



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MARCELO ORTEGA MASSAMBANI

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS GASTOS COM SAÚDE
PÚBLICA DOS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS PARANAENSES**

Londrina
2013

MARCELO ORTEGA MASSAMBANI

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS GASTOS COM SAÚDE
PÚBLICA DOS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS PARANAENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia Regional (PPE), Mestrado, da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Sidnei Pereira do Nascimento

Londrina
2013

MARCELO ORTEGA MASSAMBANI

**AVALIAÇÃO ECONÔMICA DOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA
DOS PRINCIPAIS MUNICÍPIOS PARANAENSES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Economia Regional (PPE), Mestrado, da Universidade Estadual de Londrina, para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sidnei Pereira do Nascimento
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profª. Dra. Marcia Regina Gabardo da Camara
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Aricieri Devidé Junior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 28 de Junho de 2013.

*“Aos amores da minha vida:
Dayane e Enzo”*

AGRADECIMENTOS

Deus, muito obrigado, Contigo tudo se torna possível.

À minha esposa Dayane Mafra Massambani por todos os momentos de nossas vidas, por sempre acreditar em mim e apoiar-me nas minhas decisões desde que nos conhecemos em 1997, por ser essa pessoa maravilhosa, amorosa e carinhosa, por nunca me deixar desanimar e nem desistir de meus objetivos. “Tuca você é tudo pra mim”.

Ao meu bebê Enzo, por cada sorriso, abraço, carinho e felicidade expressados, isso me motiva cada dia mais seguir em frente e me mostra o quanto sou amado incondicionalmente; por ter mudado a minha vida completamente e me fazer entender o verdadeiro significado da palavra Pai.

Aos professores do Mestrado em Economia Regional, em especial à Marcia Regina Gabardo da Camara pelo seu apoio incondicional, competência e pelo seu amor à vida acadêmica e também ao meu orientador Sidnei Pereira do Nascimento pelo conhecimento repassado e por acreditar em mim e incentivar-me em todos os momentos. Ao professor Aricieri Devidé Junior por compor a minha banca de qualificação e de defesa.

Aos meus amigos do mestrado que sempre estiveram ao meu lado e pelo conhecimento compartilhado, em especial Sarah Silveira Diniz, Emerson Esteves, Wesley Lídio e Joel Ferracioli pelos dias e dias que passamos juntos trancados na sala de estudo aprimorando nossos conhecimentos e dividindo a mesma realidade e amizade.

À minha irmã, ao meu irmão, aos meus cunhados Adelar, Alex, Juninho, Rosana e Edna que sempre me apoiaram, à minha Sogra que cuidou muito do meu filho enquanto eu desenvolvia essa dissertação, ao meu Sogro pelo apoio, à minha Mãezinha que sempre acreditou no meu potencial e em memória de meu Paizinho que sempre me incentivou nos estudos e que sempre se orgulhou de mim.

Aos meus grandes amigos Gelson Emilio dos Santos e José Carlos Reis de Souza por acreditarem em mim no desenvolvimento desse trabalho e pelo incentivo ao meu desenvolvimento acadêmico.

À Universidade Estadual de Londrina pela oportunidade de desenvolvimento acadêmico.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação Araucária pelo apoio financeiro.

A todos os demais amigos e parentes que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho e que sempre estiveram ao meu lado.

MASSAMBANI, Marcelo Ortega. **Avaliação econômica dos gastos com saúde pública dos principais municípios paranaenses**. 2013. 152 f. Dissertação (Mestrado em Economia Regional) - Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2013.

RESUMO

O objetivo da pesquisa é analisar os gastos e os principais indicadores de saúde pública, comparativamente entre os principais municípios e suas Regionais de Saúde do estado do Paraná no período de 2000 a 2011. Os procedimentos metodológicos adotados para a realização do estudo envolvem a revisão dos aspectos teóricos, coleta dos dados, a criação de Indicadores de Qualidade da Saúde e a aplicação do modelo econométrico denominado de Ajustes de Poligonais. A base de dados parte do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, que após tabulado, foi atualizado pelo Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna e agrupado por municípios e ou Regionais de Saúde, os dados sobre mortalidade infantil municipal partem do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Informática do SUS, os dados de internamentos foram coletados do Ministério da Saúde pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. A hipótese deste trabalho é que as legislações na área de saúde pública causaram impactos nos indicadores de desempenho, nas Regionais de Saúde e nos municípios, ou seja, podem ser verificadas as possíveis diferenças e assimetrias regionais, após a implementação do novo marco institucional do “Pacto pela Saúde” em 2006. Os resultados encontrados revelam que houve evolução positiva nos gastos com saúde pública per capita em todas as regiões brasileiras no período em análise, inclusive para o estado do Paraná. Em nível municipal constatou-se que Londrina possui gastos superiores aos demais municípios analisados, porém com a menor taxa de crescimento, apenas 4,5% em doze anos, enquanto Maringá cresceu 27%, Curitiba 48,6%, e Foz do Iguaçu 114,2%. Pelo Indicador de Qualidade da Saúde que relaciona os gastos per capita em saúde pública à taxa de mortalidade infantil, constatou-se que Londrina possui o pior índice, com um crescimento de apenas 47,7%, Maringá, por exemplo, cresceu 105,6%, Curitiba 116,5%, Foz do Iguaçu 171,2%, o Paraná 170,0% e o Brasil, com o melhor índice e um crescimento de 190,2%. As análises dos resultados do modelo de ajustes de poligonais mostram que, após a quebra estrutural, Londrina apresenta, em média, um crescimento na participação dos gastos públicos com saúde de 3,86% comparado à Curitiba, de 2,50% em relação à Maringá e de 2,71% em relação ao município de Foz do Iguaçu. Na média, Londrina obteve participação superior nos gastos totais com saúde pública per capita de 22,29%, 11,34% e 34,59% comparativamente entre os municípios de Curitiba; Maringá e Foz do Iguaçu respectivamente.

Palavras-chave: Gastos públicos com saúde. Ajustes de poligonais. Indicadores de qualidade da saúde.

MASSAMBANI, Marcelo Ortega. **Economic evaluation of public health expenditures of principal cities paranaenses**. 2013. 152 f. Dissertation (Master's Degree in Regional Economics) - State University of Londrina, Londrina. 2013.

ABSTRACT

The objective of the research is to analyze the costs and key public health indicators compared between the major cities and their regional health state of Paraná in the period 2000-2011. The methodological procedures adopted for the study involves a review of the theoretical aspects, data collection, creation of Quality Indicators of Health and the application of econometric model called Polygonal Adjustments. The database part of the Information System on Public Health Budget, that after tabbed, was updated by the General Price Index Domestic Availability and clustered by municipalities, or Regional Health, data on infant mortality municipal depart from the Information System Mortality of the Department of the SUS admissions data were collected from the Ministry of Health by the Hospital Information System of SUS. The hypothesis is that the laws in the area of public health impacts caused in the performance indicators, the Regional Health Authorities and municipalities, i.e., can be checked the possible differences and asymmetries, after the implementation of the new institutional framework "Health Pact" in 2006. The results showed that there were positive developments in public health spending per capita in all regions of Brazil in the period, including the state of Paraná. At the municipal level it was found that Londrina has spent higher than other municipalities analyzed, but with a lower growth rate, only 4.5% in twelve years, while Maringá grew 27%, 48.6% Curitiba and Foz do Iguaçu 114.2%. By Quality Indicator of Health that lists the per capita spending on public health to infant mortality, it was found that Londrina has the worst record, with a growth of only 47.7%, Maringá, for example, grew 105.6 %, 116.5% Curitiba, Foz do Iguaçu 171.2%, 170.0% and the Paraná Brazil, with the best rate and an increase of 190.2%. The analysis of the model results show that polygonal adjustments after the structural break, Londrina has, on average, an increase in the share of public spending on health was 3.86% compared to Curitiba, from 2.50% in relation to Maringá and 2.71% against the city of Foz do Iguaçu. On average, Londrina obtained participation in higher total health spending per capita public of 22.29%, 11.34% and 34.59% compared between the cities of Curitiba, Maringá and Foz do Iguaçu respectively.

Keywords: Public expenditure on health. Polygonal adjustments. Quality indicators of health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de variação dos gastos com saúde pública per capita do Estado do Paraná no período de 2001 a 2011.....	63
Tabela 2 – Taxa de variação trienal dos gastos com saúde pública per capita das Regionais de Saúde do estado do Paraná.....	72
Tabela 3 – Resultados de Londrina versus Demais Municípios da 17ª Regional de Saúde.	114
Tabela 4 – Resultados de Curitiba versus Demais Municípios da 2ª Regional de Saúde.	116
Tabela 5 – Resultados de Maringá versus Demais Municípios da 15ª Regional de Saúde.	118
Tabela 6 – Resultados de Foz do Iguaçu versus Demais Municípios da 9ª Regional de Saúde.	121
Tabela 7 – Taxa de variação dos gastos com saúde pública dos principais municípios.....	122
Tabela 8 – Resultados de Londrina versus Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu.....	127
Tabela 9 – Resultados de Curitiba versus Maringá.	129

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gastos com saúde pública per capita em países selecionados das Américas (valores em dólar internacional a preços correntes).....	55
Gráfico 2 – Gastos com saúde pública per capita da Espanha, Itália, Japão, França e Alemanha no período de 2000 a 2011 (valores em dólar internacional a preços correntes).....	56
Gráfico 3 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita do Brasil no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).....	57
Gráfico 4 – Taxas de mortalidade infantil em países das Américas para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2011.....	58
Gráfico 5 – Taxas de mortalidade infantil da Espanha, Itália, França, Alemanha e Japão para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2011.....	59
Gráfico 6 – Taxas de mortalidade infantil até 5 anos de vida para cada 1000 nascidos vivos em países selecionados da América para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2011 e objetivo a ser alcançado até 2015.....	60
Gráfico 7 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita das regiões brasileiras no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).....	62
Gráfico 8 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita dos Estados da Região Sul do Brasil no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).....	63
Gráfico 9 – Percentual mínimo exigido pela EC29/2000 e percentual máximo aplicado pelo estado do Paraná no período de 2000 a 2011.....	64
Gráfico 10 –Quantidade de Estados que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000 no período de 2000 a 2011.....	65
Gráfico 11 –Quantidade de municípios do estado do Paraná que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000 no período de 2000 a 2011.....	65
Gráfico 12 –Modelo hipotético com quebra de estrutura.....	81
Gráfico 13 –Gastos per capita com saúde pública dos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	89
Gráfico 14 –Taxa de crescimento dos gastos per capita com saúde pública para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	89

Gráfico 15 –Comparativo dos gastos públicos com pessoal da área de saúde per capita para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá, Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	91
Gráfico 16 –Tendência dos gastos públicos com pessoal da área de saúde para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).	91
Gráfico 17 –Percentual dos gastos públicos com pessoal da área de saúde em relação aos gastos totais com saúde pública dos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010.....	92
Gráfico 18 –Percentuais aplicados na área da saúde pelos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 em função da EC29/2000.....	93
Gráfico 19 –Tendência dos percentuais aplicados na área da saúde pelos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 em função da EC29/2000. (2002 = 100).....	93
Gráfico 20 –Comparativo para Londrina dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).	95
Gráfico 21 –Comparativo para Londrina dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	95
Gráfico 22 –Comparativo para Curitiba dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	97
Gráfico 23 –Comparativo para Curitiba dos per capita com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	98
Gráfico 24 –Comparativo para Maringá dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	98

Gráfico 25 –Comparativo para Maringá dos gastos totais com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	99
Gráfico 26 –Comparativo para Foz do Iguaçu dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	100
Gráfico 27 –Comparativo para Foz do Iguaçu dos gastos totais com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).....	100
Gráfico 28 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).....	102
Gráfico 29 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de Londrina e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).	103
Gráfico 30 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos em relação aos internamentos para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).....	104
Gráfico 31 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação aos internamentos para os municípios de Londrina e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).....	105
Gráfico 32 –Taxa de mortalidade em pacientes internados para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010.....	105
Gráfico 33 –Tendência da média de permanência de pacientes internados nos municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002=100).....	106
Gráfico 34 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação às consultas em nível de atenção básica para os municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).....	107

Gráfico 35 –Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação aos atendimentos específicos em nível de atenção básica para os municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).	108
Gráfico 36 –Índice IPARDES de desempenho municipal dos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá para os anos disponíveis.	109
Gráfico 37 –Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde.	113
Gráfico 38 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação aos demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).	113
Gráfico 39 –Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde.	115
Gráfico 40 - Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Curitiba em relação aos demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).	116
Gráfico 41 –Participação do Município de Maringá nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde.	118
Gráfico 42 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Maringá em relação aos demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).	118
Gráfico 43 –Participação do Município de Foz do Iguaçu nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde.	120
Gráfico 44 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Foz do Iguaçu em relação aos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).	120
Gráfico 45 –Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Maringá.	123
Gráfico 46 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Maringá (ano 2000 = 100).	123
Gráfico 47 –Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Curitiba.	125

Gráfico 48 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Curitiba (ano 2000 = 100).	125
Gráfico 49 – Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.	126
Gráfico 50 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Foz do Iguaçu (ano 2000 = 100).....	127
Gráfico 51 –Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação ao Município de Maringá.....	128
Gráfico 52 –Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Curitiba em relação ao município de Maringá (ano 2000 = 100).....	128
Gráfico 53 –Participação do Município de Maringá nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.	130
Gráfico 54 –Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.	130
Gráfico 55 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Londrina no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	148
Gráfico 56 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Maringá no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	148
Gráfico 57 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Curitiba no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	149
Gráfico 58 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	149
Gráfico 59 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do Brasil no período de 2002 a 2010.....	149
Gráfico 60 –Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do Paraná no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).....	150

Gráfico 61 –Evolução do número total de internamentos nos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).	151
Gráfico 62 –Evolução do número de internamentos de pacientes residentes nos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).	151
Gráfico 63 –Evolução do número de internamentos de pacientes não residentes nos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).	151
Gráfico 64 –Percentual de internamentos de pacientes não residentes em relação ao número total de internamentos nos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá. (2002 = 100).	152

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa da distribuição dos gastos públicos com saúde per capita, por municípios e por média trienal, do estado do Paraná para o período de 2000 a 2011. 67
- Figura 2** – Mapa da distribuição dos gastos públicos com saúde per capita por municípios do estado do Paraná para o ano de 2011. 68
- Figura 3** – Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Paraná. 71
- Figura 4** – Mapa da distribuição por categorias dos gastos per capita com saúde pública por Regionais de Saúde do estado do Paraná e por Triênio. 73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Leis e Normas do Sistema Único de Saúde nos anos 90.....	44
Quadro 2 – Portarias e Normas do Sistema Único de Saúde após o ano 2000.	49
Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano Global para o ano de 2011.....	61
Quadro 4 – Regionais de Saúde e sua abrangência municipal.	70
Quadro 5 – Consórcios de Saúde das Regionais de Saúde paranaenses.	75
Quadro 6 – Grupos Homogêneos.	79
Quadro 7 – Resultados dos testes econométricos.....	111
Quadro 8 – Interpretação das variáveis do modelo de ajustes de poligonais.	112

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 ASPECTOS TEÓRICOS DO FEDERALISMO FISCAL E DOS GASTOS PÚBLICOS	23
1.1 A NECESSIDADE DA PRESENÇA DO ESTADO E SUAS FUNÇÕES	23
1.2 OS PRINCÍPIOS DA TEORIA DA TRIBUTAÇÃO E O FINANCIAMENTO DO ESTADO	25
1.3 O FEDERALISMO FISCAL.....	28
1.4 AS RECEITAS E OS GASTOS PÚBLICOS	29
1.5 OS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE.....	32
2 EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ	35
2.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE NO MUNDO	35
2.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS.....	37
2.2.1 O Sistema de Saúde no Período Desenvolvimentista.....	37
2.2.2 A Constituição Federal de 1988: A Introdução do Direito Universal à Saúde.....	41
2.2.3 Os Desafios da Construção do SUS nos Anos 90	43
2.2.4 O Ministério da Saúde após o Ano 2000: Financiamento e Normatização.....	48
2.3 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO MUNDO.....	55
2.4 OS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E POR REGIÕES BRASILEIRAS.....	61
2.5 AS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	68
2.6 OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE MUNICIPAIS DO ESTADO DO PARANÁ.....	73
3 METODOLOGIA	78
3.1 BASE DE DADOS, DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS E PROCEDIMENTO DE PESQUISA	78
3.2 O MODELO DE AJUSTES DE POLIGONAIS	80
3.3 INDICADORES SELECIONADOS DE QUALIDADE DA SAÚDE	84

4	ANÁLISE DE RESULTADOS NOS MUNICÍPIOS E REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	88
4.1	ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE DA SAÚDE MUNICIPAIS	88
4.2	ANÁLISE DO MODELO DE AJUSTES DE POLIGONAIS	110
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICES	143
	APÊNDICE A – Regionais de Saúde e seus municípios de abrangência.....	143
	APÊNDICE B – Taxas de crescimento dos gastos com saúde pública das regionais de saúde do estado do Paraná	147
	APÊNDICE C – Comparativo das taxas de mortalidade per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos.....	148
	APÊNDICE D – Comparativo municipal de internamentos de pacientes residentes e não residentes.	151

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil apresentou mudanças significativas nas últimas décadas com a queda da mortalidade infantil, com a melhora na expectativa de vida, com a erradicação de doenças e a incorporação de tecnologias de ponta. No entanto, a política de saúde no país percorreu um extenso caminho até o surgimento do Sistema Único de Saúde, após a Constituição Federal de 1988, que introduziu o direito universal à saúde como direito de cidadania garantido pelo Estado. Esse modelo de saúde, baseado nos princípios da universalidade e integralidade, aumentou as demandas e a influência sobre os gastos públicos, mas sem a garantia de alocação de recursos em volume suficiente para atender às novas necessidades. Dessa forma, legislou-se e normatizou-se o sistema na tentativa de melhorar o setor de saúde no país. Diante das diversas normas e legislações acerca da saúde pública, destaca-se no ano de 2006 a instituição do “Pacto pela Saúde” que abrange o Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS.

Os indicadores de gastos com saúde pública contribuem no entendimento do nível relativo do gasto público em saúde ao nível mundial. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, o Brasil está entre os países com maior população; no entanto, os recursos gastos com saúde são inferiores aos verificados em países desenvolvidos. Os Estados Unidos da América, no ano de 2011, por exemplo, gastaram \$3.954,20 dólares internacionais per capita em saúde pública, enquanto o Brasil gastou apenas \$477,00. Outros países como Canadá, Japão, Argentina e México gastaram, no mesmo ano, respectivamente \$3.182,60, \$2.539,60, \$869,40 e \$464,90 dólares internacionais per capita. Países como a Alemanha, França e Itália gastaram respectivamente \$3.315,90, \$3.135,20 e \$2.417,40 dólares per capita em saúde pública. É possível observar a disparidade relacionada aos gastos com saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento; por exemplo, os EUA gastaram um montante superior a oito vezes ao montante gasto pelo Brasil; o Japão cerca de cinco vezes mais e a Argentina, que é um país em desenvolvimento assim como o Brasil, gastou quase o dobro; entretanto, o México possui gastos equivalentes ao Brasil relacionados aos gastos com saúde per capita.

A taxa de mortalidade infantil de crianças até um ano de idade, para cada 1000 nascidos vivos, também é considerado um bom indicador de saúde a nível mundial, de acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil possuía uma taxa de mortalidade infantil em 1990 de aproximadamente 49 mortes para cada 1000 nascidos vivos, essa quantidade aproximou-se de 14 mortes em 2011. No entanto, os Estados Unidos

possuíam uma taxa de mortalidade infantil de aproximadamente 9 mortes em 1990, esse valor caiu para 7 no ano 2000 e reduziu-se para 6 em 2011; para o Canadá essa taxa corresponde a 7 em 1990 com queda ao patamar de aproximadamente 5 mortes para cada 1000 nascidos vivos em 2011. Nesse mesmo ano o Brasil está em 85º colocado no ranking relacionado à taxa de mortalidade infantil até um ano de vida, com cerca de 14 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, igualando-se a países como Peru e Tunísia. Outros países das Américas, tais como: Venezuela, México, Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Cuba estão melhores colocados nesse quesito em relação ao Brasil.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para o ano de 2011, o Brasil é considerado um país com elevado IDH, porém está situado na 84ª posição com um IDH de 0,718. Países como a Noruega, Austrália, Holanda e EUA possuem um desenvolvimento humano mais elevado e estão classificados, respectivamente, de primeira a quarta posição no ranking geral, com IDH de 0,943; 0,929; 0,910; 0,910 consecutivamente. Países como Peru e Equador também estão em melhores posições que o Brasil. Os indicadores citados demonstram que o Brasil precisa evoluir e melhor investir no setor de saúde pública para alcançar os patamares internacionais.

Nas regiões brasileiras, observa-se que houve evolução positiva nos gastos com saúde pública per capita no período de 2000 a 2011. As regiões Centro-Oeste e Sudeste destacaram-se com uma taxa de crescimento superior às demais regiões, essa com crescimento de 83,46% e aquela com 117,00% nos doze anos compreendidos na análise. A região Norte possui o menor valor per capita dos gastos com saúde pública em praticamente todo período analisado, mas com um crescimento razoável de 88,01%; a região Nordeste obteve a maior taxa de crescimento, com cerca de 134,84% e a região Sul com mais de 84,34% nos doze anos analisados.

Para os estados da região sul do país, no período de 2000 a 2011, o crescimento nos gastos com saúde per capita foi de aproximadamente 73,40% para o estado do Rio Grande do Sul, 130,21% para o estado de Santa Catarina e 74,20% para o Paraná, esse gastou, em média, o montante de R\$ 241,66 no ano 2000, R\$ 306,86 em 2006 e R\$ 420,99 em 2011. Os municípios paranaenses de Curitiba, Londrina, Maringá e Foz do Iguaçu, juntamente com os municípios que compõe as suas Regionais de Saúde, representam, em média, 56% dos gastos totais com saúde pública de todo o estado do Paraná, por isso são considerados como os principais municípios paranaenses nesse estudo, além de Londrina e Curitiba serem considerados municípios de referência para tratamentos de média e alta complexidade, com estrutura de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.

O município de Londrina possui gastos per capita em saúde pública superiores aos demais municípios, cujo valor representava R\$ 579,53 no ano de 2000 e passou a representar o montante de R\$ 605,60 em 2011; nesse mesmo período Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu gastaram respectivamente R\$ 422,72; R\$ 363,48 e R\$ 280,19 para o ano de 2000 e R\$ 537,39; R\$ 540,06 e R\$ 600,12 para o ano de 2011. No entanto, a taxa de crescimento dos gastos, para o município de Londrina, mostrou-se inferior aos demais municípios analisados, com apenas 4,5% de crescimento em doze anos, o município de Maringá possuiu uma taxa de crescimento de 27,2%, Curitiba com 48,6% e Foz do Iguaçu com 114,2% no mesmo período.

Em relação aos níveis de mortalidade infantil per capita em crianças menores de 1 ano, todos os municípios possuem trajetória de queda no período de 2002 a 2010. O Brasil e o município de Foz do Iguaçu com queda de 38,52%, o estado do Paraná com 39,29%, Curitiba possui queda de 34,01%, Maringá reduz para 31,72% os níveis de mortalidade e Londrina possui apenas 10,89% de queda no mesmo período de análise. Em relação aos níveis de internamentos, o município de Maringá aumentou a quantidade de pacientes internados; os demais municípios reduziram. Pelo gasto público em saúde per capita observa-se que, em geral, Maringá possui a melhor relação com o indicador, seguido de Londrina e Curitiba.

Os Indicadores de Qualidade da Saúde selecionados apresentam resultados satisfatórios, elencam os municípios de acordo com seu desempenho e pelos níveis dos gastos com saúde pública per capita, relacionados aos níveis de mortalidade infantil e internamentos hospitalares.

A regionalização é uma tática necessária do Sistema Único de Saúde, com o intuito de garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, distribuir melhor os gastos otimizando os recursos, promover a equidade, integralizar a atenção à saúde e potencializar a descentralização. Nesse sentido, o “Pacto pela Saúde” sugere que, no âmbito municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde, nas Regionais de Saúde os serviços especializados e na macrorregião de saúde os serviços especializados de alta complexidade tecnológica.

A saúde pública é de suma importância para toda a sociedade, segundo Winslow (1920, p. 30) ela é “[...] the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts [...]”, ou seja, é a arte e a ciência na prevenção de doenças e melhoria da vida da comunidade, com ações para o desenvolvimento de uma estrutura social, que garanta a cada indivíduo um

padrão de vida adequado à manutenção de sua saúde. A saúde não é somente a ausência de enfermidades, mas sim o bem estar físico, mental e social de cada indivíduo da sociedade. No Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Em relação aos problemas crônicos relacionados à saúde pública, destacam-se: a baixa qualidade nos serviços, a demora no atendimento nos centros de saúde ou nos hospitais da rede pública, que geram filas com longo tempo de espera, a corrupção, a falta de estrutura, sucateamentos dos aparelhos, entre outros problemas motivam e justificam esse trabalho de análise comparativa municipal e de qualidade do setor de acordo com a similaridade entre os municípios e regionais de saúde. Com a autonomia municipal na gestão dos gastos com saúde torna-se possível, com uma administração mais eficiente, a melhoria dos indicadores do setor e da qualidade de vida da população. Nesse sentido, uma avaliação comparativa em nível municipal pode colaborar na adoção de modelos de gestão e de política com maior eficiência.

No estado do Paraná, a carência de pesquisas na área de saúde pública em nível municipal e regional, bem como a importância política e econômica do assunto justificam essa pesquisa. Esse estudo visa complementar e ampliar as pesquisas do setor de saúde em nível municipal. Salienta-se, ainda, a importância de estudos ligados ao setor de saúde da economia, que são de grande relevância para a sociedade, principalmente para seu bem-estar social. Esse estudo utiliza metodologia inovadora para o setor de saúde paranaense, colaborando na identificação das diferenças regionais a partir do modelo de ajustes de poligonais, após os impactos da legislação, relacionadas aos gastos com saúde pública e da qualidade do setor.

Diante da importância do setor saúde em nível mundial e dos problemas destacados questionam-se: como se comportam os gastos com saúde pública nos principais municípios paranaenses? O novo marco institucional denominado “Pacto pela Saúde” modificou os indicadores de saúde dos principais municípios do Paraná?

O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar os gastos e os principais indicadores de saúde pública, comparativamente entre os principais municípios e suas Regionais de Saúde do estado do Paraná no período de 2000 a 2011. Os objetivos específicos são: verificar a evolução dos gastos públicos com saúde dos principais municípios do Estado do Paraná; verificar através da análise econométrica denominada de modelo de Ajuste de Poligonais as possíveis diferenças intrarregionais e intermunicipais no que diz respeito aos gastos públicos com saúde dos principais municípios e Regionais de Saúde paranaense; verificar os impactos dos gastos com saúde pública sobre os indicadores

econômicos, nominados de Índices de Qualidade da Saúde, para os principais municípios paranaenses; testar os impactos da legislação, referente ao novo marco institucional denominado “Pacto pela Saúde”, nos gastos em saúde pública nos principais municípios e Regionais de Saúde do estado do Paraná.

A hipótese deste trabalho é que as legislações na área de saúde pública causaram impactos nas Regionais de Saúde e nos municípios, com velocidade e formas diferentes, assim as possíveis diferenças e assimetrias regionais, após a implementação do marco institucional do “Pacto pela Saúde” em 2006, podem ser verificadas. A hipótese é testada mediante a utilização do modelo de Ajustes de Poligonais, que detecta as mudanças na tendência das variáveis entre dois períodos e dois grupos analisados e identifica o comportamento da tendência dos gastos públicos com saúde per capita antes e após a quebra de estrutura causada pelo novo marco institucional.

Espera-se, ao final desse estudo, contribuir para literatura relacionada à saúde pública e compreender melhor o comportamento dos gastos públicos com saúde comparativamente entre os municípios e entre as Regionais de Saúde paranaenses e recomendações de políticas públicas que visem às especificidades de cada região.

O presente estudo desenvolve-se em seis partes. A introdução descreve os objetivos, o problema de pesquisa e a justificativa. O capítulo primeiro analisa os aspectos teóricos do federalismo fiscal e dos gastos públicos. O capítulo dois discute a evolução institucional da política de saúde no Brasil e no estado do Paraná. O capítulo três apresenta a metodologia abordada e a base de dados utilizada. O capítulo quatro analisa os resultados encontrados e a análise destes. E finaliza-se o estudo com as conclusões dos resultados analisados.

1 ASPECTOS TEÓRICOS DO FEDERALISMO FISCAL E DOS GASTOS PÚBLICO

O presente capítulo analisa as teorias e discute os gastos públicos com saúde, justifica a necessidade da presença do Estado como regulador do mercado e as características do federalismo fiscal. Serão abordados também os conceitos de gasto público e dos recursos públicos com saúde.

1.1 A NECESSIDADE DA PRESENÇA DO ESTADO E SUAS FUNÇÕES

De acordo com Santos (2000), a eficiência na alocação dos recursos está ligada ao fornecimento de bens e serviços públicos, de acordo com as necessidades da sociedade. Nesse sentido, a atuação do Estado deveria impedir e corrigir os desvios relacionados à otimização alocativa e à maximização da eficiência produtiva.

Giambiagi e Além (2000) explicam, que a ineficiência alocativa pode ocorrer por causa dos desequilíbrios econômicos, provenientes de falhas no mercado e a promoção da eficiência econômica depende dos mecanismos regulatórios adotados pelo Estado. Essa ineficiência pode ser originada pela existência de bens públicos, pela presença de informações incompletas e/ou assimétricas, pela presença de externalidades e pela falta de competição. Os bens públicos possuem duas características básicas, que os impossibilitam de serem transacionados no mercado, a saber: o consumo não rival, ou seja, o consumo por um indivíduo não prejudica o consumo do mesmo bem pelos demais indivíduos da sociedade e o princípio da não exclusão, ou seja, não é possível impedir que algum indivíduo consuma esse bem, todos podem consumi-lo, independente de sua contribuição.

No caso de um bem público é normal, que ao manifestar sua preferência, o indivíduo tenda a subavaliar os benefícios, que esse bem possa gerar e pelo princípio da não exclusão ele pode alegar, que o bem público não faz parte de sua cesta de preferências, com o intuito de evitar o pagamento pelo mesmo. Por isso, a responsabilidade pela provisão destes bens deve incidir sobre o Estado, que irá financiá-lo via cobrança compulsória de tributos (NASCIMENTO, 2008).

Em relação às informações incompletas os autores McGuigan, Moyer e Harris (2004) afirmam que as informações são denominadas incompletas, quando estão associadas à incerteza e abrangem praticamente todas as trocas e são conduzidas em um ambiente de incerteza, dessa maneira os tomadores de decisão às vezes permanecem incertos em relação ao retorno ou mesmo aos tipos de decisões com que se defrontam. E no mercado

caracterizado por informação assimétrica, os vendedores e/ou compradores possuem certas informações, que a outra parte não possui e/ou não consegue verificá-la, assim os agentes se defrontam com um ambiente de incerteza. Nesses casos, a intervenção governamental pode ajudar na tomada de decisões, como por exemplo, na criação de bancos de fomento econômico ou como garantidor de seguros.

O conceito de externalidade é definido por Pindyck e Rubinfeld (2005) como uma ação de um agente econômico, que tem influência sobre outros agentes econômicos, mas que não é levada em consideração no preço de mercado. Um exemplo é a poluição causada por uma determinada indústria; sem a intervenção governamental, a mesma não se preocuparia com o custo social de sua poluição, ou seja, continuaria poluindo e visando apenas o lucro, não se preocupando com o meio ambiente e ou o bem estar da população.

Nascimento (2008) complementa que em função desses desequilíbrios o governo tem como função organizar e disciplinar as relações da sociedade, devendo conduzir, corrigir e complementar o sistema de mercado, que se mostra incapaz de harmonizar todas as funções econômicas. Logo, justifica-se a presença do Estado como regulador do mercado, minimizando os efeitos nocivos para a sociedade, normatizando e minimizando os conflitos.

Nesse contexto, há a necessidade da existência de um setor público e para o exercício de suas funções fiscais alocativas, distributivas e estabilizadoras, segundo Silva (2005), o Estado pode adotar três formas políticas: a plena centralização, cujas funções fiscais são exercidas exclusivamente pelo governo central; a absoluta descentralização, que é um modelo teórico em que os governos locais exercem as responsabilidades fiscais; e a forma federativa, cujas competências fiscais encontram-se compartilhadas entre os distintos níveis de governo e suas respectivas unidades federativas.

A autonomia da função alocativa deve ser compartilhada entre os diversos níveis de governo e unidades federativas, de acordo com as preferências relativas à contribuição tributária e à cesta de bens produzidos pelo governo de cada jurisdição. Em tese, o modelo permitiria a maximização do bem estar de todos os indivíduos (SILVA, 2005). A Controladoria Geral da União (2011) complementa e descreve a função alocativa como o processo pelo qual o governo divide os recursos para utilização no setor público e privado, oferecendo bens públicos, semipúblicos ou meritórios. A função distributiva refere-se à distribuição de rendas e riquezas, pelo governo, com o intuito de garantir uma adequação ao que a sociedade avalia justo, por exemplo, a destinação de parte dos recursos derivados de tributação ao serviço público de saúde.

Em relação à função distributiva ou redistributiva Nascimento (2008) destaca que a melhor forma de ação do setor público pode ser uma política nacional centralizada, mas que as unidades subnacionais possuam certa autonomia; nesse sentido, o governo central deve arbitrar com intuito de melhorar a distribuição desta riqueza. No mesmo sentido, Silva (2005), afirma que a política fiscal redistributiva pode ser implementada pela operacionalização de três instrumentos: a progressividade do sistema tributário; o direcionamento das transferências fiscais intergovernamentais e o perfil da cesta de bens provisionados pelo governo. Giambiagi e Além (2000) complementam que essa função está associada a ajustes na distribuição de renda, com o intuito de permitir que essa possa ser considerada justa pela sociedade.

A função estabilizadora corresponde ao uso da política fiscal como um instrumento da política econômica, para manter a economia em equilíbrio e está associada à liberdade das decisões de gastos nas esferas subnacionais. No entanto, de acordo com Silva (2005, p. 126) “as participações de governos subnacionais em ações estabilizadoras são desejáveis; porém, tais esferas devem adotar procedimentos articulados e coordenados pelo governo central, para que possam gerar efeitos positivos”. Essa função estabilizadora, de acordo com Controladoria Geral da União (2011), é a aplicação das diversas políticas econômicas pelo governo, com o intuito de promover o emprego, o desenvolvimento e a estabilidade, diante da incapacidade do mercado em garantir que esses objetivos sejam atingidos. Giambiagi e Além (2000, p. 30) complementam, que o objetivo dessa função é “o uso da política econômica visando um alto nível de emprego, à estabilidade dos preços e à obtenção de uma taxa apropriada de crescimento econômico”.

Após discutir as funções do Estado e a necessidade de sua presença, o próximo item analisa a teoria da tributação e o seu financiamento para demonstrar como o governo articula-se para seu autofinanciamento.

1.2 OS PRINCÍPIOS DA TEORIA DA TRIBUTAÇÃO E O FINANCIAMENTO DO ESTADO

Os tributos, por se tratarem de um ato expropriatório, sempre provocam nos indivíduos certo grau de resistência. Logo, os governos devem buscar formas de implementar um sistema tributário ótimo, ou seja, que crie o menor impacto possível. O sistema tributário ideal, de acordo com Giambiagi e Além (2000) e Mosquera (2005), seria regido por quatro princípios básicos: a simplicidade, a neutralidade, a progressividade e a equidade. No entanto,

o setor público mede o grau de justiça por meio de outros dois princípios, a saber: o princípio do benefício e o princípio da capacidade de pagamento.

Para Giambiagi e Além (2000), o princípio da simplicidade relaciona-se com a facilidade de operacionalização da execução do tributo. Mosquera (2005) complementa que esse princípio consiste em desonerar os contribuintes de custos dispensáveis, como por exemplo, a interpretação e a aplicação das normas tributárias, buscando a facilidade operacional, melhorando a eficiência da máquina pública e assim constituindo uma tributação de melhor qualidade.

O princípio da neutralidade destaca que a política fiscal de um Estado não deve provocar desvios ou distorções quanto à alocação de recursos na economia, pois podem afetar a eficiência econômica entre os agentes do mercado, ou seja, podem tornar o sistema tributário ineficiente e esse princípio é uma característica fundamental para a existência de um sistema tributário ideal (MOSQUERA, 2005). Nas palavras de Giambiagi e Além (2000, p. 40) “o objetivo da neutralidade é que o sistema tributário não provoque uma distorção da alocação de recursos, prejudicando, desta forma, a eficiência do sistema”.

Em relação ao princípio da progressividade, de acordo com Giambiagi e Além (2000), a ideia que justifica uma tributação progressiva esta relacionada à cobrança do tributo de acordo com a capacidade de pagamento do indivíduo, ou seja, quem recebe mais deve pagar uma proporção maior de impostos relativamente aos indivíduos de baixa renda. No mesmo sentido, Mosquera (2005), afirma que o princípio da progressividade em um sistema tributário tem como finalidade tributar as pessoas de forma progressiva, ou seja, aqueles que auferem maior renda devem pagar mais tributos.

Em relação ao conceito de equidade, Nascimento (2008, p. 26), destaca que “cada contribuinte deve desembolsar uma parcela justa para cobrir os custos do governo”. Já, Torres (2002), afirma que não é satisfatório que a legislação tributária seja justa; se faz necessário também que ela tenha equidade, ou seja, que os tributos ou benefícios sejam destinados às pessoas de forma mais individual possível, com o intuito de entender as suas singularidades e excepcionalidades.

Segundo o princípio do benefício, de acordo com Giambiagi e Além (2000) e Mosquera (2005), cada indivíduo deveria contribuir em montante proporcional aos benefícios que o bem público gera ao ser consumido, ou seja, pelo princípio do benefício, cada indivíduo deveria prover recursos para o Estado na execução dos bens públicos proporcionalmente aos benefícios gerados pelo consumo destes. No entanto, esse modelo de cálculo não é de fácil implementação, pois o governo não conhece as informações sobre os

benefícios gerados pelo consumo do bem público necessitando de um processo eleitoral para revelar a avaliação de cada indivíduo, o que seria oneroso demais.

Em relação ao princípio da capacidade de pagamento¹, a carga tributária deve ser tal que os contribuintes, com mesma capacidade de pagamento, devam pagar o mesmo nível de impostos e quando as capacidades de pagamento não são iguais, o governo deve diferenciar a carga tributária; isto é, o ônus tributário deve ser tal que garanta a equidade horizontal e vertical sucessivamente (MOSQUERA, 2005). No mesmo sentido Giambiagi e Além (2000) complementam, que esse princípio só pode ser associado com o financiamento dos serviços públicos, ou seja, com a função alocativa e jamais com a função distributiva do processo de impostos e transferências.

Após discutir os princípios teóricos, que regem a teoria da tributação, analisam-se as teorias relacionadas ao financiamento e à manutenção do Estado, que estão descritos na Carta Magna de 1988. De acordo com o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (2012) as Necessidades de Financiamento do Setor Público – NFSP são apuradas nas três esferas governamentais e que a partir da chamada Lei de Responsabilidade Fiscal nº 101/2000 e as Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO cada ente deverá indicar os resultados fiscais pretendidos para o exercício financeiro ao que a lei se referir e os dois exercícios seguintes.

Na Constituição brasileira, de acordo com Ataliba (1992), os tributos foram classificados em tributos vinculados e não vinculados, tendo em vista a sua vinculação ou não a uma entidade estatal. Classificam-se no Brasil como tributos vinculados, as taxas e as contribuições, e como não vinculados os impostos².

Cada esfera governamental possui certa autonomia em relação aos impostos e tributos. Os tributos de competência da União estão descritos nos artigos 153 e 154 da Constituição Federal (CF) cita-se: Impostos sobre importação e exportação; imposto de renda e proventos de qualquer natureza; imposto sobre produtos industrializados; impostos sobre operações de crédito, câmbio, seguro ou títulos e valores imobiliários; imposto sobre propriedade territorial rural; impostos sobre grandes fortunas; outros impostos que não se enquadrem no mesmo fato gerador; impostos extraordinários; taxas; contribuições de melhorias. Os estados podem estabelecer, nos termos do artigo 155 da CF, impostos quanto às operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação; pela propriedade de veículos automotores;

¹ A esse respeito ver também Riani (1997).

² Os impostos previstos para a União estão descritos no art. 145 da Constituição Federal.

por transmissão *causa mortis* e doação, de quaisquer bens ou direitos. Compete aos Municípios instituir impostos, nos termos do art. 156 da CF, sobre a propriedade predial e territorial urbana; sobre a transmissão inter vivos; e serviços de qualquer natureza que não estão compreendidos o art. 155.

No próximo subitem discutem-se o conceito de federalismo e federalismo fiscal, receitas e gastos públicos, com ênfase na análise municipal.

1.3 O FEDERALISMO FISCAL

O conceito de federalismo pode ter dois significados: de um lado como ideologia política com o intuito de plotar ideias de como se deve governar um Estado e de outro lado designar os arranjos institucionais, ou seja, um conjunto de leis, regras, normas e práticas que definem como um Estado Federal é concretamente governado. A distinção entre ideologia e prática do federalismo é importante para que as interpretações não sejam confundidas com a realidade política a ser compreendida (COSTA, 2007).

Desde o período colonial, Portugal já enfrentava problemas para administrar e manter o controle político do Brasil; devido ao seu vasto território a metrópole foi obrigada a dividi-lo em capitanias hereditárias, que contribuíram decisivamente para o padrão de organização do território brasileiro. Com a Proclamação da República em 1889 surge naturalmente a necessidade do federalismo. A constituição de 1891, que era inspirada no modelo norte-americano, deu autonomia aos estados para legislar sobre tudo que não pertencia exclusivamente à União, já nas constituições seguintes o federalismo sofreu modificações no sentido de ampliação das atribuições da União. A partir de então cada vez mais a União, estados e municípios tem sido responsáveis por assuntos considerados de bem comum, como é o caso da saúde, educação, transporte, entre outros, mas não havia qualquer tipo de coordenação entre os entes federados. Esse processo culminou na Constituição de 1988, com a descentralização fiscal e tributária (COSTA, 2007).

A descentralização em um modelo federativo pode ocorrer na esfera administrativa, política e fiscal a partir de um ator central para os demais atores, mas seus efeitos e processos envolvem fortes debates e negociações. A proposta é que cada um dos atores federativos do modelo possuam uma série de competências e atribuições, mas em contrapartida reduza seu poder e os problemas comuns deverão ser tratados com os demais atores (FALLETI, 2011).

No mesmo sentido, Nascimento (2008) diz que em um sistema federativo, as esferas administrativas possuem uma autonomia relativa em relação a sua capacidade legislativa e administrativa dos assuntos de seu interesse. Dessa forma, os gastos públicos podem ser direcionados de acordo com o interesse dos gestores e metas estabelecidas. No federalismo fiscal, o princípio da tributação é constituído de maneira a distribuir os recursos entre as várias unidades federadas, conforme a demanda por bens públicos dos contribuintes.

De acordo com Musgrave e Musgrave (1980 apud SILVA, 2005) na organização do governo federal, o setor público atua por meio de diversos centros decisórios, combinando ações do governo central e outros geridos pelos governos subnacionais. A principal dificuldade que o sistema federalista se depara é como harmonizar os seus agentes, que com certa independência política e financeira, podem gerar um ambiente competitivo. Essa falta de harmonia pode desvirtuar o princípio da equidade.

Segundo Giambiagi e Além (2000), para o processo de descentralização existem duas alternativas, a saber: o modelo do principal agente e o modelo da eleição pública local. Já as justificativas para a descentralização dos tributos e da oferta de bens públicos partem dos fatores econômicos e dos fatores culturais, institucionais e políticos³.

Mendes e Sousa (2007) afirmam que as principais competências dos municípios estão fundamentadas no artigo 30 da Constituição Federal de 1988 e se relacionam com a organização e prestação dos serviços públicos de interesse local, com a manutenção ou prestação de programas de educação e de serviços de atendimento à saúde da população.

A constituição de 1988 definiu, minuciosamente, a organização da federação brasileira⁴, deixando claro a composição da União, Estados e Municípios. O Brasil é um dos únicos países, que inclui os municípios como membros permanentes, até mesmo com autonomia legislativa e tributária⁵; outro fator interessante é que o Brasil é uma federação em constante crescimento, podendo criar novos municípios e estados através de plebiscitos (COSTA, 2007).

1.4 AS RECEITAS E OS GASTOS PÚBLICOS

De acordo com o Ministério da Fazenda (2006), a receita pública é uma derivação do conceito contábil de receita, agregando outros conceitos, que em virtude das suas peculiaridades, são utilizados pela administração pública. As receitas públicas são todas

³ Para mais detalhes ver: Costa (2007), Nascimento (2008) e Silva (2005).

⁴ Conforme artigo 18.

⁵ Conforme artigos 29 e 30.

as entradas orçamentárias recebidas pelo poder público, que tenham característica não devolutiva e com o objetivo de atender às despesas públicas. As receitas públicas foram regulamentadas por meio da Lei nº 4.320/64, em seus artigos 51 e 53, na qual é estabelecido o direito de cobrança de tributos com base em duas ações governamentais: a criação de tributo e a sua inserção no orçamento, mediante Lei e observadas às regras constitucionais.

As despesas efetuadas pelos governos devem estar de acordo com as metas e atividades de planejamento público; o Estado Nacional tem o dever de fornecer à população serviços básicos, nos quais todos os cidadãos tem o direito e em contrapartida esses devem fornecer ao Estado os recursos para isso. Araújo, Monteiro e Cavalcante (2010) afirmam que os gastos públicos podem ser considerados como um dos principais meios de atuação do governo, onde ele manifesta as suas preferências em relação à prestação de serviços públicos básicos e a realização de investimentos. Já que as atividades governamentais estão vinculadas ao bem estar da sociedade, os gastos financiados pelo contribuinte deveriam garantir benfeitorias aos indivíduos.

O gasto público é a soma de todos os gastos governamentais da administração direta e indireta mais as despesas com atividade econômica produtiva do governo; também é toda despesa efetivada pelo governo a partir dos recursos de sua receita e pode ser classificado de acordo com a sua finalidade, sua natureza e quanto a seu agente encarregado da execução do gasto (REZENDE, 2007). No mesmo sentido Riani (1997, p. 70) afirma, que geralmente “os gastos são apresentados e classificados de acordo com sua finalidade, natureza e função”, abrangendo apenas o quesito governamental, desconsiderando os gastos das atividades econômicas do governo, podendo ser dividido em grandes agregados, em funções e categorias econômicas.

Em relação à sua finalidade, os gastos são habitualmente classificados em funções, programas e subprogramas; o objetivo dessa classificação visa a implantação da técnica de orçamento-programa, cujo objetivo consiste em melhora da eficiência e da eficácia na programação dos gastos públicos. Quanto a sua natureza o gasto público, identificam-se quatro categorias econômicas principais de despesa, a saber: custeio, investimento, transferências e inversões financeiras. Em relação à execução dos gastos, observa-se que eles podem ser feitos pela administração direta (central) ou indireta (descentralizada), que influenciam significativamente nos resultados (REZENDE, 2007).

De acordo com Fernandes et al. (1988), o gasto é dito social quando é voltado para a melhoria das condições de vida da população; são referentes a programas e ações desenvolvidos em diversas áreas, tais como: saúde, alimentação, educação, saneamento,

previdência, segurança, ciência, tecnologia, pesquisa e desenvolvimento, entre outros. Para Cunha Rezende (1997) o gasto social é uma parcela do gasto em políticas públicas, que é destinada ao suprimento de bens e serviços essenciais.

Segundo Santos (2008), o gasto público ligado à legislação financeira e ao crédito orçamentário, dentro dos parâmetros constitucionais, é considerado pela administração pública todo seu dispêndio realizado. Para Mendes e Sousa (2007), a análise da despesa pública dos municípios tem um papel fundamental na compreensão apropriada do cumprimento das atribuições legais dos governos locais na munção de serviços públicos, inclusive na área da saúde.

De acordo com a Controladoria Geral da União (2011), para atender às demandas por serviços públicos, os municípios contam com as receitas oriundas da arrecadação de tributos de sua competência e também das transferências de recursos estaduais e federais. Essas transferências podem ser classificadas como: constitucionais, legais, direta ao cidadão, voluntárias e do Sistema Único de Saúde. Assim, os municípios devem gerir os recursos recebidos e uma má alocação poderá contribuir para aumentar os problemas relacionados à saúde pública.

As transferências constitucionais são os recursos, que a União transfere aos estados e municípios por determinação da Constituinte. Citam-se exemplos: o Fundo de Participação dos Municípios–FPM; Fundo de Participação dos Estados–FPE; Transferências para Municípios–Imposto Territorial Rural. As transferências legais possuem previsão em leis específicas, que originam a forma de habilitação, a transferência e a aplicação dos recursos; também deve ocorrer a relativa prestação de contas. As transferências diretas ao cidadão envolvem programas, que conferem benefício monetário mensal, como transferência de renda diretamente à população-alvo de um programa do governo, por exemplo, o programa Bolsa Família. As transferências voluntárias são os repasses de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, com o intuito de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não proceda de uma determinação constitucional e/ou legal (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2011).

Como o Sistema Único de Saúde abrange todas as ações e serviços de saúde pública do governo federal, estadual, municipal, bem como os serviços privados de saúde contratados ou conveniados, as transferências destinadas ao SUS são abordadas de acordo com a relevância do assunto e não pelo tipo de transferência, dado a descentralização dos recursos para as ações e serviços de saúde, por exemplo, através de convênios, repasses e de transferências fundo a fundo (CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO, 2011).

1.5 OS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Na área da saúde, o Sistema Único de Saúde–SUS articula as ações em várias esferas governamentais com base em comissões intergovernamentais, dependendo do tipo de atendimento, o Ministério da Saúde (MS), que poderia executar os serviços e não o faz, transfere os recursos para as redes estaduais e municipais. No entanto, mesmo com os problemas arcados, o SUS é um exemplo bem sucedido de cooperação intergovernamental (COSTA, 2007).

Em uma democracia é fundamental, que a gestão de recursos públicos possua princípios éticos em relação aos princípios de distribuição, que sejam claras e elaboradas com a participação da população, no entanto, em uma democracia, a distribuição dos recursos públicos depende dos interesses dos representantes políticos. Conseqüentemente vários grupos de interesse atuam nas decisões de alocação de recursos em saúde, organizando lobbies e influenciando a opinião pública⁶ (MEDEIROS, 1999).

