

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Thaliany Rodrigues de Arruda dos Santos

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE
NA REGIÃO METROPOLITANA DO SUDOESTE MARANHENSE
NO PERÍODO DE 2007 a 2017**

Taubaté – SP

2019

Thaliany Rodrigues de Arruda dos Santos

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE
NA REGIÃO METROPOLITANA DO SUDOESTE MARANHENSE
NO PERÍODO DE 2007 a 2017**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios – GEN da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional

Orientadora: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura

Taubaté – SP

2019

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

S237a Santos, Thaliany Rodrigues de Arruda dos
Análise da eficiência dos gastos públicos em saúde na região metropolitana do sudoeste maranhense no período de 2007 a 2017 / Thaliany Rodrigues de Arruda dos Santos. - 2019.
109f.: il.

Monografia (mestrado) – Universidade de Taubaté, Departamento de Gestão e Negócios, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura, Departamento de Gestão e Negócios.

1. Gestão e desenvolvimento regional. 2. Saúde. 3. Gastos públicos. 4. Eficiência. 5. Região Metropolitana do sudoeste maranhense. I. Título.

CDD 657.61

THALIANY RODRIGUES DE ARRUDA DOS SANTOS

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO SUDOESTE MARANHENSE NO
PERÍODO DE 2007 a 2017**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Planejamento, Gestão e Avaliação do Desenvolvimento Regional.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Quésia Postigo Kamimura (Orientadora)

Universidade de Taubaté

Prof. Dr. Edson Aparecida de Araujo Querido Oliveira

Universidade de Taubaté

Prof. Dra. Friedhilde Maria Kustner Manolescu

Instituto Tecnológico da
Aeronáutica (ITA)

Dedico este estudo aos meus pais, José Ubiracy Vieira de Arruda e Antonia Alzeny Rodrigues Dias e ao meu amado esposo, Eronilson, por estarem sempre ao meu lado e por nunca permitirem que eu desistisse.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, pela vida e por todos os momentos proporcionados, sejam eles alegres ou tristes, mas que foram necessários e contribuíram positivamente para sabedoria na construção da pessoa e profissional que me tornei.

À querida professora e orientadora, Dra. Quésia Postigo Kamimura, por todo o conhecimento agregado, pela serenidade com que conduziu a pesquisa, pelas palavras de apoio e motivação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios – GEN da Universidade de Taubaté, em especial aos que contribuíram de forma direta pelo imensurável conhecimento adicionado no mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional.

À Turma MGDR 022I-2017-Especial IFMA do Mestrado Profissional em Gestão e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Administração do Departamento de Gestão e Negócios – GEN da Universidade de Taubaté, a qual tive a imensa alegria de integrá-la e que contribuiu com momentos de elevada discussão teórica, troca de experiências, companheirismo e descontração.

À minha mãe e ao meu pai, Antonia Alzeny Rodrigues Dias e José Ubiracy Vieira de Arruda, por nunca ter me faltado uma palavra motivadora, um olhar e um abraço aconchegante, motivando nas horas difíceis, celebrando em conjunto nos momentos de alegria. Muito obrigada!

Aos meus irmãos, Tatiane Silva Rodrigues, Thaís Silva Rodrigues e Teciano Rodrigues Dias, por toda demonstração de carinho e incentivo, e aos meus queridos sobrinhos, por preencherem meus dias de felicidade.

Ao meu esposo, Eronilson Machado dos Santos, por todo carinho, todos os gestos de amor, todos os incentivos, por compreender as ausências, por colocar meus pés no chão quando foi preciso e por me fazer sonhar quando já não acreditava mais. Enfim, por tornar meus dias, sobretudo os de mestranda, mais felizes. Muito obrigada por sua presença!

Aos amigos do IFMA Campus Açailândia, que me proporcionaram muita alegria por diversos momentos, fortaleceram-me com palavras e demonstrações de

carinho e apoio. Em especial: Elton Rocha, Rafaela Mendonça, Poliana Damasceno, Marcielle Ferreira, Lairton José da Silva Gomes, José Werbet da Silva Ferreira, Michel da Silva Reis, André Alves dos Santos e Bruno Diego da Silva. O meu muito obrigada!

Às amigas que a graduação em Administração e a pós-graduação em Gestão Pública Municipal me trouxeram: Nayara Santos, Solange Ferreira Lima, Neudelane da Silva Reis, Milka Leisa Santos, Edna Maria Milhomem e Suely Miranda. Com as nossas discussões obtive bagagem teórica para adentrar no mestrado. Agradeço por todas os momentos vividos, que mesmo nos bastidores torciam sempre por mim. A todas vocês, meu muito obrigada!

Às amigas e cunhadas Naiara Machado dos Santos, Ecliene Machado dos Santos, Paula Fernanda Lima, Isaura Machado, aos sogros Maria das Graças dos Machado dos Santos, Domingos Mauricio dos Santos, Maria Mauricio Santana Lima e Antônio Fernandes Lima, que por nos meus momentos de ausência contribuíram, com tanto amor, com apoio de diversas maneiras para facilitarem minha vida acadêmica. Deixo aqui o meu muito obrigada!

A todos que diretamente estiveram presentes durante esses dois anos, com ajuda científica ou até mesmo palavras de motivação, pois foram valiosas para este estudo.

Muito obrigada!

"Quando os justos florescem, o povo se alegra; quando os ímpios governam, o povo geme".

Provérbios 29:2

RESUMO

O objetivo geral desta dissertação é analisar a eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios pertencentes à Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense no período de 2007 a 2017 e a promoção do desenvolvimento regional. Neste estudo destacaram-se as políticas públicas da saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), federalismo fiscal e financiamento da saúde, gestão pública da saúde e eficiência dos gastos públicos, saúde e desenvolvimento, conceitos de receitas públicas e despesas públicas. Apresentam-se, também, estudos anteriores referentes à eficiência dos gastos públicos em saúde. As metodologias utilizadas são a Análise Envoltória de Dados (DEA - *Data Envelopment Analysis*) e para convalidar as variáveis utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. A pesquisa é documental, com dados secundários de domínio público, com abordagem quantitativa. Os dados (*inputs* e *outputs*) foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) disponibilizados pelo Ministério da Saúde, DATASUS e IBGE. Os resultados apontam que as variáveis se correlacionam positivamente com exceção de taxa de mortalidade infantil, que se correlaciona negativamente com todas as outras variáveis. Os resultados também demonstram que dos oito municípios analisados somente três são considerados economicamente eficientes: Imperatriz, Montes Altos e Ribamar Fiquene. O município da região considerado o mais ineficiente é Senador La Rocque. Verificou-se que existem grandes discrepâncias no financiamento e gasto com saúde, que apontam insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis. Enquanto uns municípios têm poucos recursos para investir em saúde, os que têm mais ficam sobrecarregados com atendimentos de outros municípios, como é o caso de Imperatriz, que atende também a população da região. Recomenda-se implementar políticas públicas com o propósito de eliminar ou minimizar, de forma equânime, as diferenças entre os municípios pesquisados, objetivando prover suas necessidades em relação à gestão e aos recursos financeiros para a saúde, a fim de utilizar melhor os recursos disponíveis.

Palavras-chave: Gestão e Desenvolvimento Regional. Economia da Saúde. Gastos Públicos. Eficiência. Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE EFFICIENCY OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURE IN THE METROPOLITAN REGION OF SOUTHWEST MARANHENSE IN THE PERIOD 2007 TO 2017

The general objective is to analyze the efficiency of public spending on health in the municipalities of the Southwest Maranhense Metropolitan Region from 2007 to 2017 to promote regional development. In this paper, public health policies, the single health system (SUS), fiscal federalism and health financing, public health management and efficiency of public expenditures, health and developments, concepts of public revenues and public expenditures were highlighted. Also previous studies - efficiencies of public health spending. The methodology used was Data Envelopment Analysis (DEA). Pearson Correlation Coefficient was also used. It included documentary research, with public domain secondary data, with quantitative approach, data (inputs and outputs). Were obtained through the Public Health Budget Information System (SIOPS) provided by the Ministry of Health - DATASUS and IBGE. The results showed that the variables correlate positively with each other, except for infant mortality rates that correlate negatively with all other variables. The results also showed that eight municipalities analyzed only three are considered economically efficient: Imperatriz, Montes Altos and Ribamar Fiquene. The municipality of the region considered the most inefficient was Senator La Rocque. There were large discrepancies in financing and spending on health. These differences indicate that insufficient and poorly distributed resources are available. While some municipalities have few resources to invest in health, those who have more are overloaded with care from other municipalities, such as the Empress that also serves the population of the region. It is recommended to implement public policies with the purpose of eliminating or minimizing, in an equal way, the differences between the municipalities surveyed, aiming to provide their needs in relation to management and financial resources for health, in order to Better use the resources available.

Keywords: Regional Management and Development. Health Economics. Public Spending. Efficiency. Metropolitan Region of Southwest Maranhense.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de aplicação das despesas em relação às receitas.....	71
Tabela 2 - Gastos per capita com saúde.....	72
Tabela 3 - Estabelecimentos públicos de saúde.....	73
Tabela 4 - Hospitais SUS.....	74
Tabela 5 - Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes.....	75
Tabela 6 - Médicos que atuam no SUS.....	76
Tabela 7 - Enfermeiros que atuam no SUS.....	76
Tabela 8 - Taxa de mortalidade geral por mil habitantes.....	77
Tabela 9 - Taxa de mortalidade infantil.....	78
Tabela 10 - Taxa de óbitos por causas externas por dez mil habitantes.....	79
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre os dados de saúde...	80
Tabela 12 - Eficiência dos gastos públicas na área da saúde da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.....	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gastos per capita com saúde.....	72
Gráfico 2 - Estabelecimentos públicos de saúde.....	73
Gráfico 3 - Hospitais SUS.....	74
Gráfico 4 - Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes.....	75
Gráfico 5 - Médicos que atuam no SUS.....	76
Gráfico 6 - Enfermeiros que atuam no SUS.....	76
Gráfico 7 - Taxa de mortalidade geral por mil habitantes.....	77
Gráfico 8 - Taxa de mortalidade infantil.....	78
Gráfico 9 - Taxa de óbitos por causas externas por dez mil habitantes.....	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Princípios doutrinários e organizativos do SUS.....	34
Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.....	62
Figura 3 - Etapas da pesquisa.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fases do estabelecimento das políticas públicas de saúde no Brasil nas décadas de 1920 a 1980.....	31
Quadro 2 - Unidades Tomadoras de Decisões (DMUs) consideradas no estudo.....	59
Quadro 3 - Descrição das variáveis <i>inputs</i> e <i>outputs</i>	60
Quadro 4 - Principais características dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF 88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i> (Análise Envolvória dos Dados)
DMU	<i>Decision Making Units</i> (Unidade Tomadora de Decisão)
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
FIRJAN	Federação de Indústrias do estado do Rio de Janeiro
FPE	Fundo de Participação do Estado
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IETS	Índice de Eficiência Técnica em Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPI-Exportação	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda que venham a reter na fonte

ISS	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza
ITD	Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação
ITIV	Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato Intervivos
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentário Anual
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
OF	Orçamento Fiscal
OI	Orçamento de Investimento das empresas federais dependentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPA	Lei do Plano Plurianual
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMPAS	Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
STN	Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Problema	17
1.2	Objetivos	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos Específicos	18
1.3	Delimitação do estudo	18
1.4	Relevância do estudo.....	19
1.5	Organização do estudo.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1	Políticas públicas da saúde.....	21
2.1.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	32
2.1.2	Regionalização da saúde.....	37
2.2	Federalismo e financiamento da saúde.....	39
2.3	Gestão pública da saúde e eficiência dos gastos públicos.....	43
2.4	Saúde e desenvolvimento.....	46
2.5	Conceitos de receitas e despesas públicas.....	48
2.6	Análise Envoltória de Dados (DEA)	49
2.7	Estudos empíricos: eficiência dos gastos públicos em saúde	51
3	MÉTODO.....	57
3.1	Tipo de pesquisa	57
3.2	Espaço de análise	61
3.3	Dados coletados.....	63
3.4	Procedimento para coleta de dados	63
3.5	Procedimento para análise dos dados	64
3.6	Fluxograma das etapas da pesquisa	64
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	67
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE A – Receitas dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.	102
	APÊNDICE B - Receitas detalhadas em percentual (%) dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.....	103

APÊNDICE C – Despesas liquidadas com saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.....	105
APÊNDICE D – Detalhamento em percentual (%) das despesas liquidadas com saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.	106

1 INTRODUÇÃO

Os gastos públicos com saúde são, por motivos diversos, objetos de preocupação em vários municípios do país, que buscam estender a cobertura a toda população, conforme exigências da Constituição federal de 1988, com eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o aumento das despesas com serviços médicos-assistenciais não resultam, necessariamente, em melhores condições de saúde e não resolvem, de modo imediato, as desigualdades no acesso aos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A transparência nas decisões governamentais é questão fundamental para avaliar a eficiência dos gastos públicos, entretanto, é necessário além de afirmar o quanto se gasta com saúde, o destino dos recursos, como são utilizados e os resultados obtidos.

Na área da saúde buscou-se garantir maior equidade no atendimento das necessidades da população a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em um contexto em que, além da redução dos recursos disponíveis, observava-se a mudança no perfil epidemiológico e demográfico da população.

A partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que estabeleceu as atribuições e competências de cada nível de governo no âmbito do SUS, compete aos estados a responsabilidade pela promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde, com a prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios.

Entre suas atribuições estão, principalmente, acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS, bem como a gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual. Os municípios tornaram-se responsáveis pelo gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde locais (FERREIRA; PITTA, 2008).

Na empreitada de analisar os gastos públicos dos municípios, ressalta-se a importância da realização de pesquisas sobre o emprego dos recursos públicos, como também o real impacto desses recursos no desenvolvimento socioeconômico dos municípios.

Nesse contexto pode-se destacar o estudo realizado por Rezende, Slomski e Corrar (2005), que teve como objetivo diagnosticar e analisar as variáveis condicionantes entre as políticas públicas e o nível de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios do estado de São Paulo.

Os resultados do estudo citado anteriormente, mostram que o relacionamento entre investimentos público e IDH não é linear, pois os municípios que realizaram maiores investimentos necessariamente não têm melhores IDH.

A pesquisa de Teles, Coelho e Ferreira (2017) analisa os gastos públicos com o Sistema Único de Saúde em municípios, regiões e macrorregiões da Bahia no período de 2009 a 2012.

Os resultados obtidos pelos autores, mostram que os gastos concentraram-se nas macrorregiões de maior capacidade instalada, nas populações dessas localidades, mas os aportes mostraram-se insuficientes. Metade das regiões de saúde não atingiu a média de gasto per capita do estado.

Dada a importância do estudo sobre o tema dessa natureza no estado do Maranhão, esta pesquisa buscou analisar a eficiência dos gastos públicos em saúde na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense no período de 2007 a 2017.

1.1 Problema

Há uma preocupação por parte dos estudiosos da área de saúde e dos gestores públicos em analisar a eficácia da prestação dos serviços de saúde no setor público.

Dadas as limitações orçamentárias, é interesse da sociedade e dever dos administradores governamentais que, respeitados os procedimentos técnicos, os recursos disponíveis e as particularidades de cada localidade, o sistema de saúde funcione com eficiência máxima, de modo que haja uma transformação de insumos em produtos e serviços para a população (SOUZA *et al*, 2013).

Essa eficiência pode ser medida a fim de fornecer verificação contínua da capacidade que agentes ou mecanismos apresentam em sua trajetória de atuação, o que permite avaliar se o efeito por eles esperado está em conformidade com o planejado (FONSECA; FERREIRA, 2009).

Os órgãos governamentais de saúde são pressionados constantemente a fazer mais com menos, e nessa dinâmica, ter informações da eficiência é essencial para a tomada de decisão, ou seja, não se deve agir sem ter evidências.

Em decorrência desse entendimento, observa-se a necessidade da realização de estudos sobre a eficiente aplicação dos recursos públicos em saúde no Brasil;

tanto em relação à sua alocação, quanto ao impacto dos investimentos na qualidade de vida da população (ANDRETT *et al.*, 2018).

Por tanto, esta pesquisa tem como norteadora a seguinte questão: como foram realizados os gastos públicos com saúde na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, no período de 2007 a 2017, no tocante à eficiência da qualidade dos gastos públicos?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios pertencentes à Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense no período de 2007 a 2017 para a promoção do desenvolvimento regional.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a eficiência municipal na gestão dos recursos públicos na área da saúde por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA);
- Verificar a correlação existente entre os gastos públicos com saúde realizados pelos municípios com os indicadores socioeconômicos; e
- Avaliar a relação das políticas públicas na área saúde dos municípios com o desenvolvimento regional.

1.3 Delimitação do estudo

Este estudo delimita-se à análise da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense. Sob o aspecto temporal da pesquisa, o período do estudo compreende os anos de 2007 a 2017. A área pública alvo deste estudo é a saúde, especificamente os gastos públicos.

A Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense localiza-se no sul do Maranhão. Foi criada pela Lei Complementar Estadual nº 89, de 17 de novembro de 2005. Conforme o Artigo 1º dessa lei, a Região é constituída pelo agrupamento dos

municípios de Imperatriz, João Lisboa, Senador La Rocque, Buritirana, Davinópolis, Governador Edison Lobão, Montes Altos e Ribamar Fiquene.

A área tem em torno de 7.234,66 km². A população total estimada em 2017 pelo IBGE de 99.654 mil habitantes (MARANHÃO, 2005).

1.4 Relevância do estudo

De acordo com o contexto atual no Brasil, em que as restrições orçamentárias e financeiras foram impostas aos governos, na conjuntura de crises e ajustes fiscais, faz-se imprescindível a discussão acerca da eficiência dos gastos públicos. Assim, a transparência nas tomadas de decisão públicas e a avaliação de suas ações devem ser estudadas.

A alocação de recursos é um dos desafios encontrados diariamente pelos governantes. Pela relevância que a destinação de recursos tem para todos os cidadãos, é necessário que ela se realize de forma que possa promover o máximo de benefício social. No caso da saúde as restrições são ampliadas, em virtude de ela ser um elemento fundamental para a qualidade de vida dos indivíduos (SOUZA *et al.* 2013).

Nesse sentido, verifica-se que a relevância da saúde no desenvolvimento social e a necessidade do controle social e fiscalização dos orçamentos públicos direcionados à saúde são elementos que tornam esta pesquisa relevante para a atual sociedade (SOUZA *et al.* 2013).

Busca-se evidenciar o impacto dos investimentos sociais na melhoria da qualidade de vida da população, ou seja, traduzi-lo em números de maneira que a sociedade enxergue os efeitos dos investimentos públicos por meio de indicadores, situação esperada pelos gestores públicos para conhecer o efetivo impacto de cada real investido na vida das pessoas (REZENDE; SLOMSKI; CORRAR, 2005).

O alcance disso demonstraria a efetividade da gestão pública e criaria mecanismos de transparência para a gestão dos órgãos governamentais, um processo de avaliação do desempenho e retorno social dos recursos públicos (REZENDE; SLOMSKI; CORRAR, 2005).

Diante do exposto, este estudo tem relevância por proporcionar uma reflexão para administradores públicos, sociedade e pesquisadores da área da saúde, sobre a importância da eficiência dos gastos públicos em saúde, mais especificamente,

considerando que é preciso conciliar qualidade de vida do cidadão e gastos eficientes.

Dada a falta de pesquisa desse tema na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, considera-se este estudo de grande relevância.

1.5 Organização do estudo

O estudo está organizado em cinco seções. A primeira seção trata da introdução, que inclui o problema, objetivos geral e específicos, delimitação, relevância e organização do estudo.

Na segunda seção, revisão da literatura, abordam-se políticas públicas da saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), regionalização da saúde, federalismo fiscal e financiamento da saúde, gestão pública da saúde e eficiência dos gastos públicos, saúde e desenvolvimento, conceitos de receitas públicas e despesas públicas, Análise Envoltória de Dados (DEA) e para finalizar a revisão da literatura, estudos empíricos sobre eficiências dos gastos públicos em saúde (DEA).

A terceira seção descreve a metodologia, que norteará a pesquisa em busca de alcançar os objetivos. Na quarta seção foram apresentados os resultados e a discussão, e na sequência a quinta seção traz as considerações finais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Dada a utilização de conceitos teóricos e práticos, esta seção estrutura-se com o intuito de apresentar a fundamentação teórica, os conceitos e definições da pesquisa e o suporte para o estudo. Busca-se, aqui, propiciar informações referentes às políticas públicas da saúde, ao Sistema Único de Saúde (SUS), à regionalização da saúde, ao federalismo fiscal e à financiamento da saúde, à gestão pública da saúde e eficiência dos gastos públicos, aos conceitos de receitas públicas e às despesas públicas e aos estudos anteriores sobre eficiências dos gastos públicos em saúde.

2.1 Políticas públicas da saúde

Conforme Starfield (2002), todo sistema de serviços de saúde tem duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população com a aplicação do estado mais avançado do conhecimento em relação ao motivo das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde.

A segunda meta é minimizar as desigualdades entre subgrupos populacionais, de maneira que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Para que haja equilíbrio entre as duas metas, conhecimento e igualdade nos atendimentos, é necessário que o setor público tenha eficiência em suas ações, que podem ser fundamentas por políticas públicas, definidas por Lucchese (2004, p.6) como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público”.

O autor também define políticas públicas “como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos” (LUCCHESI, 2004, p.6).

As políticas públicas se consolidam por meio de ações concretas de agentes públicos e sociais e de atividades institucionais, podendo ser focadas em determinada área.

De acordo com Teixeira (2006):

[...] política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.2).

Assim, é necessário que antes de explanar sobre a eficiência dos gastos públicos, discutir o processo de construção, detalhar a forma como as políticas públicas de saúde vêm sendo construídas no Brasil.

A história brasileira referente à formação cultural e econômica é marcada pela quase inexistência de políticas públicas. O Estado brasileiro, quando ainda era do domínio da Coroa Portuguesa, não se preocupava com o bem-estar da sociedade, com a implantação de políticas em benefício social, mas em explorar as riquezas do território e levá-las para Portugal (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP; 2015).

Nesse período, o papel de cuidar do social competia somente à Igreja Católica, e mesmo com a Proclamação da República, no campo das políticas públicas poucos avanços foram perceptíveis. As ações da Igreja católica surgiram no cuidado com os órfãos, viúvas, ou na atenção médica da Santa Casa de Misericórdia a primeira instituição hospitalar do Brasil, das coletas e da distribuição de esmolas (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP; 2015).

Do descobrimento ao império, o Brasil não apresentava qualquer política direcionada à saúde da população. A preocupação com a saúde ficava restringida aos recursos disponíveis da terra, tais como plantas, ervas, e por pessoas com conhecimentos empíricos (curandeiros), que desenvolviam habilidades de cura (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP; 2015).

Com a vinda da família real para o Brasil houve a necessidade de organizar uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro, por isso, em 1808, Dom João VI fundou o Colégio Médico Cirúrgico junto ao Real Hospital Militar da cidade de Salvador, na Bahia.

Assim, até 1850, essas estruturas sanitárias mínimas ficaram limitadas ao controle de navios e saúde dos portos que se estendeu por quase um século (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP; 2015).

Iniciativas de ações de políticas públicas de saúde que podem ser consideradas são visíveis apenas no período compreendido entre o fim da

Monarquia e o início da República Velha, com a criação de normas e organizações sanitárias.

Destaca-se que esse conjunto de práticas sanitárias só foi criado em detrimento de um quadro sanitário caótico em que se encontravam as principais cidades brasileiras na época, com diversas doenças graves que acometiam a população, tais como varíola, malária, febre amarela, e posteriormente a peste.

