

## SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: A UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SUS NA AVALIAÇÃO DA ALOCAÇÃO DOS RECURSOS DOS MUNICÍPIOS

### PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: THE USE OF THE SUS PERFORMANCE INDEX IN ASSESSING THE ALLOCATION OF FUNDS FROM MUNICIPALITIES

### SALUD PÚBLICA EN BRASIL: EL USO DEL ÍNDICE DE RENDIMIENTO SUS EN LA EVALUACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE FONDOS DE LOS MUNICIPIOS

Lilian Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup> Cláudia Souza Passador<sup>2</sup>

#### RESUMO

Uma das novas ferramentas de avaliação utilizadas pelo SUS é o IDSUS (Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde) que se propõe a medir o desempenho de cada município e região. O índice é composto por vinte e quatro indicadores, sendo quatorze que medem acesso à saúde e dez que medem a efetividade do sistema. Oportunamente, para este trabalho utilizou-se como universo amostral o Grupo Homogêneo 2, 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 dos dados procedeu-se a análise estatística descritiva e 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*. Observa-se que 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 existe municípios que apresentam características heterogêneas. Outro achado encontra-se na utilização e cruzamento de duas bases distintas (IDSUS e SIOPS), o que proporcionou a visão sobre o impacto dos recursos em saúde no desempenho dos municípios, o

<sup>1</sup> Possui graduação em Administração pelo Centro Universitário Moura Lacerda. Mestrado em Administração das Organizações na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – FEA-RP/USP. Email: [lilianoliveira@fearp.usp.br](mailto:lilianoliveira@fearp.usp.br)

<sup>2</sup> Graduação em Sociologia (USP), em Jornalismo pela Universidade Metodista de São Paulo, mestrado em Administração Pública e Governo (FGV-EAESP); doutorado em Educação (USP) e Livre-docência em Administração Pública pela FEA-RR/USP. Professora da FEARP/USP. Coordenadora do GPublic/USP. Pesquisadora (INEP/MEC/CAPES) E-mail: [cspassador@usp.br](mailto:cspassador@usp.br)

que parece complementar a avaliação de desempenho.

**Descritores:** Saúde pública, Sistema Único de Saúde, Avaliação em Saúde.

### ABSTRACT

One of the new tools used by SUS is IDSUS (Performance Health System) that purpose to measure the performance of each municipality and region. The index is composed of twenty-four indicators, with fourteen measuring access to health and ten to measure the effectiveness of the system. Opportune, for this work was used as the sample universe Homogeneous Group 2, the group formed by 94 municipalities in the country was analyzed using data from the bases IDSUS and SIOPS for the year 2011 and additional data from IBGE and PNUD. Subsequently, structuring the data proceeded to descriptive statistical analysis and cluster analysis in order to regroup similar municipalities in accordance with the established variables: note IDSUS, population and total incomes per capita health. It is observed that even with the division of municipalities by homogeneous groups and after use of variables such as population and income for combining them, the results indicated that municipalities with heterogeneous

characteristics. Another finding is in use and the intersection of two distinct bases (IDSUS and SIOPS), which provided an insight into the impact of health care resources in the performance of municipalities, which give the impression to complement the performance evaluation.

**Keywords:** public health, Unified Health System, health evaluation.

### RESUMEN

Uno de los nuevos instrumentos utilizados por el SUS es el IDSUS Index (*Health System Performance*) que pretende busca medir el desempeño de cada municipio y de la región. El índice se compone de veinticuatro indicadores, con catorce para medir el acceso a la salud y diez para medir la eficacia del sistema. Oportuna, se utilizó para este trabajo como el universo de la muestra homogénea Grupo 2, el grupo formado por 94 municipios del país se analizó utilizando los datos de las bases y IDSUS SIOPS para el año 2011 y datos adicionales de IBGE y el PNUD. Después de la estructuración de los datos, se procedieron al análisis estadístico descriptivo y análisis de conglomerados con el fin de reagrupar los municipios similares de acuerdo con las variables establecidas: nota IDSUS, la población y el ingreso total per cápita

en salud. Se observa que a pesar de la división de los municipios por grupos homogéneos y después del uso de variables como la población y los ingresos por la combinación de ellos, los resultados indicaron que los municipios tienen características heterogéneas. Otro hallazgo está en uso y la intersección de dos bases distintas (IDSUS y SIOPS), que proporcionaron una visión del impacto de los recursos de atención de salud en el desempeño de los municipios, lo que parece complementar la evaluación del desempeño.