Andrade et al. (2004) afirmam que a necessidade de uma ação governamental mais eficaz e eficiente na gestão do sistema de saúde, estabelece a necessidade e a urgência do desenvolvimento da economia da saúde no Brasil, para que sejam possíveis as produções científicas de estudos e pesquisas. De acordo com Saes (2000), a incorporação da economia da saúde traz metodologias e instrumentos gerenciais (como é o caso da avaliação econômica) e mostra-se como um auxiliar imprescindível na determinação das prioridades da gestão em saúde.

Para Medeiros (1999) os dois mais importantes princípios de justiça, vigentes nos debates acerca dos recursos públicos destinados à saúde, são os princípios da igualdade e o da equidade. A igualdade fundamenta-se nas estratégias de universalização e a equidade na focalização de políticas sociais. A alocação dos recursos públicos para a saúde traz à tona os princípios, que norteiam a distribuição desses recursos e dado à escassez desses recursos a discussão acerca do tema torna-se importante para os municípios e para o Brasil. Concorde-se com o autor, a falta de recursos para a saúde reduz a chance de uma maior distribuição dos serviços públicos e as decisões de distribuição dos recursos serão adotadas, a partir da escolha dos favorecidos do sistema público de saúde e de quais serviços serão oferecidos.

⁶ Em caráter exemplificativo, o município de Londrina no estado do Paraná, assim como outros municípios, está envolvido com problemas na área da saúde que partem desde escândalos a respeito de corrupção e lobbies até a calamidade pública, com falhas abrasivas dos vereadores em seu dever de fiscalizar os serviços públicos.

A Saúde no Brasil apresentou mudanças significativas nas últimas décadas devido à queda da mortalidade infantil, à melhora na expectativa de vida, à erradicação de doenças e à incorporação de tecnologias de ponta e resolutivas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil está entre os países com maior população, no entanto, os recursos gastos com saúde são muito menores que os verificados em países desenvolvidos. Os gastos em saúde per capita no Brasil⁷, em 2002, foram de aproximadamente US\$ 206,00 muito inferiores aos gastos de outros países como Canadá, que gastou em média US\$ 2.222,00 per capita, os Estados Unidos com US\$ 5.274,00 e o Uruguai com US\$ 361,00 (BRASIL, 2008).

Em relação aos estudos econômicos internacionais na área de saúde, a Austrália foi pioneira na adoção de novas práticas em saúde. Em 1993, o governo australiano determinou que os novos medicamentos distribuídos gratuitamente fossem acompanhados de uma análise econômica (GROBLER, 1999). Na literatura, outros modelos surgiram com o mesmo enfoque do modelo Australiano, a Inglaterra constituiu um novo modelo mundial nas estimativas de tecnologia, adotado pelo Canadá com a entidade CCOHTA⁸, que descreve a importância de estudos econômicos na técnica de tomada de decisão. Nos Estados Unidos ocorreu em 1998 com a regulamentação da precisão de informações econômicas pelas indústrias ao registrar novos produtos (BRASIL, 2008).

Na área de economia da saúde diversos trabalhos têm sido publicados a nível federativo e estadual, no entanto, verifica-se a carência de estudos a nível municipal. Os diversos trabalhos realizados para o Brasil, em sua maioria, possuem metodologias e modelos diferentes dos que foram desenvolvidos nesse trabalho.

Andrade et al. (2004) desenvolveu um trabalho de análise da situação econômica da saúde no Brasil, com o intuito de disseminar a compreensão do campo de economia da saúde no país, dos desafios a serem enfrentados e motivar ações sistemáticas em busca do seu fortalecimento. A diversidade de atuação dos grupos inventariados merece destaque, uma vez que essa diversidade compreende a pesquisa (96%), as atividades ligadas a orientações de trabalhos de pós-graduação (94%), consultoria (77%) e cursos de extensão (58%).

O trabalho de Mendes e Sousa (2007) estima a demanda por educação e saúde em municípios brasileiros, onde as principais variáveis dos modelos estimados (preço,

⁷ Gastos com saúde pública de outros países em diversos anos serão analisados com maiores detalhes na seção 2.3 denominada: A saúde pública no Brasil e no mundo.

⁸ Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment.

renda e população) foram significativas e tiveram os sinais esperados, assim como as elasticidades-renda, que os resultados se assemelham aos da literatura internacional.

Os princípios de justiça na alocação de recursos em saúde foram tratados por Medeiros (1999). O autor demonstra que a igualdade fundamenta as estratégias de universalização e a equidade e a focalização nas políticas sociais e conclui que a produção do benefício generalizado à saúde da população pode ser alcançada tanto pela focalização, quanto pela universalização.

Gasparini e Ramos (2011) discutiram a desigualdade relativa de serviços de saúde entre regiões e estados brasileiros, através de um indicador de déficit relativo a partir do enfoque de envelopamento de dados e elaboração de uma fronteira de disponibilidade de serviços para similares necessidades. Os resultados mostraram que há grandes disparidades na oferta de serviços de saúde entre os estados do Brasil; os autores ranquearam as regiões em melhor situação: Sul, Centro-Oeste e Sudeste, e no extremo inferior Norte e Nordeste.

Bogoni, Hein e Beuren (2011) analisaram a relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil, por meio de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa e de corte seccional. Foi possível, de acordo com os autores, obter resultados relevantes e que a pesquisa poderá ser utilizada pelo governo local no provimento de serviços públicos, que afetam a produtividade e a qualidade de vida dos trabalhadores.

Após a revisão das teorias em relação aos gastos públicos com saúde, realiza-se, a seguir, a análise da evolução institucional da política acerca da saúde pública no Brasil e nos municípios do estado do Paraná.

2 EVOLUÇÃO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E NO ESTADO DO PARANÁ

O presente capítulo discute a evolução institucional da política acerca da saúde pública no Brasil, bem como seu processo de descentralização entre os membros das esferas governamentais. Esta seção está dividida em seis subitens, a saber: os sistemas de saúde no Brasil e no mundo; segundo lugar o processo de construção do Sistema Único de Saúde, desde o período desenvolvimentista, com a Constituição Federal de 1988, com os desafios para sua consolidação e com o Ministério da Saúde nas últimas décadas; na terceira parte caracteriza-se o setor de saúde pública no Brasil e no Mundo, com os dados relativos à mortalidade infantil, IDH, Gastos a níveis mundiais, entre outros; a quarta parte trata dos gastos com saúde pública no Estado do Paraná e em regiões brasileiras, o quinto subitem trata da questão da regionalização e as Regionais de Saúde paranaenses e por fim trata-se dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

2.1 OS SISTEMAS DE SAÚDE NO MUNDO

Nos Estados Unidos da América, o sistema de saúde é do tipo pluralista empresarial permissivo. Possui um sistema plural altamente segmentado com custos crescentes e uma vasta quantidade de instituições públicas e privadas. O sistema pluralista possui, também, múltiplos subsistemas para diversos tipos de clientes específicos e o sistema de atenção à saúde é tratado como um problema individual e não coletivo. O setor público estrutura-se em função de grandes áreas de atuação, subordinadas ao *Department of health and human service's* que é um órgão federal, cujo objetivo é proteger a saúde de todos os americanos e fornecer os serviços essenciais; esse órgão é equivalente ao Ministério da Saúde do Brasil. Existem, também, as intervenções clássicas como: *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)* e *Food and Drug Administration (FDA)*. E as que tratam da citada clientela específica: os *Centers for Medicare and Medicaid Services*, além de instituições destinadas à pesquisa médica e avaliação da qualidade dos serviços prestados (CONILL, 2008).

A maior parte da população norte americana obtém serviços a partir de formas de seguro saúde privados. Além dos serviços governamentais e do seguro privado há

um grande número de instituições não governamentais para grupos específicos.⁹ O presente subitem discute os sistemas de saúde em outros países, com base em Conill (2008).

A França é uma república composta, administrativa e politicamente, por regiões, departamentos, cantões e municípios ou comunas. Seu sistema de saúde é do tipo do Sistema de Seguro Público, cujo seguro social é feito por meio do financiamento compartilhado com contribuição igualitária. A atenção à saúde ocorre em serviços de consultórios privados e em hospitais públicos e privados. No sistema privado, o paciente paga e depois é reembolsado, já no sistema público há um orçamento global, ou seja, os pacientes pagam algumas taxas para um conjunto de procedimentos preestabelecidos.

É comum que um médico seja responsável por um determinado paciente, mas no sistema as urgências, oftalmologia, ginecologia, psiquiatria e pediatria dispensam a referência de um médico responsável por encaminhamento de pacientes. Em relação ao tempo de espera, considera-se pequeno e em geral a população está satisfeita. O sistema francês é mais igualitário e solidário, no entanto, o pluralismo e a ênfase nas práticas liberais de seu sistema de saúde trazem alguns problemas para a integração, coordenação das ações, práticas de prevenção e de promoção à saúde, assim como também ocorre no sistema norte americano.

O sistema de saúde canadense é definido como um seguro nacional de saúde, cujo financiamento é predominantemente público, mas a prestação de serviços é praticada por instituições privadas. É considerado um sistema de seguro universal e altamente descentralizado. Orçamento fiscal e financiamento são compartilhados entre o governo federal e as províncias, que possuem autonomia para escolha de prioridades e gestão dos serviços, mas sempre com respeito aos princípios da universalidade, gestão pública, integralidade e direitos válidos em todo o território nacional. O seguro privado do país cobre os casos não cobertos pelo sistema público, tais como: cirurgias estéticas, dentistas, entre outros.

Na América Latina¹⁰, a Colômbia possui um sistema geral de seguridade social em saúde, sem a universalização e financiado por meio de contribuições, impostos e pagamentos diretos. As prestações dos serviços ocorrem a partir de empresas promotoras de saúde com um mix público-privado. A Argentina possui um sistema de saúde baseado em seguros públicos e seguros privados com acesso segmentado à sociedade, o financiamento é feito por contribuições, impostos, seguros privados e pagamentos diretos. Os desafios do sistema argentino dão-se por conta da segmentação e pouca integração no sistema de saúde. O

⁹ Para o tratamento de câncer, doenças cardíacas, drogas, esclerose múltipla, saúde mental, mulheres vítimas de violência, crianças, entre outros.

¹⁰ Para maiores detalhes, ver na integra CONILL, E. M. **Sistemas comparados de saúde**. In: Campos et al. Tratado de saúde coletiva (HUCITEC/FIOCRUZ, 2008).

Chile possui o sistema nacional de saúde, seguros privados e o sistema Geral de Garantias Explícitas. Caracteriza-se pela universalização do acesso à saúde, mas com um sistema segmentado, é financiado por contribuições do sistema público e privado, impostos e pagamentos diretos. Os desafios do sistema chileno estão incrustados na desigualdade, reestruturação da capacidade instalada e da legitimidade do setor público, e também pela integração e equidade.

No Brasil, o modelo de saúde adotado é o Sistema Único de Saúde, um sistema que trabalha com um conjunto de unidades, serviços e ações, que interagem entre si, com o intuito de universalizar o acesso à saúde de toda a sociedade (FIGUEIREDO, 2005). Para o Ministério da Saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que atende a população, desde um simples atendimento ambulatorial de baixa complexidade, bem como atendimentos de média e alta complexidade, como é o caso de transplante de órgãos; garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Além de oferecer consultas, exames e internações, o SUS também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária. O sistema de Saúde brasileiro, desde seu processo de construção será visto com mais detalhes a seguir.

2.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Apresenta-se, a seguir, um histórico do processo de construção do Sistema Único de Saúde e a evolução institucional da política de saúde no Brasil.

2.2.1 O Sistema de Saúde no Período Desenvolvimentista

Durante o século XX a política com saúde no Brasil percorreu um extenso caminho até o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição de 1988. Nessa trajetória destacam-se a forte centralização das decisões no governo federal, a segmentação das ações com a separação institucional entre saúde pública e assistência médico-hospitalar, a seletividade na cobertura e a expansão do setor privado na oferta de serviços de saúde. As primeiras intervenções do Estado na forma de políticas para o setor da saúde desenvolveram-se paralelamente à expansão do poder do Estado no início do século XX. No fim da década de 1910 deu-se o início das políticas com saúde no país, pois surgiram as primeiras medidas no campo da saúde com o fortalecimento do Estado Nacional (MESQUITA, 2008).

De acordo com Lima, Fonseca e Hochman (2005) essas medidas encontravam legitimidade social pelo aumento da conscientização a respeito da socialização dos efeitos negativos decorrentes do quadro sanitário. De outra forma, o maior nível de centralização do poder Federal foi condicionante para a condução de ações do Estado. Mesquita (2008) complementa que a conscientização social, que estava apoiada principalmente sobre as ações de saúde coletiva e a relação entre seu aparecimento e a concentração de poder da esfera Federal, ajuda a compreender a verticalização e concentração das ações por esferas do governo.

Castro Gomes (1979) explica que, em síntese, essas transformações se expunham na estratégia nacional-desenvolvimentista com intuito de buscar a modernização do Brasil pela industrialização conduzida pelo Estado, que envolveu nesse processo o avanço relacionado às políticas sociais, pela legislação trabalhista e sindicalista, com o intuito de atrair os novos trabalhadores assalariados urbanos. Mesquita (2008, p. 11) complementa que “[...] o perfil da intervenção estatal nas questões sociais na era Getulista está fortemente atrelado à criação da legislação trabalhista e sindical, tida como fundamental na conformação da base de apoio político ao processo de modernização do país”. Nesse contexto emergia um perfil específico de proteção social por mérito e seletivo ao invés de uma cidadania universal.

A assistência médico-hospitalar era praticamente uma prerrogativa dos trabalhadores cobertos pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP). Para o restante da população, sendo ela trabalhadora ou não, disputavam com os mais pobres e indigentes a assistência médica oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia e pela pequena rede hospitalar do Ministério da Saúde, que estrutura-se a partir de 1953. A segmentação do cuidado à saúde, as ações de saúde coletiva e a correspondente seletividade da cobertura na área de assistência médico-hospitalar conformam importantes contenções na caracterização do modelo de seguro social prévio ao SUS (MESQUITA, 2008).

Braga e Paula (1981) articulam que a modalidade de organização da prestação de serviços no campo da assistência médica previdenciária beneficiou o financiamento do setor privado na saúde, canalizando os recursos da saúde previdenciária para a construção e expansão de hospitais privados. Entre 1946 e 1964, o número de hospitais particulares aumentou aproximadamente 83%, enquanto o número de hospitais públicos aumentou somente 3,4% (BAHIA, 2005).

Na década de 1950, os custos de assistência à saúde apresentaram grande aumento, puxados pelo avanço tecnológico na área da saúde, tais como: novos medicamentos, equipamentos de diagnósticos e sofisticação em tratamentos. Juntamente com esses avanços

surge a qualificação médica e o aumento dos honorários. Logo, esses fatores, em conjunto, detonaram uma crise econômica e financeira no sistema previdenciário brasileiro (BRAGA; PAULA, 1981). Fleury e Oliveira (1989) complementam que na próxima década essas limitações tornam a crise previdenciária mais acentuada, trazendo diversas tentativas de reestruturação do referido sistema, tais como: a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), eliminação dos IAPs e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os benefícios, que atendiam apenas algumas categorias profissionais, passaram a atender um conjunto mais amplo de trabalhadores, os do mercado formal urbano.

De acordo com Cajueiro (2004), nos anos de 1964 a 1984, que compreende o período militar, o Brasil iniciou a efetiva construção de um sistema de políticas sociais baseado na estratégia conservadora do executivo federal. No entanto, as distorções desse sistema afetaram a sua capacidade de melhorar as condições de vida da população, refletindo num desenvolvimento social inferior ao crescimento econômico. Para Arretche (1998) o regime militar, em relação ao sistema de saúde pública, pode ser considerado ao mesmo tempo: centralizado, dado o poder do executivo federal; dual, pois o sistema era desmembrado entre a saúde pública do Ministério da Saúde e a assistência médica do INAMPS; e seletivo, pois somente os trabalhadores formais tinham acesso à saúde.

A reestruturação da medicina previdenciária, agenciada pelo regime militar, expandiu as operações e o controle do Estado sobre elas, mas não modificou o padrão anterior de organização, que estimulava o desenvolvimento do setor privado e a “capitalização da medicina” (BRAGA; PAULA, 1981). A atuação da burocracia técnica do INPS favorecia a crescente mercantilização da oferta, pois a suprimimento dos serviços de saúde pelo sistema previdenciário priorizava a contratação de serviços do setor privado (MESQUITA, 2008).

De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 62) a forma de pagamento dos honorários médicos, através de Unidade de Serviços, tornou-se “uma forma de corrupção incontrolável”. Houve construção e reforma de múltiplos hospitais privados com dinheiro público, com recursos da Previdência Social, paralelamente houve o surgimento e expansão das faculdades de medicina em todo país e o “O INPS financiou, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais”.

Nos anos 70 a agenda reformista surge com a abertura controlada do sistema político e dirigia-se no sentido da luta pela redemocratização; com as “diretas já”. Com a vitória da oposição nas eleições municipais e estaduais, pela instabilidade econômica e pela incapacidade da intervenção estatal, esse movimento sanitário ganhou força e promoveu o aumento da demanda social (CAJUEIRO, 2004).

Na 6ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), o movimento sanitário surge em 1977 com um elevado grau de organização e em defesa de uma reordenação do sistema em uma rede única de saúde com atendimento universal, a partir daí o movimento sanitarista assume contornos partidários a favor de uma agenda definida para a saúde, que fora apresentada no I Simpósio sobre Política de Saúde, em 1979.

Mesquita (2008) destaca que o movimento sanitário era composto por um grupo de atores políticos, que se movimentaram em função de uma crítica ao sistema de saúde brasileiro, que depreciava a importância das ações preventivas e excluía da assistência médico-hospitalar os trabalhadores rurais e boa parte dos trabalhadores urbanos. Do outro lado, os interessados na reforma do modelo buscavam a “universalização do acesso aos serviços, a democratização do sistema, o caráter público e descentralizado e a ênfase na atenção primária.”

De acordo com Schmidt e Duncan (2004) a saúde pública do Brasil até 1980 era toda fragmentada, mas esforços intensos de alguns grupos a partir dessa década marcaram as mudanças na medicina para uma prática baseada em evidências. O ministério da Saúde (2008) complementa, com a afirmação de que nos últimos anos, várias iniciativas do Ministério da Saúde, da ANVISA e de universidades públicas foram adotadas com o intuito de incorporar as evidências científicas no processo de decisão coletiva.

Desde os anos 80 a questão da descentralização do sistema de saúde foi introduzida na agenda pública como um tema prioritário, por meio da criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o Prev-Saúde (CAJUEIRO, 2004). Mesquita (2008) complementa que mesmo não se opondo ao apoio do movimento sanitário, o Prev-Saúde não resistiu. Com o agravamento da crise estrutural da Previdência o governo estabeleceu, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que foi criado com as funções de reorganização e reestruturação da assistência médica da previdência.

Surge, em 1982, no INAMPS, a iniciativa de relação interinstitucional entre os três níveis de governo solidificado na estratégia chamada de Ações Integradas de Saúde. O INAMPS, que comprava os serviços de saúde do setor privado, passou a comprá-los dos estados e municípios e o resultado direto desta mudança foi o alargamento dos convênios entre Ministério da Previdência e as Secretarias de Saúde, com visível redução dos gastos diretos concretizados pelo INAMPS (FALEIROS et al., 2006).

Entre 1981 e 1984, inicia-se a abertura política, decorrente da reorganização da sociedade civil, e o agravamento do quadro econômico, devido ao esgotamento do padrão de financiamento brasileiro e à implementação de um ajuste recessivo, o que acaba por

umentar as demandas sociais da população e diminuir a capacidade de financiamento do governo, gerando pressões por mudanças mais efetivas na política social existente (CAJUEIRO, 2004).

Mesquita (2008) complementa que um importante passo no processo de luta pela transformação da política de saúde, consistiu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986. Ela buscou ampliar a representação social na discussão dos rumos da política de saúde e após a 8ª CNS a capacidade de mobilização social em torno das reformas do setor saúde, tornando-se mais ampla. Todas as articulações obtidas após a conferência e os avanços institucionais da política de saúde, conquistados com as iniciativas de reorganização dos sistemas (Ações Integradas em Saúde e Sistema Único e Descentralizado de Saúde) foram decisivas para o ambiente, tomado pela Reforma Sanitária na pauta de discussões da Assembléia Nacional Constituinte em 1988.

2.2.2 A Constituição Federal de 1988: a Introdução do Direito Universal à Saúde

O atual modelo de políticas públicas na área de saúde no Brasil resulta do processo de Reforma Sanitária, que se iniciou nos anos setenta e que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), introduzido no novo texto constitucional de 1988. A grande inovação resultante deste processo foi a introdução do direito universal à saúde, constituindo-se este como direito de cidadania garantido pelo Estado (MESQUITA, 2008). A criação do SUS resulta de um longo processo de embates entre diversos setores da sociedade, a partir do qual se operava um movimento de crescente expansão do acesso aos serviços de saúde, embora de forma "fragmentada e seletiva" (DRAIBE; AURELIANO, 1989).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, estabelece que:

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 (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 estabeleceu, como princípio básico do SUS, a assistência universal, igualitária e gratuita à saúde, sendo o Estado responsável pelo seu provimento; a saúde conceituada como seguridade social e não como seguro social; a descentralização do sistema por uma rede regionalizada e hierarquizada nas três esferas do governo, sendo o Ministério da Saúde na esfera federal, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) na esfera estadual e, finalmente, na esfera municipal, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

(CAJUEIRO, 2004). No mesmo sentido, Mesquita (2008) explica que o SUS é a expressão de um novo modelo conceituado na seguridade social e que reúne as ações de saúde coletiva e da assistência médica e se baseia na percepção da saúde como um direito básico e universal de cidadania, a nova constituição abriga o conceito de seguridade rompendo a lógica de seguro social que historicamente regia as iniciativas de proteção no país.

Mendes (2005) afirma que a Constituição Federal de 1988 trouxe avanços nos direitos sociais e nos princípios de organização da política social, modificando a estrutura básica do sistema anterior de proteção social. A constituição, influenciada pelo ambiente econômico, procurou garantir direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e da seguridade social. Para Fleury (1997), além dos avanços jurídicos para a transformação da política de saúde, a construção adequada de um sistema universal e igualitário exige a modificação das práticas sanitárias prevalentes e a criação de uma estrutura institucional para viabilizá-lo.

Na carta constitucional de 1988, os artigos que regem os pontos referentes à política de saúde no Brasil são os artigos de 196 a 200, no entanto, em parágrafo único é determinado que a saúde deva ser financiada de acordo com o artigo 195, para Cajueiro (2004) esse artigo enfatiza que as fontes de financiamento para saúde estão vinculadas aos recursos de seguridade social e dos recursos federais, estaduais e municipais.

O gasto público com saúde, até meados da década de noventa, mostrava-se similar ao período anterior à Constituição Federal, marcado por uma intensa centralização do sistema de saúde na esfera federal, mas no fim da mesma década, principalmente após a Ementa Constitucional 29 (EC 29), as participações das esferas estaduais e municipais no financiamento dos gastos públicos com saúde tiveram maior peso (MENDES, 2005).

Em 1989, no VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, iniciou-se a discussão do projeto de lei orgânica para o SUS. Assim como outros autores Fleury (1997) afirma, que a saúde constitui-se como direito à cidadania a ser garantido pelo Estado e complementa que a cidadania, por sua vez, é impetrada como eixo do paradigma democrático da reforma sanitária, por meio de uma estrutura jurídica e institucional própria. O direito à saúde foi revelado em uma base legal e normativa, abrangendo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, entre outros. A institucionalização do direito à saúde exigiu sua inclusão em uma base mais ampla, em consenso com a própria percepção ampliada adotada, a Seguridade Social.

De acordo com Mesquita (2008) o SUS, na sua configuração atual, é a expressão de um projeto inacabado. Campos (2007) complementa que Reforma Sanitária

inacabada deriva em um sistema “esgarçado”, incompleto, cujo resultado é um sistema fragmentado onde o sistema público planeja a atenção básica e os procedimentos de média e alta complexidade é realizado pelo setor privado.

Sem alcançar a desejada integração típica de um Sistema Nacional e com grandes dificuldades de financiamento, de acordo com Mesquita (2008), o SUS ampara-se nas estratégias de descentralização e na atenção primária. Após o marco legal da constituição do SUS, o desafio ulterior consistia na elaboração do marco de regulamentação infraconstitucional e na construção da estrutura institucional necessárias para concretizar o direito à saúde. Draibe (2002) afirma que mesmo após dez anos da Constituição Federal, a reforma do sistema social brasileiro continua sendo a pauta do dia e é nos anos 90, que surge a nova agenda de reestruturação do sistema de políticas sociais brasileiras.

2.2.3 Os Desafios da construção do SUS nos Anos 90

O início da década de 1990 foi marcado pela continuidade e pelo acirramento do ataque liberal à presença do Estado na economia, conseqüentemente na área da saúde, também pela instabilidade macroeconômica e pela exaustão dos seus instrumentos de regulação (FAGNANI, 1997). O avanço das ideias liberais trouxe dificuldades à área de saúde de duas ordens: no campo do financiamento da política social e no plano político-ideológico, esse pelo seu conceito de estado mínimo que contradiz os direitos universais da constituinte de 1988 (LAURELL, 1997).

No ano de 1990 é aprovada a Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, entre outras providências. Nela especifica-se a diretriz da municipalização e participação dos conselhos de saúde na gestão do sistema pelas esferas Federal, estaduais e municipais. É aprovada também a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (MESQUITA, 2008).

Na década de 90 o processo de descentralização da política de saúde e seu projeto de financiamento foram operados pelas Leis e Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS que se resumem no Quadro 1.

Quadro 1 – Leis e Normas do Sistema Único de Saúde nos anos 90

NORMAS E LEIS	DESCRIÇÃO
Lei 8080, 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.
Lei 8142, 28 de dezembro de 1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/91	Implementada pela Resolução INAMPS n.º 258, de 07/01/91; promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Posteriormente retificada e publicada como Resolução n.º. 273, de 17/07/91.
Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/92	Editada pela publicação da Portaria n.º. 234, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ MS, de 07/02/92; normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS.
Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/93	Instituída pela Portaria n.º. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993; sistematiza o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e conseqüentemente do próprio Governo Federal. Estabelece três condições de gestão para os municípios: Incipiente, Parcial e Semiplena e duas para os estados: Parcial e Semiplena, além das Comissões Intergestores Bipartite - CIB e Tripartite - CIT, como foros permanentes de negociação e deliberações.
Norma Operacional Básica - NOB 01/96	Instituída pela Portaria n.º. 1742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996; promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No período de 1990 a 1992 existiram dois planos dinâmicos e contraditórios de acordo com Draibe (2002). Ao mesmo tempo em que no Congresso Nacional se processa os avanços legais e institucionais, o Executivo implementa uma gestão estagnacionista e destrutiva do sistema de políticas sociais. Para Fagnani (1997), no mesmo período, a estratégia governamental de políticas sociais estava associada à contrarreforma neoliberal, cujo objetivo era criar obstáculos à consolidação da Constituição Federal de 1988 e, para chegar a esse fim, o governo descumpriu regras constitucionais e vetou integralmente projetos de leis aprovados no Congresso Nacional, descumpriu os prazos estabelecidos e realizou uma

interpretação inadequada dos dispositivos essenciais. Também ocorreu um forte processo de desaparelhamento e fragmentação burocrática da política social; paralelamente verifica-se a grande permeabilidade dos programas federais de interesses clientelistas e o vínculo direto do governo federal com os governos subnacionais.

Mesquita (2008) complementa:

No plano da política de saúde, esse contexto de forte oposição liberal-conservadora vai afetar diretamente o financiamento do setor e o processo de elaboração das normas jurídicas infraconstitucionais destinadas à regulamentação do direito à saúde, comprometendo a consolidação da Reforma Sanitária.

De acordo com Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (2012), desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas: 01/91, 01/93 e 01/96. A NOB 01/91 introduziu a conexão organizacional do SUS fundamentada na concepção de sistemas municipais isolados, pois predizia o estabelecimento de um “convênio de municipalização” diretamente entre o Ministério da Saúde e as prefeituras (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Para Cajueiro (2004), a NOB 01/91 não atribui qualquer tipo de alteração ou avanço no padrão de atenção básica, pois permanece o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento da saúde coletiva e ela continua tendo como prioridade a produção, deixa-se em segundo plano o aspecto das necessidades de saúde da população. A NOB 01/92, que discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS, é considerada apenas uma substituta da NOB 01/91.

No ano de 1992 ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) cujo tema foi “A municipalização é o caminho”, promovendo-se uma vasta discussão sobre as dificuldades de condução do processo de descentralização da política de saúde, que resulta em um pequeno progresso. Em relação aos obstáculos do avanço da descentralização da saúde, cita-se o retrocesso dos mecanismos de repasse financeiro e à necessidade de aprimoramento da competência gestora dos municípios (MESQUITA, 2008). O relatório final da IX CNS assinala para a constituição de táticas de repasse de verbas aos estados e municípios, com cancelamento das transferências contratadas entre Federação, Estados e Municípios (FALEIROS et al., 2006).

Mesquita (2008, p. 46) complementa que as discussões da IX CNS:

Fomentaram a formação de um grupo especial de descentralização (GED), composto por membros do MS, Conass e Conasems. Este grupo elaborou um documento essencial à continuidade do processo de descentralização daquele momento em diante: “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei”. [...] esse documento deu origem, logo em seguida, à NOB 01/93, instituída pela portaria nº 545/93, que regulamentava o processo de descentralização da gestão das ações e serviços públicos de saúde.

O SUS avançou significativamente no campo jurídico-legal após 1993, principalmente no caráter da descentralização. A principal inovação da NOB 01/93 diz respeito à implementação dos mecanismos de transferência, fundo a fundo, nos municípios em condição de gestão simplena e as deliberações de maior importância a respeito da implementação da descentralização da saúde deveriam ser discutidas com representantes dos níveis locais (CAJUEIRO, 2004). No entanto, a definição do montante de recursos transferidos fundo a fundo observava a produção apresentada nos Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, ou seja, continua da mesma forma dos atos normativos anteriores (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Cajueiro (2004) complementa e afirma, que embora a capacidade de intervenção dos estados na condução da política de saúde, a NOB 01/93 não aponta para soluções relacionadas à forma de novas funções para as instâncias estaduais no SUS, não determina e nem garante os recursos e instrumentos indispensáveis à sua implementação.

Com a NOB 01/93 o MS procurava progredir na construção do arranjo institucional do SUS, principalmente em relação à redefinição de papéis e das relações entre as três esferas de governo; para os municípios instituiu as seguintes condições de gestão: incipiente, parcial e simplena; já para os estados, instituíram-se as condições parcial e simplena. Dessa maneira permitiu-se, que os gestores locais adotassem a gestão, que considerassem mais apropriadas, podendo realizar a migração para outras modalidades de gestão mais complexas de acordo com a evolução da sua capacidade gestora (MESQUITA, 2008). Para Levcovitz, Lima e Machado (2001) a NOB 01/93 previa incentivos financeiros às esferas estaduais e municipais para estimular a adesão às modalidades de gestão. No entanto, esses estímulos financeiros não ocorreram na prática, e a crise financeira da saúde foi a principal causa da não implementação dos mesmos. Lucchese (1996, p. 121) ressalta que “a conjuntura adversa do financiamento setorial impossibilitou a implantação integral das

condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/93” e que não teve recursos para ajustar o repasse do Fator de Apoio ao Estado (FAE) e do Fator de Apoio ao Município (FAM).

A administração do processo de descentralização, instituída pela NOB 93, foi muito importante por estabelecer a gestão semiplena para os municípios, pois os mesmos passaram a gerir todos os recursos municipais, estaduais e federais dentro de seu território, utilizando-se do papel de gestores únicos do SUS (HEIMANN et al., 2002).

Em 1994 houve a discussão de uma nova norma operacional, a NOB 01/94, mas ela nunca saiu do papel, pois os governantes “não se dispunham a colocar mais nenhum tostão para a saúde”, essa norma tinha o intuito de complementar e aprofundar a NOB 01/93 (CARVALHO, 2001, p. 441). Mendes (2005) quantifica que no mês de dezembro de 1994, apenas 24 municípios brasileiros assumiram a condição de gestão semiplena, destes, sete da região Nordeste, quatro do Sul e treze da Sudeste. Em 1995 o número de municípios enquadrados na gestão semiplena aumentou para 43, no ano de 1997, esse número saltou para 144, empregando 24% dos recursos do Fundo Nacional de Saúde designados à assistência em saúde. Em 1996, através da Portaria MS nº 2.203, a NOB 01/96 foi aprovada, mas aplicada somente após sua regulamentação, adiando seu início para 1998. No campo da gestão descentralizada do SUS, essa nova norma trouxe inovações, modificando vários aspectos do papel do gestor estadual e municipal dentro do sistema, esse com uma introdução de um mecanismo de remuneração per capita dos serviços de saúde, o “Piso da Atenção Básica – PAB”¹¹. (MENDES, 2005).

O financiamento tinha por objetivo de expandir a participação das transferências regulares e automáticas dos recursos da União para os municípios, introduzindo essa modalidade de repasse no financiamento dos Estados (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Mesquita (2008) complementa que em relação à tática de descentralização, a norma manteve a hipótese da existência de importantes diferenças locais, com isso ampliando a ideia do processo de transferência de responsabilidades de gestão. A NOB 01/96 aplicou as condições de gestão estadual e municipal, esse com as condições: plena da atenção básica e plena do sistema municipal, aquele com as condições: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual.

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001) as novas regras e principais modificações adentradas pelas portarias do MS podem ser resumidas assim: a) alteração do conceito original do PAB que passa a ser chamado de Piso da Atenção Básica e expandindo o

¹¹ Consiste em um valor mínimo de recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica, tipicamente municipal.

alcance de sua cobertura; b) avançou com a subdivisão do PAB em uma parte fixa e outra variável; c) criação de mecanismos de financiamento exclusivos para o custeio das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, que devem ser transferidos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde; e d) concepção do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação para o financiamento de ações e programas específicos do MS.

Mendes (2005) demonstra o enquadramento nas condições de gestão da NOB 96, que de 1998 a abril de 1999 abrangeu 94,8% dos municípios, em dezembro de 2000 cerca de 99,0% dos municípios estavam enquadrados nas normas da NOB 01/96, sendo 9,5% em gestão plena do sistema municipal - GPSM e 89,5% em gestão plena da atenção básica – GPAB. Em 2000, quatorze estados habilitaram 100% de seus municípios¹².

No ano de 2001, que coincide com o final da vigência da NOB 01/96, cerca de 99% dos municípios já estavam habilitados a uma das duas condições de gestão, sendo 89,86% em GPAB e 10,14% em GPSM, no entanto, o percentual de municípios com essas habilidades é muito variável em cada estado, evidenciando que existem diferentes ritmos e modelos de descentralização em cada unidade da federação. Embora a NOB 01/96 representasse um grande passo para consolidação do SUS, alguns problemas e desafios ainda não foram completamente resolvidos¹³, dentre eles: a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, o método de habilitação, o financiamento do sistema, o projeto e arranjo da função de sistema, a resolução e acesso aos serviços, o acompanhamento e julgamento contínuo do comportamento e do processo de habilitação das Secretarias Municipais da Saúde e as transferências fundo a fundo (CAJUEIRO, 2004).

Carvalho (2001) aponta dois outros problemas relacionados à NOB 01/96: ela deixou várias indefinições, impossibilitando a auto aplicação da norma, que com a mudança de ministro resultou em paralisação e o outro problema é a incoerência de deixar nas mãos dos Ministérios do Planejamento e da Fazenda qualquer tipo de modificações financeiras do Ministério da Saúde.

2.2.4 O Ministério da Saúde após o Ano 2000: Financiamento e Normatização

O progresso obtido na implementação do SUS, no final dos anos 90, em analogia à descentralização político-administrativa da municipalização foi significativa; no entanto, esse mesmo progresso trouxe um conjunto de problemas de gestão do sistema e no

¹² CE, ES, GO, MT, PB, PE, PI, PR, RJ, RO, RR, SC, SE e TO.

¹³ Para mais detalhes ver Carvalho (2001), Mesquita (2008) e Cajueiro (2004).

retrato do modelo assistencial, dificultando sua consolidação de um sistema universal, equitativo e com atenção básica integral (MESQUITA, 2008).

A legislação relacionada às portarias e normas operacionais da assistência à saúde e emendas constitucionais do Sistema Único de Saúde estão resumidas no Quadro 2, juntamente com sua descrição, dessa forma facilita sua visualização para um melhor entendimento do texto que o segue.

Quadro 2 – Portarias e Normas do Sistema Único de Saúde após o ano 2000

NORMAS E LEIS	DESCRIÇÃO
Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000.	Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001.	Instituída pela Portaria nº. 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001; amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.
Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002.	Publicada pela Portaria nº. 373 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002; atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/2001, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002.
Portaria Nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.	Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
Portaria Nº 698/GM de 30 de março de 2006.	Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.
Portaria Nº 699/GM de 30 de março de 2006.	Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Portaria Nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007.	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria Nº 837, de 23 de abril de 2009.	Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.
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 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.

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com o CONOF/CD¹⁴ (2012) o modelo de saúde, constitucionalmente cunhado em 1988 e baseado nos princípios da universalidade e integralidade, aumentou as demandas e a influência sobre os gastos públicos, sem a garantia de alocação de recursos em volume suficiente para atender às novas necessidades. No entanto, para compensar essa carência de recursos foram adotadas medidas emergenciais, tais como empréstimos junto ao Fundo do Amparo ao Trabalhador-FAT e a criação da CPMF que vigorou entre os anos de 1997 a 2007.

Mesmo com essas medidas emergenciais, propostas de soluções mais duradouras foram criadas, que culminaram com a aprovação da EC nº 29/2000¹⁵. Apesar de grandes resistências, ligadas a influentes correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 foi aprovada em 2000 e estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A EC nº 29/2000 previu a inclusão de uma lei complementar para revisar os percentuais dos recursos destinados à saúde e definir como serão rateados os recursos e a sua fiscalização e controle. Todavia, na falta da citada lei complementar, ficou determinado que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até 2004. No entanto, ficou evidente a necessidade de existir um esclarecimento conceitual e operacional do texto, com o intuito de garantir sua eficácia; diante disso, surgiram ações que buscavam a homogeneização das interpretações da referida Ementa; porém, todas se mostraram insuficientes¹⁶ (CONOF/CD, 2012).

As maneiras utilizadas para limitar os recursos públicos na saúde são a não regulamentação da EC 29 em conjunto com a Desvinculação das Receitas da União (DRU); nesse sentido, a ausência de uma definição precisa sobre o que são ações e serviços de saúde tem movido à entrada de uma série de ações e serviços nos orçamentos públicos, que de certa maneira podem ser questionáveis; como resultado, temos menos recursos para o financiamento do SUS (CONASS, 2011a).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), em relação à organização do sistema e do acesso da população ao sistema universal de saúde, as heterogeneidades entre os estados e municípios resultam em uma rede regionalizada e resolutiva de serviços de diversos

¹⁴ CONOF/CD é o Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados.

¹⁵ A Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000, altera os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição Federal e adiciona artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, com o intuito de garantir os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

¹⁶ Somente no ano de 2012 que a Lei Complementar 141/2012 fora aprovada pelo congresso nacional e sancionada pela Presidente da República Dilma Rousseff, conforme descrito na seção 2.2.4 e no Quadro 2.

níveis de complexidade. Mesquita (2008) complementa, que diversos estados não assumiram a função de coordenação dos sistemas municipais para construir redes intermunicipais e o prosseguimento do processo de descentralização e da consolidação do SUS exigiu uma nova tática, denominada regionalização que foi apresentada na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) que proporcionou vasto debate entre os atores da política setorial.

A NOAS-SUS 01/01 é o produto de aproximadamente um ano de debates entre o MS, os representantes estaduais e municipais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, portanto, de acordo com Souza (2001, p. 453), “não é correto afirmar que a NOAS-SUS 01/01 seja uma normatização definida unilateralmente pelo MS”.

O Ministério da Saúde complementa que:

A peculiaridade do arranjo federativo brasileiro estabelecido pela Constituição Federal de 1988, [...] torna complexa a construção de um sistema nacional de saúde, fundado em princípios avançados de unicidade, universalidade e integralidade da atenção e na diretriz de descentralização com comando único em cada nível de governo (BRASIL, 2001, p. 11).

No Brasil existem milhares de pequenos municípios capazes de gerirem um sistema de saúde completo em seu território, ou seja, capaz de proporcionar atuações de saúde para todos os níveis de complexidade, da mesma forma existem diversos municípios de maior porte que são polos de atração regional. Nas áreas contíguas às divisas interestaduais e municipais, é coerente que a rede de serviços de saúde organize-se com unidades estabelecidas em ambos os lados da fronteira político-administrativa (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 15) afirma que “o conjunto de propostas regulamentado na NOAS-SUS 01/01 assume a regionalização como macro estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS”. Essa estratégia deverá contemplar:

[...] redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001, p. 15).

A NOAS-SUS 01/01 aborda três grupos de táticas articuladas, que objetivam cooperar para o processo de regionalização em saúde e com intuito de originar a descentralização com equidade no acesso: 1) elaboração do Plano Diretor de Regionalização e

diretrizes para a organização regionalizada da assistência; 2) fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; 3) atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001).

De acordo com Mesquita (2008), em relação à ampliação do acesso e da promoção da qualidade, a NOAS-SUS 01/01 estabeleceu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) como uma das condições de gestão municipal, em que os municípios comprometem-se com ações em áreas de atuação estratégica¹⁷. As ações deveriam ser adotadas por todos os municípios como um elemento mínimo e necessário ao cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica. A NOAS-SUS 01/01 modificou o PAB em PAB-ampliado, com o objetivo de ampliar o conjunto de ações e atividades que passariam a compor a atenção básica na responsabilidade do município.

A NOAS-SUS 01/01 tem por objetivo principal tratar da necessidade de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Pretende-se também que ocorra a “superação da lógica anterior de financiamento com a expansão dos mecanismos de pré-pagamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores no planejamento da oferta, de acordo com as necessidades da população e prioridades identificadas” (SOUZA, 2001, p.454).

Os entraves na operacionalização de alguns itens atrapalharam as tentativas de implementação da NOAS 01/01, reabrindo novamente debates entre os atores da área setorial e com isso elaborou-se a NOAS-SUS 01/02, que manteve as diretrizes organizativas da norma anterior e buscou alternativas aos entraves operacionais. Com a nova norma houve o fortalecimento das ações de regulação, avaliação e controle da regionalização e o aumento significativo no número de municípios habilitados em gestão plena (MESQUITA, 2008). Como destacou Solla (2006) *apud* Mesquita (2008), permaneciam entraves e fragilidades da NOAS como principal ferramenta para encarar os desafios da gestão descentralizada do sistema. Parecia existir um esgotamento do modelo de descentralização fundado na adesão, habilitação e concordância dos gestores das demais esferas.

No governo Lula, a principal novidade do processo de implementação do SUS está na nova estratégia de gestão, consolidada no “Pacto pela Saúde”, abrangendo novas diretrizes no processo de descentralização. No ano de 2004, iniciou a construção da proposta do Pacto de Gestão, que consistia na troca do modelo de adesão voluntária por um modelo de contrato entre gestores das três esferas (MESQUITA, 2008).

¹⁷ Dentre elas: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.

Nesse sentido, o “Pacto pela Saúde”:

Substituiu então a forma pela qual os estados e municípios assumiam a gestão do SUS. Antes, as Normas Operacionais (NO) estabeleciam modalidades de gestão pré-determinadas e os diversos entes subnacionais deveriam se enquadrar nessas modalidades. [...]. Com a instituição do Pacto, os entes assumem a gestão do sistema através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Por esse mecanismo, há maior possibilidade dos estados e municípios expressarem sua estrutura de saúde na assunção das metas e compromissos de gestão (MESQUITA, 2008, p. 59).

A proposta foi aprovada após o debate junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a CNS e publicada na portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Instituiu-se o “Pacto pela Saúde”, que abrange o Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS. Como citado anteriormente, pelo Pacto de Gestão ao invés da simples transferência de recursos e responsabilidades mediante decisão do gestor local, a responsabilidade adviria de modo negociado, abrangendo criação de capacidade progressiva de gestão, cooperação técnica e financeira e negociação de metas entre as três esferas. Já com a instituição do Pacto pela Vida¹⁸ adota compromissos sanitários determinados pelos três entes e com implemento focado em resultados (MESQUITA, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde (2001) o Pacto em Defesa do SUS origina o compromisso da União, estados e municípios em reforçar o SUS como política de Estado, dessa maneira garantindo à saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema universal viabilizador desse direito.

O “Pacto pela Saúde” é um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo proferido em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A sua implantação tem permitido a realização de acordos entre as três esferas de gestão para reformas institucionais e promovido inovações nos processos e ferramentas de gestão. Os gestores do SUS assumiram o compromisso público do “Pacto pela Saúde”, baseados nos princípios constitucionais do SUS e com destaque nas necessidades de saúde da população, isso implicando na necessidade de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes (CONASS, 2011a).

A Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, regulamenta a prática das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o

¹⁸ O Pacto pela Vida objetiva prioridades nas seguintes áreas: saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade materna e infantil, fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

processo de gestão do SUS, também a trajetória e o monitoramento dos Pactos e unificando os processos de pactuação de indicadores e de metas (CONASS, 2011b).

Nessa mesma portaria, o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) formaliza o “Pacto pela Saúde” nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, podendo ser Federal, estadual ou municipal, o TCG contém os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos. Já o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) é o instrumento para formalizar a relação entre gestores do SUS, pois quando as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas estão situadas no território de um município, deve-se saber qual gestão é responsável pela mesma (CONASS, 2011a).

A Conass (2011b) descreve que é a portaria GM/MS n. 204, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, em blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Nesse sentido, instituiu o Termo de Ajuste Sanitário (TAS), como um instrumento a ser formalizado entre os gestores do SUS, onde são formadas obrigações para a conformidade de impropriedades no funcionamento do sistema e poderá ser celebrado entre os gestores das três instâncias do SUS.

As principais diretrizes de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). Em relação às diretrizes do sistema operacional temos que:

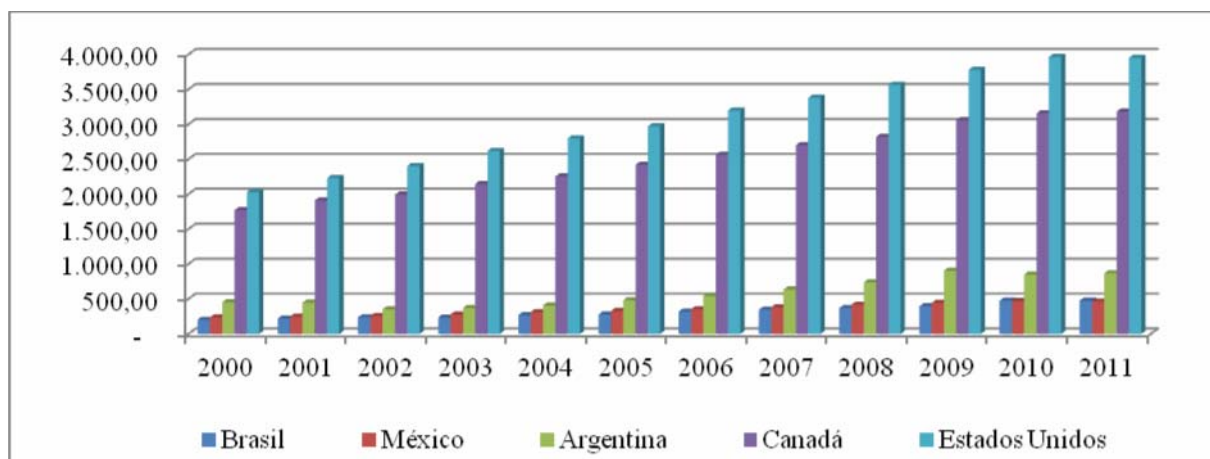
As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reafirmam princípios, consolidam processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI), e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão a ações e serviços de saúde (CONASS, 2011a, p. 63-64).

No ano de 2012 a Lei Complementar 141/2012 foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidente da República Dilma Rousseff. A referida lei é aplicável em todo o território nacional, devendo contribuir para a diminuição da subjetividade que por muitos anos permeou a definição de ações e serviços para fins de apuração nos recursos da saúde, e aproximando as despesas com saúde da intenção original da constituinte e da EC nº 29/2000. (CONOF/CD, 2012).

2.3 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E NO MUNDO

Os gastos com saúde pública per capita do Brasil e de selecionados países a nível mundial estão representados no Gráfico 1. Os dados referem-se às despesas per capita dos governos com saúde pública, expressos em dólar internacional (PPP)¹⁹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde–World Health Organization (2013) esse indicador contribui para uma melhor compreensão do nível relativo do gasto público em saúde para a população beneficiária, com seus valores expressos em dólares internacionais facilita as comparações entre países com unidades monetárias distintas. Ele inclui não apenas os recursos canalizados através do orçamento do governo, mas também as despesas com saúde por entidades semi-públicas e de seguro saúde obrigatório; refere-se também aos recursos arrecadados e divulgados por órgãos públicos, e inclui todas as modalidades de receita²⁰.

