradecer, pela possibilidade de existir e pelo dom de resistir. A partir dessa divindade a qual, particularmente, chamo de Deus, eu agradeço.

Obrigado, Mainha (Katia Arruda) e Painho (Marcelo Freitas), por terem sido os maiores exemplos do que melhor vi na vida, por terem enfrentado absolutamente toda dificuldade da vida para dar a mim e as minhas irmãs educação, cuidado, atenção, apoio e tudo aquilo que se encontra sob o guarda-chuva da palavra amor e que me fizeram ser o homem que sou hoje.

Às minhas irmãs Virnna e Mirnna, por conhecerem aquilo que não se escreve e, ainda assim, me amarem incondicionalmente. Por vocês eu dou absolutamente tudo que há em mim.

À Laura e João Henrique, minha Pilulú e meu Nonon, por resignificarem a minha existência e por me darem, todos os dias, razões pra continuar vivendo.

Em nome de Vó Zefinha e Vô Vitorino (*in memorian*), maiores exemplos de resistência, luta, fé, devoção, afeto, dedicação e força, agradeço aos que se fizeram família; e agradeço, particularmente, à Tia Téó Arruda por me dar, todos os dias, muito orgulho de carregar esse sobrenome.

A Cláudio Neto, por ter chegado e permanecido. Por ter me conhecido e ainda assim ter decidido ficar. Por não ter ido embora quando somente havia medo, crises de ansiedade e choro. Por ter sido, em palavra ou silêncio, a presença sentida.

Aos meus irmãos Renan Santana e Renan Mano, pela graça de poder encontrar na mais verdadeira amizade a possibilidade de caminhar junto.

À Laís Arruda, Luís Roberto e Jonathan Nascimento, por serem a tríade que me sustentou nos dias que o CAV tentou me derrubar; por me ouvirem quando a vida tentou me calar e por terem sido o maior exemplo de cumplicidade que tive durante todos os dias até aqui; através deles agradeço também aos meus e minhas colegas de turma, aos que chegaram até o fim e os que se descobriram em novos caminhos, obrigado por terem tomado parte comigo nessa jornada.

À minha professora, orientadora, coordenadora, supervisora e a quem ousadamente chamarei, sim, de grandessíssima amiga, Ana Lúcia Andrade da Silva, por ter acreditado em mim, rido de mim, para mim e comigo, me aconselhado, me

feito chorar, me acalmado e, principalmente, por ter sido a responsável pelo Sanitarista que hoje me torno.

Em nome de Lívia Teixeira de Souza Maia, a quem tenho total e absoluta admiração, agradeço a todas as minhas professoras e professores, por terem construído junto comigo esse caminho e me possibilitado enxergar tudo aquilo que posso e devo fazer pela saúde desse país.

Ao Toco's Confort Residence, na pessoa de seu Síndico Carlinhos e da eterna condômina Renata Nely, agradeço por serem mais que casa, abrigo, moradia, lar. Obrigado por serem o estranho caótico conforto onde me refugio.

Em nome de Sandra Cristina Feitosa da Silva e Elisabete Cosma da Silva, amigas fiéis e a quem sou imensamente e ternamente devedor de amor e respeito, agradeço a todas as minhas amigas e amigos que fiz enquanto servidor municipal na Educação de Vitória de Santo Antão.

À Regulação em Saúde da Vitória de Santo Antão, em nome de Ediene Santos, agradeço pela acolhida e pelo aprendizado diário sobre ser povo, com o povo e para o povo.

Ao VerSUS edição 2016.2, por ter dado a oportunidade de olhar com novos e mais abertos olhos para o SUS, para a Saúde Coletiva e para as necessidades do povo que me fizeram sair da Biomedicina pra cá.

Ao Presidente Lula e à Presidenta Dilma, por governar brilhantemente esse país e, em suas gestões, terem potencializado as políticas de interiorização do Ensino Superior através do qual o Centro Acadêmico da Vitória e o curso de Bacharelado em Saúde Coletiva foram criados.

Por fim, agradeço à Universidade Federal de Pernambuco, especialmente – e muito mais especialmente – ao Centro Acadêmico da Vitória, lugar de onde parto e para o qual retornarei em breve – por me permitir, para além de estudar, crescer, viver, existir, falar, militar, ocupar espaços, ser visto e ouvido.

A todos e todas que, embora não tenham sido citados e citadas aqui, recebem de mim a gratidão cotidiana por tê-los e tê-las em minha vida, muitíssimo obrigado por chegarem comigo ao fim/início desse ciclo.

Sem vocês eu seria somente pó do início. Vocês me deram ligam. Me deram forma. Vocês foram, num só ato, matéria-prima, artesão e fornalha para o que me tornei.

MUITO OBRIGADO!

*“Tomara, meu amor, que ainda nessa vida,
o corte no mal seja certo,
que o povo pobre inteiro pule esse carnaval
num parque florestal pra se rejubilar.”*

Leti Mopa

RESUMO

FREITAS, Marcelo Victor de Arruda. **FINANCIAMENTO DO SUS E INDICADORES DE SAÚDE NO BRASIL: se dinheiro não compra saúde, o que é que o dinheiro paga?** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2022.

Introdução: O SUS nasce como possibilidade para a redução das desigualdades de acesso à saúde, bem como para promover a melhoria das condições de vida da população, mas evolui socialmente sem que fossem desenvolvidos sistemas eficientes que pudessem garantir o seu financiamento na mesma velocidade de sua evolução. O financiamento expressa o grau de priorização de determinada ação do Estado e carece de análises aprofundadas para se compreender em que medida esse componente interfere na qualidade dos serviços prestados à população.

Objetivo: Relacionar os investimentos em ações e serviços públicos de saúde com indicadores de morbimortalidade e de saúde da população nas Capitais brasileiras, no ano de 2020. **Métodos:** Estudo quantitativo, de caráter exploratório, nas Capitais brasileiras, utilizando dados secundários dos sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2020 processados através do Microsoft Excel 2010™, comparados por Teste Qui-quadrado e apresentados através de gráficos e tabelas. **Resultados:** A análise revelou que houve diferenças significantes entre os resultados dos indicadores estudados e os estratos de investimentos em ASPS ($p < 0,001$). Melhores resultados nos indicadores avaliados foram verificados no nível satisfatório de investimentos em ASPS, apontando que mesmo em um cenário de sub financiamento do SUS, existem diferenças no alcance de resultados a depender dos aportes de recursos realizados. **Conclusão:** O índice permitiu identificar que os investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde demonstraram relação com as condições morbimortalidade e assistência à saúde da população nas Capitais brasileiras, revelando que o conjunto de capitais com maior investimento financeiro apresentou resultados de indicadores de saúde significativamente melhores que os estratos considerados insatisfatórios.

Palavras Chaves: financiamento da saúde; gastos públicos com saúde; indicadores de saúde; qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

FREITAS, Marcelo Victor de Arruda. **SUS FINANCING AND HEALTH INDICATORS IN BRAZIL: if money doesn't buy health, what does money pay for?** Completion of course work (Bachelor of Public Health) - Academic Center of Vitória, Federal University of Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2022.

Introduction: The SUS was born as a possibility to reduce inequalities in access to health, as well as to promote the improvement of the population's living conditions, but it evolves socially without the development of efficient systems that could guarantee its financing at the same speed of its evolution. Financing expresses the degree of prioritization of a given State action and requires in-depth analysis to understand to what extent this component interferes with the quality of services provided to the population. **Objective:** To relate investments in public health actions and services with indicators of morbidity and mortality and the health of the population in Brazilian capitals, in the year 2020. **Methods:** Quantitative, exploratory study in Brazilian capitals, using secondary data from information systems from the Ministry of Health (MS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), in the year 2020 processed through Microsoft Excel 2010™, compared by Chi-square Test and presented through graphs and tables. **Results:** The analysis revealed that there were significant differences between the results of the indicators studied and the strata of investments in ASPS ($p < 0.001$). Better results in the indicators evaluated were verified in the satisfactory level of investments in ASPS, pointing out that even in a scenario of underfunding of the SUS, there are differences in the achievement of results depending on the contributions of resources made. **Conclusion:** The index allowed us to identify that investments in Public Health Actions and Services showed a relationship with the conditions, morbidity, mortality and health care of the population in Brazilian capitals, revealing that the set of capitals with greater financial investment presented significantly better results of health indicators than the extracts considered unsatisfactory.

Key words: health financing; public health expenditures; health indicators; quality of health care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Evolução Histórica do Financiamento em Saúde	15
2.2 Descentralização: Municipalização e Regionalização	18
2.3 Sistemas de Informação e Indicadores Socioeconômicos de Saúde	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral:	21
3.2 Objetivos Específicos:	21
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Análise de indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde da população por Capital brasileira no ano de 2020	22
4.2 Elaboração do índice de investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) das Capitais brasileiras	24
4.3 Caracterização da relação entre o índice de investimentos com os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde.	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5.1 Classificação das Capitais brasileiras segundo indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde.	27
5.2 Índice de investimentos em ASPS, segundo as Capitais brasileiras.	34
5.3 Relação entre o índice de investimentos em ASPS e os indicadores de morbimortalidade e assistência á saúde.	42
6 CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

A saúde, por concepção, está posta constitucionalmente como direito de todos e dever do Estado e deve ser assegurada a partir de políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário de toda população às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação de sua saúde. Nesse sentido, a principal política pública para a consolidação deste direito foi a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país (BARBERATO et al., 2017).

Antes da criação do SUS, no entanto, a assistência à saúde era restrita a alguns grupos populacionais através de diferentes estratégias governamentais, as quais citam-se: O pagamento por serviços privados e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) criadas durante a Primeira República, organizadas por empresas de natureza civil e privada e financiadas com recursos de empregados ou empregadores e unificadas, na Era Vargas, em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs); Os Institutos Nacionais da Previdência Social (INPS) que surgiram a partir da fusão dos IAPs durante os primeiros anos do Governo Militar; Os Institutos Nacionais e Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e Institutos de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) como parte do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) criados no final da década de 80 (ACURCIO, 2007); ou ainda os serviços filantrópicos ligados à caridade, tais como as Santas Casas e os Hospitais-Escola, responsáveis pelo fornecimento de serviços a cerca de 80% da população (SALDIVA; VERAS, 2018).

O SUS nasce, portanto, como possibilidade para a redução dessas desigualdades de acesso à saúde, bem como para promover a melhoria das condições de vida de nossa população, mas evolui socialmente sem que fossem desenvolvidos sistemas eficientes que pudessem garantir o seu financiamento na mesma velocidade de sua evolução (SALDIVA; VERAS, 2018).

A fim de garantir tal eficiência quanto ao financiamento, o processo de descentralização da gestão das políticas de saúde, iniciado com a implantação do SUS e viabilizado a partir das Normas Operacionais Básicas – NOB 01/91, NOB 01/93 e NOB 01/96 – procurou estabelecer critérios gerais no modelo assistencial de saúde, incluindo seus aspectos organizacionais e financeiros (CORREIA; SILVA, 2017). Essa descentralização dos serviços públicos estabeleceu as formas de

participação das diferentes esferas do governo na realização dos gastos e na oferta dos serviços públicos, buscando ampliar os processos democráticos de alocação dos recursos, aumentando então a eficiência nos serviços prestados (SOUSA et al., 2020).