Esse quadro de saúde pública gerou graves consequências, tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, pois os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da precária situação sanitária da cidade (POLIGNANO, 2006).

Destaca-se, na história, que o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que tinha a proposta de erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Criaram-se, então, os guardas-sanitários, pessoas que exerciam atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela (POLIGNANO, 2006).

A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades causaram revolta na população, que se agravou com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação antivariólica obrigatória em todo o território nacional, surgindo grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina (POLIGNANO, 2006).

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos esse modelo obteve importantes conquistas no controle das doenças epidêmicas, conseguindo erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Oswaldo Cruz também organizou a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz (POLIGNANO, 2006).

Em 1920 Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, inseriu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo sanitário campanhista do seu

antecessor. O controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras deslocou-se, então, para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, já que a agricultura era a atividade econômica predominante (POLIGNANO, 2006).

O surgimento da Previdência Social no Brasil, como marco histórico, deu-se a partir da Lei Eloy Chaves, promulgada em 24 de janeiro de 1923. Esse foi também o período do nascimento da legislação trabalhista brasileira.

Entre 1923 e 1930 surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), constituídas por empresas de natureza civil e privada, responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas (CUNHA; CUNHA, 2001).

As CAPs eram financiadas com recursos dos empregados e empregadores e administradas por comissões formadas por representantes da empresa e dos empregados. Competia ao poder público apenas a resolução de conflitos. A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, dada a importância da classe profissional na época (CUNHA; CUNHA, 2001).

A Lei Eloy Chaves, no seu artigo 9º, determinava outros benefícios além das aposentadorias e pensões, tais como:

- 1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
- 2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
- 3º - aposentadoria;
- 4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Segundo Polignano (2006), a criação das CAPs deve ser entendida como resposta do empresariado e do estado à crescente importância da questão social, dadas as reivindicações operárias no início do século. Em 1930 existiam 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados e 7.013 pensionistas.

Na década de 1930, início da Era Vargas, com a expansão do processo de industrialização brasileira as reivindicações dos trabalhadores aumentaram. Surgiram, então as políticas sociais nacionais como forma de enfrentamento e intervenção estatal às questões sociais decorrentes da aceleração da urbanização e do crescimento da classe trabalhadora em condições precárias de higiene, saúde e moradia (SALVADOR; TERRA; ARÊAS, 2015).

Um desses órgãos criados foi o Ministério da Educação e Saúde, em 1930, e o Ministério do Trabalho. A partir de 1933 surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), destinados a trabalhadores por categorias profissionais (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Destaca-se que o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas, portanto, tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência, aqueles “com carteira assinada” (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Nos IAPs, diferentemente das CAPs, a administração era dependente do governo federal. O conselho de administração era composto por representantes dos empregados e empregadores, exercia uma função de assessoria e fiscalização, e era conduzido por um presidente indicado diretamente pela Presidência da República.

Destaca-se, nessa época, a participação do Estado no financiamento, embora meramente formal, e na administração dos institutos, e um esforço ativo para diminuir despesas, com a estabilização de um modelo de Previdência mais preocupado com a acumulação de recursos financeiros do que com a ampla prestação de serviços.

Isso fez com que os superávits dos institutos constituíssem um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação do poder do Estado. A Previdência passou a se configurar como sócia do Estado nos investimentos de interesse do governo (CUNHA; CUNHA, 2001).

No ano de 1937 foi criado o primeiro órgão de saúde de extensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela; além do Serviço de Malária do Nordeste, em 1939, e do Serviço de Malária da Baixada Fluminense, em 1940 (CUNHA; CUNHA, 2001). Em 1939 regulamentou-se a justiça do trabalho, e o marco legal e político da década de 40 foi a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), homologada em 1943 (POLIGNANO, 2006).

A década de 40, marcada pela Segunda Guerra Mundial, acarretou a expansão das organizações de saúde pública no Brasil. Em abril de 1941, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país, assumindo características de órgão normativo das práticas de assistência hospitalar e sanitária.

O órgão passou, também, a ter o controle de doenças transmissíveis e de problemas pertinentes à nutrição e à manutenção das condições físicas dos hospitais, instituindo programas voltados às doenças mentais e degenerativas (SILVA, 1996).

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais, com o objetivo de amparar programas de desenvolvimento econômico, operando por meio de órgãos técnicos, ou em junção com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Esse Serviço era financiado pelos Estados Unidos e apresentava programas que privilegiavam a assistência médica integral, educação sanitária, assistência técnica em saúde e saneamento, divulgação de tecnologia, realização de pesquisas e formação de pessoal técnico especializado (SILVA, 1996).

Com a promulgação da Constituição de 1946, a assistência sanitária foi agrupada à Previdência Social, e a responsabilidade com a assistência médica foi definida em 1953, com a publicação do Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão.

Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) uniformizou os direitos dos segurados de diferentes institutos, motivo que agravou os problemas financeiros da Previdência no período (CUNHA; CUNHA, 2001).

A LOPS foi um marco para derrotar o modelo contencionista anterior, ampliando os benefícios e serviços, pois além da assistência médica e dos benefícios pecuniários, a legislação se referia à habitação, empréstimos e alimentação (CUNHA; CUNHA, 2001).

A expansão da Previdência Social aos trabalhadores rurais, a partir do Estatuto do Trabalhador Rural, não foi seguida das novas bases financeiras concretas para sua efetivação. A contribuição dos segurados foi gradativamente elevada, e ao Estado cabia apenas os gastos com a administração e pessoal (CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, quando ocorreu o desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação. Em 1956 foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste (KAMIMURA, 2004; POLIGNANO, 2006).

Em 1964 com a racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, aconteceu a fusão dos IAPs, que passou a chamar-se Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em 1966, com a perda de representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema, essa fusão enfrentava resistência dos grupos privilegiados pelo antigo sistema corporativo, embora o governo afirmasse que a centralização de recursos seria a alternativa para o cumprimento do direito de assistência à saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1974 o sistema previdenciário foi retirado do Ministério do Trabalho, pois foi criado um ministério próprio para tratar do assunto: o Ministério da Previdência e Assistência Social. Em conjunto com esse Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) (POLIGNANO, 2006).

No mesmo período foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, que separou as ações de saúde coletiva e atenção médica, destinando as ações ao setor estatal e a atenção médica ao setor privado, via Previdência Social. O plano institucionalizou o modelo médico assistencial privatista e definiu as competências para as instituições públicas e privadas (CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1974 aconteceram mudanças estruturais, a separação da área de trabalho da área da Previdência, e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. Implantou-se o Plano de Pronto Ação, que consentia os atendimentos de urgência e emergência aos não-previdenciários, e o Fundo de Apoio Desenvolvimento Social. Iniciaram-se as modalidades supletivas de prestação de serviços, como o convênio-empresa e a Medicina de Grupo (KAMIMURA, 2004).

Em 1976 iniciou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), configurando-se como o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, consentindo a entrada de técnicos provenientes do movimento sanitário no interior do aparelho de Estado (CUNHA; CUNHA, 2001).

O Movimento Sanitário surgiu no interior das escolas de medicina, nos anos 1970, constituído a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos em busca de alteração do modelo de assistência médica previdenciária, trazendo questões como a regionalização de serviços, hierarquização do atendimento, racionalização de recursos, delegação de funções, dentre outras (KAMIMURA, 2004).

Houve um crescimento contínuo dos gastos com assistência médica, e em 1976 esse crescimento foi superior a 30% dos gastos totais do INPS, além do descaso com ações coletivas, prevenção a redução da verba destinada à saúde. O

orçamento do Ministério da Saúde representava menos de 1,0% dos recursos financeiros da União (POLIGNANO, 2006)

Do ano de 1977 a 1978 foram criados o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), destinado às atividades finalísticas, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), voltado à coordenação das atividades médicas. Foram criados, também, institutos e órgãos, como a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME) (KAMIMURA, 2004).

No ano de 1977, uma reforma administrativa instituiu o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS), que abrangia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social.

O governo federal, por meio do INPS, criou linhas de crédito para a iniciativa privada com a finalidade de construir hospitais particulares, objetivando ampliar o número de leitos hospitalares, indicando a intenção de atender a todos os trabalhadores inscritos na previdência social. Também divulgou a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais, que passaram a ter direito à assistência médica e aposentadoria (SARRETA, 2009).

É certo que a concepção de saúde no Brasil, ao longo dos tempos, privilegiou uma minoria com seus serviços de assistência médica. Eles foram desenvolvidos pelas entidades filantrópicas ou ainda por meio de subsídios do sistema previdenciário aos que estavam formalmente vinculados ao mercado de trabalho e aos serviços privados comprados para esse fim, favorecendo a comercialização da saúde (SARRETA, 2009, p.152).

Dentro da estrutura do INPS, esse sistema tornou-se cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, e no ano de 1978 criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que tinha uma estrutura própria administrativa (POLIGNANO, 2006).

Em 1979 iniciou-se o “último governo militar, o movimento sanitário apresentava-se organizado e, ainda que inicialmente marginal, era reconhecido como um dos interlocutores presentes na arena política setorial” (KAMIMURA, 2004, p. 26).

Nesse mesmo ano, também foram criados o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

(ABRASCO), que participam do processo de sistematização das propostas de mudança do modelo de saúde em vigor. Ocorrem os primeiros encontros de secretários municipais de saúde, iniciando um movimento simples, porém crescente: o movimento municipalista em saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

Na década de 1980 teve início o processo de redemocratização do país, marcado pela tentativa de conquista dos direitos de cidadania. Foram institucionalizados diversos canais de participação da população, favorecendo sua colaboração na formulação e implementação de políticas sociais (SILVA, 1996).

Com embasamento no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), e respaldo político na VII Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1980 foi apresentada a primeira versão do projeto Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), custeado pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

O principal objetivo era a universalização dos cuidados primários de saúde no território nacional, por meio de uma articulação interinstitucional que envolveria as entidades públicas e determinados setores privados que atendessem alguns critérios (MENDES, 1987).

Dada a necessidade de contenção de despesas, especialmente da assistência médica, foi criado em 1981 o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha uma proposta de inspiração racionalizadora, visando cortar custos.

O CONASP teve sua maior expressão no documento Reorganização da Assistência Médica no Âmbito da Previdência Social, formulado em 1982, que trouxe novamente a proposta antes apresentada pelo PREV-SAÚDE, de hierarquização, regionalização, descentralização e integração de serviços, dentre outras.

Esse Conselho propôs mudanças na sistemática de pagamentos, introduziu novos mecanismos de auditoria técnica e plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais (CUNHA; CUNHA, 2001).

Em 1983 foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial do Ministério da Previdência, Saúde e Educação, que objetivava um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, buscando associar ações curativas-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passava

a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (POLIGNANO, 2006).

O CONASP concretizou-se com as Ações Integradas de Saúde (AIS), que Cunha e Cunha (2001) dividem em dois momentos: um anterior e outro posterior à Nova República. Essas ações passaram a ser uma estratégia setorial para a reforma política da saúde. No ano de 1984 foram destinados 4% do orçamento do INAMPS para as AIS, passando para 12% em 1986. Em 1988, as AISs compreendiam os 26 estados e 2.500 dos pouco mais de 4.000 municípios então existentes.

Um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu em Brasília-DF em 1986, com a presença de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde (CUNHA; CUNHA, 2001).

No documento da VIII CNS (1986, p.12) definiu-se saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.

A VIII CNS implicou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), uma combinação entre o INAMPS e os governos estaduais. A principal contribuição da VIII CNS foi formar as bases para a seção Da Saúde, da Constituição brasileira de 1988. Incontestavelmente, a Constituição é um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Para atingir esse objetivo foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi implantado de forma gradativa. Iniciou com a implantação do SUDS, em seguida pela incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, em 1990, e, por fim, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Com a promulgação da Constituição federal as políticas públicas de saúde passaram a vigorar, seguindo os princípios de universalidade e equidade na promoção dos serviços e pelas ações de descentralização da gestão, da integralidade do atendimento e participação da comunidade na organização de um sistema único de saúde no país (CUNHA; CUNHA, 2001).

Para melhor visualização dos principais aspectos históricos das políticas públicas de saúde no Brasil apresenta-se no Quadro 1.

Período 1923/30: nascimento da Previdência Social no Brasil			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento da legislação trabalhista • Lei Eloy Chaves (1923) 	<ul style="list-style-type: none"> • CAPs organizadas por empresas, de natureza civil e privada, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência médica como atribuição das CAPs através de serviços próprios 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo Campanhista • Departamento Nacional de Saúde Pública • Reforma Carlos Chagas
Período 1930/45: propostas de contenção de gastos e surgimento das ações de saúde pública			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Ministério do Trabalho • CLT 	<ul style="list-style-type: none"> • IAPs organizados por categorias profissionais, com dependência do governo federal 	<ul style="list-style-type: none"> • Corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Auge do Sanitarismo Campanhista • Serviço Nacional de Febre Amarela • Serviço de Malária do Nordeste • SESP (1942)
Período 1945/66: crise do regime de capitalização e nascimento do sanitário desenvolvimentista			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Constituição de 1946 • LOPS (1960) • Estatuto do Trabalhador Rural • Golpe de 1964 • INPS (1966) 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas • Incorporação da assistência sanitária à Previdência • Uniformização dos direitos dos segurados 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento dos serviços próprios da Previdência • Aumento de gastos com a assistência médica • Convivência com os serviços privados, em expansão no período 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanitarismo desenvolvimentista • Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU (1956)
Período 1966-73: acirramento da crise e privatização da assistência médica			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • AI-5 • Emenda Constitucional nº1 	<ul style="list-style-type: none"> • Modernização autoritária; • Ampliação de cobertura previdenciária • Ampliação do complexo Previdenciária 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de gastos saúde no âmbito da previdência • Extensão de cobertura • Modelo de compra de serviços • Convênios com medicina de grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersa em vários ministérios e em órgãos da administração direta e indireta
O período 74-79: crise, reforma e consolidação da rede privada em saúde			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • II PND • MPAS • FAZ 	<ul style="list-style-type: none"> • SINPAS • Disciplina concessão de benefícios, prestação de serviços e administração da previdência 	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada • Criação do INAMPS • Separação das ações de saúde pública e assistência 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados primários em saúde • PIASS • CEBES • ABRASCO

(Continua)

(Continuação)

Década de 80: eclosão da crise estrutural e consolidação das propostas reformadoras			
Marco legal e político	Previdência	Assistência à Saúde	Saúde Coletiva
<ul style="list-style-type: none"> • Redemocratização • Nova República • Constituição de 1988 • Lei Orgânica da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Prev-Saúde • CONASP • Seguridade Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento da medicina supletiva • Universalização • AIS / • VII CNS • SUDS • SUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do SUS formalização do conceito de Saúde

Quadro 1 - Fases das políticas públicas de saúde no Brasil nas décadas de 1920 a 1980
Fonte: Cunha e Cunha (2001).

Várias pesquisas acadêmicas sobre política de saúde foram publicadas. Paim e Texeira (2006) fizeram um levantamento dividindo-as em seis fases.

1ª fase (1974 a 1979): estudava-se principalmente determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação de sistemas de saúde e formulação de alternativas.

2ª fase (1980-1986): envolvia a disseminação de propostas de reforma e aglutinação sociopolítica.

3ª fase (1987-1990): caracterizava-se pelo ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes do projeto de reforma.

4ª fase (1991-1998): buscava a definição do papel de cada esfera de governo e a elaboração de instrumentos para esse relacionamento.

5ª fase (1999-2000): voltava-se para a regulamentação do financiamento e para a organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

6ª fase: busca de estabilidade do financiamento, esforço para o cumprimento da emenda Constituição 29, e o desenvolvimento da atenção básica com a expansão do PSF.

2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde é considerado uma das maiores conquistas sociais. Segundo a CF 88, no seu artigo 196:

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

Ainda conforme a CF 88, no artigo 198: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Isso porque todo território nacional adota a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, com a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

O SUS não é um serviço ou uma instituição, é um sistema que expressa um conjunto de unidades, de serviços e ações que se integram para uma mesma finalidade: promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

De acordo com Paim (2015), a promoção a saúde trata de fomentar, cultivar, por intermédio de medidas gerais e específicas, a saúde e a qualidade de vida das pessoas e comunidade. São ações relacionadas à educação, atividades físicas, lazer, paz, alimentação, cultura, entretenimento e ambiente saudável.

Quanto à proteção à saúde, trata-se de reduzir ou eliminar riscos com medidas específicas, como, por exemplo, vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cinto de segurança, distribuição de camisinha para evitar doenças sexualmente transmissíveis, como também controle de qualidade de água, alimentos, medicamentos e tecnologias.

Já a recuperação da saúde envolve o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano, evitando complicações ou sequelas. As principais medidas são atenção à saúde e assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar (PAIM, 2015).

Conforme detalhado no início desta seção, o SUS passou por diversas legislações até a sua consolidação na CF 88. Sua regulamentação ocorreu com a aprovação da Lei 8.080 no ano de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde, definindo-o como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar.

A Lei 8.080/90, no seu artigo 5º, dispõe os objetivos do Sistema Único de Saúde:

- I - A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - A formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os estudos dos condicionantes e determinantes da saúde são essenciais, tais como: trabalho, salário, comida, casa, meio ambiente, saneamento, educação, lazer e acesso aos bens e serviços.

A política de saúde deve promover, nos campos econômico e social, de acordo com a Lei 8.080, artigo 2º, § 1º “a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS deve se dedicar à assistência às pessoas com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (CARVALHO, 2013). Segundo Sousa e Batista (2012), a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar, por contrato de direito público. Dessa forma, os serviços filantrópicos e privados funcionam como públicos.

Todas as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde devem ser entendidos segundo seus princípios e diretrizes demonstrados na Figura 1.

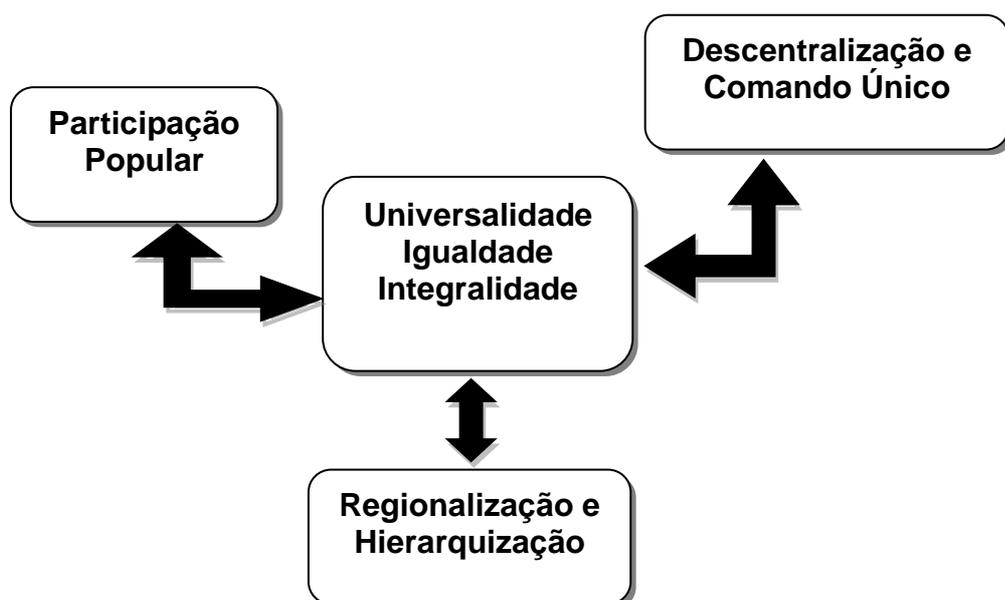


Figura 1 - Princípios doutrinários e organizativos do SUS
Fonte: Sousa e Batista (2012).

A Lei 8.080/90 determina as ações e serviços públicos de saúde. Os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX – Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990. Art. 7º).

A universalidade, é um princípio finalístico, é um processo de expansão de cobertura dos serviços para se tornarem acessíveis a toda população, de forma paulatina. O essencial é extinguir barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que estão entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011).

A barreira jurídica foi eliminada com a CF de 88, quando universalizou o direito à saúde. Conforme o histórico, antes do SUS o usuário do sistema público deveria ser trabalhador, que contribuía para a Previdência Social, ou indigente. Para o pleno exercício do direito à saúde é necessária eliminação das barreiras econômica, social e cultural que ainda se encontram entre os usuários e o sistema de serviços da saúde (TEIXEIRA, 2011).

Do ponto de vista econômico é necessário um grande esforço para a garantia do financiamento do sistema, como também o gerenciamento dos recursos financeiros de modo que sejam utilizados de maneira eficiente na expansão e qualificação dos serviços públicos de saúde em todo o país.

Os recursos devem contemplar, também, a ampliação da infraestrutura do sistema, a construção e reforma de unidades de saúde, compra de equipamentos e insumos, contratação e pagamento de pessoal qualificado para trabalhar na

produção de ações e serviços de saúde de diferentes naturezas e graus de complexidade (TEIXEIRA, 2011).

Do ponto de vista sociocultural, a principal barreira é a comunicação. Boa parte da população não tem condições educacional e cultural que facilitem o diálogo com os profissionais de saúde, o que se reflete na dificuldade de entendimento e de aprendizado de como proceder no processo de prevenção de riscos e de recuperação da saúde. A receita médica, por exemplo, pode ser um texto ininteligível para grande parte da população que não sabe ler (TEIXEIRA, 2011).

O segundo princípio é o da integralidade, que pode ser vista sob dois prismas. O primeiro é a integralidade vertical, em que o ser humano deve ser visualizado como um todo, indivisível, e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos. O segundo prisma é o da integralidade horizontal, em que a ação deve compreender seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde. Entender o indivíduo como um todo e atuar nesse todo, integralmente (CARVALHO, 2013).

Todos têm o direito de buscar e defender a sua integridade física e moral, esse é o terceiro princípio, protegido pela Lei 8.080/90. O quarto princípio trata da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Não deve haver distinção entre pessoas, deve-se evitar privilégios, tráfico de influência, seja de políticos ou até mesmo de profissionais da área da saúde.

Todas as pessoas assistidas pelo SUS têm o direito a todas as informações sobre sua situação de saúde-doença. Todas as informações de pacientes, tais como, exames, prontuários, medicação, entre outros, são de propriedade e direito do paciente. O segredo médico é consequente do direito primeiro do paciente. Portanto, a população tem direito a “informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e de sua utilização pelo usuário” (CARVALHO, 2013, p.15).

O sétimo princípio, citado na Lei 8.080/90, é o da epidemiologia que tem como objetivo:

(...) conhecer aquilo que ocorre com a população: as condições ambientais em que vive a população, as condições gerais de saúde, a oferta de ações e serviços de saúde. O objetivo mais importante da epidemiologia é o estudo da morte e de doenças que ocorrem em determinada população, em determinado lugar. A epidemiologia define o perfil demográfico e o perfil de morbimortalidade em relação às doenças agudas e crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer etc.); os agravos dos acidentes de trabalho, de trânsito, de tóxicos, dos homicídios; as doenças evitáveis; as doenças tratáveis precocemente (CARVALHO, 2013, p.15).

A participação da comunidade pode ocorrer por meio de conferências, conselhos, instâncias de pactuação, como as comissões intergestoras tripartite e bipartite (PAIM, 2015). É garantia constitucional que a população possa interagir de forma participativa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução em todos os níveis de governo.

O princípio da descentralização refere-se à transferência do poder de decisão referente à política de saúde entre os três níveis do governo: federal, estadual e municipal. Essa transferência tem relação com recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (TEIXEIRA, 2011).

Outro documento legal que auxiliou na regulamentação do SUS foi a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, trata as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Assim, o acompanhamento dos processos de financiamento das políticas de saúde e a avaliação de seu impacto na sociedade deve ser contínua, para isso é essencial conhecer de que forma o Brasil divide as responsabilidades com a saúde entre suas esferas governamentais.