**Descriptor:** Salud Publica, Sistema Único de Salud, evaluación en Salud.

## INTRODUÇÃO

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. Dentre os direitos sociais cobertos, encontra-se a saúde pública garantida a todo cidadão brasileiro por meio de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) (1). As novas garantias de proteção social formalizadas na Constituição não foram suficientes para tornar o sistema de saúde homogêneo, 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 (2).

Desta forma, as diretrizes básicas que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade, integralidade, equidade na assistência, participação da comunidade e descentralização com 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 distrito federal (1, 2, 3). Atualmente, o SUS beneficia mais de 190 milhões de pessoas, sendo que cerca de 75% desta população dependem exclusivamente do serviço de saúde público (3). Segundo dados do Ministério da Saúde (3), para o ano de 2013, a rede contava com 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária, realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, além de 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações.

Diante de toda a grandeza e dificuldades para gerir este sistema complexo, hierarquizado, com muitos

atores e desigualdades regionais que influenciam na estruturação da rede, o SUS consolida-se após vinte e cinco anos como uma política pública social de saúde no Brasil, buscando atingir os seus princípios fundamentais outrora garantidos na Constituição de 1988 (2).

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. Avaliação do desempenho se correlaciona com o aumento de qualidade e monitoramento das ações de saúde, buscando atender aos princípios levantados de eficiência, eficácia e efetividade e também as necessidades de saúde da população (4), além de proporcionar o controle e o melhor uso do recurso destinado (5). Neste 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, bem como mede a distância entre o SUS “real” e o “ideal” (6, 7), 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 deste sistema, o índice é uma fotografia do sistema público de

saúde brasileiro em anos anteriores (triênio 2007-2010) e que apresenta-se como uma representação da condição de saúde em todos os municípios do país.

Portanto, o objetivo deste artigo é analisar o universo amostral do Grupo Homogêneo 2, formado por 94 municípios do país por meio de dados provenientes das bases do IDSUS e SIOPS para o ano de 2011 e dos dados complementares do IBGE e PNUD, 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*, além de estruturar um cenário sobre o impacto dos recursos em saúde no desempenho dos municípios.

### **Referencial Teórico: Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS) atua portanto como política pública social que transforma o acesso à saúde em universal, 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 (2).

No tocante a organização e 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 (2).

O Ministério da Saúde é o principal responsável pela estratégia nacional, através do planejamento, controle e avaliação das políticas públicas implantadas, é responsável também pela descentralização do sistema (2, 8). No entanto, cabe aos estados seguirem as diretrizes estabelecidas a nível federal, além de formular suas próprias políticas estaduais e também contribuir no financiamento, planejamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde em seu estado, por fim, aos municípios cabe a missão de seguir as diretrizes nacionais e estaduais, além de planejar, organizar, controlar, avaliar e financiar o sistema na esfera municipal (2, 8). Diante da configuração hierarquizada do sistema, a descentralização fornece aos municípios um papel importante para a condução das ações, sendo estes responsáveis pela qualidade e efetividade do serviço prestado, bem como garantir que os recursos que são repassados pelo governo federal e estadual tenham a aplicação e destinação correta (2, 8). Desta forma, o próximo tópico destina-se a descrever

brevemente o modelo de financiamento do SUS.

### **O Financiamento do SUS**

O financiamento público de saúde no Brasil historicamente é considerado um dos gargalos do sistema, verifica-se desde a implantação do SUS, em 1990 com a Lei 8080/90, a crise de financiamento enfrentada pelo setor da saúde. Contudo, é importante salientar que, essa 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 (8).