Em contrapartida, a universalização do acesso à saúde realizada sem o devido suporte de fontes de recursos estáveis e suficientes ao seu financiamento, gerou dificuldades financeiras nos governos locais. A solução parcial para insuficiência financeira foi buscada pela criação da obrigatoriedade de aplicação de percentuais mínimos de recursos resultantes de impostos em ações e serviços de saúde pela Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141/2012 (SOUSA et al., 2020). Ainda assim, muitas são as discussões em relação aos problemas enfrentados pelo SUS, dentre as quais se destacam as discussões que envolvem justamente o seu financiamento e gestão (IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019). O grande dilema, no entanto, é saber se há insuficiência de recursos ou se falta eficiência na gestão deles, sem descartar, contudo, a possibilidade de que o problema pode abranger ambas as questões (CORREIA; SILVA, 2017).

O financiamento como componente do sistema de saúde, expressa, portanto, o grau de priorização de determinada ação do Estado (ROSSI et al., 2018), mas tem enfrentado, nos últimos anos, perspectiva de desfinanciamento que certamente levará a um aniquilamento das tentativas de construção de nosso sistema universal, e especialmente de sua atenção primária (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018), carecendo de análises aprofundadas a fim de que se possa compreender em que medida esse componente e suas diferentes formas de apresentação e/ou apresentação interferem na qualidade dos serviços prestados à população, como interfere e de que maneira ele pode ser usado como parâmetro para orientar a tomada de decisão por parte da gestão desses serviços.

Por conseguinte, a construção de indicadores de eficiência – principalmente nos países em que o estado possui participação elevada na manutenção desse setor, tal qual acontece no Brasil – se tornou um processo não somente fundamental, mas natural, para o aprimoramento de políticas públicas, tanto em relação à sua alocação, como quanto ao impacto desses investimentos na qualidade de vida da população contribuindo para produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade (ANDRETT et al., 2018; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; SOARES; COSTA; LOPES, 2019).

Diante do exposto, esse estudo propõe-se a responder: como se relacionam investimentos em ações e serviços públicos de saúde e indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde das Capitais dos estados brasileiros? E, ato contínuo, objetiva avaliar o impacto desses investimentos na qualidade dos serviços prestados a partir dos indicadores de financiamento, demográficos, socioeconômicos e de assistência à saúde da população, partindo da hipótese que nas Capitais com maiores aportes para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no SUS, a população apresenta melhores níveis de indicadores de saúde.

Seguidamente, compreendendo que as diferentes formas de financiamento em saúde possibilitam diferentes interpretações sobre a qualidade dos serviços prestados à população; e entendendo que a gama diversa de indicadores existentes para a apresentação da qualidade de tais serviços prestados não refletem absolutamente ou esgotam em si mesmos os resultados totais esperados para qualidade desses serviços, justifica-se a importância desse trabalho pela possibilidade de desenvolver um parâmetro que relacione investimentos e indicadores em saúde que potencialize a avaliação dessa relação e subsidie a tomada de decisão com vistas à melhoria e qualificação das formas de investimentos em ações e serviços de saúde para a população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução Histórica do Financiamento em Saúde

Para a melhor compreensão dos aspectos históricos do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, é fundamental compreender o processo de evolução das políticas de saúde antes da criação do sistema. Nessa perspectiva, entende-se a necessidade de discussão de aspectos fundamentais desse processo histórico evolutivo das políticas públicas de saúde, sintetizados a seguir, segundo seu período histórico.

Durante a Primeira República, também denominada de República Velha (1889-1930) o país esteve sob o governo das oligarquias dos estados mais ricos como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais e as epidemias matavam grande parte da população, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil e obrigando o governo da época a adotar medidas que melhorassem a situação, dentre as quais estavam as violentas campanhas sanitárias da época e de vacina contra varíola em 1904 (ACURCIO, 2007).

A Assistência Médica, no entanto, estava disponível muito mais amplamente para as classes dominantes, as quais dispunham de recursos para o financiamento dos serviços, enquanto que a maior parte da população buscava atendimento filantrópicos em hospitais mantidos por igrejas, além das estratégias empregadas na medicina caseira (ACURCIO, 2007).

Nesse período e contexto, é promulgada por meio do Decreto 4.682 de janeiro de 1923, a Lei Eloy Chaves, entendida por alguns como o marco inicial da Previdência Social no País e que dá início às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas e empregados e operada por regime de Capitalização (FERNANDES; SOUSA, 2020), caracterizado pela identificação individual das contribuições recolhidas entre empregadores e empregados, aplicados em fundos Capitalizados ao longo do tempo, acumulando reservas para o futuro pagamentos dos benefícios por doença, invalidez, velhice e acidente de trabalho a cada segurado, além de representar um elevado padrão de despesas (ANDRADE, 2018), cabendo ao setor público apenas a resolução dos conflitos.

Durante a Era Vargas (1930-1945) as CAPs são unificadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde a associação deixa de ser por empresa e

passa a ser por categoria profissional (FERNANDES; SOUSA, 2020) estendendo a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos, mas que se manteve de forma precária e incipiente, atendendo apenas aquela parcela da população que trabalhava sob o regime de carteira assinada (IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019). Além disso, os investimentos o setor saúde foram muito baixos durante esse período e a saúde pública foi reduzida a funções normativas pelo baixo financiamento e má distribuição de funções com sobreposição de jurisprudência e gestão (MADURO, 2016).

Durante o Período de Redemocratização (1945-1964) o Ministério da Saúde é desmembrado do Ministério da Educação (1953), sem grandes mudanças em relação à postura governamental (MADURO, 2016), caracterizando-se principalmente pelos investimentos na assistência médica hospitalar, assistencialista e especializada em detrimento da atenção primária, de interesse preventivo e coletivo (ACURCIO, 2007).

No ano de 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) traz, dentre os principais pontos de discussão, a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos e a municipalização dos serviços de saúde (SANTOS, 2016).

No período do Governo Militar (1964-1980) os IAPs se fundem criando o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), período no qual a saúde foi vista como elemento individual e não como fenômeno coletivo, alterando profundamente sua linha de atuação e resultando no processo de desfinanciamento severo iniciado na primeira metade da década de 60 até o final da ditadura (ACURCIO, 2007). Diante disso, os investimentos em hospitais privados com recursos federais e de empresas privadas fizeram com que as estratégias de planos de saúde crescessem significativamente (IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019).

Em 1977 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que passa a se responsabilizar pela assistência médica aos seus segurados enquanto que o INPS segue com a concessão dos benefícios (IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019). Nesse período são definidas as bases que permitiriam a hegemonia dos modelos privatistas da década de 70, baseados no financiamento da saúde pelo Estado, na prestação de serviços pelo setor privado nacional e na produção de insumos e equipamentos pelo setor privado internacional (ACURCIO, 2007).

Em resposta à fragmentação do sistema, surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira que pautava a criação de um sistema universal, resultando na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 que se desdobra e se consolida na criação do SUS na Constituição Federal de 1988 e posterior consolidação pelas Leis 8080/90 e 8142/90 como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule a ele (ACURCIO, 2007; BRASIL, 2016; FERNANDES; SOUSA, 2020; IZEPÃO; BRITO; SILVA, 2019).

Avançando para um cenário pós-constituente, dada a insuficiência de subsídios para garantir a organização do financiamento do SUS e dos processos de descentralização, as Normas Operacionais Básicas (NOB) são criadas para dar esse suporte, dentre as quais a NOB 01/91, regulamentada pela Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991 traz como ponto central as políticas de financiamento do SUS nas atividades ambulatoriais, transferência de recursos, custeio da máquina administrativa e custeio de programas especiais em saúde (DANTAS; DANTAS, 2020).

No ano de 1994, a aprovação do Decreto Nº 1.232 determina a transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, contribuindo para maior autonomia dos entes federativos na gerência dos valores destinados pela união (VELOSO, 2018).

A Emenda Constitucional Nº 29, criada com o objetivo de superar os problemas de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentados nos anos 90, determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde, representando uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, no entanto, fazia-se necessária indicar com clareza e detalhamento o conceito de ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da mesma (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2021).

Nesse sentido, a Lei Complementar Nº 141 vem preencher esta lacuna indo mais adiante, definindo o que são considerados gastos com ações e serviços públicos de saúde e também o que não pode ser considerados sob esta rubrica. Fica determinado que a União aplicaria, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro

anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos e os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2021).

Por fim, a Emenda Constitucional 95, considerada como a EC da morte, estabelece a limitação constitucional dos gastos públicos por duas décadas, transformando o subfinanciamento crônico do SUS em total desfinanciamento, posto que os direitos sociais passam a aparecer como objeto de ajuste à fronteira fiscal, a partir da qual o gasto é tomado como irregular, desconsiderando as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, dentro outras características intrínsecas da saúde brasileira (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019)..

2.2 Descentralização: Municipalização e Regionalização

Na perspectiva de ampliação do contato dos gestores e da população, principalmente, com a realidade administrativa do SUS e para fortalecimento de seu processo de gestão, as iniciativas históricas do financiamento do SUS caminhará no sentido de descentralizar as ações de saúde, potencializando a autonomia dos municípios, estados e regiões de saúde nessa gestão (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2021).

A descentralização, instituída a partir das NOBs, foi o principal caminho para a viabilização da universalização do SUS (PINAFO et al., 2020) e foi um processo tanto político-administrativo, abrangendo não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros (PREUSS, 2018).

No entanto, A forma como ela se processou para o ente municipal, chamada de “municipalização”, foi problemática pois não proporcionou o compartilhamento de funções e competências de gestão do sistema entre os entes federados. Deste modo, os municípios foram sobrecarregados pela provisão técnica de ações e serviços de saúde em seu território, mas a ausência apoio financeiro e técnico na

mesma medida da atribuição de funções, evidenciou a condição de vulnerabilidade, sobretudo, dos municípios de pequeno porte (PINAFO et al., 2020).

Com a consolidação da municipalização a partir da NOB 96, os municípios passam a ser os responsáveis imediatos pelas suas demandas e necessidades de saúde, mas tem sua autonomia inibida quando seus recursos financeiros vem, segundo a NOB 96, atrelados à adoção de incentivos, campanhas e programas federais como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF), não definidos no âmbito local (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018; PREUSS, 2018).

Diante disso, os processos de regionalização foram instituídos a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), especialmente pela NOAS 01/2001 que traz a regionalização como estratégia de para a garantia do acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis. No entanto, embora tenham sido importantes para os processos de descentralização, as NOAS criaram outros obstáculos ao exigir o cumprimento de regras nem sempre compatíveis com as realidades dos territórios, desconsiderando suas características e particularidades (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018; PREUSS, 2018).

2.3 Sistemas de Informação e Indicadores Socioeconômicos de Saúde

Os sistemas de informações e indicadores socioeconômicos e de saúde são ferramentas e dados fundamentais no aprimoramento de políticas públicas, sendo utilizados como importantes instrumentos de monitoramento e embasamento para a tomada de decisão e definição de estratégias, além de serem essenciais na produção de evidências sobre o alcance dos princípios do SUS.

Considerando a limitação dos recursos que são disponibilizados à saúde no Brasil e a forma como esses recursos são convertidos em serviços e ações de saúde ofertadas à população, torna-se relevante a análise dessa eficiência da gestão desses recursos no serviço público (ANDRETT et al., 2018). Dessa forma, a eficiência pode ser medida a fim de subsidiar o processo contínuo de monitoramento e avaliação de resultados, bem como da capacidade que agentes e/ou administradores dos serviços públicos de saúde tem de gerir recursos e obter resultados em seu território de atuação, o que permite avaliar se o efeito por eles

esperado está em conformidade com o planejado (ANDRETT et al., 2018; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; SOARES; COSTA; LOPES, 2019).

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um sistema de alimentação obrigatória e acesso público do Ministério da Saúde que possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nele, União, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde garantido, por meio de tais declarações, as transferências de recursos para a oferta de ASPS (BRASIL, s.d.).