Outro princípio citado na CF/88, e destacado na próxima seção, é a regionalização, que “deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores” (BRASIL, 2006, p. 6).

2.1.2 Regionalização da saúde

A regionalização da saúde orienta a organização do SUS. É a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Considera-se que em toda população há um percentual de pessoas que têm problemas leves de saúde, outro percentual menor é o dos portadores de agravos que exigem atenção tecnologicamente mais simples e disponíveis em serviços de saúde de caráter ambulatorial geral, ou de hospital geral.

Há, também, um outro grupo populacional menor do que o anterior, porém com agravos de natureza mais complexa, que exige ações e procedimentos de maior complexidade para diagnóstico e terapêutica, como os serviços especializados, e assim por diante (KAMIMURA, 2004).

É preciso organizar os serviços de saúde por região para que a população acesse a todos os tipos de atendimento. Para Kamimura (2004, p. 58) “a oferta de todos os serviços e tecnologias a cada bairro ou município fica inviável pelo alto custo e pela ociosidade, desperdício e prejuízo”. Por isso, quando atendido pelo sistema de saúde, o cidadão será conduzido para um serviço de saúde de referência daquela região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Regionalização visa propiciar vínculos participativos e construtivos mais efetivos e duradouros entre uma determinada clientela e uma determinada rede específica de serviços, configurando, assim, subsistemas de atendimento integral específicos para determinadas parcelas de população bem caracterizadas, segundo critérios determinados, confiáveis e de fácil constatação para cada cidadão. Para tanto, o critério usual é o territorial e de moradia dos cidadãos (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013, p.283).

O Pacto da Saúde foi implantado em 2006, dividido em três dimensões: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Esse pacto viabiliza a concretização de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a melhoria de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Um processo de regionalização qualificado requer governos locais valorizados que levem estados e municípios a assumirem, efetivamente, seus papéis na definição e execução das ações em seus respectivos territórios. A proximidade, a identidade e a capacidade do governo das municipalidades, operando em cooperação com os governos estadual e federal, são condições necessárias à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma região de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O fortalecimento da descentralização exige ênfase na importância dos espaços locais e uma adequada definição das competências das três

esferas de governo, contexto em que estados e municípios assumem relevância estratégica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Objetivos da regionalização conforme o Ministério da Saúde (2007):

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locais regionais se expressem nas regiões (e não fora delas); e
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 20).

Cada nível de atenção da saúde é atribuído a um nível de regionalização, assim, a atenção básica cabe ao município. A atenção secundária é oferecida em hospitais e ambulatórios que dão assistência às especialidades básicas, serviços de urgência e emergência.

Essas áreas da saúde são responsáveis pela oferta de serviços organizados no âmbito de estado. Já a atenção terciária agrega os serviços especializados, oferecidos em hospitais mais complexos, normalmente sediados em municípios-polo das regiões ampliadas de saúde ou macrorregiões, que normalmente conglomeram os procedimentos de maior custo, com alta tecnologia e recursos humanos especializados (LOPES, 2017).

O processo de regionalização não se limita exclusivamente aos seus limites administrativos. É mais complexo frente às diferenças na concentração geográfica, populacional, política, institucional e sanitária (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

2.2 Federalismo e financiamento da saúde

O federalismo organiza a divisão de poder que há entre os diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal. O mesmo acontece com o federalismo fiscal, que envolve a distribuição da competência no que diz respeito às receitas e

despesas, instrumentos da política fiscal (MARQUES JR; OLIVEIRA; LAGEMANN, 2007).

O federalismo fiscal e as políticas públicas de saúde estão interligados. Para melhor entendimento define-se federalismo como:

Sistema político baseado na distribuição territorial de poder e autoridade entre instâncias de governo, constitucionalmente definida e assegurada, de tal forma que os governos nacional e sub nacionais sejam independentes na sua esfera própria de ação. Ao governo nacional compete gerir os assuntos de interesse geral da Federação e aos governos subnacionais compete decidir e gerir sobre os assuntos locais. O federalismo constitui um compromisso peculiar entre difusão e concentração do poder político, em virtude de algum modelo de nação e de graus socialmente desejados de integração política e de equidade social (LUCCHESI, 2004, p.6)

O federalismo fiscal responde a alguns questionamentos, como: quem arrecada o tributo? Como ocorre a distribuição dos recursos arrecadados? Quem é responsável pela oferta de determinado serviço público? Como são financiados os programas e projetos públicos? Os gastos em saúde, por exemplo, são de responsabilidade de qual esfera do governo? (MARQUES JR; OLIVEIRA; LAGEMANN, 2007).

Para proporcionar condições ao exercício do direito à saúde, conforme artigo 196 da Constituição federal de 1988, o financiamento deve ser feito por toda a sociedade, direta ou indiretamente, pelas receitas públicas originadas de tributos da União, do Distrito Federal, estados e municípios.

As políticas públicas na saúde dependem do financiamento das três esferas de governo: União, estados e municípios, com execução financeira e orçamentária descentralizada. A partir da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, que resultou na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a contribuição dos recursos pelos estados e municípios passou a depender da sua capacidade fiscal, enquanto a União tem sua despesa vinculada ao crescimento do PIB.

Para cumprimento das políticas públicas e garantir a execução dos serviços públicos, o ente federado necessita de um orçamento autorizado pelo legislativo para que o Executivo disponibilize recursos financeiros durante um determinado período. O Orçamento Geral da União é formalizado pela Lei Orçamentária Anual (LOA), e é composto pelo Orçamento Fiscal (OF); Orçamento da Seguridade Social (OSS); e pelo Orçamento de Investimento das empresas federais dependentes (OI).

Deve-se observar princípios e normas previstos na CF/88, na Lei 4.320/1964, que institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, nas Leis de Responsabilidade Fiscal (LRF, LC 101/2000), do Plano Plurianual (PPA) e Diretrizes Orçamentárias (LDO) (PORTELLA; JESUS, 2018).

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

- a. Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;
- b. Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
- c. Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- d. Financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos;
- e. O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;
- f. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.24).

As ações de saúde estão contidas no orçamento da seguridade social, que engloba ainda recursos voltados às ações de Previdência Social e Assistência Social (PORTELLA; JESUS, 2018).

As despesas provisionadas no orçamento da União são divididas por funções, que representam as diversas áreas de atuação do poder público, tais como saúde, educação e segurança, dentre outras.

Assim, a função saúde subdivide-se em subfunções: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição (PORTELLA; JESUS, 2018).

Os recursos para financiamento da Seguridade Social têm como fonte a arrecadação das contribuições sociais, previstas na CF/88, art. 195, além da receita de outros tributos e transferências destinadas ao SUS, previstos na CF/88, arts. 155 a 159. No caso dos Estados e do DF, estas receitas decorrem da arrecadação do Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITD), do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), excluída a cota-parte de 25% dos Municípios, do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), excluída a cota-parte de 50% dos Municípios, do Imposto de Renda que venham a reter na fonte (IRRF), da cota-parte do Fundo de Participação do Estado (FPE) e da cota-parte do

Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI-Exportação). Já os municípios e o DF são destinatários da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis por ato Intervivos (ITIV), do Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), do Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), da cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), da cota-parte de 50%, ou 100%, do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), de 50% da arrecadação do IPVA, de 25% da arrecadação do ICMS, e da Cota-Parte do IPI-Exportação 19% (PORTELLA; JESUS, 2018, p.842).

São diversas as fontes de financiamento voltadas a ações e serviços públicos de saúde, e cada ente federativo tem a sua parcela de contribuição e de responsabilidade. A União é responsável por concentrar, anualmente, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, de forma escalonada, em cinco anos conforme Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 (MAZON *et al.*, 2018).

A aplicação no primeiro exercício financeiro deve ser de 13,2% até alcançar 15% no quinto exercício. De acordo com a Emenda Constitucional 95/2016, a partir de 2018 esse valor passou a ser congelado por vinte anos, podendo ser corrigido apenas pela inflação do ano anterior. Essa medida limitará de forma rigorosa os recursos investidos na saúde (MAZON *et al.*, 2018).

O percentual anual aplicado em ações e serviços públicos de saúde por estados e municípios é, respectivamente, o mínimo de 12% e 15% da arrecadação tributar, de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012,

Com a Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, a tendência será a redução dos gastos com saúde, já que as unidades federativas que ainda não aplicavam o valor mínimo constitucional não poderão despende mais do que já gastavam no ano anterior à aprovação das novas regras (MAZON *et al.*, 2018).

O modelo de federalismo fiscal vigente no Brasil e o padrão preponderante das transferências SUS reforçam-se mutuamente e apontam para uma tendência à redistribuição de recursos tributários no Brasil que não favorece uma maior igualdade no gasto público em saúde pelos desequilíbrios orçamentários gerados às unidades subnacionais (LIMA, 2007, p. 521).

De acordo com os estudos de Mazon *et al.*, (2018), os municípios têm sido os principais investidores em saúde no Brasil. Em 2013, estados, municípios e o Distrito Federal contribuíram com 57,41% dos recursos aplicados em saúde, já em 2016 os municípios investiram um percentual médio de 23,8%, muito além dos exigidos 15%, de acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

As regras que norteiam as transferências de recursos federais para o financiamento da saúde pública são limitadas no que se refere à redução das desigualdades das receitas, pois, quase sempre, a repartição de recursos federais está relacionada ao perfil da capacidade instalada e ao histórico de gastos informados na base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme Mazon *et al.*, “escassos recursos e elevada sobrecarga dos municípios com o financiamento da saúde sinalizam a preocupação com o adequado planejamento e o controle na execução do gasto público” (2018, p. 39).

Assim, aumentam as perspectivas das esferas federativas no que tange ao financiamento federal da política de saúde: para a União, pela possibilidade de condução dos rumos da política nacional, com incentivo financeiro e conformação de parâmetros nacionais; dos estados e municípios, de novos recursos da saúde que ajudem a superar as dificuldades de financiamento e que permitam maior autonomia de gestão (LIMA, 2007).

2.3 Gestão pública da saúde e eficiência dos gastos públicos

Constitucionalmente, o Brasil tem um sistema de saúde de acesso universal e direito fundamental, ou seja, tem a obrigação de assegurar saúde a todos os seus cidadãos. Essa presunção tem um significado bem mais amplo do que o simples acesso à assistência médica ambulatorial e hospitalar.

Para pôr em prática esse direito, faz-se necessário que o Estado concilie com os processos de execução atos administrativos propriamente ditos, e a garantia dos recursos financeiros. Efetivamente o direito à saúde transpõe obrigatoriamente uma melhor gestão pública.

Os gastos com saúde pública melhoram os resultados de saúde. Seu impacto é mediado pela qualidade da governança, tendo maior impacto nos resultados em países com melhor governança e menor impacto em países com governança deficiente (MAKUTA; O'HARE, 2015).

Isso fornece uma possível explicação para o impacto insignificante ou extremamente pequeno dos gastos públicos observados em alguns estudos: que a ineficiência dos gastos públicos pode, na verdade, ser resultado da má governança.

A governança é importante para garantir que a prestação efetiva dos serviços de saúde e o retorno dos investimentos em saúde sejam baixos quando as questões de governança não são abordadas (MAKUTA; O'HARE, 2015).

Malik e Motta (2007) destacam que:

Não se questiona a escassez de dinheiro para a saúde. No entanto, a solução de problemas da gestão pública em saúde no País deve ser vista além da busca de novos recursos: os recursos já existentes precisam ser mais bem aproveitados. Nesse sentido, valem os esforços para melhorar a gestão do setor e não somente cumprir os ditames da lei. Nenhuma solução estrutural será bem-sucedida sem recursos e capacidade de gestão (MALIK e MOTTA, 2007, p.12).

A concretização do direito à saúde atravessa obrigatoriamente com o avanço das condições administrativa”, da gestão pública. Malik e Motta (2007), no artigo Gestão Pública em Saúde, consideram dez temas que aparentemente preocupam ou deveriam preocupar os gestores públicos brasileiros, que são:

- desenho organizacional e configuração jurídica;
- otimização de recursos ou aumento da eficiência administrativa;
- planejamento estratégico;
- redistribuição de atribuições e papéis de estados e municípios;
- descentralização;
- modernização;
- qualidade;
- logística;
- gestão financeira e orçamento; e
- recursos humanos.

Destaca-se o tema gestão financeira e orçamento desde a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC29), em setembro de 2000, que definiu para cada esfera de governo a aplicação de uma soma de recursos específicos em saúde, definindo percentuais mínimos de gastos anuais por esfera de governo.

Conforme Malik e Motta (2017, p.13):

Não necessariamente estas determinações são cumpridas, entre outros motivos porque ainda há controvérsias quanto aos conceitos de "ações e serviços de saúde". Por outro lado, a elaboração de orçamentos na área da saúde, não apenas no setor público, ainda costuma ser desvinculada das atividades a serem desenvolvidas, enfatizando mais os itens formais que o relacionamento entre o recurso e o seu destino.

A capacidade de uma boa gerência pode ser uma solução, porém não é garantia de sucesso total. Existem pontos técnicos, e ponderar o aspecto político é essencial. Ter um planejamento a seguir, reconhecer ou determinar diretrizes para uma saúde digna faz toda a diferença.

Os gastos públicos são ferramentas que auxiliam no desempenho dos governos, a partir dele a Administração Pública define o que é prioridade, em quais serviços se deve investir. Eles são, portanto, a ratificação das políticas de gestão realizadas pelos governos. O Relatório Mundial de saúde diz que “a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável” (OMS, 2011, p.11).

Nota-se como um desafio, para as esferas públicas, demonstrarem os impactos que os investimentos públicos podem afetar na melhoria da qualidade de vida da sociedade, ou seja, evidenciar a implicação dos números de maneira que a população visualize os impactos dos investimentos públicos por meio de indicadores: reconhecer o real impacto de cada valor investido.

Para Rezende, Slomski e Corrar (2005), o alcance disso demonstraria a efetividade da gestão pública e criaria mecanismos de transparência para a gestão dos órgãos governamentais, um processo de avaliação do desempenho e retorno social dos recursos públicos.

O Relatório Mundial de saúde diz que:

Numa estimativa conservadora, cerca de 20-40% dos recursos gastos em saúde são desperdiçados, recursos que poderiam ser redirecionados para atingir a cobertura universal. Todos os países, independentemente do seu nível de rendimento, podem tomar medidas para reduzir a ineficiência, algo que requer uma avaliação inicial da natureza e causas das ineficiências locais. A ineficiência pode por vezes ter como origem gastos em saúde insuficientes, e não excessivos (OMS, 2011, p.20).

Para demonstrar eficiência no gasto público é necessário avaliá-lo a partir de seus resultados, assim, acompanhando, é possível ter um parâmetro para cobrar a melhoria da qualidade. O relatório também destaca que os decisores políticos em saúde podem dar passos importantes para reduzir o desperdício a partir de medidas que incluam regulação e legislação (OMS, 2011).

Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) afirmam que se evidencia um progresso considerável em alguns aspectos das condições de saúde, como, por exemplo, a implementação do sistema nacional de saúde elaborado com

participação social, e os avanços em relação aos determinantes sociais. Ainda há obstáculos, principalmente na administração de um sistema complexo e descentralizado, para que os recursos destinados a saúde sejam utilizados de maneira mais eficiente.

Os autores também destacam a análise de investimentos elaborado pelo Ministério da Saúde, que conclui que o fraco desempenho é um empecilho para o desenvolvimento econômico e social, uma vez que reduz a renda do indivíduo, a empregabilidade, a capacidade de aprendizado da população e a expectativa de vida.

2.4 Saúde e desenvolvimento

Atualmente a saúde é considerada uma das ferramentas substanciais, que desempenha um papel importante no processo de desenvolvimento. A saúde da população, como consequência do setor da saúde, é afetada por muitos fatores, como economia e condições sociais, insumos do setor e tipos de sistema de saúde (RAEESI *et al.* 2018).

A relação entre esses fatores e as consequências do setor de saúde é uma parte dos requisitos em qualquer país. De fato, um país terá um sistema de saúde mais efetivo se tiver melhores resultados do que países com nível semelhante de recursos de saúde (RAEESI *et al.* 2018).

Existe um elo entre saúde e desenvolvimento, que abrange diferentes interesses sociais, políticos e econômicos.

A relação entre saúde e desenvolvimento é complexa, caracterizada por um processo social e político que requer, para sua análise, uma aproximação ao campo da economia política, uma vez que estão envolvidos interesses diversos: sociais, econômicos, territoriais e políticos. Estes, em seu conjunto, geram conflitos distributivos, formas diversas de organização e pactuação entre atores, disputas pela priorização do orçamento público nos distintos níveis de governo e relações entre o Estado e o setor privado, para citar algumas dimensões da complexidade inerente a este sistema (GADELHA *et al.*, 2011, p. 3003).

Essa relação pode ser demonstrada quando cita-se a saúde como componente essencial na qualidade de vida da população, não apenas na ausência

de doenças, já que as ações em saúde remetem ao padrão nacional de desenvolvimento econômico e social (GADELHA *et al.*, 2011).

Isso porque a melhoria das condições de saúde da população não depende somente do êxito das políticas de saúde, mas da combinação virtuosa entre desenvolvimento econômico e social, isto é, da combinação entre economia de mercado, democracia e bem-estar coletivo.

A maneira como essas dimensões combinam, configuram diferentes tipos de associação entre política econômica e política social, podendo, por exemplo, constituir um par virtuoso entre saúde e desenvolvimento quando há simultaneamente o fomento das indústrias ligadas à área, com privilégio do segmento de Ciência e Tecnologia e uma regulação voltada para critérios sociais e includentes (VIANA; ELIAS, 2007).

Quando ocorre uma clara dissociação entre saúde e desenvolvimento, seja porque a política econômica não está voltada para o desenvolvimento e a inclusão social ou porque o sistema de saúde não integra o projeto de proteção social, isto é, a saúde é responsabilidade individual, o resultado é a existência de um par não virtuoso. Essas diferentes combinações podem indicar modelos de associação entre saúde e desenvolvimento constituindo vias virtuosas, não virtuosas e de transição (VIANA; ELIAS, 2007, p. 2123).

A saúde é uma fonte importante de geração de renda, emprego e inovação. Também é uma ponte para reduzir as desigualdades de acesso e conflito entre os usuários, promovedores e reguladores de saúde, além de ser indutora de pesquisa e desenvolvimento (GADELHA *et al.*, 2011).

A correlação entre saúde e desenvolvimento demonstra a existência de vários mecanismos pelos quais as melhorias nas condições de saúde desempenham forte influência no ritmo de crescimento econômico dos países, ao mesmo tempo em que é por ele influenciada.

Ao possibilitar o acesso a mais e melhores serviços, os gastos públicos com saúde agem decisivamente no sentido de melhorar a situação da população, além de contribuir para a redução da desigualdade de renda, isso por que indivíduos mais saudáveis apresentam maior capacidade de colaborar para o processo de geração de riquezas, especialmente em um contexto de rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas (VIANA; SILVA, 2017).

Assim, a expansão do SUS, dada a eficiência do gasto público, possibilita mais saúde, mais crescimento econômico e mais igualdade social. Saúde e

desenvolvimento estão interligados, já que um investimento eficiente na área de saúde pode auxiliar o desenvolvimento da região, não somente econômico, mas também social.

2.5 Conceitos de receitas e despesas públicas

Entende-se como receitas públicas, conforme Kohama (2003, p.82):

Todo e qualquer recolhimento feito aos cofres públicos, quer seja efetivado através de numerário ou outros bens representativos de valores – que o governo tem o direito de arrecadar em virtude de leis, contratos ou quaisquer outros títulos de que derivem direitos a favor do Estado –, quer seja oriundo de alguma finalidade específica, cuja arrecadação lhe pertença ou caso figure como depositário dos valores que não lhe pertencerem.

As receitas públicas são classificadas em orçamentária e extraorçamentária. A receita orçamentária divide-se em corrente e de capital. As receitas correntes abrangem as receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviço e outras receitas correntes.

Receitas de Capital são as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente (LEI 4.320/64, Art. 9º, § 2º).

De acordo com art. 35 da Lei 4.320/1964, pertencem ao exercício financeiro as receitas nele arrecadadas e as despesas legalmente empenhadas. Andrade (2007, p. 68) define despesa pública “como toda saída de recursos ou todo pagamento efetuado, a qualquer título, pelos agentes pagadores para saldar gastos fixados na Lei do Orçamento ou em lei especial e destinados à execução dos serviços públicos”.

As despesas públicas, do mesmo modo que as receitas, classificam-se em orçamentárias e extraorçamentárias. A despesa orçamentária pode ser dividida em correntes e de capital (KOHAMA, 2003).

As despesas orçamentárias correntes referem-se a gastos operacionais realizados com finalidade de manutenção das atividades da Administração, como,

por exemplo, despesa com pessoal e encargos sociais, juros e encargos da dívida e outras despesas correntes (KOHAMA, 2003).

As despesas de capital colaboram para a constituição de um bem de capital ou representam acréscimos de valor a um bem que já existe, tais como investimentos, inversões financeiras ou amortização de dívidas. A despesa extra orçamentária envolve os pagamentos realizados pelo Estado que independem de autorização legislativa (KOHAMA, 2003).

De acordo com o que determina a Lei da Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, nos artigos 15 e 16, as despesas devem ser acompanhadas de estimativa de impacto orçamentário-financeiro e declaração do ordenador da despesa de que está de acordo com a especificação da Lei Orçamentária anual, sob pena de ser considerada ilegal, não autorizada, irregular e, portanto, lesiva ao patrimônio público.

2.6 Análise Envoltória de Dados (DEA)

A Análise Envoltória de Dados (DEA — *Data Envelopment Analysis*), conforme Rech "é uma forma matemática de medir as eficiências relativa de determinados setores" (RECH *et al*, 2014, p.4).

A DEA surgiu na tese de doutorado de Edward Rhodes, publicada em 1978. Cujo o objetivo dessa pesquisa foi o desenvolvimento de um método para comparar a eficiência de escolas públicas, considerando uma série de insumos ou recursos (*inputs* = entradas) utilizados e uma série de produtos (*outputs* = saídas) gerados por unidades: as Unidades Tomadoras de Decisões (DMUs).

Desse modo, a DEA é um método estatístico não paramétrico, que calcula a eficiência comparada das DMUs. A crescente aceitação do modelo se deve principalmente à sua objetividade. As variáveis empregadas para o cálculo da eficiência relativa das DMUs são divididas em *inputs* e *outputs*. Elas são ponderadas por pesos fixados livremente ou de forma restrita por programação linear, buscando a maximização da eficiência de cada DMU em relação ao conjunto (LOPES, 2017).

As DMUs analisadas em DEA, quando confrontadas entre si originam o conceito de eficiência. Cada DMU dispõe do próprio endereço, ou seja, cada uma registra informações de cada variável do modelo. Com isso, é possível identificar

cada DMU de forma única, mesmo que elas contenham informações iguais às das suas variáveis (RECH *et al.*, 2014).

Conforme Avkiran (2006), as Unidades Tomadoras de Decisões (DMU) equivalem à menor divisão de um sistema que possa ser analisado e que é responsável pela transformação de insumos em produtos.

Para Araújo Neto *et al.* (2014, p.5) “a otimização da eficiência poderá ser focada na redução dos insumos ou na maximização dos produtos”.

A combinação ótima dos insumos e métodos necessários (*inputs*) no processo produtivo de modo que gerem o máximo de produto (*output*) é o que se conceitua como eficiência. Isto significa que a eficiência é a capacidade de fazer certo as coisas, de minimizar a relação insumos – produtos. Visa assegurar a otimização da utilização dos recursos e, portanto, relaciona-se com os meios e não com os fins (PEÑA, 2008, p. 85).

A eficiência econômica é dividida em técnica e alocativa. A eficiência técnica é a capacidade de a instituição elevar ao máximo seu produto, já a eficiência alocativa é a capacidade da instituição em empregar os insumos em proporções ótimas, minimizando, desta forma, seus custos de produção (FARIA, JANNUZZI, SILVA, 2008).

Assim “um método produtivo é mais eficiente do ponto de vista econômico que outro, quando o primeiro consegue uma quantidade de produto igual ao do segundo com menor custo, ou quando com o mesmo custo se obtém um nível de produção maior” (PEÑA, 2008, p. 85).

A DEA se caracteriza por ser um enfoque não-paramétrico para a determinação de fronteiras de produção, isto é, não precisa de nenhuma suposição no que diz respeito à forma da função que define a fronteira de produção. Tal fronteira de produção ou tecnologia é definida como a máxima quantidade de *outputs* que pode ser obtida, tendo em vista os *inputs* utilizados num determinado processo de produção (FARIA, JANNUZZI, SILVA, 2008, p. 158).

De acordo com Peña (2008), a DEA possui dois modelos clássicos:

- Modelo proposto por Charnes, Cooper e Rhodes (1978): denominado CCR, iniciais dos autores, foi desenhado para uma análise com retornos constantes de escala (CRS – *Constant Returns to Scale*); e

- Modelo proposto por Banker, Charnes e Cooper (1984): conhecido como BCC, também as iniciais dos autores, para abranger retornos variáveis de escala (VRS – *Variable Returns to Scale*).

Peña (2008) complementa que cada um dos modelos clássicos apresentados “pode ser desenhado sob duas formas de maximizar a eficiência: 1. Reduzir o consumo de insumos, mantendo o nível de produção, ou seja, orientado ao insumo. 2. Aumentar a produção, dados os níveis de insumos, ou seja, orientado ao produto” (p.92).

2.7 Estudos empíricos: eficiência dos gastos públicos em saúde

A busca pela compreensão do comportamento do gasto público, especialmente da gestão pública local, que implica na gestão eficiente dos recursos públicos, tem inquietado inúmeros pesquisadores não apenas em relação às gestões que aplicam bem seus recursos, mas principalmente para identificar os condicionadores que induzem a bons indicadores de eficiência governamental (ARAÚJO, 2017).

Nesse contexto, apresenta-se um resumo com as principais informações referentes a estudos anteriores, nacionais, que utilizaram o método DEA, publicados no período de 2008 a 2018, evidenciando os autores e o ano da publicação, os objetivos e os principais resultados.

Os estudos foram propostos em busca do entendimento da eficiência dos gastos públicos em saúde. Faria, Jannuzzi e Silva (2008), analisam a eficiência dos gastos públicos nos municípios fluminenses no período 1999 e 2000.

O estudo destaca como boas práticas, no que se refere à eficiência das políticas públicas, os resultados que alcançaram com recursos ou condições de renda média os municípios de São Gonçalo, Japeri, Queimados, Cantagalo, São João de Meriti e Resende. A eficiência não está relacionada à disponibilidade maior ou menor de recursos. Segundo os autores, "é possível que um município gaste muito e, ao mesmo tempo, gaste mal os seus recursos, enquanto outro gasta pouco, porém, investe bem, usando-os com eficiência" (FARIA, JANNUZZI e SILVA, 2008, p. 169).

Ferreira e Pitta (2008) avaliaram a eficiência técnica na utilização dos recursos do SUS na produção ambulatorial dos municípios paulistas. Trata-se de uma análise exploratória da despesa per capita em saúde dos 645 municípios do estado de São Paulo, agrupados nas 24 Direções Regionais de Saúde, no período de 2000 a 2005. Os resultados que obtiveram é que apenas nove das 24 Direções Regionais de Saúde registraram gasto em saúde superior à média estadual para o período analisado.

Fonseca e Ferreira (2009) analisaram os níveis de eficiência em unidades institucionais homogêneas do setor de saúde, tomando como referência as microrregiões do estado de Minas Gerais. Os resultados demonstraram que o desempenho das microrregiões na otimização de recursos pode ser considerado bom, em razão de a maior parte delas se concentrar em escores superiores à média do estado. Preocupa, porém, o fato da alta diversidade intrarregional, uma vez que os altos desvios-padrão apontam para disparidades na gestão dos recursos da saúde.

Machado Junior, Irffi e Benegas (2011) avaliaram a eficiência técnica dos gastos municipais per capita em educação, saúde e assistência social dos municípios cearenses, referentes ao ano de 2005. O estudo conclui que há certa ineficiência técnica no tocante aos gastos públicos municipais do Ceará com saúde, educação e segurança.

Varela e Pacheco (2012) examinaram implicações da estrutura federativa brasileira na avaliação comparativa de desempenho dos gastos públicos no setor saúde; discutiram a responsabilização dos gestores públicos municipais; e avaliaram a eficiência técnica dos municípios da Região Metropolitana de São Paulo nas ações de atenção básica à saúde.

Os resultados apontaram grande dispersão dos dados dos municípios, tanto em termos de despesa quanto da quantidade de procedimentos realizados, incluindo a cobertura dos principais programas de atenção básica, o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Menos de 20% dos municípios foram considerados eficientes (VARELA; PACHECO, 2012).

A análise dos municípios estudados pelos autores, dentro de suas respectivas regiões, sugere a prevalência da competição sobre a cooperação. Tais informações podem contribuir para melhorar a integração dos serviços de saúde em redes de

atenção e para repensar os pactos estabelecidos entre os municípios de uma determinada região de saúde (VARELA; PACHECO, 2012).

Silva *et al.*, (2012) avaliaram a eficiência na alocação dos recursos destinados à educação, saúde e habitação, tomando como universo de análise um conjunto expressivo de municípios mineiros. Os resultados expõem as limitações na ação do poder local no estado de Minas Gerais no que se refere ao provimento dos serviços das áreas estudadas.

Pode-se concluir que os municípios dessas regiões, embora se encontrassem em pior situação socioeconômica, buscavam a superação desse problema. A maior parte dos municípios apresentou escores médio e baixo de eficiência em todas as áreas, mostrando a necessidade de melhoria na alocação dos recursos (SILVA *et al.*, 2012).

O estudo expôs o lapso de eficiência na alocação de recursos, indicando a necessidade de revisão das práticas de gestão nos municípios mineiros, no intuito de aperfeiçoar os métodos adotados para que haja melhor aproveitamento dos recursos e, com isso, propiciar à população o melhor provimento de suas necessidades essenciais e ação mais efetiva por parte do poder executivo (SILVA *et al.*, 2012, p. 96).

Torna-se, portanto, necessária uma revisão das práticas de gestão nos municípios mineiros, no intuito de aperfeiçoar os métodos adotados, para que haja melhor aproveitamento dos recursos, podendo propiciar à população o melhor provimento de suas necessidades essenciais e uma ação mais efetiva por parte do poder executivo (SILVA *et al.*, 2012, p.110).

Varela, Martins e Fávero (2012) analisaram os municípios do estado de São Paulo, objetivando construir uma metodologia de avaliação de desempenho dos municípios paulistas quanto à eficiência técnica na aplicação de recursos públicos nas ações de atenção básica à saúde, e analisar a influência das variáveis não controláveis no processo de produção em tal área. Os resultados da pesquisa indicaram que seria possível aumentar consideravelmente, na maioria dos municípios, a quantidade de serviços prestados à população sem a necessidade de novas dotações orçamentárias.

Souza *et al.*, (2013) analisaram a eficiência dos gastos públicos com assistência hospitalar nas capitais brasileiras nos anos de 2008 a 2010. Os autores abordam a relevância da destinação de recursos para os cidadãos. É necessário

que ela se realize de forma que possa promover o máximo de benefício social possível, pois a saúde é um elemento fundamental para a qualidade de vida dos indivíduos.

A avaliação da eficiência dos gastos públicos é importante por que mostra à sociedade se os recursos públicos alocados em políticas públicas estão sendo bem administrados, além da necessária transparência da gestão oferecida à população, corroborando com o que foi citado por Rezende, Slomski e Corrar (2005).

Queiroz *et al.*, (2013) avaliaram a alocação dos recursos destinados à saúde nos municípios do estado do Rio Grande do Norte. Para os autores, a saúde não era vista como uma atividade econômica, mas com o passar do tempo ela vem se destacando nesse sentido.

Nesse sentido, é um tema discutido tanto no âmbito acadêmico quanto nas distintas esferas de governo, nas organizações internacionais de financiamento e cooperação técnica, assim como nas organizações não-governamentais que se preocupam com a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Segundo os autores, a dotação financeira é condição necessária, porém não suficiente, para alcançar a eficiência nos indicadores da saúde pública municipal, corroborando com os autores Malik e Motta (2007) quando falam que “recursos já existentes precisam ser mais bem aproveitados” (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) buscaram avaliar a eficiência técnica na utilização dos recursos do SUS na 25ª Região de Saúde de Santa Catarina. Os resultados apontaram que a região investe percentuais de sua receita em saúde superiores às médias do estado de Santa Catarina, no entanto, não acompanha a mesma redução nos indicadores de mortalidade geral. Tal comportamento pode refletir a ineficiência técnica observada nos municípios estudados.

O desafio é, em última análise, a implementação de mecanismos mais apurados de acompanhamento, controle e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde locais.

Os autores concluíram que mais gastos efetuados por municípios com maior contingente populacional também podem ocorrer, porque neles estão localizados, normalmente, hospitais e serviços de média e alta complexidade (MAZON; MASCARENHAS; DALLABRIDA, 2015).

Dalchiavon e Melo (2016) avaliaram a eficiência técnica dos gastos públicos municipais em educação e cultura, saúde e saneamento, e trabalho do estado do Paraná em 2011. Os resultados mostraram que 14,8% dos municípios analisados foram eficientes na alocação dos recursos e na promoção do desenvolvimento econômico. Esses municípios se encontram na região norte do estado, e aqueles que tiveram as menores despesas per capita nas funções analisadas foram classificados como ineficientes.

Maia (2016) buscou identificar fatores que explicam a eficiência no gasto público em saúde em 34 municípios mineradores do estado de Minas Gerais. O autor justifica a escolha desses municípios, pois, arrecadam acima da média estadual, e, portanto, têm capacidade, ao menos financeira, de estabelecer a rede municipal de saúde de maneira satisfatória.

Os resultados encontrados por Maia (2016) demonstraram que os municípios mineradores de Minas Gerais têm relativa homogeneidade nos escores de eficiência em comparação aos estudos anteriores para outras regiões, em torno de 40%. Para o autor:

As teorias sobre o federalismo fiscal tratam da importância da divisão das responsabilidades econômicas e tributárias de cada ente, de modo a administrar de maneira eficiente os serviços públicos à população, com foco na ampliação de poderes fiscais para estados e municípios (MAIA, 2016, p. 32).

Quanto ao Federalismo Fiscal Brasileiro, de acordo com Lima (2007, p. 521), “não favorece uma maior igualdade no gasto público em saúde pelos desequilíbrios orçamentários gerados às unidades subnacionais”.

Em outro estudo, Soares *et al.*, (2017) examinam a influência que os municípios catarinenses exerceram sobre outros municípios nas decisões de gasto com saúde no ano de 2010.

A pesquisa mostra que municípios centrais apresentam maiores custos na sua função hospitalar. Há também evidências de que quando se considera a centralidade, os municípios menores são, muitas vezes, dependentes dos maiores.

Flach, Mattos e Mendes (2017) analisaram a eficiência dos gastos públicos com saúde no estado do Espírito Santo. Os resultados demonstraram que o município mais eficiente foi também o que apresentou menos gastos do que a média estadual, enquanto o que apresentou menos eficiência apresentou mais gastos per

capita. Conclui-se, dessa forma, que as variáveis gasto e eficiência não necessariamente têm relação direta, ou seja, mais gastos não garantem melhor saúde e eficiência nos municípios do Espírito Santo.

Outro autor que também estudou o estado de Minas Gerais foi Lopes (2017), que analisou a eficiência da execução dos gastos públicos na função saúde em relação aos indicadores de mortalidade infantil e de mortalidade materna no período de 2010 a 2014. Os resultados apontaram ineficiência da maioria dos municípios pesquisados.

A pesquisa de Teles, Coelho e Ferreira (2017) analisa os gastos públicos com o Sistema Único de Saúde em municípios, regiões e macrorregiões da Bahia, no período de 2009 a 2012. Os resultados mostram que os gastos se concentraram nas macrorregiões de maior capacidade instalada, mas os aportes mostraram-se insuficientes. Metade das regiões de saúde não atingiu a média de gasto per capita do estado.

No âmbito nacional cita-se o trabalho de Andrett *et al.*, (2018), que verificaram a eficiência dos gastos públicos estaduais com saúde no Brasil. Foram analisados, no período de 2005 a 2014, os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal.

Os resultados revelam que dentre as 27 unidades federativas, apenas o estado do Maranhão se mostrou eficiente em todo o período analisado. Nove estados se mostraram eficientes em pelo menos um ano.

Os autores Andrett *et al.*, (2018) concluíram que os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, apesar dos esforços financeiros com a saúde, tiveram um desempenho inferior ao esperado com vacinação, atenção básica, internações, atendimento ambulatorial e número de estabelecimentos de saúde. O estudo aponta que políticas públicas em saúde devem ser feitas de forma contínua em busca de melhor eficiência do setor.

A técnica *Data Envelopment Analysis* (DEA) é uma das metodologias para quantificar a eficiência do gasto público. Trata-se de uma técnica não paramétrica, baseada em programação linear.

Conforme Ozcan (2008), os modelos DEA são vastamente empregados em pesquisas de saúde, porque os gestores não devem se restringir às análises superficiais, necessitando identificar o desempenho e buscar otimizar sua atuação. Nesses modelos há uma forte presença da pesquisa em financiamento e avaliação da saúde. Tais argumentos conduziram este estudo a adotar a técnica DEA.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Este estudo realizou-se a partir da pesquisa documental referente à eficiência dos gastos públicos com saúde, e quanto aos objetivos a pesquisa é descritiva. Conforme Andrade (2007, p. 114), “os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador”.

A pesquisa é também quantitativa, pois, conforme Richardson:

Caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão etc (RICHARDSON, 1999, p.70).

Os objetivos do setor público são diversos, diferentes do setor privado que tem como principal objetivo a maximização dos lucros. Os governos, com seus serviços, programas e políticas devem ser avaliados por parâmetros ou indicadores que mensurem sua eficiência e eficácia (ARAUJO NETO *et al.*, 2014).

Assim, utilizou-se a Análise Envoltória de Dados (*Data Envelopment Analysis* - DEA). Silva *et al.*, (2012) justificam a indicação da DEA como metodologia apropriada para avaliar a eficiência.

Apresenta como metodologia indicada, para avaliar a eficiência do emprego dos recursos dos municípios em seus diversos serviços prestados, uma vez que identifica o desempenho das unidades de análises e a comparação entre elas, possibilitando identificar as melhores práticas de políticas públicas, bem como identificar as melhorias na qualidade de bens e serviços prestados (SILVA *et al.*, 2012, p.102).

Nesta pesquisa adotou-se o modelo clássico CCR, com a orientação aos *inputs*. Conforme Andrett *et. al* (2018, p. 122): “o modelo CCR trabalha com retornos constantes de escala, isto é, qualquer variação nos *inputs* (entradas) produz variação de igual proporção nos *outputs* (saídas)”.

Desse modo, optou-se por aplicar o modelo CCR da DEA, pelo fato de ser mais restritivo, o que diminui o número de DMUs consideradas eficientes, tornando a análise mais conservadora (SILVA *et al.*, 2009).

Para a análise da eficiência dos gastos públicos municipais, sistematizada na função saúde pela *Data Envelopment Analysis* (DEA), primariamente é imprescindível definir as unidades tomadoras de decisão (*Decision Making Units* – DMU), como também as variáveis utilizadas para o cálculo da eficiência e divididas entre *inputs* (entradas) e *outputs* (saídas).

Para Lopes (2017, p. 77) “considera-se eficiente a DMU que, em termos comparativos, tiver maior produção para volumes fixos de insumos e/ou utilizar menos recursos para gerar um volume fixo de produtos”. Neste estudo, cada município integrante da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense da amostra foi classificado como DMU, conforme Quadro 2.

Município	DMU
Buritirana	DMU1
Davinópolis	DMU2
Governador Edison Lobão	DMU3
Imperatriz	DMU4
João Lisboa	DMU5
Montes Altos	DMU6
Ribamar Fiquene	DMU7
Senador La Rocque	DMU8

Quadro 2 - Unidades Tomadoras de Decisões (DMUs) consideradas neste estudo.

Fonte: elaborado pela autora.

A escolha das variáveis, assim como a escolha das DMUs, é de grande relevância para o modelo. De acordo com Lins (1997) tal escolha pode ser feita de duas maneiras: por meio da opinião do interessado, usuário e/ou especialista, para apontar qual variável tem maior poder de influência no desempenho da atividade que está sendo analisada; através da análise da correlação entre cada par de *input* e *output* selecionado, onde se escolhem os pares que possuem alta correlação.

Desta forma, optou-se pela utilização do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson para convalidar os *input* e *output*. Esta fórmula foi desenvolvida por Karl

Pearson juntamente com Francis Galton. “Em uma frase: o coeficiente de correlação de Pearson (r) é uma medida de associação linear entre variáveis” (FIGUEREDO; SILVA, 2009, p. 118).

Que significa dizer que duas variáveis estão associadas? Em termos estatísticos, duas variáveis se associam quando elas guardam semelhanças na distribuição dos seus escores. Mais precisamente, elas podem se associar a partir da distribuição das frequências ou pelo compartilhamento de variância. No caso da correlação de Pearson (r) vale esse último parâmetro, ou seja, ele é uma medida da variância compartilhada entre duas variáveis (FIGUEREDO; SILVA, 2009, p. 119).

O coeficiente de correlação linear de Pearson é dado pela fórmula:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{(n - 1)S_x S_y},$$

Sendo que:

\bar{X} e \bar{Y} são as médias amostrais de X e Y, respectivamente,

S_x e S_y são os desvios padrão de X e Y, respectivamente.

De acordo com Varela, Martins e Fávero (2008, p.8), “para a estimação da fronteira de eficiência espera-se que as variáveis de insumos estejam positivamente correlacionadas com as variáveis de produtos”. Dessa forma, justifica-se a utilização da Correlação Pearson neste estudo.

Assim, esta pesquisa tem como *inputs* as despesas liquidadas, termo utilizado na pesquisa SIOPS, com a saúde dos oito municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

O setor de saúde subdivide-se nas subfunções: Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Alimentação e Nutrição.

Utilizou-se também, como *inputs*, o gasto per capita dos municípios com saúde. Os *outputs* utilizados, e detalhados no Quadro 3, são os estabelecimentos de saúde SUS, hospitais do SUS, leitos hospitalares do SUS por mil habitantes, médicos, enfermeiros, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil e óbitos por causas externas por dez mil habitantes.

TIPO	SIGLA	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	FONTE
<i>Input</i>	GastSaude	Despesa liquidadas com Saúde	Valor destinado a todas subfunções da saúde nos orçamentos anuais.	SIOPS
	PerCapita	Gastos per capita do SUS	Valor gasto com saúde com recursos públicos por habitantes.	SIOPS
<i>Outputs</i>	EstabSaude	Estabelecimentos de Saúde SUS	Quantidade de estabelecimentos de saúde do SUS.	DATASUS
	Hospitais	Hospitais	Quantidade de hospitais do SUS.	DATASUS
	LeitoHosp	Leitos Hospitalares	Quantidade de leitos hospitalares por mil habitantes.	DATASUS
	Med	Médicos	Quantidade de médicos atuantes em estabelecimentos do SUS.	DATASUS
	Enf	Enfermeiros	Quantidade de enfermeiros atuantes em estabelecimentos do SUS.	DATASUS
	MG	Mortalidade Geral	Taxa de mortalidade geral por mil habitantes.	DATASUS
	MI	Mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade infantil em cada município por mil habitantes.	IBGE
OCE	Óbitos por causas externas	Taxa de óbitos por causas externas por mil habitantes.	DATASUS	

Quadro 3 - Descrição das Variáveis *Inputs* e *Outputs*.

Fonte: elaborado pela autora.

Conforme Lopes (2017), justifica-se utilizar as despesas liquidadas “porque nessa fase a despesa é reconhecida efetivamente, tendo, inclusive, os serviços ou produtos já entregues aos usuários”. O Tribunal de Contas da União (TCU), no relatório sistêmico de fiscalização da saúde, analisou os indicadores de oferta da saúde para o período de 2013.

O relatório apresentou problemas graves, tais como: insuficiência de leitos, superlotação de emergências hospitalares, carência de profissionais de saúde, desigualdade na distribuição de médicos no país, falta de medicamentos e insumos hospitalares, ausência de equipamentos ou equipamentos obsoletos não instalados ou sem manutenção, inadequada estrutura física e insuficiência de recursos de tecnologia da informação (TCU, 2013). Esses problemas justificam as variáveis

estabelecimentos de saúde SUS, hospitais, leitos hospitalares e profissionais tais, como médicos e enfermeiros, detalhadas no Quadro 3.

Conforme a REDE (2008, p.108), a taxa de mortalidade infantil “reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil”.

De acordo o estudo de Lopes (2017), essa taxa é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas referentes à descentralização e eficiência dos serviços de saúde. A escolha dessa variável para representar a saúde foi, então, convalidada na literatura, com fundamento no uso constante em estudos empíricos.

3.2 Espaço de análise

O espaço de análise da pesquisa é a Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, criada pela Lei Complementar Estadual do Maranhão nº 89, de 17 de novembro de 2005, considerada uma unidade organizacional geoeconômica, social e cultural. Compõem a amostragem os oito municípios que constituem essa região, conforme Artigo 1º da LC 89: Imperatriz, João Lisboa, Senador La Rocque, Buritirana, Davinópolis, Governador Edison Lobão, Montes Altos e Ribamar Fiquene.

A LC 89 determina a função pública de interesse comum no âmbito metropolitano, tais como atividades relativas ao estabelecimento de políticas e diretrizes do desenvolvimento, referências de desempenho dos serviços, e saúde e a nutrição. A região, embora tenha os municípios próximos geograficamente, apresenta profundas diferenças, inclusive demográficas, variando de 7.691 habitantes em Ribamar Fiquene a 254.569 habitantes em Imperatriz.

A Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense aponta distinções na constituição dos processos políticos e econômicos, entretanto apresenta semelhanças no que diz respeito aos interesses dos serviços, comércio e empregos, que ultrapassam os limites dos municípios, originando uma rede dinâmica de convívio.

Determinados municípios, por características próprias, permanecem bastante dependentes de outros em relação a empregos, saúde, educação e serviços em geral. A região estudada é demonstrada na Figura 2.



Figura 2 - Mapa da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense
Fonte: IBGE (2016).

3.3 Dados coletados

Os dados foram coletados em documentos publicados pelos próprios municípios no período de 2007 a 2017 disponíveis em domínio público, como receitas e despesas, e do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, que contém o demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde, orçamentos fiscal e seguridade social.

Foram coletados, ainda, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); o Produto Interno Bruto (PIB); o quantitativo populacional e a área, retirados do *site* do IBGE; e o índice Firjan Saúde, retirado do *site* das indústrias do estado do Rio de Janeiro.

Do *site* do DATASUS foram coletados os dados dos estabelecimentos de saúde SUS; o quantitativo de profissionais da área de saúde, tais como médicos e enfermeiros; hospitais públicos; leitos hospitalares públicos; taxa mortalidade infantil; taxa de mortalidade geral e quantitativo de óbitos por causas externas.

3.4 Procedimento para coleta de dados

Os dados coletados para esta pesquisa foram obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); do DATASUS; das Indústrias do estado do Rio de Janeiro e do *site* do IBGE.

Em relação às taxas de mortalidade infantil, foram encontradas as dos anos de 2008 a 2014 no *site* do IBGE. Com relação aos demais anos, de 2007, 2015, 2016 e 2017, houve a necessidade de calcular a taxa, utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1.000$$

O número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, foi retirado do DATASUS.

3.5 Procedimento para análise dos dados

Nesta pesquisa foram utilizadas técnicas e análises estatísticas, como o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson e Análise Envoltória dos Dados (DEA), modelo CCR.

Primeiramente elaborou-se, no Microsoft Excel 2010, uma planilha com os *inputs* e *outputs* de todo período estudado. Em seguida calculou-se a média dos resultados de 2007 a 2017. Logo após foi realizado um cruzamento estatístico com o uso do *software Microsoft Office Excel 2010* e o programa *IBM SPSS Statistics* editor de dados, versão 22, para calcular o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson, que relaciona duas variáveis, identificando se há uma correlação positiva ou negativa entre elas.

Em seguida construiu-se uma planilha para cada ano do período estudado, de 2007 a 2017, totalizando 11 planilhas, com os *inputs* e *outputs* definidos para o estudo pelo Microsoft Excel 2010. Após calculou-se a DEA modelo CCR, pelo *software Solver 7.0*, suplemento do Excel, a fim de entender a eficiência dos gastos públicos com saúde na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

Obtidos os resultados, foram transferidos para uma outra planilha do *software Excel* para calcular a média da eficiência de todo o período estudado. Para impedir um viés do valor do dinheiro no tempo, adotou-se a técnica de inflacionar as receitas e despesas liquidadas aplicando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), referente ao mês de março de 2019, admitindo que as elevações ou reduções compreendidas nos valores de um ano para o outro fossem efetivamente da decisão governamental e não do efeito monetário no tempo.

3.6 Fluxograma das etapas da pesquisa

O fluxograma apresentado na Figura 3 ilustra, de forma simplificada, as etapas estabelecidas para consecução da pesquisa:

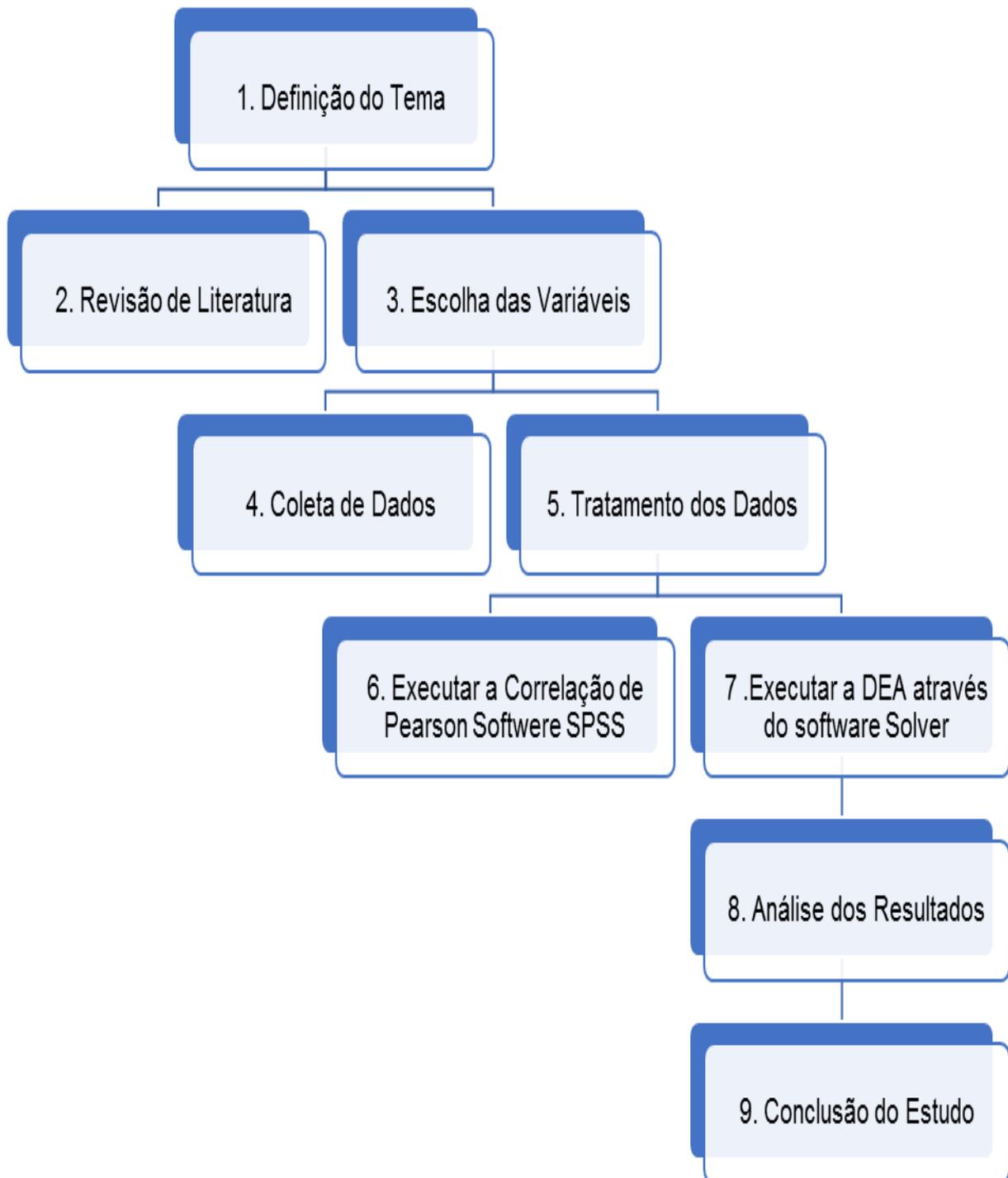


Figura 3 – Etapas da pesquisa.
Fonte: elaborada pela autora (2019).

A seguir apresenta-se a descrição das principais etapas da pesquisa:

- 1) definição do tema da pesquisa;
- 2) pesquisa bibliográfica: para a construção da base teórica referente à problemática do estudo sobre a eficiência do gasto público com saúde;
- 3) definição das variáveis utilizadas na pesquisa, os *inputs*, as despesas liquidadas e os gastos per capita com saúde com recursos públicos. Os *outputs* utilizados foram os estabelecimentos de saúde SUS, hospitais do SUS, leitos hospitalares do SUS por mil habitantes, médicos, enfermeiros, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil e óbitos por causas externas por dez mil habitantes;
- 4) coleta dos dados referentes aos indicadores e variáveis na área da saúde, considerando o período pesquisado, de 2007 a 2017;
- 5) tratamento dos dados coletados, cálculo da taxa de mortalidade infantil municipal, considerando a fonte de dados DATASUS, construção de planilhas pelo *software Excel*;
- 6) cálculo da correlação de Pearson, feita pelo *software SPSS*, mediante os resultados obtidos das variáveis pesquisadas do período de 2007 a 2017;
- 7) utilização da técnica estatística não paramétrica DEA para mensurar a eficiência dos gastos públicos, utilizando o modelo clássico CCR, com orientação a *inputs*, no período de 2007 a 2017;
- 8) obtenção dos resultados e posterior discussão; e
- 9) conclusão do estudo com base nos resultados e na discussão, verificando os objetivos alcançados a partir de todo o procedimento metodológico aplicado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os municípios estudados apresentam distinção quanto à distribuição populacional, situação socioeconômica, capacidade profissional, instalação dos serviços em saúde e, principalmente, em relação às disponibilidades financeiras para o setor.

No Quadro 4 demonstram-se as principais características dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

Município	Área (km ²) 2016	População 2017	IDH 2010	PIB 2015	Índice FIRJAN 2016	Índice FIRJAN Saúde 2016
Buritirana	818,124	15.180	0,583	5.041,35	0.5257	0.5926
Davinópolis	335,767	12.659	0,607	2.609,16	0.6950	0.7471
Governador Edison Lobão	615,858	18.316	0,629	15.366,12	0.5912	0.6682
Imperatriz	1.368,99	254.569	0,731	23.565,19	0.7406	0.8113
João Lisboa	1.135,21	23.042	0,641	7.769,12	0.5686	0.6068
Montes Altos	1.488,34	8.889	0,575	6.093,67	0.4461	0.4976
Ribamar Fiquene	733,83	7.691	0,615	8.723,16	0.6018	0.6752
Senador La Rocque	738,548	13.877	0,602	9.079,69	0.5273	0.5679

Quadro 4 - Principais características dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense

Fonte: IBGE, FIRJAN.

Apenas um dos municípios pesquisados encontra-se na faixa populacional acima de 200.000 habitantes, Imperatriz, que possui a segunda maior área da região pesquisada. Dois municípios se encontram na faixa de até 10.000 habitantes: Montes Altos e Ribamar Fiquene.

O município de Montes Alto é o que tem maior extensão territorial, porém 57,18% de sua área são reservas indígenas, por isso não é o município mais populoso da região (FUNAI, 2019).

Os demais municípios têm até 20.000 habitantes: Buritirana, Davinópolis, Governador Edison Lobão, João Lisboa e Senador La Rocque (IBGE, 2017). Embora existam diferenças populacionais e considerando os critérios de regionalização das Regiões de Saúde do Maranhão, a Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense é a segunda maior região de saúde do estado.

A heterogeneidade dos municípios pertencentes a essa Região fica notória quando se observa o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010. O IDH mais baixo da região é de Montes Altos, com 0,575.

Seguem Buritirana, com 0,583; Senador La Rocque, Davinópolis, Ribamar Fiquene e Governador Edison Lobão, com IDH bem próximo, com valores respectivamente de 0,602; 0,607; 0,615 e 0,629. João Lisboa apresenta o IDH de 0,641 e Imperatriz tem o oitavo melhor IDH do estado do Maranhão e o primeiro da Região, com 0,731.

Em relação à saúde, o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), é um estudo do Sistema FIRJAN que acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico dos municípios brasileiros em três áreas de atuação: emprego e renda, educação e saúde. A análise é feita conforme escala: alto desenvolvimento, superior a 0,8 pontos; desenvolvimento moderado, entre 0,6 e 0,8 pontos; desenvolvimento regular, entre 0,4 e 0,6 pontos; e baixo desenvolvimento, inferior a 0,4 pontos.

O Índice FIRJAN Saúde, com base do ano de 2016, aponta que o município de Imperatriz é o único com o índice superior a 0,8 pontos, portanto, está enquadrado como alto desenvolvimento, com 0.8113 pontos.

Os municípios de Davinópolis, Governador Edison Lobão, Governador Edison Lobão, João Lisboa, Ribamar Fiquene e Senador La Rocque foram classificados com desenvolvimento moderado. Com desenvolvimento regular são Buritirana e Montes Altos.

Os demonstrativos das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde, orçamentos fiscais e da seguridade social disponíveis no SIOPS, e as receitas dos municípios, são compostos pelos impostos municipais, ou seja, pela receita de impostos líquida, que envolve:

- Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU;
- Imposto sobre Transmissão de Bens Intervivos – ITBI;
- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS;
- Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF;
- Imposto Territorial Rural – ITR;
- Multas, Juros de Mora e outros encargos dos impostos; e
- Dívida Ativa dos Impostos e Multas, Juros de Mora e outros encargos dos impostos.

De acordo com a Lei Complementar nº 87, de 1996, constituem também receita de transferências constitucionais e legais dos impostos estaduais:

- Cota-Parte do Fundo de participação Municipais - FPM;
- Cota-Parte –ITR;
- Cota-Parte Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores – IPVA;
- Cota-Parte Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS;
- Cota-Parte do Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI; e
- Exportação, Compensações Financeiras Provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais e Desoneração ICMS;

As Receitas Adicionais para Financiamento da Saúde podem ser oriundas da União, estado ou município. Essas receitas não são utilizadas na base de cálculo do percentual mínimo exigido pela Constituição. As receitas adicionais provenientes da União podem ser correspondentes aos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde (Fundo a Fundo), pagamentos federais a prestadores de serviços sob a gestão municipal, e convênios realizados com o FNS, FUNASA, REFORSUS, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ao Estado corresponde às transferências realizadas do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, bem como os pagamentos realizados por prestação de serviços sob a gestão municipal; as transferências realizadas de um município para outro, por meio de pagamentos a prestadores municipais; e pagamentos a consórcios intermunicipais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Quando se avalia a receita disponível de cada município, que é o recurso financeiro disponível para realizar as ações que deverão objetivar os benefícios à população do seu território, nota-se uma desigualdade muito grande.

A superioridade da receita do município de Imperatriz em relação aos demais municípios pesquisados é evidente, demonstrada no Apêndice A. Isso se dá pelo fato de Imperatriz ser o município com maior população, portanto tem maior número de atendimento médico. Como o município de Senador La Rocque não informou as receitas e despesas no ano de 2012, os dados não foram apresentados na pesquisa.

Considerada a composição da receita dos municípios pesquisados, demonstrada no Apêndice B, percebe-se uma grande dependência dos municípios das transferências constitucionais federais do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com exceção de Imperatriz que tem uma receita bem variada.

Já os demais têm em média 42,85% da receita oriundos de transferências da União. Destaca-se Ribamar Fiquene, com mais de 50% da receita referente ao FPM, enquanto a média de dependência de Imperatriz é de 21,52%.

Em relação às transferências estaduais, pelo ICMS, Governador Edson Lobão e Imperatriz são os municípios da região com maior média 18,48% e 19,16% respectivamente. João Lisboa tem o menor percentual: 8,67%. Destaca-se Governador Edison Lobão, que no ano de 2017 tinha um percentual de 63,81%, muito superior aos demais anos estudados de todos os municípios.

A análise das receitas adicionais aponta que todos os municípios têm essa receita, com uma média entre 26,27 a 39,90. O menor índice é o de Montes Altos e o maior de Imperatriz.

Em se tratando de impostos próprios e demais impostos, são os itens com menor percentual para todos os municípios analisados não ultrapassando os 10%. Imperatriz novamente se diferencia dos demais, com um percentual de 13,68% de impostos próprios e 16,99% de demais impostos.

As despesas liquidadas totais em saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense no período de 2007 a 2017 constam no Apêndice C. Nota-se a diferença do município de Imperatriz em relação à média regional dos demais municípios: houve uma evolução crescente até 2016, e uma queda nos gastos e em 2017.

Os demais municípios, com exceção de Montes Altos e Governador Edison Lobão, obtiveram queda nas despesas em 2017. De uma forma geral, todos os municípios da região aumentaram as despesas com saúde, o que se deve, também, ao aumento da população.

As despesas dos municípios com saúde estão detalhadas no Apêndice D. Observa-se que as despesas dos municípios estão concentradas principalmente em três itens: atenção básica, assistência hospitalar e ambulatoria, e outras subfunções.

Conforme Manual do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (2014), o apoio administrativo refere-se à administração e manutenção da Secretaria de Saúde tais como: planejamento e orçamento, administração geral, administração financeira, controle interno, tecnologia da informação, formação de recursos humanos e comunicação social.

O percentual aplicado em assistência hospitalar e ambulatorial em Imperatriz é o maior em todos os anos estudados, o motivo é que a cidade possui um Hospital Municipal que atende a região e estados vizinhos tais como Pará e Tocantins, o qual se tornou referência. Em relação ao item atenção básica o município com maior percentual de aplicação é Buritirana, chegando a 76,32% em 2017.

Pode-se destacar o item alimentação e nutrição, o qual houve menos investimentos por parte dos municípios, apenas Senador La Rocque tem uma aplicação de 0,45% em 2017, Davinópolis 0,89% em 2007 e 0,96% em 2008 e Buritirana 4,80% em 2010, nos demais não houve investimento nesta ação.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determina que os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais. Observa-se na Tabela 1, o município Senador La Rocque não cumpriu essa determinação nos anos de 2010, com um percentual de 2,09%, e no ano de 2012 não foram divulgadas informações.

Os demais cumpriram o mínimo exigido. Destaca-se Montes Altos, que dobrou o percentual em 2017, aplicando 30,68% dos recursos financeiros. O percentual de aplicação das despesas em relação às receitas consta na Tabela 1.

Tabela 1 - Percentual de aplicação das despesas em relação as receitas.

	Buritirana	Davinópolis	Governador Edison Lobão	Imperatriz	João Lisboa	Montes Altos	Ribamar Fiquene	Senador La Rocque
2007	22,53	20,33	16,07	15,06	17,50	21,10	11,93	18,98
2008	15,32	15,50	20,12	17,24	26,12	15,21	18,38	15,49
2009	16,01	26,29	17,30	27,36	18,77	19,94	16,9	21,13
2010	19,45	17,35	26,06	27,04	27,91	15,30	15,13	2,09
2011	16,44	17,64	15,20	20,82	21,57	16,14	15,15	19,05
2012	16,77	25,07	15,46	19,26	15,85	23,82	23,82	-
2013	22,23	18,71	15,23	29,53	16,80	17,65	18,06	16,27
2014	18,92	16,17	17,76	29,72	17,88	25,66	17,13	15,15
2015	22,21	15,34	15,56	24,27	19,75	19,94	17,78	16,33
2016	18,42	17,49	16,80	28,05	23,07	22,77	17,76	16,21
2017	25,37	17,56	22,98	28,12	24,84	30,68	15,15	19,90

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: SIOPS

Observa-se também que houve um crescente no percentual de aplicação dos recursos nos municípios da região, pois apesar de as receitas caírem em 2017, o percentual das despesas realizadas aumentou, com exceção de Ribamar Fiquene e Senador La Rocque, os municípios da região que menos investiram em saúde no período de 2007 a 2017.

De acordo com Ferreira e Moraes (2002), analisam os prováveis motivos que mais comprometeriam o modelo do gasto público por habitante pelos municípios, quanto maior o município, maior deverão ser suas transferências do SUS por habitante, com exceção daqueles com menos de 10 mil habitantes.

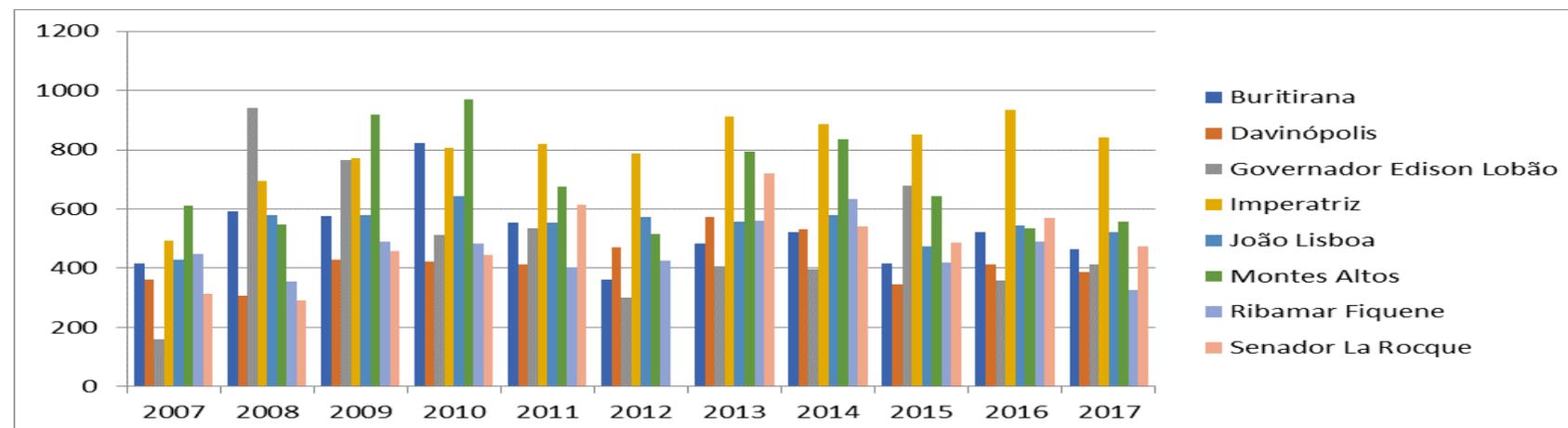
Entende-se, portanto, que grandes agrupamentos urbanos tenderão a gastar mais em termos per capita com saúde. A Tabela 2 e o Gráfico 1 demonstram os gastos per capita com saúde da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

Tabela 2 - Gastos per capita com saúde.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	416	592	575	824	555	362	482	523	416	520	463
Davinópolis	362	307	430	422	411	469	573	530	345	414	386
Governador Edison Lobão											
Imperatriz	160	940	766	513	534	300	405	398	677	357	414
Imperatriz	493	695	771	807	820	788	912	888	852	933	841
João Lisboa	429	580	579	644	552	573	558	580	472	543	523
Montes Altos	610	546	920	970	675	515	795	835	642	534	556
Ribamar Fiquene	449	355	488	484	402	424	559	632	418	491	327
Senador La Rocque	312	291	457	443	614	0	721	540	486	570	473

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus.

Gráfico 1 - Gastos per capita com saúde.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus.

Em relação aos gastos per capita anual com o SUS, os dados demonstram que os municípios pesquisados apresentam valores semelhantes, e que a média total com saúde na região é de R\$ 548 por habitantes/ano. Conforme Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015), o crescimento do gasto total per capita em saúde deve contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde. Imperatriz, o maior município da região estudada em relação ao quantitativo populacional, tem a maior receita orçamentária como também a maior despesa total com saúde por habitante/ano, conforme mostra a Tabela 2, com uma média de R\$ 800,00.

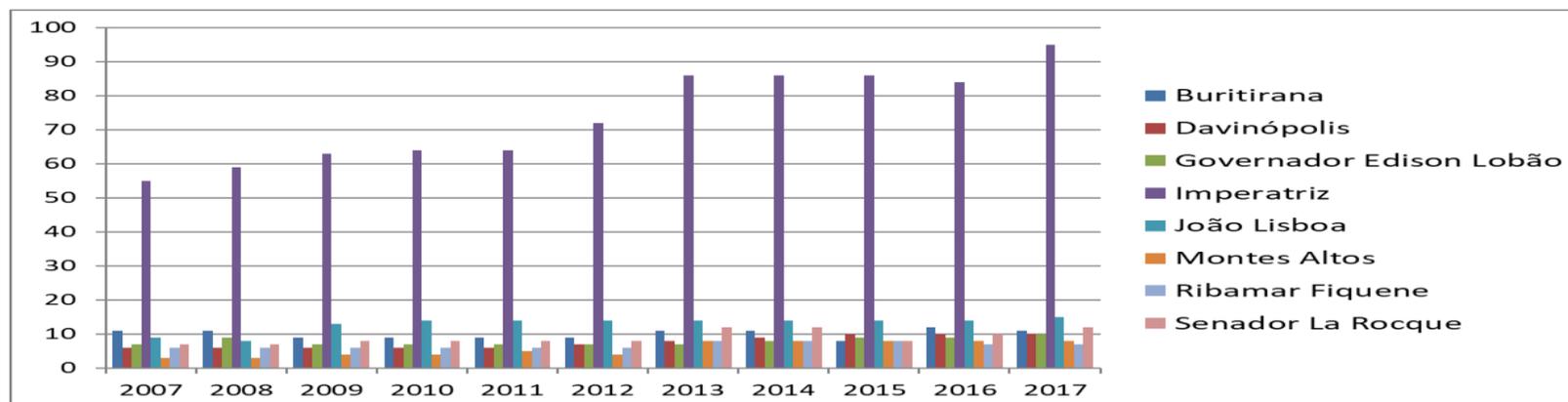
Os municípios dessa região de saúde necessitam garantir o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade de acesso, equidade e integralidade da saúde, estipular critérios que proporcionem certo grau de resolutividade na atenção básica e parte da média complexidade (Brasil, 2006). Para garantir a atenção na baixa, média e alta complexidade, a região pactua entre si arranjos inter-regionais em conjunto com mais de uma região, por exemplo, com a região da capital maranhense, São Luís, que oferece alguns atendimentos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas, que não são ofertados na região. O quantitativo de estabelecimentos públicos de saúde, demonstrados na Tabela 3 e Gráfico 2, para melhor representação dos dados.

Tabela 3 - Estabelecimentos Públicos de Saúde.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	11	11	9	9	9	9	11	11	8	12	11
Davinópolis	6	6	6	6	6	7	8	9	10	10	10
Governador Edison Lobão	7	9	7	7	7	7	7	8	9	9	10
Imperatriz	55	59	63	64	64	72	86	86	86	84	95
João Lisboa	9	8	13	14	14	14	14	14	14	14	15
Montes Altos	3	3	4	4	5	4	8	8	8	8	8
Ribamar Fiquene	6	6	6	6	6	6	8	8	8	7	7
Senador La Rocque	7	7	8	8	8	8	12	12	8	10	12

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus.

Gráfico 2 - Estabelecimentos Públicos de Saúde.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus.

De acordo com as informações do DATASUS, os estabelecimentos de saúde são contabilizados com as seguintes instalações: academia da saúde, central de regulação, central de regulação médica das urgências, centro de atenção psicossocial-CAPS, centro de saúde/unidade básica de saúde, clínica especializada, ambulatório especializado, consultório, farmácia, hospital geral, laboratório de saúde pública, posto de saúde, pronto-socorro especializado, secretaria de saúde, unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia, unidade de vigilância em saúde, unidade móvel de nível pré-hospitais urgência/emergência e unidade móvel terrestre.

Os estabelecimentos de saúde do SUS estão mais concentrados nos municípios mais populosos, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (DATASUS, 2018). Enquanto Imperatriz em 2017 possuía 95 estabelecimentos de saúde com atendimento pelo SUS, os demais municípios não chegavam a vinte em todo o período pesquisado.

Ressalta-se que o município de Imperatriz é referência na prestação de serviços aos demais municípios que compõem a Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, por isso possui mais estabelecimentos públicos de saúde, conforme demonstrado na Tabela 3 Gráfico 2, para melhor representação dos dados.

Em relação ao avanço no número de estabelecimentos de saúde SUS, os dados do DATASUS demonstram que em mais de uma década houve oscilação em alguns municípios, por exemplo em Senador La Rocque. Em Imperatriz, Governador Edison Lobão, João Lisboa e Montes Altos houve um crescimento constante. Mais gastos por municípios com maior quantitativo populacional também podem acontecer pelo fato de nesses locais estarem localizados, normalmente, hospitais e serviços de média e alta complexidade (MAZON, MASCARENHAS e DALLABRIDA, 2015).

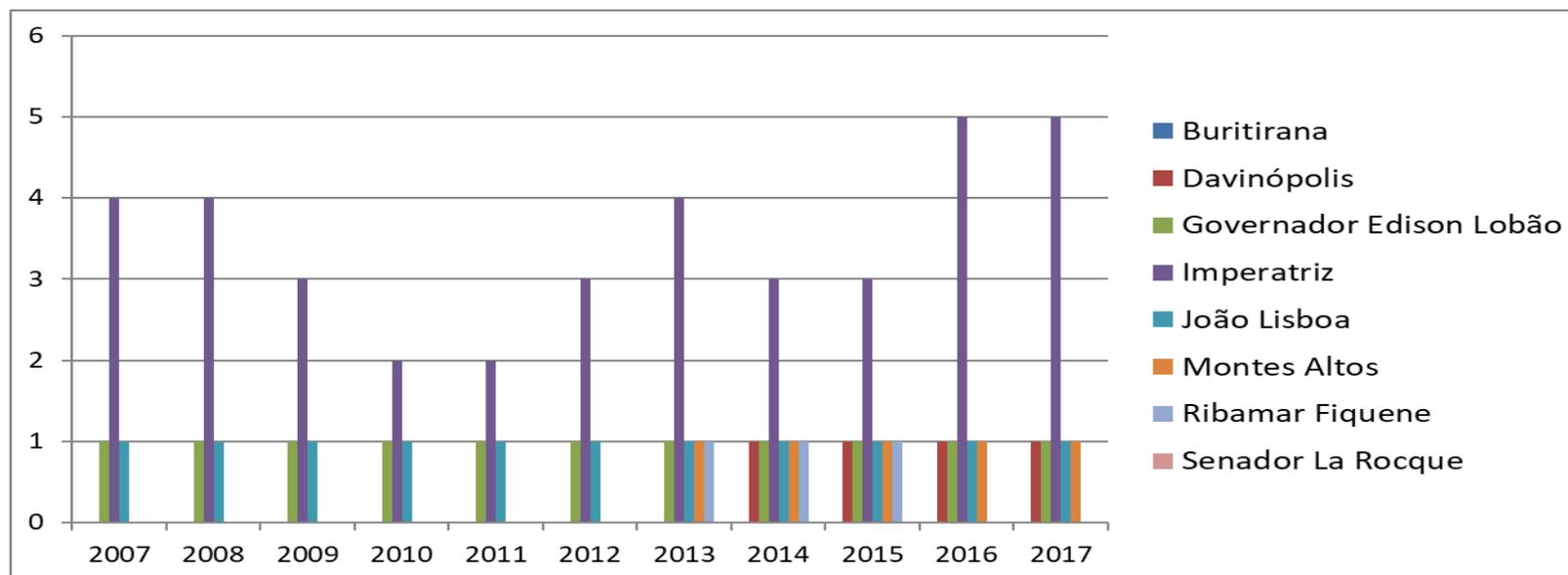
Essa característica é compatível com os gastos do município de Imperatriz, que é referência em serviços de saúde para os demais municípios da região. O mesmo acontece com a quantidade de hospitais, Imperatriz contava com cinco hospitais em 2017 enquanto os demais municípios com um hospital cada, com exceção de Buritirana e Senador La Rocque que não têm hospitais, conforme Tabela 4 e Gráfico 3.

Tabela 4 - Hospitais SUS.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Davinópolis	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Governador Edison Lobão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Imperatriz	4	4	3	2	2	3	4	3	3	5	5
João Lisboa	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Montes Altos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Ribamar Fiquene	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Senador La Rocque	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus

Gráfico 3 - Hospitais SUS.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus.

De acordo com Araújo (2017) a construção de novas instalações tais como hospitais, clínicas, postos de saúde, unidades de pronto atendimentos, entre outras, bem como a obtenção de novos equipamentos hospitalares (máquinas de exames clínicos, equipamentos de coleta e análise de materiais clínico-cirúrgicos, entre outros) se apresentam como elementos essenciais para o bom funcionamento da rede de saúde.

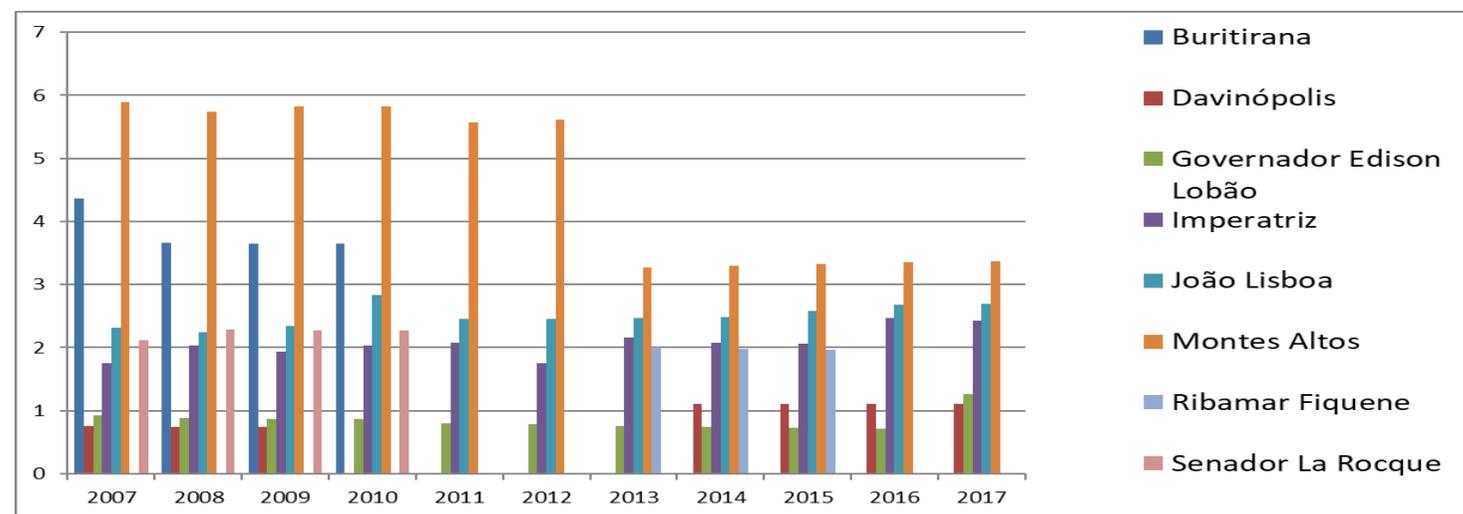
Assim o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS) mostra o quantitativo também dos recursos hospitalares, dentre eles os leitos hospitalares. Na Tabela 5 e no Gráfico 4 destacam-se os leitos hospitalares pertencentes aos hospitais do SUS por mil habitantes.

Tabela 5 - Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	4,37	3,66	3,65	3,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Davinópolis	0,76	0,74	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	1,11	1,11	1,11	1,11
Governador Edison Lobão	0,92	0,89	0,87	0,87	0,80	0,78	0,76	0,75	0,73	0,72	1,26
Imperatriz	1,75	2,04	1,94	2,03	2,08	1,76	2,16	2,07	2,06	2,47	2,43
João Lisboa	2,31	2,25	2,35	2,84	2,45	2,46	2,47	2,49	2,58	2,68	2,69
Montes Altos	5,89	5,74	5,83	5,83	5,57	5,61	3,27	3,30	3,32	3,35	3,37
Ribamar Fiquene	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	1,98	1,97	0,00	0,00
Senador La Rocque	2,12	2,28	2,27	2,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus.

Gráfico 4 - Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus.

Os dados demonstram que Montes Altos tem o maior índice de leitos por mil habitantes, porém observa-se uma inconsistência nas declarações dos municípios de Buritirana, Divinópolis, Montes Altos e Senador La Rocque, que no período de 2007 a 2011 não declaram hospitais, mas sim leitos hospitalares de internação.

Considera-se, portanto, que os municípios de Imperatriz e João Lisboa apresentam maior índice de leitos por mil habitantes, que é pouco mais de dois leitos por mil habitantes.

Paim *et al.* (2011) explicam que desde 2003 o gasto com saúde tem aumentado em termos nominais em todo o Brasil, porém, com o ajuste pela inflação apresenta redução, ou seja, ainda que o financiamento seja maior, a percentual do orçamento federal aplicado ao setor de saúde não cresceu, ocorrendo restrições financeiras, de infraestrutura e de recursos humanos.

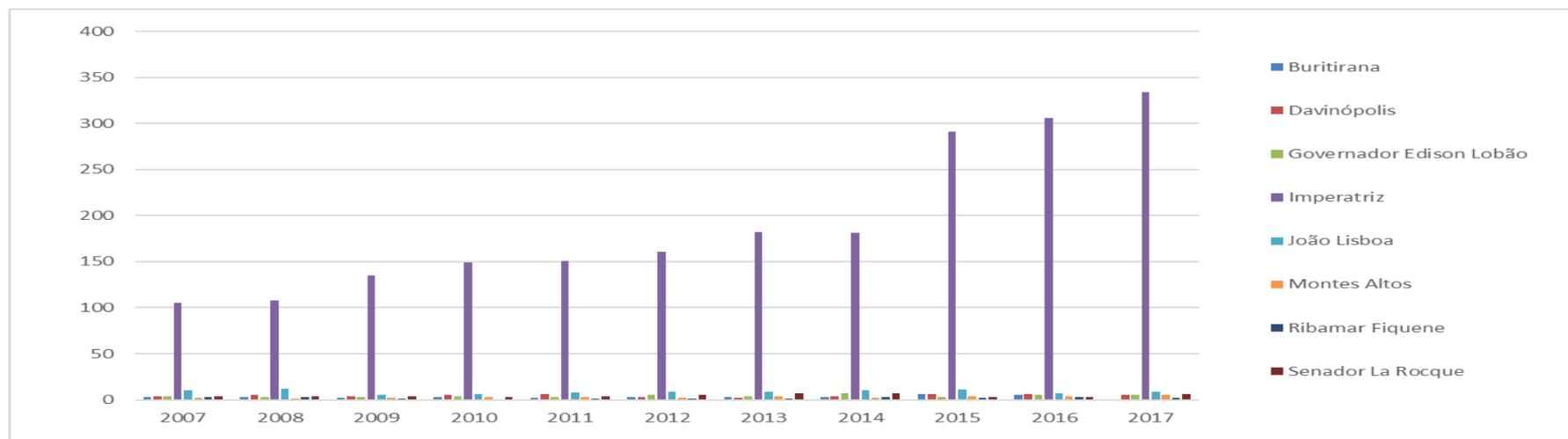
Nas Tabelas 6 e 7 (Gráficos 5 e 6) apresentam-se os profissionais, médicos e enfermeiros, que atuam no SUS.

Tabela 6 - Médicos que atuam no SUS.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	3	3	2	3	2	3	3	3	6	5	0
Davinópolis	4	5	4	5	6	3	2	4	6	6	5
Governador Edison Lobão	4	3	3	4	3	5	4	7	3	5	5
Imperatriz	105	108	135	149	151	161	182	181	291	306	334
João Lisboa	10	12	5	6	8	9	9	10	11	7	9
Montes Altos	2	1	2	3	3	2	4	2	4	4	5
Ribamar Fiquene	3	3	1	0	1	1	1	3	2	3	2
Senador La Rocque	4	4	4	3	4	5	7	7	3	3	6

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus

Gráfico 5 - Médicos que atuam no SUS.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus

No Brasil, compreende-se que boa parte da operacionalização dos serviços públicos incide dos gastos com pessoal – folha de pagamento. Na saúde, a análise não é diferente. Ou seja, para que a saúde pública funcione, faz-se necessário a destinação de uma grande parte do orçamento para o pagamento dos salários dos profissionais que atuam no SUS, dentre eles os médicos e enfermeiros, assim é uma variável relevante para essa pesquisa.

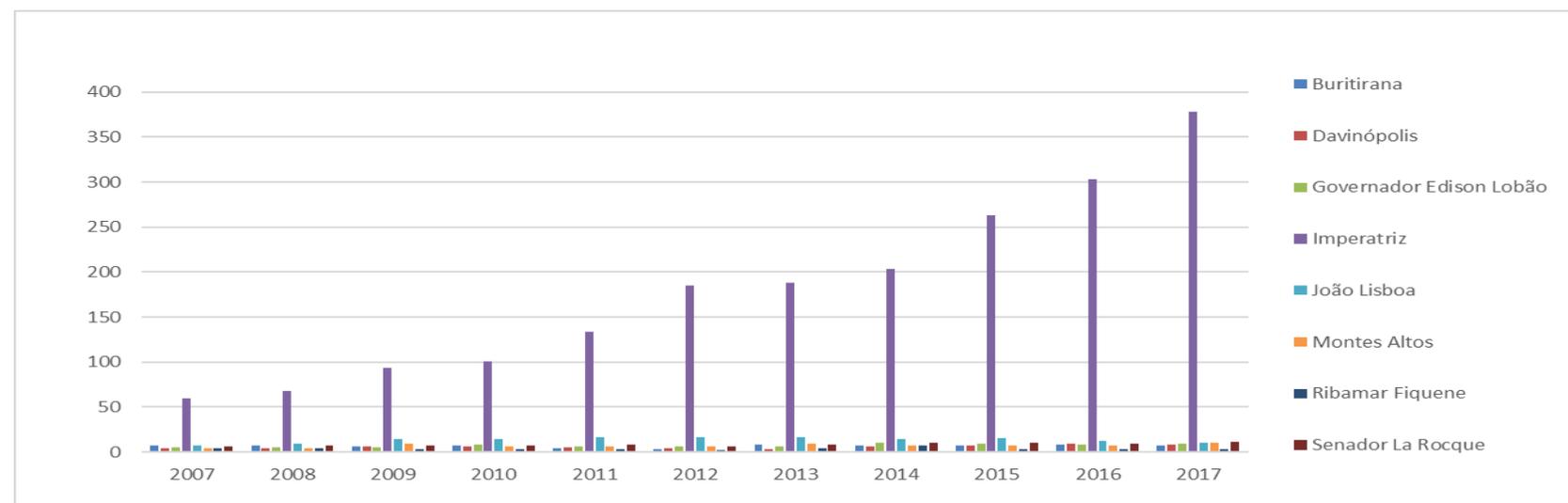
Em relação aos médicos que atuam no SUS na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense observa-se que houve uma oscilação no quantitativo em quase todos os municípios e levando em consideração apenas a quantidade de médicos, apenas Imperatriz chega a 334 médicos em 2017, enquanto os demais municípios não ultrapassam 11 médicos. Destaca-se Buritirana, que em 2017 não contratou nenhum médico. A Tabela 7 e Gráfico 6, a seguir, apresentam o quantitativo de enfermeiros que atuam no SUS.

Tabela 07 - Enfermeiros que atuam no SUS.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	10	10	9	10	7	6	11	10	10	11	10
Davinópolis	7	7	9	9	8	7	6	9	10	12	11
Governador Edison Lobão	8	8	8	11	9	9	9	13	12	11	12
Imperatriz	63	71	97	104	137	188	191	206	266	306	381
João Lisboa	10	12	17	17	19	19	19	17	18	15	13
Montes Altos	7	7	12	9	9	9	12	10	10	10	13
Ribamar Fiquene	7	7	6	6	6	5	7	10	6	6	6
Senador La Rocque	9	10	10	10	11	9	11	13	13	12	14

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus

Gráfico 06 - Enfermeiros que atuam no SUS.

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus

Observa-se que o quantitativo de enfermeiros atuando no SUS, demonstrados na Tabela 7 e Gráfico 6, é semelhante ao dos médicos. O município de Imperatriz tem o maior quantitativo, chegando a 381 enfermeiros.

O município de Ribamar Fiquene é o que possui menos profissionais enfermeiros da região, com 10 no ano de 2014 e em 2017 reduziu para 6 enfermeiros atuantes no SUS.

Apesar de o município de Imperatriz contar com uma universidade federal e duas faculdades particulares, que ofertam os cursos superiores de enfermagem e medicina, o número de profissionais atuantes ainda é bem inferior à necessidade da população da região.

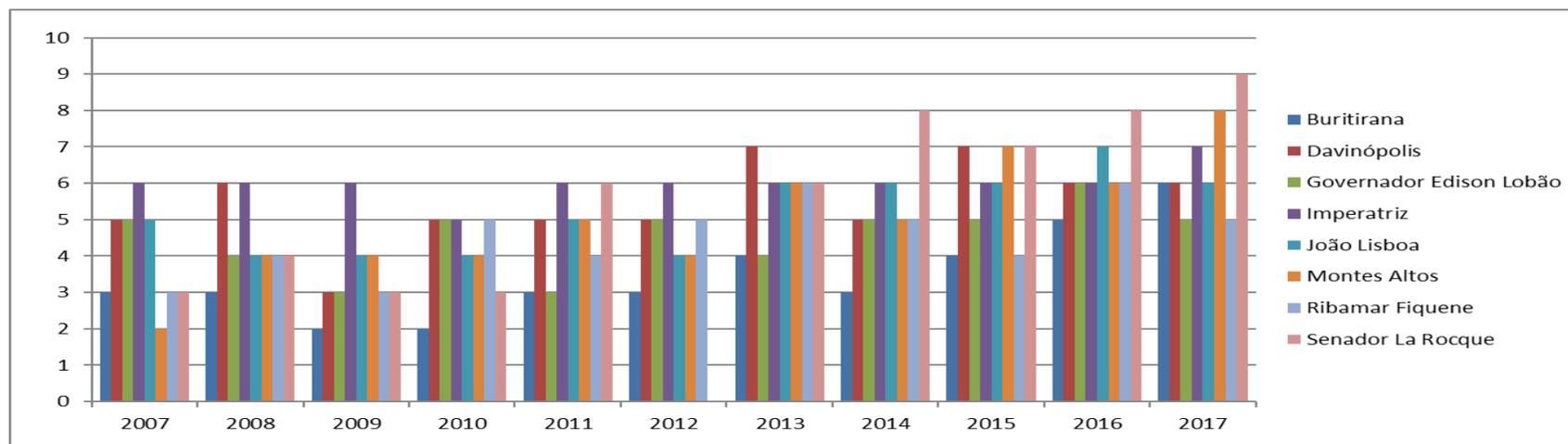
No que tange aos aspectos epidemiológicos, os coeficientes de mortalidade geral no período de 2007 a 2017 na Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, a média foi de cinco óbitos por mil habitantes, apresentados na Tabela 8 e Gráfico 7, inferior à média do estado do Maranhão para esse índice, que foi de 6,1 óbitos, logo o município de Imperatriz uma média de seis óbitos por mil habitantes, a maior da região estudada (DATASUS, 2012).

Tabela 8 - Taxa de Mortalidade Geral por mil habitantes.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	3	3	2	2	3	3	4	3	4	5	6
Davinópolis	5	6	3	5	5	5	7	5	7	6	6
Governador Edison Lobão	5	4	3	5	3	5	4	5	5	6	5
Imperatriz	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	7
João Lisboa	5	4	4	4	5	4	6	6	6	7	6
Montes Altos	2	4	4	4	5	4	6	5	7	6	8
Ribamar Fiquene	3	4	3	5	4	5	6	5	4	6	5
Senador La Rocque	3	4	3	3	6	0	6	8	7	8	9

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: Datasus

Gráfico 7 - Taxa de Mortalidade Geral por mil habitantes.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: Datasus

Na análise dos gastos totais com saúde por habitante/ano, sob responsabilidade pública, os municípios que tiveram maior alocação de recursos em saúde não apresentaram o melhor desempenho em relação ao indicador de mortalidade geral: é o caso de Imperatriz, que possui a maior receita e despesas em saúde (Apêndice A e C), porém obteve a média seis na variável taxa de mortalidade geral por mil habitantes, média maior que a da região.

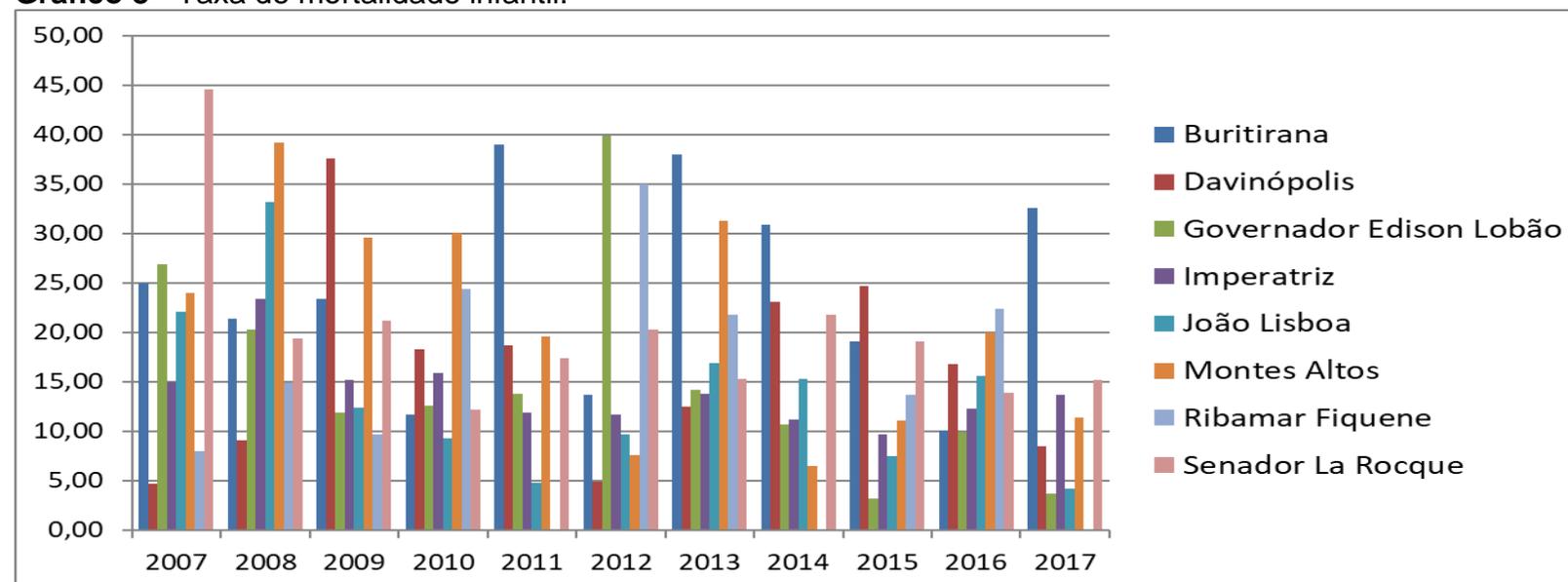
Em se tratando da taxa de mortalidade infantil, o indicador apresentado na Tabela 9 e Gráfico 8, reflete diretamente o desenvolvimento socioeconômico; o acesso e qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde infantil, e contribui para a avaliação dos níveis de saúde. É um indicador relevante para analisar alterações de mortalidade na população, e além de sinalizar condições de desigualdade, é um dos indicadores utilizados para calcular o IDHM. A taxa de mortalidade infantil é o indicador com a tendência de quanto menor, melhor.

Tabela 9 - Taxa de mortalidade infantil.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	25,00	21,41	23,39	11,72	38,96	13,65	38,02	30,85	19,05	10,10	32,56
Davinópolis	4,72	9,05	37,56	18,26	18,69	4,90	12,45	23,04	24,65	16,81	8,51
Governador Edison Lobão	26,92	20,24	11,90	12,55	13,75	39,86	14,23	10,68	3,21	9,90	3,65
Imperatriz	14,97	23,35	15,21	15,85	11,86	11,73	13,84	11,16	9,72	12,26	13,66
João Lisboa	22,12	33,18	12,41	9,32	4,83	9,71	16,87	15,25	7,53	15,63	4,20
Montes Altos	24,00	39,22	29,63	30,09	19,61	7,58	31,25	6,54	11,11	20,00	11,43
Ribamar Fiquene	8,00	14,93	9,71	24,39	-	34,97	21,74	-	13,70	22,39	-
Senador La Rocque	44,55	19,42	21,22	12,23	17,39	20,29	15,34	21,81	19,05	13,94	15,15

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: IBGE/Datasus

Gráfico 8 - Taxa de mortalidade infantil.

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: IBGE/Datasus

Conforme demonstrado na Tabela 9 e Gráfico 8, que traz os dados dos municípios. Governador Edison Lobão obteve a maior redução na TMI, que passou de 29,92 para 3,65 no período de 2007 a 2017, enquanto Davinópolis obteve o maior acréscimo na TMI no mesmo período, que passou de 4,72 para 8,51. São casos a observar pela discrepância das taxas, pois Senador La Rocque obteve a maior TMI no ano de 2007, com 44,55. Já Ribamar Fiquene, que nesse mesmo ano teve TMI de 8,00 e em 2012 chegou a 34,97, não declarou os dados em 2011, 2014 e 2017. Imperatriz, por sua vez, apresentou uma TMI com baixa variabilidade.

Em relação à taxa de óbitos, apresentados na Tabela 10 e Gráfico 9, são decorrentes de acidentes e violência. No ano considerado essa variável reflete aspectos culturais e de desenvolvimento socioeconômico, com o agrupamento de fatores de risco específicos para cada tipo de acidente ou violência.

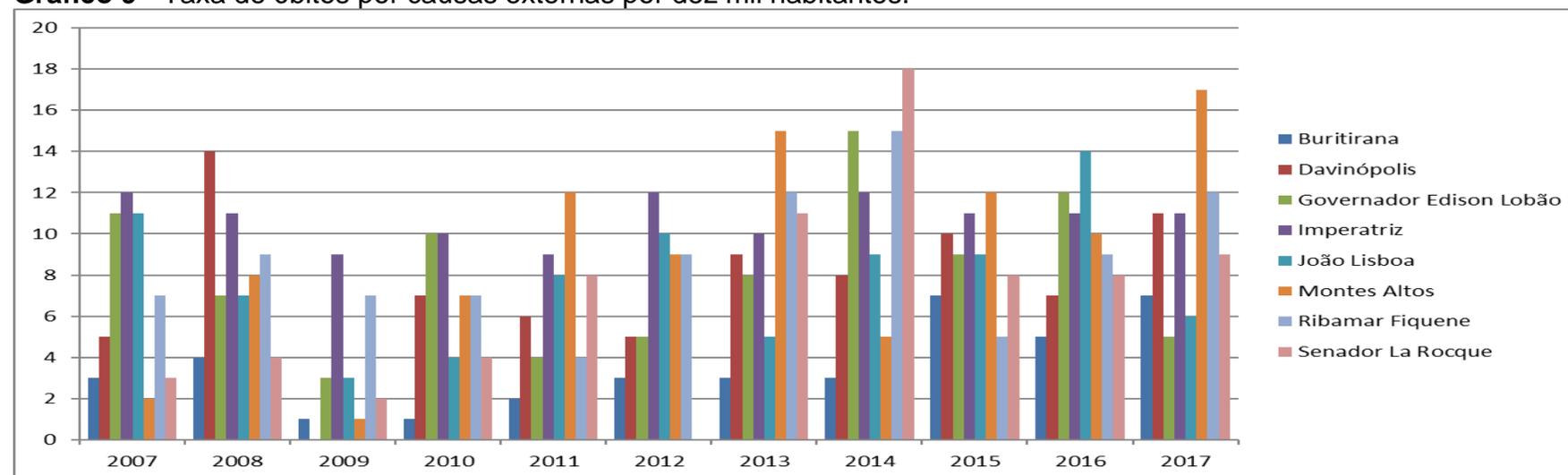
Essa variável contribui, também, na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, e pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde, concernentes às causas externas de mortalidade (DATASUS, 2012).

Tabela 10 - Taxa de óbitos por causas externas por dez mil habitantes.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana	3,18	3,99	1,33	0,66	2,02	3,35	2,67	3,32	7,28	5,28	6,59
Davinópolis	5,09	14,03	0,00	6,62	5,55	4,75	9,49	7,91	10,27	7,11	11,06
Governador Edison Lobão	10,65	6,87	2,68	10,05	4,30	4,80	7,61	14,92	9,02	11,64	5,46
Imperatriz	11,76	11,04	9,08	9,59	9,24	11,80	10,10	12,05	10,79	11,19	10,92
João Lisboa	10,54	7,32	3,43	4,41	7,61	9,76	4,69	9,43	8,61	14,27	6,08
Montes Altos	2,27	7,73	1,12	6,73	11,78	8,63	15,25	5,49	12,19	10,05	16,87
Ribamar Fiquene	6,97	9,47	6,69	6,68	4,06	9,40	11,98	14,54	5,26	9,15	11,70
Senador La Rocque	2,89	3,62	2,07	4,13	8,25	0,00	11,18	17,61	7,81	7,87	9,37

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: IBGE/Datasus

Gráfico 9 - Taxa de óbitos por causas externas por dez mil habitantes.

Fonte: elaborado pela autora.

Dados: IBGE/Datasus

Entre os anos de 2007 e 2017, a taxa de mortalidade por causas externas aumentou em todos os municípios da região, exceto Imperatriz, que se manteve estável com uma média de 11 óbitos por causas externas por dez mil habitantes, porém acima da média da região que é 8. Em Governador Edson Lobão e João Lisboa os números caíram nesse mesmo período.

Ainda que os municípios pesquisados tenham restrições diversas e ambientes diferentes, neste estudo se fez uso da análise dos dados da saúde pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, tendo em vista que se objetivou identificar a correlação das variáveis selecionadas para esta pesquisa.

A construção da Tabela 11, a seguir, contou com os seguintes dados dos municípios pertencentes à Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense: despesas liquidadas (Gastos), gasto per capita (PerCap), estabelecimentos de saúde SUS (estab), hospitais do SUS (HOSP), leitos hospitalares do SUS por mil habitantes (Leitos), médicos (MED), enfermeiros (ENF), taxa de

mortalidade geral (MG), taxa de mortalidade infantil (MI) e óbitos por causas externas por dez mil habitantes (OCE). Calculou-se a média dos resultados obtidos das variáveis no período de 2007 a 2017.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação de Pearson entre os dados de saúde

	Gasto	PerCap	Estab	Hosp	Leitos	MED	ENF	MG	MI	OCE
Gastos	1	,779	,998	,946	,997	1,000	1,000	,566	-,334	,575
PerCap	,779	1	,761	,780	,817	,773	,780	,404	-,057	,560
Estab	,998	,761	1	,944	,995	,997	,998	,556	-,339	,544
Hosp	,946	,780	,944	1	,951	,946	,947	,613	-,524	,689
Leitos	,997	,817	,995	,951	1	,996	,998	,579	-,327	,589
MED	1,000	,773	,997	,946	,996	1	1,000	,576	-,343	,582
ENF	1,000	,780	,998	,947	,998	1,000	1	,575	-,338	,580
MG	,566	,404	,556	,613	,579	,576	,575	1	-,548	,782
MI	-,334	-,057	-,339	-,524	-,327	-,343	-,338	-,548	1	-,712
OCE	,575	,560	,544	,689	,589	,582	,580	,782	-,712	1

Fonte: elaborada pela autora.

De acordo com Lopes (2017, p. 96), “Quanto à relação entre as variáveis, é esperada uma correlação positiva entre o insumo utilizado e os produtos alcançados, para a estimação da fronteira de eficiência”. Assim, buscou-se calcular a correlação existente entre as variáveis de saúde descritas nas tabelas anteriores, conforme demonstrado na Tabela 11.

Algumas variáveis estão fortemente correlacionadas positivamente com os *inputs* despesas liquidadas com saúde e gastos per capita, como estabelecimentos de saúde, hospitais, leitos hospitalares, médicos e enfermeiros. As variáveis mortalidade geral

e taxa de óbitos por causa externas têm uma fraca correlação positiva com as outras variáveis, enquanto a variável taxa de mortalidade infantil (MI) se correlaciona negativamente com todas as outras variáveis.

Os municípios pesquisados apresentam restrições diversas e ambientes diferentes, então, neste estudo se fez uso do método DEA entre os indicadores de saúde, tendo em vista que se objetivou identificar a alocação dos recursos em saúde pública pelos municípios da amostra.

Para Araújo (2017, p. 69), "entende-se que as medidas de eficiência são obtidas em função de fronteiras eficientes, que representam o melhor grau de resultados alcançados por meio dos recursos despendidos". Inicialmente agregaram-se os dados regionais coletados de *outputs* e *inputs* dos oito municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense, para medir a fronteira da eficiência por meio da DEA. Utilizam-se das regras preliminares na aplicação do modelo de CCR para consolidar as DMUs eficientes; ambas com orientação aos *inputs*. Na Tabela 12 apresentam-se os resultados pelo método clássico DEA/CCR.

Tabela 12 - Eficiência dos gastos públicos na área da saúde da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense

DMU		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Média
N°	DMU Nome												
1	Buritirana	1,000	0,951	1,000	0,838	1,000	0,621	1,000	1,000	0,724	0,929	1,000	0,915
2	Davinópolis	0,527	1,000	1,000	1,000	1,000	0,711	0,850	1,000	1,000	1,000	1,000	0,917
3	Governador Edison Lobão	1,000	0,900	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,507	1,000	0,935	0,940
4	Imperatriz	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,896	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,991
5	João Lisboa	0,841	1,000	1,000	1,000	1,000	0,971	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,983
6	Montes Altos	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
7	Ribamar Fiquene	0,598	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,963
8	Senador La Rocque	0,992	1,000	1,000	1,000	0,901	0,000	1,000	1,000	0,935	0,938	1,000	0,888

Fonte: elaborada pela autora.

Consideradas as orientações de Bardhan *et al.*, (1998) citados por Marinho (2003), no seu aspecto quantitativo, a DMU (município) somente poderá ser considerada como eficiente quando o nível de eficiência demonstrado for maior ou igual a 98%.

Dessa forma, analisando-se a média do período de 2007 a 2017, demonstrada na Tabela 12, nota-se que dos oito municípios analisados somente três são considerados economicamente eficientes: Imperatriz, João Lisboa e Montes Altos.

Observa-se, na Tabela 12, que apenas um município foi considerado eficiente em todos os anos pesquisados, Montes Altos, destaca-se que nenhum município foi considerado ineficiente em todo o período analisado.

Os dados mencionados referentes à eficiência em saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense não são condiscende com os resultados do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) emitido pelo Ministério da Saúde no ano de 2011.

Esse índice tem como objetivo a aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes utilizando uma escala de 0 a 10, por exemplo: quanto ao acesso, potencial ou obtido, à efetividade da atenção básica, da atenção ambulatorial e hospitalar e das urgências e emergências (MAZON, MASCARENHAS E DALLABRIDA, 2015).

A nota nacional do IDSUS foi de 5,47. O estado do Maranhão obteve a pontuação 5,20 e não está entre as melhores das unidades federativas do Brasil. Ao adentrar no estado, em suas particularidades, verifica-se que o IDSUS dos municípios que compõem a Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense oscila entre 4,85 e 5,43, portanto, até mesmo os considerados eficientes estão abaixo da média nacional.

O município da região considerado o mais ineficiente é Senador La Rocque, que obteve a média de eficiência 88% no período pesquisado. Davinópolis apresentou o pior índice: 52% em 2007. Os gastos per capita dos municípios foram maiores do que o de Montes Altos, que foi considerado eficiente.

De acordo com Mendes (2005), o aumento do gasto em saúde em municípios não significa, necessariamente, a obtenção de maior eficiência na gestão dos recursos. Gastar mais não significa alcançar melhor saúde.

Senador La Rocque, por não divulgar nenhum dado no ano de 2012, não obteve índice de eficiência, logo, a não divulgação das informações prejudica os indicadores do município.

Segundo Marinho (2008, p. 530), “a população residente pode ser razoavelmente rica e saudável, mas a população atendida pode ser muito pobre e doente”. O autor também verifica que “os municípios mais ricos servem de anteparo para os municípios mais pobres”. “Essa realidade transcende as possibilidades de atuação dos gestores locais de saúde”, é o caso de Imperatriz, que é referência para os demais municípios da região, para outros municípios circunvizinhos, e para estados próximos como Tocantins e Pará.

Embora houvesse limitações inerentes à pesquisa, como a dificuldade em localizar os indicadores de mortalidade, os resultados alcançados podem oferecer aos gestores do SUS mecanismos para avaliarem as necessidades de progresso para se conseguir um apropriado padrão de eficiência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação das políticas públicas de saúde municipal deve ser constante e cuidadosa com o financiamento e gasto na saúde, o que é essencial ao gestor do município, a fim de poder melhorar seus resultados.

Nos últimos anos têm-se apurado as constantes frustrações das receitas governamentais, especialmente as dos governos municipais, o que exige do gestor muita atenção, tecnicidade e responsabilidade na aplicação dos recursos por ele gerenciados. No caso da saúde essa aplicação é ainda mais problemática, tendo em vista seu caráter emergencial.

Este estudo objetivou analisar a eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios pertencentes à Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense no período de 2007 a 2017 para a promoção do desenvolvimento regional. Identificar as rubricas que resultam em maiores e melhores efeitos e reconhecer quais as dotações que geram gastos excedentes e favoráveis na saúde pública são lacunas nos estudos da saúde.

Para alcançar o objetivo proposto buscaram-se variáveis que quantificassem os resultados da gestão da saúde pública municipal, para tanto, foi aplicado o método de Análise Envoltória de Dados (DEA).

Na análise das variáveis foram utilizados *inputs* despesas liquidadas com saúde e gasto per capita do SUS. Os *outputs* utilizados foram os estabelecimentos de saúde SUS, hospitais do SUS, leitos hospitalares do SUS por mil habitantes, médicos, enfermeiros, taxa de mortalidade geral, taxa de mortalidade infantil e óbitos por causas externas por dez mil habitantes.

A partir dos resultados verifica-se, em relação às receitas, que as principais fontes são o fundo de participação dos municípios (FPM) e o Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS), ou seja, repasses federais e estaduais.

Já na análise das despesas concentram-se principalmente em três itens: atenção básica, assistência hospitalar e ambulatorial e outras subfunções. Com relação ao percentual exigido pela União, conforme Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais, apenas o município Senador La Rocque não cumpriu esse

percentual nos anos de 2010 e 2012. Os demais cumpriram, e alguns com investimentos bem superiores ao exigido.

Objetivou-se também verificar a correlação existente entre os gastos públicos com saúde realizados pelos municípios com os indicadores socioeconômicos: utilizou-se, então, o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Com essa técnica buscou-se calcular a correlação existente entre os dados de saúde e identificou-se que as variáveis estabelecimentos de saúde, hospitais, leitos hospitalares, médicos, enfermeiros, taxa de mortalidade geral e óbitos por causas externas estão correlacionadas positivamente com despesas liquidadas e gastos per capita, enquanto a variável taxa de mortalidade infantil se correlaciona negativamente com todas as outras variáveis.

Após a aplicação DEA, os resultados apontaram que analisando-se a média do período de 2007 a 2017, das oito DMUs analisadas somente três são consideradas economicamente eficientes: Imperatriz, João Lisboa e Montes Altos.

O município da região considerado o mais ineficiente foi Senador La Rocque, que obteve a média de eficiência no período pesquisado de 88%. O município com o pior índice no período analisado, em 2007 com 52% foi Davinópolis.

Verificaram-se grandes discrepâncias no financiamento e gasto com saúde, que apontam insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis. Enquanto uns municípios recebem poucos recursos para investir em saúde, os que têm mais recursos ficam sobrecarregados com atendimentos de outros municípios, como é o caso de Imperatriz que atende também a população da região.

Dessa forma, recomenda-se a criação de políticas públicas com o propósito de eliminar ou minimizar as diferenças entre os municípios pesquisados, objetivando prover suas necessidades em relação aos recursos financeiros para a saúde, para utilizar melhor os recursos disponíveis.

Sugere-se, para pesquisas futuras, outras metodologias que levem a resultados referentes à saúde pública, utilizando outras técnicas que possam identificar a forma como os recursos públicos são alocados e gerenciados, adotando outras variáveis e indicadores para análise de outras esferas governamentais.

No geral, os resultados encontrados nesta pesquisa confirmam os achados de outros estudos no Brasil e colaboram para o entendimento da gestão da saúde pública dos municípios brasileiros.

Os resultados aqui apresentados e discutidos limitam-se à amostra estudada, como também ao tempo e ao modelo metodológico adotado, não sendo, portanto, passíveis de generalizações a todas as esferas governamentais ou a outros períodos que possam servir de análises.

Os dados alcançados podem contribuir para a implementação de melhores práticas de acompanhamento, controle e avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde, assim como para a inclusão mais ampla da área da saúde no planejamento estratégico regional e nacional de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ANDRADE, Nilton de Aquino. **Contabilidade pública na gestão municipal**. 3. ed.. São Paulo: Atlas, 2007.

ANDRETT, Marcia Cristina da Silva; LUNKES, Rogério João; ROSA, Fabricia; BRIZOLLA, Maria Margarete Baccin. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. **Revista Gestão de Sistema de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, pp. 114-128, maio/agosto, 2018.

ARAUJO NETO, Luiz Medeiros de; FREIRE, Fátima de Souza; PEÑA, Carlos Rosano; CARVALHO, João; Abreu, ANA RITA. **Mensuração da eficiência na gestão pública Portuguesa: Uma Aplicação da Análise Envoltória de Dados**. XX Congresso Brasileiro de Custos – Uberlândia, MG, Brasil, 18 a 20 de novembro de 2013.

ARAÚJO, Ronaldo José Rêgo de. **A estrutura orçamentária e sua produtividade na gestão da saúde pública no Brasil**. Dissertação (Mestrado). – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, UFPB/CCSA. João Pessoa, 2017.

AVKIRAN, Necmi K. **Productivity Analysis in the Service Sector with Data Envelopment Analysis**. 3. ed. 2006. Disponível em: < https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2627576>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988.

_____. **Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os artigos. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 25 fev. 2018.

_____. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. CREA, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados (Lei Eloy Chaves). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm>. Acesso em: 03 nov. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996**. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. (LEI KANDIR). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp87.htm>. Acesso em 24 abr. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/lcp/Lcp101.Htm>. Acesso em 24 mar. 2018.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 22 mar. 2019.

_____. **Lei nº4. 320, de 17 de março de 1964.** Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em 24 mar. 2018.

_____. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03 /leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. **Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1991.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03 /leis/l8142.htm>. Acesso em: 15 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios.** Brasília/DF. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS.** 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136>. Acesso em: 20 nov. 2018.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde Glossário temático: **Manual do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento— DESID – 1. ed.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes

Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BOWLIN, William F. (1998). Measuring Performance: An Introduction to Data Envelopment Analysis (DEA). **The Journal of Cost Analysis**, 7, 3–27.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Revista Saúde Pública**. Estudos Avançados. 27 (78), 2013.

CIELO, Ivanete Daga; SCHMIDT, Carla Maria; WENNINGKAMP, Keila Raquel. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Uma Avaliação do IDSUS no Estado do Paraná (2011). **DRd – Desenvolvimento Regional em debate** (ISSNe 2237-9029) v. 5, n. 1, pp. 211-230, jan./jun. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: MS, 2001. pp. 285-304.

DALCHIAVON, Eloisa Carla; MELO, Cármem Ozana de. Eficiência dos gastos públicos em educação, saúde e trabalho para o desenvolvimento dos municípios paranaenses. **Gestão e Desenvolvimento em Revista**. V. 2, N. 2, jul-dez/2016, pp. 38-49.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de saúde**. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>>. Acesso em 18 ago. 2018.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Demonstrativo da despesa com saúde, Relatório Resumido de Execução Orçamentária / RREO**. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br/consleiorespfiscal.php>>. Acesso em 18 ago. 2018.

FARIA, Flavia Peixoto; JANNUZZI, Paulo de Martino; SILVA, Silvano José da. Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública** — Rio de Janeiro 42(1):155-177, JAN./FEV. 2008.

FERREIRA, Sérgio Guimarães, MORAES, Ricardo Montes de. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. **Informe-se BNDES**, Rio de Janeiro, n. 38, fev. 2002.

FERREIRA, Maria Paula; PITTA, Marcelo Trindade. Avaliação da eficiência técnica na utilização dos recursos do sistema único de saúde na produção ambulatorial. **São Paulo em Perspectiva**. v. 22, n. 2, pp. 55-71. São Paulo-SP. jul./dez. 2008.

FIGUEREDO FILHO, Dalson Brito; SILVA JÚNIOR, José Alexandre. Desvendando os mistérios do coeficiente de correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/politica/issue/view/1/showToc>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FIRJAN. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM)**. Disponível em: <<http://www.firjan.com.br/ifdm/>>. Acesso em 11 de agosto de 2018.

FONSECA, Poty Colaço; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, pp.199-213, 2009.

FLACH, Leonardo; MATTOS, Luísa Karam de; MENDES; Vitor Goedert. **Eficiência dos gastos públicos em saúde nos municípios do Espírito Santo**: um estudo com Análise Envoltória de Dados e Regressão Tobit. XXIV Congresso Brasileiro de Custos – Florianópolis, SC, Brasil, 15 a 17 de novembro de 2017.

FUNAI, Fundação Nacional do Índio. **Terras Indígenas Brasileiras**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>>. Acesso em 14 de outubro de 2019.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (6):3003-3016, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Dados das Cidades**. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma>. Acesso em 19 de fevereiro de 2018.

KAMIMURA, Quésia Postigo; OLIVEIRA, Edson Aparecida Araújo Querido. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. V.9, n. 2. pp. 280 – 300. Taubaté – SP, 2013.

KAMIMURA, Quésia Postigo. **Microrregionalização**: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde de alta e média complexidades no litoral norte paulista. Dissertação (Mestrado). Universidade de Taubaté, 2004.

KOHAMA, Hélio. **Contabilidade pública: teoria e prática**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2): 511-522, 2007.

LOPES, Maria Aparecida Soares. **Eficiência no Gasto Público: análise nas Regiões de Saúde do estado de Minas Gerais**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo, 2017.

LUCCHESI, Patrícia T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública** / Patrícia T. R. Lucchese, coord., Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinias Monerat. Fio Cruz. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MACHADO JUNIOR, Sárís Pinto; IRFFI, Guilherme; BENEGAS, Mauricio. Análise da eficiência técnica dos gastos com educação, saúde e assistência social dos municípios cearenses. **Revista Planejamento e Políticas Públicas** | ppp | n. 36 | jan./jun. 2011.

MAIA, Diego Miranda Machado. **Eficiência técnica no gasto em saúde dos municípios mineradores do estado de Minas Gerais**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG. 2016.

MAKUTA, Innocent; O'HARE, Bernadette. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. **BMC Public Health**. 2015 09 21;15(1):932.

MALIK, Ana Maria; MOTTA, Paulo Roberto. Gestão Pública em Saúde. **Revista Gestão & Saúde**. FGV. Rio de Janeiro – RJ. Abril/2007.

MARANHÃO. **Lei complementar estadual nº 89, de 17 de novembro de 2005**. Disponível em <<http://www.secid.ma.gov.br/files/2015/04/LC-89-RM-SUDOESTE-MARANHENSE.pdf>>. Acesso 23 em janeiro de 2018.

MARINHO, Alexandre. Avaliação da eficiência técnica nos serviços de saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, pp. 515-534. 2003.

MARQUES JR, Liderau dos Santos; OLIVEIRA, Cristiano Aguiar de; LAGEMANN, Eugenio. Federalismo fiscal brasileiro: problemas, dilemas e as competências tributárias. **Revista da Associação Mineira de Direito e Economia**. Minas Gerais. 2007.

MAZON, Luciana Maria; MASCARENHAS, Luis Paulo Gomes; DALLABRIDA, Valdir Roque. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, n.1, pp. 23-33, 2015.

MAZON, Luciana Maria; COLUSSI, Claudia Flemming; SENFF, Carlos Otávio; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil. **Revista Saúde Debate**. RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, pp. 38-51. JAN-MAR, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: Visão Geral**. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, 1986. Anais / 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da saúde, 1987.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde: financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Genebra: 2011. Disponível em: <www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

OZCAN, Yasar A. **Health care benchmarking and performance evaluation: an assessment using Data Envelopment Analysis (DEA)**. Springer. 2008

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**. 2006; 40(N Esp): 73-8. Acesso em 19 fev. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 93p. Coleção Temas em Saúde. 2015. *E-book*. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4>>. Acesso em 15 nov. 2018.

PEÑA, Carlos Rosano. Um Modelo de Avaliação da Eficiência da Administração Pública através do Método Análise Envolvória de Dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea (RAC)**, Curitiba, v. 12, n. 1, pp. 83-106, Jan./Mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v12n1/a05v12n1>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

PORTELLA, André Alves; JESUS, Jessica Ferreira de. Federalismo Fiscal e Descentralização Administrativa: A Deficiência de Autonomia dos Municípios do Baixo Sul da Bahia na Promoção de Ações de Saúde. **Revista de Direito da Cidade**. Vol. 10, nº 2, pp. 834-861, 2018.

QUEIROZ, Maria de Fátima Medeiros de; Silva, Jorge Luiz Mariano da; FIGUEIREDO, Jonilson de Souza; VALE, Fábio Freire Ribeiro do. Eficiência no Gasto Público com Saúde: Uma Análise nos Municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Econ**. NE, Fortaleza, v. 44, n. 3, pp. 761-776, jul-set. 2013.

RAEESI, Pوران; HARATI-KHALILABAD, Touraj; REZAPOUR, Aziz; AZARI, Samad; JAVAN-NOUGHABI, Javad. Effects of private and public health expenditure on health outcomes among countries with different health care systems: 2000 and 2014.

Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI). 2018(1 May); 32.35. Disponível em: <<https://doi.org/10.14196/mjiri.32.35>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

RECH, Andressa Tamara; COMUNELLO, André Luiz; GODARTH, Kellerman Augusto Lemes. Análise da eficiência dos gastos públicos na educação fundamental dos municípios do sudoeste do estado do Paraná. **XXXVIII Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro. 2014.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Organização Pan-Americana Da Saúde**. Brasília – DF. 2008. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/490669/mod_resource/content/1/RIPSA%20Indicadores%20basicos%20para%20a%20saude%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2019.

RÊGO, Izadória Lopes; KAMIMURA, Quésia Postigo; SILVA, José Luis Gomes da. Regionalização da Saúde: Implicações à Construção de Redes de Saúde Interfederativas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. G&DR • v. 14, n. 2, pp. 455-481, jan/2018 (ed. especial), Taubaté, SP, Brasil.

REZENDE, Amaury José; SLOMSKI, Valmor; CORRAR, Luiz João. A gestão pública municipal e a eficiência dos gastos públicos: uma investigação empírica entre as políticas públicas e o índice de desenvolvimento humano (IDH) dos municípios do estado de São Paulo. **Revista Universo Contábil**, ISSN 1809-3337, Blumenau, v. 1, n. 1, p 24 – 40, jan./abr. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SALVADOR, Marina Alvares Côrtes; TERRA, Paula Valéria de Oliveira; ARÊAS, Raquel dos Santos. Política de Saúde no Brasil: história e desafios atuais. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. UFMA. São Luis-MA. 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/politica-de-saude-no-brasil-historia-e-desafios-atuais.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. E-book. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. (Coleção PROPG Digital - UNESP). ISBN 9788579830099. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/109103>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, Ambrozina de Abreu Pereira; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; ABRANTES, Luiz Antônio; BRAGA, Marcelo José. Educação em Minas Gerais: Uma Análise de Eficiência na Alocação de Recursos Públicos. **IV Encontro Mineiro de Administração Pública, Economia Solidária e Gestão Social (IV EMAPEGS)**. 2009. Acesso em: 20 mar. 2019.

SILVA, Ambrozina de Abreu Pereira; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; BRAGA, Marcelo José; ABRANTES, Luiz Antônio. Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança** - Brasília • v. 15 • n. 1 • pp. 96 - 114 • jan/abr 2012.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS**. Dissertação (mestrado). Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro-RJ. 1996.

SOARES, Robson Fernandes; CLEMENTE, Ademir; FREIRE, Fátima de Souza; TELES, Andrei Souza; COELHO, Thereza Christina Bahia; FERREIRA Milla Pauline da Silva. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, pp. 457-470, abr-jun 2017.

SOUZA, Fábila Jaiany Viana; MELO, Mariana Medeiros Dantas de; ARAÚJO, Aneide Oliveira; SILVA, Maurício Corrêa da. **Eficiência dos gastos públicos em assistência hospitalar: um estudo nas capitais brasileiras no período de 2008 a 2010**. HOLOS, Ano 29, Vol 1. 2013.

SOUSA, Rafael da Cruz; BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação**. Palmas-TO, 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TELES, Andrei Souza; COELHO, Thereza Christina Bahia; FERREIRA, Milla Pauline da Silva. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde debate** [online]. 2017, vol.41, n.113, pp.457-470. ISSN 0103-1104.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de Levantamento – FiscSaúde**. 2013. Disponível em: <http://www.tcu.gov.br>. Acesso em: 27 mar. 2019.

VARELA, Patrícia Siqueira; MARTINS, Gilberto de Andrade; FÁVERO, Luiz Paulo Lopes. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. **Revista de Administração**. São Paulo, v.47, n.4, pp.624-637, out./nov./dez. 2012.

VARELA, Patrícia Siqueira; PACHECO, Regina Silvia Viotto Monteiro. Federalismo e Gastos em Saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista Contabilidade & Finanças – USP**, São Paulo, v. 23, n. 59, pp. 116-127, maio/jun./jul./ago. 2012.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup): 1765-1777, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; SILVA, Hudson Pacífico. Saúde e desenvolvimento no Brasil: argumentos para promover a cidadania em tempos difíceis. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 49 | jul./dez. 2017.

APÊNDICE A – Receitas dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

ANO	MUNICÍPIO							
	Buritirana	Davinópolis	Governador Edison Lobão	Imperatriz	João Lisboa	Montes Altos	Ribamar Fiquene	Senador La Rocque
2007	21.937.754,27	19.237.802,24	24.138.018,76	347.904.276,65	38.407.325,26	14.291.991,35	12.403.934,34	35.373.234,20
2008	25.781.098,17	24.598.426,13	25.394.799,74	455.690.468,25	52.126.761,36	15.190.780,58	16.120.450,90	39.223.907,80
2009	24.098.306,57	24.975.207,21	25.818.320,68	476.747.084,19	49.119.391,43	15.997.465,21	17.243.449,62	39.994.014,21
2010	25.665.298,35	20.129.829,86	27.460.189,71	467.092.516,83	50.503.130,54	21.203.586,44	15.787.306,45	36.052.953,16
2011	29.058.839,94	24.544.103,84	33.690.845,28	511.061.153,99	51.299.193,10	19.380.416,14	19.293.987,29	40.982.924,58
2012	26.845.710,12	33.310.885,05	31.543.332,65	569.711.254,92	48.941.401,32	23.152.497,11	20.776.010,43	-
2013	14.271.511,98	14.749.777,23	28.034.934,78	439.440.942,30	28.591.087,49	11.636.859,86	11.324.057,84	20.217.856,17
2014	19.429.737,67	18.508.054,78	23.877.404,95	436.524.025,83	28.480.073,50	12.392.992,63	12.215.200,02	21.794.194,15
2015	18.349.305,89	15.451.765,62	24.394.172,18	419.402.838,56	30.022.725,11	11.101.187,94	10.914.052,62	19.255.554,09
2016	21.343.724,30	16.279.541,23	20.370.724,21	457.388.909,15	30.364.981,13	11.782.158,41	11.780.311,27	20.350.342,86
2017	18.075.316,02	16.828.888,19	21.404.593,10	447.536.897,23	26.482.703,00	11.433.779,97	12.064.410,91	19.578.852,51

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: SIOPS

Nota: Valores expressos em moeda corrente (reais R\$).

Valores atualizados pelo IPCA para março/2019.

APÊNDICE B - Receitas detalhadas em percentual (%) dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

Município	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Média
Buritirana												
Impostos Próprio	2,32	2,00	1,22	1,75	1,34	1,37	1,89	2,58	3,23	2,91	4,96	2,32
ICMS	14,47	3,61	46,43	49,75	7,75	4,74	8,89	7,65	8,30	8,06	9,81	14,47
FPM	46,57	45,40	4,45	5,56	43,55	44,66	68,05	62,72	62,93	62,01	62,97	46,57
Demais Impostos	6,30	9,25	11,94	12,33	9,13	11,40	0,79	0,94	0,87	0,66	0,86	6,30
Receitas Adicionais	30,69	39,74	35,96	38,31	38,23	37,83	20,37	22,41	24,74	26,22	21,46	30,69
Davinópolis												
Impostos Próprio	3,25	1,15	1,35	2,81	1,40	0,68	2,52	8,42	9,64	3,60	3,63	3,25
ICMS	10,93	3,87	4,57	6,54	5,83	29,37	12,83	10,93	11,38	12,45	17,79	10,93
FPM	47,59	39,76	37,35	45,10	41,24	5,37	64,47	57,47	63,11	65,04	58,99	47,59
Demais Impostos	6,10	7,81	9,66	11,52	9,19	11,23	2,38	1,07	1,58	0,37	1,63	6,10
Receitas Adicionais	32,06	47,33	47,08	34,03	42,35	53,34	17,80	22,20	14,36	17,57	18,08	32,06
Governador Edison Lobão												
Impostos Próprio	3,66	1,71	1,91	0,51	0,94	1,41	25,05	1,00	2,94	1,44	1,83	3,66
ICMS	18,48	8,89	12,80	11,23	20,14	9,92	12,50	14,57	13,69	15,78	63,81	18,48
FPM	45,33	48,63	45,29	41,41	37,60	39,20	44,61	63,89	59,97	63,80	17,75	45,33
Demais Impostos	6,11	9,69	9,48	13,44	9,10	9,64	0,80	1,17	2,15	1,19	1,50	6,11
Receitas Adicionais	26,21	31,08	30,51	33,41	32,22	39,83	17,03	16,80	21,35	17,88	15,22	26,21
Imperatriz												
Impostos Próprio	13,68	8,28	8,97	9,91	9,67	13,11	23,58	18,57	16,53	15,04	16,70	18,48
ICMS	19,16	17,09	17,43	16,75	15,29	15,01	17,69	18,46	21,92	26,21	28,36	45,33
FPM	21,52	22,24	19,89	19,61	19,99	17,45	22,72	22,95	22,65	22,51	21,65	6,11
Demais Impostos	16,99	26,94	27,62	28,97	25,22	25,83	4,75	5,40	5,58	4,97	5,65	26,21
Receitas Adicionais	28,70	25,45	26,08	24,76	29,83	28,61	31,26	34,75	33,48	31,43	27,82	3,66

Continua.

Continuação.

João Lisboa

Impostos Próprio	3,46	1,89	4,84	2,08	0,22	1,21	4,14	5,95	4,24	5,29	5,71	45,33
ICMS	8,67	3,91	4,39	4,83	10,58	5,94	11,00	10,97	11,23	12,79	15,05	6,11
FPM	38,84	28,20	28,56	27,01	29,82	30,15	49,76	53,03	46,15	50,86	51,57	26,21
Demais Impostos	9,14	11,66	14,78	14,26	14,60	20,69	1,88	2,26	1,90	2,28	2,76	3,66
Receitas Adicionais	39,90	54,34	47,43	51,83	44,78	41,99	33,22	27,83	36,56	28,85	24,99	18,48

Montes Altos

Impostos Próprio	2,30	1,75	1,25	2,52	2,50	1,53	4,07	2,75	2,89	2,55	1,38	13,68
ICMS	14,67	48,45	7,55	6,31	12,22	6,84	13,47	13,43	15,38	15,29	15,51	19,16
FPM	48,16	7,09	43,84	31,99	39,24	32,05	64,48	61,55	65,88	65,72	59,29	21,52
Demais Impostos	8,64	13,68	16,26	20,67	14,54	9,91	1,07	1,08	1,22	1,33	0,94	16,99
Receitas Adicionais	26,27	29,03	31,09	38,51	31,50	49,67	16,91	21,28	14,74	15,19	22,95	28,70

Ribamar Fiquene

Impostos Próprio	3,54	1,59	2,27	5,43	2,28	1,14	3,64	3,09	5,98	6,42	5,18	3,46
ICMS	9,77	5,44	6,33	8,65	6,87	7,34	13,42	12,33	13,39	13,50	13,70	8,67
FPM	51,88	45,58	40,63	43,21	34,67	35,71	65,60	61,83	66,34	64,79	59,20	38,84
Demais Impostos	5,73	8,23	13,10	9,76	9,07	8,02	1,16	1,19	1,38	1,18	1,15	9,14
Receitas Adicionais	28,02	39,15	37,67	32,96	35,11	47,79	16,18	21,65	12,99	14,19	20,84	39,90

Senador La Rocque

Impostos Próprio	1,87	1,79	1,02	0,98	0,58	-	2,07	2,45	2,68	3,08	2,35	2,30
ICMS	15,03	2,77	35,02	37,78	8,17	-	10,51	11,18	11,82	14,63	15,54	14,67
FPM	42,92	37,42	2,95	4,25	37,06	-	64,87	58,33	63,31	60,31	63,40	48,16
Demais Impostos	5,79	7,88	9,71	11,51	9,07	-	2,39	1,95	2,27	2,02	1,77	8,64
Receitas Adicionais	34,43	50,14	51,31	45,48	45,12	-	20,16	26,16	20,02	20,05	17,02	26,27

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: SIOPS

APÊNDICE C – Despesas liquidadas com saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

ANO	MUNICÍPIO							
	Buritirana	Davinópolis	Governador Edison Lobão	Imperatriz	João Lisboa	Montes Altos	Ribamar Fiquene	Senador La Rocque
07	5.235.758,33	4.264.200,00	2.247.597,66	113.296.572,16	8.553.436,29	5.380.866,83	3.221.171,30	6.494.788,56
2008	8.902.789,76	3.716.027,52	13.686.309,25	164.211.154,93	11.876.408,27	4.941.168,57	2.626.332,36	5.617.035,18
2009	8.652.178,50	5.197.186,75	11.429.166,25	182.517.110,21	11.810.285,73	8.204.397,31	3.647.481,24	8.844.610,88
2010	12.402956,54	5.104.563,59	7.646.548,86	191.007.426,89	13.132.963,63	8.653.217,04	3.624.940,69	8.573.996,15
2011	8.245.380,03	5.180.389,66	8.688.692,54	203.931.484,52	13.041.606,87	6.305.454,98	2.966.425,12	8.934.228,75
2012	5.399.269,22	5.915.796,39	4.988.461,11	196.937.005,91	13.494.497,22	4.779.428,82	3.154.738,23	0
2013	7.227.634,99	7.247.033,89	6.930.360,46	229.325.403,30	13.080.376,40	7.298.047,43	4.199.585,03	10.319.310,61
2014	7.878.017,60	6.706.067,59	6.936.999,69	224.081.598,52	13.534.255,33	7.597.023,35	4.776.645,55	7.659.795,97
2015	6.277.856,85	4.362.152,39	12.011.437,11	215.572.463,49	10.975.206,90	5.798.679,94	3.180.327,06	6.840.836,06
2016	7.877.763,27	5.242.218,98	6.445.898,36	236.955.978,83	12.571.522,68	4.783.182,26	3.759.771,22	7.969.706,45
2017	7.029.531,81	4.881.205,39	7.580.305,77	214.093.756,57	12.060.235,34	4.940.630,30	2.514.786,86	6.563.655,95

Fonte: elaborada pela autora..

Dados: SIOPS

Nota: Valores expressos em moeda corrente (reais R\$).

Valores atualizados pelo IPCA para março/2019.

APÊNDICE D – Detalhamento em percentual (%) das despesas liquidas com saúde dos municípios da Região Metropolitana do Sudoeste Maranhense.

Município	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Buritirana											
Atenção Básica	0,00	15,56	19,43	32,12	19,27	53,39	56,08	44,13	63,06	59,84	76,32
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	53,96	9,92	4,36	1,66	19,23	21,89	17,93	34,37	8,83	5,04	3,70
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	1,57	0,75	1,66	2,27	2,69	2,61	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,88	0,62	0,54
Vigilância Epidemiológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,59	2,67	2,21	2,68
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	4,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	46,04	72,94	75,46	59,76	59,23	22,03	23,38	18,89	24,56	32,30	16,75
Davinópolis											
Atenção Básica	14,00	30,78	31,24	30,48	29,26	13,23	45,87	23,50	31,07	24,00	33,41
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	35,11	24,74	16,44	41,40	27,47	41,49	47,05	63,97	48,96	63,04	50,66
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	2,67	1,44	0,30	0,10	1,22	0,96	0,60	7,39	0,00	0,00	0,07
Vigilância Epidemiológica	1,78	1,44	0,16	0,17	0,06	1,82	0,12	0,73	0,02	0,04	0,55
Alimentação e Nutrição	0,89	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	45,56	40,65	51,85	27,86	41,99	42,51	6,35	4,41	19,95	12,92	15,32
Governador Edison Lobão											
Atenção Básica	0,00	0,16	1,34	29,22	27,25	38,85	26,03	29,36	73,25	56,62	37,90
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	85,14	8,35	45,08	23,86	17,88	17,86	43,56	47,82	19,26	0,00	0,60

Continua.

Continuação.

Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	14,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,23
Vigilância Sanitária	0,00	3,03	7,28	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	3,63	3,61	0,88
Vigilância Epidemiológica	1,45	0,00	0,00	0,39	0,22	0,00	1,83	0,00	0,02	0,00	1,71
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	13,41	88,46	31,35	46,53	54,64	43,29	28,50	22,81	3,85	39,78	57,66
Imperatriz											
Atenção Básica	12,71	23,94	21,11	14,53	13,77	14,41	12,33	15,45	18,50	18,06	18,83
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	55,66	52,68	45,80	47,36	49,41	46,13	44,82	53,31	68,13	71,44	69,44
Suporte Profilático e Terapêutico	1,29	0,25	0,26	0,95	0,99	1,12	0,89	3,76	1,47	1,43	1,34
Vigilância Sanitária	1,64	0,22	0,19	0,09	0,12	0,12	0,20	0,44	0,20	2,91	2,54
Vigilância Epidemiológica	1,04	0,28	0,63	2,90	3,73	3,94	3,28	4,39	5,66	3,38	3,49
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	27,67	22,63	32,01	34,18	31,99	34,28	38,47	22,62	6,04	2,77	4,36
João Lisboa											
Atenção Básica	29,32	22,13	31,89	64,26	29,70	57,77	36,37	55,85	43,26	37,91	45,76
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	52,87	45,61	31,22	0,00	0,00	0,00	31,18	39,73	49,86	48,17	28,60
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,18	3,30	2,77	2,59
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,08	0,55	0,40	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	1,42	0,45	1,56	0,01	0,00	0,00	3,12	2,18	2,91	2,15	2,58
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	16,38	31,81	35,25	35,19	69,90	40,58	29,34	0,05	0,67	8,99	20,47
Montes Altos											
Atenção Básica	39,50	29,41	29,02	31,36	44,08	27,92	38,27	33,96	49,76	45,10	19,63

Continua.

Continuação

Assistência Hospitalar e Ambulatorial	6,34	45,84	33,35	39,04	16,12	4,84	19,37	12,36	12,01	16,09	37,26
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	1,23	1,51	1,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	1,58	1,62	1,84	1,09	2,17	0,00	1,42	0,00	0,00	0,00	0,00
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	51,34	21,61	34,74	28,50	37,63	67,24	40,94	53,68	38,23	38,81	43,12
Ribamar Fiquene											
Atenção Básica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	54,51	16,69	31,95	37,48	50,09	44,34
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	69,36	49,89	27,43	33,54	43,99	45,49	2,69	16,59	9,93	2,68	0,74
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,20	4,46	4,55	3,84
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	30,64	50,11	72,57	66,46	56,01	0,00	78,95	49,25	48,13	42,68	51,08
Senador La Rocque											
Atenção Básica	8,70	12,49	16,53	15,61	12,63	0,00	18,87	89,37	95,17	92,17	83,19
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	79,02	63,26	48,22	41,96	33,08	0,00	49,38	4,12	1,78	3,81	5,45
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,34	1,04	3,61
Vigilância Epidemiológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,08	2,71	2,98	1,71
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45
Outras Subfunções	12,27	24,25	35,23	42,43	54,29	0,00	31,55	3,32	0,00	0,00	5,58

Fonte: elaborada pela autora.

Dados: SIOPS