É competência da União, Estados e Municípios o financiamento do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29), este financiamento foi dividido às três esferas de governo (9). Porém, o principal financiador do modelo universal da saúde no Brasil é a União, sendo que a gestão dos recursos é papel do município, responsável em alocar os recursos disponíveis de acordo com as necessidades da população. O investimento em saúde deve se alterar de acordo com a variação do PIB (Produto Interno Bruto) daquele ano, e cabe aos Estados e Municípios aplicar

de 12 a 15% respectivamente de sua receita em saúde pública.

De acordo com Servo et al (9) 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 este aporte financeiro o SUS ainda 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. Segundo os autores (9) tal fato demonstrou a importância da Emenda Constitucional nº 29 para o aumento de recursos da saúde no Brasil.

Outro fator importante que possibilita 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 análise das receitas e despesas do setor, proporcionando também o detalhamento das despesas por tipo e forma de alocação (10).

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 quando se comparada a outros sistemas de cunho universal, segundo dados da OECD (11) os gastos públicos em saúde no Brasil em 2010 alcançaram cerca de 4,2% do Produto Interno Bruto, já países como o Reino Unido investiram cerca de 8%, Austrália 6,2% e Canadá 8,1% do PIB em 2010.

Desta forma, para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, além do aumento das fontes de recursos, de modo a equiparar-se a outros modelos universalistas, o sistema necessita de acompanhamento, monitoramento e avaliações das ações, a fim de aumentar a racionalização dos gastos, tornando o sistema mais efetivo e eficiente.

### **Avaliações em políticas públicas sociais de saúde**

Na visão de Saravia (12), políticas públicas são um conjunto de decisões governamentais que modificam a realidade através do equilíbrio (ou desequilíbrio) social, a fim de atender aos objetivos e/ou estratégias pré-estabelecidas. As políticas públicas são divididas em etapas: formulação, implementação e avaliação (12), vislumbra-se então que, desde a sua elaboração são necessários

objetivos e estratégias que mudem a realidade da sociedade em questão.

A importância maior dada à avaliação em relação às outras etapas das políticas públicas claramente está relacionada à eficiência do gasto público e a qualidade dos serviços prestados, além da mensuração da efetividade das ações do Estado e divulgação dos resultados alcançados, com a finalidade de prestação de contas à sociedade (5, 13).

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, dando-se pouca ênfase às outras etapas do ciclo (5, 13). 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 (13). 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 programa

analisados, subsidiando a tomada de decisões (5).

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.

#### **Avaliações de Desempenho em Saúde**

O interesse em monitorar e avaliar políticas sociais têm se intensificado desde os anos 90 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 (7, 14). Porém, 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 (14). 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 (14).

Contribuindo, Viacava et al (14) cita: “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”.

Não obstante, várias ações de avaliação de desempenho do sistema de saúde já foram realizadas, porém de forma fragmentada, parcial e as informações adquiridas não se transformaram em ações estratégicas para os gestores (4). Desta forma, 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 melhoria do sistema.

Para uma completa avaliação de desempenho do SUS, Reis, Oliveira e Sellera (6) 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.

Para este estudo optou-se em descrever em linhas gerais o IDSUS, que será tratado no próximo tópico.

### **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 (7). Uma vez monitoradas as ações através de indicadores é possível o acompanhamento da meta estabelecida, os avanços e os entraves ocorridos (15). As autoras ainda destacam a importância das informações extraídas destes indicadores, tratam-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 (15). 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 (15).

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 Abrasco (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva) e a Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) (14). 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 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, responsabilidade tripartite (6, 7).

Em suma, os propósitos do IDSUS são: a avaliação do desempenho

geral nos municípios, regiões e estados; avaliação do acesso e efetividade em todos os níveis de atenção e diagnosticar deficiências para realização de melhorias (6). Contudo, há de se notar que as desigualdades socioeconômicas brasileiras prejudicam a avaliação dos municípios, portanto, o índice conta com grupos homogêneos de municípios, aglomerados de acordo com o perfil demográfico, condição de saúde da população e estrutura dos sistemas de saúde (6).