No setor da saúde, a informação subsidia o processo decisório, uma vez que auxilia no conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas, entre outras (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006 apud FRANCO, 2020). Nesse sentido, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) desempenha um papel de extrema relevância na condução dos processos acerca das informações em saúde, sendo responsável pelo fomento, regulamentação e avaliação da informatização do SUS, desenvolvimento de pesquisas, manutenção do acervo da base de dados, definição de programas de cooperação técnica e apoio aos entes federativos na informatização de seus dados (FRANCO, 2020).

Para o SUS, a utilização de indicadores de saúde, bem como as informações obtidas a partir dos sistemas de informações sobre financiamento e investimento nas ASPS são imprescindíveis, posto que permitem a produção de dados e resultados relevantes sobre a situação de saúde dos territórios, contribuindo para a criação de novas políticas públicas e ajuste de prioridades, são ferramentas de monitoramento e avaliação dos serviços e intervenções de saúde e, mais do que nunca, seus resultados subsidiam o aporte financeiro para a manutenção dos serviços de saúde (ICS, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Verificar a relação entre os investimentos em ações e serviços públicos de saúde com indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde da população nas Capitais brasileiras, no ano de 2020.

3.2 Objetivos Específicos:

- a) Classificar as Capitais brasileiras segundo indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde;
- b) Elaborar índice de investimento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), segundo as Capitais brasileiras;
- c) Verificar a relação entre o índice de investimento e os indicadores de saúde, entre as Capitais estudadas.

4 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, de caráter exploratório, nas Capitais brasileiras, excetuando-se a cidade de Brasília por não constar no SIOPS os dados financeiros em relação à mesma, inviabilizando a execução dos cálculos e demais processos descritos na metodologia em relação à esta cidade. Foram utilizados dados secundários dos sistemas de informações do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2020.

Os dados relacionados aos investimentos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) originaram-se do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As informações de morbimortalidade e assistência à saúde e população residente foram obtidas dos Sistemas: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram processados através do Microsoft Excel 2010™ e apresentados através de gráficos e tabelas.

A partir dessas informações, foram realizadas análises que estão estruturadas em três etapas descritas a seguir:

4.1 Análise de indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde da população por Capital brasileira no ano de 2020

Foram calculados, através do Microsoft Excel 2010™, os indicadores de saúde das populações das Capitais dos estados brasileiros para o ano de 2020, dentre os quais foram utilizados:

- Taxa de Mortalidade Infantil (TMI): caracterizada pelo quociente entre número de óbitos de residentes menores de um ano de idade e o número total de nascidos vivos de mães residentes durante o ano de 2020 em determinada Capital brasileira, multiplicado por mil (BRASIL, 2000a);
- Razão de Mortalidade Materna (RMM): também chamada de Taxa de Morte Materna, expressa pelo quociente entre o número de óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério e o

número de nascidos vivos de mães residentes durante o ano de 2020 de determinada Capital, multiplicados por cem mil (BRASIL, 2000b);

- Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (BIELA, 2018): caracterizada pelo quociente entre o número de internações pela condição sensível à atenção primária no ano de 2020 em determinada Capital (selecionadas a partir da Lista CID-10 segundo descrição de diagnóstico informada no SIH) e o total de internações no mesmo local e período, multiplicados por 100;
- Taxa de incidência de sífilis congênita: Quociente entre o número de casos novos de sífilis congênita no ano de 2020 em determinada Capital e o número total de nascidos vivos, de mães residentes no mesmo local, no ano considerado, multiplicados por 1000 (BRASIL, 2006);
- Proporção de nascidos vivos de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal: Calculada a partir da razão o número de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas pré-natal no ano de 2020 por local de residência, e o número de nascidos vivos de cada Capital brasileira e multiplicados por 100;
- Número de leitos de UTI por habitantes: obtido pela razão entre o número total de leitos em UTI tipo I, II, III, Adulto, Neonatal e Pediátrica (Quantidade SUS), no ano de 2020 (média dos dozes meses do ano de 2020) em determinada capital, e a população residente do local, multiplicados por 10.000;
- Taxa de Incidência de Hanseníase: Caracterizada pelo quociente entre o número de casos novos de hanseníase (todas as formas) confirmados no ano de 2020 para cada Capital e a população residente no mesmo ano e local, multiplicados por 100.000 (Brasil, 2018);
- Taxa de incidência de tuberculose: Caracterizada pelo quociente entre o número de casos novos de tuberculose (todas as formas) confirmados no ano em determinada capital e a população residente no mesmo ano e local, multiplicados por 100.000 (BRASIL, 2020);

As capitais brasileiras foram caracterizadas segundo os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde, sendo ordenadas de forma crescente

segundo os valores mínimos e máximos observados. Em seguida foram classificadas de acordo com o resultado apresentado: para os indicadores de TMI, RMM, Taxa de Incidência de Sífilis Congênita, Taxa de detecção de TB, Taxa de Detecção de Hanseníase e ICSAP, considerou-se piores resultados às Capitais que apresentaram os maiores valores; e como melhor resultado, àquelas Capitais que apresentaram os menores coeficientes.

Quanto às Proporções de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas de pré-natal e Número de Leitos de UTI/habitantes, considerou-se pior resultado, às Capitais que apresentaram as menores proporções; e melhor resultado aquelas com os maiores percentuais.

4.2 Elaboração do índice de investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) das Capitais brasileiras

Para cada Capital brasileira foram calculados, através do Microsoft Excel 2010™ os indicadores simples relacionados ao financiamento em saúde, os quais seguem: Despesa total em saúde por habitante; 2. Percentual (%) do gasto público total em relação ao Produto Interno Bruto (PIB); 3. Recursos próprios gastos com saúde por habitante; e 4. Recursos de Transferência SUS por habitante.

Tais indicadores foram selecionados por representarem maior utilização nos estudos comparativos referentes a gastos públicos com saúde e por apresentarem dados de domínio público validados utilizados para avaliações em investimentos em saúde.

Após o cálculo de cada um dos indicadores, foram desenvolvidas as seguintes etapas para construção do índice:

- a) *Análise dos indicadores simples*: as capitais foram listadas em ordem crescente, segundo cada indicador simples, quando identificou-se os valores distribuídos em um intervalo compreendido entre a frequência mínima e máxima obtida de cada indicador.
- b) *Valoração de cada indicador simples*: as capitais foram classificadas segundo os indicadores simples, considerando-se a média aritmética entre os seus valores mínimo e máximo observados. Em seguida, definiu-se cinco faixas para pontuação, considerando-se os seguintes intervalos: 1 ponto - Capitais que apresentaram resultado menor ou igual a 49,9% da

média; 2 pontos - Capitais que apresentaram resultado entre 50% e 59,9% da média; 3 pontos - Capitais que apresentaram resultado entre 60% e 79,9% da média; 4 pontos - Capitais com resultado entre 80% e 99,9% da média; e 5 pontos - Capitais que apresentaram valores igual ou superior á média (quadro 1).

Quadro 01 – Tabela de Valoração dos indicadores simples.

INDICADOR SIMPLES	INTERVALO OBSERVADO		VALORAÇÃO	
	Valor Mínimo	Valor Máximo	Faixa	Pontuação
Despesa com Saúde por habitante	388,2	1.848,0	Até 49,9%	1 ponto
R\$ próprios por habitante	183,1	817,0	50 a 59,9%	2 pontos
R\$ transferência SUS por habitante	117,4	1.277,80	60 a 79,9%	3 pontos
% Gasto em saúde em relação ao PIB	1,2	7,3	80 a 99,9%	4 pontos
			Média e +	5 pontos

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Quadro elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

- c) *Classificação das capitais segundo os indicadores simples:* as capitais foram classificadas segundo pontuação de cada indicador simples.
- d) *Valoração do índice de investimentos em ASPS:* a partir da pontuação individual das capitais segundo os indicadores simples, procedeu-se a valoração do índice, considerando a soma total de pontos observada, variando entre 06 (pontuação mínima) e 20 (pontuação máxima). Este intervalo foi segmentado em cinco níveis crescentes de pontuação: I [4 a 7 pontos]; II [8 a 11 pontos]; III [12 a 15 pontos]; IV [16 a 18 pontos] e V [19 e +], originando cinco níveis de investimentos em ASPS. As capitais localizadas nos níveis I, II, III, IV e V foram caracterizadas em péssimo, ruim, intermediário, bom e ótimo investimentos em ASPS, respectivamente.
- e) *Classificação do índice de investimentos em ASPS:* os cinco níveis do índice de investimentos em ASPS foram agrupados em 3 faixas de classificação: “Insatisfatório” [péssimo e ruim], “Regular” [intermediário] e “Satisfatório” [bom e ótimo], e então classificou-se as Capitais.

4.3 Caracterização da relação entre o índice de investimentos com os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde.

A partir da classificação final atribuída das Capitais, considerando os três estratos de investimentos em ASPS: Insatisfatório, Regular e Satisfatório, procedeu-se o cálculo dos indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde, para cada estrato.

Para verificar a existência de diferenças significativas entre os coeficientes/taxas/proporções de morbimortalidade e assistência a saúde entre os estratos do índice de investimentos, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, calculado através do software *openepi.com* e todas as decisões foram tomadas, considerando o nível de significância 5%.

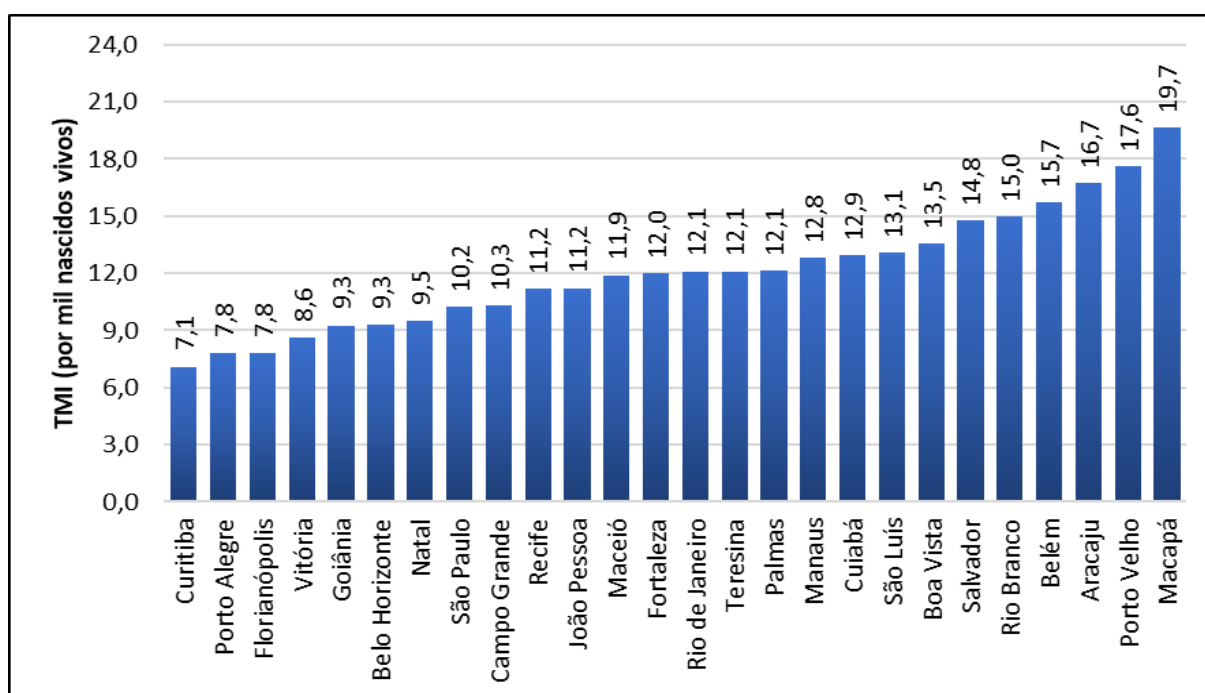
O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público, sendo, portanto, de acordo com a Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, dispensada a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Classificação das Capitais brasileiras segundo indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde.