Gráfico 1 – Gastos com saúde pública per capita em países selecionados das Américas (valores em dólar internacional a preços correntes)



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

Entre os países selecionados das Américas, observa-se que o Brasil possui o menor gasto per capita com saúde pública, com um gasto aproximado de \$202,60 dólares internacionais no ano de 2000, \$319,60 em 2006 e eleva-se à \$477,00 em 2011. Em países com a mesma classificação relacionada à renda per capita da população, o México e a Argentina possuem gastos per capita com saúde pública no patamar de \$237,10 e \$453,00 dólares internacionais para o ano de 2000 respectivamente, aproxima-se à \$464,90 e \$869,40 para o ano de 2011, respectivamente. Para países de alta renda per capita, como é o caso dos

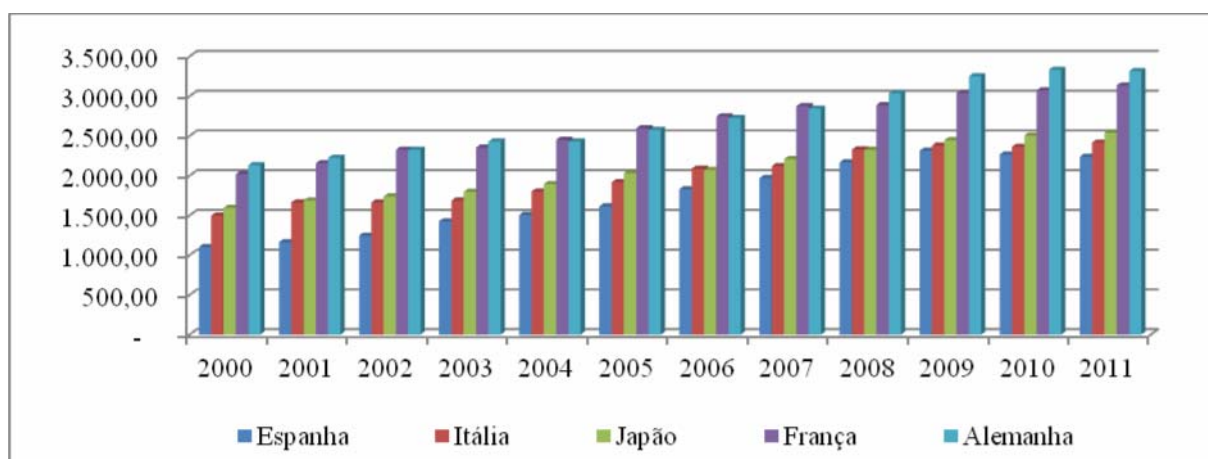
¹⁹ Do inglês: PPP – Purchasing Power Parity, ou do português: PPC – Paridade do Poder de Compra.

²⁰ Esses valores servem para simples comparação e diferem dos dados coletados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS devido a sua metodologia de coleta.

Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá, a discrepância dos gastos com saúde pública per capita é ainda maior. Os EUA possuem um gasto per capita de mais de \$2.000,00 dólares internacionais no ano de 2000, que se eleva para mais de \$3.950,00 em 2011. O Canadá também possui um gasto muito superior ao Brasil, México e Argentina, com um gasto per capita em saúde pública no montante de \$1.772,40 dólares internacionais para o ano de 2000, cujo valor eleva-se para um patamar superior à \$3.180,00 em 2011.

Os resultados observados entre os países selecionados a nível mundial são apresentados no Gráfico 2. Tem-se que a Espanha está a um nível de gasto com saúde pública per capita inferior aos demais países selecionados, no entanto, comparativamente ao Brasil, Argentina e México, seus gastos são bem superiores, a saber: \$1.101,40 dólares internacionais no ano de 2000, \$1.830,60 no ano de 2006, cujo montante eleva-se para \$2.237,80 em 2011.

Gráfico 2 – Gastos com saúde pública per capita da Espanha, Itália, Japão, França e Alemanha no período de 2000 a 2011 (valores em dólar internacional a preços correntes).

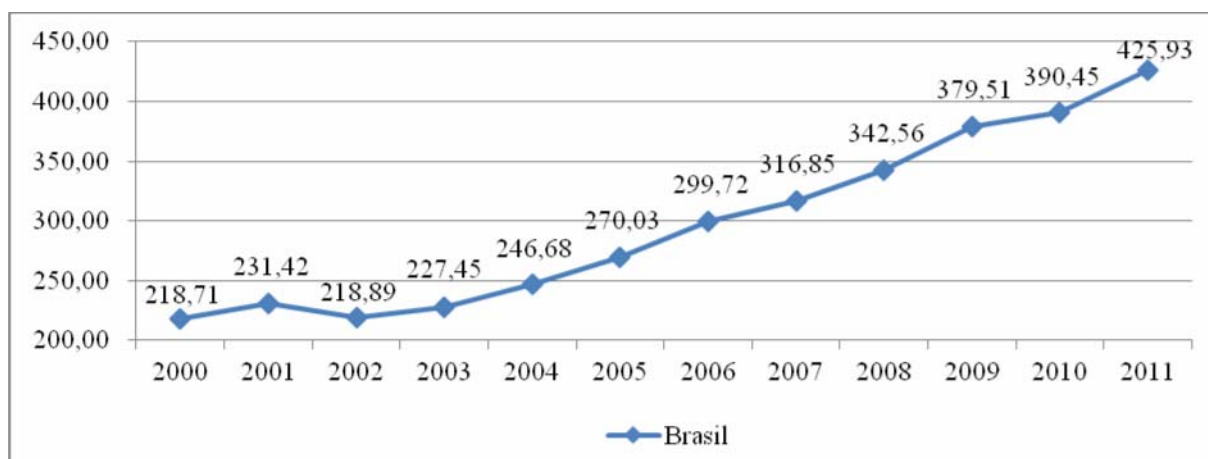


Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

Japão e Itália estão em um patamar intermediário de gastos per capita com saúde pública, respectivamente de \$2.417,40 e \$2.539,60 dólares internacionais para o ano de 2011. A França e Alemanha destacaram-se entre os países selecionados com gastos respectivos de \$3.135,20 e \$3.315,90 dólares internacionais no ano de 2011. Observa-se também que, comparativamente com os EUA, os gastos com saúde pública per capita de todos os países em análise foram inferiores, inclusive em todo o período em análise, com exceção somente da Alemanha que no ano 2000 possuiu um gasto superior aos EUA de aproximadamente de \$100,00 dólares internacionais per capita.

No Gráfico 3 são apresentados os dados dos gastos com saúde pública per capita para o Brasil em Reais (R\$), atualizados monetariamente para o ano de 2011. Os dados são do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS são de natureza declaratória, que busca manter compatibilidade com as informações contábeis dos municípios, estados e federação. Os valores diferem dos dados internacionalmente apresentados, devido à forma como são coletados e padronizados a nível mundial. No entanto, os dados apresentados a seguir seguem o padrão de gastos com saúde pública per capita, que serão analisados em toda essa dissertação e refletem a realidade do sistema público de saúde no país, estados e municípios.

Gráfico 3 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita do Brasil no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

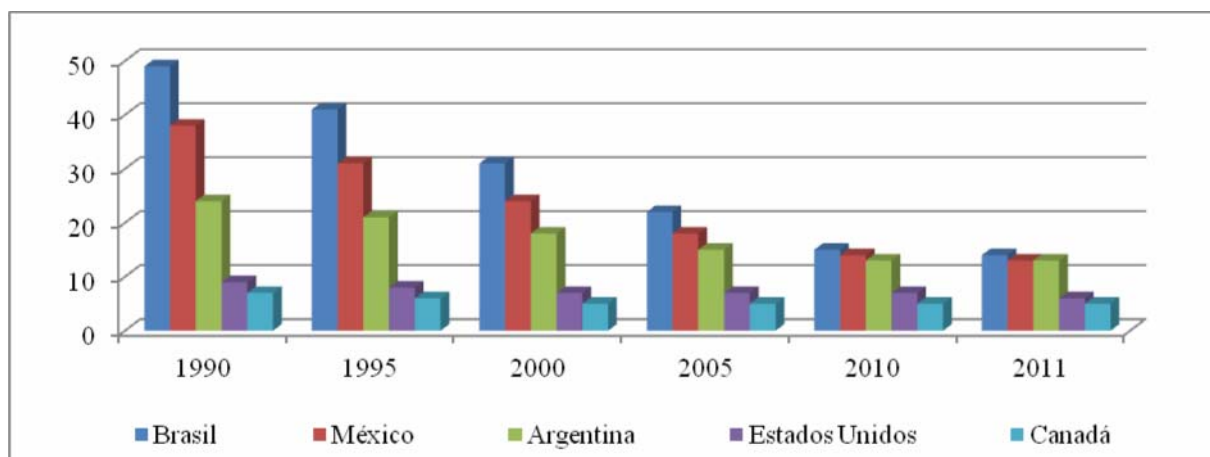
A trajetória de crescimento dos gastos com saúde pública per capita para o Brasil está mais evidente após o ano de 2002, com a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde–NOAS/SUS 01/2002, que atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS/SUS 01/2001. Observa-se, que os gastos com saúde pública per capita, passaram de R\$ 218,89 no ano de 2002 para R\$ 425,93 no ano de 2011, ou seja, um crescimento de mais de 94%. Os demais valores podem ser verificados na série de dados do Gráfico 3.

Os gastos com saúde pública per capita pode ser um bom comparativo de saúde pública entre países estados e municípios. No entanto, outros indicadores merecem destaque, como é o caso da taxa de mortalidade infantil, do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), entre outros.

A taxa de mortalidade infantil de crianças até um ano de idade, para cada 1000 nascidos vivos, é considerada um bom indicador de saúde a nível mundial. Nesse

sentido, o Gráfico 4 apresenta o histórico dessa taxa para alguns países e anos selecionados. Observa-se, que o Brasil possuía uma taxa de mortalidade infantil no ano de 1990 de aproximadamente 49 mortes para cada 1000 nascidos vivos, taxa essa que se aproxima de 14 mortes em 2011. Verifica-se, também, que a melhora nos níveis de mortalidade infantil foram mais acentuados que nos demais países em análise, mesmo que seus níveis permaneçam superiores. Cita-se que no mesmo ano os Estados Unidos da América e o Canadá possuem, respectivamente, taxas de mortalidade de 6 e 5 mortes para cada 1000 nascidos vivos, México e Argentina possuem 13. Em países de alta renda, como é o caso dos Estados Unidos e Canadá, os níveis de mortalidade infantil são inferiores e mais estáveis que os demais países analisados. Em 1990 os Estados Unidos possuíam uma taxa de mortalidade infantil de aproximadamente 9 mortes para cada 1000 nascidos vivos; esse valor caiu para 7 em 2000 e reduziu-se para 6 em 2011, para o Canadá esse valor corresponde a 7 em 1990 e 5 em 2011.

Gráfico 4 – Taxas de mortalidade infantil em países das Américas para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2011.



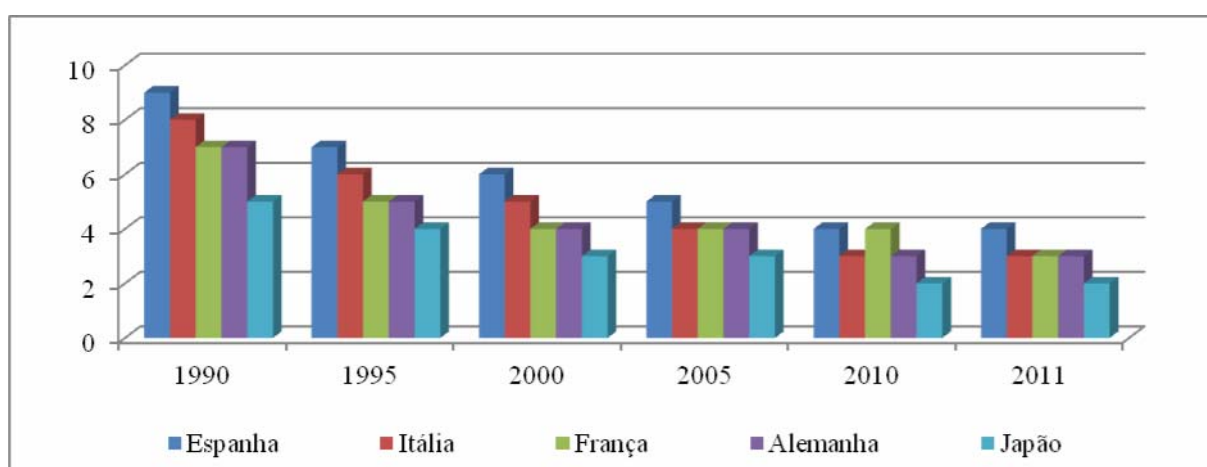
Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

No ano de 2011, o Brasil está em 85º colocado no ranking²¹ relacionado à taxa de mortalidade infantil até um ano de vida, com 14 óbitos para cada 1000 nascidos vivos; igualando-se a países como Peru e Tunísia. Observa-se, também, que outros países das Américas, tais como: Venezuela, México, Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Cuba estão melhores colocados nesse quesito e que, de acordo com a World Health Organization (2013), suas rendas possuem a mesma classificação a nível mundial.

²¹ Ranking calculado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

O Gráfico 5 apresenta as taxas de mortalidade infantil até um ano de vida, para cada 1000 nascidos vivos, em diversos países, que possuem alta renda per capita²². Verifica-se que a Espanha possui o pior nível entre os países selecionados em todo o período de análise, com uma taxa de aproximadamente 9 mortes para o ano de 1990 e reduzindo-se a 4 mortes em 2011. Destaca-se o Japão, que possui o menor índice de mortalidade em todo o período, com uma taxa de 5 mortes infantis para cada 1000 nascidos vivos no ano de 1990, que reduzindo-se para aproximadamente 2 mortes no ano de 2011.

Gráfico 5 – Taxas de mortalidade infantil da Espanha, Itália, França, Alemanha e Japão para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 e 2011.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

As taxas de mortalidade infantil possuem tendência decrescente para todos os países analisados a partir de 1990. Portanto, citam-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)²³, cujo objetivo quarto é reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos, para cada 1000 nascidos vivos. Nesse sentido, o Gráfico 6 apresenta os dados referentes à mortalidade infantil em menores de 5 anos de idade, para cada 1000 nascidos vivos nos países selecionados das Américas para os anos disponíveis e o objetivo²⁴ a ser alcançado em 2015. Conclui-se que o Brasil e o México já atingiram o objetivo proposto, no entanto, suas taxas ainda são muito superiores aos demais países analisados e, de acordo com a PNUD (2013), a desigualdade pode ser considerada grande, ou

²² “Alta renda per capita” refere-se à classificação da World Health Organization.

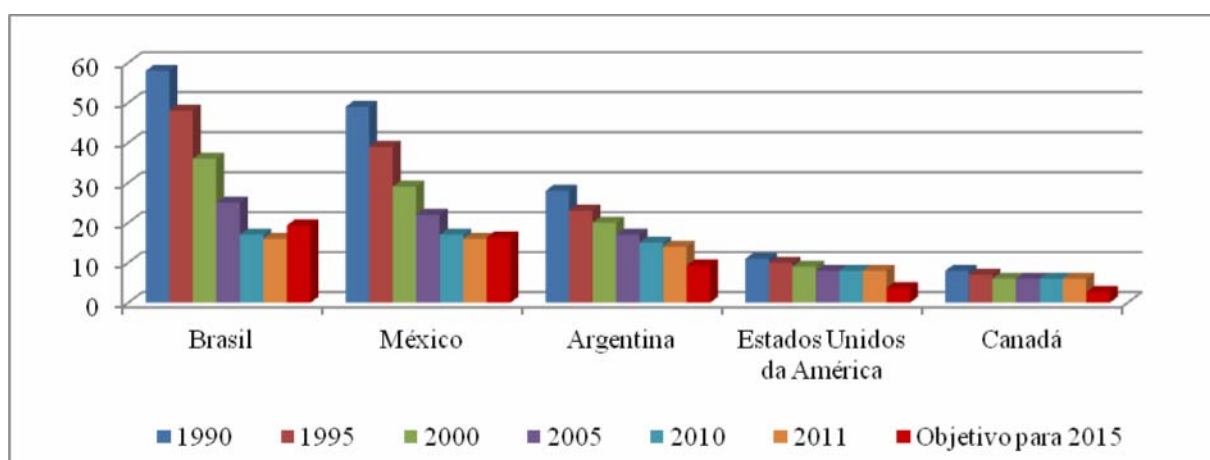
²³ No ano 2000, 189 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Essa discussão concretizou-se nos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que deverão ser alcançados até o ano de 2015. Em 2010, o mundo renovou o compromisso para acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos (PNUD, 2013).

²⁴ Valor calculado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

seja, crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as mais ricas, e as de raça negra e indígena ainda possuem a maior taxa de mortalidade.

Sabe-se, também, que países que possuem uma baixa taxa de mortalidade infantil, devido ao seu desenvolvimento econômico, terão maiores dificuldades em alcançar os objetivos propostos pelo ODM e que suas taxas já eram menores que as taxas de muitos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Gráfico 6 – Taxas de mortalidade infantil até 5 anos de vida para cada 1000 nascidos vivos em países selecionados da América para os anos de 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2011 e objetivo a ser alcançado até 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da World Health Organization.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o ano de 2011, o Brasil está situado na 84ª posição. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento PNUD (2013), o Brasil é considerado como um país com elevado índice de desenvolvimento humano e seu IDH é de 0,718. Países como a Noruega, Austrália, Holanda e EUA possuem um desenvolvimento humano elevado e suas colocações no ranking geral são, respectivamente, de primeira a quarta posição. O Quadro 3 resume os países com melhor IDH e os países que se aproximam do IDH brasileiro, para o ano de 2011.

Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano Global para o ano de 2011.

RANK	PAÍSES	IDH	RANK	PAÍSES	IDH
1°	Noruega	0,943	80°	Peru	0,725
2°	Austrália	0,929	81°	Dominica	0,724
3°	Holanda	0,910	82°	Santa Lúcia	0,723
4°	Estados Unidos	0,910	83°	Equador	0,720
5°	Nova Zelândia	0,908	84°	Brasil	0,718
6°	Canadá	0,908	85°	Ilhas de São Vicente	0,717
7°	Irlanda	0,908	86°	Armênia	0,716
8°	Liechtenstein	0,905	87°	Colômbia	0,710
9°	Alemanha	0,905	88°	Irã	0,707
10°	Suécia	0,904	89°	Omã	0,705

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nas informações do PNUD.

Após a caracterização da saúde pública no Brasil e no Mundo, parte-se para a análise das regiões brasileiras, do estado do Paraná e dos municípios, cujo objetivo é verificar sua evolução, bem como suas especificidades.

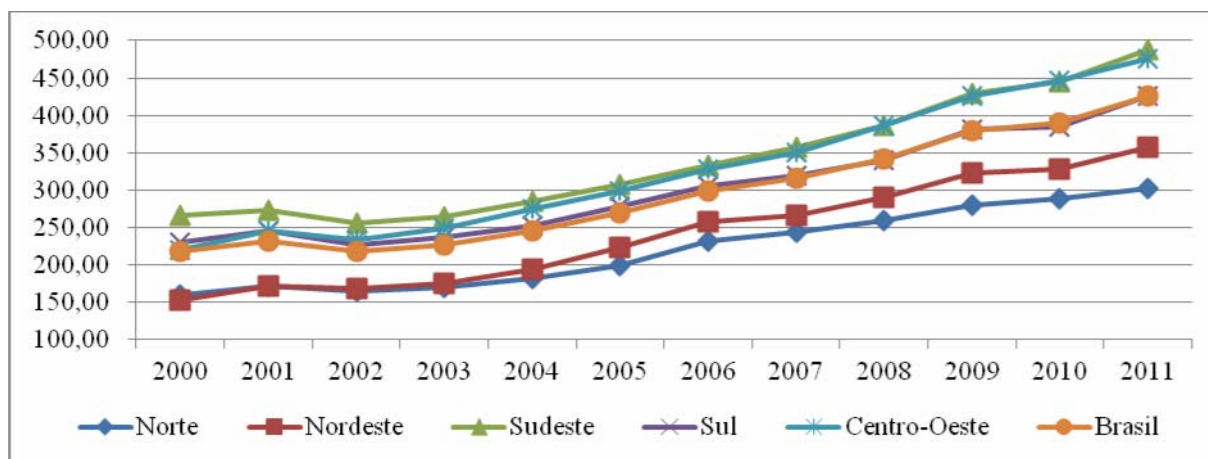
2.4 OS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E POR REGIÕES BRASILEIRAS

Nesse subitem apresentam-se os dados relacionados aos gastos com saúde pública do estado do Paraná e no Brasil, sua evolução, taxas de crescimento, percentuais investidos, sua distribuição geográfica, entre outros fatores relevantes.

A evolução dos gastos per capita com saúde pública das regiões brasileiras, no período de 2000 a 2011, pode ser visto no Gráfico 7, onde todas as regiões tiveram crescimento no período em análise, as regiões Centro-Oeste e Sudeste destacaram-se com uma taxa de crescimento superior às demais regiões. Os gastos públicos per capita da região Centro-Oeste passaram de R\$ 219,27 para R\$ 475,81 nos anos 2000 e 2011 sucessivamente, ou seja, um crescimento de 117% em 12 anos. Na região Sudeste os valores passaram de R\$ 266,03 para R\$ 488,05 nos mesmos anos, com um crescimento de 83,46%. A região Norte possui o menor valor per capita dos gastos com saúde pública em praticamente todo período analisado, com apenas R\$ 301,83 no ano de 2011. A região Nordeste obteve o segundo pior em relação ao valor per capita dos gastos; no entanto, sua taxa de crescimento foi a maior de todas, com cerca de 134,84% no mesmo período. A região Sul obteve um desempenho médio comparado às demais regiões brasileiras, com os gastos per capita em saúde pública no montante de R\$ 231,15 no ano 2000 e crescendo à R\$ 426,12 no ano de 2011, com um

crescimento de mais de 84% em doze anos de análise, observa-se também que a região Sul está mais próxima dos gastos médios em saúde pública per capita do Brasil.

Gráfico 7 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita das regiões brasileiras no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).

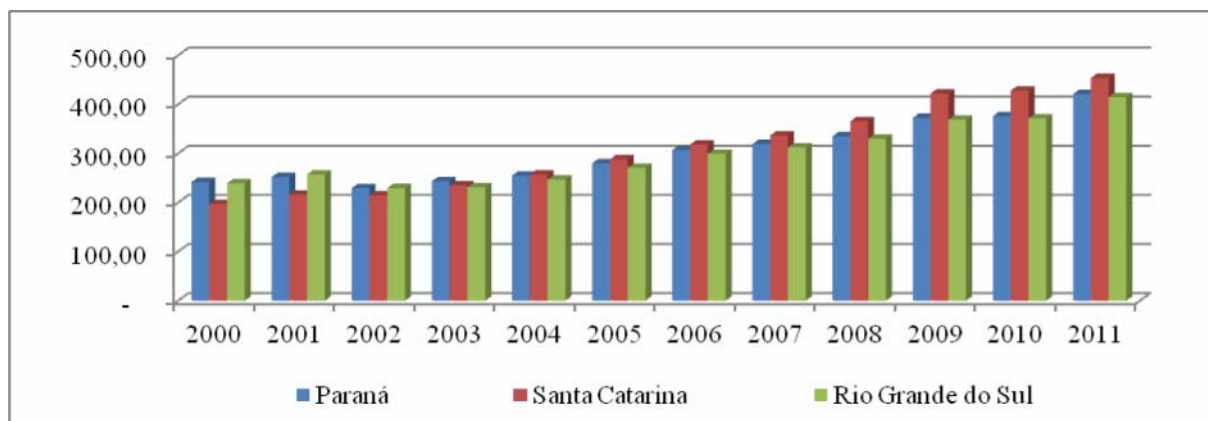


Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

A região Sul é a base de análise da evolução dos gastos com saúde pública per capita. No Gráfico 8 apresenta-se a evolução para os três estados, a saber: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Todos os estados experimentaram taxas de crescimento positivas em todos os anos analisados. No período de 2000 a 2011, o crescimento foi de aproximadamente 73,40% para o estado do Rio Grande do Sul, 130,21% para o estado de Santa Catarina e 74,20% para o Paraná.

Os gastos com saúde pública per capita do estado do Paraná, no ano 2000 eram de R\$ 241,66, modificam-se para R\$ 306,86 em 2006 e crescem até atingir o patamar de R\$ 420,99 em 2011. O significativo aumento nos gastos deriva da legislação brasileira, que sofreu diversas modificações no período analisado, com implementação de planos, normas e leis. Um exemplo disso é o caso do “Pacto pela Saúde” em 2006. Outros motivos para o crescimento nos gastos com saúde, em todas as regiões do Brasil, dão-se pelo empenho do governo em melhorar o setor de saúde que, conseqüentemente, se traduz em melhor qualidade de vida para a população. A especialização médica e a incorporação de tecnologias de ponta também são fatores que ampliam os gastos do governo com saúde pública, mas esses assuntos fogem do escopo desse trabalho.

Gráfico 8 – Evolução dos gastos com saúde pública per capita dos Estados da Região Sul do Brasil no período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

As taxas de variação anual para o estado do Paraná, objeto desse estudo, estão demonstradas na Tabela 1, o melhor desempenho ocorreu no ano de 2009 e 2011, possivelmente devido à Portaria Nº 837, de 23 de Abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, com o intuito de “*inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Além das taxas de variação anual, verifica-se também a taxa de variação acumulada para o período analisado, ou seja, o estado do Paraná aumentou seus gastos com saúde pública no montante de 74,21% entre os anos de 2000 a 2011, ou seja, inferior ao crescimento brasileiro de 94,75%.

Tabela 1 – Taxa de variação dos gastos com saúde pública per capita do Estado do Paraná no período de 2001 a 2011

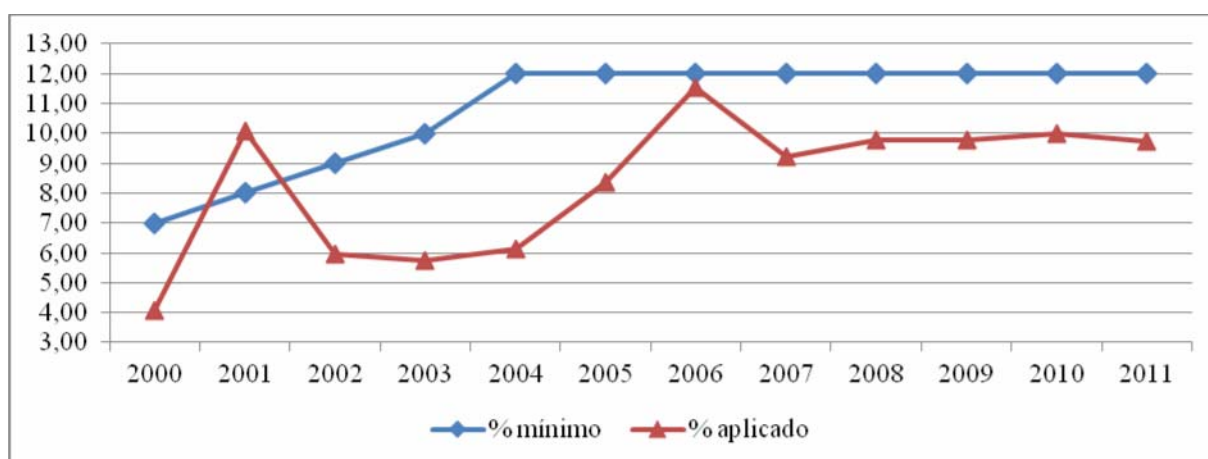
Variação Anual		Variação Acumulada	
Ano	Taxa	Ano	Taxa
2001	4,22%	2001	4,22%
2002	-8,91%	2002	-5,06%
2003	6,12%	2003	0,74%
2004	4,67%	2004	5,45%
2005	9,84%	2005	15,82%
2006	9,64%	2006	26,98%
2007	4,11%	2007	32,20%
2008	4,88%	2008	38,65%
2009	11,15%	2009	54,11%
2010	0,96%	2010	55,59%
2011	11,96%	2011	74,21%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

O princípio constitucional deposita a responsabilidade do financiamento da saúde nas três esferas de governo. No entanto, a constituição mencionou apenas competências e fontes genéricas de financiamento e somente anos depois se aprovou a EC-29, que definiu os quantitativos de responsabilidade de cada esfera de governo. Nesse contexto, os Estados deveriam aplicar o mínimo de 12% de impostos. Todavia, como não havia uma lei complementar²⁵, ficou determinado que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até o ano de 2004.

As despesas com serviços de saúde, contudo, ficaram aquém do que estabelece o texto constitucional na maioria dos anos analisados. Em 2011, foram destinados à saúde apenas 9,74% das receitas de impostos do estado quando deveria ser aplicado 12%. Como pode ser verificado no Gráfico 9, apenas no ano de 2001, que fora destinado aproximadamente 10% das receitas de impostos do estado à saúde quando o mínimo exigido foi de 8%, nos demais anos isso não ocorreu em 2004 foram aplicados pouco mais de 6%, quando o mínimo exigido pela EC 29/2000 era de 12%. Nos períodos subsequentes houve certa melhora nos padrões de investimentos comparados a 2004, mas o investimento sempre ficou aquém do mínimo exigido, por exemplo, nos anos de 2007 a 2011 o percentual não chegou a 10% visto o mínimo constitucionalmente exigido de 12%.

Gráfico 9 – Percentual mínimo exigido pela EC29/2000 e percentual máximo aplicado pelo estado do Paraná no período de 2000 a 2011.

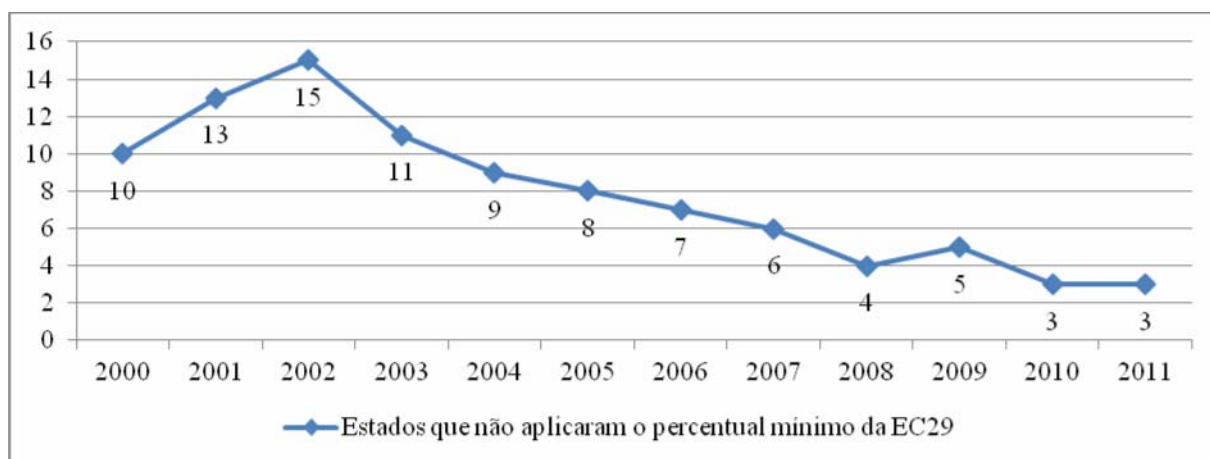


Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

²⁵ Lembra-se que no ano de 2012 a Lei Complementar 141/2012 foi aprovada pelo congresso nacional e sancionada pela Presidente da República, conforme descrito na seção 2.2.4 e no Quadro 2.

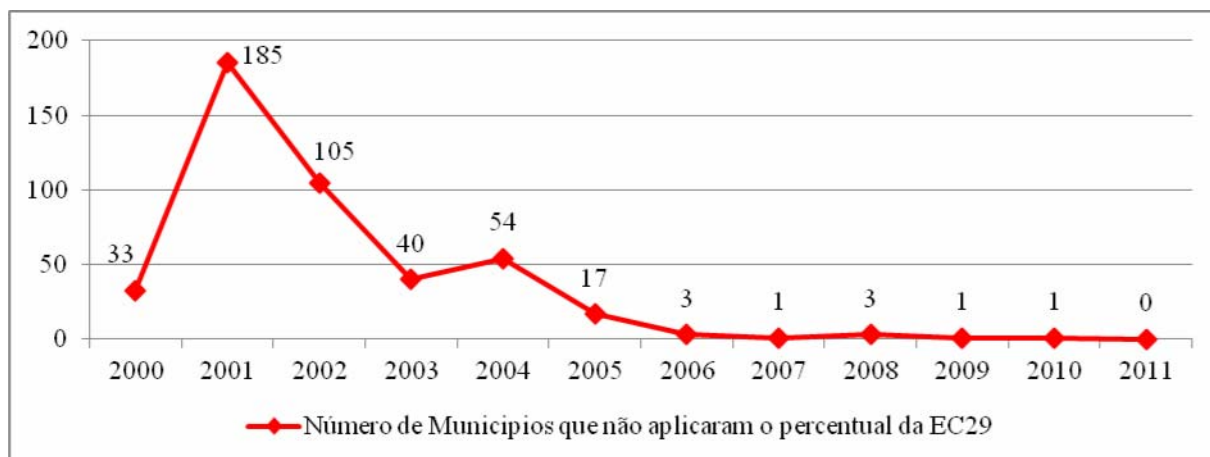
O Gráfico 10 apresenta o número de estados, que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela constituição, durante o período de 2000 a 2011. Observa-se, que após a implantação da NOAS-SUS 01/01, que tem por objetivo principal tratar da necessidade de gerar maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde para todos os níveis de atenção, a quantidade de estados que não aplicaram o mínimo constitucional diminuiu significativamente, com cerca de treze estados em 2001 e reduzindo-se para apenas três estados²⁶ em 2010 e 2011, com exceção do ano 2002 em que 15 estados deixaram de aplicar o mínimo constitucionalmente exigido pela EC 29/2000.

Gráfico 10 – Quantidade de Estados que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000 no período de 2000 a 2011.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

Gráfico 11 – Quantidade de municípios do estado do Paraná que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000 no período de 2000 a 2011.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do SIOPS.

²⁶ Para 2010 e 2011 os três estados que não aplicaram o mínimo exigido são: Paraná, Rio Grande do Sul e Piauí.

Situação similar pode ser verificada em âmbito municipal para o estado do Paraná (vide Gráfico 11), após a implantação da NOAS-SUS 01/01 a quantidade de municípios do estado do Paraná, que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000, no período de 2000 a 2011, caiu substancialmente, com mais de 185 municípios em 2001 para Zero em 2011. No ano de 2004 a quantidade subiu um pouco, com cerca de 40 municípios em 2003 para 54 em 2004, devido às regras transitórias da EC 29/2000, que foram mantidas até esse ano, que limitavam o objetivo da referida ementa. No entanto, a partir de 2006 com a implementação do Pacto da Saúde a quantidade de municípios, que não aplicaram o mínimo exigido constitucionalmente²⁷ caiu para apenas 3 e chegou a zero em 2011.

Em relação aos gastos com saúde pública per capita em âmbito municipal, apresentam-se os mapas de distribuição constantes na Figura 1²⁸, cujo propósito é categorizar os municípios, através de escalas de cor e intervalo de valores trienais²⁹. Os mapas foram plotados em 4 triênios. A Figura 1a apresenta o primeiro triênio referente aos anos de 2000 a 2002; a Figura 1b é equivalente ao triênio de 2003 a 2005; a Figura 1c demonstra os gastos médios equivalentes ao terceiro triênio, que corresponde aos anos de 2006 a 2008 e a Figura 1d corresponde aos anos 2009, 2010 e 2011.

As sete escalas crescentes de cor, ou seja, da cor mais clara para a cor mais escura, representam o intervalo do menor para o maior gasto médio per capita com saúde pública dos municípios constantes em cada amostra, exemplifica-se: na Figura 1a a cor amarela clara representa o intervalo de gastos médios per capita com saúde pública dos 57 municípios, que possuem gastos entre R\$ 49,50 a R\$ 137,50 per capita. A cor marrom escura representa os 57 municípios, que possuem um gasto médio per capita com saúde pública no intervalo de R\$ 308,50 a R\$ 1.193,00, ou seja, os maiores gastos do estado do Paraná no triênio de 2000 a 2002. As demais escalas e mapas utilizam-se do mesmo método de análise.

Conclui-se, que os maiores gastos distribuem-se em maior escala nas regiões geográficas do estado do Paraná denominadas de Noroeste, Norte Central, Norte Pioneiro, Centro Ocidental, Oeste e Sudoeste; cabe observar que todas as regiões possuem diversos municípios, cada um com sua particularidade e gastos diferenciados. Os menores gastos per capita com saúde pública estão mais concentrados nas regiões geográficas denominadas de Centro Sul, Sudeste, Centro Oriental e Região Metropolitana de Curitiba, esses resultados demonstram, que municípios seguem uma tendência histórica de gastos com

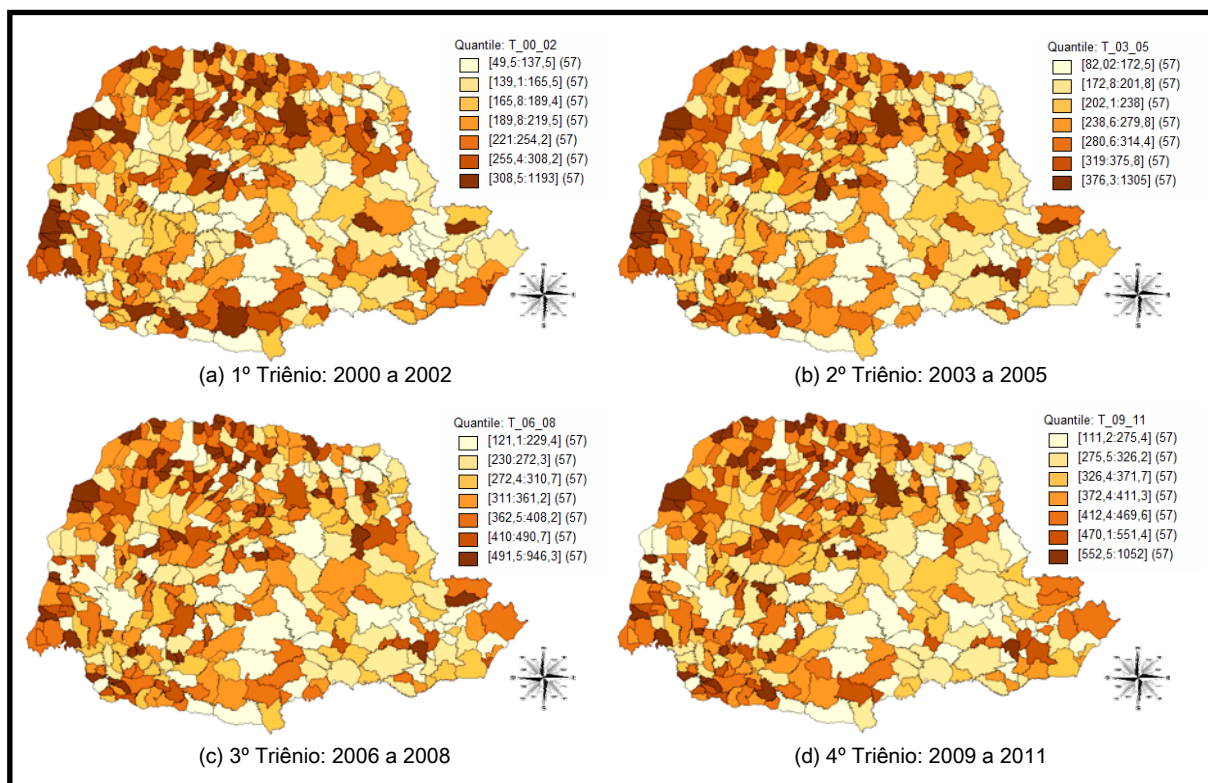
²⁷ Para o ano de 2009 e 2010 o único município que não aplicou o mínimo exigido foi Nova América da Colina.

²⁸ Observar metodologia na seção 3.

²⁹ Com o intuito de evitar efeitos de falta de informação declarada por alguns municípios.

saúde pública, ou seja, municípios com grandes gastos per capita em saúde pública tendem a continuar com elevados gastos e vice-versa.

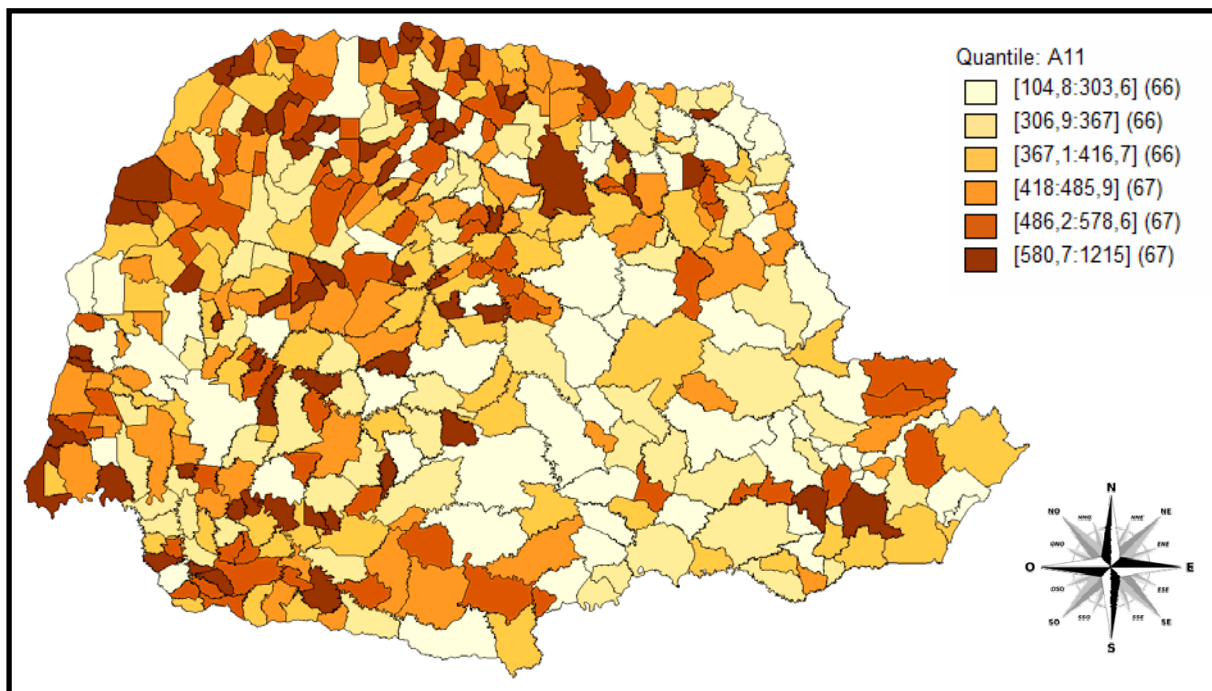
Figura 1 – Mapa da distribuição dos gastos públicos com saúde per capita, por municípios e por média trienal, do estado do Paraná para o período de 2000 a 2011 (Valores de 2011).



Fonte: Elaborado pelo autor com o programa GEODA com dados do SIOPS.

No âmbito municipal, para maior ênfase no último ano da análise, a Figura 2 apresenta o mapa da distribuição dos gastos públicos com saúde per capita por municípios do estado do Paraná para o ano de 2011 em seis escalas crescentes de cor, os 66 municípios destacados com a cor amarela clara tiveram no ano de 2011 gastos per capita com saúde pública no montante correspondente ao intervalo de R\$ 104,80 a R\$ 303,60 e assim, sucessivamente, até chegar à cor marrom, cujo intervalo de gastos correspondem de R\$ 580,70 a R\$ 1.215,00 com 67 municípios constantes nessa amostra. Dentre os municípios, que possuem maior gasto per capita com saúde pública, estão em destaque o município de Jardim Olinda, São Pedro do Paraná e Nova Aliança do Ivaí, os quatro pertencentes à 14ª Regional de Saúde de Paranaíba. Os municípios citados são considerados de pequeno porte, isso justifica partes de seus maiores gastos, pois ações de infraestrutura e saneamento podem aumentar significativamente os gastos com saúde pública nesses municípios.

Figura 2 – Mapa da distribuição dos gastos públicos com saúde per capita por municípios do estado do Paraná para o ano de 2011 (Valores de 2011).



Fonte: Elaborado pelo autor com o programa GEODA com dados do SIOPS.

Os municípios com menores gastos per capita para o ano de 2011 são: Almirante Tamandaré, Colombo e Itaperuçu da 2ª RS de Curitiba e o município de Sarandi da 15ª RS de Maringá. As cidades polos Curitiba e Londrina e outras grandes cidades como Maringá e Foz do Iguaçu possuem gastos per capita com saúde pública, respectivamente, no montante de R\$ 540,06; R\$ 605,60; R\$ 537,39 e 600,12 para o ano de 2011.

2.5 AS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Para uma melhor administração da saúde pública foram criadas Regionais de Saúde (RS) dentro dos estados, que agrupam os municípios por regiões, A seguir, discutem-se os conceitos de regionalização, como se formam as regiões e a distribuição dos gastos públicos em saúde para as RS do estado do Paraná.

A regionalização oferece os elementos para melhorar a coordenação e a integração da saúde e os custos, ajustando à escala mais apropriada e à maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Já os desafios da regionalização são tais como: problemas de integração e coordenação das ações e serviços nos diversos espaços geográficos, as distintas gestões, a qualidade e os custos apropriados. Para isso, faz-se necessário à

existência de sistemas de informação em tempo real para nortear as tomadas de decisão e as alternativas de otimização de recursos e organização da gestão comum (CONASS, 2011a).

As ações e serviços da área da saúde devem fazer parte de redes regionalizadas e hierarquizadas. Nesse sentido, as ações de assistência à saúde devem obedecer a critérios de complexidade hierárquicos. As medidas adotadas nessa área são de caráter normativo, de investimento e de custeio, com o intuito de designar as condições indispensáveis para a estruturação das redes assistenciais, à hierarquização dos serviços, à melhoria da qualidade da assistência e à ampliação do acesso da população aos serviços, a fim de garantir o pleno acesso da população aos mesmos (PARANÁ, 2008). A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e constitui uma tática necessária com o intuito de “garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização.” (CONASS, 2011a, p. 120). O CONASS (2011a, p. 125) complementa que:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender as demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção primária da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde.

Com a definição de territórios faz-se necessário, também, estabelecer a abrangência das ações e serviços e a responsabilidade dos gestores do SUS. O “Pacto pela Saúde” sugere que no âmbito municipal se desenvolvam todas as ações e serviços de atenção primária à saúde e ações básicas de vigilância em saúde; que nas microrregiões (Regionais de Saúde) tenham serviços especializados em quantidade suficiente; e que na macrorregião de saúde, tenham os serviços especializados de maior dotação tecnológica (CONASS, 2011a).

Os formatos das Regiões de Saúde podem ser definidos como: 1) regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; 2) regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; 3) regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados e 4) regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios

limítrofes com países vizinhos. Na Região de Saúde, deve ser estabelecida a rede de ações e serviços de saúde com o intuito de garantir o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado à saúde, potencializar o processo de descentralização e racionalizar os gastos e otimizar os recursos. Nesse conceito, as Regionais de Saúde do Estado do Paraná foram estabelecidas (CONASS, 2011a).

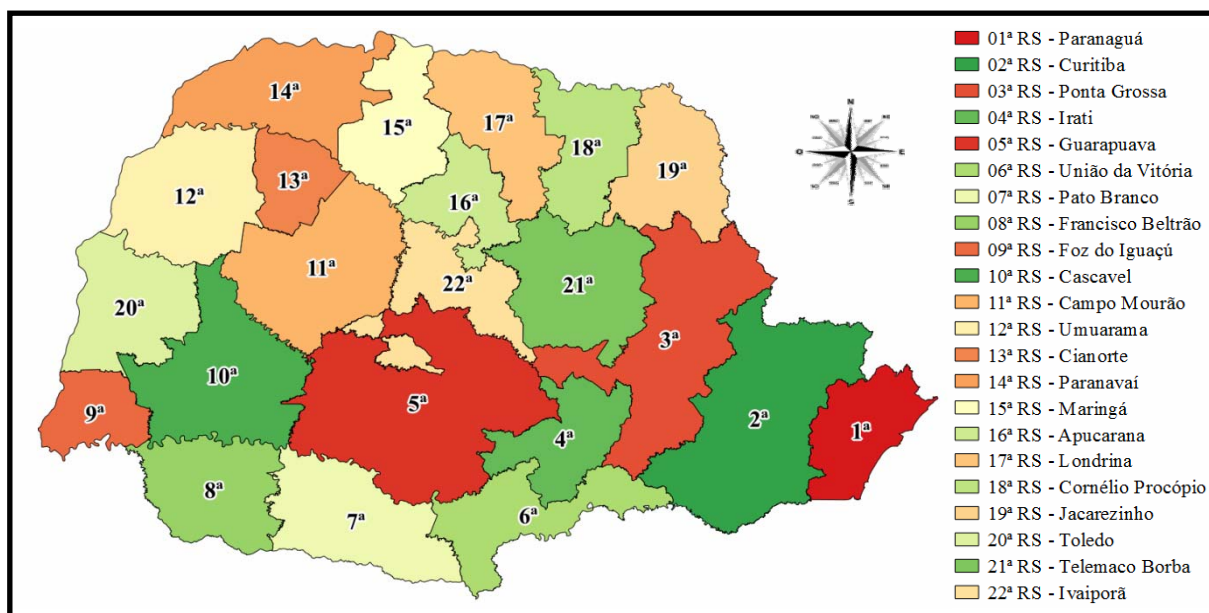
A abrangência municipal das Regionais de Saúde (RS) do estado do Paraná constam no Quadro 4. No total as Regionais de Saúde do estado do Paraná compreendem 399 municípios, sendo que a tabela completa de abrangência com os nomes de cada município pode ser verificada no Apêndice A. Para uma visualização geral, a Figura 3 apresenta o mapa das vinte e duas Regionais de Saúde do estado do Paraná.

Quadro 4 – Regionais de Saúde e sua abrangência municipal

REGIONAL DE SAÚDE	ABRANGE	REGIONAL DE SAÚDE	ABRANGE
1ª RS Paranaguá	07 municípios	12ª RS Umuarama	21 municípios
2ª RS Curitiba	29 municípios	13ª RS Cianorte	11 municípios
3ª RS Ponta Grossa	12 municípios	14ª RS Paranavaí	28 municípios
4ª RS Irati	09 municípios	15ª RS Maringá	30 municípios
5ª RS Guarapuava	20 municípios	16ª RS Apucarana	17 municípios
6ª RS União da Vitória	09 municípios	17ª RS Londrina	21 municípios
7ª RS Pato Branco	15 municípios	18ª RS Cornélio Procopio	21 municípios
8ª RS Francisco Beltrão	27 municípios	19ª RS Jacarezinho	22 municípios
9ª RS Foz do Iguaçu	09 municípios	20ª RS Toledo	18 municípios
10ª RS Cascavel	25 municípios	21ª RS Telêmaco Borba	07 municípios
11ª RS Campo Mourão	25 municípios	22ª RS Ivaiporã	16 municípios

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nas informações do SIOPS.

Figura 3 – Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Paraná.



Fonte: Elaborado pelo autor com o programa Quantum GIS.