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho, de natureza quantitativa, é estruturado a partir da coleta de dados e posterior criação de um banco de dados. Para isso, primeiramente foram utilizados os dados do IDSUS disponíveis no site do Ministério da Saúde, estes dados são referentes ao triênio 2007-2010<sup>3</sup> 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

---

<sup>3</sup> A escolha pelo período de apuração, deve-se ao fato que este é o primeiro triênio disponível para o IDSUS.

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.

Depois de estabelecidos os critérios de estruturação dos dados do IDSUS buscaram-se informações à cerca das receitas aplicadas em saúde de cada município, para tanto, foram utilizadas informações 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), foi institucionalizado com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 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). Desta forma, este banco de dados tem por finalidade o

acompanhamento do dispositivo legal, presente na Emenda Constitucional 29, EC/29, que exige a aplicação mínima de recursos por ente federado (10).

Para o estudo proposto optou-se pela utilização dos dados referentes às Receitas Totais dos municípios para o ano de 2011<sup>4</sup>, visto que este ano já está disponível para consulta de forma completa. Tais informações também foram observadas de forma mais detalhada, analisando também as receitas por bloco de financiamento. Contudo, vale ressaltar que dentre os 94 municípios analisados do Grupo Homogêneo 2 do IDSUS, Itaperuna (RJ) não declarou os dados para o ano de 2011, portanto foi excluído da análise.

Em complementação as informações de receitas totais em saúde e para construção do perfil dos municípios do universo amostral para análises paralelas, utilizou-se dados sobre população – Censo 2010<sup>5</sup> (18) e o Índice de desenvolvimento humano municipal – IDHM (16). A escolha desses indicadores complementares se justifica pela necessidade de se caracterizar o município pelo seu porte populacional e por indicadores de

---

<sup>4</sup> Ano que apresenta dados completos sobre a receita de todos os municípios analisados, já que esses dados são declarados pelos municípios.

<sup>5</sup> Último censo realizado no país.

desenvolvimento disponíveis. Salienta-se que a coleta dos dados nos períodos acima descritos justifica-se pelo fato de serem os dados mais recentes divulgados.

Em suma, após levantados os dados supracitados, a finalização desta etapa se dá com a reunião de todos os dados com o intuito de construir uma base única, que abarcasse todos os dados necessários para a elaboração das análises. Portanto, a próxima etapa se caracteriza pela estruturação dos dados coletados.

### **Estruturação e análise 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, utilizando-se para isso estatística descritiva e a análise de *clusters* (agrupamento) por meio do *software* SPSS versão 20 e do Microsoft Excel 2010.

Optou-se pelo uso da estatística descritiva pelo fato de que esta tem como objetivos a organização, resumo e simplificação de dados complexos (17), complementarmente Hoffmann (17, p. 13) se refere a estatística descritiva como uma “maneira de apresentar sucintamente um conjunto de dados e de descrevê-los”. Para segunda fase da

análise dos dados, optou-se por classificar os grupos de acordo com características similares, desta forma a ferramenta escolhida foi a análise de *clusters*, agrupamento ou conglomerados.

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). Após estabelecidas as variáveis de segmentação, o próximo passo destinase a escolher qual tipo de agrupamento pretende-se utilizar, para este estudo optou-se pelo método hierárquico aglomerativo, dado ao fato que o objetivo central era reunir objetos similares de acordo com o grau de proximidade e similaridade (17). Diante da 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 7 agrupamentos para o conjunto de 93 municípios do Grupo Homogêneo 2.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para análises mais aprofundadas sobre os municípios e para melhor comparação entre eles, a análise de agrupamentos foi utilizada como forma de reunir os municípios de acordo com as características semelhantes propostas pelas variáveis: nota 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 1 apresenta a estatística descritiva do grupo para a variável receita total *per capita* em saúde.

**Tabela 1:** Estatística descritiva da receita em saúde *per capita* dos municípios.

	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

Neste momento é visível que para além do objetivo estabelecido pelo IDSUS em agrupar municípios em grupos homogêneos de acordo com as características estabelecidas (7), a receita em saúde não foi considerada, já que tem-se 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 (8), esta pesquisa salienta então a necessidade e importância de agrupar esta informação no processo de avaliação do sistema de saúde pública brasileiro.