Segundo a Taxa de Mortalidade Infantil (Gráfico 01), destacam-se com os piores indicadores as capitais das regiões Norte e Nordeste do país, representadas pelas cidades de Macapá (TMI=19,7), Porto Velho (TMI=17,6), Aracaju (TMI=16,7), Belém (TMI=15,7) e Rio Branco (TMI=15,0); e com os melhores resultados, as cidades de Curitiba (TMI=7,1), Porto Alegre (TMI=7,8), Florianópolis (TMI=7,8), Vitória (TMI=8,6) e Goiânia (TMI=9,3), representando as regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste brasileiro.

Gráfico 01 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nas Capitais Brasileiras em 2020.



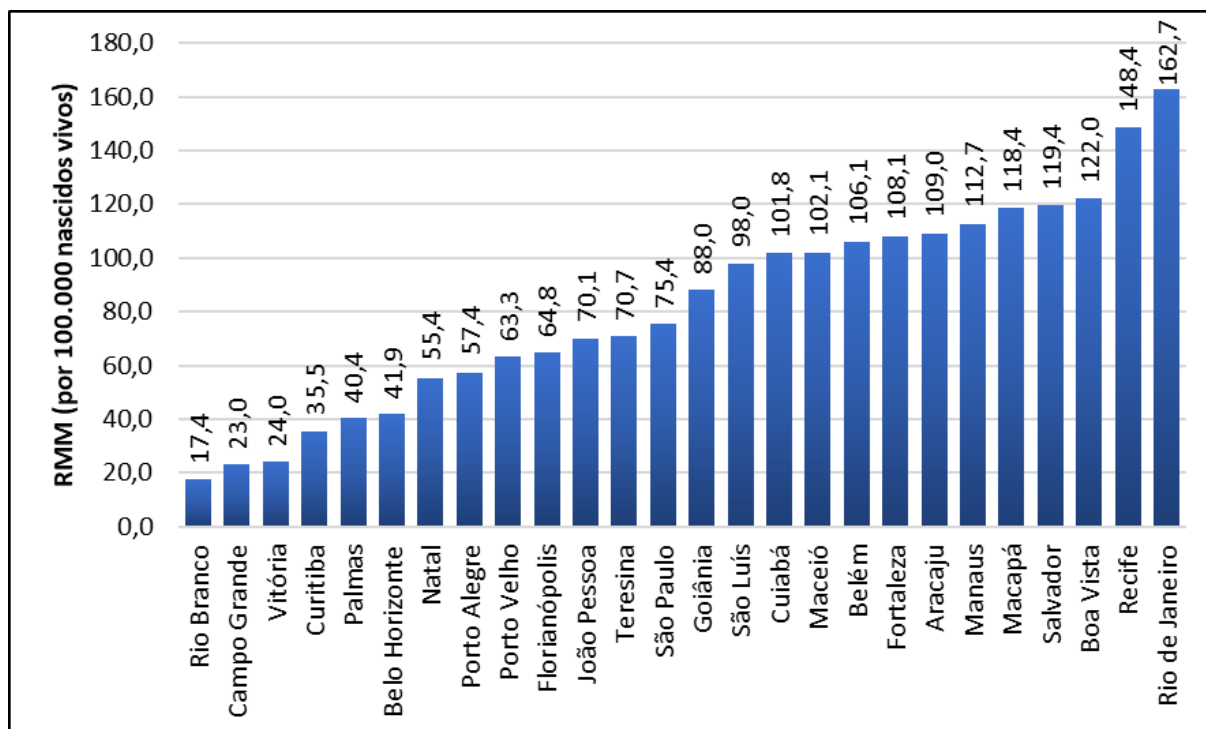
Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

No que se refere a Razão de Morte Materna (Gráfico 02), as Capitais que apresentaram os piores resultados foram: Rio de Janeiro (RMM=162,7), Recife (RMM=148,4), Boa Vista (RMM=122,0), Salvador (RMM=119,4), Macapá (RMM=118,4) e Manaus (RMM=112,7), demonstrando uma maior predominância das Capitais do Norte e Nordeste do país com resultados desfavoráveis, enquanto que os menores valores foram apresentados pelas capitais Rio Branco (RMM=17,4),

Campo grande (RMM=23,0), Vitória (RMM=24,0), Curitiba (RMM=35,5) e Palmas (40,4).

Gráfico 02 - Razão de Morte Materna nas Capitais brasileiras em 2020.



Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

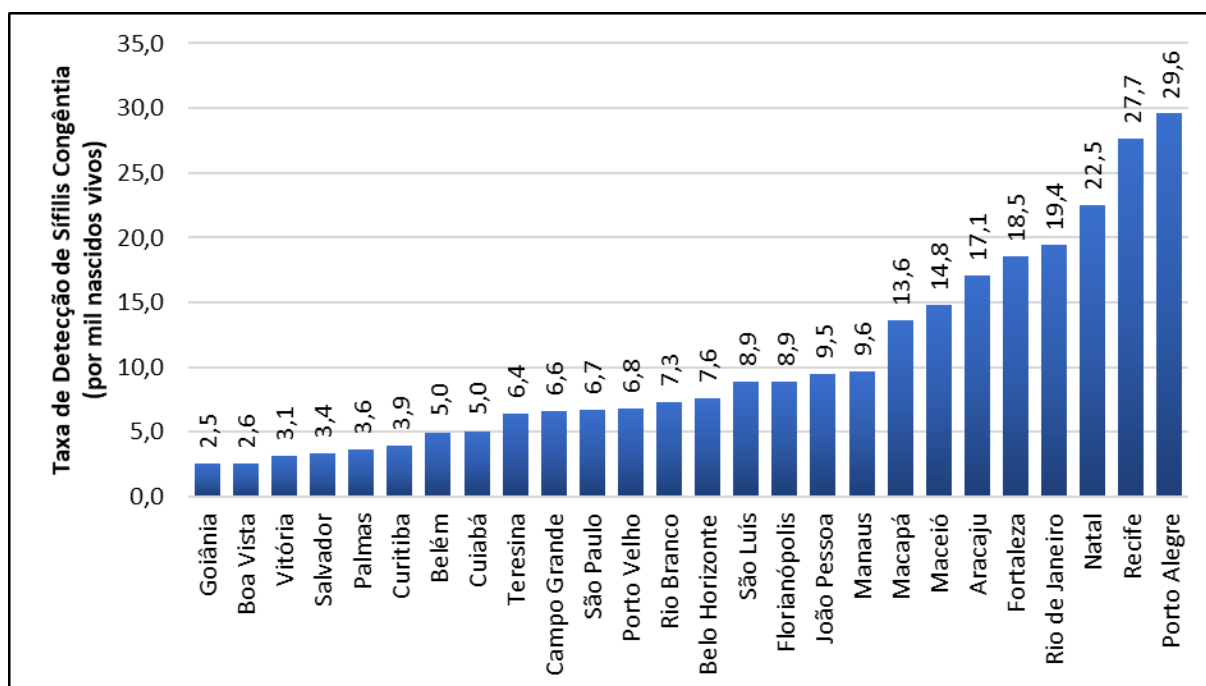
Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

No presente estudo, tanto TMI quanto RMM se apresentaram de forma mais elevada e predominante nas capitais das regiões Norte e Nordeste. Achados semelhantes em outros estudos demonstram que populações com níveis mais baixos de condições socioeconômicas e de escolaridade da mãe e que, consequentemente, afetam ao recém-nascido, estão associados à mortalidade infantil mais elevada nessas regiões (DE SOUZA MAIA; DE SOUZA; DA CRUZ GOUVEIA MENDES, 2020).

O mesmo se aplica à mortalidade materna mais prevalentes nessas regiões, evidenciando que as populações com maior dificuldade de acesso à serviços de saúde apresentam maiores índices, pois a pobreza econômica está associada à fatores de determinação social que vulnerabilizam as pessoas com útero em suas gestações, sendo essas pessoas, consequentemente mais propensas a vir a óbito prematuramente do que as pessoas de condições socioeconômicas mais elevadas (SANTOS et al., 2021; SCARTON et al., 2020).

Em relação a Taxa de detecção de Sífilis Congênita (Gráfico 03), identificou-se as maiores taxas em Porto Alegre (29,6), Recife (27,7), Natal (22,5), Rio de Janeiro (19,4) e Fortaleza (18,5) e as menores nas cidades de Goiânia (2,5), Boa Vista (2,6), Vitória (3,1), Salvador (3,4) e Palmas (3,6) (Gráfico 03).

Gráfico 03 – Taxa de Detecção de Sífilis Congênita nas Capitais brasileiras em 2020.



Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

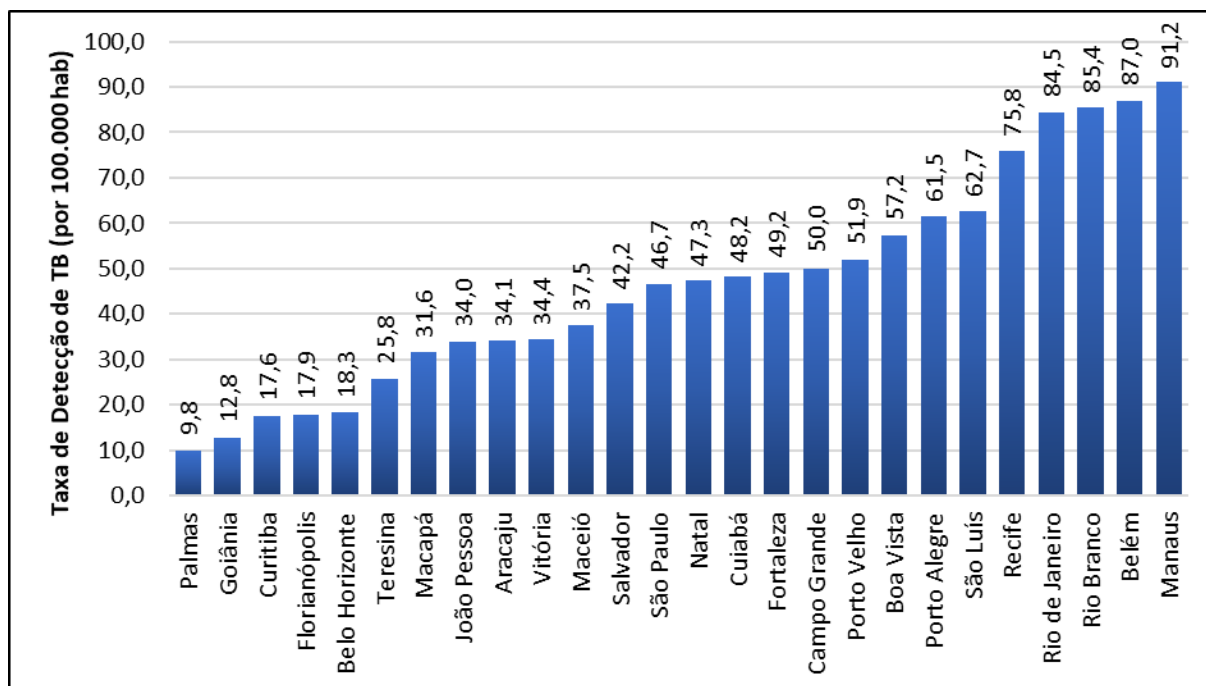
Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

A diversidade espacial na distribuição dos casos de sífilis congênita nas capitais brasileiras pode estar associada à distribuição populacional por região, bem como à oferta de serviços de assistência à saúde e da efetividade nos diagnósticos. Além disso, questões multifatoriais de determinação da saúde, tais como questões sociais, econômicas educacionais, étnicas e culturais podem corroborar para o aumento desses números em determinadas regiões do país (SERRA; GOMES; AVENA, 2021).