As Regionais de Saúde do Paraná em relação aos gastos com saúde pública per capita obtiveram variações, como pode ser verificado na Tabela 2, que apresenta suas taxas de crescimento e ou queda dos gastos para os quatro triênios analisados³⁰. Para o primeiro triênio as Regionais de Saúde, que se destacaram com o maior crescimento de seus gastos públicos com saúde per capita, foram a 22ª RS de Ivaiporã com um crescimento de mais de 32%, seguido da 4ª RS de Irati com aproximadamente 16% de crescimento, já as RS, que se destacaram com os maiores quedas foram a 17ª RS de Londrina com uma queda de quase 20% seguida da 7ª RS de Pato Branco com um recuo de mais de 8%. No triênio seguinte as RS de Londrina e Pato Branco possuem novamente o pior desempenho, com um crescimento de apenas 2,06% e 3,96% respectivamente, já as regionais com melhor desempenho foram as de Guarapuava e Campo Mourão.

No último triênio a 9ª. RS de Foz do Iguaçu e a 13ª RS de Cianorte merecem destaque, uma vez que nesse triênio obteve as maiores taxas de crescimento, respectivamente 41,69% e 22,53%. Todas as regionais experimentaram crescimento de seus gastos com saúde pública per capita nos 12 anos de análise, ou seja, no período de 2000 a 2011; destacam-se nesse período com maior crescimento as RS de Ivaiporã, Cianorte e Cornélio Procópio, respectivamente com crescimentos de 159%, 148% e 121%, já os menores crescimentos compreendem as regionais de Londrina, Maringá e Paranaguá, respectivamente 21%, 45% e 48% no período de 12 anos.

³⁰ A tabela com as taxas de variação anual encontra-se no Apêndice B.

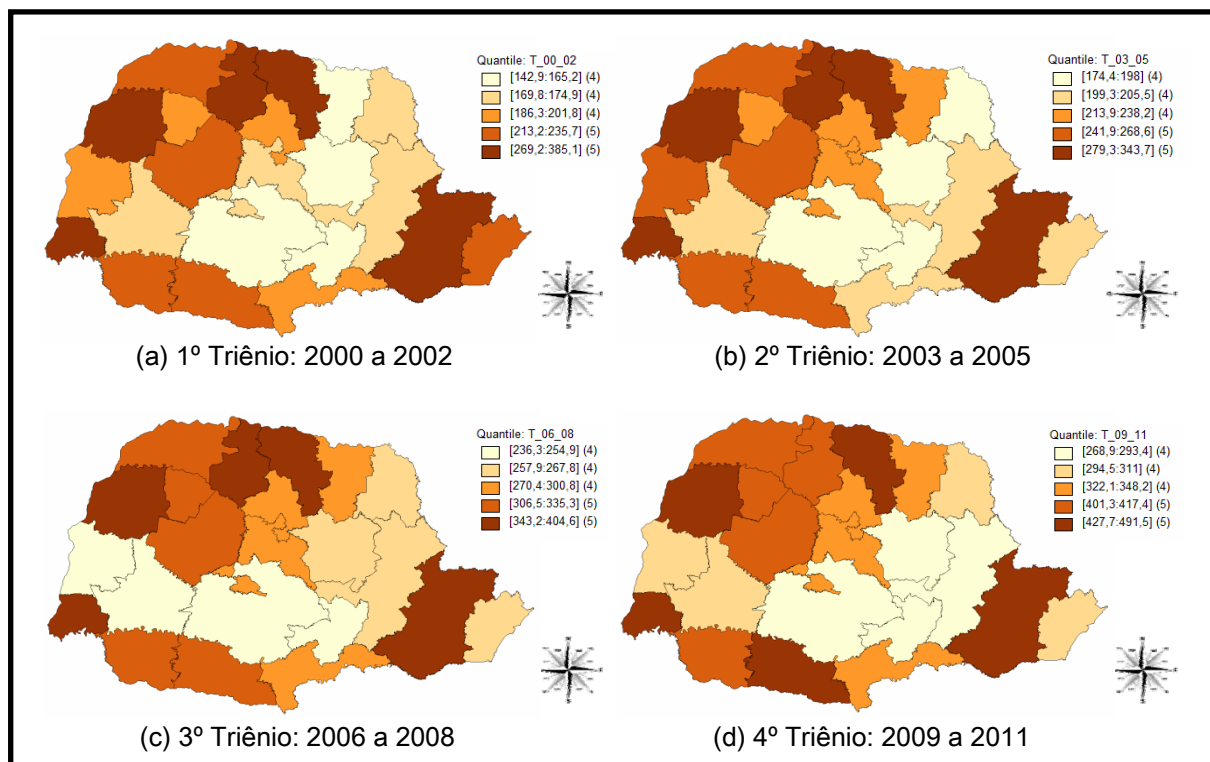
Tabela 2 – Taxa de variação trienal dos gastos com saúde pública per capita das Regionais de Saúde do estado do Paraná.

REGIONAIS DE SAÚDE	2000 a 2002	2003 a 2005	2006 a 2008	2009 a 2011
01ª RS Paranaguá	-6,74%	19,06%	23,89%	7,20%
02ª RS Curitiba	-5,80%	12,86%	10,58%	13,42%
03ª RS Ponta Grossa	8,15%	19,40%	5,21%	10,81%
04ª RS Irati	16,09%	25,69%	4,59%	3,42%
05ª RS Guarapuava	-3,04%	41,91%	5,80%	15,45%
06ª RS União da Vitória	-7,44%	18,46%	13,87%	11,21%
07ª RS Pato Branco	-8,43%	3,96%	16,50%	13,18%
08ª RS Francisco Beltrão	-1,12%	22,69%	7,25%	11,33%
09ª RS Foz do Iguaçu	-1,89%	10,58%	5,57%	41,69%
10ª RS Cascavel	-8,21%	23,59%	7,18%	19,00%
11ª RS Campo Mourão	0,66%	31,27%	5,19%	11,66%
12ª RS Umuarama	3,54%	16,33%	3,33%	7,68%
13ª RS Cianorte	-0,78%	18,88%	13,13%	22,53%
14ª RS Paranavaí	3,36%	20,43%	13,29%	8,27%
15ª RS Maringá	-7,11%	9,02%	8,48%	3,92%
16ª RS Apucarana	-8,29%	20,75%	6,84%	6,11%
17ª RS Londrina	-19,94%	2,06%	12,16%	5,80%
18ª RS Cornélio Procopio	10,87%	29,69%	6,83%	17,54%
19ª RS Jacarezinho	6,14%	15,52%	6,47%	8,61%
20ª RS Toledo	-2,10%	11,54%	1,10%	17,04%
21ª RS Telêmaco Borba	8,45%	24,80%	13,48%	3,55%
22ª RS Ivaiporã	32,37%	28,68%	4,30%	16,71%

Fonte: Cálculos e elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

Para uma melhor visualização dos gastos per capita com saúde pública por Regionais de Saúde do estado do Paraná utiliza-se a Figura 4 com os mapas de distribuição por categorias e por triênios, a saber: de 2000 a 2002 (Figura 4a), de 2003 a 2005 (Figura 4b), de 2006 a 2008 (Figura 4c) e de 2009 a 2011 (Figura 4d), assim, por exemplo, na Figura 4d, temos que as Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Umuarama, Pato Branco, Curitiba e Londrina possuíram os maiores gastos per capita com saúde pública no triênio de 2009 a 2011 e estão compreendidas na categoria equivalente à faixa de R\$ 427,70 a R\$ 491,50 per capita, já as quatro Regionais de Saúde com o menor gasto per capita em saúde pública são as de Ponta Grossa, Telêmaco Borba, Irati e Guarapuava, estão compreendidas na faixa de R\$ 268,90 a R\$ 293,40. As demais Regionais seguem o mesmo padrão de interpretação.

Figura 4 – Mapa da distribuição por categorias dos gastos per capita com saúde pública por Regionais de Saúde do estado do Paraná e por Triênio (Valores de 2011).



Fonte: Elaborado pelo autor com o programa GEODA com dados do SIOPS.

Cabe, ainda, ressaltar que as Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu, Umuarama, Curitiba e Londrina em todo período analisado estão compreendidas na faixa de maior gasto per capita em saúde pública dentro do estado do Paraná, cabe também citar a regional de Saúde de Maringá, que nos três primeiros triênios estava compreendida na faixa de maiores gastos. Observa-se, também, que maiores gastos nem sempre correspondem a melhor qualidade ou maior eficiência na prestação do serviço público de saúde, esse fator será analisado na última seção.

2.6 OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE MUNICIPAIS DO ESTADO DO PARANÁ

Além da regionalização do sistema de saúde paranaense, que oferece os elementos para melhorar a coordenação, administração e integração da saúde, surgem os Consórcios de Saúde³¹ com o intuito de suprimir as dificuldades de implementação de um sistema de saúde único e universalizado, proposto pela Constituição Federal de 1988. Para Nicoletto et al. (2002) os consórcios de saúde são “uma associação regional de municípios

³¹ A instituição dos Consórcios de Saúde foi citada na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e na Lei 8142/90, como uma alternativa para os municípios melhorarem suas ações de saúde dentro da técnica de municipalização.

para proporcionar assistência médica especializada às pessoas residentes em municípios desprovidos de tais serviços.” Para Meirelles (1994) os consórcios são acordos firmados entre entidades da mesma natureza, com o intuito de efetivação de objetivos de interesse comum, já os convênios são celebrados entre entidades de espécies.

Diferentemente das Regionais de Saúde, os Consórcios de Saúde não obedecem necessariamente a uma formação lógica e legitimamente determinada, mas, de acordo com Lima (2000), respeitam aos interesses e disponibilidades de certa região. Dessa maneira, acomodam-se diversos modelos de atuação e colabora-se para seu aperfeiçoamento, inclusão ou não de municípios ou grupos municipais que, pela metodologia da regionalização, pode não pertencer ao município do consórcio.

Nicoletto (2002) afirma que os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) nasceram na esfera do Sistema Único de Saúde do Brasil no final da década de 80 e destacaram-se na década de 90. Os administradores municipais aceitaram essa nova tática inovadora de gestão de serviços de saúde com o intuito de unir esforços, para a potencialização e otimização da oferta, principalmente, de assistência médica especializada. Para Lima (2000) na década de 80 foram criados 5% dos consórcios, que ainda estão em funcionamento. Os consórcios trabalham, na sua maioria, para o atendimento ambulatorial especializado e hospitalar.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná surgiram na década de 90, onde 90% são implantados entre 1992 a 1997. O Paraná foi o segundo estado brasileiro a adotar as estratégias do CIS³². Esses consórcios paranaenses foram, basicamente, formados em torno das regionais de saúde. O CIS é um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais e o formato de consórcios pode beneficiar o município a assumir as responsabilidades pela gestão plena do sistema de saúde (NICOLETTO, 2002).

A formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde pressupõe que não seja criada mais uma entidade meramente burocrática e de difícil administração, como tantos órgãos públicos já existentes, e sim uma estrutura organizacional leve, eficiente, objetivando buscar a racionalidade dos recursos disponíveis e que propicie a participação popular (LIMA, 2000, p. 991).

Nesse sentido, Nicoletto (2002) complementa que os CIS têm como objetivo racionalizar os recursos materiais e humanos existentes em determinada microrregião, proporcionando maior oferta de serviços de saúde e, conseqüentemente, um atendimento mais

³² Em 1998 foi elaborada a Lei complementar nº 82/98, regulamentada, em 24 de junho de 1998, pelo Decreto Estadual nº 4.514.

completo. Os consórcios, ao contratar funcionários especialistas, aumentam a inclusão dessa classe profissional nos serviços de saúde pública, beneficiando os usuários do Sistema Único de Saúde. No entanto, geram debates acerca de forma como são feitas essas contratações, visto que elas nem sempre ocorrem através de concurso público.

[...] os consórcios promovem a organização e a ampliação da assistência médica especializada oferecida à população paranaense [...]. Sua implantação é um dos caminhos viáveis para potencializar a assistência médica especializada, mas eles precisam ser vistos como um instrumento de gestão de serviços de saúde que deva ser utilizado com critérios, planejamento e com um adequado sistema de referência e contra referência (NICOLETTO, 2002, p. 129-130).

Atualmente, os Consórcios de Saúde, que atuam nas Regionais de Saúde do estado do Paraná, estão descritos no Quadro 5. Observa-se, que alguns consórcios atuam em mais de uma Regional de Saúde, como é o caso do CIMSAÚDE, e que em algumas Regionais de Saúde atuam mais de um consórcio, como é o caso das RS de Guarapuava e Maringá.

Quadro 5 – Consórcios de Saúde das Regionais de Saúde paranaenses.

REGIONAL DE SAÚDE	CONSÓRCIO DE SAÚDE
01ª RS Paranaguá	CISLIPA
02ª RS Curitiba	COMESP
03ª RS Ponta Grossa	CIMSAÚDE
04ª RS Irati	CIS-AMCESPAR
05ª RS Guarapuava	ASSISCOP, CISGAP e CIS-CENTRO OESTE
06ª RS União da Vitória	CISVALI
07ª RS Pato Branco	ASIMS
08ª RS Francisco Beltrão	ARSS
09ª RS Foz do Iguaçu	CISI
10ª RS Cascavel	CISOP
11ª RS Campo Mourão	CIS-COMCAM
12ª RS Umuarama	CISA-AMERIOS
13ª RS Cianorte	CISCENOP
14ª RS Paranavaí	CIS-AMUNPAR-CRECIS
15ª RS Maringá	CISAMUSEP e CISVAP
16ª RS Apucarana	CISVIR
17ª RS Londrina	CISMENPAR
18ª RS Cornélio Procopio	CISNOP
19ª RS Jacarezinho	CISNORPI
20ª RS Toledo	CISCOPAR
21ª RS Telêmaco Borba	CIMSAÚDE
22ª RS Ivaiporã	CIS

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nas informações da SESA.

Em busca da melhoria do sistema de saúde no estado do Paraná, surge em 2012 o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), que é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), cuja finalidade é qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender as necessidades de saúde da população. Tem como objetivo a implantação de Centros Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde do Paraná, com o intuito de ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais de atenção secundária, ou seja, consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas ambulatoriais (SESA, 2013).

De acordo com a SESA (2013), o COMSUS tem como estratégia de implantação as formas: assistencial com a implementação do modelo de atenção com base nas redes de atenção à saúde para integrar a atenção primária, secundária e terciária, melhorando o acesso e a resolubilidade dos serviços; econômica com a alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos, para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial dos consórcios; redistributiva com a melhora da alocação de recursos financeiros levando em conta as desigualdades regionais; gerencial pela assinatura de Termo de Adesão e Convênio com a definição de metas e indicadores; educacional com a participação em oficinas gerenciais e do curso de especialização em gestão de saúde; e finalmente a estratégia de parceria com os municípios para o estímulo à participação dos gestores locais nas comissões de julgamento do programa em cada região, definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Todas as ações desenvolvidas pelo COMSUS visam construir, ampliar e reformar Centros de Especialidades Regionais em parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde; implantar apoio ao custeio dos Centros de Especialidades Regional juntamente com o CIS, levando em conta as desigualdades regionais; implementar o processo de qualificação gerencial; implantar o Sistema Regional de Transporte Sanitário e ampliar o acesso a exames de imagem.

Para esse fim utilizam-se dos seguintes componentes: incentivos de custeio que terão como base o Fator de Redução de Desigualdades Regionais para diferenciar as necessidades da população de abrangência; incentivo de investimento que serão destinados recursos financeiros de investimento para obras e equipamentos; capacitação com a oferta de cursos em gestão e planejamento regional de saúde para os gerentes dos consórcios, secretários municipais de saúde e para os representantes municipais (SESA, 2013).

As discussões acerca dos Consórcios Municipais de Saúde não afetam o objetivo proposto nesse estudo, que visa analisar os gastos com saúde pública nos municípios e Regionais de Saúde no estado do Paraná, bem como verificar as possíveis diferenças inter-regionais, no entanto, sua importância poderá ser discutida em trabalhos mais direcionados ao tema, cujo escopo busque explicar as particularidades dos consórcios.

A seguir apresentam-se os procedimentos metodológicos da pesquisa.

3 METODOLOGIA

O presente capítulo apresenta os procedimentos metodológicos adotados nessa pesquisa. O capítulo encontra-se subdividido em três seções: a primeira seção apresenta a base de dados, a descrição das variáveis utilizadas e os procedimentos de pesquisa adotados; a seção dois apresenta o modelo econométrico de Ajustes de Poligonais; e a seção três apresenta os indicadores de saúde relacionados à mortalidade infantil e ao número de internamentos hospitalares.

3.1 BASE DE DADOS, DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS E PROCEDIMENTO DE PESQUISA

A base de dados desse trabalho parte do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS que é disponibilizado pela internet, o banco de dados do SIOPS é compilado pelos próprios Estados, Distrito Federal e Municípios, com um software desenvolvido pelo DATASUS do MS. O objetivo é apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. O preenchimento de dados do SIOPS é de natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos três entes citados anteriormente, além de se manter em conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definida em portarias, pela Secretaria do Tesouro Nacional (SIOPS, 2009)³³.

Os dados foram obtidos pelo site do Portal da Saúde, em indicadores de municípios, pela consulta das séries históricas dos indicadores do Estado do Paraná e do Brasil e os dados foram tabulados pelo sistema *TabNet*³⁴ e selecionaram-se as variáveis de interesse. Após tabular todos os dados atualizou-se os valores, para o ano base³⁵ de 2011, pelo Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas.

Para a apresentação dos mapas os dados foram agrupados em Regionais de Saúde e em quatro triênios, a saber: 2000 a 2002; 2003 a 2005; 2006 a 2008 e 2009 a 2011, com o intuito de evitar efeitos de falta de informação declarada por alguns municípios; para intensificar as variáveis e pela tentativa de obtenção de resultados mais satisfatórios.

Para o modelo de Ajustes de Poligonais os dados foram agrupados por Regionais de Saúde e ou Municípios, para todos os anos referidos nesse trabalho, após o

³³ Nota técnica 2009.

³⁴ O *TabNet* é uma ferramenta de tabulação desenvolvida pelo DATASUS que permite tabulações on-line de dados da base de dados do SUS, ou seja, dados de receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) dos entes Federados declarados no SIOPS.

³⁵ Data exata: 30 de Dezembro de 2011.

agrupamento os dados foram transformados em participações percentuais entre os grupos estudados para intensificar a quebra de estrutura ocorrida em determinado momento e para a análise gráfica os dados são utilizados ou em sua forma per capita, em participações percentuais, em base 100 com o intuito comparativo e também em sua forma original, em todos os casos atualizados para o ano de 2011 pelo índice de preços IGP-DI.

Os principais municípios paranaenses foram selecionados para a análise porque suas Regionais de Saúde representam juntas, em média, 56% dos gastos totais com saúde no estado, sendo eles: Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu; além disso, os municípios possuem similaridades, chamado “Grupos Homogêneos”, ou seja, de acordo com o Ministério da Saúde (2012) a formação dos Grupos Homogêneos, segundo as suas semelhanças, ocorre por meio da utilização de três índices: o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde (ICS); e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), que resulta em seis grupos homogêneos. Para o estado do Paraná os municípios de Londrina e Curitiba estão classificados como Grupo 1, e os municípios de Maringá e Foz do Iguaçu possuem a classificação Grupo 2 ³⁶. O Quadro 6 mostra as classificações, de acordo com os referidos índices e atribuições de cada um.

Quadro 6 – Grupos Homogêneos

Grupo	IDSE	ICS	IESSM	Qtd. Mun.
6	Baixo	Baixo	Sem Estrutura MAC*	2184
5	Médio	Médio	Sem Estrutura MAC*	2039
4	Baixo	Baixo	Pouca Estrutura MAC*	587
3	Médio	Médio	Pouca Estrutura MAC*	632
2	Alto	Médio	Média Estrutura MAC*	94
1	Alto	Médio	Muita Estrutura MAC*	29

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

Fonte: CGMA/Demas/SE/MS, 2012 (BRASIL, 2012).

³⁶ Outros municípios paranaenses que são classificados como Grupo 2: Araçongas, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Cascavel e Ponta Grossa.

A fonte de dados sobre mortalidade infantil municipal parte do Sistema de Informações sobre Mortalidade–SIM do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), os dados foram tabulados em nível municipal para os anos disponíveis, ou seja, até o ano de 2010, reduzindo o universo da amostra em um ano, mas sem influenciar nos resultados finais. Já os dados de internamentos foram coletados do Ministério da Saúde pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e foram tabulados e compatibilizados com a limitação temporal imposta pelos dados referentes à mortalidade infantil a nível municipal.

Outras fontes de dados utilizadas são: World Health Organization referente aos dados mundiais de gastos com saúde pública e taxas de mortalidade infantil; PNUD-Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento com dados do Índice de Desenvolvimento humano (IDH); SIAB-Sistema de Informação de Atenção Básica do Ministério da Saúde referente aos dados de consultas e atendimentos específicos em nível de atenção básica municipal; e dados do Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM).

3.2 O MODELO DE AJUSTES DE POLIGONAIIS

O modelo de ajustes de poligonais³⁷ utiliza-se dos Mínimos Quadrados Ordinários-MQO e é um modelo de quebra de estrutura do comportamento de tendência de determinada série de dados, é também uma variação do modelo de diferenças-em-diferenças cujo objetivo é sofisticar esse modelo com melhoras em seus resultados. Para proporcionar uma análise mais precisa, corrige-se a limitação proposta por Angrist e Krueger, que será tratada a seguir. Nesse estudo a quebra de estrutura ocorreu com a publicação da portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que instituiu o “Pacto pela Saúde” que abrange o Pacto de Gestão, o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS. Cabe ressaltar, que a quebra de estrutura é uma referência, ou seja, os municípios integrantes das Regionais de Saúde podem se ajustar à nova legislação com maior ou menor intensidade devido à nova realidade.

O Modelo do estimador de diferenças-em-diferenças é bastante difundido na literatura com o intuito de avaliar os chamados experimentos naturais, podendo ser encontrado em trabalhos renomados como Meyer (1995), Angrist e Krueger (1998) e Blundell e Macurdy (2000). Segundo Wooldridge (2001), os experimentos naturais advêm de algum evento exógeno, por exemplo, uma alteração institucional, uma mudança na legislação, mudanças políticas, entre outras, que modificam um ambiente econômico. Nesse sentido, uma análise de um experimento natural deve levar em conta dois grupos de indivíduos, ou seja, o

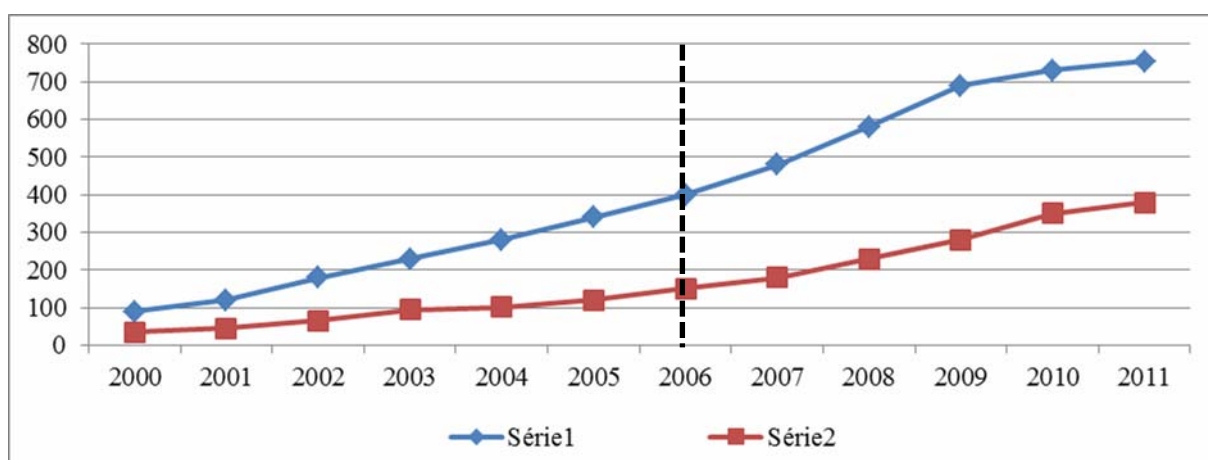
³⁷ Em relação às variáveis binárias para ajuste de poligonais ver Hoffmann (2006).

grupo que é afetado pela mudança, chamado de grupo de tratamento e o grupo que não foi afetado com a mesma mudança, chamado grupo de controle, onde ambos possuam características semelhantes.

Entre diversos trabalhos pesquisados na área de saúde, que utilizam o modelo econométrico de diferenças-em-diferenças, temos o trabalho de Peixoto (2008) “Avaliação Econômica do Programa fica Vivo: o caso piloto” a principal contribuição deste trabalho é a aplicação do instrumental de avaliação econômica, que fornece dois importantes indicadores de qualidade do gasto público para uma política de redução dos homicídios no Brasil e a mensuração da efetividade foi desenvolvida através do método diferenças-em-diferenças com pareamento. Rocha (2010) desenvolveu um trabalho, que utiliza o mesmo modelo sobre o impacto de programas de saúde primária do programa saúde da família, com o objetivo de calcular os impactos do referido programa, em termos de mortalidade infantil entre adultos e de idosos. O modelo econométrico diferenças em diferenças é amplamente utilizado em trabalhos empíricos, principalmente na área econômica, portanto é possível encontrar uma vasta literatura em mecanismos de busca na internet.

No entanto, a principal e grave limitação do modelo de diferenças em diferenças se dá na falta de instrumentos, que possam captar possíveis tendências anteriores aos dois períodos comparados, assim as análises podem ficar comprometidas. (ANGRIST E KRUEGER, 1998). Ou seja, caso uma série de dados possua uma taxa de crescimento constante, o modelo de diferenças-em-diferenças poderá trazer resultados viesados ao ocorrer uma quebra de estrutura, o que modifica o comportamento da série, vide Gráfico 12.

Gráfico 12 – Modelo hipotético com quebra de estrutura.



Fonte: Elaborado pelo autor.

No modelo hipotético, representado no Gráfico 12, é possível observar uma quebra de estrutura no ano de 2006, no entanto, o modelo de diferenças-em-diferenças irá demonstrar, que no segundo período (após 2006), o crescimento foi superior ao encontrado no primeiro período, no entanto, esse resultado não é necessariamente correto, visto que ambas as séries obtiveram taxas de crescimentos similares nos dois períodos em questão. O modelo de ajustes de poligonais intensifica essa quebra de estrutura e calcula a diferença real entre os períodos, consideram-se, nesse caso, as mudanças do comportamento de tendência.

O modelo *diff-in-diffs* poderia ter sido utilizado nesse trabalho para a mesma finalidade de estudo, mas dado as suas limitações o modelo escolhido foi o de ajustes de poligonais, que tem por objetivo detectar as possíveis mudanças na tendência das variáveis entre os dois períodos e os dois grupos analisados.

Nascimento (2008), além de utilizar o modelo de diferenças-em-diferenças, utiliza também o modelo de ajustes de poligonais para tratar da guerra fiscal no estado de São Paulo através de uma avaliação com base no PIB, nas receitas de ICMS e na geração de empregos, comparando Estados participantes e não participantes. Em um trabalho recente Nogueira e Menezes (2012) utilizam o modelo de ajustes de poligonais para tratar dos impactos dos royalties do petróleo e gás natural sobre o PIB per capita, índices de pobreza e desigualdades. Na área da saúde, no entanto, não foi possível identificar trabalhos que utilizem esse modelo, mas ele atende muito bem aos objetivos propostos nesse estudo, bem como traz resultados precisos e bem estruturados.

Nessa pesquisa o modelo de ajustes poligonais foi utilizado para detectar as mudanças na tendência das variáveis entre os dois períodos e entre os dois grupos analisados. As variáveis utilizadas foram modificadas de forma a representar a participação percentual do município no total da sua Regional de Saúde, bem como a participação percentual do município no total do grupo em análise. Esta forma de apresentação dos dados representa com maior eficiência o comportamento de tendência de um grupo em relação ao outro, pois é isso que é se pretende captar.

O modelo de regressão linear múltipla de ajuste de poligonais é dado por:

$$Y_i = \alpha_0 + \beta_0 t + \varphi_0 P_i(t - \theta) + \alpha_1 L_i + \beta_1 t L_i + \varphi_1 P_i(t - \theta) L_i + \mu_i \quad (6)$$

em que:

α_0 , α_1 , β_0 , β_1 , φ_0 e φ_1 são os parâmetros,

Y_i é a variável estudada, representa a participação dos gastos com saúde pública de cada região,

P_i representa a binária que é igual a zero no primeiro período e um no segundo período,

t representa uma variável de tendência,

\square representa a abscissa do vértice, que delimita o período anterior e posterior da mudança estrutural, ou seja, é o ano que delimita o período antes e após a efetiva influência do “Pacto pela Saúde”,

L_i representa a binária definida como zero para o grupo de controle e um para o grupo de tratamento,

μ_i representa o termo de erro aleatório,

i indica o ano a que se refere à informação.

De acordo com Nascimento (2008) nesse modelo é possível verificar-se, que o crescimento anual do valor esperado de Y_i é igual a:

a) β_0 , indica a alteração no grupo de controle e no grupo de tratamento;

b) $\beta_0 + \varphi_0$, indica a alteração no grupo de controle e no grupo de tratamento, após a mudança estrutural;

c) $\beta_0 + \beta_1$, indica a alteração no grupo de tratamento, antes da mudança estrutural;

d) $\beta_0 + \varphi_0 + \beta_1 + \varphi_1$, indica a alteração no grupo de tratamento, após a mudança estrutural.

O termo “grupo de controle” refere-se à Regional de Saúde ou ao Município de referência na análise, já o chamado “grupo de tratamento” refere-se às demais Regionais de Saúde ou demais Municípios pertencentes a uma determinada região, bem como o grupo de controle pode se referir a um único município e o grupo de tratamento a outro³⁸.

³⁸ Em toda a análise o município de Londrina é considerado como grupo de controle e recebe a binária 0 (zero), os demais municípios e ou regionais recebem a binária 1 (um) quando com parados ao município de Londrina. Em regressões que o município de Londrina não está presente o primeiro grupo da análise é considerado “grupo de controle” e o segundo grupo de análise será considerado “grupo de tratamento”, por exemplo: na regressão de Curitiba versus Maringá, o município de Curitiba será “grupo de controle” e Maringá “tratamento”.

O efeito da variável de interesse (tratamento) pode ser mensurado com base em dados de painel desde que haja dados ex-ante e ex-post ao tratamento, e a mudança exógena (estrutural) assumida não afete todos os indivíduos. (CAMERON; TRIVEDI, 2005). É exatamente isso que ocorre com a quebra de estrutura proposta nesse estudo.

As expressões representam taxas aritméticas de crescimento anual de Y_i , que são expressas em pontos percentuais ao ano. É possível dizer também que φ_0 representa a aceleração do crescimento no grupo de controle e $\varphi_0 + \varphi_1$ representa a aceleração do crescimento no grupo de tratamento. Dessa forma, o valor resultante de φ_1 indica em quanto à aceleração no crescimento de Y_i no grupo de tratamento difere da aceleração no crescimento do grupo de controle (NASCIMENTO, 2008).

3.3 INDICADORES SELECIONADOS DE QUALIDADE DA SAÚDE

Pelos indicadores econômicos, nominados aqui de índices de qualidade da saúde, é possível comparar os municípios diretamente em um mesmo gráfico, dada a padronização criada pelos indicadores, que tornam os municípios, que possuem populações e características diferentes, compatíveis comparativamente. Para o SIOPS (2009) os indicadores econômicos são majoritariamente índices, compostos por contas contábeis no numerador e no denominador, que propõe atingir objetivos específicos. Cabe ressaltar, que diversos outros índices podem ser criados futuramente com o mesmo objetivo que, nesse estudo, é verificar a eficácia dos gastos municipais, através dos índices de mortalidade infantil e pelo número de internamentos. Nesse sentido, o Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos relacionado à mortalidade infantil, que foi criado e nominado pelo autor, é constituído da seguinte maneira:

$$I_{GM} = \frac{GTSP_t}{NOI_t}$$

em que:

I_{GM} representa o índice dos gastos públicos com saúde em relação à mortalidade infantil,

$GTSP$ representa os gastos totais per capita com saúde pública de determinado município,

NOI representa o número de óbitos infantis per capita para cada 1000 habitantes de determinado município,

t representa um determinado ano.

Transforma-se o IGM em base 100 para o ano de 2002:

$$IS_{GM} = \left(\frac{I_{GM \text{ ano } k}}{I_{GM \text{ ano } 2002}} \right) 100 \quad (8)$$

em que:

IS_{GM} representa o índice de saúde na base 100 dos gastos públicos em saúde em relação à mortalidade infantil,

$I_{GM \text{ ano } 2002}$ refere-se ao I_{GM} calculado para o ano 2002,

$I_{GM \text{ ano } k}$ refere-se ao I_{GM} calculado para o ano k ,

$k = 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009$ ou 2010.

Observa-se, que maiores gastos públicos com saúde, seguidos de menores números de óbitos infantis, se traduz em um maior índice de qualidade da saúde dos gastos públicos em saúde em relação à mortalidade infantil, ou seja, quanto maior o índice, melhor o desempenho no combate à mortalidade infantil.

O Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos relacionados ao número de internamentos, que foi criado e nominado pelo autor, é constituído da seguinte maneira:

$$I_{GI} = \frac{GTSP_t}{NIH_t}$$

em que:

I representa o índice dos gastos públicos em saúde em relação ao número de internamentos,

$GTSP$ representa os gastos totais com saúde pública per capita para determinado município,

NIH representa o número de internamentos hospitalares per capita,

t representa um determinado ano.

Depois de calculado o I_{GI} deve-se transformá-lo em base 100 para o ano de 2002:

$$IS_{GI} = \left(\frac{I_{GI \text{ ano } k}}{I_{GI \text{ ano } 2002}} \right) 100 \quad (10)$$

em que:

IS_{GI} representa o índice de saúde na base 100 dos gastos públicos em saúde em relação ao número de internamentos,

$I_{GI \text{ ano } 2002}$ refere-se ao I_{GI} calculado para o ano 2002,

$I_{GI \text{ ano } k}$ refere-se ao I_{GI} calculado para o ano k ,

Nota-se, que se trata de um índice inverso, ou seja, quanto menor melhor. Dado que quanto maior o número de internamentos, menor será o índice devido à relação de efeito com o gasto público, no entanto, se só os gastos públicos com saúde subirem o índice subirá também, pois com maiores gastos seriam possíveis mais internamentos, se isso não ocorrer menor será a qualidade do gasto.

Em contraponto aos índices anteriores, apresentam-se os Índices de Qualidade da Saúde dos gastos públicos relacionados à média de consultas e ou atendimentos específicos³⁹ da atenção básica, que foi criado e nominado pelo autor, é constituído da seguinte maneira:

$$I_{GAB} = \frac{NCAE_t}{GTSP_t}$$

em que:

I representa o índice dos gastos públicos em saúde em relação ao número de consultas da atenção básica ou aos atendimentos específicos da atenção básica,

$GTSP$ representa os gastos totais com saúde pública per capita para determinado município,

$NCAE$ representa o número de consultas ou atendimentos específicos da atenção básica per capita,

t representa um determinado ano.

Transformando o I_{GAB} em base 100 para o ano de 2002:

³⁹ Os atendimentos específicos referem-se aos atendimentos de: puericultura, pré-natal, prevenção citologia, DST/AIDS, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose.

$$IS_{GAB} = \left(\frac{I_{GAB \text{ ano } k}}{I_{GAB \text{ ano } 2002}} \right) 100 \quad (12)$$

em que:

IS_{GAB} representa o índice de qualidade da saúde na base 100 dos gastos públicos em saúde em relação à atenção básica,

$I_{GAB \text{ ano } 2002}$ refere-se ao I_{GAB} calculado para o ano 2002,

$I_{GAB \text{ ano } k}$ refere-se ao I_{GAB} calculado para o ano k .

4 ANÁLISE DE RESULTADOS NOS MUNICÍPIOS E REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

O presente capítulo discute os resultados da pesquisa e está subdividido em dois subitens: os indicadores de saúde, baseados em mortalidade infantil e internamentos hospitalares, e o modelo de ajustes de poligonais para identificar as diferenças de gastos públicos per capita com saúde entre municípios e ou Regionais de Saúde distintas, antes e após a quebra de estrutura representada pelo Pacto da Saúde.

4.1 ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE DA SAÚDE MUNICIPAIS

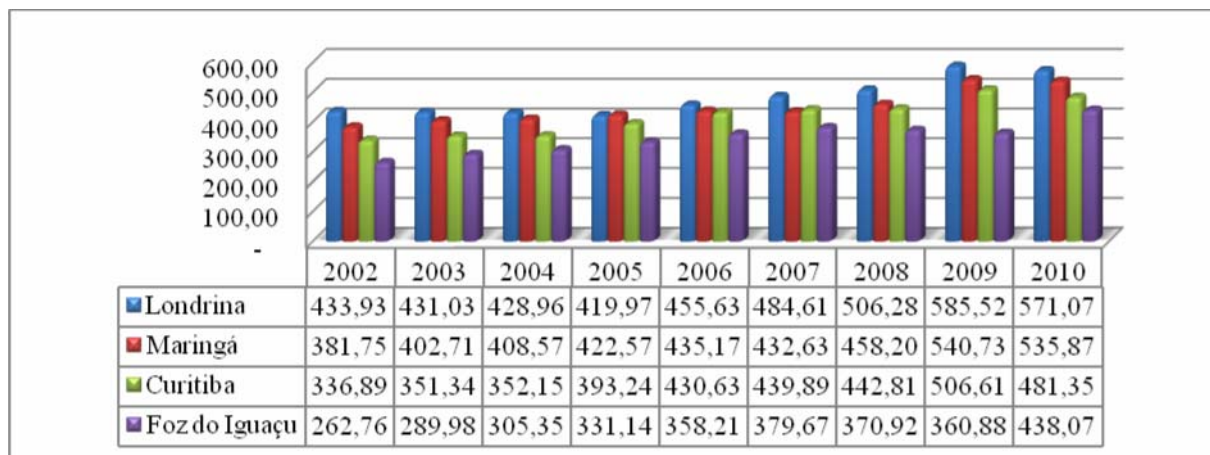
Em relação aos indicadores de saúde cabe ressaltar, que o período de análise difere das análises anteriores por dois motivos: a série de dados sobre mortalidade infantil em nível municipal possuiu dados apenas até o ano de 2010, portanto os demais indicadores seguiram essa limitação para compatibilização dos dados; em segundo lugar foram desconsiderados os anos de 2000 e 2001 dados as suas atipicidades em relação aos demais anos, porém com estrutura parecida para todos os municípios, essa exclusão melhora a análise comparativa e a sua representação gráfica e não prejudica os resultados.

Apresentam-se os dados referentes aos gastos per capita com saúde pública para os municípios selecionados, com o intuito de facilitar a leitura dos indicadores de saúde. O Gráfico 13 expõe os gastos per capita com saúde pública para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010; observa-se que o município de Londrina, em praticamente todo o período analisado, possui gastos per capita em saúde pública superiores aos demais municípios, cujo valor representava R\$ 433,93 no ano de 2002 e passou a representar o montante de R\$ 571,07 em 2010; nesse mesmo período Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu gastaram respectivamente R\$ 381,75; R\$ 336,89 e R\$ 262,76 para o ano de 2002 e R\$ 535,87; R\$ 481,35 e R\$ 438,07 para o ano de 2010, os demais anos e valores dos gastos municipais estão contidos no Gráfico 13.

Pode-se notar que as taxas de crescimento do gasto per capita com saúde pública, são distintas para cada município, ou seja, em geral os municípios experimentaram taxas positivas de crescimento, mas não necessariamente na mesma intensidade (com exceção de Londrina que no período de 2002 a 2005 experimentou taxas negativas), nesse sentido, para uma melhor visualização plota-se o Gráfico 14, cujos valores foram convertidos para a

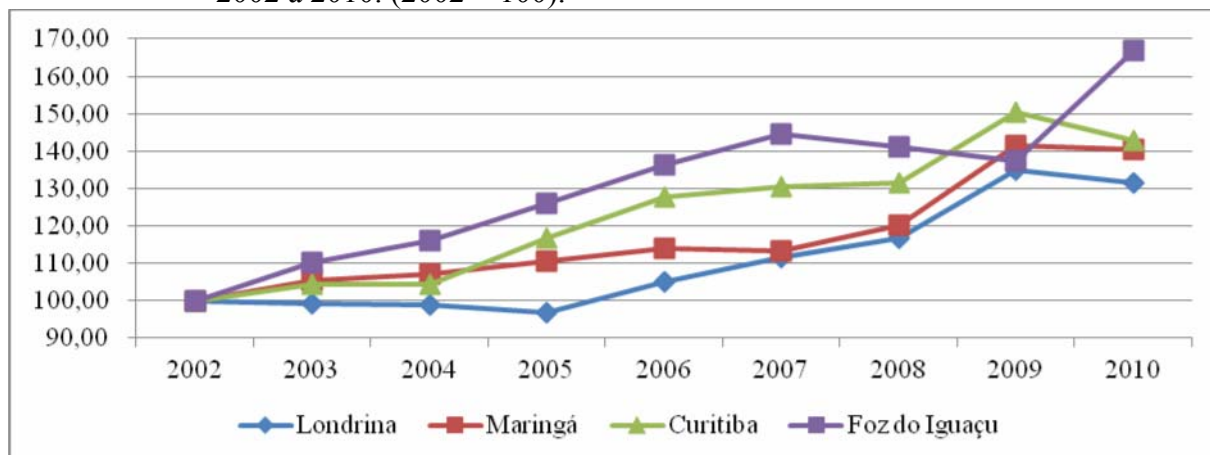
base 100 no ano 2002 com o intuito de padronizar e representar as taxas de crescimento dos gastos com saúde pública.

Gráfico 13 – Gastos per capita com saúde pública dos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

Gráfico 14 – Taxa de crescimento dos gastos per capita com saúde pública para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

Observa-se que o município de Londrina obteve a menor taxa de crescimento relacionada aos gastos com saúde pública, com queda no período de 2002 a 2005. No entanto, os gastos per capita continuam sendo maiores em relação aos demais municípios analisados. Nesse contexto, os municípios de Curitiba e Foz do Iguaçu merecem destaque, pois apresentam as maiores taxas de crescimento no período de 2002 a 2010. O município de Maringá obteve uma taxa de crescimento intermediária, cresceu mais que Londrina, no

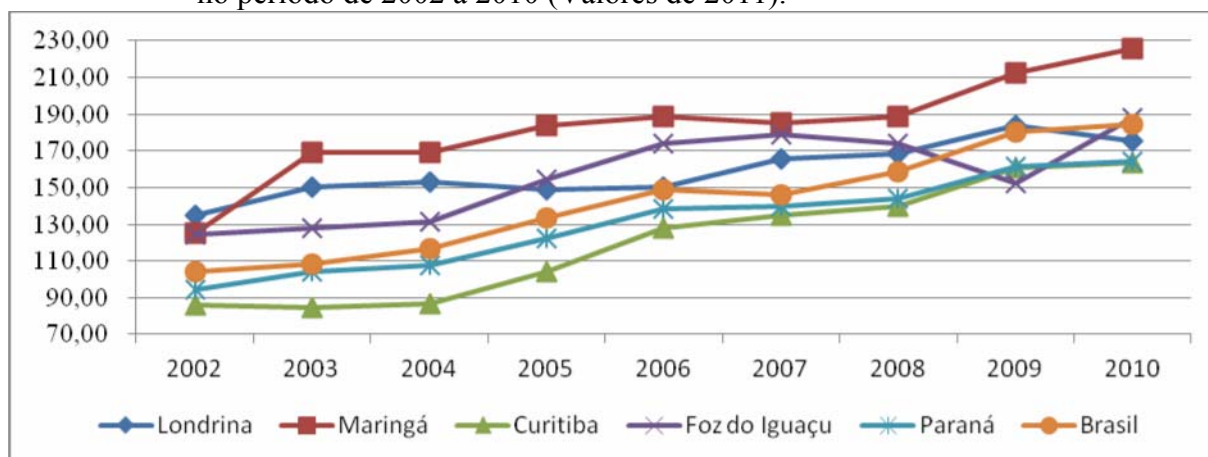
entanto, em relação aos gastos per capita superou o município de Curitiba em praticamente todos os anos, com exceção de 2007, com uma diferença de menos de oito reais.

Muito se comenta a respeito dos gastos com pessoal da área de saúde pública nos municípios paranaenses, argumentos a respeito dos altos valores investidos em pessoal podem não refletir em melhora na qualidade no atendimento na área da saúde. Nesse sentido, comparam-se os municípios selecionados em relação às despesas com pessoal empregado na área de saúde, desconsideram-se os gastos com pessoal inativo, pensões, aposentadorias, militares, salário-família, sentenças judiciais e despesas de exercícios anteriores, ou seja, o valor do gasto com pessoal reflete somente o gasto com pessoal ativo e encargos sociais, para comparações pontuais entre os municípios.

Os Gráficos 15 e 16 apresentam os valores dos gastos com pessoal da área de saúde para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba, Foz do Iguaçu, estado do Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010, respectivamente, em valores per capita atualizados para o ano de 2011 e em taxas de crescimento na base 100.

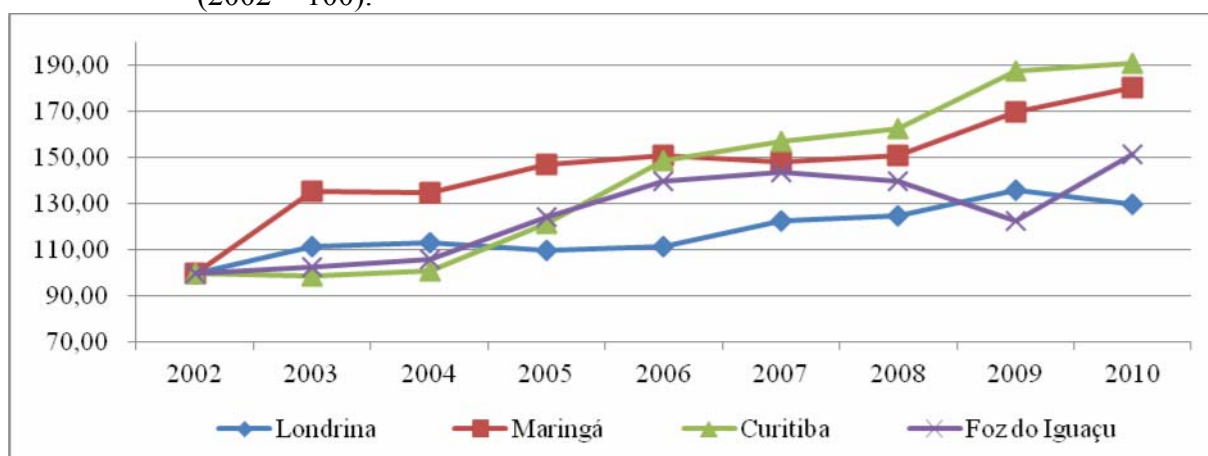
O município de Curitiba, comparado com os demais municípios analisados, possui os menores gastos com pessoal da área de saúde, com gastos per capita de R\$ 85,82 no ano de 2002, que evoluiu até o patamar de R\$ 163,82 em 2010. Maringá possui os maiores gastos em saúde per capita com pessoal no mesmo período, com um gasto superior à R\$ 225,00 em 2010. Londrina e Foz do Iguaçu estão em um patamar intermediário, o Brasil e o Paraná possuem, respectivamente, gastos per capita com pessoal de R\$ 104,04 e R\$ 94,52 no ano de 2002 e de R\$ 184,60 e R\$ 164,17 no ano de 2010. Verifica-se, também, que o município de Curitiba gasta valores similares ao estado do Paraná e Londrina tem gastos semelhantes ao do Brasil. Em valores absolutos observa-se que em 2010 os municípios gastaram juntos um montante superior a R\$ 529 milhões, deste, Londrina gastou cerca de 16,93%, Maringá 14,30%, Foz do Iguaçu 11,55% e Curitiba com 57,22%.

Gráfico 15 – Comparativo dos gastos públicos com pessoal da área de saúde per capita para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá, Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

Gráfico 16 – Tendência dos gastos públicos com pessoal da área de saúde para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



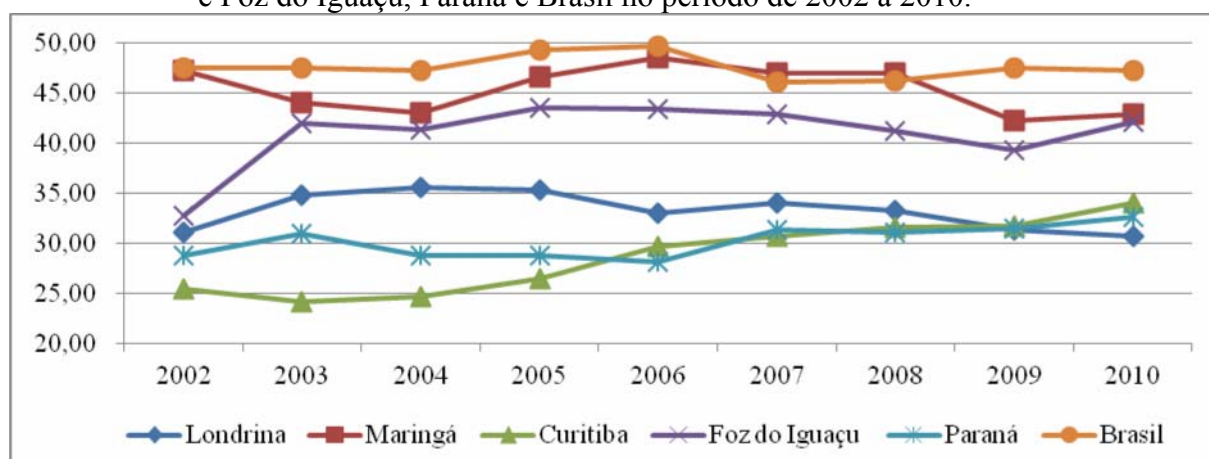
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

As taxas de crescimento dos gastos com pessoal da área de saúde pública estão demonstradas no Gráfico 16; o município de Curitiba, que possui o menor gasto com pessoal da área da saúde em termos per capita, também possui a maior taxa de crescimento no período analisado, ou seja, Curitiba investiu em pessoal para melhora na qualidade de vida da população baseado em serviços na área de saúde, sendo que seu crescimento foi mais de 90% no período de 2002 a 2010. Em segundo lugar temos o município de Maringá, com aproximadamente 80% de crescimento no mesmo período, seguido de Foz do Iguaçu com um crescimento superior a 51% e Londrina com um crescimento de quase 30%; Paraná e Brasil possuem crescimentos superiores e respectivos de 64% e 84%. Conclui-se que, baseado nos dados apresentados, Londrina possui o menor crescimento nos gastos com pessoal na área de

saúde pública e que as alegações que gastos com saúde pública londrinense são maiores que os demais municípios, dado ao alto custo com pessoal, são incoerentes, visto que o município que mais gasta com pessoal em termos per capita é o município de Maringá.