Outro fator analisado, apenas como complementação as principais variáveis do estudo, é a população. De acordo com a tabela 2, a população do grupo também é bastante diversificada, tendo como mínimo a população de 38.769 habitantes e máximo de 1.221.979 habitantes. Ainda que um dos fatores de estratificação do IDSUS seja o porte populacional do município, o grupo apresenta ainda municípios com características populacionais muito distintas, o que poderia influenciar na qualidade do acesso e efetividade do sistema no município. Além da influência direta no aporte financeiro, já que o financiamento é realizado pelas três esferas de governo (9).

**Tabela 2:** Estatística descritiva da população dos municípios.

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

Por fim, ainda tratando o grupo como um todo, observa-se na tabela 3 a estatística descritiva da nota dos municípios no IDSUS, neste caso a nota varia de 0 a 10 e é estabelecida de acordo com os indicadores de acesso e efetividade (7). Diante de um mínimo

de 4,19 e um máximo de 8,22 apresentados, observa-se novamente a heterogeneidade do GH2 em relação ao atendimento dos padrões de acesso e efetividade estabelecidos pelos 24 indicadores analisados pelo índice.

**Tabela 3:** Estatística descritiva da nota no IDSUS dos municípios.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana
Nota IDSUS Geral	93	4,19	8,22	5,87	0,76	5,76

Devido as condições de heterogeneidade apresentadas pelas tabelas anteriores (1, 2, 3) para comparação efetiva, real e justa entre estes municípios, justifica-se a necessidade da análise de *clusters*, conforme detalhado na metodologia e descrito na próxima seção.

### Perfil dos Agrupamentos

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 também utilização da divisão da receita total em

saúde nos 5 blocos de financiamento estabelecidos pelo Ministério da Saúde (4), são eles: 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 IDSUS, receita total *per capita* e população). Segundo a tabela 4, o agrupamento 1 se caracteriza por ter em média: 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 em média: 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 em média: 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, em média: tem 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 em média: 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.

Desta forma 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 estes 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 fator financiamento possivelmente influencie, dado ao fato do grupo de pior desempenho em média, também ter a terceira menor receita em saúde.

**Tabela 4:** Perfil dos municípios do Grupo Homogêneo 2, de acordo com o agrupamento.

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

Outras variáveis que compõem a tabela 4, são os blocos de financiamento, pode-se observar 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, com o maior investimento, de R\$ 33,08 *per capita*. Em relação a AF, o que menos investe é o agrupamento 2, com média de R\$ 8,41 *per capita* e o que mais investe, o grupo 7 com R\$48, 28 *per capita*. Por fim, em relação a Gestão do SUS, o grupo que menos investe é o grupo 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 nesta análise que existe um grande distanciamento em relação ao financiamento dos municípios do GH2, após estabelecidos os *clusters* estas diferenças foram dirimidas, possibilitando então uma melhor comparação entre os municípios, já que desta forma se apresentam mais

homogêneos do que na situação apresentada pelo agrupamento feito pelo IDSUS.

Cabe ressaltar ainda que o modelo de avaliação de desempenho adotado pelo IDSUS e baseado no modelo do PRO-ADESS (14) tem como objetivo fazer um retrato da situação da saúde no Brasil, porém por se tratar de um índice recém incorporado à agenda da saúde pública necessita de ajustes e aperfeiçoamento, levando em consideração por exemplo, o financiamento da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública sempre esteve em evidência no cenário mundial, vários modelos de cuidado são atualmente conduzidos de acordo com as políticas e padrões econômicos dos países. No Brasil, a Constituição Cidadã de 1988, trouxe como direito a todo e qualquer cidadão brasileiro, o acesso a saúde, amplo e igualitário, através de políticas sociais vigentes desde 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 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 apresenta fragilidades e avanços.