No gráfico 4, identificou-se que as maiores taxas de detecção de Tuberculose foram registradas em Manaus (91,2), Belém (87,0), Rio Branco (85,4), Rio de Janeiro (84,5) e Recife (75,8), maior predominância de capitais das regiões Norte e Nordeste. Enquanto que as cidades de Palmas (9,8), Goiânia (12,8), Curitiba (17,6),

Florianópolis (17,9) e Belo Horizonte (18,3) apresentaram menor frequência do agravo.

Gráfico 04 – Taxa de Detecção de TB nas Capitais brasileiras em 2020.

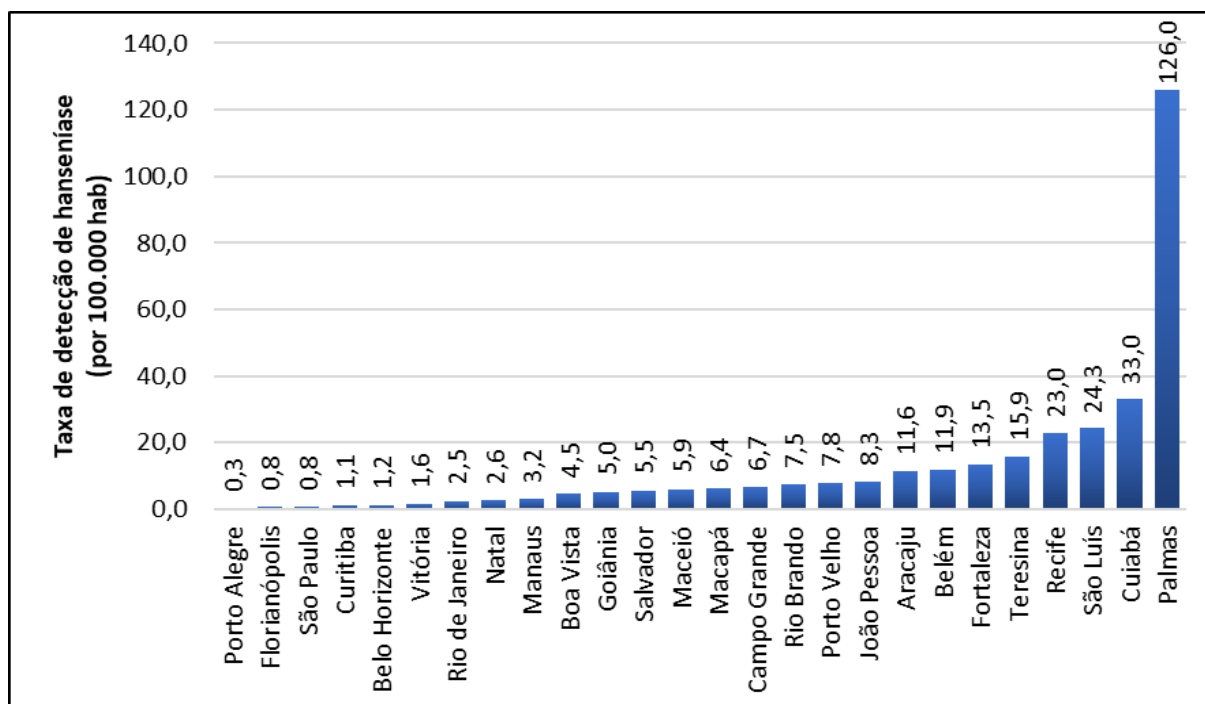


Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

Tais índices podem ser justificados pelos resultados de estudos que identificaram que nessas regiões, embora haja em muitos casos, uma cobertura adequada da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda apresentam deficiências na aplicação da estratégia de Tratamento Diretamente Observado (TOD), aumentando o número de abandonos do tratamento, além da baixa investigação de contatos, resultando em um alto número de hospitalizações e mortalidade por TB (CORTEZ et al., 2021; DORNELS; SOUZA; MATOS, 2020).

Em relação a Taxa de detecção de Hanseníase (Gráfico 05), a maior foi verificada na cidade de Palmas (126,0), seguida pelas cidades de Cuiabá (33,0), São Luís (24,3), Recife (23,0) e Teresina (15,9), Enquanto que as cidades de Porto Alegre (0,3), Florianópolis (0,8), São Paulo (0,8), Curitiba (1,1) e Belo Horizonte (1,2) apresentaram as menores taxas do país.

Gráfico 05 – Taxa de detecção de hanseníase nas Capitais brasileiras em 2020.

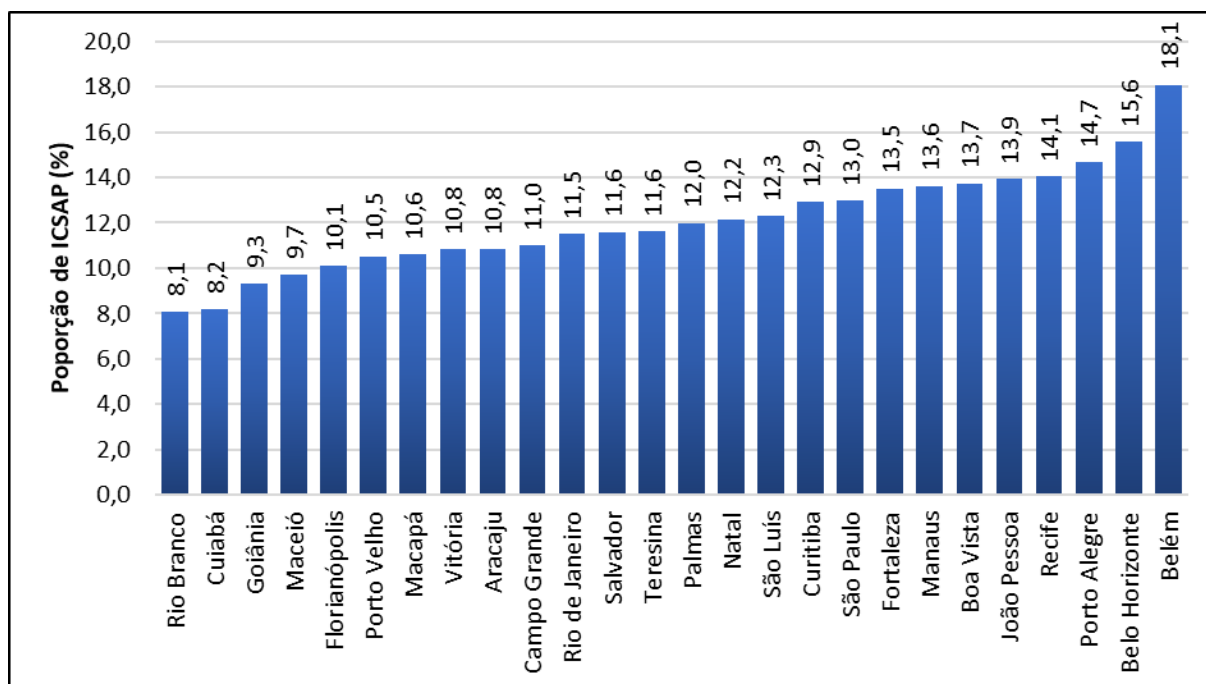
Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

Essa diferença alarmante entre Palmas e as demais cidades com os índices mais altos de hanseníase se justifica, segundo alguns autores, pela desigualdade econômica da região onde a cidade se encontra, revelando vulnerabilidade e adoecimento da população, além de questões operacionais nas redes de saúde para tratar do problema evidenciado (LOUISE CAMPIOL; UCHÔA DE SOUZA CRUZ; DIAS CHIACCHIO, 2020; MIRANDA, 2020).

No gráfico 6, observou-se que as proporções de internações por ICSAP, foram maiores em Belém (18,1%), Belo Horizonte (15,6%), Porto Alegre (14,7%), Recife (14,1%) e João Pessoa (13,9%) e menores em Rio Branco (8,1%), Cuiabá (8,2%), Goiânia (9,3%), Maceió (9,7%) e Florianópolis (10,1%).

Todas consideradas com índice de investimentos em saúde regular e satisfatório. Essa contradição pode ser justificada pela relação entre a escala dos gastos e a eficiência em sua aplicação, na qual alguns autores refletem que um maior aporte financeiro pode não necessariamente resultar em melhores condições de saúde em uma determinada região, caso a administração dos recursos e suas aplicações em serviços e ações de saúde para a população não forem efetivas ou não corresponderem às necessidades daquele território (MARTINS, 2018).

Gráfico 06 – Proporção (%) de ICSAP nas Capitais brasileiras em 2020.

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

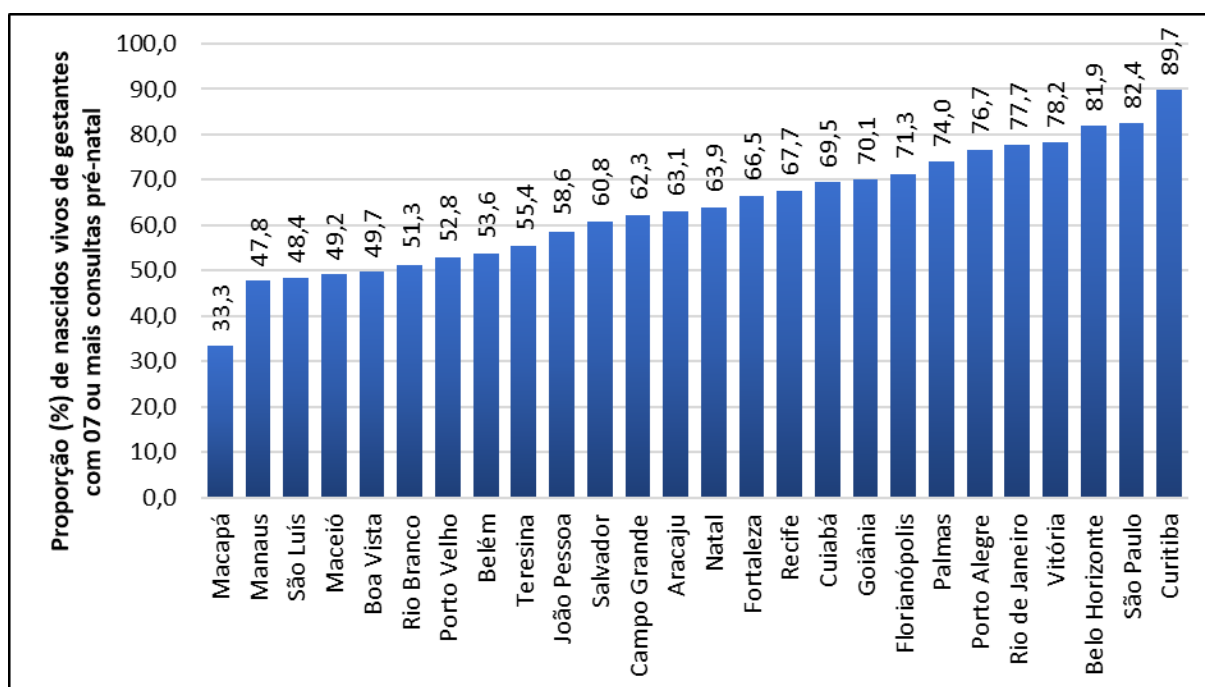
Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

No que se refere ao número de consultas pré-natal (Gráfico 07), verificou-se a maior proporção de gestantes com 7 consultas e mais, em Curitiba (89,7%), São Paulo (82,4%), Belo Horizonte (81,9%), Vitória (78,2%) e Rio de Janeiro (77,7%). Enquanto os menores percentuais foram observados em Macapá (33,3%), Manaus (47,8%), São Luís (48,4%), Maceió (49,2%) e Boa Vista (49,7%).