O percentual dos gastos totais com saúde pública, relacionados às despesas com pessoal da área da saúde pública dos principais municípios, estado do Paraná e do Brasil, são apresentados no Gráfico 17. Comparativamente verifica-se, que o Brasil gastou em 2002 47,53% dos recursos da saúde pública em despesas com pessoal, chegando a 49,70% em 2006 e caindo para 47,28% em 2010. Maringá manteve seus gastos com pessoal na faixa de 42% a 49% em todo o período, Curitiba permaneceu na faixa de 24% a 34% e Londrina com percentuais que variaram de 30% a 35%.

Gráfico 17 – Percentual dos gastos públicos com pessoal da área de saúde em relação aos gastos totais com saúde pública dos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

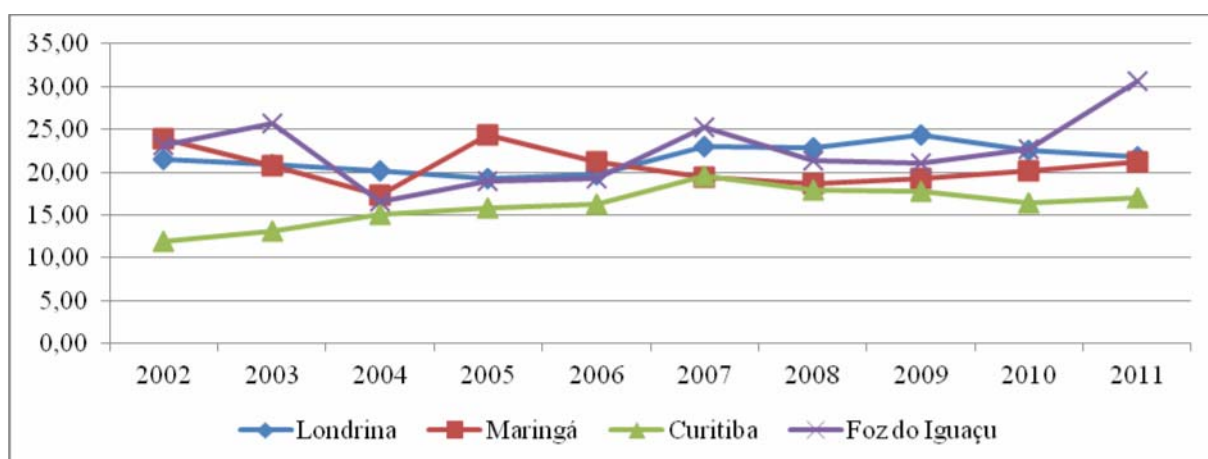
Assim como os estados, os municípios devem aplicar um percentual mínimo de suas receitas na área de saúde pública, ou seja, possuem responsabilidades perante a população em relação aos investimentos nessa área. O mínimo, constitucionalmente exigido pela EC 29/2000 de investimentos na área de saúde, é de 15%; no entanto, assim como nos estados⁴⁰, o mínimo exigido cresceu diferentemente entre os municípios até o ano de 2004, pois somente após esse período foi exigido os 15%.

O Gráfico 18 apresenta os percentuais aplicados pelos municípios selecionados, daí concluindo-se que todos os municípios aplicaram o mínimo exigido constitucionalmente em todo o período de análise. Londrina, nesse quesito merece destaque,

⁴⁰ O mínimo exigido constitucionalmente para os estados é de 12%.

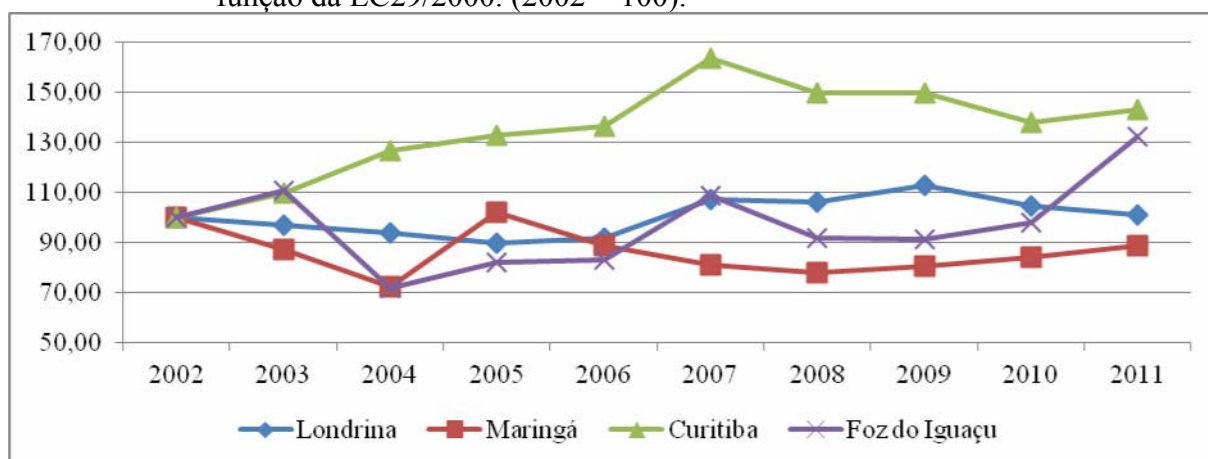
visto que os valores aplicados sempre foram superiores ao mínimo exigido e que, após a instituição do “Pacto pela Saúde” em 2006, o município passou a aplicar ainda mais recursos na área de saúde. No entanto, maiores recursos destinados à saúde nem sempre correspondem a um atendimento de qualidade ou em melhorias na qualidade de vida da população. Recordar-se que Londrina possui o maior gasto per capita com saúde pública entre os municípios analisados, e como será visto a seguir, o seu comportamento relacionado aos níveis de mortalidade infantil, ao número de internamentos hospitalares, à mortalidade em pacientes internados e aos atendimentos em nível de atenção básica comparado com seus gastos na área da saúde pública.

Gráfico 18 – Percentuais aplicados na área da saúde pelos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 em função da EC29/2000.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

Gráfico 19 – Tendência dos percentuais aplicados na área da saúde pelos municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 em função da EC29/2000. (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS.

O Gráfico 19 apresenta a tendência de crescimento dos investimentos na área de saúde pública dos municípios em análise baseado no histórico de investimentos mínimos constitucionalmente exigidos. Observa-se, que o município de Curitiba possuía uma tendência de crescimento de seus investimentos na área de saúde e que após o ano de 2007 essa tendência modificou-se, assim como o município de Foz do Iguaçu e Maringá. Somente o município de Londrina possuiu uma tendência crescente após o ano de 2006.

Em relação aos demais municípios analisados, Londrina sempre gastou mais recursos com saúde pública por habitante, com gastos com pessoal intermediário e com investimento superior ao mínimo exigido constitucionalmente. No entanto, a eficiência no atendimento não é referência para nenhum município, notícias relacionadas à baixa qualidade nos serviços, à demora no atendimento que geram filas com longo tempo de espera, à corrupção, a falta de estrutura, sucateamentos dos aparelhos, entre outros problemas (Bonde, 2011), justificam a necessidade da análise comparativa municipal e de eficiência no setor, pois dado a similaridade entre os municípios espera-se que os mesmos possuam indicadores parecidos, mas isso será visto posteriormente. A seguir trata-se da análise comparativa municipal relacionada ao número de internamentos per capita⁴¹ e da mortalidade infantil per capita por 1000 habitantes⁴² com os valores reais (2011) dos gastos per capita com saúde pública; em seguida, comparam-se os municípios com os indicadores de qualidade da saúde criados, nominados e calculados pelo autor para esse fim, conforme discutido na metodologia.

A tendência da taxa de mortalidade infantil per capita para cada 1000 habitantes é similar à taxa de mortalidade infantil para 1000 nascidos vivos; no entanto, sua intensidade mostrou-se superior para todos os municípios analisados, porém na mesma direção (conforme Gráficos de 55 a 60 do Apêndice C). Para o município de Londrina os gastos totais com saúde pública cresceram significativamente no período analisado⁴³. Os gastos no setor passaram de mais de R\$ 200,0 milhões em 2002 para mais de 291,6 milhões em 2010. Em relação aos gastos per capita com saúde pública, apresenta-se o Gráfico 20 com duas escalas: a escala da esquerda representa os gastos per capita do município e a escala da direita apresenta os níveis de mortalidade infantil per capita, em crianças menores de um ano

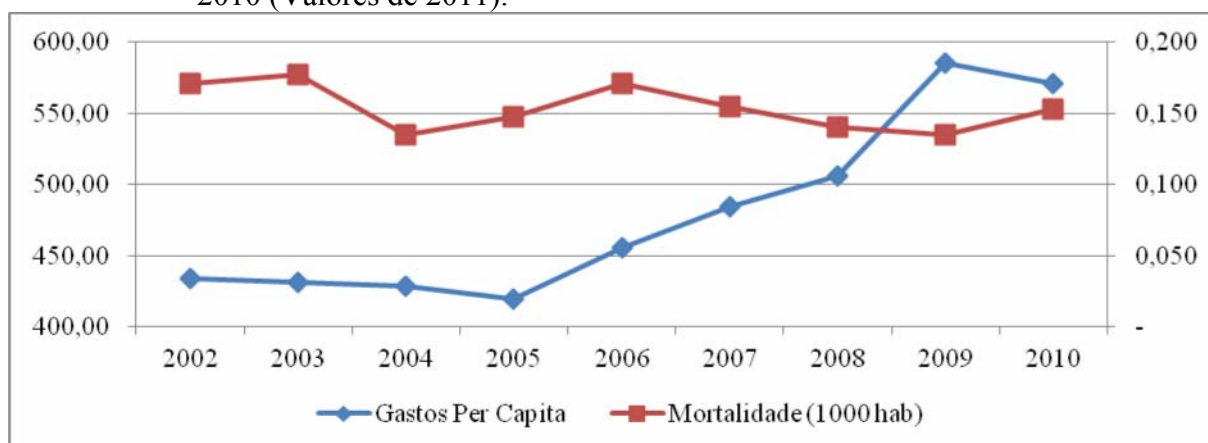
⁴¹ Refere-se ao número de internamentos de pacientes residentes no município analisado, desconsidera-se, portanto, pacientes de outros municípios que foram internados no município de análise. A utilização desses dados não interfere na análise geral, pois os números de pacientes residentes, não residentes e totais possuem a mesma tendência para todos os municípios analisados. (Vide Apêndice D).

⁴² A justificativa de utilizar as taxas de mortalidade infantil per capita em menores de um ano de vida, para cada 1000 habitantes e não para cada 1000 nascidos vivos, dá-se pela necessidade de intensificar a análise comparativa municipal, para a obtenção de resultados mais satisfatórios e considerar o número de habitantes de cada município, mantendo o padrão das demais análises, cujos valores são per capita.

⁴³ Visto que os valores já estão atualizados pelo IGP-DI para o ano de 2011.

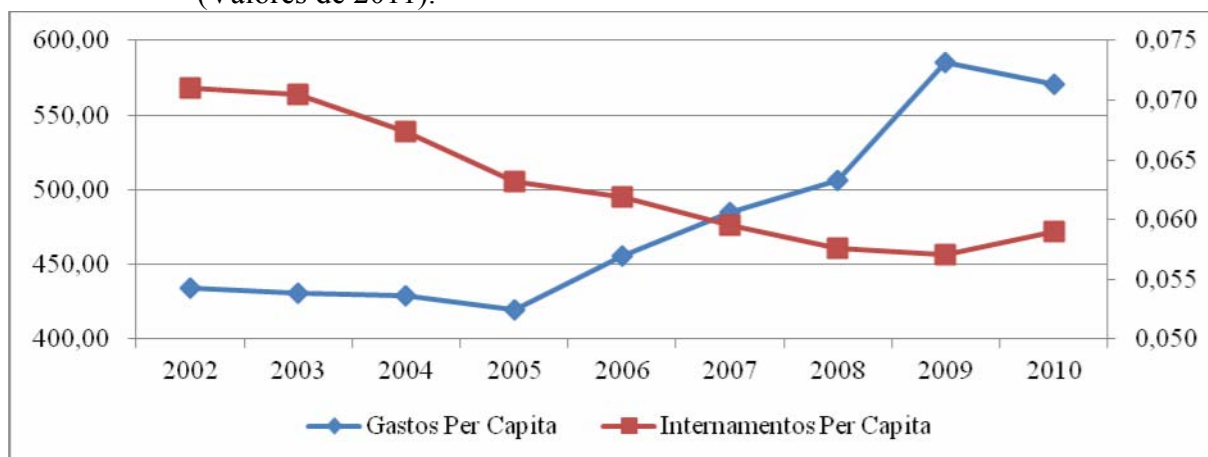
para cada 1000 habitantes, os óbitos estão caracterizados de acordo com as doenças constantes no CID10 ⁴⁴.

Gráfico 20 – Comparativo para Londrina dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

Gráfico 21 – Comparativo para Londrina dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e Ministério da Saúde.

Em relação aos gastos per capita com saúde pública, o município de Londrina possui uma tendência crescente para o período em análise; no entanto, esperava-se que maiores gastos em saúde pública, tudo mais constante, reduziria o número de óbitos infantis, mas esse fator não foi constatado para o município de Londrina, pois o mesmo possui uma tendência homogênea, ou seja, em geral o número de óbitos se manteve constante. Esses fatores serão comparados nos demais municípios a seguir, depois comparados em grupos. Em

⁴⁴ Referência da tabulação da Classificação Internacional de Doenças.

relação ao número de internamentos, observa-se o Gráfico 21, que apresenta o comparativo para o município de Londrina dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar⁴⁵ per capita no período de 2002 a 2010. Como visto anteriormente os gastos per capita com saúde pública foram crescentes no período; no entanto, em relação aos internamentos espera-se que os maiores gastos foram devidos também a mais procedimentos médicos, inclusive procedimentos que exigem internação, mas para o município londrinense esse resultado foi oposto, ou seja, gastou-se mais e não aumentou o número de internamentos, visto que os procedimentos mais custosos necessitam de internamento do paciente para sua recuperação. Sabe-se que parte dos gastos com saúde pública é aplicado na atenção básica, ou seja, na prevenção, a análise de prevenção será discutida no final desse subitem, juntamente com os Indicadores de Qualidade da Saúde. Os dados mostram que no ano 2002, o município de Londrina internou mais de 32 mil pacientes, que representa 0,071 internamentos por habitante, essa quantidade caiu para aproximadamente 29 mil internamentos no ano de 2009, equivalente a 0,057 per capita, mas os gastos com saúde pública passaram de mais de R\$ 200,0 milhões em 2002 para mais de R\$ 299,0 milhões em 2009, respectivamente os valores per capita correspondem a R\$ 433,94 e R\$ 585,53.

O município de Curitiba, que possui a maior taxa de crescimentos dos gastos com saúde pública per capita, possui também melhor relação com o indicador analisado, observa-se no Gráfico 22 que o aumento nos gastos totais com saúde pública reflete diretamente na redução dos níveis de mortalidade infantil, muito diferente do município de Londrina, cujos níveis se mantiveram constantes, recorda-se que Londrina possui o mesmo grupo homogêneo que Curitiba (GH1), ou seja, os municípios possuem as mesmas peculiaridades e deveria possuir a mesma tendência, o que não ocorreu na análise efetuada.

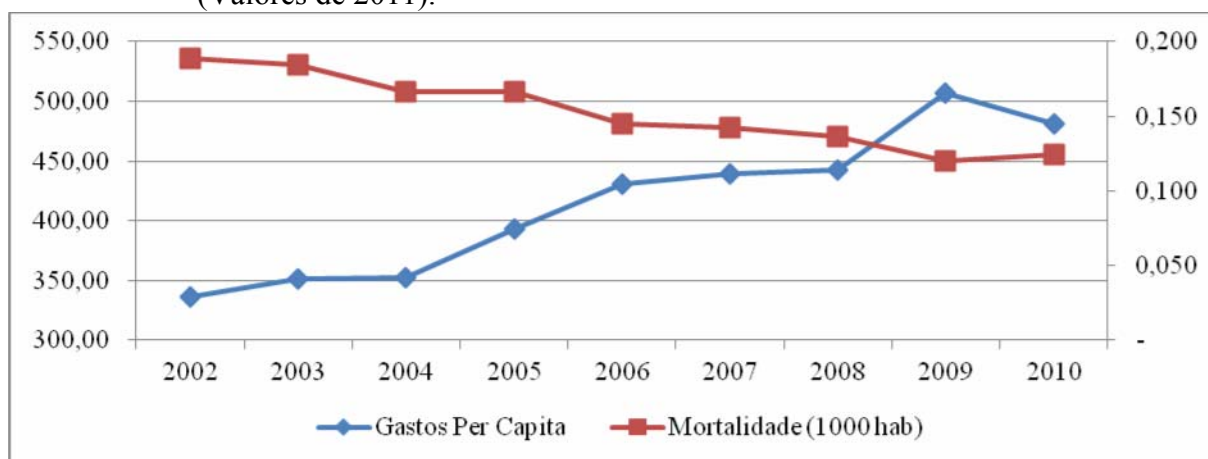
Em números, citam-se os anos de 2002 com gastos superiores a R\$ 554 milhões e 311 óbitos infantis, no decorrer do tempo esses números se modificam consideravelmente, em 2006 com mais de R\$ 770 milhões e apenas 259 óbitos infantis, em 2010 esses números modificaram-se novamente, com um montante superior a R\$ 891 milhões e apenas 231 óbitos infantis. Em termos per capita os gastos saltaram de R\$ 336,89 em 2002 para R\$ 506,61 no ano de 2009, a mortalidade infantil per capita para 1000 habitantes caiu de 0,19 para 0,12 nos mesmos anos, ou seja, queda de aproximadamente 34%; comparativamente ao município de Londrina, como visto anteriormente, a mortalidade per capita para 1000

⁴⁵ Refere-se ao número de internamentos per capita de pacientes residentes no município de Londrina, observa-se que Londrina atende um percentual de pacientes não residentes inferior ao percentual atendido por Curitiba e similar ao percentual de atendimentos de Maringá, conforme Gráfico 64 do Apêndice D.

habitantes foi de 0,17 em 2002 com queda para 0,15 em 2010, ou seja, queda de aproximadamente 11% (vide Gráfico 20)⁴⁶. Em relação ao estado do Paraná e Brasil, temos que a taxa de mortalidade infantil, em crianças menores de um ano para cada 1000 habitantes⁴⁷, é de 0,28 e 0,34 no ano de 2000 e de 0,21 e 0,17 para o ano de 2010, respectivamente quedas de aproximadamente 38% e 39%.

Outro fator interessante observa-se no Gráfico 23, que compara os internamentos⁴⁸, ou seja, o aumento nos gastos públicos com saúde do município de Curitiba foi acompanhado de um aumento no número de internamentos somente a partir do ano de 2005, sugere-se que o dinheiro foi bem aplicado, pois os internamentos podem ser considerados um reflexo dos aumentos nos gastos, visto que demandam uma grande quantidade de procedimentos e recursos financeiros. No entanto, ao comparar os anos extremos da série é possível constatar, que o município de Curitiba não aumentou o número de internamentos, mas aumentou o gasto. Recorda-se que isso não ocorreu no município de Londrina e novamente a cidade não segue a mesma tendência dos indicadores avaliados.

Gráfico 22 – Comparativo para Curitiba dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



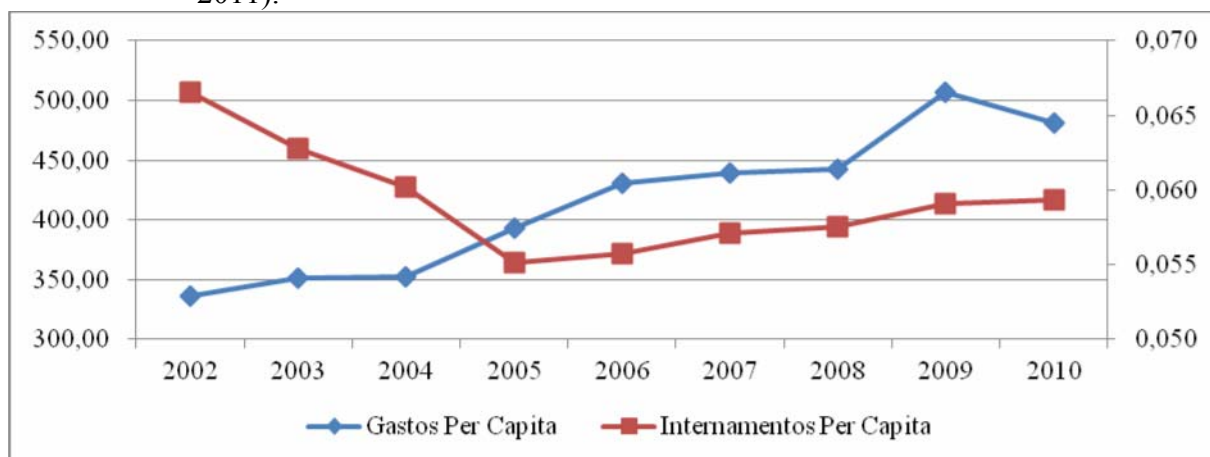
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

⁴⁶ A tendência da taxa de mortalidade infantil per capita para 1000 habitantes é similar à taxa de mortalidade infantil para 1000 nascidos vivos, no entanto, sua intensidade mostrou-se superior para todos os municípios analisados, conforme gráficos do Apêndice C.

⁴⁷ A taxa de mortalidade infantil, em crianças de até um ano de vida para cada 1000 nascidos vivos, no ano de 2010 para Londrina é de 11,28; Maringá 9,91; Curitiba 9,11; Foz 12,07, Paraná 12,10 e Brasil 13,93.

⁴⁸ Recorda-se que a tendência dos números de internamentos totais, de pacientes residentes e de pacientes não residentes são similares para todos os municípios (vide Gráficos 61, 62 e 63 do Apêndice D), portanto optou-se pela análise de pacientes residentes no município em questão.

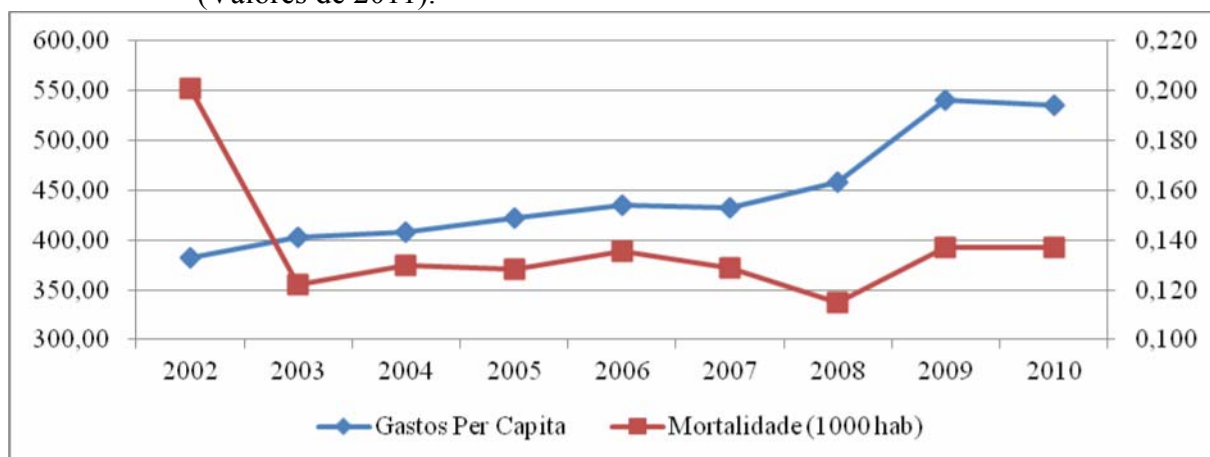
Gráfico 23 – Comparativo para Curitiba dos per capita com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e Ministério da Saúde.

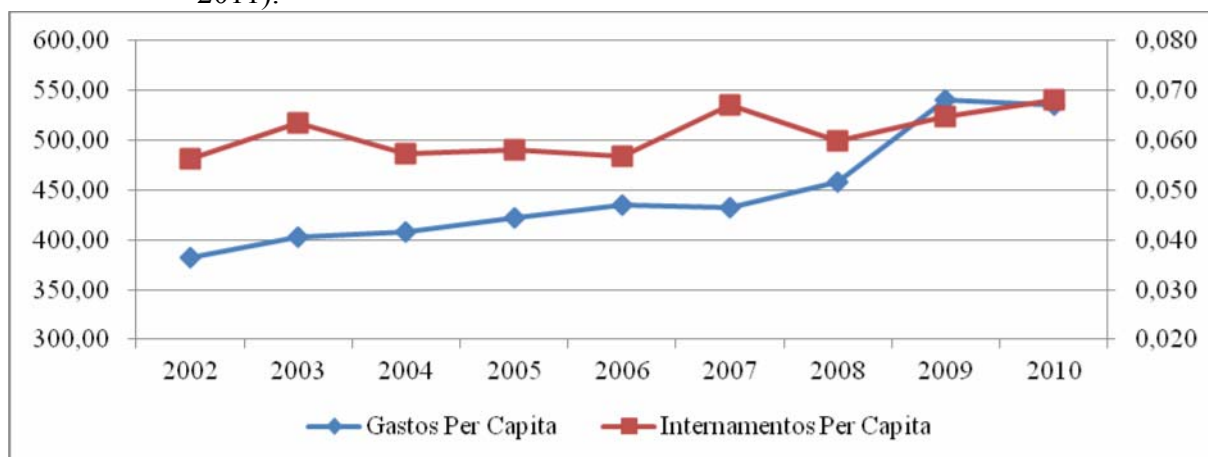
Parte-se agora para o comparativo do município de Maringá em relação aos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade para cada 1000 habitantes; observa-se no Gráfico 24, na escala da esquerda, o crescimento dos gastos per capita em saúde pública do município de Maringá que representavam R\$ 381,75 em 2002, modifica-se ao seu patamar máximo em 2009 com um montante de R\$ 540,73, como discutido anteriormente o crescimento dos gastos de Maringá foi maior que o crescimento dos gastos de Londrina e menor que o crescimento nos gastos de Curitiba, no entanto, Londrina ainda possui o maior gasto per capita, seguido de Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu respectivamente.

Gráfico 24 – Comparativo para Maringá dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

Gráfico 25 – Comparativo para Maringá dos gastos totais com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



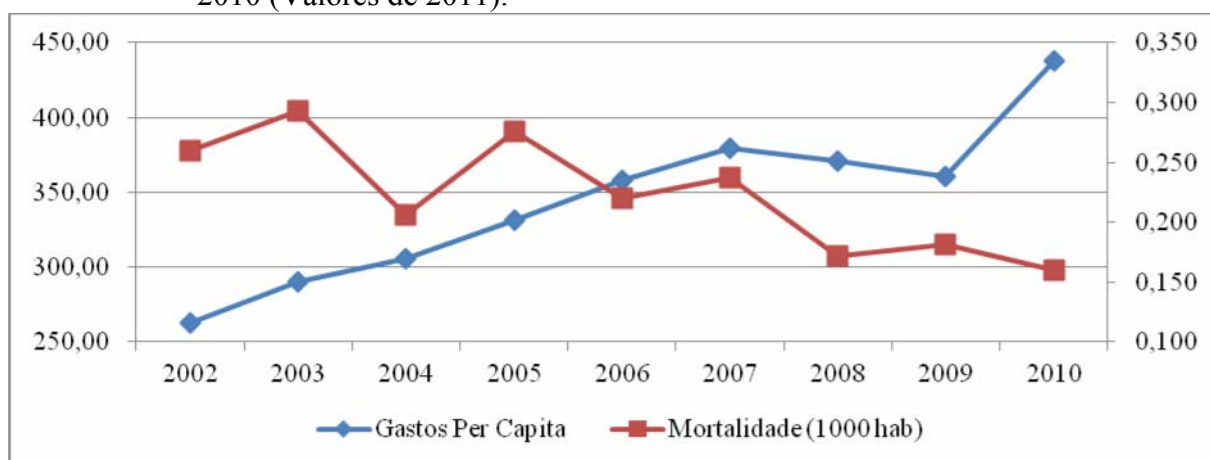
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e Ministério da Saúde.

Em relação aos níveis de mortalidade infantil, Maringá possui uma tendência com pequena variação no número de óbitos infantis para cada 1000 habitantes após o ano de 2003, o que não é o ideal, visto que com maiores recursos financeiros os níveis de mortalidade tendem a diminuir, com tudo mais constante. Maringá possui, em 2003, um índice de mortalidade de 0,12, que oscilou nos anos seguintes e chegou a 0,13 em 2010, no período de 2002 a 2010 a queda nos níveis de mortalidade infantil foi de 31,72%, no entanto, de 2003 a 2010 houve crescimento de 12,48%. Comparativamente Londrina, Curitiba e Foz do Iguaçu obtiveram, respectivamente, índices de 0,17; 0,18 e 0,29 em 2003 que se reduziu para 0,15; 0,12 e 0,16 no ano de 2010. O estado do Paraná possui um índice de 0,26 em 2003 com queda para 0,17 em 2010, para o Brasil não foi diferente, com variação de 0,33 para 0,21 nos mesmos anos⁴⁹. No entanto, em relação aos internamentos o município de Maringá possui uma característica diferente do município londrinense e parecida com o município de Curitiba, onde os maiores gastos com saúde pública refletem em maiores números de internamentos, justificado pelos maiores custos devido à maior complexidade dos procedimentos médicos (vide Gráfico 25). Cabe ressaltar, que os indicadores relacionados à atenção básica da saúde pública serão tratados ainda nesse capítulo, pelos Indicadores de Qualidade da Saúde, nominados e calculados pelo autor.

⁴⁹ A taxa de mortalidade para cada 1000 nascidos vivos nos anos de 2003 e 2010 são respectivamente: Brasil com 18,94 e 13,93; Paraná com 16,49 e 12,10; Londrina com 12,08 e 11,28; Maringá com 9,11 e 9,91; Curitiba com 12,39 e 9,11 e Foz do Iguaçu com 16,00 e 9,11. Dados do DATAUS. Observa-se que, como nos dados de mortalidade per capita para cada 1000 habitantes, Londrina e Maringá permanecem praticamente com dados estacionários, já os demais analisados possuem crescimento.

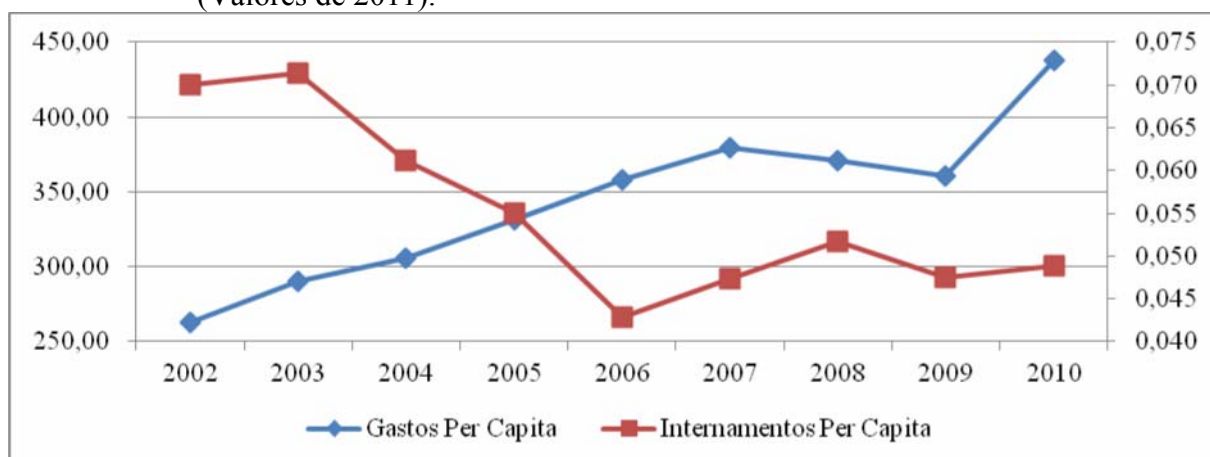
Os internamentos, no município de Maringá no ano de 2002, eram de aproximadamente 17 mil, que representava 0,056 internamentos per capita, ao comparar com Londrina, Curitiba, Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil, temos uma proporção de 0,071; 0,067; 0,070; 0,077 e 0,068 respectivamente; no ano de 2010 esses valores reduzem-se para 0,059 para Londrina e Curitiba, 0,068 para Maringá, 0,049 em Foz do Iguaçu, 0,073 para o Paraná e 0,060 no caso do Brasil.

Gráfico 26 – Comparativo para Foz do Iguaçu dos gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil para cada 1000 habitantes no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

Gráfico 27 – Comparativo para Foz do Iguaçu dos gastos totais com saúde pública e dos níveis de internamento hospitalar per capita no período de 2002 a 2010 (Valores de 2011).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e Ministério da Saúde.

O município de Foz do Iguaçu, em relação os gastos per capita com saúde pública e dos níveis de mortalidade infantil, possui um bom desempenho, com taxas de crescimento positivas relacionadas aos gastos e taxas negativas relacionadas à mortalidade

infantil, ou seja, o aumento nos gastos totais com saúde pública reflete diretamente na redução dos níveis de mortalidade infantil. Os gastos totais com saúde do município em questão passaram de R\$ 71,7 milhões em 2002 para mais de R\$ 142,4 milhões em 2010. O índice de mortalidade infantil caiu de 0,260 para menos de 0,160 para um universo de 1000 habitantes.

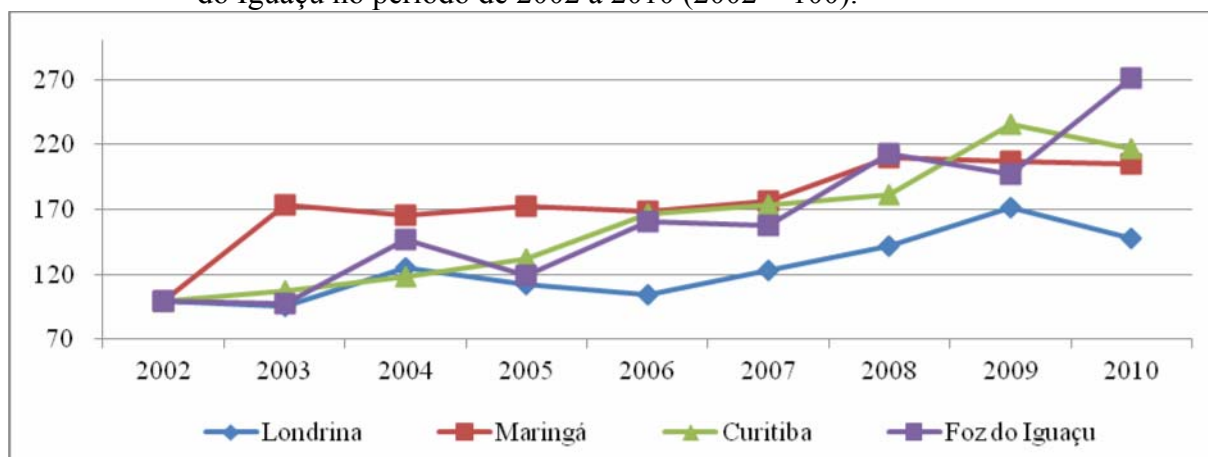
Observa-se, também, no Gráfico 27, em relação aos internamentos que o aumento nos gastos públicos com saúde do município de Foz do Iguaçu foi acompanhado de um aumento no número de internamentos somente a partir do ano de 2006, isso sugere que o dinheiro foi bem aplicado a partir desse período. No entanto, ao comparar os anos extremos da série é possível constatar, que o município de Foz do Iguaçu diminuiu o número de internamentos, mas aumentou o gasto.

Conclui-se que, em relação aos níveis de mortalidade infantil per capita em crianças menores de 1 ano, para cada 1000 habitantes, todos os municípios possuem trajetória de queda no período de 2002 a 2010. O Brasil com queda de 38,52%, o estado do Paraná com 39,29%, Foz do Iguaçu iguala-se ao Brasil com 38,52%, Curitiba possui queda de 34,01%, Maringá com queda de 31,72% nos níveis de mortalidade e Londrina possui apenas 10,89% de queda no mesmo período de análise. Em relação aos níveis de internamentos o município de Maringá aumentou a quantidade de pacientes internados, os demais municípios reduziram, no entanto, comparado com o gasto público em saúde per capita observa-se que, em geral, Maringá possui a menor relação com o indicador, seguido de Londrina e Curitiba.

Terminada a análise individualizada dos municípios é possível, pelos indicadores econômicos criados e nominados pelo autor como Índices de Qualidade da Saúde, comparar os quatros municípios diretamente em um mesmo gráfico, com o intuito de melhor visualizar as comparações acima e complementar a análise efetuada até aqui. O comparativo do Índice de Qualidade da Saúde (IS_{GM}) dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de Londrina, Curitiba e Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 é plotado no Gráfico 28.

Observa-se, que o desempenho do município de Maringá foi superior, em metade do período, comparado à Curitiba e Foz do Iguaçu; e superior em todo o período comparado com Londrina. Como os gastos do município maringaense cresceram significativamente, em maior proporção que os gastos londrinenses e em menor proporção que os gastos curitibanos, o seu desempenho mostrou-se satisfatório, dado que seus gastos per capita são superiores aos gastos de Curitiba e inferiores aos gastos de Londrina. Verifica-se, também, que no final do período, Maringá perde pontos em seu índice e é superado pelos municípios de Curitiba e Foz do Iguaçu.

Gráfico 28 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



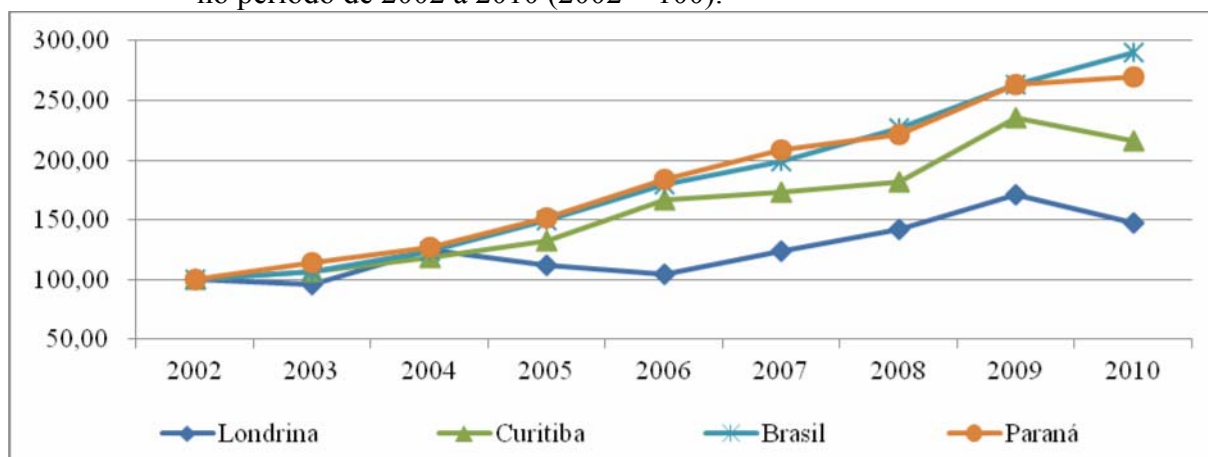
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

Curitiba, em termos de Indicadores de Qualidade da Saúde, possui a tendência mais homogênea, com uma taxa de crescimento constante até o ano de 2010, isso mostra pouca volatilidade em relação aos gastos públicos com saúde baseado na redução da mortalidade infantil. O município de Londrina possui o pior desempenho nesse índice, ou seja, o município possui um alto gasto per capita com saúde pública e também um alto número de mortalidade infantil e como resultado obteve o pior desempenho relacionado aos gastos públicos com saúde baseado em mortalidade infantil.

Complementando a análise, o Gráfico 29 apresenta o comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de grupo homogêneo 1 (Londrina e Curitiba), Paraná e Brasil⁵⁰. Observa-se, que o estado do Paraná, comparativamente com o Brasil, possui a mesma tendência e índices bem parecidos, além disso, nesse quesito, Paraná e Brasil possuem um desempenho superior aos municípios analisados.

⁵⁰ Não apresentam-se, no Gráfico 29, os dados de Maringá e Foz do Iguaçu para não “poluir” a visualização gráfica, no entanto, esse gráfico é de fácil comparação com o Gráfico 28, pois trata-se do mesmo indicador.

Gráfico 29 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação à mortalidade infantil para os municípios de Londrina e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

Em relação ao Índice de Qualidade da Saúde dos gastos com saúde pública relacionada ao número de internamentos per capita, é possível notar que se trata de um índice de variação inversa, ou seja, quanto menor melhor, pois quanto maior o número de internamentos, menor será o índice, devido à relação à qualidade do gasto público, no entanto, se somente os gastos públicos com saúde subirem (caírem) o índice subirá (cairá) também, pois com maiores gastos seriam possíveis mais internamentos, se isso não ocorrer menor será a qualidade do gasto.

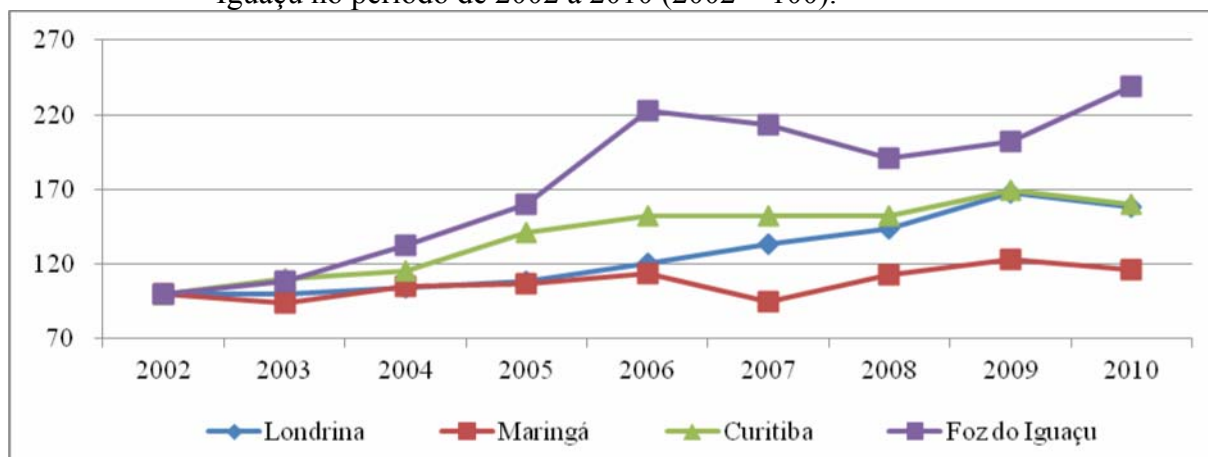
Pelo Gráfico 30 observa-se, que o município de Maringá possui os menores Índices de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação ao número de internamentos per capita, ou seja, o seu desempenho foi superior aos demais municípios, pois seus gastos públicos com saúde refletiram no aumento dos internamentos⁵¹. O município de Curitiba está entre os piores analisados no quesito internamento, no ano de 2002, seu atendimento era de aproximadamente 109 mil pacientes com um gasto de aproximadamente R\$ 554 milhões, porém no ano de 2010 o número de internamentos não se modificou significativamente, mas os gastos sim, com patamar superior a R\$ 891 milhões. Cabe ressaltar que a análise trata dos dados de 2002 a 2010, pois com uma série de dados mais curta, como por exemplo, de 2005 a 2010, o município de Curitiba poderia obter um melhor desempenho nesse índice, para uma melhor compreensão vide Gráfico 23, com análise somente a partir do ano de 2005.

O município de Londrina também não possuiu condições satisfatórias relacionadas a esse indicador, visto que os seus gastos públicos com saúde saltaram

⁵¹ Esse é um indicador de custos e não um indicador da qualidade da atenção básica municipal, os indicadores básicos serão avaliados a seguir.

positivamente no período analisado e o número de internamentos per capita caiu, o que demonstra falhas no setor da saúde, com gastos elevados e serviços reduzidos. O município de Foz do Iguaçu obteve o pior desempenho nesse quesito, com um baixo número de internamentos per capita e um alto valor gasto com saúde pública.

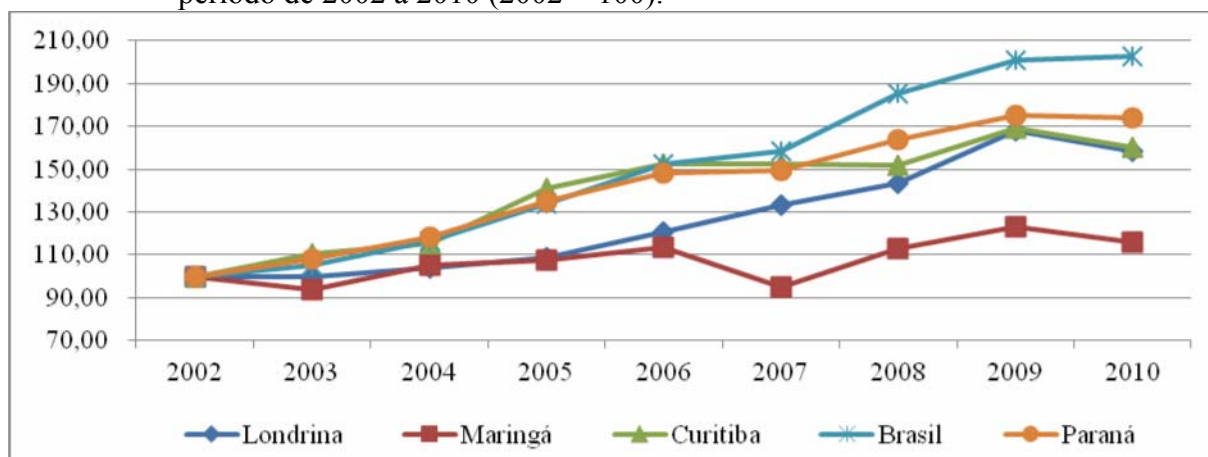
Gráfico 30 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos em relação aos internamentos para os municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e Ministério da Saúde.

Em relação ao mesmo índice, apresenta-se o Gráfico 31, que além de demonstrar o Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação aos internamentos dos municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, apresentam-se também, os dados referentes ao estado do Paraná e do Brasil. Observa-se, que o estado do Paraná e o Brasil possuem índices elevados, o que não significa que possuam relação ruim com o indicador, mas devido ao grande número de pequenos municípios, que não internam ou pouco internam pacientes e gastam com saúde pública principalmente em nível de atenção básica, justificam o índice elevado, ou seja, esse resultado era esperado.

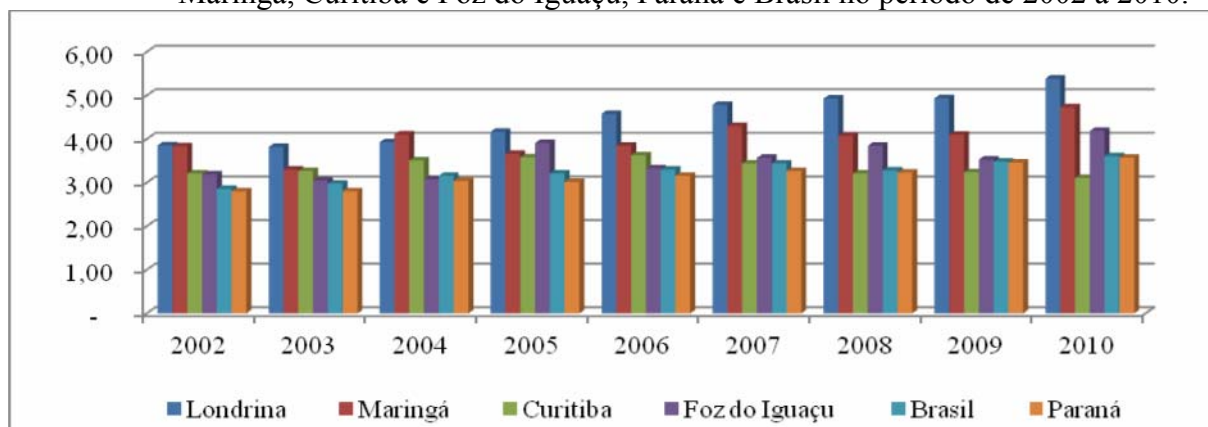
Gráfico 31 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação aos internamentos para os municípios de Londrina e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e DATASUS.

A taxa de mortalidade de pacientes internados é a razão entre a quantidade de óbitos e o número de autorizações de internações hospitalares. O resultado pode ser verificado no Gráfico 32, no qual se observa que o município de Londrina possui a maior taxa de mortalidade em praticamente todo o período, com exceção do ano de 2004; de 2002 a 2010, quando houve um crescimento de aproximadamente 40% na taxa de mortalidade de pacientes londrinenses internados. No município de Maringá, no Paraná e no Brasil o crescimento na taxa de mortalidade foi respectivamente 23%, 26% e 27%; somente o município de Curitiba obteve redução no número de óbitos relacionados aos internamentos, com queda de aproximadamente 3%. A taxa de mortalidade de pacientes internados, no ano de 2010, é de 5,39 para Londrina; 4,73 para Maringá; 3,11 para Curitiba e 4,19 para Foz do Iguaçu.