Recentemente, o Ministério da Saúde adotou um índice, denominado Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, formado por 24 indicadores e divulgado em março de 2012, este índice apresenta um retrato da saúde pública brasileira. Por hora, mede e sintetiza os resultados dos indicadores no que dizem respeito ao acesso e a efetividade do sistema. Para isso, conta com dados de outras bases nacionais já disponíveis para consulta. Salienta-se aqui porém 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 sendo elas: sociais, econômicas e de saúde, gerando assim 6 grupos com características homogêneas segundo as variáveis adotadas na metodologia do índice. Porém, este trabalho, que teve como objetivo secundário descrever este modelo de avaliação de desempenho, vislumbrou que o índice contempla dados referentes a procedimentos e processos clínicos, porém não abarca

indicadores que medem a eficiência dos gastos e o montante de recursos investidos no sistema. Muito embora, o financiamento do sistema seja algo constantemente discutido, inclusive tratados 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. Portanto, o IDSUS, por se tratar se um índice recente incorporado a 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 dessa forma níveis mais altos de qualidade nos procedimentos e atendimento à população.

Não obstante, o trabalho conclui também que, para além da necessidade de um aporte maior de recursos para o sistema, primordialmente deve-se levar em consideração a alocação destes recursos nos blocos de financiamento estabelecidos pelo Ministério da saúde,



pois observa-se que municípios que gastam mais recursos em atenção básica, utilizam menos recursos no total e alcançam maiores níveis de desempenho do sistema. Por outro lado, 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 apresenta grandes diferenças populacionais e municípios com maior densidade demográfica apresentam piores resultados, tal fato ocorre pois o acesso aos serviços de saúde é prejudicado pela alta demanda.

Desta forma a finalidade do estudo foi indicar a importância da implementação de novos modelos de avaliação ou a melhoria dos modelos existentes – como é o caso do IDSUS e fornecer aos gestores públicos de saúde informações interligadas a respeito do desempenho e dos recursos financeiros destinados à saúde daquele município em questão. Além de 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.

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.

## REFERÊNCIAS

1. CARDOSO JR, JC; JACCOUD, L. Políticas sociais no Brasil: organização, abrangência e tensões da ação estatal. In: JACCOUD, Luciana, organizadora. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA; 2005.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. v. 1. Brasília: CONASS; 2011.
3. BRASIL. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/sus> Acessado em: fev/2013.
4. 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>. Acesso em: abr/2013.
5. COSTA, FL; CASTANHAR, JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, 2003; 37 (5): 969-992.
6. REIS, AT; OLIVEIRA, PTR; SELLERA, PE. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, 2012; 6 (2): Supl.
7. IDSUS. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS\\_06-03-12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_06-03-12.pdf)> Acessado em: 26 de junho de 2012.
8. FINKELMAN, J. Organizador. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
9. SERVO, LMS; PIOLA, SF.; PAIVA, AB.; RIBEIRO, JA.
- Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências.** In MELAMED, C; PIOLA, SF, organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA; 2011.
10. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. SIOPS. Brasília, 2011. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php?S=225&UF=15&Pasta=11;&Ano=2011&Periodo=2> Acessado em: Fev/2013.
11. 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.
12. SARAIVA, E. Introdução à teoria da política pública. In. SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete,

- organizadores. **Políticas Públicas**: Coletânea. Brasília: ENAP, v. 1; 2006.
13. ALVES, T; PASSADOR, CS. **Educação pública no Brasil**: condições de oferta, nível socioeconômico dos alunos e avaliação. São Paulo: Annablume; 2011.
14. VIACAVA, Francisco et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004; 9 (3): 711-724.
15. MACÊDO, FFRR; DAMASCENO, MMJ. Análise de desempenho do sistema único de saúde na região nordeste do Brasil. **Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ**, 2013; 18 (3): 20-36.
16. 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](http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013) Acessado em: jan/2014.
17. HOFFMANN, R. **Estatística para economistas**. 4ª ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning; 2006.
18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasília. 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: fev/2013.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2014-06-24  
Last received: 2014-08-01  
Accepted: 2014-10-15  
Publishing: 2014-10-31