Estes resultados revelaram o contrário do que foi identificado por Floresquispe e colaboradores (2020) quando as cidades de menor porte apresentaram melhores resultados no acesso ao pré-natal, sendo atribuído pelos autores, ao fato de municípios menores arcarem, em muitos casos, com responsabilidades maiores sobre a atenção primária, enquanto que cidades de grande porte, por arcarem também com atenção secundária e terciária tendem a ter piores resultados.

No entanto, ao observar a predominância de capitais das regiões norte e nordeste apresentando os piores resultados, reforçam-se as informações sobre as desigualdades históricas de qualidade dos serviços mais precárias nessas regiões do que nas regiões sul, sudeste e centro-oeste do país (MIRANDA, 2020).

Gráfico 07 – Proporção (%) de nascidos vivos de gestantes que realizaram 07 ou mais consultas pré-natal nas capitais brasileiras em 2020.



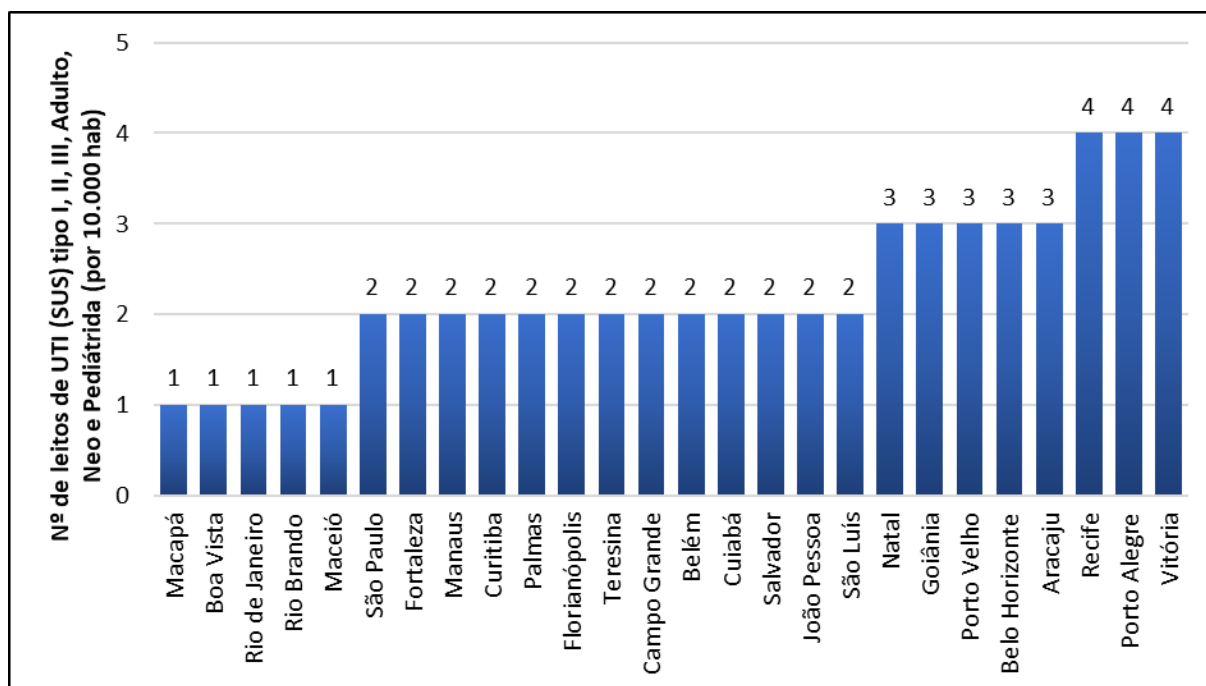
Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

No gráfico 8, identificou-se que o número de leitos em UTI por habitantes foi maior em Vitória, Porto Alegre e Recife com 04 leitos/10.000hab, seguidas por Aracaju e Belo Horizonte com 03 leitos/10.000hab. Já as cidades de Macapá, Boa Vista, Rio de Janeiro, Rio Branco e Maceió apresentaram os piores resultados, todas com 01 leito/10.000hab.

Apesar de essa relação entre as cidades com maior e menor número de leitos por 10.000 habitantes nas capitais brasileiras apresentar diferenças estatisticamente significante ($p\text{-valor} < 0,00001$), esses números que variam, em média, entre 1 a 2 leitos de UTI ainda são, de longe, insuficientes para o atendimento das necessidades da população por serviços de alta complexidade no SUS. Isso se justifica, em muitos casos, pela lógica mercantilista com a qual essas questões são tratadas, resultado da priorização de transferências de recursos SUS para setores privados, os quais não dispõem de interesse por serviços de UTI, posto que se tratam de serviços de alto custo a esses prestadores, que priorizam serviços mais rentáveis (MEDEIROS, 2018).

Gráfico 08 – Número de leito de UTI para cada 10.000 habitantes nas Capitais brasileiras em 2020



Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

5.2 Índice de investimentos em ASPS, segundo as Capitais brasileiras.

De acordo com o indicador despesa total em saúde por habitante, verificou-se os piores resultados em Rio Branco, Macapá e Manaus, as cidades João Pessoa, Fortaleza, Goiânia, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Cuiabá, Campo Grande, Teresina e Belo Horizonte ocuparam as melhores posições (tabela 1).

Tabela 01 – Classificação das Capitais brasileiras segundo a despesa total em saúde por habitantes.

CAPITAL	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HABITANTE	VALOR ATRIBUÍDO
Rio Branco	R\$ 388,18	1
Macapá	R\$ 480,56	1
Manaus	R\$ 570,84	2
Porto Velho	R\$ 669,43	3
Salvador	R\$ 673,89	3
Boa Vista	R\$ 674,05	3
Belém	R\$ 705,64	3
Rio de Janeiro	R\$ 780,33	3

Florianópolis	R\$ 811,73	4
Maceió	R\$ 812,37	4
São Luís	R\$ 859,38	4
Aracaju	R\$ 874,74	4
Vitória	R\$ 886,46	4
Natal	R\$ 924,13	4
Palmas	R\$ 932,01	4
Recife	R\$ 961,36	4
João Pessoa	R\$ 988,18	5
Fortaleza	R\$ 1.017,61	5
Goiânia	R\$ 1.057,41	5
São Paulo	R\$ 1.140,37	5
Curitiba	R\$ 1.358,05	5
Porto Alegre	R\$ 1.358,05	5
Cuiabá	R\$ 1.639,22	5
Campo Grande	R\$ 1.661,38	5
Teresina	R\$ 1.773,84	5
Belo Horizonte	R\$ 1.848,02	5

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados informados pelo SIOPS.

No que se refere à proporção do gasto público total em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), as capitais que apresentaram os piores resultados foram: Vitória, Rio de Janeiro, Rio Branco e Manaus, enquanto que as cidades de Goiânia, Aracaju, Belém, Natal, Maceió, João Pessoa, Fortaleza, Cuiabá, Belo Horizonte, Campo Grande e Teresina apresentaram os melhores resultados com a pontuação máxima em relação ao indicador avaliado (tabela 2).

Observou-se que cinco capitais apresentaram proporção de gastos com saúde em relação PIB superior ao gasto Federal (3,9%), sendo quase o dobro em Teresina (7,3%). Demonstrando a importância da participação dos municípios no financiamento do SUS.

Gomes (2014) identificou que entre 2002 e 2014, os municípios brasileiros aumentaram de 23% para 26% suas participações no financiamento do SUS, enquanto a esfera federal, reduziu de 52% para 42% no mesmo período.

Os resultados divergiram de Martins e colaboradores (2018) que identificaram municípios menores como menos eficiência nos gastos em saúde, o que sugere uma maior reflexão acerca dos investimentos em capitais de uma mesma região, bem como a forma esses investimentos são administrados, posto que, um maior aporte financeiro pode não refletir em melhores condições de saúde, considerando as diversas outras variáveis associadas a esse desfecho.

Tabela 02 - Classificação das Capitais brasileiras segundo o percentual do gasto público total em relação ao PIB.

CAPITAL	DESPESA TOTAL EM SAÚDE	PIB (2018)	% DEPESA/ PIB	VALOR ATRIBUÍDO
Vitória	R\$ 320.985.988,60	R\$ 26.380.111.000,00	1,2	1
Rio de Janeiro	R\$ 5.242.954.518,00	R\$ 364.052.058.000,00	1,4	1
Manaus	R\$ 1.246.014.214,00	R\$ 78.192.321.000,00	1,6	2
Rio Branco	R\$ 158.113.220,88	R\$ 8.940.823.000,00	1,8	2
Florianópolis	R\$ 406.652.776,30	R\$ 21.059.561.000,00	1,9	3
São Paulo	R\$ 13.971.871.037,00	R\$ 714.683.362.000,00	2,0	3
Porto Velho	R\$ 354.491.004,40	R\$ 16.647.157.000,00	2,1	3
Macapá	R\$ 241.877.037,90	R\$ 10.949.648.000,00	2,2	3
Curitiba	R\$ 2.015.033.547,01	R\$ 87.151.950.000,00	2,3	3
Porto Alegre	R\$ 2.015.033.547,00	R\$ 77.134.613.000,00	2,6	4
Boa Vista	R\$ 269.089.497,50	R\$ 10.042.255.000,00	2,7	4
São Luís	R\$ 946.933.464,90	R\$ 33.605.800.000,00	2,8	4
Palmas	R\$ 278.790.209,60	R\$ 9.425.131.000,00	3,0	4
Recife	R\$ 1.582.136.867,00	R\$ 52.401.487.000,00	3,0	4
Salvador	R\$ 1.935.635.789,87	R\$ 63.526.092.000,00	3,0	4
Goiânia	R\$ 1.603.159.928,00	R\$ 49.364.257.000,00	3,2	5
Aracaju	R\$ 574.716.661,90	R\$ 17.276.300.000,00	3,3	5
Belém	R\$ 1.053.347.861,00	R\$ 31.484.849.000,00	3,3	5
Natal	R\$ 817.045.784,60	R\$ 23.803.672.000,00	3,4	5
Maceió	R\$ 827.765.378,50	R\$ 22.400.312.000,00	3,7	5
João Pessoa	R\$ 799.453.673,40	R\$ 20.036.726.000,00	4,0	5
Fortaleza	R\$ 2.716.357.399,00	R\$ 67.024.088.000,00	4,1	5
Cuiabá	R\$ 1.004.102.291,00	R\$ 23.705.265.000,00	4,2	5
Belo Horizonte	R\$ 4.642.354.878,00	R\$ 91.957.091.000,00	5,0	5
Campo Grande	R\$ 1.488.563.092,00	R\$ 29.177.495.000,00	5,1	5
Teresina	R\$ 1.534.097.893,45	R\$ 20.961.471.000,00	7,3	5

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados informados pelo SIOPS.

Na tabela 3, observou-se que em relação aos recursos próprios gastos com saúde por habitante, as cidades de Macapá e Rio Branco ocuparam as piores posições, enquanto que as cidades de Natal, Palmas, Campo Grande, Belo Horizonte, Vitória, Cuiabá, São Paulo e Teresina obtiveram as maiores pontuações.

Tabela 03 - Classificação das Capitais brasileiras segundo o valor de recursos próprios gastos em saúde por habitante.

CAPITAL	RECURSOS PRÓPRIOS GASTOS EM SAÚDE POR HABITANTE	VALOR ATRIBUÍDO
Macapá	R\$ 183,07	1
Rio Branco	R\$ 251,71	2
Maceió	R\$ 293,26	3
Salvador	R\$ 311,85	3
João Pessoa	R\$ 341,31	3
Belém	R\$ 341,53	3
Porto Velho	R\$ 372,02	4
Rio de Janeiro	R\$ 384,46	4
Manaus	R\$ 403,48	4
Boa Vista	R\$ 403,73	4
Aracaju	R\$ 406,57	4
São Luís	R\$ 410,73	4
Goiânia	R\$ 418,78	4
Florianópolis	R\$ 431,73	4
Porto Alegre	R\$ 434,99	4
Curitiba	R\$ 434,99	4
Fortaleza	R\$ 439,02	4
Recife	R\$ 446,28	4
Natal	R\$ 484,55	5
Palmas	R\$ 487,63	5
Campo Grande	R\$ 519,38	5
Belo Horizonte	R\$ 575,87	5
Vitória	R\$ 705,09	5
Cuiabá	R\$ 751,60	5
São Paulo	R\$ 807,33	5
Teresina	R\$ 817,00	5

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados informados pelo SIOPS.

Por fim, em relação aos Recursos de Transferência SUS por habitante, verificou-se as piores pontuações nas cidades de Manaus, Rio Branco, Boa Vista, Porto Velho, Vitória e Florianópolis; e as maiores em Goiânia, Teresina, João Pessoa, Curitiba, Porto Alegre, Macapá, Campo Grande, Belo Horizonte e Cuiabá (tabela 4).

Estes achados revelam uma contradição do ponto de vista de equidade na alocação de recursos, tanto em termos quantitativos, quando a diferença entre os menores e maiores aportes chegam a dez vezes o valor, quanto em aspectos qualitativos, visto que a maioria das Capitais com menores recursos oriundos das transferências governamentais, localizaram-se na região Norte do país, com piores condições socioeconômicas.

Cenário que ganha mais relevância, quando vários estudos vêm apontando que ao longo dos anos o governo Federal brasileiro vem reduzindo progressiva e significativamente o aporte de recursos no SUS (GOMES, 2014; VIEIRA, 2016; MENEZES; MORETTI; REIS, 2020). Podendo ainda ser agravado, nos próximos anos, em consequência da vigência da emenda constitucional 95/2016 que congelou os investimentos em saúde nos próximos 20 anos (SANTOS; VIEIRA, 2018).

Tabela 04 - Classificação das Capitais brasileiras segundo o valor de recursos transferência SUS por habitante.

CAPITAL	RECURSO TRANSFERÊNCIA SUS POR HABITANTE	Valor atribuído
Manaus	R\$ 117,41	1
Rio Branco	R\$ 146,59	1
Boa Vista	R\$ 233,58	1
Porto Velho	R\$ 240,64	1
Vitória	R\$ 243,67	1
Florianópolis	R\$ 321,58	2
Salvador	R\$ 357,00	3
Rio de Janeiro	R\$ 367,43	3
Recife	R\$ 388,15	3
São Paulo	R\$ 399,30	3
São Luís	R\$ 430,63	3
Palmas	R\$ 437,59	3
Belém	R\$ 461,83	4
Aracaju	R\$ 478,05	4
Maceió	R\$ 507,72	4
Natal	R\$ 520,17	4
Fortaleza	R\$ 527,81	4
Goiânia	R\$ 709,05	5
Teresina	R\$ 787,24	5
João Pessoa	R\$ 812,94	5
Curitiba	R\$ 895,48	5
Porto Alegre	R\$ 895,48	5
Macapá	R\$ 964,38	5
Campo Grande	R\$ 1.116,68	5
Belo Horizonte	R\$ 1.273,01	5
Cuiabá	R\$ 1.277,84	5

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados informados pelo SIOPS.

Após a classificação individual das Capitais segundo os indicadores simples, procedeu-se a realização da classificação final de acordo com o agrupamento do número de pontos totais obtidos por cada uma das Capitais avaliadas (Tabela 05).

Tabela 05 – Classificação das Capitais brasileiras de acordo com a soma dos valores atribuídos aos indicadores.

CAPITAL	DESPESA TOTAL EM SAÚDE POR HABITANTE	% DE RECURSOS PRÓPRIOS EM RELAÇÃO AO PIB	RECURSOS PRÓPRIOS GASTOS EM SAÚDE POR HABITANTE	RECURSOS TRANSFERÊN CIA SUS POR HABITANTE	SOMA FINAL
Rio Branco	1	2	2	1	6
Manaus	2	2	4	1	9
Macapá	1	3	1	5	10
Porto Velho	3	3	4	1	11
Vitória	4	1	5	1	11
Rio de Janeiro	3	1	4	3	11
Boa Vista	3	4	4	1	12
Salvador	3	4	3	3	13
Florianópolis	4	3	4	2	13
Belém	3	5	3	4	15
São Luís	4	4	4	3	15
Recife	4	4	4	3	15
Palmas	4	4	5	3	16
Maceió	4	5	3	4	16
São Paulo	5	3	5	3	16
Aracaju	4	5	4	4	17
Curitiba	5	3	4	5	17
Fortaleza	5	5	4	4	18
Natal	4	5	5	4	18
João Pessoa	5	5	3	5	18
Porto Alegre	5	4	4	5	18
Goiânia	5	5	4	5	19
Teresina	5	5	5	5	20
Belo Horizonte	5	5	5	5	20
Campo Grande	5	5	5	5	20
Cuiabá	5	5	5	5	20

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

A partir da classificação das capitais no somatório dos pontos, obteve-se um intervalo de valores compreendidos entre 6 e 20 pontos, que foi fracionado em faixas que receberam a caracterização de “Péssimo”, “Ruim”, “Regular”, “Bom” e “Ótimo”. Apenas a Capital Rio Branco localizou-se no nível de péssimo investimento em ASPS, 05 (19,2%) Capitais foram caracterizadas como ruim (Manaus, Macapá, Porto Velho, Vitória e Rio de Janeiro), 06 (23,1%) capitais como regular (Boa Vista, Salvador, Florianópolis, Belém, São Luís e Recife), 09 (34,6%) capitais como bom (Palmas, Maceió, São Paulo, Aracaju, Curitiba, Fortaleza, Natal, João Pessoa e Porto Alegre) e 05 (19,2%) capitais localizaram-se no nível ótimo (Goiânia, Teresina, Belo Horizonte, Campo Grande e Cuiabá) (Quadro 02).

Quadro 02 – Parâmetro de classificação de acordo com a soma das pontuações dos indicadores de cada Capital.

CLASSIFICAÇÃO		CAPITAIS		
		Nº	%	Local
Péssimo	Até 7 pontos	1	3,8	Rio Branco
Ruim	8 a 11 pontos	5	19,2	Manaus, Macapá, Porto Velho, Vitória e Rio de Janeiro
Intermediário	12 a 15 pontos	6	23,1	Boa Vista, Salvador, Florianópolis, Belém, São Luís e Recife
Bom	16 a 18 pontos	9	34,6	Palmas, Maceió, São Paulo, Aracaju, Curitiba, Fortaleza, Natal, João Pessoa e Porto Alegre
Ótimo	19 a 20 pontos	5	19,2	Goiânia, Teresina, Belo Horizonte, Campo Grande e Cuiabá

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Quadro elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

No quadro 03, observou-se a distribuição das capitais após classificação nos Três de níveis do índice de investimentos em ASPS, obtidos do agrupamento dos cinco níveis anteriores em: Insatisfatório (Péssimo e Ruim); Regular (Intermediário); e Satisfatório (ótimo e Bom), onde 23,1% (06) das capitais apresentaram investimentos em ASPS insatisfatório, 23,1% (06) regular e 53,8% (14) satisfatório.

Quadro 03 – Índice de classificação final dos agregados da Capitais.

CLASSIFICAÇÃO		N (Nº DE CIDADES)	%
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	23,1
Regular	12 a 15 pontos	6	23,1
Satisfatório	16 a 20 pontos	14	53,8

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Quadro elaborado pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

Finalmente, os cinco níveis de investimentos foram agrupados em três estratos: Insatisfatório, Regular e Satisfatório. O nível insatisfatório foi composto pelas cidades de Rio Branco, Manaus, Macapá, Porto Velho, Vitória e Rio de Janeiro (em vermelho); o nível regular foi composto por Boa Vista, Salvador, Florianópolis, Belém, São Luís e Recife (em azul) e as cidades de Palmas, Maceió, São Paulo, Aracaju, Curitiba, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Porto Alegre, Goiânia, Teresina, Belo Horizonte, Campo Grande, Cuiabá (em verde) foram classificadas no nível Satisfatório (tabela 6).

No que se refere às regiões das capitais entre os estratos do índice verificou-se que a maioria das capitais localizadas no nível insatisfatório foram da região norte do país. O índice regular esteve representado em sua maioria por capitais da região Nordeste, uma capital do Norte e uma do Sul. Todas as capitais da região Centro-oeste e a maioria das capitais das regiões nordeste e sul estiveram no estrato satisfatório de investimentos em ASPS.

Tabela 06 – Classificação das Capitais brasileiras de acordo com o índice de financiamento.

CAPITAL	ÍNDICE DE INVESTIMENTO EM ASPS		
	PONTUAÇÃO	NÍVEL	CLASSIFICAÇÃO
Rio Branco	6	péssimo	Insatisfatório
Manaus	9	ruim	
Macapá	10	ruim	
Porto Velho	11	ruim	
Vitória	11	ruim	
Rio de Janeiro	11	ruim	
Boa Vista	12	intermediário	Regular
Salvador	13	intermediário	
Florianópolis	13	intermediário	
Belém	15	intermediário	
São Luís	15	intermediário	
Recife	15	intermediário	
Palmas	16	bom	Satisfatório
Maceió	16	bom	
São Paulo	16	bom	
Aracaju	17	bom	
Curitiba	17	bom	
Fortaleza	18	bom	
Natal	18	bom	
João Pessoa	18	bom	
Porto Alegre	18	bom	
Goiânia	19	ótimo	
Teresina	20	ótimo	
Belo Horizonte	20	ótimo	
Campo Grande	20	ótimo	
Cuiabá	20	ótimo	

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

A desigualdade entre as regiões brasileiras é histórica, na qual as regiões Norte e Nordeste, apresentadas nesse estudo como tendo as capitais com os piores desfechos a partir da relação entre o financiamento e as condições de

morbimortalidade e assistência à saúde, são muito mais afetadas que as demais regiões.

Estudos sobre indicadores sociais e análises das condições de vida da população brasileira demonstram que maiores desigualdades, maior vulnerabilidade e informalidade no mercado de trabalho de mulheres, pessoas pretas ou pardas, jovens, menores rendimentos familiares, maiores restrições no acesso à serviços de saneamento básico e população com menor nível de instrução nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

5.3 Relação entre o índice de investimentos em ASPS e os indicadores de morbimortalidade e assistência á saúde.

A análise da relação entre o índice de investimentos e os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde, revelou que houve diferenças significantes entre os resultados dos indicadores estudados e os estratos de investimentos em ASPS ($p < 0,001$).

Quando comparados os estratos satisfatório e insatisfatório, verificou-se diferenças estatisticamente significantes entre as taxas de mortalidade infantil, razão de morte materna e taxa de detecção de sífilis congênita, sendo superiores no estrato insatisfatório de investimento em ASPS (13,1/1.000 NV; 130,2/100.000 NV; e 14,7/1.000 NV, respectivamente), observando-se melhores resultados no nível satisfatório de investimentos em ASPS.

O mesmo comportamento foi identificado em relação as consultas de pré-natal, o estrato satisfatório de investimentos apresentou cerca de 75% das gestantes com sete e mais consultas, enquanto no nível insatisfatório foi de 64%. A Taxa de detecção da tuberculose foi 39,5/100.000 habitantes no nível satisfatório e 80,0/100.000 no insatisfatório, e o número de leitos em UTI por habitantes, também foi superior no estrato satisfatório (2 leitos/10.000 habitantes).

Situação contrária foi identificada em relação à Hanseníase, quando o estrato insatisfatório apresentou uma taxa de detecção inferior ao estrato satisfatório (3,3 e 5,6/100.000 habitantes, respectivamente). O mesmo foi verificado com a proporção de internações por CSAP, mas com diferença menor entre os estratos, sendo 11,7% no insatisfatório e 12,8% no satisfatório (tabela 7).

Para Rossi e colaboradores (2018), o financiamento das ASPS deve ser considerado como componente do sistema e refletindo o grau de priorização de determinada ação do Estado, demandando de análises aprofundadas que possibilitem compreender sua interferência na qualidade dos serviços prestados à população.

Melhores resultados nos indicadores avaliados foram verificados no nível satisfatório de investimentos em ASPS, apontando que mesmo em um cenário de sub financiamento do SUS, existem diferenças no alcance de resultados a depender dos aportes de recursos realizados.

Tabela 07 – Relação entre o índice de investimentos em ASPS e os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde, no ano de 2020. Brasil, 2022.

Desempenho do índice financiamento Público da Saúde	Pontuação	Nº de Capitais	População*	Casos	Taxa	X2
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	136.664	1.789	13,1	95,73
Regular	12 a 15 pontos	6	95.315	1.277	13,4	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	345.251	3.586	9,0	p < 0,0000001
RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	136.664	178	130,2	41,2
Regular	12 a 15 pontos	6	95.315	111	116,5	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	345.251	251	72,7	p < 0,0000001
TAXA DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	136.664	2.004	14,7	243,2
Regular	12 a 15 pontos	6	95.315	930	9,8	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	345.251	3.305	9,6	p < 0,0000001
PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE GESTANTES QUE REALIZARAM 07 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	136.664	87.856	64,3	2107
Regular	12 a 15 pontos	6	95.315	56.062	58,8	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	345.251	258.738	74,9	p < 0,0000001
LEITOS EM UTI POR 10.000 HABITANTES						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	10.798.924	1.576	1,5	234,5
Regular	12 a 15 pontos	6	8.077.253	1.961	2,4	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	28.602.953	5.813	2,0	p < 0,0000001
TAXA DE DETECÇÃO DE TUBERCULOSE						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	10.798.924	8.644	80,0	2564
Regular	12 a 15 pontos	6	8.077.253	4.802	59,5	gl = 2
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	28.602.953	11.304	39,5	p < 0,0000001
TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	10.798.924	354	3,3	677,3

Regular	12 a 15 pontos	6	8.077.253	1.012	12,5	gl = 2 p < 0,0000001
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	28.602.953	1.611	5,6	
PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA						
Insatisfatório	Até 11 pontos	6	362.830	42.594	11,7	gl = 2 p < 0,0000001
Regular	12 a 15 pontos	6	353.121	47.338	13,4	
Satisfatório	16 a 20 Pontos	14	1.206.285	154.710	12,8	

Fonte: FREITAS, M.V.A., 2022.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados obtidos na pesquisa.

* As Populações diferem em cada índice por considerar três variáveis: "Número total de nascidos vivos" para os indicadores de Taxa de Mortalidade Infantil, Razão de Morte Materna, Taxa de Prevalência de Sífilis Congênita e Nascidos vivos de gestantes com 07 ou mais consultas pré-natal; "População Total Residente" para os indicadores de Leitos de UTI, Taxa de detecção de Tuberculose e Taxa de Detecção de Hanseníase; e "Número Total de Internações por Local de Residência" para o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.

6 CONCLUSÃO

O desafio de verificar a relação entre os investimentos em Ações e Serviços públicos de Saúde e indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde consistiu em um processo complexo, considerando-se que não existe uma relação linear entre aporte financeiro no setor saúde e condição de saúde da população. Sabe-se que os indicadores de financiamento e de saúde são permeados e transversalizados por várias dimensões e aspectos a considerar: condições de vida da população, heterogeneidade entre as regiões brasileiras e suas capitais, as grandes desigualdades existentes para dentro das cidades, entre outras.

A utilização dos sistemas de informações do Ministério da Saúde possibilitou afirmar que estas bases de dados são ferramentas válidas com qualidade satisfatória para avaliação em saúde.

O processo de aplicação do índice permitiu identificar que os investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde demonstraram relação com as condições morbimortalidade e assistência à saúde da população nas Capitais brasileiras, revelando que o conjunto de capitais com maior investimento financeiro apresentou desdobramentos nos seus resultados de indicadores de saúde significativamente melhores que os estratos cujos recursos financeiros são considerados como insatisfatórios.

No entanto, quando as Capitais são analisadas a partir dos indicadores separadamente, os resultados demonstram que capitais com maiores melhores condições de financiamento podem apresentar piores condições de morbimortalidade e assistência à saúde. Já quando essas Capitais são analisadas

em seus agregados de acordo com as classificações elencadas nesse estudo, elas podem, mesmo com condições insatisfatórias de financiamento, se apresentarem em posições melhores em relação a outras capitais que tenham condições de financiamento mais adequadas.

Nesse sentido, faz-se uma pontuação da limitação deste trabalho em relação à necessidade de desdobramento de análise sobre a relação entre os investimentos e os resultados obtidos, afim de aprimorar a especificidade do método utilizado e sua validação para outros territórios individuais ou agregados a serem analisados.

Sendo assim, este trabalho se encerra possibilitando a aprimoração deste método de análise, cujas comparações das relações entre os investimentos em ASPS e os indicadores de morbimortalidade e assistência à saúde responde, não apenas aos questionamentos sobre a finalidade dos investimentos, mas também possibilitam maior e melhor análise da forma como esses investimentos são administrados e distribuídos em serviços à população, resultando em melhores condições sanitárias e de vida mais universais e equânimes. Indicando a necessidade da realização de outras avaliações, sejam para validar o indicador ou para aprofundar as relações entre o investimento e os resultados em saúde no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. D. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. 2007.
- ANDRADE, J. F. D. E. Interpretações acerca da Previdência Social e seu déficit no Brasil. abr. 2018.
- ANDRETT, M. et al. Eficiência dos Gastos Públicos em Saúde no Brasil: Estudo Sobre o Desempenho de Estados Brasileiros. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 7, n. 2, p. 114–128, ago. 2018.
- BARBERATO, C. et al. O Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro à Luz das Estatísticas Mundiais de Saúde. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, v. 6, n. 3, p. 421–438, 2017.
- BIELA, J. L. **Indicador de saúde: Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Primária em Saúde - ICSAP**. Disponível em: <<https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=B11&tab=1>>. Acesso em: 12 dez. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília - DF, Brasil: [s.n.].
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de Mortalidade Infantil**. Ficha de Qualificação. 2000a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm>. Acesso em: 04 mai 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Razão de Mortalidade Materna**. 2000b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/c03.pdf>. Acesso em: 04 mai 2022.
- CORREIA, P.; SILVA, F. Uma avaliação da eficiência econômica das políticas públicas de saúde dos Estados brasileiros com o uso da análise envoltória de dados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Brasília**, v. 8, n. 03, p. 497–520, set. 2017.
- CORTEZ, A. O. et al. Tuberculose no Brasil : um país, múltiplas realidades. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 014, p. 1–11, 2021.
- DANTAS, F. DE C.; DANTAS, C. DE C. Dantas, F. de C., & Dantas, C. de C. (2020). Análise Orçamentária Brasileira Dos Investimentos À Saúde E Seus Impactos Nas Políticas Públicas / Brazilian Budget Analysis of Investments in Health and Their Impacts on Public Policies. **Brazilian Journal of D. Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p. 99778–99792, 2020.
- DE SOUZA MAIA, L. T.; DE SOUZA, W. V.; DA CRUZ GOUVEIA MENDES, A.

Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 2, p. 1–19, 2020.

DORNELS, C.; SOUZA, F. DE; MATOS, T. S. Vigilância da tuberculose em uma área endêmica do Nordeste brasileiro : O que revelam os indicadores epidemiológicos ? **J Bras Pneumol**, v. 45, n. 2, p. 2–4, 2020.

DUARTE, L. S.; MENDES, Á. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 25–37, 2018.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018.

FERNANDES, V. C.; SOUSA, C. L. DE. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, n. 2179–6750, p. 1–17, 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2018**. [s.l.: s.n.].

ICS - Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pará. **A importância dos indicadores de Saúde no SUS**. Disponível em:

<https://www.ics.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias/2-uncategorised/1377-a-importancia-dos-indicadores-de-saude-para-o-sus>. Acesso em: 04 mai 2022.

IZEPÃO, R. L.; BRITO, E. C.; SILVA, I. A. C. E. a Saúde Pública No Brasil E Os Desafios De Financiamento. **Revista Estudo & Debate**, v. 26, n. 2, p. 189–207, mar. 2019.

LOUISE CAMPIOL, N.; UCHÔA DE SOUZA CRUZ, G.; DIAS CHIACCHIO, A. AVALIAÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE NA REGIÃO NORTE DO BRASIL. **Amazônia Science and Health**, v. 8, n. 4, p. 57–69, 2020.

MADURO, L. C. DA S. **Avaliação da judicialização da saúde no município de Ribeirão Preto/SP**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2016.

MARTINS, J. S. **Impactos dos Gastos em Saúde sobre a Mortalidade Infantil: Uma Análise com Base nas Mudanças no Financiamento da Atenção Básica no Brasil**. [s.l.: s.n.].

MEDEIROS, S. Insuficiência de leitos de UTI: crise do capital e mercantilização da saúde. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 229–240, 2018.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. DA S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 224–243, set. 2018.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MIRANDA, A. Cenário tocantinense da prevalência de casos de Hanseníase no período de 2016 a 2020: um resumo descritivo- analítico. 2020.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS : a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 25, p. 1619–1628, 2020.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálisis**, v. 21, n. 2, p. 324–335, 2018.

ROSSI, T. R. A. et al. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 826–836, 2018.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos Públicos Com Saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47–61, 2018.

SANTOS, L. O. et al. Estudo da mortalidade materna no Nordeste Brasileiro, de 2009 a 2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5858, 2021.

SANTOS, R. C. C. **Financiamento da Saúde Pública no Brasil**. 1. ed. Belo Horizonte - MG: Editora Fórum Ltda., 2016.

SCARTON, J. et al. Perfil das mortes maternas numa cidade ao sul do Brasil: perspectiva ecossistêmica Profile. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. 1–15, 2020.

SERRA, I. C.; GOMES, L. L. F.; AVENA, K. DE M. Panorama epidemiológico da sífilis congênita no Brasil e regiões brasileiras: análise dos últimos e dos próximos dez anos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e55110515327, 2021.

SOARES, T. C.; COSTA, J. B. DA; LOPES, L. S. Análise Espacial Da Eficiência Dos Gastos Públicos Em Saúde Em Minas Gerais. **Análise Econômica**, v. 37, n. 72, p. 113–136, 2019.

SOUSA, K. M. DE et al. Financiamento, Composição dos Gastos e Eficiência na Saúde dos Municípios Pernambucanos. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 12, 2020.

VELOSO, R. A linha do Tempo em defesa do SUS. **CONASEMS**, p. 18–30, jun. 2018.