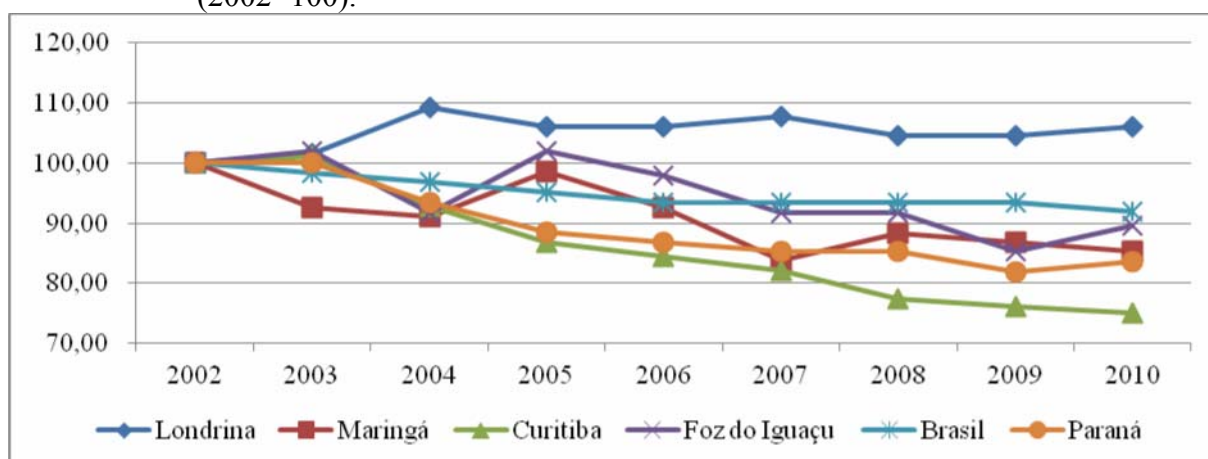
Gráfico 32 – Taxa de mortalidade em pacientes internados para os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

O Gráfico 33 apresenta a tendência média de permanência das internações referentes às autorizações de internações hospitalares no período analisado. Observa-se, que o único município, que possui tendência crescente no tempo de permanência de internamento é o município de Londrina, com um crescimento de aproximadamente 6% no período. Curitiba, além de possuir a menor taxa de mortalidade em pacientes internados, possui também a maior redução no tempo de permanência dos pacientes internados, com queda de 25% no período de 2002 a 2010. Maringá e Foz do Iguaçu possuem desempenho intermediário, no ultimo triênio da análise estão situados entre as médias do Brasil e do Paraná.

Gráfico 33 – Tendência da média de permanência de pacientes internados nos municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002=100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

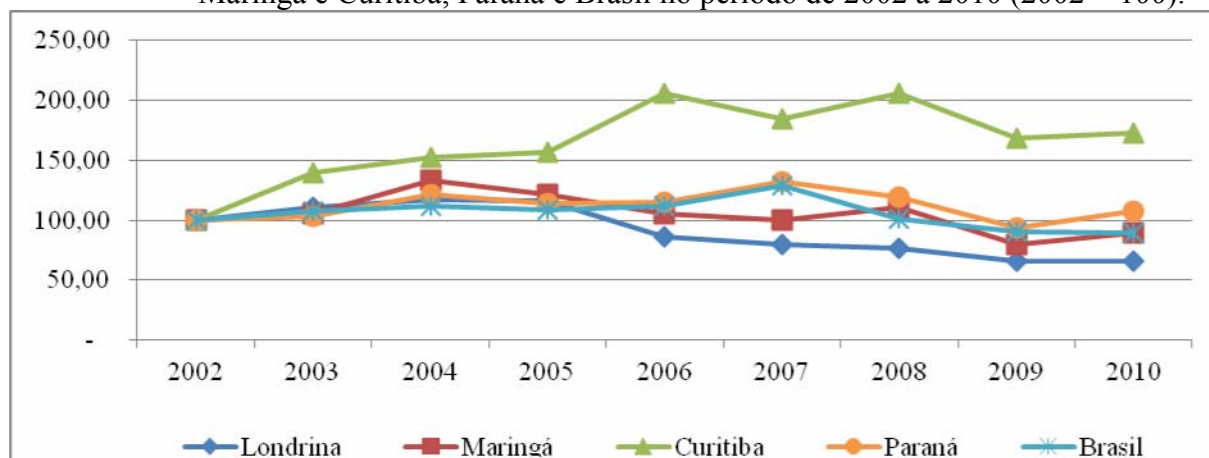
Além dos Indicadores de Qualidade da Saúde, relacionados aos gastos com saúde pública per capita e aos atendimentos de alta e média complexidade e aos níveis de mortalidade infantil, apresentam-se a seguir os indicadores referentes à atenção básica na saúde pública dos municípios, estado e país, com o intuito de contrapor a análise efetuada dos níveis de internamentos municipais, ou seja, espera-se que municípios com elevados gastos em atendimentos básicos gerem, conseqüentemente, menores gastos com internamentos e também menores índices de mortes.

O Gráfico 34 apresenta os Indicadores de Qualidade da Saúde dos gastos com saúde pública per capita em relação à média de consultas em nível de atenção básica do SUS. Observa-se, que o município de Londrina possui a menor relação nesse indicador, comparado aos demais municípios selecionados e em relação ao estado do Paraná e ao Brasil, ou seja, o município londrinense possui gastos superiores aos demais municípios analisados e possui tendência de queda no número de consultas em nível básico, o que justifica seu

desempenho inferior. Os demais municípios, Paraná e Brasil, em análise, possuem uma trajetória de crescimento no número de consultas em todo o período analisado, mas devido ao crescimento nos gastos com saúde per capita, observou-se que, além de Londrina, Maringá e o Brasil possuem indicadores com trajetória de queda.

O município de Londrina, em 2002, consultou 37.673 pacientes residentes e em nível de atenção básica, esse número reduziu-se para 36.480 pacientes no ano de 2010. Curitiba, por exemplo, atendeu 18.549 pacientes residentes no ano de 2002, mas chegando a 51.644 pacientes no ano de 2010. Para o município de Maringá, o crescimento no número de consultas a pacientes do nível de atenção básica foi de 41,45% no período de 2002 a 2010; no Brasil esse número cresceu mais de 76%, no Paraná esse crescimento chegou a mais de 92%, para o município de Curitiba o crescimento superou 178% e no município Londrinense houve queda no mesmo período de 3,17%.

Gráfico 34 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação às consultas em nível de atenção básica para os municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



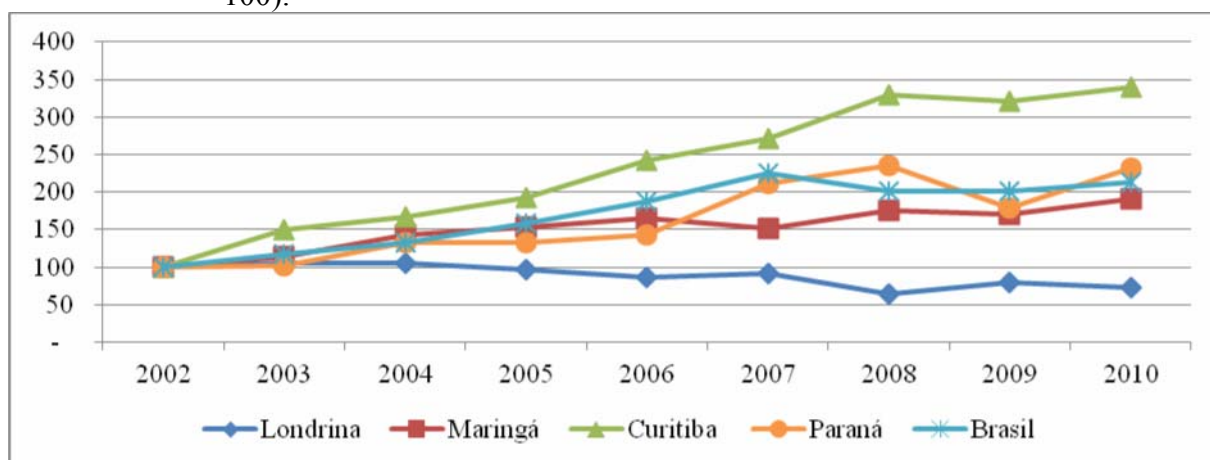
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e SIAB.

O Gráfico 35 apresenta os Indicadores de Qualidade da Saúde que relaciona os gastos com saúde pública per capita e a média de atendimentos específicos⁵² em nível de atenção básica. Observa-se que o município londrinense está em nível inferior comparado aos demais municípios, ao Paraná e ao Brasil. Em relação ao número de atendimentos específicos, o município de Curitiba possui um crescimento de aproximadamente 240% no período de 2002 a 2010, seguido do Paraná, Brasil e Maringá que cresceram, respectivamente, mais de 131%, 113% e 91%. Londrina, no entanto, reduziu o número de atendimentos específicos de

⁵² Os atendimentos específicos referem-se aos atendimentos de: puericultura, pré-natal, prevenção citologia, DST/AIDS, diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose.

21.621 em 2002 para apenas 15.678 atendimentos específicos em 2010, ou seja, queda superior a 27%. Ao incluir os gastos com saúde pública per capita na comparação, que gerou o índice apresentado no Gráfico 35, observa-se maior disparidade do município londrinense, devido ao seu gasto com saúde pública superior aos demais municípios e pela redução nos níveis de atendimentos específicos de atenção básica.

Gráfico 35 – Comparativo do Índice de Qualidade da Saúde dos gastos públicos em relação aos atendimentos específicos em nível de atenção básica para os municípios de Londrina, Maringá e Curitiba, Paraná e Brasil no período de 2002 a 2010 (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SIOPS e SIAB.

Em geral, conclui-se que os Indicadores de Qualidade da Saúde municipal apresentaram resultados satisfatórios, elencando os municípios analisados de acordo com desempenho e considerando não apenas os gastos com saúde pública, mas também os níveis de mortalidade, internamentos hospitalares, consultas e atendimentos específicos em nível de atenção básica. O município de Londrina, em relação aos gastos públicos com saúde baseado nos níveis de mortalidade infantil per capita, possui o pior índice entre os municípios analisados, Paraná e Brasil, com crescimento de apenas 47,69%. Maringá, por exemplo, cresceu cerca de 105,57%, Curitiba 116,53%, Foz do Iguaçu 171,15%, o estado do Paraná cresceu em média 169,96% e o Brasil 190,16%, ou seja, relacionando os gastos públicos com saúde aos níveis de mortalidade infantil per capita, observa-se que Londrina precisa evoluir bastante para alcançar melhores níveis nesse indicador.

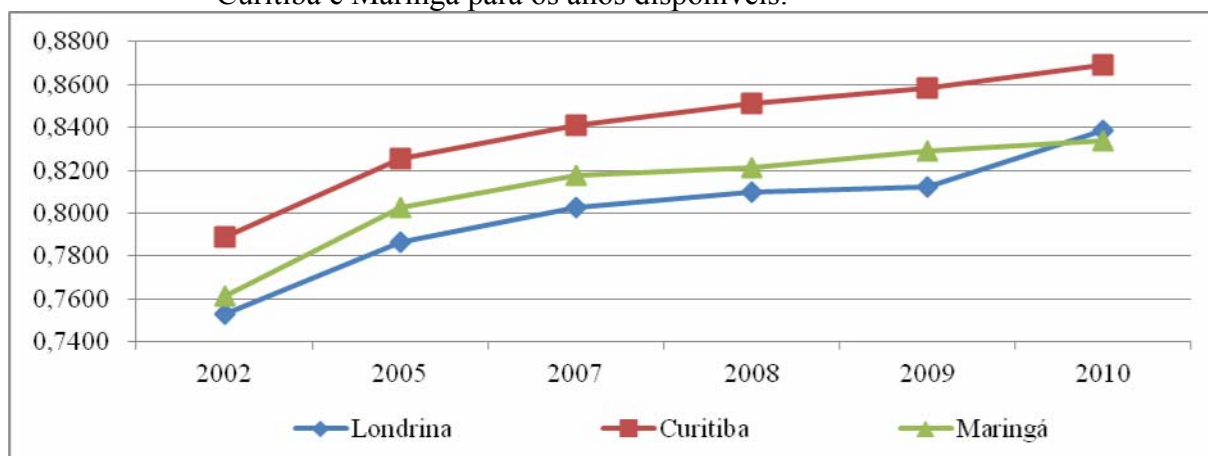
Os níveis de internamentos hospitalares e da atenção básica à saúde elencaram os municípios de acordo com seu desempenho, ou seja, o município de Maringá possui o melhor índice relacionado aos internamentos e aos gastos públicos, seguido de um bom desempenho relacionado aos indicadores dos procedimentos da atenção básica. Curitiba

e Londrina possuem um desempenho intermediário no indicador de internamentos baseados nos gastos com saúde pública, mas Curitiba possui o melhor Indicador de Qualidade da Saúde que relaciona as consultas e os atendimentos específicos aos gastos com saúde pública. Londrina possui a pior relação nos mesmos indicadores, mostrando uma grande discrepância com o município de Curitiba, cabe lembrar que ambos os municípios possuem o mesmo grupo homogêneo de acordo com o Ministério da Saúde.

Além dos índices criados e nominados pelo autor para verificar o desempenho municipal na área de saúde, apresenta-se o Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM), cujo objetivo é medir o desempenho da gestão e ações públicas dos 399 municípios do Estado do Paraná, considera-se três dimensões: renda, emprego e agropecuária, saúde e educação. Sua elaboração é baseada em diversas estatísticas de natureza administrativa e econômica que são disponibilizadas pelo governo (IPARDES, 2013).

Entre os municípios analisados, com exceção de Foz do Iguaçu⁵³, Curitiba possui o melhor desempenho no IPDM, seguido do município de Maringá e de Londrina, que somente no ano de 2010 superou Maringá (vide Gráfico 36). Conclui-se que, o indicador governamental IPDM mostrou que o município de Londrina também está aquém dos demais municípios em análise, mesmo com outros fatores incluídos, como emprego e renda, na construção desse índice.

Gráfico 36 – Índice IPARDES de desempenho municipal dos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá para os anos disponíveis.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IPARDES.

⁵³ Não foi possível sua plotagem no gráfico, dada suas especificidades e valores fora do padrão dos municípios de Maringá, Londrina e Curitiba.

O ranking do IPDM para os municípios paranaenses no ano de 2002 apresenta-se com Curitiba em segundo lugar, Maringá em quarto lugar e Londrina na quinta posição⁵⁴, para o ano de 2005 as posições permanecem inalteradas. Em 2007 Curitiba toma a liderança como o melhor município e Londrina cai para a sétima posição. Em 2009 Curitiba continua em primeiro lugar, seguido do município de Maringá em terceiro lugar e de Londrina na sexta posição; somente em 2010, Curitiba, Londrina e Maringá estão em primeiro, segundo e terceiro lugar respectivamente, dado a melhora nos indicadores municipais utilizados para o cálculo do IPDM.

Após a análise de desempenho municipal pelos indicadores, parte-se para a análise econométrica buscado verificar as possíveis mudanças de tendência das variáveis, bem como as diferenças regionais entre os municípios e suas Regionais de Saúde.

4.2 ANÁLISE DO MODELO DE AJUSTES DE POLIGONAIIS

O modelo de ajustes de poligonais é utilizado para detectar as mudanças na tendência das variáveis entre os dois períodos e entre os dois grupos analisados. É um modelo de quebra de estrutura do comportamento de tendência de determinada série de dados, que nesse caso são os gastos com saúde pública per capita.

Os testes econométricos utilizados foram: Breusch-Pagan-Godfrey para detectar se existe a presença de heterocedasticidade; a Estatística d de Durbin-Watson para verifica a existência de autocorrelação nos dados; e o teste de Tolerância (TOL) e Fator de Inflação da Variância (FIV) para detectar a presença de multicolinearidade. O Quadro 7 apresenta os resultados dos testes econométricos para as regressões utilizadas nesse estudo.

⁵⁴ Em 2002 e 2005 o primeiro lugar pertence ao município de Lobato e o Terceiro lugar para o município de Ivatuba.

Quadro 7 – Resultados dos testes econométricos.

	Heterocedasticidade	Autocorrelação
Regressões	Breusch-Pagan-Godfrey	d de Durbin Watson
Londrina x Demais	Ausência a 1%	Ausência = 2,004
Maringá x Demais	Ausência a 1%	Zona Indecisão = 2,51
Curitiba x Demais	Ausência a 1%	Ausência = 1,910
Foz do Iguaçu x Demais	Ausência a 1%	Ausência = 1,798
Londrina x Maringá	Ausência a 1%	Ausência = 1,928
Londrina x Curitiba	Ausência a 1%	Ausência = 1,903
Londrina x Foz do Iguaçu	Ausência a 1%	Zona Indecisão = 1,287
Curitiba x Maringá	Ausência a 1%	Zona Indecisão = 2,128
Multicolinearidade		
Variáveis	Fator de Inflação da Variância (FIV)	Tolerância (TOL)
Tendência	8,115	0,123
$P_i(t - \Theta)$	8,115	0,123
L_i	7,945	0,126
$t L_i$	22,502	0,044
$P_i(t - \Theta) L_i$	10,214	0,098
Os resultados da multicolinearidade são idênticos para todas as regressões.		

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos programas Gretl e Microsoft Excel.

Pelo teste de Breusch-Pagan-Godfrey chegou-se à conclusão de ausência de Heterocedasticidade com erro máximo de 1% para todas as regressões apresentadas nesse estudo. De acordo com Gujarati (2006) o Fator de Inflação da Variância é um indicador de multicolinearidade, quanto maior o FIV mais colinear é a variável X_j e se o FIV for maior que 10 diz-se que essa variável é colinear e o TOL é o inverso do FIV, ou seja, $TOL = 1 / FIV$. Nas regressões observou-se que a colinearidade está presente nas variáveis tL_i e $P_i(t - \Theta) L_i$; no entanto, os valores são baixos e não interferem na análise dos resultados, ou seja, muitos autores defendem que a multicolinearidade pode não interferir nos resultados. Nas duas variáveis desse estudo a multicolinearidade foi causada pelo uso das variáveis binárias, o que é comum em regressões desse tipo. Para a análise da autocorrelação serial adotou-se o teste da estatística d de Durbin-Watson a 1% de erro máximo, observou-se que a maioria das regressões não apresenta autocorrelação serial, no entanto, as regressões relacionadas ao município de Maringá x demais municípios de sua Regional de Saúde, Londrina x Foz do Iguaçu e Curitiba x Maringá apresentaram zona de indecisão relacionada à autocorrelação serial, como os valores encontrados estão próximos de 2, observa-se que mesmo em zona de

indecisão os valores tendem à ausência de autocorrelação, portanto optou-se em manter os dados originais sem correções adicionais.

Com o intuito de facilitar a leitura dos resultados constantes nas sete Tabelas seguintes o Quadro 8 foi elaborado. Ele descreve as variáveis da regressão do modelo de ajustes de poligonais, seus coeficientes e sua interpretação de forma genérica.

Quadro 8 – Interpretação das variáveis do modelo de ajustes de poligonais.

<i>Variável</i>	<i>Coefficiente</i>	<i>Interpretação</i>
Interseção	α_0	Representa o Intercepto.
Tendência (t)	β_0	Representa uma variável de tendência, é uma média na participação dos dois grupos ao longo do tempo.
$P_i(t - \Theta)$	ϖ_0	Representa a taxa de variação da participação de ambos os grupos após a quebra estrutural.
L_i	α_1	Representa a participação média do grupo de tratamento em relação ao grupo de controle.
$t L_i$	β_1	Representa a tendência do grupo de tratamento em relação à tendência do grupo de controle ao longo do tempo.
$P_i(t - \Theta) L_i$	ϖ_1	Representa a mudança na taxa de variação da participação do grupo de tratamento em relação ao grupo de controle após a quebra de estrutura.

Fonte: Elaborado pelo autor.

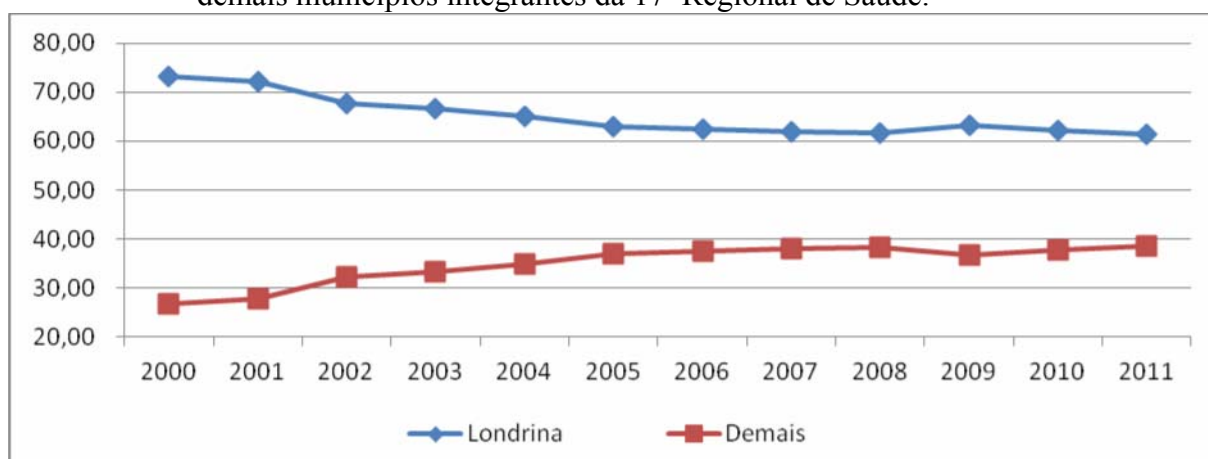
Dadas às interpretações das variáveis, a quebra de estrutura para o modelo de ajustes de poligonais pode ser observada no Gráfico 37, com a mudança de tendência no ano de 2006⁵⁵ as participações percentuais dos gastos per capita com saúde pública para o município de Londrina mostram inversão de tendência comparativamente com os demais municípios integrantes da 17ª. Regional de Saúde.

Esta mudança de tendência deve-se principalmente pelo fato que no ano de 2006 instituiu-se o “Pacto pela Saúde”. O município de Londrina, até 2005, possuía uma tendência de queda nos gastos per capita comparativamente aos demais municípios integrantes da regional e passa a ter um pequeno crescimento, com sua participação próxima a 60% nos anos seguintes. Ao considerarem-se apenas os gastos públicos totais com saúde, no ano 2000, cerca de 78% dos gastos públicos totais com saúde eram de responsabilidade do

⁵⁵ Recorda-se que nesse estudo a quebra de estrutura ocorreu com a publicação da portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que instituiu o “Pacto pela Saúde”.

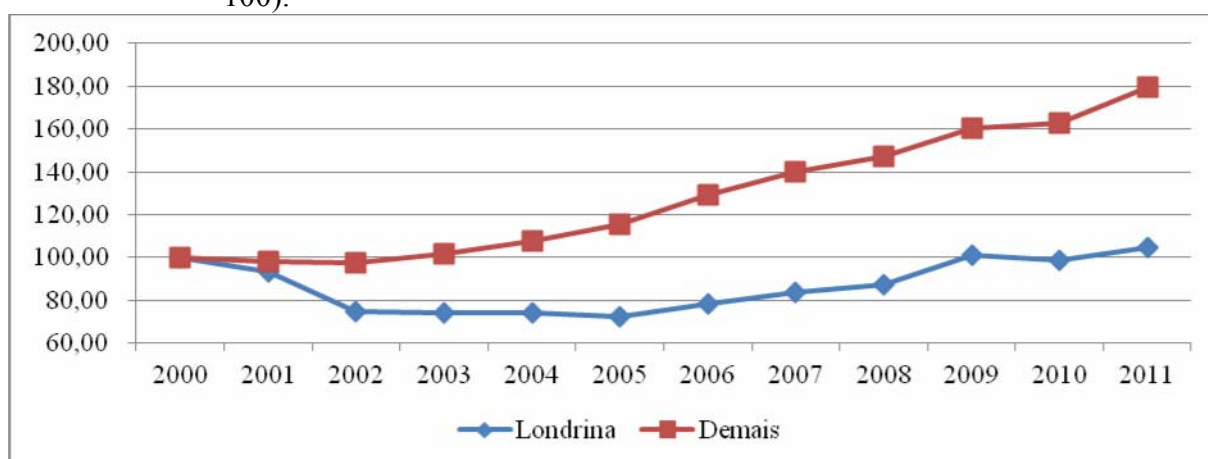
município de Londrina, em relação aos demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde, isso equivale a mais de 259 milhões de reais, nos anos seguintes houve queda na sua participação, por exemplo, em 2006 representava apenas 69% com um total de gastos de mais de R\$ 225,8 milhões; para o ano de 2011 o percentual equivale a 68,85% do total de gastos com saúde pública e o montante chega a mais de 309,6 milhões de reais.

Gráfico 37 - Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 38 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação aos demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 3 – Resultados de Londrina versus Demais Municípios da 17ª Regional de Saúde.

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	74,54661	*
Tendência	-1,83092	*
$P_i(t - \Theta)$	1,91014	*
L_i	-49,09323	*
$t L_i$	3,66183	*
$P_i(t - \Theta) L_i$	-3,82028	*
R-quadrado	0,99749	
Observações	24	

Observação: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, “NS” é não significativo.

Fonte: Elaborado pelo autor

O modelo adotado apresenta a estimativa do parâmetro ϕ_1 , da variável $P_i(t - \Theta)L_i$, com o intuito de mostrar o quanto a diferença entre as taxas aritméticas de crescimento da participação percentual nos grupos de tratamento e controle superam a mesma diferença no período anterior à mudança de estrutura. Nesse sentido, de acordo com a tabela 1, foi possível constatar que houve uma queda no estimador da variável de tendência de 1,83% nos gastos públicos com saúde para os dois grupos ao longo do tempo, ou seja, houve uma variação negativa na participação dos gastos per capita com saúde pública de 1,83% para Londrina e para os demais municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde no período analisado.

No entanto, após a quebra estrutural, na média, ambos os grupos tiveram um aumento de 1,91% na participação dos gastos globais da 17ª Regional de Saúde. Os demais municípios da Regional de Saúde Londrina obtiveram uma participação inferior de aproximadamente 49,09% nos gastos públicos com saúde em relação à média do município de Londrina. Para os demais municípios da RS de Londrina a tendência de crescimento na participação média dos gastos públicos per capita com saúde é de 3,66% em relação ao município de Londrina. Ainda no segundo período analisado, ou seja, após a quebra estrutural, os demais municípios mostram um decréscimo médio na participação dos gastos públicos com saúde de 3,82% em relação à participação do município de Londrina.

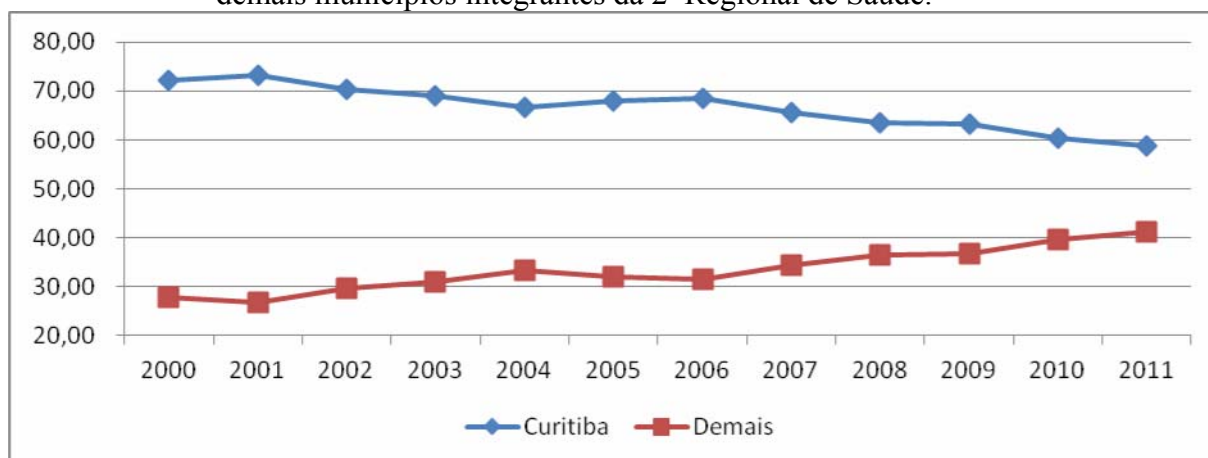
O gráfico 38 apresenta os gastos per capita com saúde pública para o município de Londrina e para os demais municípios integrantes de sua Regional de Saúde, os valores foram transformados para base 100, ou seja, no ano 2000 ficou padronizado o valor 100 para verificar a taxa de crescimento dos gastos, nesse sentido, verifica-se que o município de Londrina até o ano de 2005 possuía uma tendência de queda nos valores per capita

dispensados para a saúde pública, e que a partir de 2006 a tendência alterou-se, e torna-se crescente, no entanto, para os demais municípios da 17ª Regional de Saúde, em todo o período, a tendência foi de crescimento dos gastos relacionados à saúde pública.

Parte-se para a análise do município de Curitiba em relação aos demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde, observa-se que Curitiba possui aspectos similares em relação ao atendimento na área de Saúde de Londrina, inclusive com atendimentos de alta complexidade e possuem a mesma classificação de grau de homogeneidade do Ministério da Saúde (vide base de dados e descrição das variáveis). Assim, de forma similar, o Gráfico 39 apresenta a participação nos gastos públicos per capita com saúde comparativamente entre o município de Curitiba e os demais municípios integrantes da 2ª. Regional de Saúde do Paraná. Pode-se observar, que no ano de 2006, também ocorre uma mudança de tendência para as participações percentuais dos totais dos gastos públicos per capita com saúde.

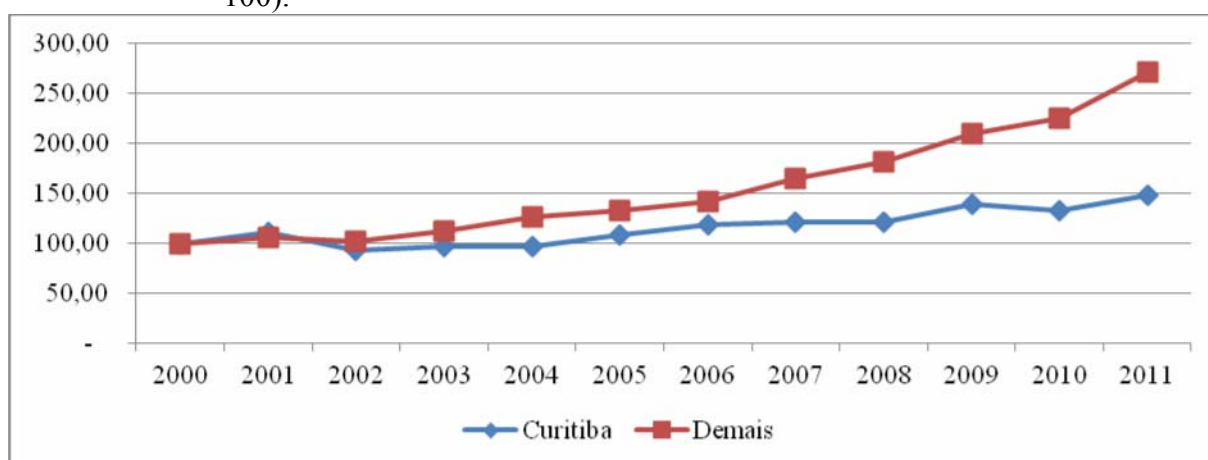
O município de Curitiba, em todo o período analisado, experimentou queda na participação dos gastos per capita em saúde pública, comparado aos demais municípios de sua regional, ou seja, de 72% em 2000 para menos de 59% em 2011 (Gráfico 39). Em relação aos gastos totais com saúde pública, no ano 2000 Curitiba gastou mais de R\$ 576,9 milhões, com um montante de R\$ 770,1 milhões em 2006 e de aproximadamente R\$ 952,9 milhões em 2011. Os demais municípios gastaram, respectivamente, R\$ 171,1 milhões; 301,8 milhões e 561,9 milhões para os anos de 2000, 2006 e 2011. Observa-se, que ambos os grupos experimentaram crescimento nos gastos, mas Curitiba perdeu participação, vide Gráfico 40.

Gráfico 39 – Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 40 - Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Curitiba em relação aos demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 4 – Resultados de Curitiba versus Demais Municípios da 2ª Regional de Saúde.

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	73,32993	*
Tendência	-0,90011	*
$P_i(t - \Theta)$	-0,68782	***
L_i	-46,65986	*
$t L_i$	1,80022	*
$P_i(t - \Theta) L_i$	1,37564	**
R-quadrado	0,99652	
Observações	24	

Observação: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, *** significativo até 10%, “NS” é não significativo.

Fonte: Elaborado pelo autor

É possível afirmar, que ambos os grupos da 2ª Regional de Saúde obtiveram uma variação negativa de 0,90% na participação dos gastos totais per capita com saúde pública ao longo do tempo. No entanto, o município de Curitiba obteve em média uma participação de 46,66% nos gastos públicos com saúde, superior à média dos demais municípios de sua regional ⁵⁶.

Pode-se observar, também, que no segundo período, após a quebra estrutural, na média, os demais municípios da 2ª RS de Curitiba alcançaram um desempenho superior em 1,37% em relação à média do município de Curitiba. No mesmo período os demais municípios obtiveram uma tendência de crescimento na participação dos gastos

⁵⁶ Observa-se que a interpretação dos resultados nesse parágrafo refere-se ao grupo de controle. Esse tipo de interpretação também será utilizado em outras oportunidades.

públicos per capita com saúde na 2ª Regional de aproximadamente 1,80%, comparativamente com o município de Curitiba.

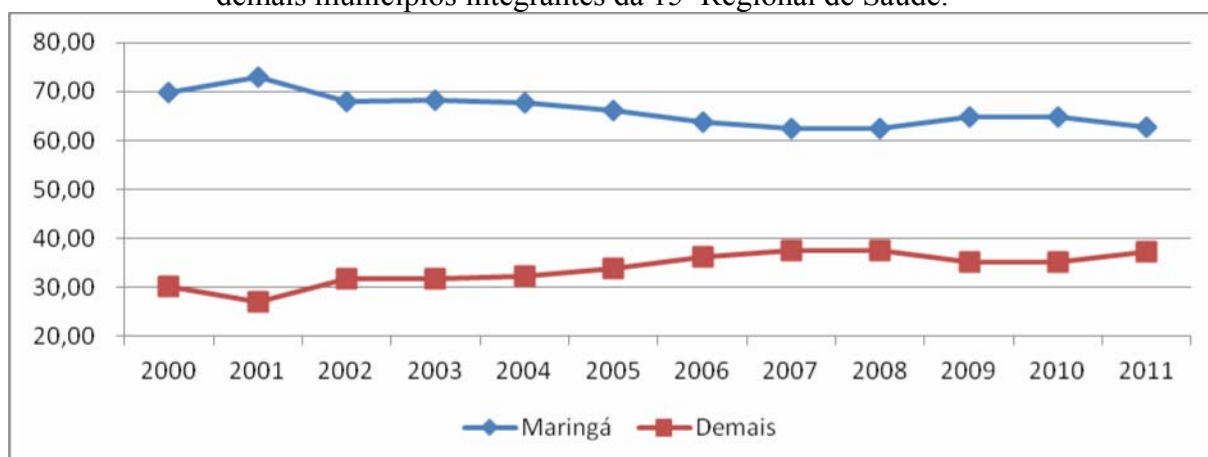
Verifica-se que o Gráfico 40 apresenta os gastos per capita com saúde pública para o município de Curitiba e para os demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde. Nesse gráfico, padronizou-se o ano de 2000 como base 100 para representar a taxa de crescimento dos gastos com saúde pública, nesse sentido, verifica-se que o município de Curitiba no ano de 2006 estabilizou a tendência de queda nos valores per capita despedidos para a saúde pública, e que a partir de 2008 a tendência retomou o crescimento iniciado no ano de 2004, no entanto, para os demais municípios integrantes da 2ª Regional de Saúde, a tendência foi de crescimento dos gastos relacionados à saúde pública em todo o período.

Nos parágrafos seguintes analisa-se o município de Maringá, que possui aspectos similares em relação ao atendimento na área de Saúde e aos aspectos socioeconômicos dos municípios de Londrina, Curitiba e Foz do Iguaçu, esse será analisado na sequência.

Pela análise comparativa do município de Maringá com os demais municípios integrantes da 15ª. Regional de Saúde (analogamente à análise anterior) pode-se notar uma tendência de mudança de estrutura para o ano de 2001 (vide Gráfico 41); essa mudança decorre na implementação da NOAS-SUS 01/01, que tem por objetivo principal tratar da necessidade de promover maior equidade na alocação de recursos e também a superação do nexos anterior de financiamento, que requerem um papel mais ativo dos gestores municipais e de acordo com as necessidades da população. No entanto, pode-se observar uma nova quebra estrutural ocorrida no ano de 2006, que afetou a tendência dos grupos estudados, estabilizou as participações percentuais dos grupos e que no ano de 2008 a mudança de tendência torna-se mais explícita; em relação a isso, recorda-se que no ano de 2006 o “Pacto pela Saúde” substituiu, então, a forma pela qual os estados e municípios assumiam a gestão do SUS, com o compromisso da União, estados e municípios em reforçar o SUS como política de estado e tentar garantir a saúde como direito de cidadania.

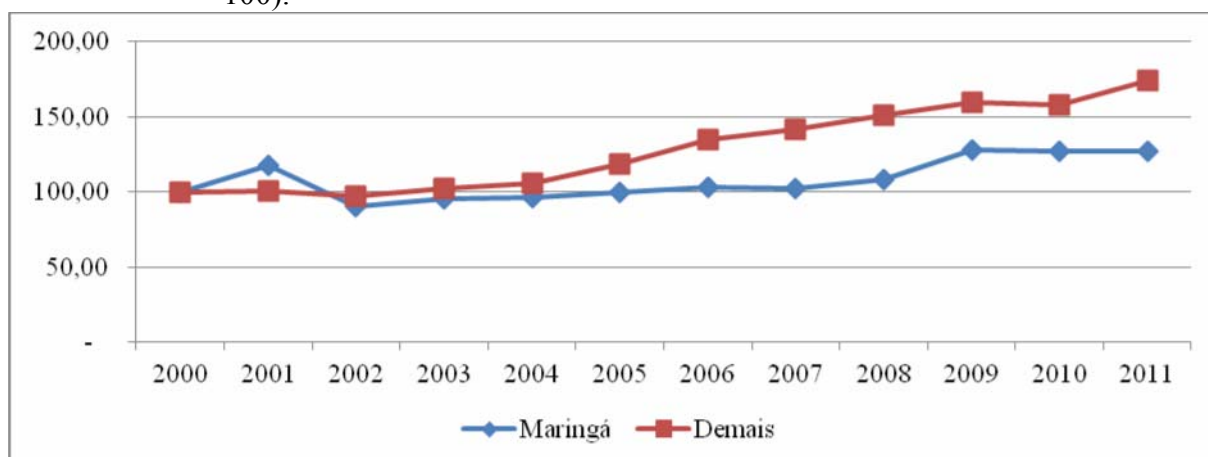
No ano 2000, o município de Maringá gastava mais de R\$ 122,0 milhões em saúde pública, valor esse que cresceu para R\$ 194,7 milhões em 2011, para os demais municípios os valores despendidos foram de R\$ 63,6 milhões e R\$ 120,8 milhões para os anos de 2000 e 2011 respectivamente. Em valores per capita, Maringá gastou R\$ 422,72 em 2000, R\$ 437,17 no ano de 2006 e com um montante crescente saltou para R\$537,39 em 2011, já os demais municípios gastaram R\$ 183,19 em 2000 e R\$ 319,06 em 2011.

Gráfico 41 – Participação do Município de Maringá nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 42 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Maringá em relação aos demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 5 – Resultados de Maringá versus Demais Municípios da 15ª Regional de Saúde.

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	73,02461	*
Tendência	-1,28158	*
$P_i(t - \Theta)$	1,18153	**
L_i	-46,04922	*
$t L_i$	2,56316	*
$P_i(t - \Theta) L_i$	-2,36306	*
R-quadrado	0,99366	
Observações	24	

Observação: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, “NS” é não significativo.

Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com a tabela 5, identifica-se uma queda média de 1,28% na tendência dos gastos públicos com saúde para os dois grupos ao longo do tempo; já no segundo período analisado, ou seja, após a quebra estrutural, a taxa de participação média de ambos os grupos foi de 1,18% e que os demais municípios da 15ª. Regional de Saúde, na média, obtiveram uma participação de 46,05% nos gastos públicos com saúde inferior à média do município de Maringá, ou seja, assim como nas análises anteriores o principal município de determinada regional possui uma participação superior comparado aos outros municípios dessa mesma regional. Os demais municípios possuem tendência de crescimento na participação dos gastos públicos per capita com saúde, em média de 2,56% em relação ao município de Maringá; no entanto, no segundo período, estes verificam uma queda de 2,36% nos gastos em relação àquele.

O Gráfico 42 apresenta os gastos per capita com saúde pública para o município de Maringá e para os demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde, com o intuito de representar a taxa de crescimento dos gastos com saúde pública per capita no período de 2000 a 2001 padronizou-se, nesse gráfico, o ano de 2000 como base 100. Verifica-se, que o município de Maringá possuía uma tendência estável de crescimento até meados do ano de 2006, que após esse a tendência tornou-se crescente, no entanto, para os demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde, a tendência foi de crescimento dos gastos relacionados à saúde pública em todo o período, que se intensificou a partir do ano de 2005. Observa-se, também, que o município de Maringá experimentou um crescimento inferior aos demais municípios de sua regional.

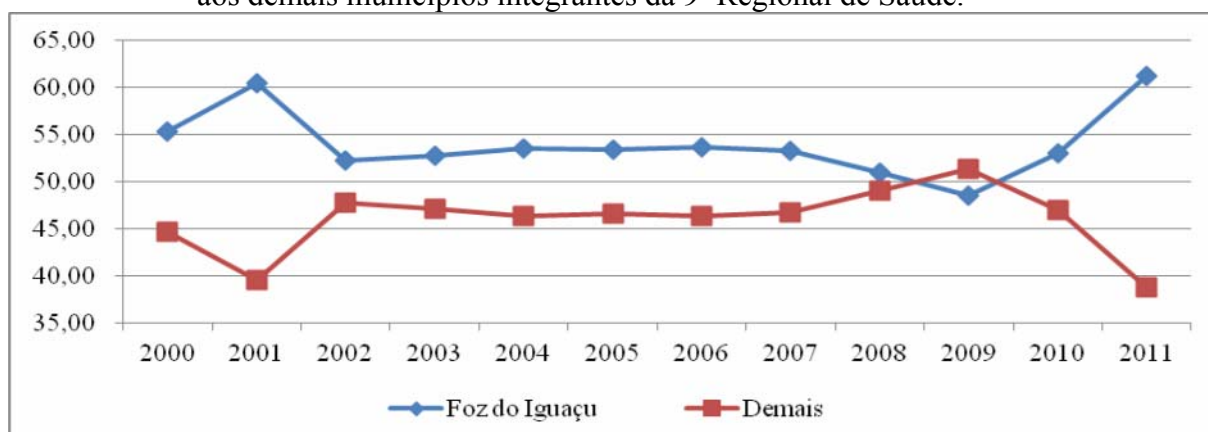
Parte-se para a análise do município de Foz do Iguaçu pode-se verificar um comportamento um pouco diferente dos demais municípios estudados até aqui (Gráfico 43); após a quebra de estrutura no ano de 2006 o município perde participação nos gastos per capita com saúde pública em relação aos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde⁵⁷ e que a partir do ano de 2009 a tendência se altera novamente, visto que antes de 2006 o município experimentava certa estabilidade na sua participação relacionada aos gastos públicos. Assim como nas análises anteriores a mudança de tendência deve-se principalmente pelo fato que no ano de 2006 criou-se o “Pacto pela Saúde”. Dessa forma, o município de Foz do Iguaçu, que possuía uma tendência estável nos gastos per capita com saúde pública comparativamente aos demais municípios integrantes da mesma regional, passa a ter um decréscimo em sua participação. No ano de 2009 a mudança de tendência deve-se à nova

⁵⁷ Para essa análise, excluiu-se o município de Itaipulândia, dado que o mesmo representava um ponto de inflexão, viesando os resultados.

Portaria Nº 837, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204 de 2007, com o intuito de inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços do Sistema Único de Saúde.

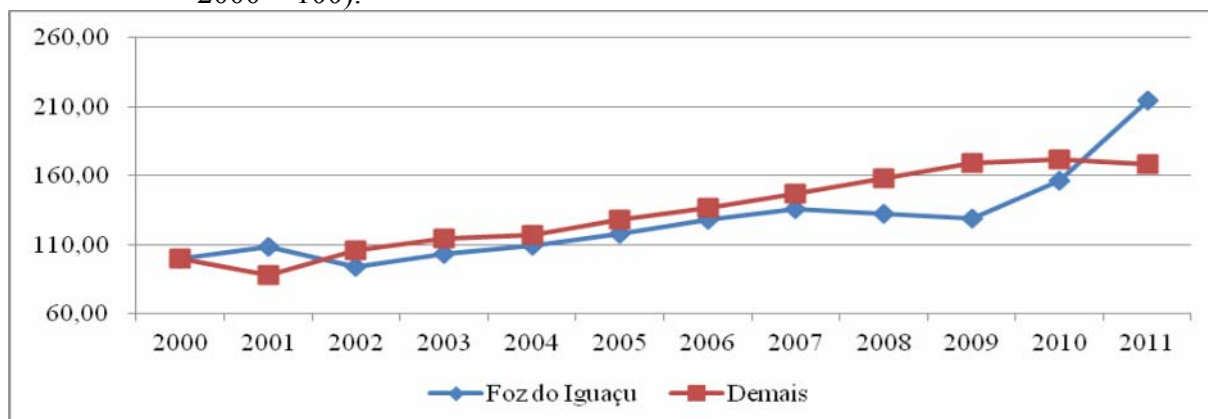
Em relação os gastos totais com saúde pública de responsabilidade do município de Foz do Iguaçu, que representam mais de R\$ 72,4 milhões no ano de 2000 e nos anos seguintes, por exemplo, em 2006 representava mais de R\$ 110,7 milhões; para o ano de 2011 o montante supera R\$ 153,5 milhões. Os gastos per capita passaram de R\$ 280,19 em 2000 para R\$ 600,12 em 2011. Para os demais municípios verifica-se um gasto total com saúde pública no montante de R\$ 25,7 milhões e R\$ 226,06 per capita para o ano de 2000, que representa em 2011 aproximadamente R\$ 47,2 milhões de gastos totais e R\$ 379,85 de gastos per capita.

Gráfico 43 – Participação do Município de Foz do Iguaçu nos gastos com saúde em relação aos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 44 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Foz do Iguaçu em relação aos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 6 – Resultados de Foz do Iguaçu versus Demais Municípios da 9ª Regional de Saúde.

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	57,88847	*
Tendência	-0,94912	NS
$P_i(t - \Theta)$	1,87058	NS
L_i	-15,77694	*
$t L_i$	1,89825	**
$P_i(t - \Theta) L_i$	-3,74117	**
R-quadrado	0,68323	
Observações	24	

Observação: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, “NS” é não significativo

Fonte: Elaborado pelo autor

Pode-se verificar que o Gráfico 44 expõe os gastos per capita com saúde pública para o município de Foz do Iguaçu e para os demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde, verifica-se que o município de Foz do Iguaçu possuía uma tendência de crescimento de seus gastos per capita com saúde pública, e que a partir de 2007 a tendência inverteu-se devido ao Pacto com a Saúde de 2006; seu crescimento foi retomado a partir do ano de 2009 com uma forte tendência de alta. No entanto, para os demais municípios a tendência foi de crescimento dos gastos relacionados à saúde pública em todo o período, que se estabilizou a partir de 2009.

Conforme Tabela 6, a queda da participação média do grupo de tratamento, ou seja, dos demais municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde em relação ao município de Foz do Iguaçu foi de 15,77%. No entanto, ao longo do tempo, a tendência dos demais municípios é de aproximadamente 1,89% de crescimento médio. Após a quebra de estrutura do ano de 2006, a taxa de crescimento da participação do município de Foz do Iguaçu em relação aos demais municípios é de 3,74%.

Conclui-se, que os demais municípios integrantes da Regional de Saúde de Londrina obtiveram uma participação inferior de aproximadamente 49,09% nos gastos públicos com saúde em relação à média do município de Londrina e que após a quebra estrutural, os demais municípios mostram um decréscimo médio na participação dos gastos públicos com saúde de 3,82% em relação à participação do município de Londrina. O município de Curitiba obteve em média uma participação de 46,66% nos gastos públicos com saúde superior a média dos demais municípios de sua Regional de Saúde e, após a quebra de estrutura, na média, os demais municípios da 2ª RS de Curitiba alcançaram um desempenho superior em 1,37% em relação à média do município de Curitiba.

Os demais municípios integrantes da 15ª Regional de Saúde, na média, obtiveram uma participação inferior de 46,05% nos gastos públicos com saúde em relação à média do município de Maringá, no entanto, no segundo período, estes verificam uma queda de 2,36% nos gastos com saúde pública em relação àquele. No entanto, devido suas atipicidades, o município de Foz do Iguaçu, após a quebra de estrutura, possui uma participação média de 15,77% superior aos demais municípios de sua Regional de Saúde, um pouco inferior. Como nas análises dos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá, o principal município de determinada RS possui uma participação superior comparado aos outros municípios dessa mesma RS.

Após a análise das principais cidades do estado do Paraná, cujas Regionais de Saúdes representam juntas mais de 56% dos gastos totais com saúde pública no estado do Paraná, complementa-se a análise com as comparações intermunicipais desse mesmo universo de pesquisa, ou seja, compara-se a participação dos gastos públicos per capita com saúde pública entre os municípios de Londrina, Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu, com o intuito de verificar possíveis diferenças, relacionadas diretamente aos municípios que possuem características semelhantes, inclusive relacionadas aos grupos homogêneos proposta pelo Ministério da Saúde⁵⁸.

Antes dos resultados das regressões, cabe observar as taxas de variação dos gastos per capita com saúde pública para os principais municípios do estado do Paraná, divididos em dois períodos, conforme quebra estrutural. O primeiro período corresponde aos anos de 2000 a 2005 e o segundo período corresponde aos anos de 2006 a 2011, a coluna Total corresponde à taxa de variação nos 12 anos de análise, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Taxa de variação dos gastos com saúde pública dos principais municípios.

	2000 a 2005	2006 a 2011	Total
Londrina	-27,53%	44,20%	4,50%
Curitiba	8,19%	37,33%	48,58%
Maringá	-0,03%	27,17%	27,13%
Foz do Iguaçu	18,19%	81,23%	114,18%

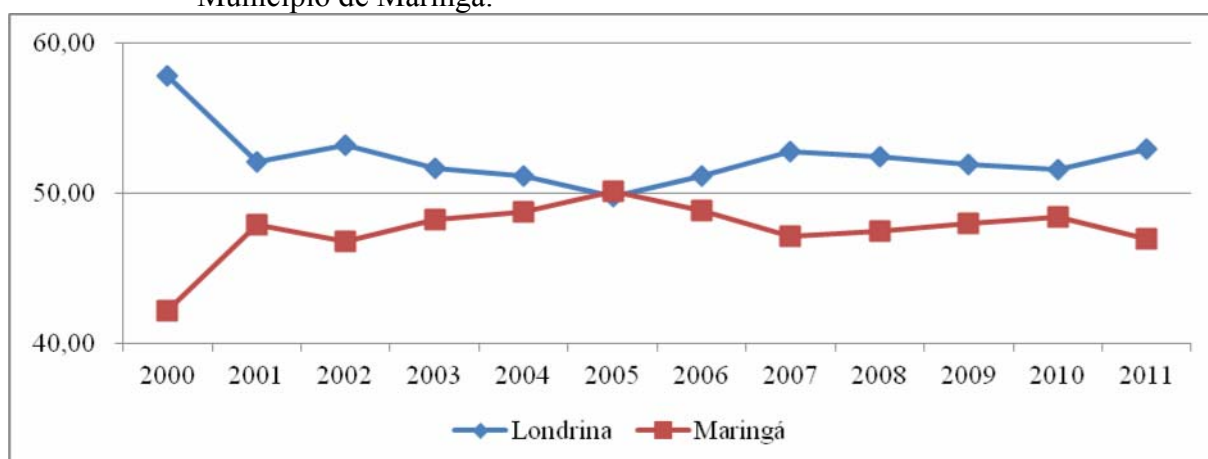
Fonte: Elaborado pelo autor.

No primeiro período, os gastos com saúde pública do município de Maringá praticamente não se modificaram, no entanto o município de Londrina experimentou uma queda expressiva superior a 27%, Curitiba e Foz do Iguaçu possuíram taxas de crescimento no

⁵⁸ Os municípios de Londrina e Curitiba estão classificados como Grupo 1, e os municípios de Maringá e Foz do Iguaçu possuem a classificação Grupo 2. Rever o Quadro 6 para um melhor entendimento.

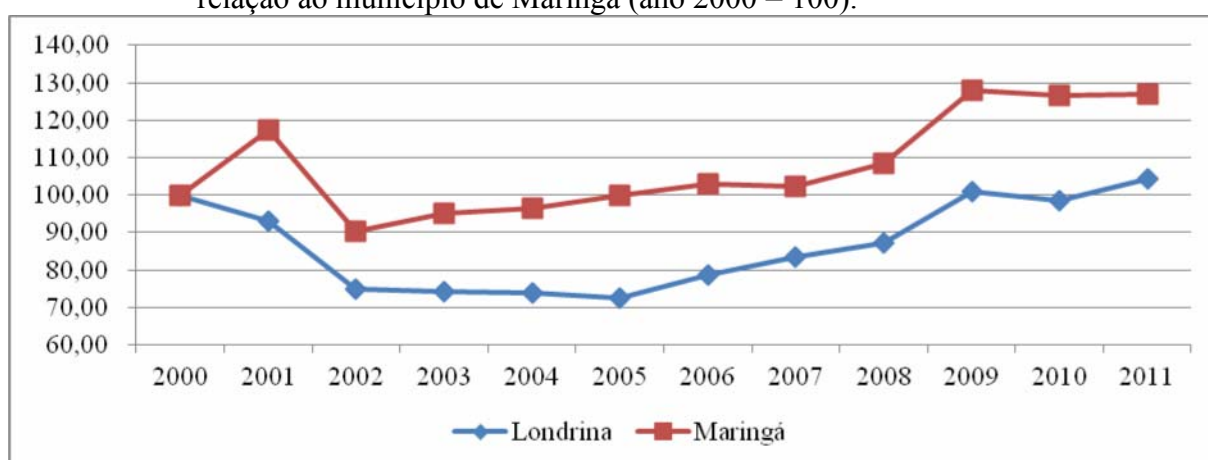
primeiro período. Observa-se, que no segundo período, após a implementação do “Pacto pela Saúde”, todos os municípios obtiveram taxas de crescimento expressivas, ou seja, muito superiores às taxas do período anterior, sugerindo melhora na eficácia da política do “Pacto pela Saúde” nos anos subsequentes. Londrina, no segundo período, cresceu mais de 44% contra uma queda de 27% no primeiro período. Destaque para Foz do Iguaçu com um crescimento superior a 81% no segundo período. No total, todos os municípios cresceram nos últimos 12 anos, Londrina com pouco mais de 4,5% e Foz do Iguaçu com crescimento superior a 114%. Dados esses resultados, compara-se, pelo modelo de ajustes de poligonais, os principais municípios do estado do Paraná.

Gráfico 45 – Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Maringá.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 46 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Maringá (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Observa-se, que o município de Londrina (Gráfico 45) possui características similares ao município de Maringá⁵⁹, ambos reagem com a implementação da NOAS-SUS 01/01 e possuem mudanças de tendência na participação dos gastos públicos com saúde, o mesmo ocorre a partir do ano de 2005 com os discursos em torno do Pacto de Gestão, que fora implementado em 2006⁶⁰. As similaridades dos municípios podem ser melhor analisadas pelo Gráfico 46, que apresenta um comparativo entre os gastos com saúde pública em termos per capita para os dois municípios em questão, como os valores foram convertidos para base 100 no ano 2000 é possível ver a reação direta das taxas de crescimento e ou queda; observa-se que os padrões foram mantidos ao longo do tempo, quando um dos municípios possuía uma queda (crescimento) nos gastos per capita o outro também decrescia (crescia) na maioria dos anos da análise. Mesmo assim, em relação aos gastos públicos com saúde, o município de Londrina tem um desempenho inferior à Maringá.

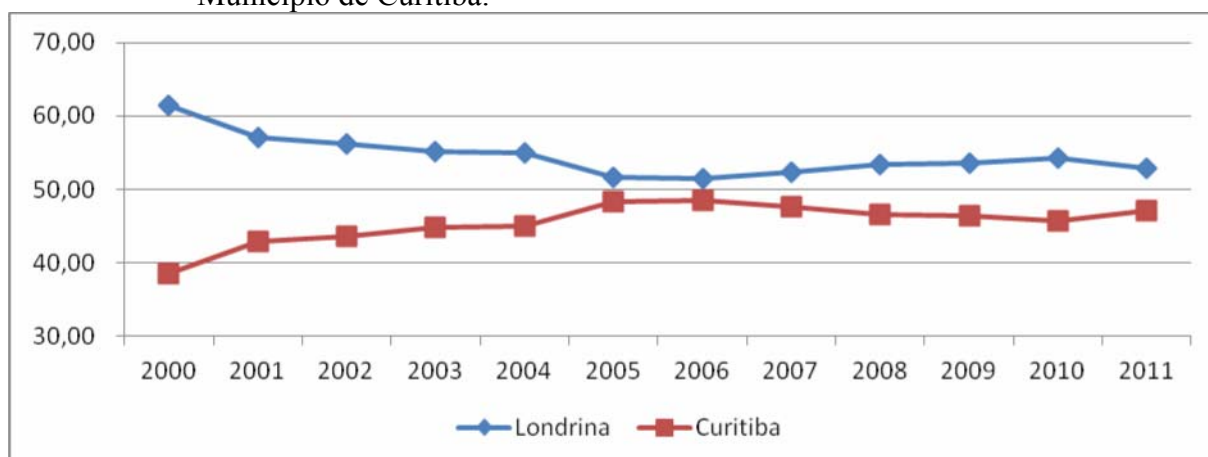
Em números pode-se citar que os gastos per capita com saúde pública de Londrina, caíram de R\$ 579,53 em 2000 para R\$ 419,97 em 2005 (esse foi o único ano que o município de Maringá atingiu pouco mais de 50% da participação nos gastos), já em 2011 o valor chegou a R\$ 605,60. Para o município de Maringá foi no ano de 2002, que ocorreu o pior desempenho em relação aos gastos, com apenas R\$ 381,75 per capita, no entanto, os gastos cresceram nos próximos anos, com montantes de R\$ 537,39 em 2011. Observa-se, que o crescimento dos gastos com saúde pública do município de Londrina, está aquém do município de Maringá, mesmo que possua um gasto superior ao mesmo.

Toma-se como referência o município de Londrina comparativamente com o município de Curitiba, observa-se no Gráfico 47 que Londrina perdeu participação até o ano de 2006, mas com a quebra de estrutura ocorrida com a implementação do Pacto com a Saúde o município muda sua tendência de queda, com maior estabilidade e seguido de um crescimento discreto. No ano 2000 o município de Londrina possuía mais de 61,46% da participação dos gastos, com redução para 51,41% em 2006 até chegar à apenas 52,86% em 2011, ou seja, seus gastos são superiores em relação ao município de Curitiba em todo o período analisado, porém perde-se participação relativa.

⁵⁹ De acordo com o SUS Londrina e Maringá possuem um Alto Índice de Desenvolvimento Socioeconômico e um Médio Índice de Condições de Saúde; diferenciam-se apenas em relação ao Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM), em que esse possui “Média” estrutura de média e alta complexidade e aquele possui “Muita” estrutura de média e alta complexidade.

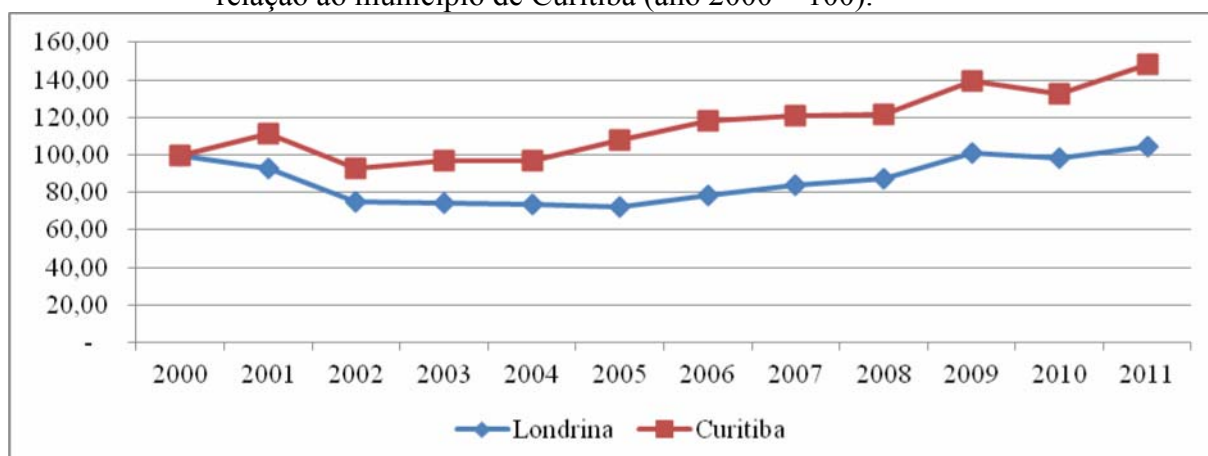
⁶⁰ O “Pacto pela Saúde” foi implementado em fevereiro de 2006, observa-se no Gráfico 45 que os efeitos do plano modificaram a tendência dos municípios já nesse mesmo ano, devido às características desses dois municípios.

Gráfico 47 – Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Curitiba.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 48 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Curitiba (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Pela análise do Gráfico 48, é possível observar a similaridade de Londrina com Curitiba, pois ambos possuem a mesma tendência, ou seja, quando um cresce o outro também e vice-versa, lembra-se que os mesmos são classificados pelo MS como Grupo Homogêneo 1, ou seja, possuem índices de desenvolvimento econômico e de condições de saúde similares, bem como possuem “muita” estrutura de média e alta complexidade. Essa similaridade justifica a escolha dos municípios de análise⁶¹. Mesmo com participação em queda e com crescimento inferior ao município de Curitiba, Londrina ainda possui o maior gasto per capita com saúde pública; em todo o período analisado Londrina destacou-se com

⁶¹ Além é claro de que as Regionais de Saúde dos quatro municípios escolhidos representam, em média, de 56% dos gastos totais com saúde pública no estado do Paraná, por isso são considerados como municípios principais.

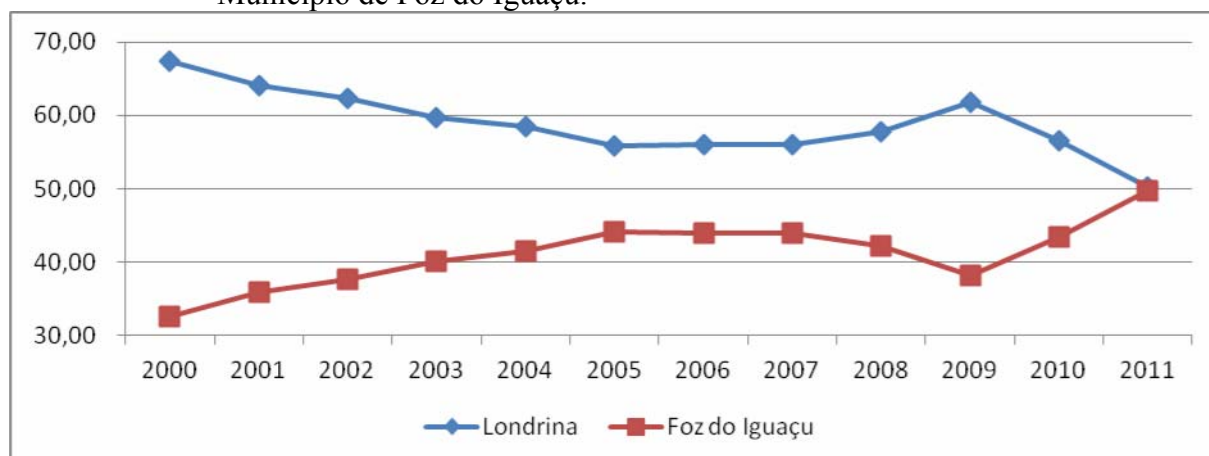
maiores gastos, cabendo ressaltar que isso não significa que os gastos em Londrina sejam mais eficientes do que de Curitiba, essa comparação será analisada na seção seguinte.

Parte-se para a comparação entre o município de Londrina e o município de Foz do Iguaçu⁶², observa-se também a existência de similaridades entre os mesmos, como se pode observar no Gráfico 50, as tendências também são similares. Nesse caso, como nos demais analisados anteriormente, o município de Londrina possui um crescimento inferior aos demais municípios em relação aos gastos per capita com saúde pública, mas mesmo assim seus gastos reais são superiores em ambos os casos, ou seja, Londrina gasta mais.

De acordo com o Gráfico 49, que apresenta a participação do município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao município de Foz do Iguaçu é possível ver claramente a quebra de estrutura no ano de 2006, onde as tendências mudaram seu comportamento, o mesmo ocorre para o ano de 2009, os motivos são os mesmos vistos anteriormente: o “Pacto pela Saúde” de 2006 e a Portaria Nº 837 de 2009.

Em 2000 Londrina participava com cerca de 67,41% dos gastos públicos com saúde; em 2006 essa participação caiu para menos de 56%, voltou a crescer nos anos seguintes e a partir de 2009 caiu novamente, chegou a apenas 50,23% em 2011. Em termos per capita esses valores representam, respectivamente, para os municípios de Londrina e Foz do Iguaçu R\$ 579,53 e R\$ 280,19 no ano 2000 e R\$ 605,60 e R\$ 600,12 no ano 2011.

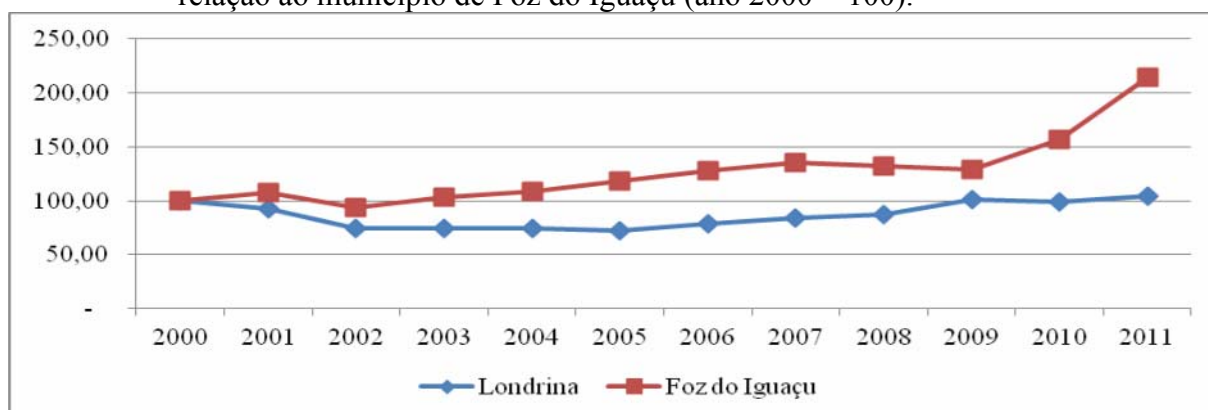
Gráfico 49 – Participação do Município de Londrina nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.



Fonte: Elaborado pelo autor.

⁶² Recordar-se que Londrina pertence ao Grupo Homogêneo 1 e Foz do Iguaçu ao Grupo Homogêneo, (vide base de dados e descrição das variáveis).

Gráfico 50 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Londrina em relação ao município de Foz do Iguaçu (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 8 mostra os resultados das regressões, que comparam o município de Londrina com os municípios de Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu. Após a quebra estrutural, no segundo período, o município de Londrina apresenta um crescimento médio na participação dos gastos públicos com saúde de 3,86% comparado ao município de Curitiba, de 2,50% em relação ao município de Maringá e de 2,71 em relação ao município de Foz do Iguaçu. Para o município de Londrina, em ambas as regressões, a tendência é de queda na participação dos gastos no montante de 1,48% comparativamente com Maringá, de 2,77% para o município de Curitiba e de 3,11% para o município de Foz do Iguaçu. Na média Londrina obteve participação superior nos gastos totais com saúde pública per capita de 22,29%; 11,34% e 34,59% comparativamente entre os municípios de Curitiba; Maringá e Foz do Iguaçu respectivamente. Observa-se, também, que os resultados das regressões são estatisticamente significativos para todas as variáveis analisadas até agora.

Tabela 8 – Resultados de Londrina versus Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu.

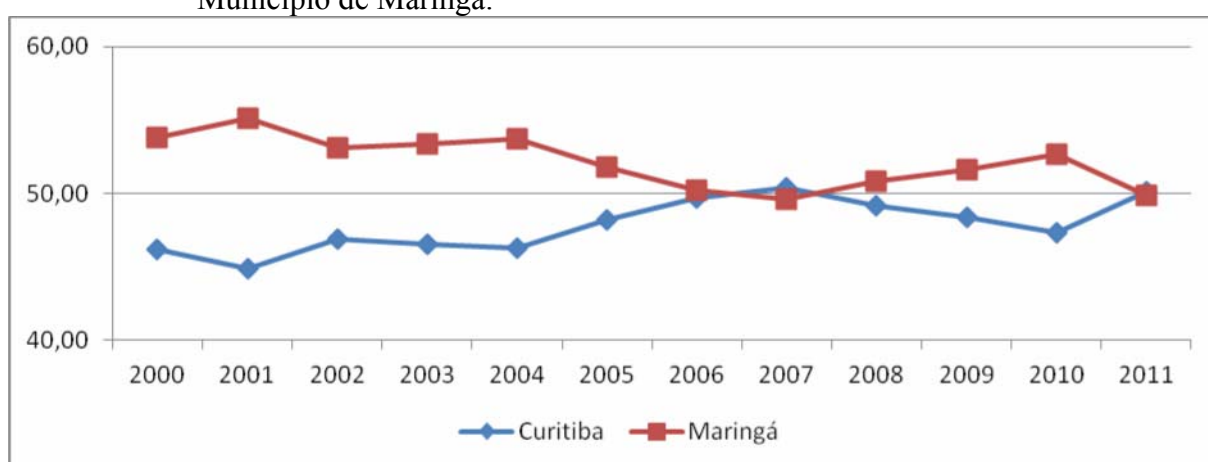
<i>Variáveis</i>	<i>Curitiba</i>		<i>Maringá</i>		<i>Foz do Iguaçu</i>	
	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	61,14982	*	55,67319	*	67,29712	*
Tendência	-1,38871	*	-0,74285	**	-1,55869	*
$P_1(t - \Theta)$	1,93168	*	1,25130	**	1,35519	NS
L_i	-22,29964	*	-11,34638	*	-34,59423	*
$t L_i$	2,77741	*	1,48571	*	3,11738	*
$P_1(t - \Theta) L_i$	-3,86337	*	-2,50259	*	-2,71039	***
R-quadrado	0,96915		0,80190		0,93361	
Observações	24		24		24	

Observação 1: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, *** significativo até 10%, "NS" é não significativo. Observação 2: Londrina é o grupo de Controle (0), Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu são grupos de tratamento (1).

Fonte: Elaborado pelo autor.

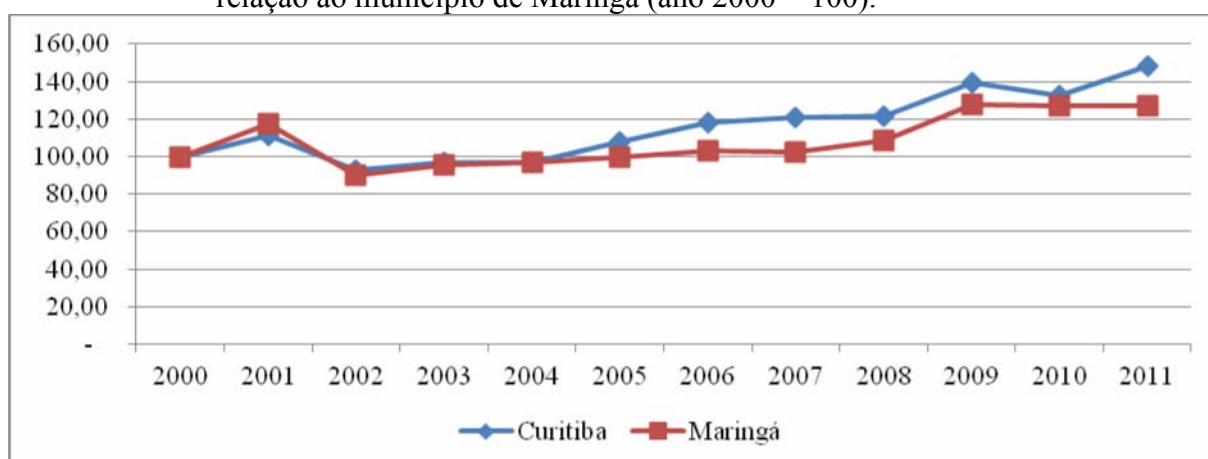
A tendência na participação de ambos os grupos ao longo do tempo é de queda de 1,38% em relação à Curitiba, de 0,74 em relação à Maringá e de 1,55% em relação à Foz do Iguaçu; e que após a quebra de estrutura, ambos os grupos obtiveram um decréscimo na participação dos gastos per capita com saúde pública, no montante de 1,93% para Londrina e Curitiba e de 1,25 para Londrina e Maringá. Terminada as comparações com o município de Londrina, comparam-se agora os municípios de Curitiba e Maringá; Curitiba e Foz do Iguaçu; e Maringá e Foz do Iguaçu.

Gráfico 51 – Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação ao Município de Maringá.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 52 – Comparativo dos gastos com saúde per capita do município de Curitiba em relação ao município de Maringá (ano 2000 = 100).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tabela 9 – Resultados de Curitiba versus Maringá.

<i>Variáveis</i>	<i>Coefficientes</i>	<i>SIG</i>
Interseção	44,42845	*
Tendência	0,66153	*
$P_i(t - \Theta)$	-0,70094	***
L_i	11,14310	*
$t L_i$	-1,32306	*
$P_i(t - \Theta) L_i$	1,40188	**
R-quadrado	0,87179	
Observações	24	

Observação: SIG = Nível de significância = * significativo até 1%, ** significativo até 5%, *** significativo até 10%, “NS” é não significativo

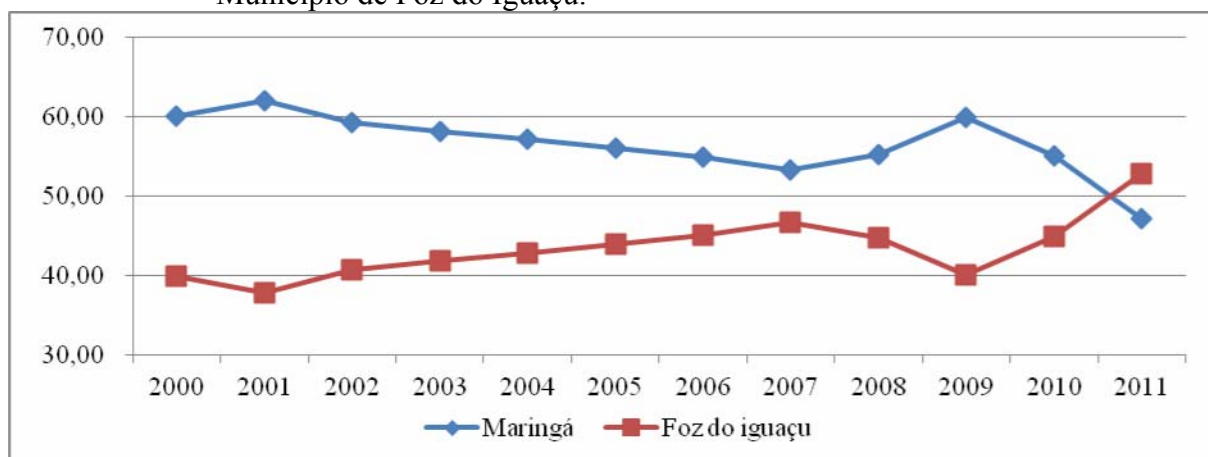
Fonte: Elaborado pelo autor

O Gráfico 51 apresenta a participação do município de Curitiba nos gastos com saúde pública em relação ao município de Maringá, observa-se que o município de Maringá perdeu participação ao longo do tempo, representava 53,77% em 2000, reduziu-se para 49,58% em 2007 e evoluiu até 49,88% em 2011. Pelo Gráfico 52, assim como nas análises anteriores é possível verificar a similaridade entre ambos os municípios, que possuem a mesma tendência, seja ela de queda ou de crescimento. No entanto, o município de Maringá ficou aquém do município de Curitiba no quesito de crescimento dos gastos per capita em saúde pública. No segundo período, após a quebra de estrutura, Maringá apresenta um crescimento na participação percentual dos gastos com saúde de 1,40% em relação ao município de Curitiba, como pode ser observado na Tabela 9. Para Maringá a tendência é de decréscimo de 1,32% na mesma participação comparativamente ao segundo grupo; e também este obteve, na média, um crescimento de 11,14% na participação comparativamente com Curitiba. A taxa de variação da participação de ambos os grupos após a quebra de estrutura é de queda de 0,70%, com um erro de 10%. A tendência de participação dos dois grupos ao longo do tempo ficou com uma média de crescimento de 0,66% no período analisado.

A seguir analisa-se a participação dos municípios de Maringá e Curitiba em relação ao município de Foz do Iguaçu, observa-se situação similar, conforme Gráficos 53 e 54, porém de forma mais acentuada em relação ao município de Maringá e mais equilibrada em relação ao município de Curitiba, dado à característica do município de Foz do Iguaçu, que reagiu de forma mais acentuada no ano de 2009, com um salto de R\$ 360,88 per capita no ano de 2009 para R\$ 600,12 no ano de 2011. Essa grande variação no montante de gastos

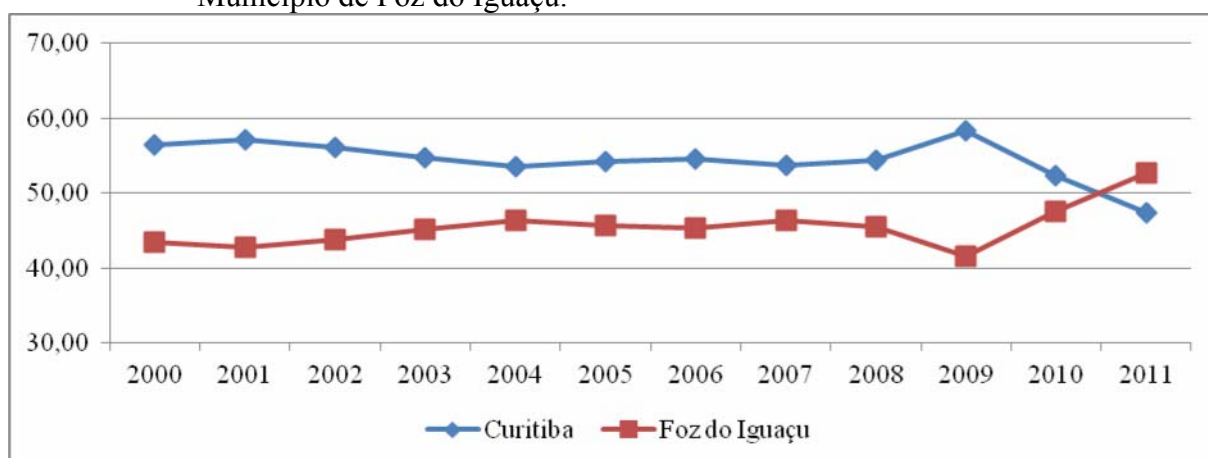
públicos com saúde prejudica a análise econométrica e torna os resultados não significativos, portanto não serão analisados econometricamente os dados referentes a esses municípios.

Gráfico 53 – Participação do Município de Maringá nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 54 – Participação do Município de Curitiba nos gastos com saúde em relação ao Município de Foz do Iguaçu.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Os municípios de Maringá e Curitiba possuem, respectivamente, uma participação nos gastos per capita com saúde pública de 60,14% e 56,47% para o ano 2000 em relação ao município de Foz do Iguaçu, essa participação caiu para 47,24% e 47,37% no ano de 2011, com um pico de 59,97% e 58,40% no ano de 2009, conforme Gráficos 53 e 54. Com exceção do ano de 2011, os gastos com saúde pública para o município de Foz do Iguaçu sempre ficaram aquém destes municípios, o que mostra uma forte tendência de crescimento após o ano de 2009.

Conclui-se que, os municípios de Londrina, Maringá e Curitiba possuem muitas similaridades, principalmente relacionadas à evolução dos seus gastos com saúde pública per capita, ambos reagem de forma similar e na mesma direção quando passam por um novo marco institucional, ou seja, com a implementação de novas leis e normas relacionadas ao setor de saúde, porém com intensidades diferentes. O município de Foz do Iguaçu possui características um pouco diferenciadas, dado as suas atipicidades municipais.

Nesse sentido, observou-se que após a quebra estrutural, o município de Londrina apresenta um crescimento médio na participação dos gastos públicos com saúde de 3,86% comparado ao município de Curitiba, de 2,50% em relação ao município de Maringá e de 2,71 em relação ao município de Foz do Iguaçu. Ainda no segundo período, na média Londrina obteve participação superior nos gastos totais com saúde pública per capita de 22,29%; 11,34% e 34,59%, respectivamente, entre Curitiba; Maringá e Foz do Iguaçu.

Os gastos per capita com saúde pública de Londrina caíram de R\$ 579,53 em 2000 para R\$ 419,97 em 2005 e em 2011 o valor chegou a R\$ 605,60. Para o município de Maringá foi no ano de 2002 que ocorreu o pior desempenho em relação aos gastos com saúde, com apenas R\$ 381,75 per capita, no entanto, em 2011 o montante correspondeu à R\$ 537,39. Para os municípios de Curitiba e Foz do Iguaçu os gastos representam, respectivamente, R\$ 363,48 e R\$ 280,19 no ano 2000 e R\$ 540,06 e R\$ 600,12 no ano 2011. Em taxas percentuais, após a quebra de estrutura, todos os municípios apresentaram crescimentos significativos em seus gastos com saúde pública, Londrina, por exemplo, cresceu cerca de 44% no período de 2006 a 2011, Curitiba obteve um crescimento superior a 37%, Maringá superior a 27% e Foz do Iguaçu com nada menos de 81,23%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo consistiu em analisar os gastos e os principais indicadores de qualidade da saúde pública no Estado do Paraná e avaliar, comparativamente, os principais municípios do estado e suas Regionais de Saúde no período de 2000 a 2011. Pela análise dos dados foi possível identificar as taxas de crescimento dos gastos com saúde pública no Brasil e no estado do Paraná, bem como dos principais municípios das Regionais de Saúde desse estado. Pelo modelo de ajustes de poligonais foi possível detectar as mudanças na tendência das variáveis entre os dois períodos e os dois grupos analisados, identificar o comportamento da tendência dos gastos públicos com saúde per capita antes e após a quebra de estrutura representada pela normatização do “Pacto pela Saúde”. Pela análise dos Índices de Qualidade da Saúde elencam-se os municípios selecionados, através dos índices de qualidade da saúde dos gastos públicos relacionada à mortalidade infantil e os índices de qualidade da saúde dos gastos públicos relacionado aos internamentos hospitalares.

Os gastos com saúde pública per capita em diversos países são, em geral, superiores aos gastos brasileiros. Verifica-se que o Brasil gastou R\$ 425,93 per capita em 2011. Em relação à evolução dos gastos per capita com saúde pública das regiões brasileiras, no período de 2000 a 2011, observa-se que todas as regiões tiveram crescimento. A região Centro-Oeste com gastos per capita, que passaram de R\$ 219,27 para R\$ 475,81 em 12 anos; na região Sudeste os valores passaram de R\$ 266,03 para R\$ 488,05; a região Norte possui o menor valor per capita dos gastos com saúde pública em praticamente todo período analisado, com apenas R\$ 301,83 no ano de 2011; a região Nordeste obteve a maior taxa de crescimento com cerca de 134,84% no mesmo período; na região Sul os gastos per capita em saúde pública foram de R\$ 231,15 no ano 2000 e cresceram para R\$ 426,12 no ano de 2011, com um crescimento de mais de 84% em doze anos de análise. Para as Regionais de Saúde tem-se que as RS de Foz do Iguaçu, Umuarama, Curitiba, Maringá e Londrina em todo período analisado estão compreendidas na faixa de maior gasto per capita em saúde pública do estado. Os maiores gastos com saúde per capita distribuem-se, em maior escala, nas regiões geográficas do estado do Paraná denominadas de Noroeste, Norte Central, Norte Pioneiro, Centro Ocidental, Oeste e Sudoeste. Os menores gastos per capita com saúde pública possuem concentração nas regiões geográficas denominadas de Centro Sul, Sudeste, Centro Oriental e Região Metropolitana de Curitiba, os resultados demonstram que municípios seguem uma tendência histórica de gastos com saúde pública, ou seja, municípios com gastos superiores em saúde pública tendem a continuar com elevados gastos e vice-versa. No período de 2000 a

2011, destacam-se, com maior crescimento dos gastos per capita com saúde pública, as RS de Ivaiporã, Cianorte e Cornélio Procópio, respectivamente, com crescimentos de 159%, 148% e 121%, já os menores crescimentos compreendem as regionais de Londrina, Maringá e Paranaguá, respectivamente 21%, 45% e 48% no período de 12 anos.

Pela análise das despesas com pessoal empregado na área de saúde, concluiu-se que, o município de Curitiba possui os menores gastos per capita, comparados aos demais municípios analisados, com cerca de R\$ 85,82 no ano de 2002 que evoluiu ao patamar de R\$ 163,82 em 2010. Maringá possui os maiores gastos com pessoal em saúde per capita, cujo gasto é superior à R\$ 225,00 em 2010. Londrina e Foz do Iguaçu estão em um patamar intermediário, com gastos respectivos de R\$ 135,14 e 124,36 em 2002, elevando-se para R\$ 175,63 e R\$ 188,26 em 2010. Em valores absolutos observa-se que em 2010 os municípios gastaram juntos um montante superior a R\$ 529 milhões, destes, Londrina gastou cerca de 16,93%, Maringá 14,30%, Foz do Iguaçu 11,55% e Curitiba com 57,22%. O município de Curitiba investiu em pessoal para melhorar a qualidade de vida da população baseado em serviços na área de saúde, seu crescimento foi mais de 90% no período de 2002 a 2010, em segundo lugar temos o município de Maringá com aproximadamente 80% de crescimento no mesmo período, seguido de Foz do Iguaçu com um crescimento superior a 51% e Londrina com um crescimento de quase 30%; Paraná e Brasil possuem crescimentos superiores e respectivos de 64% e 84%. O Brasil gastou, em 2002, 47,53% dos recursos da saúde pública em despesas com pessoal, chegando a 49,70% em 2006 e caindo para 47,28% em 2010. Maringá manteve seus gastos com pessoal na faixa de 42% a 49% em todo o período, Curitiba permaneceu na faixa de 24% a 34% e Londrina com percentuais que variaram de 30% a 35%.

Observou-se que o estado do Paraná, com exceção do ano de 2001, o percentual de investimento na área de saúde ficou aquém do mínimo exigido constitucionalmente. No entanto, a quantidade de municípios do estado do Paraná, que não aplicaram o percentual mínimo exigido pela EC 29/2000 reduziu-se substancialmente, a quantidade caiu de 185 municípios em 2001 para Zero em 2011. Em 2006, houve a implementação do Pacto da Saúde, que justifica a redução, a quantidade de municípios caiu para apenas 3 e chegou a zero em 2011. Para os municípios, o mínimo constitucionalmente exigido pela EC 29/2000 de investimentos na área de saúde é de 15%, nesse quesito todos os município aplicaram valores superiores ao mínimo, destaque para Londrina que, após a implementação do “Pacto pela Saúde”, passou a investir mais em saúde pública.

Pela análise comparativa do modelo de ajustes de poligonais foi possível verificar comparativamente os municípios selecionados e suas regionais de saúde, observou-

se que o município de Londrina possui o maior gasto per capita com saúde pública em todo o período analisado, mas com taxas de crescimento inferiores aos municípios pertencentes a sua regional, bem como em relação aos municípios de Foz do Iguaçu, Maringá e Curitiba. Em todas as regressões observou-se que a quebra de estrutura, relacionada à normatização instituída pelo Pacto da Saúde, modificou-se a tendência nas participações percentuais relacionadas aos gastos per capita com saúde pública, com intensidades e velocidades diferenciadas para cada município em análise. Na média Londrina obteve participação superior nos gastos per capita com saúde pública de 22,29% em relação à Curitiba, de 11,34% em relação à Maringá e de 34,59% comparativamente à Foz do Iguaçu com resultados estatisticamente significativos a 1%. Após a quebra estrutural o município de Londrina apresentou um crescimento na participação dos gastos públicos com saúde de 3,86% em média comparado ao município de Curitiba, de 2,50% em relação ao município de Maringá e de 2,71 em relação ao município de Foz do Iguaçu; em relação à tendência observou-se queda na participação dos gastos comparativamente com Maringá, Curitiba e Foz do Iguaçu no montante de 1,48%; 2,77% e 3,11% respectivamente.

No primeiro período, que compreende os anos de 2000 a 2005, os gastos com saúde pública do município de Maringá praticamente não se modificaram. No entanto, o município de Londrina experimentou uma queda superior a 27%, Curitiba e Foz do Iguaçu possuíram taxas de crescimento no primeiro período, respectivamente de 8,19% e 18,19%. Observa-se, que no segundo período (2006 a 2011), após a implementação do “Pacto pela Saúde” todos os municípios obtiveram taxas de crescimento significativas, ou seja, muito superiores às taxas do período anterior, demonstrando a eficácia da política nos anos subsequentes. Londrina, no segundo período, cresceu mais de 44% contra uma queda superior a 27% no primeiro período, Foz do Iguaçu merece destaque, com um crescimento superior a 81% no segundo período, Maringá e Curitiba cresceram, em média, 27% e 37%, respectivamente. No total, todos os municípios cresceram nos últimos 12 anos, Londrina com pouco mais de 4,5%, Maringá com crescimento de 27,13%, Curitiba com 48,58% e Foz do Iguaçu com crescimento superior a 114%.

Em relação à mortalidade infantil em crianças de até um ano de vida, em nível municipal, per capita e para cada 1000 habitantes, verifica-se que no município de Curitiba o índice caiu de 0,19 para 0,12, nos anos de 2002 e 2010 respectivamente e em relação ao município de Londrina o índice foi de 0,17 em 2002 reduzindo-se a 0,15 em 2010. Observou-se, que todos os municípios possuem trajetória de queda nesse período, o Brasil e o município de Foz do Iguaçu, por exemplo, com queda de 38,52%, o estado do Paraná com

redução de 39,29%, Curitiba possui queda de 34,01%, Maringá com 31,72% e Londrina reduz apenas 10,89% os níveis de mortalidade no mesmo período de análise. Os níveis de internamentos per capita para o ano de 2002 dos municípios de Maringá, Londrina, Curitiba e Foz do Iguaçu eram de 0,056; 0,071; 0,067 e 0,070 respectivamente, que se modificou no ano de 2010 para 0,059 para Londrina e Curitiba, 0,068 para Maringá e 0,049 em Foz do Iguaçu. O município de Maringá aumentou a quantidade de pacientes internados, os demais municípios reduziram, no entanto, comparado com o gasto público em saúde per capita observa-se que, em geral, Maringá possui a menor relação com o indicador, seguido de Londrina e Curitiba.

Pela análise dos Índices de Qualidade da Saúde, observou-se que o município de Curitiba possui a melhor tendência em relação à taxa de crescimento do índice de mortalidade infantil baseado nos gastos públicos com saúde, o município de Maringá e Foz do Iguaçu obtiveram desempenhos satisfatórios nesse quesito e o município de Londrina possui a pior relação entre os gastos com saúde pública e mortalidade infantil. Maringá possui os menores índices de qualidade da saúde dos gastos públicos em saúde em relação ao número de internamentos per capita, seguido de Curitiba e Londrina com patamares equivalentes e por fim Foz do Iguaçu com o pior desempenho. O município de Londrina possui o pior índice, relacionando os gastos públicos com saúde aos níveis de mortalidade infantil per capita, comparativamente entre os municípios analisados, o Paraná e o Brasil, com um crescimento de apenas 47,69%, Maringá, por exemplo, cresceu cerca de 105,57%, Curitiba 116,53%, Foz do Iguaçu 171,15%, o estado do Paraná cresceu em média 169,96% e o Brasil 190,16%.

Os Indicadores de Qualidade da Saúde dos gastos com saúde pública per capita, em relação à média de consultas em nível de atenção básica, mostrou que o município de Londrina possui a menor relação nesse indicador, comparados aos demais municípios selecionados e em relação ao estado do Paraná e ao Brasil, ou seja, o município londrinense possui gastos superiores aos demais municípios analisados e possui tendência de queda no número de consultas em nível básico, o que justifica seu desempenho inferior. O município de Londrina, em 2002, consultou 37.673 pacientes residentes e em nível de atenção básica, esse número reduziu-se para 36.480 pacientes no ano de 2010. Curitiba, por exemplo, atendeu 18.549 pacientes residentes no ano de 2002, mas chegando a 51.644 pacientes no ano de 2010. Para o município de Maringá, o crescimento no número de consultas a pacientes do nível de atenção básica foi de 41,45% no período de 2002 a 2010; no Brasil esse número cresceu mais de 76%, no Paraná esse crescimento chegou a mais de 92%, para o município de

Curitiba o crescimento superou 178% e no município Londrinense houve queda no mesmo período de 3,17%.

Em geral, conclui-se que os Indicadores de Qualidade da Saúde municipal apresentaram resultados satisfatórios, elencando os municípios analisados de acordo com seu desempenho e considerando não apenas os gastos com saúde pública, mas também os níveis de mortalidade infantil, internamentos hospitalares, consultas da atenção básica e atendimentos específicos da atenção básica. Os níveis de internamentos hospitalares e da atenção básica à saúde elencaram os municípios de acordo com seu desempenho, ou seja, o município de Maringá possui o melhor índice relacionado aos internamentos e aos gastos públicos, seguido de um bom desempenho relacionado aos indicadores dos procedimentos da atenção básica. Curitiba e Londrina possuem um desempenho intermediário no indicador de internamentos baseados nos gastos com saúde pública, mas Curitiba possui o melhor Indicador de Qualidade da Saúde, que relaciona as consultas e os atendimentos específicos aos gastos com saúde pública. Londrina possui a pior relação nos mesmos indicadores, mostrando uma grande discrepância com Curitiba, que possui o mesmo grupo homogêneo.

O ranking do Índice IPARDES de Desempenho Municipal para os municípios paranaenses no ano de 2002 apresenta-se com Curitiba em segundo lugar, Maringá em quarto lugar e Londrina na quinta posição, em 2007, Curitiba toma a liderança como o melhor município e Londrina cai para a sétima posição; no ano de 2009, Curitiba continua em primeiro lugar, seguido do município de Maringá em terceiro lugar e de Londrina na sexta posição, somente em 2010, Curitiba, Londrina e Maringá estão em primeiro, segundo e terceiro lugar respectivamente, dado a melhora nos indicadores municipais utilizados para o cálculo do IPDM, ou seja, emprego, saúde e renda.

Esses resultados demonstram que o município de Londrina precisa melhorar a administração dos gastos com saúde pública, ou seja, ajustar a máquina pública com o intuito de obter melhor desempenho na área de saúde e garantir a qualidade no serviço prestado à sociedade. Sabe-se, que os problemas da área da saúde vão muito além dos gastos, mas uma boa administração municipal potencializa as melhorias esperadas.

Os resultados obtidos respondem às questões propostas pelo trabalho de forma satisfatória e podem vir a contribuir na elaboração de futuras pesquisas ligadas ao setor, inclusive, podem ser estendidas aos demais estados da federação. Com a análise dos resultados fomenta-se o inesgotável processo de discussão acerca do complexo sistema de saúde brasileiro e especificamente relacionado ao estado do Paraná e a seus municípios.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. I. G. et al. **Análise de situação da economia da saúde no Brasil: perspectivas para a estruturação de um centro nacional de informações.** Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- ANGRIST, D. J.; KRUEGER, A. B.; **Empirical strategies in labor economics.** Amsterdam: Princeton University, 1998. p.1277-1366
- ARAÚJO, J. A.; MONTEIRO, V. B.; CAVALCANTE, C. A. **Influência dos gastos públicos no crescimento econômico dos municípios do Ceará.** Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/economia-do-ceara-em-debate/vi-encontro/trabalhos/Influencia_dos_gastos_publicos_no_crescimento_economico.pdf>. Acesso em: 20 de Janeiro de 2013.
- ARRETCHE, M. **O Processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes.** 1998. Tese (Doutorado) – Unicamp, Campinas, SP.
- ATALIBA, G. **Hipótese de incidência tributária.** 5. ed. São Paulo: Malheiros, 1992.
- BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BLUNDELL, R. W., MACURDY, T. E.; “**Labor supply: a review of alternative approaches**” In: ASHENFELTER, O. C.; CARD, D. E. (Ed.). **Handbook of labor economics.** Amsterdam: North-Holland, 2000. v.3, p. A1559-1695.
- BOGONI, N. M.; HEIN, N.; BEUREN, I. M. Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, n. 45, p. 159-179, jan/fev. 2011.
- BONDE. **Problemas de saúde de Londrina.** Disponível em: <http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-3-23/problemas+saude+londrina>. Acesso em: 20 jan. 2011.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo: Hucitec, 1981.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislação>. Acesso em: 10 mar. 2011.
- _____. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Receitas públicas: manual de procedimentos.** 3. ed. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38675>. Acesso em: 19 dez. 2012.
- _____. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 20 jan. 2013.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar/ Ministério da Saúde, Secretária de Assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação econômica em saúde:** desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério De Planejamento, Orçamento E Gestão. **Ministério do planejamento.** Disponível em: < <http://www.planejamento.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

CAJUEIRO, Juliana Pinto de Moura. **Saúde pública no Brasil nos anos 90:** um estudo das políticas e dos seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia) – Unicamp, Campinas, SP.

CAMERON, A. C., TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics methods and applications.** New York: The United States Of America By Cambridge University Press, 2005.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, supl. p. 1865-1874, 2007.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. IN: ABRASCO. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

CASTRO GOMES, A. **Burguesia e trabalho:** política e legislação social no Brasil, 1917-1937. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

CAVALCANTE, L. R. M. T.. **Produção teórica em economia regional:** uma proposta de sistematização. Associação Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos, 2007.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS et al. **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2008.

CONOF/CD. **Regulamentação da emenda constitucional Nº 29, de 2000.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Legislação Estruturante do SUS. Coleção Para entender a gestão do SUS 2011. Brasília: CONASS, 2011a. v. 13.

_____. Sistema Único de Saúde. Coleção para entender a gestão do SUS 2011. Brasília: CONASS, 2011b. v. 1.

_____. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2012.

- CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Gestão de recursos federais**: manual para os agentes municipais. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/ManualGestaoRecursosFederais/Arquivos/CartilhaGestaoRecursosFederais.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2011.
- COSTA, V. Federalismo. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, A. Octávio (Org.). **Sistema político brasileiro**: uma introdução. São Paulo: Unesp, 2007.
- CUNHA REZENDE, F. da C. Descentralização, gastos públicos e preferências alocativas dos governos locais no Brasil (1980-1994). Dados, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997. Disponível em: <<http://www.doaj.org/doaj?func=openurl&genre=journal&issn=00115258&volume=40&issue=3&date=1997>> Acesso em: 18 out. 2011.
- DRAIBE, S. M. **Brasil**: a proteção social após vinte anos de experimentação reformista. Taller Inter-Regional” Protección Social em uma Era Insegura: Um Intercambio Sur-Sur sobre Políticas Sociales Alternativas em Respuesta a la Globalización”, Santiago: Chile, maio/2002.
- DRAIBE, S.; AURELIANO, L. A especificidade do *Welfare State* brasileiro. **Economia e desenvolvimento**. Brasília: MPAS/Cepal, 1989.
- SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 8, 1997.
- FALEIROS, V. de P. et al. **A construção do SUS**. Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FALLETI, T. G. **A sequential theory of decentralization**: Latin American Cases in Comparative Perspective. Disponível em: <http://www.polisci.upenn.edu/faculty/bios/Pubs/Falleti_E5_APSR05.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- FERNANDES, Maria Alice da Cunha et al. **Dimensionamento e acompanhamento do gasto social federal**. Rio de Janeiro: IPEA, 1988. (Texto para discussão nº. 547).
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- FLEURY, S. M. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997.
- FLEURY, S. M.; OLIVEIRA, J. A.de A. **(Im) previdência social**: 60 anos de historia da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989.
- GASPARINI, C. E.; RAMOS, F. S. **Desigualdade relativa de serviços de saúde entre regiões e estados brasileiros**. Disponível em: <<http://www.bnb.com.br/content/aplicacao/ETENE/Anais/docs/desigualdade-relativa.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. **Finanças públicas**: teoria e prática no Brasil. 2 ed. São Paulo: Campus, 2000.

GROBLER, M. **Economic analysis**: is it working? Disponível em: <<http://www.australianprescriber.com/magazine/252/32/50/1>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

GUJARATI, D. N. **Econometria básica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HEIMANN, L. S.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G.; RODRIGUES, S. H. Descentralização no SUS : efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, B. VIANA, A. L. A. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social, São Paulo: Sobravire. Cealag, 2002.

HOFFMANN, R. **Análise de regressão**: uma introdução à econometria. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2013.

LAURELL, A. C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LUCCHESI, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990/1995. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.14, dez. 1996.

MCGUIGAN, J. R.; MOYER, R. C.; HARRIS, F. H. de B. **Economia de empresas**: aplicações, estratégias e táticas. São Paulo: Cengage Learning. 2004.

MEDEIROS, M. **Princípios de Justiça na alocação de recursos em saúde**. Texto para discussão número 687. Brasília: IPEA, dez. 1999.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 19. ed. São Paulo: Malheiros, 1994. p. 354-355.

MENDES, A. N. **Financiamento, gasto e gestão do sistema único de saúde**: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. Tese (Doutorado em Economia) – Unicamp, Campinas, SP.

MENDES, C. C.; SOUSA, M. C. S. Estimando a demanda por educação e saúde em municípios brasileiros. In: _____. **Ensaio de economia regional e urbana**. Brasília: Ipea, 2007. p. 245-281.

MESQUITA, Ana Cleusa Serra. **Crise do Estado Nacional desenvolvimentista e ajuste liberal: a difícil trajetória de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS (1988/2007)**. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia) – Unicamp, Campinas, SP.

MEYER, B. D. **Natural And Quasi-Experiments In Economics**. Journal of Business and Economic Statistics v.13, p. 151-161. 1995.

MOSQUERA, R. Q. Tributação e política fiscal. In: _____. **Segurança jurídica na tributação e estado de direito**. São Paulo: Noeses, 2005.

NASCIMENTO, S. P. **Guerra fiscal: uma avaliação com base no PIB, nas receitas de ICMS e na geração de empregos, comparando Estados participantes e não participantes**. 2008. 169 f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) - Universidade de São Paulo Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Piracicaba, 2008.

NICOLETTO, S. C. S. **Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a assistência médica especializada**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

NICOLETTO, S. C. S.; FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. A importância dos consórcios intermunicipais de saúde e o transporte dos usuários. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 04, n. 01, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade/v4n1/doc/consorcio.htm>>. Acesso em: 24 maio 2013.

NOGUEIRA, L. C. B.; MENEZES, T. A. de. Os impactos dos royalties do petróleo e gás natural sobre o PIB per capita, índices de pobreza e desigualdades. **VIII Encontro de Economia Baiana**. Salvador, BA. Setembro de 2012. Disponível em: <www.eeb.ufba.br/includes/download-anais.php?id=170>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2887>>. Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011**. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/Plano_Saude_2008_2011_PR_Final.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2011.

PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M. V.; AZEVEDO, J. P. **Avaliação econômica do programa fica vivo: o caso piloto**. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20336.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

PINDYCK, R. S.; RUBINFELD, D. L. **Microeconomia**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **PNUD Brasil: Objetivos do milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br>>. Acesso em: 20 de maio de 2013.

REZENDE, F. **Finanças públicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RIANI, F. **Economia do setor público: uma abordagem introdutória**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

ROCHA, R. **Impacto de programas de saúde primária**: evidencia do programa saúde da família. In: REUNIÃO ANUAL DA REDE DE PESQUISA EM APS, 3., 2010, Brasília. p. 40-51.

SAES, S. G. **Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde, no Brasil, 1989-1998**. 2000.103p. Dissertação (mestrado em administração de serviços de saúde) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, E. M. **Concentração em mercados de ônibus no Brasil**: uma análise do papel da regulamentação. 2000. 210 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Transportes) - Universidade Federal do Rio de Janeiro - COPPE, Rio de Janeiro.

SANTOS, R. C. L. **O efeito do gasto público sobre o PIB dos municípios cearenses**. Fortaleza: CAEN/UFC, 2008.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. **Academic medicine as a resource for global health**: the case of Brazil, Improving population health demands stronger academic input. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC520985/>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

SILVA, Mauro Santos. Teoria do federalismo fiscal: notas sobre as contribuições de Oates, Musgrave, Shah e Ter-Minassian. **Revista Nova Economia**, v.15, n.1, p.117-137, jan./abr. 2005.

SIOPS. **Nota técnica 2009**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=7338&codModuloArea=909&chamada=indicadores_notas-tecnicas>. Acesso em: 19 nov. 2011.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

WINSLOW, C.E.A. **The untilled fields of public health**. New York, NY: Health Service; New York Country Chapter of de American Red Cross, 1920.

WOOLDRIDGE, J. **Econometric analysis of cross section and panel data**. Cambridge: The MIT Press, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data Repository**. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>>. Acesso em: 20 maio 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Regionais de Saúde e seus municípios de abrangência

REGIONAIS	MUNICÍPIO	REGIONAIS	MUNICÍPIO
01ª RS Paranaguá	410120 Antonina	13ª RS Cianorte	410550 Cianorte
01ª RS Paranaguá	410950 Guaraqueçaba	13ª RS Cianorte	410560 Cidade Gaúcha
01ª RS Paranaguá	410960 Guaratuba	13ª RS Cianorte	410910 Guaporema
01ª RS Paranaguá	411570 Matinhos	13ª RS Cianorte	411040 Indianópolis
01ª RS Paranaguá	411620 Morretes	13ª RS Cianorte	411240 Japurá
01ª RS Paranaguá	411820 Paranaguá	13ª RS Cianorte	411300 Jussara
01ª RS Paranaguá	411995 Pontal do Paraná	13ª RS Cianorte	412260 Rondon
02ª RS Curitiba	410020 Adrianópolis	13ª RS Cianorte	412555 São Manoel do Paraná
02ª RS Curitiba	410030 Agudos do Sul	13ª RS Cianorte	412610 São Tomé
02ª RS Curitiba	410040 Almirante Tamandaré	13ª RS Cianorte	412680 Tapejara
02ª RS Curitiba	410180 Araucária	13ª RS Cianorte	412790 Tuneiras do Oeste
02ª RS Curitiba	410230 Balsa Nova	14ª RS Paranaíba	410060 Alto Paraná
02ª RS Curitiba	410310 Bocaiúva do Sul	14ª RS Paranaíba	410090 Amaporã
02ª RS Curitiba	410400 Campina Grande do Sul	14ª RS Paranaíba	410670 Cruzeiro do Sul
02ª RS Curitiba	410410 Campo do Tenente	14ª RS Paranaíba	410710 Diamante do Norte
02ª RS Curitiba	410420 Campo Largo	14ª RS Paranaíba	410890 Guairaçá
02ª RS Curitiba	410425 Campo Magro	14ª RS Paranaíba	411030 Inajá
02ª RS Curitiba	410520 Cerro Azul	14ª RS Paranaíba	411130 Itaúna do Sul
02ª RS Curitiba	410580 Colombo	14ª RS Paranaíba	411260 Jardim Olinda
02ª RS Curitiba	410620 Contenda	14ª RS Paranaíba	411350 Loanda
02ª RS Curitiba	410690 Curitiba	14ª RS Paranaíba	411500 Marilena
02ª RS Curitiba	410765 Fazenda Rio Grande	14ª RS Paranaíba	411590 Mirador
02ª RS Curitiba	411125 Itaperuçu	14ª RS Paranaíba	411650 Nova Aliança do Ivaí
02ª RS Curitiba	411320 Lapa	14ª RS Paranaíba	411710 Nova Londrina
02ª RS Curitiba	411430 Mandirituba	14ª RS Paranaíba	411800 Paraíso do Norte
02ª RS Curitiba	411910 Piên	14ª RS Paranaíba	411830 Paranapoema
02ª RS Curitiba	411915 Pinhais	14ª RS Paranaíba	411840 Paranaíba
02ª RS Curitiba	411950 Piraquara	14ª RS Paranaíba	411970 Planaltina do Paraná
02ª RS Curitiba	412080 Quatro Barras	14ª RS Paranaíba	412020 Porto Rico
02ª RS Curitiba	412120 Quitandinha	14ª RS Paranaíba	412100 Querência do Norte
02ª RS Curitiba	412220 Rio Branco do Sul	14ª RS Paranaíba	412330 Santa Cruz de Monte Castelo
02ª RS Curitiba	412230 Rio Negro	14ª RS Paranaíba	412370 Santa Isabel do Ivaí
02ª RS Curitiba	412550 São José dos Pinhais	14ª RS Paranaíba	412395 Santa Mônica
02ª RS Curitiba	412760 Tijucas do Sul	14ª RS Paranaíba	412420 Santo Antônio do Caiuá
02ª RS Curitiba	412788 Tunas do Paraná	14ª RS Paranaíba	412460 São Carlos do Ivaí
02ª RS Curitiba	412863 Doutor Ulysses	14ª RS Paranaíba	412490 São João do Caiuá
03ª RS Ponta Grossa	410160 Arapoti	14ª RS Paranaíba	412590 São Pedro do Paraná
03ª RS Ponta Grossa	410465 Carambei	14ª RS Paranaíba	412670 Tamboara
03ª RS Ponta Grossa	410490 Castro	14ª RS Paranaíba	412730 Terra Rica
03ª RS Ponta Grossa	411050 Ipiranga	15ª RS Maringá	410115 Ângulo
03ª RS Ponta Grossa	411140 Ivaí	15ª RS Maringá	410210 Astorga
03ª RS Ponta Grossa	411200 Jaguariaíva	15ª RS Maringá	410220 Atalaia
03ª RS Ponta Grossa	411770 Palmeira	15ª RS Maringá	410590 Colorado
03ª RS Ponta Grossa	411940 Piraí do Sul	15ª RS Maringá	410730 Doutor Camargo
03ª RS Ponta Grossa	411990 Ponta Grossa	15ª RS Maringá	410780 Florai
03ª RS Ponta Grossa	412010 Porto Amazonas	15ª RS Maringá	410790 Floresta
03ª RS Ponta Grossa	412510 São João do Triunfo	15ª RS Maringá	410810 Flórida
03ª RS Ponta Grossa	412630 Sengés	15ª RS Maringá	411000 Iguaçu
04ª RS Irati	410773 Fernandes Pinheiro	15ª RS Maringá	411090 Itaguajé
04ª RS Irati	410895 Guamiranga	15ª RS Maringá	411110 Itambé

04ª RS Irati	411010 Imbituva	15ª RS Maringá	411160 Ivatuba
04ª RS Irati	411020 Inácio Martins	15ª RS Maringá	411360 Lobato
04ª RS Irati	411070 Irati	15ª RS Maringá	411410 Mandaguauçu
04ª RS Irati	411390 Mallet	15ª RS Maringá	411420 Mandaguari
04ª RS Irati	412150 Rebouças	15ª RS Maringá	411480 Marialva
04ª RS Irati	412200 Rio Azul	15ª RS Maringá	411520 Maringá
04ª RS Irati	412700 Teixeira Soares	15ª RS Maringá	411630 Munhoz de Melo
05ª RS Guarapuava	410304 Boa Ventura de São Roque	15ª RS Maringá	411640 Nossa Senhora das Graças
05ª RS Guarapuava	410395 Campina do Simão	15ª RS Maringá	411690 Nova Esperança
05ª RS Guarapuava	410442 Candói	15ª RS Maringá	411740 Ourizona
05ª RS Guarapuava	410445 Cantagalo	15ª RS Maringá	411750 Paçandu
05ª RS Guarapuava	410845 Foz do Jordão	15ª RS Maringá	411810 Paranacity
05ª RS Guarapuava	410865 Goioxim	15ª RS Maringá	412040 Presidente Castelo Branco
05ª RS Guarapuava	410940 Guarapuava	15ª RS Maringá	412340 Santa Fé
05ª RS Guarapuava	411325 Laranjal	15ª RS Maringá	412360 Santa Inês
05ª RS Guarapuava	411330 Laranjeiras do Sul	15ª RS Maringá	412450 Santo Inácio
05ª RS Guarapuava	411545 Marquinho	15ª RS Maringá	412530 São Jorge do Ivaí
05ª RS Guarapuava	411705 Nova Laranjeiras	15ª RS Maringá	412625 Sarandi
05ª RS Guarapuava	411780 Palmital	15ª RS Maringá	412830 Uniflor
05ª RS Guarapuava	411930 Pinhão	16ª RS Apucarana	410140 Apucarana
05ª RS Guarapuava	411960 Pitanga	16ª RS Apucarana	410150 Arapongas
05ª RS Guarapuava	412015 Porto Barreiro	16ª RS Apucarana	410320 Bom Sucesso
05ª RS Guarapuava	412060 Prudentópolis	16ª RS Apucarana	410330 Borrazópolis
05ª RS Guarapuava	412175 Reserva do Iguauçu	16ª RS Apucarana	410350 Califórnia
05ª RS Guarapuava	412215 Rio Bonito do Iguauçu	16ª RS Apucarana	410380 Cambira
05ª RS Guarapuava	412796 Turvo	16ª RS Apucarana	410760 Faxinal
05ª RS Guarapuava	412865 Virmond	16ª RS Apucarana	410870 Grandes Rios
06ª RS União da Vitória	410130 Antônio Olinto	16ª RS Apucarana	411210 Jandaia do Sul
06ª RS União da Vitória	410290 Bituruna	16ª RS Apucarana	411310 Kaloré
06ª RS União da Vitória	410680 Cruz Machado	16ª RS Apucarana	411490 Marilândia do Sul
06ª RS União da Vitória	410850 General Carneiro	16ª RS Apucarana	411550 Marumbi
06ª RS União da Vitória	411860 Paula Freitas	16ª RS Apucarana	411575 Mauá da Serra
06ª RS União da Vitória	411870 Paulo Frontin	16ª RS Apucarana	411729 Novo Itacolomi
06ª RS União da Vitória	412030 Porto Vitória	16ª RS Apucarana	412210 Rio Bom
06ª RS União da Vitória	412560 São Mateus do Sul	16ª RS Apucarana	412270 Sabáudia
06ª RS União da Vitória	412820 União da Vitória	16ª RS Apucarana	412580 São Pedro do Ivaí
07ª RS Pato Branco	410322 Bom Sucesso do Sul	17ª RS Londrina	410080 Alvorada do Sul
07ª RS Pato Branco	410540 Chopinzinho	17ª RS Londrina	410190 Assaí
07ª RS Pato Branco	410570 Clevelândia	17ª RS Londrina	410280 Bela Vista do Paraíso
07ª RS Pato Branco	410645 Coronel Domingos Soares	17ª RS Londrina	410340 Cafeara
07ª RS Pato Branco	410650 Coronel Vivida	17ª RS Londrina	410370 Cambé
07ª RS Pato Branco	410965 Honório Serpa	17ª RS Londrina	410510 Centenário do Sul
07ª RS Pato Branco	411120 Itapejara d'Oeste	17ª RS Londrina	410800 Florestópolis
07ª RS Pato Branco	411440 Manguaerinha	17ª RS Londrina	410920 Guaraci
07ª RS Pato Branco	411530 Mariópolis	17ª RS Londrina	410980 Ibiporã
07ª RS Pato Branco	411760 Palmas	17ª RS Londrina	411190 Jaguapitã
07ª RS Pato Branco	411850 Pato Branco	17ª RS Londrina	411270 Jataizinho
07ª RS Pato Branco	412480 São João	17ª RS Londrina	411370 Londrina
07ª RS Pato Branco	412627 Saudade do Iguauçu	17ª RS Londrina	411380 Lupionópolis
07ª RS Pato Branco	412665 Sulina	17ª RS Londrina	411600 Miraselva
07ª RS Pato Branco	412870 Vitorino	17ª RS Londrina	411965 Pitangueiras
08ª RS Francisco Beltrão	410100 Ampére	17ª RS Londrina	412000 Porecatu
08ª RS Francisco Beltrão	410260 Barracão	17ª RS Londrina	412033 Prado Ferreira
08ª RS Francisco Beltrão	410275 Bela Vista da Caroba	17ª RS Londrina	412050 Primeiro de Maio
08ª RS Francisco Beltrão	410302 Boa Esperança do Iguauçu	17ª RS Londrina	412240 Rolândia

08ª RS Francisco Beltrão	410315 Bom Jesus do Sul	17ª RS Londrina	412650 Sertanópolis
08ª RS Francisco Beltrão	410450 Capanema	17ª RS Londrina	412667 Tamarana
08ª RS Francisco Beltrão	410657 Cruzeiro do Iguaçu	18ª RS Cornélio Procópio	410010 Abatiá
08ª RS Francisco Beltrão	410720 Dois Vizinhos	18ª RS Cornélio Procópio	410110 Andirá
08ª RS Francisco Beltrão	410740 Enéas Marques	18ª RS Cornélio Procópio	410240 Bandeirantes
08ª RS Francisco Beltrão	410785 Flor da Serra do Sul	18ª RS Cornélio Procópio	410600 Congonhinhas
08ª RS Francisco Beltrão	410840 Francisco Beltrão	18ª RS Cornélio Procópio	410640 Cornélio Procópio
08ª RS Francisco Beltrão	411435 Manfrinópolis	18ª RS Cornélio Procópio	411100 Itambaracá
08ª RS Francisco Beltrão	411540 Marmeleiro	18ª RS Cornélio Procópio	411340 Leopólis
08ª RS Francisco Beltrão	411695 Nova Esperança do Sudoeste	18ª RS Cornélio Procópio	411660 Nova América da Colina
08ª RS Francisco Beltrão	411725 Nova Prata do Iguaçu	18ª RS Cornélio Procópio	411700 Nova Fátima
08ª RS Francisco Beltrão	411900 Pérola d'Oeste	18ª RS Cornélio Procópio	411721 Nova Santa Bárbara
08ª RS Francisco Beltrão	411925 Pinhal de São Bento	18ª RS Cornélio Procópio	412130 Rancho Alegre
08ª RS Francisco Beltrão	411980 Planalto	18ª RS Cornélio Procópio	412190 Ribeirão do Pinhal
08ª RS Francisco Beltrão	412035 Pranchita	18ª RS Cornélio Procópio	412310 Santa Amélia
08ª RS Francisco Beltrão	412140 Realeza	18ª RS Cornélio Procópio	412320 Santa Cecília do Pavão
08ª RS Francisco Beltrão	412160 Renascença	18ª RS Cornélio Procópio	412390 Santa Mariana
08ª RS Francisco Beltrão	412280 Salgado Filho	18ª RS Cornélio Procópio	412430 Santo Antônio do Paraíso
08ª RS Francisco Beltrão	412300 Salto do Lontra	18ª RS Cornélio Procópio	412470 São Jerônimo da Serra
08ª RS Francisco Beltrão	412380 Santa Izabel do Oeste	18ª RS Cornélio Procópio	412600 São Sebastião da Amoreira
08ª RS Francisco Beltrão	412440 Santo Antônio do Sudoeste	18ª RS Cornélio Procópio	412620 Sapopema
08ª RS Francisco Beltrão	412520 São Jorge d'Oeste	18ª RS Cornélio Procópio	412640 Sertaneja
08ª RS Francisco Beltrão	412860 Verê	18ª RS Cornélio Procópio	412840 Uraí
09ª RS Foz do Iguaçu	410830 Foz do Iguaçu	19ª RS Jacarezinho	410270 Barra do Jacaré
09ª RS Foz do Iguaçu	411095 Itaipulândia	19ª RS Jacarezinho	410360 Cambará
09ª RS Foz do Iguaçu	411560 Matelândia	19ª RS Jacarezinho	410470 Carlópolis
09ª RS Foz do Iguaçu	411580 Medianeira	19ª RS Jacarezinho	410610 Conselheiro Mairinck
09ª RS Foz do Iguaçu	411605 Missal	19ª RS Jacarezinho	410775 Figueira
09ª RS Foz do Iguaçu	412125 Ramilândia	19ª RS Jacarezinho	410900 Guapirama
09ª RS Foz do Iguaçu	412405 Santa Terezinha de Itaipu	19ª RS Jacarezinho	410970 Ibaiti
09ª RS Foz do Iguaçu	412570 São Miguel do Iguaçu	19ª RS Jacarezinho	411170 Jaboti
09ª RS Foz do Iguaçu	412635 Serranópolis do Iguaçu	19ª RS Jacarezinho	411180 Jacarezinho
10ª RS Cascavel	410105 Anahy	19ª RS Jacarezinho	411230 Japira
10ª RS Cascavel	410305 Boa Vista da Aparecida	19ª RS Jacarezinho	411280 Joaquim Távora
10ª RS Cascavel	410335 Braganey	19ª RS Jacarezinho	411290 Jundiá do Sul
10ª RS Cascavel	410345 Cafelândia	19ª RS Jacarezinho	411920 Pinhalão
10ª RS Cascavel	410405 Campo Bonito	19ª RS Jacarezinho	412070 Quatiguá
10ª RS Cascavel	410460 Capitão Leônidas Marques	19ª RS Jacarezinho	412180 Ribeirão Claro
10ª RS Cascavel	410480 Cascavel	19ª RS Jacarezinho	412290 Salto do Itararé
10ª RS Cascavel	410500 Catanduvas	19ª RS Jacarezinho	412400 Santana do Itararé
10ª RS Cascavel	410530 Céu Azul	19ª RS Jacarezinho	412410 Santo Antônio da Platina
10ª RS Cascavel	410630 Corbélia	19ª RS Jacarezinho	412540 São José da Boa Vista
10ª RS Cascavel	410712 Diamante do Sul	19ª RS Jacarezinho	412660 Siqueira Campos
10ª RS Cascavel	410754 Espigão Alto do Iguaçu	19ª RS Jacarezinho	412780 Tomazina
10ª RS Cascavel	410820 Formosa do Oeste	19ª RS Jacarezinho	412850 Wenceslau Braz
10ª RS Cascavel	410930 Guaraniaçu	20ª RS Toledo	410200 Assis Chateaubriand
10ª RS Cascavel	410975 Ibema	20ª RS Toledo	410715 Diamante D'Oeste
10ª RS Cascavel	411005 Iguatu	20ª RS Toledo	410753 Entre Rios do Oeste
10ª RS Cascavel	411065 Iracema do Oeste	20ª RS Toledo	410880 Guaíra
10ª RS Cascavel	411275 Jesuítas	20ª RS Toledo	411460 Marechal Cândido Rondon
10ª RS Cascavel	411345 Lindoeste	20ª RS Toledo	411535 Maripá
10ª RS Cascavel	411670 Nova Aurora	20ª RS Toledo	411585 Mercedes
10ª RS Cascavel	412090 Quedas do Iguaçu	20ª RS Toledo	411722 Nova Santa Rosa
10ª RS Cascavel	412382 Santa Lúcia	20ª RS Toledo	411745 Ouro Verde do Oeste
10ª RS Cascavel	412402 Santa Tereza do Oeste	20ª RS Toledo	411790 Palotina

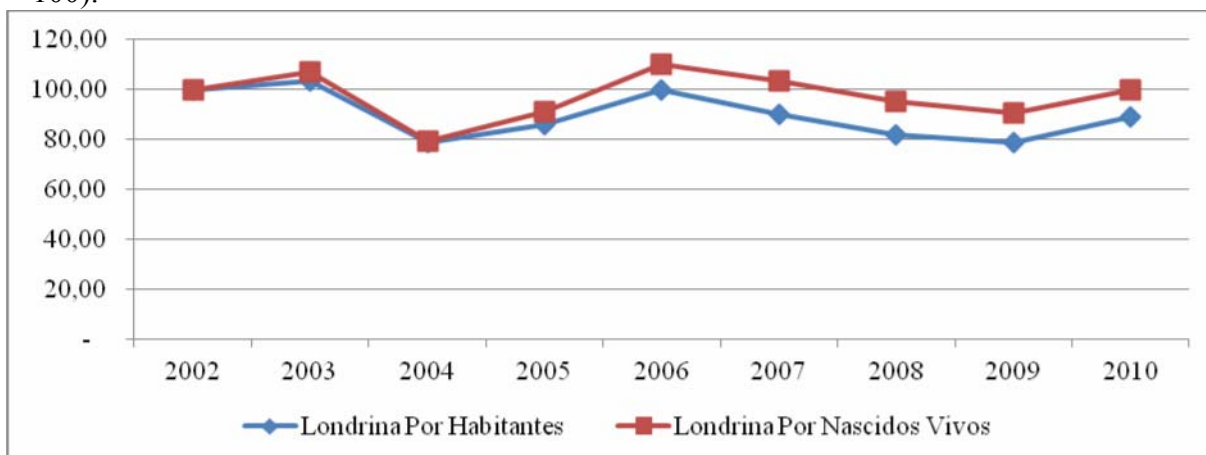
10ª RS Cascavel	412785 Três Barras do Paraná	20ª RS Toledo	411845 Pato Bragado
10ª RS Cascavel	412855 Vera Cruz do Oeste	20ª RS Toledo	412085 Quatro Pontes
11ª RS Campo Mourão	410045 Altamira do Paraná	20ª RS Toledo	412350 Santa Helena
11ª RS Campo Mourão	410170 Araruna	20ª RS Toledo	412545 São José das Palmeiras
11ª RS Campo Mourão	410250 Barbosa Ferraz	20ª RS Toledo	412575 São Pedro do Iguaçu
11ª RS Campo Mourão	410300 Boa Esperança	20ª RS Toledo	412740 Terra Roxa
11ª RS Campo Mourão	410390 Campina da Lagoa	20ª RS Toledo	412770 Toledo
11ª RS Campo Mourão	410430 Campo Mourão	20ª RS Toledo	412795 Tupãssi
11ª RS Campo Mourão	410655 Corumbataí do Sul	21ª RS Telêmaco Borba	410700 Curiúva
11ª RS Campo Mourão	410750 Engenheiro Beltrão	21ª RS Telêmaco Borba	411007 Imbaú
11ª RS Campo Mourão	410755 Farol	21ª RS Telêmaco Borba	411730 Ortigueira
11ª RS Campo Mourão	410770 Fênix	21ª RS Telêmaco Borba	412170 Reserva
11ª RS Campo Mourão	410860 Goioerê	21ª RS Telêmaco Borba	412710 Telêmaco Borba
11ª RS Campo Mourão	411080 Iretama	21ª RS Telêmaco Borba	412750 Tibagi
11ª RS Campo Mourão	411220 Janiópolis	21ª RS Telêmaco Borba	412853 Ventania
11ª RS Campo Mourão	411295 Juranda	22ª RS Ivaiporã	410165 Arapuã
11ª RS Campo Mourão	411373 Luiziana	22ª RS Ivaiporã	410185 Ariranha do Ivaí
11ª RS Campo Mourão	411400 Mamborê	22ª RS Ivaiporã	410440 Cândido de Abreu
11ª RS Campo Mourão	411610 Moreira Sales	22ª RS Ivaiporã	410685 Cruzmaltina
11ª RS Campo Mourão	411680 Nova Cantu	22ª RS Ivaiporã	410855 Godoy Moreira
11ª RS Campo Mourão	411880 Peabiru	22ª RS Ivaiporã	411150 Ivaiporã
11ª RS Campo Mourão	412065 Quarto Centenário	22ª RS Ivaiporã	411250 Jardim Alegre
11ª RS Campo Mourão	412110 Quinta do Sol	22ª RS Ivaiporã	411342 Lidianópolis
11ª RS Campo Mourão	412135 Rancho Alegre D'Oeste	22ª RS Ivaiporã	411375 Lunardelli
11ª RS Campo Mourão	412250 Roncador	22ª RS Ivaiporã	411450 Manoel Ribas
11ª RS Campo Mourão	412720 Terra Boa	22ª RS Ivaiporã	411573 Mato Rico
11ª RS Campo Mourão	412800 Ubiratã	22ª RS Ivaiporã	411727 Nova Tebas
12ª RS Umuarama	410050 Altônia	22ª RS Ivaiporã	412217 Rio Branco do Ivaí
12ª RS Umuarama	410070 Alto Piquiri	22ª RS Ivaiporã	412265 Rosário do Ivaí
12ª RS Umuarama	410337 Brasilândia do Sul	22ª RS Ivaiporã	412385 Santa Maria do Oeste
12ª RS Umuarama	410347 Cafezal do Sul	22ª RS Ivaiporã	412500 São João do Ivaí
12ª RS Umuarama	410660 Cruzeiro do Oeste		
12ª RS Umuarama	410725 Douradina		
12ª RS Umuarama	410752 Esperança Nova		
12ª RS Umuarama	410832 Francisco Alves		
12ª RS Umuarama	410990 Icaraíma		
12ª RS Umuarama	411060 Iporã		
12ª RS Umuarama	411155 Ivaté		
12ª RS Umuarama	411470 Maria Helena		
12ª RS Umuarama	411510 Mariluz		
12ª RS Umuarama	411720 Nova Olímpia		
12ª RS Umuarama	411885 Perobal		
12ª RS Umuarama	411890 Pérola		
12ª RS Umuarama	412535 São Jorge do Patrocínio		
12ª RS Umuarama	412690 Tapira		
12ª RS Umuarama	412810 Umuarama		
12ª RS Umuarama	412862 Alto Paraíso		
12ª RS Umuarama	412880 Xambrê		

APÊNDICE B – Taxas de crescimento dos gastos com saúde pública das Regionais de Saúde do estado do Paraná

REGIONAIS DE SAUDE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
01ª RS Paranaguá	17,85%	-20,86%	-5,97%	10,57%	7,68%	7,75%	18,75%	4,33%	-0,73%	1,90%	5,20%
02ª RS Curitiba	9,61%	-14,06%	5,66%	3,30%	9,26%	8,42%	7,37%	2,98%	14,81%	-1,02%	14,59%
03ª RS Ponta Grossa	8,97%	-0,75%	4,07%	8,09%	10,46%	17,28%	5,89%	-0,65%	3,69%	1,63%	9,03%
04ª RS Irati	19,39%	-2,77%	6,84%	8,63%	15,70%	14,96%	-2,03%	6,75%	11,34%	-4,72%	8,54%
05ª RS Guarapuava	-2,01%	-1,05%	4,49%	12,82%	25,78%	11,79%	-2,48%	8,49%	2,69%	2,63%	12,49%
06ª RS União da Vitória	-6,99%	-0,48%	7,14%	-1,23%	19,94%	10,36%	5,55%	7,88%	8,95%	1,79%	9,26%
07ª RS Pato Branco	-5,79%	-2,80%	18,94%	-5,11%	9,57%	12,13%	3,36%	12,72%	15,17%	2,37%	10,56%
08ª RS Francisco Beltrão	1,31%	-2,40%	9,84%	17,84%	4,11%	11,78%	-0,39%	7,67%	12,23%	5,68%	5,35%
09ª RS Foz do Iguaçu	0,89%	-2,75%	9,34%	4,39%	5,92%	6,79%	6,55%	-0,92%	0,26%	14,29%	23,97%
10ª RS Cascavel	-2,81%	-5,55%	9,04%	6,57%	15,96%	9,99%	2,08%	5,00%	8,47%	5,84%	12,43%
11ª RS Campo Mourão	1,28%	-0,62%	3,08%	8,73%	20,73%	9,68%	-3,26%	8,73%	13,27%	2,12%	9,34%
12ª RS Umuarama	3,19%	0,34%	6,11%	1,69%	14,39%	10,67%	-6,66%	10,71%	10,94%	-0,04%	7,72%
13ª RS Cianorte	2,43%	-3,14%	13,14%	0,08%	18,78%	18,28%	0,71%	12,33%	13,64%	10,33%	11,06%
14ª RS Paranavaí	7,34%	-3,71%	3,52%	6,31%	13,28%	11,71%	6,98%	5,89%	9,54%	1,21%	6,97%
15ª RS Maringá	11,84%	-16,94%	5,27%	2,26%	6,62%	6,93%	2,46%	5,88%	13,29%	-1,04%	5,02%
16ª RS Apucarana	1,19%	-9,37%	14,88%	6,60%	13,28%	7,38%	0,50%	6,30%	11,87%	-1,23%	7,43%
17ª RS Londrina	-5,65%	-15,14%	0,69%	1,42%	0,63%	9,55%	7,32%	4,51%	13,66%	-1,33%	7,23%
18ª RS Cornélio Procópio	-3,03%	14,33%	4,74%	13,66%	14,10%	12,15%	0,51%	6,29%	4,33%	1,61%	15,68%
19ª RS Jacarezinho	-3,80%	10,33%	2,48%	8,72%	6,26%	20,86%	-4,21%	11,15%	9,65%	-1,64%	10,42%
20ª RS Toledo	-5,39%	3,47%	17,49%	3,87%	7,39%	-1,54%	-4,12%	5,45%	11,45%	6,22%	10,19%
21ª RS Telêmaco Borba	-1,99%	10,65%	12,60%	4,12%	19,86%	16,34%	6,01%	7,04%	1,89%	-4,13%	8,01%
22ª RS Ivaiporã	15,24%	14,86%	8,70%	6,94%	20,33%	11,19%	-9,04%	14,67%	3,70%	0,00%	16,72%

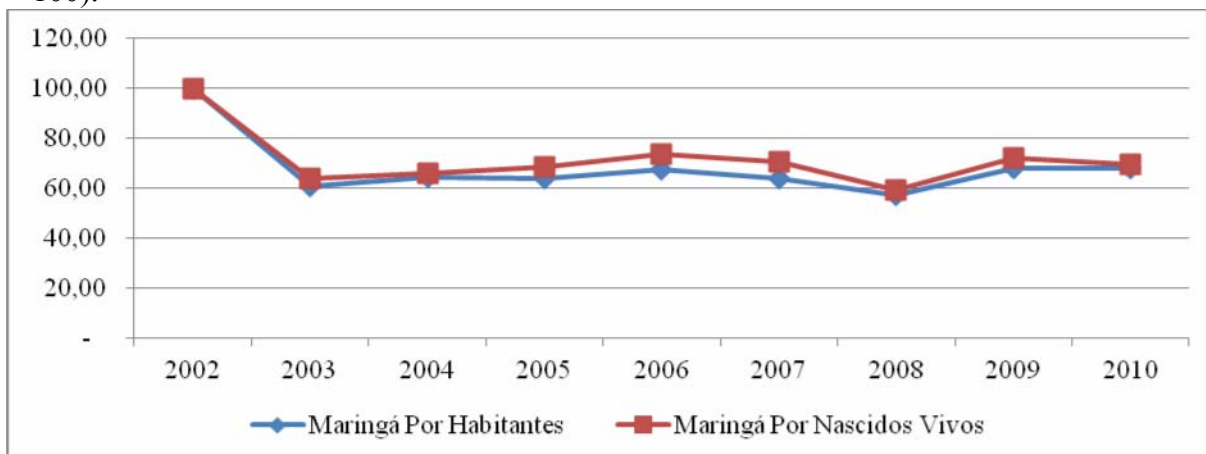
APÊNDICE C – Comparativo das taxas de mortalidade per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos.

Gráfico 55 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Londrina no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



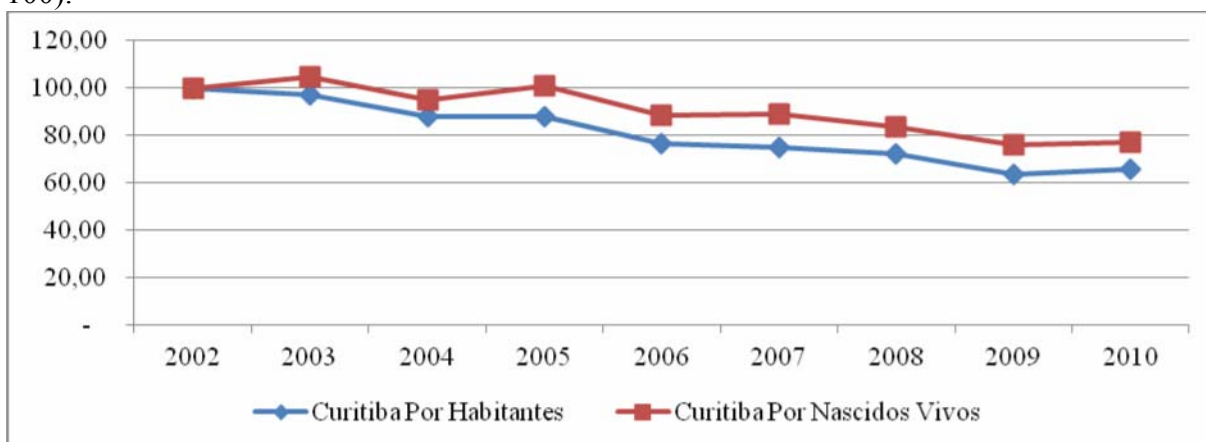
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 56 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Maringá no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



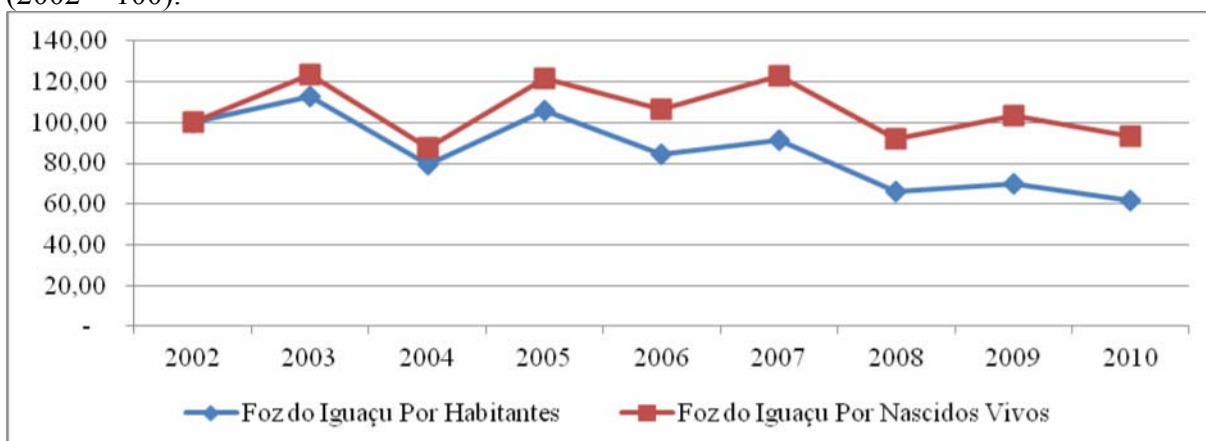
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 57 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Curitiba no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



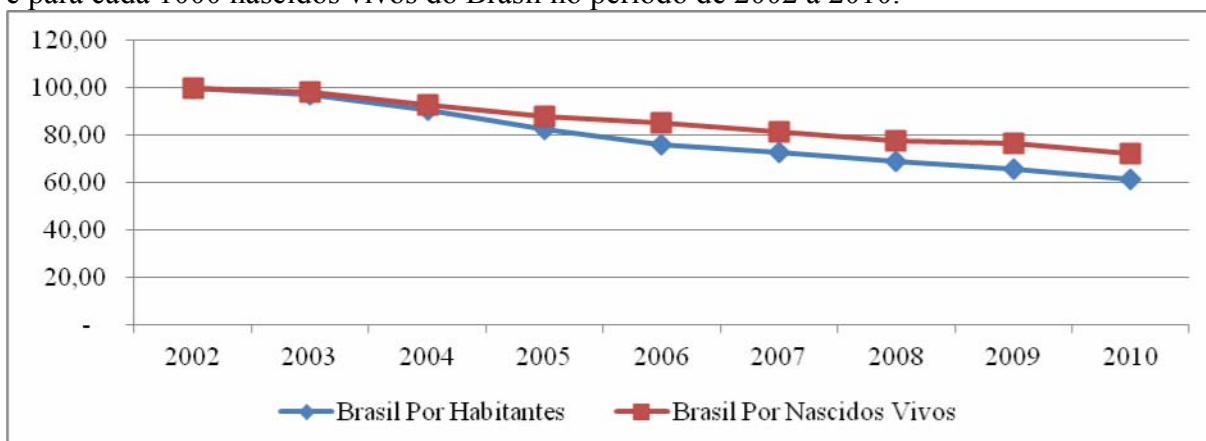
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 58 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do município de Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



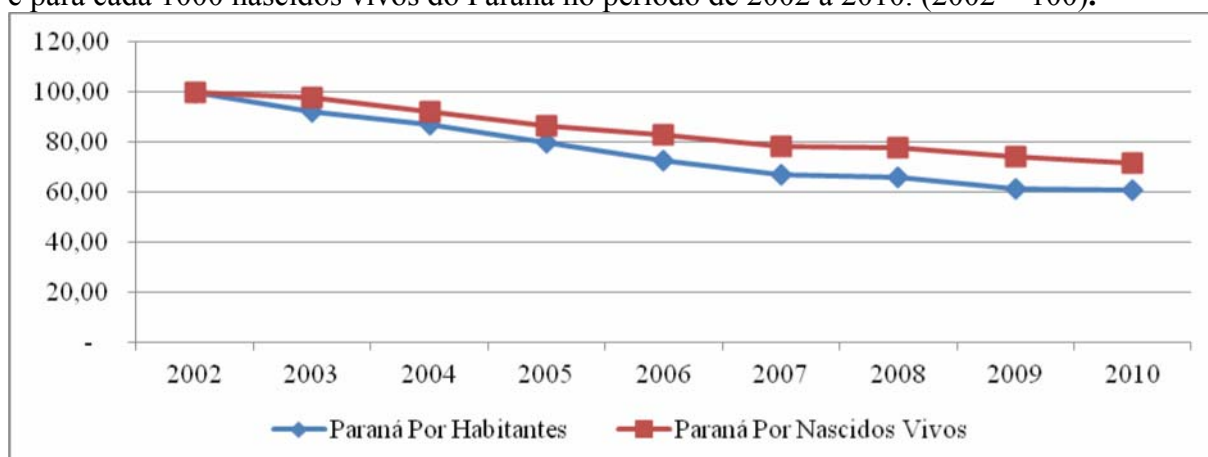
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 59 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do Brasil no período de 2002 a 2010.



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

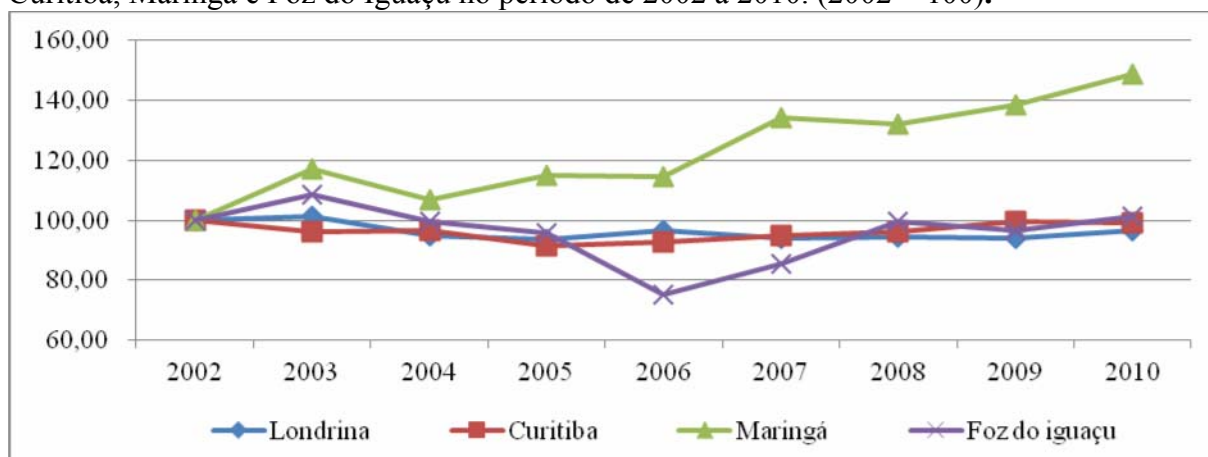
Gráfico 60 – Evolução das taxas de mortalidade infantil, per capita para cada 1000 habitantes e para cada 1000 nascidos vivos do Paraná no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

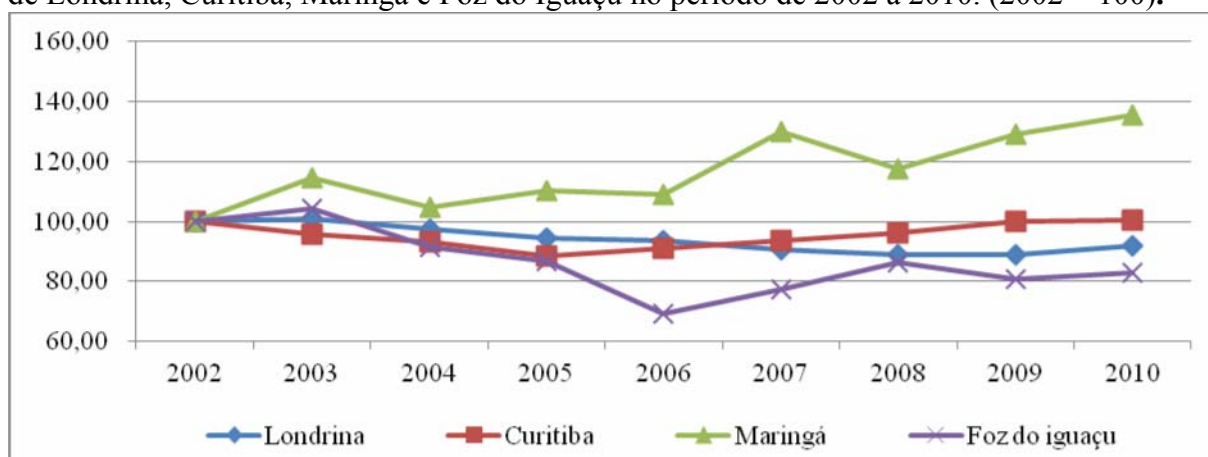
APÊNDICE D – Comparativo municipal de internamentos de pacientes residentes e não residentes.

Gráfico 61 – Evolução do número total de internamentos nos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



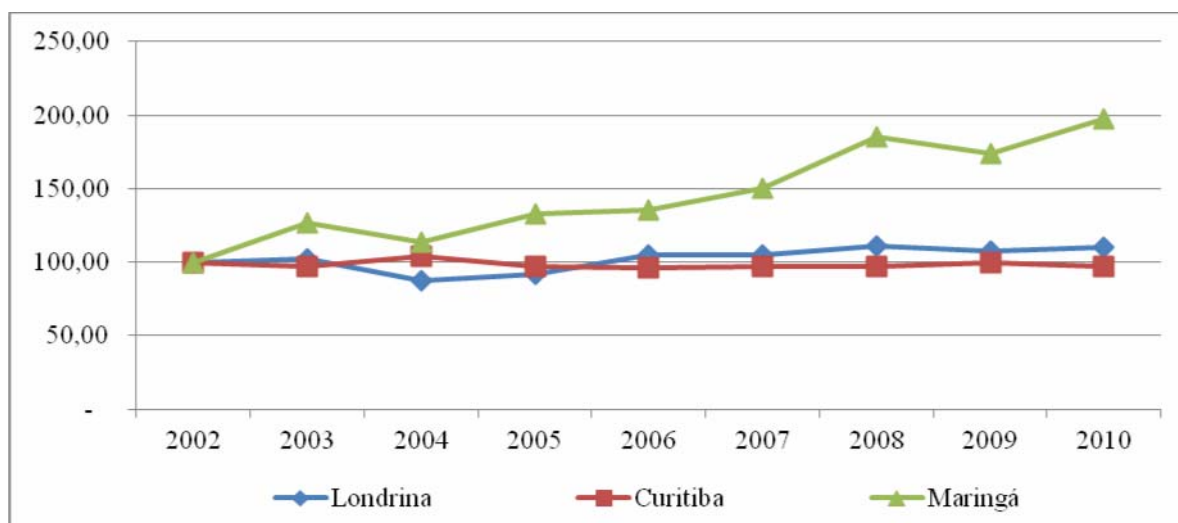
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 62 – Evolução do número de internamentos de pacientes residentes nos municípios de Londrina, Curitiba, Maringá e Foz do Iguaçu no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



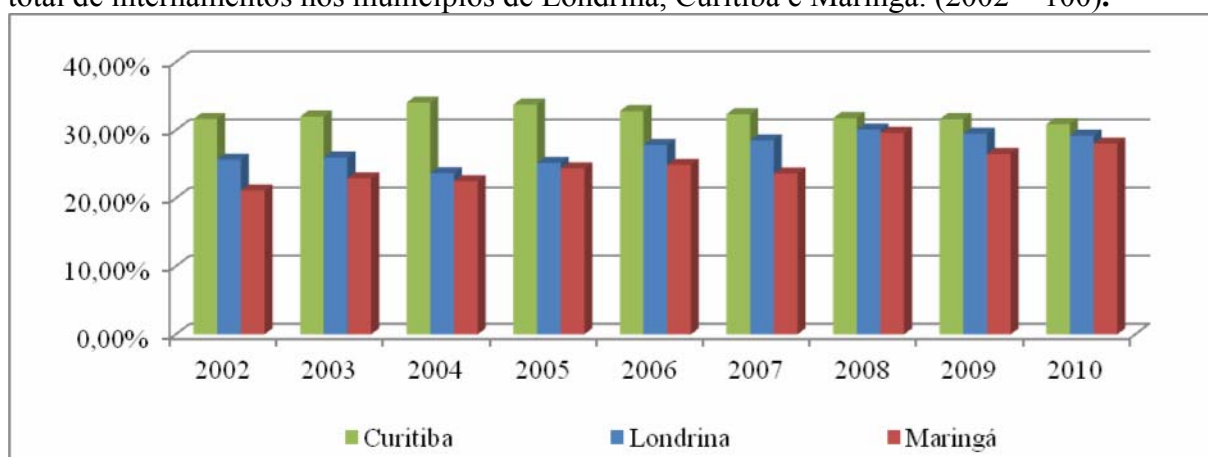
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 63 – Evolução do número de internamentos de pacientes não residentes nos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá no período de 2002 a 2010. (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.

Gráfico 64 – Percentual de internamentos de pacientes não residentes em relação ao número total de internamentos nos municípios de Londrina, Curitiba e Maringá. (2002 = 100).



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS.