

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU
FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS – FACIC
GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

ADELY OLIVEIRA DOS SANTOS

**INDICADORES DE SAÚDE COMO SUPORTE AOS GASTOS PÚBLICOS:
um estudo sobre o desempenho do município de Monte Alegre de Minas - MG**

**UBERLÂNDIA
MAIO DE 2018**

ADELY OLIVEIRA DOS SANTOS

**INDICADORES DE SAÚDE COMO SUPORTE AOS GASTOS PÚBLICOS:
um estudo sobre o desempenho do município de Monte Alegre de Minas - MG**

Artigo Acadêmico apresentado à Faculdade de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth M. C. Andrade

**UBERLÂNDIA
MAIO DE 2018**

ADELY OLIVEIRA DOS SANTOS**Indicadores de saúde como suporte aos gastos públicos: um estudo sobre o desempenho do município de Monte Alegre de Minas – MG**

Artigo Acadêmico apresentado à Faculdade de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Contábeis.

Banca de Avaliação:

Prof.^a Dr.^a Maria Elisabeth M. C. Andrade – UFU
Orientadora

Membro

Membro

Uberlândia (MG), 28 de maio de 2018

RESUMO

O presente artigo aborda um estudo sobre o desempenho do município de Monte Alegre de Minas – MG, relacionando os recursos públicos aplicados aos indicadores de saúde alcançados. Discute conceitos sobre financiamento e gastos públicos com saúde, bem como sobre os indicadores de saúde. Como procedimento metodológico da pesquisa consultou-se os Relatórios Resumidos da Execução Orçamentária obtidos através do SIOPS e as Pactuações Individuais do Município para a Saúde disponibilizadas pelo DATASUS, referentes aos anos de 2013 a 2015. O objetivo deste estudo é evidenciar como o município está alocando os recursos públicos com saúde de forma a conseguir melhores resultados, demonstrados no atendimento das metas e índices exigidos por lei. Mostrando que há indícios que o financiamento da saúde não pode ser utilizado para a análise de desempenho por si só e que não é o montante que determina o desempenho e sim como ele é administrado a fim de atender as necessidades de saúde de uma população.

Palavras-chave: Indicadores. Gastos públicos. Gestão pública. Saúde.

ABSTRACT

The present article approaches a study on the performance of the municipality of Monte Alegre de Minas - MG, relating the public resources applied to the achieved health indicators. Discusses concepts on public health financing and spending, as well as health indicators. As a methodological procedure of the research, we have consulted the Summarized Budget Execution Reports obtained through the SIOPS and the Individual Municipal Health Arrangements provided by DATASUS concerning 2013 to 2015. Purpose of this study is to show how the municipality is allocating resources to achieve better results, demonstrated in meeting the goals and indexes required by law. Demonstrating that there is evidence that health financing can not be used alone for performance analysis and that it is not the amount that determines performance but rather how it is managed to meet the health needs of a population.

Keywords: Indicators. Public spending. Public management. Health.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e Delimitação de Pesquisa

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, além disso, fica destinado ao Estado o compromisso em garantir, através de medidas sociais e econômicas, o acesso a atividades e serviços ligados não somente ao resgate da saúde, como ao seu estímulo e a sua guarda, a todos e de forma imparcial (BRASIL, 1988).

Para isso, com o objetivo de impulsionar a justiça social e vencer as desigualdades presentes no amparo à saúde da população, foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde do Brasil), sendo uma conquista importante para a sociedade (Ministério da Saúde – MS, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), ao longo do tempo, existiram mudanças que contribuíram para que se cumpra o mínimo de resultados quanto à gestão dos recursos públicos com saúde como, por exemplo, o Pacto pela Saúde, assinado em 2006, onde o gestor municipal passou a assumir instantaneamente ou gradativamente a totalidade da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território. Passando assim a ser considerado o encarregado principal pela saúde pública da sua população (Ministério da Saúde – MS, 2007).

A Emenda Constitucional - EC nº29 de 13/09/2000 foi regulamentada pela Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, e determinou a aplicação de recursos mínimos em saúde a fim de assegurar os recursos para a saúde. A norma define as proporções mínimas, aplicadas sobre a arrecadação dos respectivos impostos, que cada ente federativo deverá destinar anualmente em práticas e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Vale mencionar que a Emenda Constitucional – EC nº 95 de 15/12/2016 alterou os limites para execução das despesas primárias, sendo que, fica estabelecido que a partir do exercício de 2017 o limite será o valor da despesa de 2016 corrigida em 7,2%, e, para os próximos exercícios, será a despesa do exercício anterior corrigida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA ou outro índice que vier a substituí-lo. Entretanto, essa alteração não será aqui explorada em razão da amostra abranger o período de 2013 a 2015.

No âmbito da saúde, é necessária uma gestão adequada dos recursos para que os gastos públicos sejam apropriados com o máximo de aproveitamento. Tendo em vista a necessidade de melhor capacitação de gestores públicos, que viabilizem um gerenciamento do patrimônio público, por meio do bom planejamento de seus procedimentos (ANDRETTI; ROSA, 2015).

No Brasil, há estudos que se preocupam em analisar a qualidade e a eficácia em serviços relacionados ao setor público com saúde, desde a década de 1990 (FONSECA; FERREIRA, 2009).

Sabe-se que os gastos públicos nos estados e municípios brasileiros são bastante diversificados e singulares, porém, há poucos estudos que visam analisar os gastos em cenários mais específicos, como estados e municípios ou regiões (LEITE; LIMA; VASCONCELOS, 2012).

1.2 Problematização da Pesquisa e Objetivos

A cidade de Monte Alegre de Minas está situada na mesorregião do Triângulo Mineiro no estado de Minas Gerais. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população do ano de 2016 era de 20.979 habitantes e a área de unidade territorial corresponde a 2.595, 957 km². Nos municípios de pequeno porte, a tendência ainda é conviver com problemas de saneamento, água tratada e falta de hospitais, que são fatores que influenciam na saúde da população. Mesmo assim, a cidade está entre os três municípios, pertencentes à GRS (Gerência Regional de Saúde), com os melhores indicadores avaliados pelo Ministério da Saúde (DATASUS, 2017).

Com isso, o objetivo deste estudo é verificar como o município de Monte Alegre de Minas – MG está alocando os recursos da saúde, no período de 2013 a 2015, de forma a conseguir melhores resultados, demonstrados no atendimento das metas e índices exigidos por lei.

Este trabalho retrata aspectos sobre o contexto da saúde, pontos principais do atual financiamento e alocações dos recursos para a saúde, além de conceitos e características dos indicadores em relação a sua relevância na análise do desempenho das organizações públicas. Tendo como respaldo principal a análise do desempenho do município de Monte Alegre de Minas – MG quanto à gestão dos recursos com saúde.

1.3 Justificativas, Relevâncias e Contribuições

A análise do desempenho dos gastos públicos com saúde é importante, sobretudo, em um momento em que se discute a grave situação política do país. Nesse sentido, Fonseca e Ferreira (2009, p. 203) acrescentam: “(...) existe uma crise que vem da própria estrutura dos

serviços de saúde no Brasil”. Assim, visto que há uma fragilidade existente da própria estrutura dos serviços de saúde, fica fortalecida a importância de estudos neste sentido.

A medição e a análise quanto aos esforços praticados e os efeitos conseguidos, são tão importantes como o planejamento (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2013). Tendo a gestão administrativa, como o principal encarregada pela saúde pública de sua população, conhecer a aplicação dos gastos com ações e serviços de saúde do município, é de suma importância afim de que se possa detectar suas deficiências.

A saúde deve ser assegurada a todos e de forma imparcial não somente com o intuito de recuperação, mas também com medidas de promoção e proteção (BRASIL, 1988). Portanto, torna-se de grande relevância o debate sobre a gestão e a qualidade nos serviços públicos, analisando os recursos disponíveis para o setor, a alocação dos mesmos e o retorno dado à população.

Espera-se que esta pesquisa contribua para o esclarecimento da gestão dos recursos com saúde, não só do município de Monte Alegre de Minas e de sua população, mas também aguace o senso crítico e analítico quanto à importância do conhecimento quanto ao financiamento público com saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Financiamento e Gastos Públicos com Saúde

A questão do financiamento da saúde passa a ter destaque com o crescimento dos gastos com o custeio da mesma nos orçamentos públicos, que por volta de 1980, atingiu uma proporção de 6% e 12% do PIB (Produto Interno Bruto) enquanto em 1960 esta proporção era de 2% e 5% do PIB (PIOLA; VIANA, 2002). Esses autores acrescentam que a responsabilidade governamental é enorme quando se trata do uso racional dos recursos públicos investidos em saúde.

A fim de resolver os impasses relacionados à eficiência, eficácia e efetividade no setor da saúde, surgiram novas formas de gestão dos serviços de saúde, que visavam o aumento da autonomia dos gestores, tanto no setor público quanto no setor privado (PIOLA; VIANA, 2002).

O processo de descentralização no Brasil ocorreu a partir da década de 1990, quando o Governo Federal passou a dar maior autonomia aos estados e municípios, impondo uma melhor

utilização dos gastos públicos e uma maior participação e exigência quanto à qualidade dos serviços com saúde por parte da população (FONSECA; FERREIRA, 2009).

O financiamento da saúde com a aprovação da Lei Complementar nº 141 de 2012 fica assegurado, sendo estabelecido ao município o percentual mínimo anual de 15% de aplicação dos seus recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Sendo este percentual aplicado sobre os seguintes impostos municipais: IPTU, ITBI e ISSQN, e sobre os recursos de repartição tributária, recebidos pelo município, em transferência de outros entes da federação, sendo: IRRF, ITR, IPVA, ICMS, FPM e IPI-EXP, previstos no artigo nº 198 da Constituição (BRASIL, 1988).

Segundo Lima (2016), todas essas receitas são consideradas recursos próprios do município, mesmo aquelas recebidas em transferência. Ainda segundo Lima (2016, p. 29): “(...) são valores devidos ao município a título de competência tributária, esforço de arrecadação ou disposição constitucional”.

Como já mencionado os gastos públicos com saúde estão previstos na LC 141/12 onde são estabelecidas as diretrizes para o reconhecimento das despesas e propõe que, além, disso, que seja observado o artigo nº 7 da Lei 8.080 de 2009, que trata das ações e serviços públicos e privados contratados ou conveniados com saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes são evidenciadas no quadro 1.

Quadro 1 – Diretrizes para reconhecimento de despesas com saúde pública.

O que são consideradas despesas com saúde pública?	
Diretrizes	I - Atividades e serviços públicos prestadas de maneira universal, igualitária e gratuita;
	II - Despesas que estejam alinhadas aos objetivos e metas referentes aos Planos de Saúde de cada ente Federativo; e
	III - Despesas que sejam de competência exclusiva do setor da saúde, não incidindo sobre as despesas relacionadas a outras políticas públicas, de intervenção social e econômica, mesmo com relação as condições de saúde da população.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em (BRASIL, 2012).

2.2 Índices de Desempenho em Saúde Pública

Com a melhor concepção dos conceitos de saúde e os avanços ocorridos neste setor, passou-se a considerar outros campos para a análise do estado de saúde, como fatores sociais, econômicos e ambientais, entre outros (RIPSA, 2008).

Os indicadores servem para medir e informar quanto às características e proporções do estado de saúde, podendo ser utilizados também para a avaliação do sistema, além disso, a análise conjunta dos indicadores possibilita uma visão da situação sanitária e pode servir para o seu acompanhamento (RIPSA, 2008).

A expectativa de vida ao nascer é o indicador que mais sintetiza o quadro de saúde de uma população, pois é um indicador coletivo, que demonstra variáveis referentes à situação econômica, ineficiências de medidas do setor, causas externas, entre outras, que são determinantes na sobrevivência de idades distintas (PIOLA; VIANA, 2002).

A saúde depende da relação de vários fatores: níveis de renda, nutrição, saneamento básico e educação. Se todos esses fatores forem relativamente baixos, a saúde, mesmo sendo de acesso universal, terá sua capacidade limitada na elevação dos níveis de saúde de sua população (PIOLO; VIANA, 2002). Além disso, Piola e Viana (2002, p. 42) acrescentam que bons *scores* nessas variáveis determinam níveis de saúde melhores, independente da natureza e da forma de organização dos sistemas de saúde.

2.3 Estudos Anteriores

A fim de ampliar os conhecimentos sobre o desempenho no setor da saúde, foram pesquisados alguns estudos relacionados a esta temática. O quadro 2 demonstra alguns aspectos relevantes para a compreensão da abrangência do tema pesquisado.

Quadro 2 – Características dos estudos anteriores.

Autores	Amostras	Períodos	Métodos Aplicados	Variáveis Observadas	Fonte de Dados
Fonseca e Ferreira (2009)	Microrregiões do estado de Minas Gerais	2006	Análise Envoltória de Dados (DEA)	Recursos/ Insumos (<i>inputs</i>) e Produtos/ Serviços (<i>outputs</i>)	DATASUS
Varela, Martins e Fávero (2012)	Municípios do estado de São Paulo	2006	Análise Envoltória de Dados (DEA)	Recursos consumidos (<i>inputs</i>) e Produtos gerados (<i>outputs</i>)/ Variáveis não controláveis (ambiente)	SIA, SIAB e SIOPS
Andrett e Rosa (2015)	Os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal	2005 a 2014	Análise Envoltória de Dados (DEA)	Recursos (<i>inputs</i>) e Serviços/Assistência (<i>outputs</i>)	DATASUS e SISTN

Santos, Francisco e Gonçalves (2016)	Microrregiões do sudeste brasileiro	2008 a 2014	Análise Envoltória de Dados (DEA)	Recursos alocados (<i>inputs</i>) e Serviços oferecidos a sociedade (<i>outputs</i>)	Relatórios e Estatísticas do Ministério da Saúde - MS
--------------------------------------	-------------------------------------	-------------	-----------------------------------	--	---

Fonte: Kaveski, Mazzioni e Hein (2013), com adaptações.

Segundo Fonseca e Ferreira (2009) a maioria das microrregiões mineiras atingiu valores acima da média, quanto a otimização dos recursos com saúde, porém, observou-se que há uma desigualdade preocupante na gestão dos recursos dentro da região. Além disso, verificou-se que há brechas gerenciais que podem ser superadas através de políticas públicas executadas por meio da análise do próprio local.

É possível observar que os fatores ambientais e econômicos são bastante relevantes nos valores atingidos pelos municípios, ou seja, geralmente as regiões mais estruturadas alcançam desempenho maior em relação às regiões menos estruturadas, conforme é verificado por Varela, Martins e Fávero (2012). Os autores encontraram que há uma grande discrepância na alocação de recursos entre as regiões, que, muitas vezes, não necessita de incentivos para ser superada, apenas de uma observação do território.

O estudo de Andrett e Rosa (2015), analisou os Estados brasileiros e o DF, e, concluíram que apenas seis conseguem a maximização de aproveitamento dos recursos. Além disso, mesmo com avanços nos níveis de rendimento, entre os entes federativos, observa-se que a oferta de serviços por recurso utilizado é considerada mediana. Ademais, somente pouco mais da metade dos estados conseguem resultados maiores que a média, sendo que, mesmo o ano de 2014 ter atingido o maior nível de eficiência, no período de 2005 a 2014, a maior parte dos estados atingiu níveis insatisfatórios (ANDRETT; ROSA, 2015).

Santos, Francisco e Gonçalves (2016) objetivaram estudar a eficiência da alocação dos recursos públicos na atenção primária da saúde nas microrregiões do Sudeste do Brasil, verificando que nessas regiões o desempenho é considerado mediano, sendo que, o maior número de microrregiões eficientes se encontram no estado de São Paulo. Além disso, os autores notaram que há brechas gerenciais que podem ser supridas por intermédio de políticas públicas. Ademais, acrescentam que algumas microrregiões servem de referência para outras, o que sugere a importância de troca de experiências entre os gestores, que pode ser estimulada através de redes de relacionamento institucionais desenvolvidas pelo governo.

Contudo, observa-se nesses estudos que os resultados geralmente estão entre a média ou abaixo dela. Isso eleva a importância de estudos relacionados a análises mais específicas,

para que se verifiquem os fatores que influenciam no desempenho quanto à gestão dos recursos para a saúde pública.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Classificação da Pesquisa

Na construção do conhecimento do desempenho quanto ao gasto público em saúde, a pesquisa é descritiva e qualitativa, e, o procedimento apoiado é o documental.

A pesquisa descritiva procura evidenciar as particularidades do fenômeno que se pretende analisar (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Além disso, segundo Beuren (2008, p. 81): “Os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador”. Já o enfoque qualitativo possui como base fundamental a análise das ações dos seres humanos e suas instituições (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013) visto que, a pesquisa teve como base os dados relativos ao gasto público municipal com saúde no município e foram analisados, sem que haja manipulação do pesquisador, o presente estudo pode ser considerado como descritivo e qualitativo.

Na pesquisa documental, há uma maior variedade de fontes, podendo ser de primeira mão, quando o documento não passou por nenhum processo de análise ou de segunda mão, cujos relatórios de alguma forma já passaram por algum método de verificação (GIL, 2006).

Neste sentido, Andrade (2004, p. 29) comenta que a pesquisa documental se fundamenta no levantamento de documentos, escritos ou não, de primeira mão, isto é, que não se prestaram ainda, para o embasamento de uma pesquisa e que a coleta de dados para uma pesquisa documental poderá ser realizada em bibliotecas, mas o pesquisador deve recorrer também aos acervos de arquivos públicos ou particulares. Tendo em vista os conceitos apresentados pelos autores e a forma de coleta de dados deste trabalho, que se dará mediante documentos do acervo público, como, por exemplo, relatórios, esta pesquisa, quanto ao procedimento, é considerada documental.

3.2 Amostra, Coleta de Dados e Procedimentos Adotados

Para a pesquisa, analisou-se os percentuais de aplicação de recursos públicos e os indicadores de saúde estabelecidos e alcançados do município de Monte Alegre de Minas –

MG, dos períodos de 2013 a 2015, escolhidos pela compatibilidade da unidade de meta (percentual) dos indicadores desses anos.

Em relação a percentual de aplicação de recursos públicos, os dados utilizados foram obtidos através do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Este sistema apresenta um conjunto de indicadores gerados a partir das receitas e despesas do município com saúde, que nele também são evidenciadas (VARELA; MARTINS; FÁVERO, 2012). Seus indicadores servem para verificar questões relacionadas à aplicação dos recursos.

Já em relação aos indicadores de saúde pública utilizou-se como parâmetro os indicadores da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores dos anos de 2013, 2014 e 2015. Ao todo são 67 indicadores, sendo 32 indicadores universais, de natureza comum e obrigatória, e 30 indicadores específicos, de natureza obrigatória somente para os territórios que atendam as especialidades do indicador (DATASUS).

Dos indicadores foram selecionados 10, conforme quadro 3.

Quadro 3 – Objetivos e indicadores do Pacto escolhidos

Objetivo 1.1	Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.
Nº	Indicador
3	Cobertura de acompanhamentos das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família.
Objetivo 3.2	Organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.
Nº	Indicador
20	Proporção de parto normal.
Objetivo 7.1	Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.
35	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.
36	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
37	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose.
38	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
41	Percentual de municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
45	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes.
46	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.
Objetivo 7.2	Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no programa de aceleração do crescimento.
53	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.

Fonte: Elaborado pelo autor com base na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores dos anos de 2013, 2014 e 2015, disponibilizadas pelo DATASUS.

Os objetivos e indicadores acima apresentados foram escolhidos em razão de abranger a questão da ampliação, acessibilidade, acolhimento e resolutividade, e, promoção da saúde. O objetivo 7.1 foi o mais explorado por ter indicadores mais variados que tratam da proteção, da

recuperação, do acompanhamento e da vigilância sanitária, que representam passos antecedentes, atuais e posteriores importantes para a saúde da população.

Por fim, para que se possa conhecer o desempenho do município, é feita uma análise entre os índices relacionados à aplicação dos recursos e os índices pactuados alcançados, a fim de observar se o direcionamento e o montante de aplicação de recursos na saúde foram satisfatórios em relação ao alcance das metas estabelecidas pelo governo.

3.3 Limites da Pesquisa

Em relação aos aspectos utilizados para a realização deste estudo, observaram-se alguns limites: quanto à amostragem, que se restringiu ao município de Monte Alegre de Minas – MG, tornando o estudo bastante específico e não permitindo uma maior abrangência das conclusões.

Quanto ao instrumento de coletas de dados, que se limitou ao SIOPS, que é um sistema de caráter unicamente declaratório para os governos estaduais e municipais, tendo como base os demonstrativos contábeis, e, em hipótese alguma, seus dados são alterados pelo Ministério da Saúde, de forma a enaltecer a seguridade das informações aqui esclarecidas.

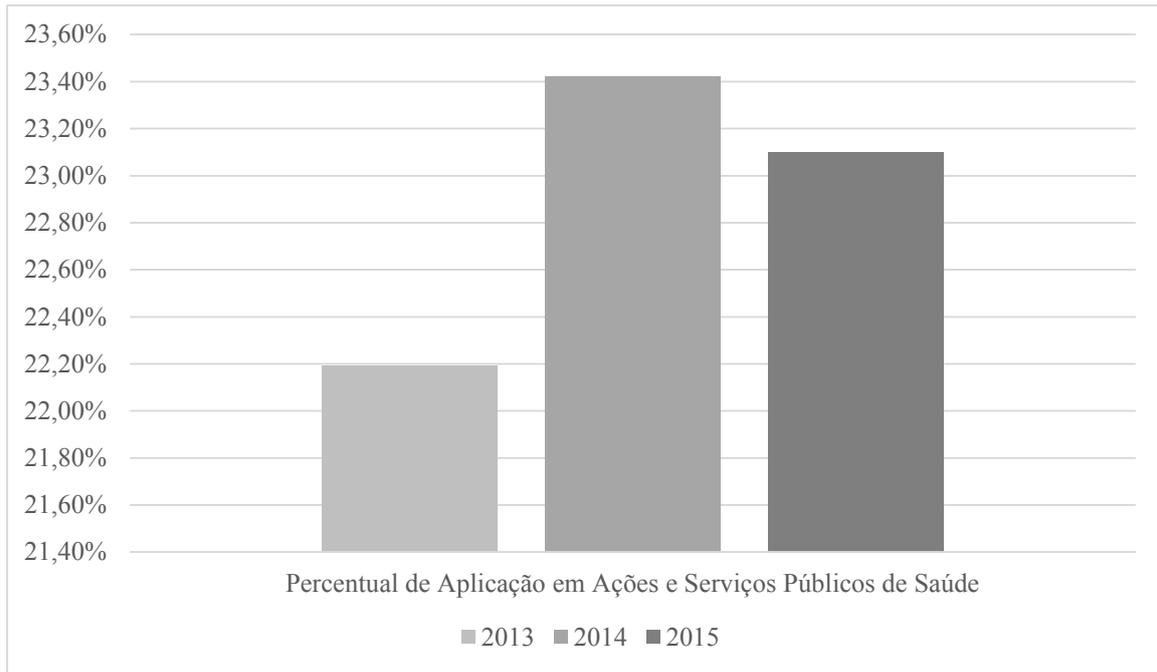
Quanto ao procedimento adotado para a análise do desempenho, que se baseou apenas em exigências legais, pois, além dos índices, há outras questões que evidenciam o desempenho no setor público, como, por exemplo, a satisfação dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde, e, o período analisado, compreendido pelos exercícios de 2013 a 2015, que poderá ser insuficiente para a total compreensão dos pontos que levaram o município a atingir os resultados encontrados.

3.4 Análise dos Resultados

No Brasil, é estabelecido o percentual de aplicação mínimo de recursos da saúde de 15% para os municípios (BRASIL, 2012), que conforme já citado na introdução os limites foram alterados a partir de 2017.

No gráfico 1 é demonstrado o percentual aplicado nos anos de 2013, 2014 e 2015 pela gestão do município de Monte Alegre de Minas – MG. Os dados foram coletados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde.

Gráfico 1 – Gastos Públicos com Saúde – Monte Alegre de Minas

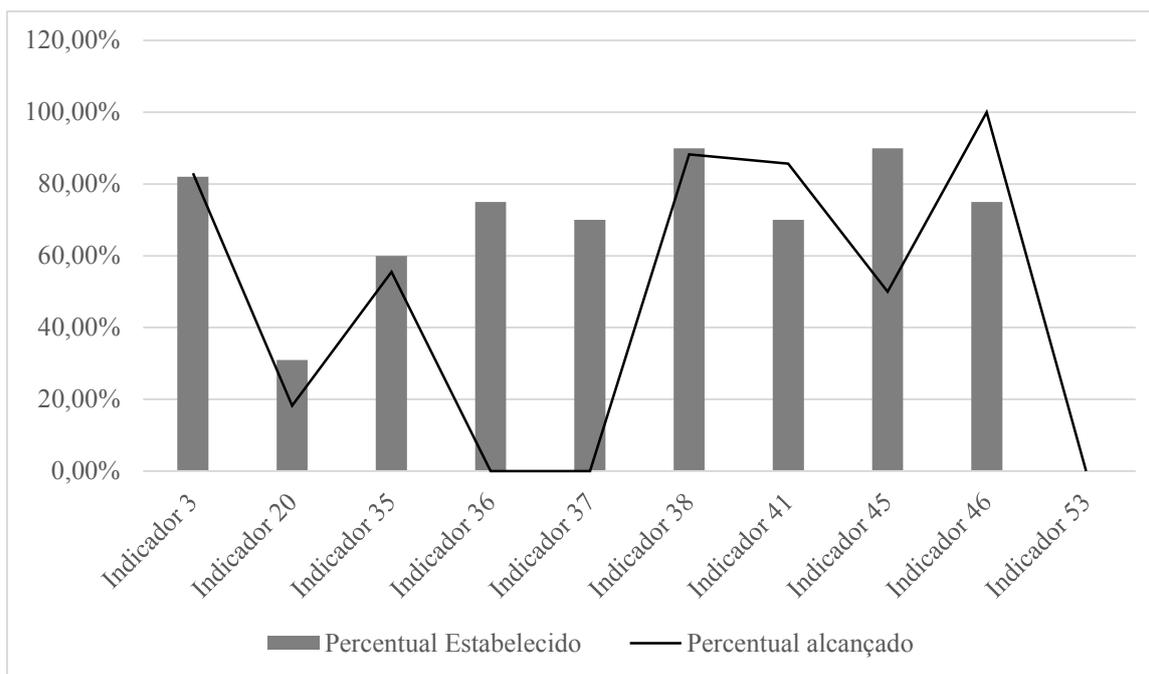


Fonte: Elaborado pelo autor com base nos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária do SIOPS dos anos de 2013, 2014 e 2015, disponibilizados pelo DATASUS.

Como pode ser observado no gráfico 1 nos três anos a aplicação de recursos durante o período analisado foi superior ao montante exigido por lei em todos os anos. Sendo que houve um aumento de 1,23% em relação aos anos de 2013 e 2014 e uma pequena queda de 0,32% em relação aos anos de 2014 e 2015.

Nos gráficos 2, 3 e 4 é demonstrado as metas estabelecidas para os 10 indicadores selecionados, para os anos de 2013, 2014 e 2015, e, os percentuais atingidos nesses anos, respectivamente.

Gráfico 2 – Indicadores e Metas do Pacto – Percentuais Estabelecidos e Alcançados em 2013



Fonte: Elaborado pelo autor com base na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores dos anos de 2013, disponibilizadas pelo DATASUS, e, nos resultados alcançados, disponibilizados pelos gestores públicos.

Já em relação aos percentuais dos indicadores de saúde estabelecidos para o período, no ano de 2013 (gráfico 2) a exigência variou de 60% a 90% na maioria dos indicadores, com exceção do indicador 20 (proporção de parto normal), que teve como exigência o percentual de 31%, entretanto esse percentual não foi alcançado (atingindo 18,27%) e o indicador 53 (ações de saneamento básico) que não houve nenhuma exigência e nenhuma ação referente a ele. Nota-se que esta ação foi negligenciada pela gestão de 2013.

Destaca-se que o indicador 46 que trata das visitas domiciliares de casos novos de hanseníase o percentual foi acima do estabelecido (superior em 25%) mostrando indícios de que houve casos novos desta doença. Em contrapartida o indicador 45 que trata de cura desta mesma enfermidade do indicador 46 não alcançou o percentual estabelecido de 90% (atingiu 50%).

Já os indicadores 36 e 37 que tratam do controle da tuberculose não houve nenhuma ação.

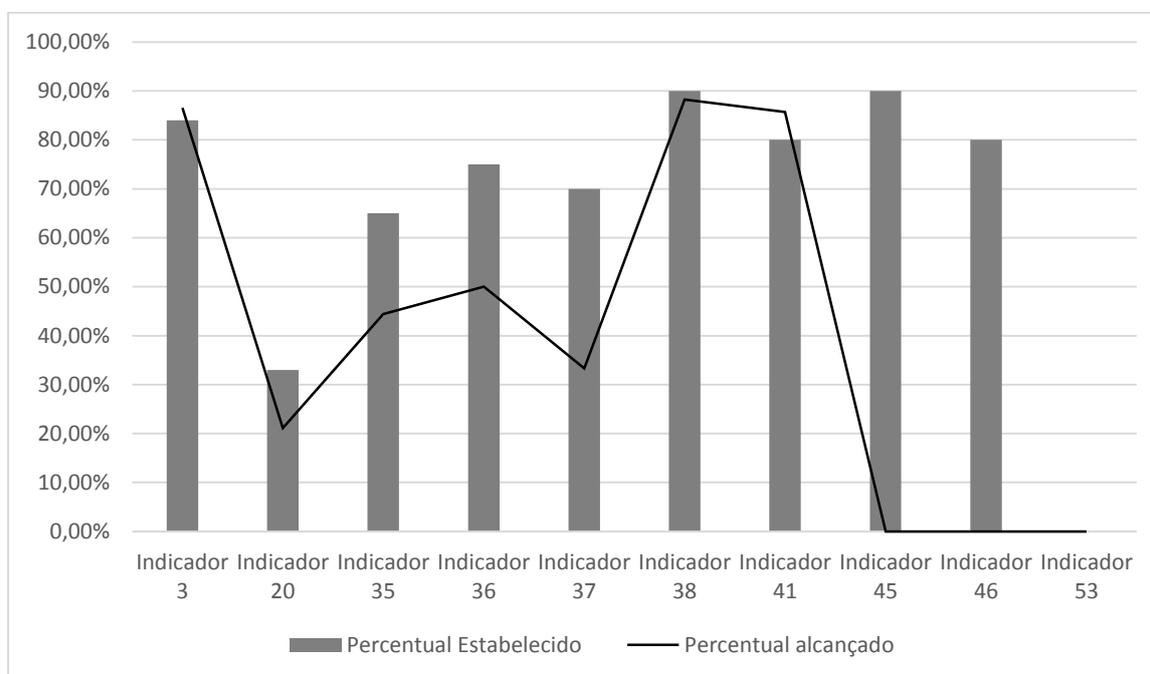
O indicador 41 que trata da vigilância sanitária teve desempenho acima da meta em 15,71%. Esse indicador é relevante pois mostra que ações estão sendo realizadas.

O indicador 3 que acompanha o Bolsa Família está dentro da meta estabelecida.

Nos anos de 2014 e 2015 (gráficos 3 e 4), essa tendência permaneceu de 60% a 90%, tendo que, houve um aumento de 5% no mínimo dessa variação nos dois anos e a exigência do indicador 20 continuou abaixo dos demais com um crescimento de 2% no primeiro ano e uma

baixa de 11% no segundo ano, já o indicador 53 começou a ser exigido apenas em 2015 com um percentual de 35%.

Gráfico 3 – Indicadores e Metas do Pacto – Percentuais Estabelecidos e Alcançados em 2014

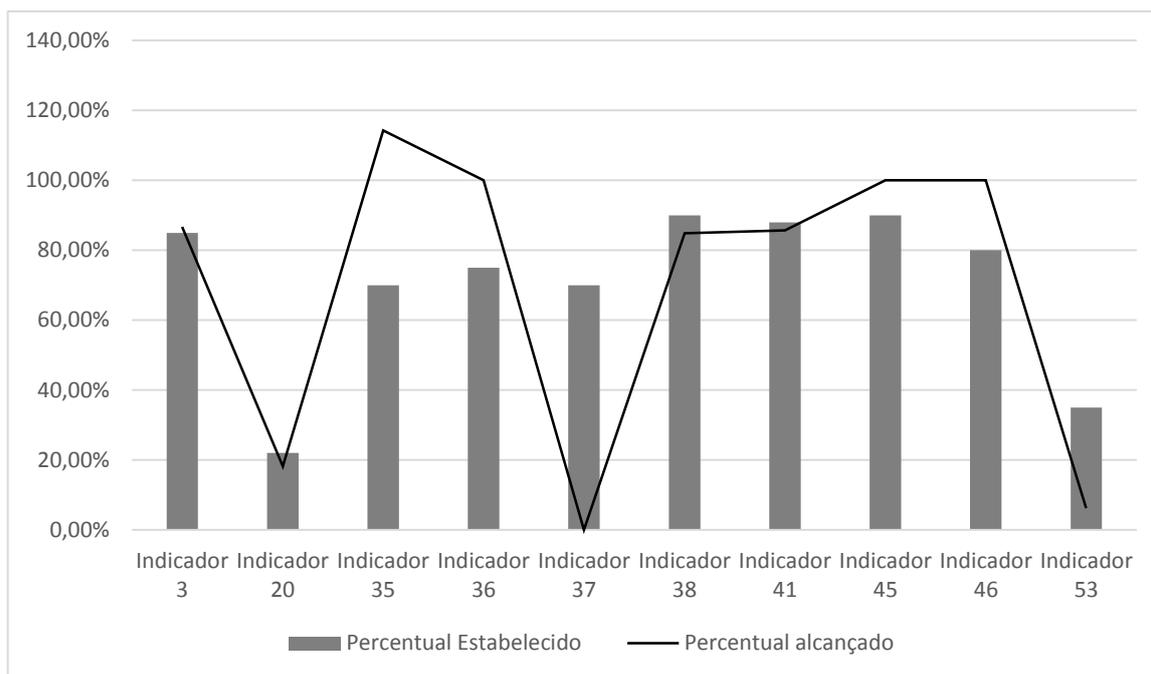


Fonte: Elaborado pelo autor com base na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores dos anos de 2014, disponibilizadas pelo DATASUS, e, nos resultados alcançados, disponibilizados pelos gestores públicos.

Já no ano de 2014 o número de indicadores que alcançaram a meta estabelecida caiu para 3, mantendo-se os mesmos, com exceção do indicador 46, que além de não atingir a meta, teve o pior resultado juntamente com o indicador 45, com percentual de alcance nulo para uma meta de 90% e 80%, respectivamente. Pode-se dizer que não foram realizadas ações preventivas quanto a hanseníase.

Ao comparar os anos de 2013 e 2014 pôde-se observar que no ano de 2013 os incentivos a cura e o acompanhamento dos casos de hanseníase foram maiores que os incentivos relacionados a tuberculose pulmonar, já no ano de 2014 acontece justamente o contrário. Esse fato pode ser justificado em razão de uma maior atenção aos casos com maiores necessidades. Porém, é necessário uma atenção para esse ponto, pois a falta de equilíbrio nos incentivos entre os casos pode ser prejudicial para a saúde da população em geral.

Gráfico 4 – Indicadores e Metas do Pacto – Percentuais Estabelecidos e Alcançados em 2015



Fonte: Elaborado pelo autor com base na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores dos anos de 2015, disponibilizadas pelo DATASUS, e, nos resultados alcançados, disponibilizados pelos gestores públicos.

O ano de 2015 teve o melhor desempenho em comparação aos anos anteriores, com 5 indicadores alcançados, entre eles, o indicador 3, 35, 36, 45 e 46. Com destaque para o indicador 35 (que trata da vacinação das crianças) que superou a meta em 44,29%. Essa ação é importante pois trata-se da prevenção de doenças. E para os indicadores 36, 45 e 46 com percentual acima da meta em 25%, 10%, 20%, respectivamente. O indicador 37 (que trata da tuberculose) teve o pior resultado com percentual nulo para uma meta de 70%.

No ano de 2015 foi possível perceber um maior equilíbrio entre os indicadores, principalmente no que se trata dos incentivos a hanseníase e a tuberculose pulmonar, onde observou-se que nesse anos os dois conseguiram resultados na questão da cura, diferente do que ocorreu nos anos de 2013 e 2014, ficando pendente ainda apenas a questão do acompanhamento, pois houve acompanhamento apenas dos casos de hanseníase.

Em relação ao comportamento dos indicadores, não foi observada nenhuma tendência entre eles, devido principalmente ser apenas três períodos. Além disso, a verificação de tendência seria possível através de uma pesquisa sobre as causas de cada meta, ou seja, fazer um confronto com a necessidade, por exemplo, os casos de tuberculose nos indicadores 36 e 37, o que pode ser aprofundado por outros estudos. Contudo, identificou-se que os fatores ambientais podem ser o grande determinante nos resultados atingidos, visto que ao analisar o indicador 35, referente a proporção de cobertura de vacinação básica da criança alcançada, nota-se uma discrepância muito grande entre os anos de 2014 e 2015.

Conforme observado na pesquisa de Varela, Martins e Fávero (2012), há uma grande influência dos fatores ambientais e econômicos, como foi visto na questão do indicador de vacinação. Além disso, também é percebido pelos autores, que as regiões menos estruturadas geralmente atingem menores resultados, o que é percebido pelo indicador 53, referente a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, devido ao sistema de saneamento básico ser uma realidade nova no município. Com isso, a análise dos autores fica aqui justificada, pois o município apresentou resultado nulo nos anos de 2013 e 2014, devido a inexistência do sistema de água, ou seja, a falta de estrutura levou ao menor resultado possível, começando a apresentar resultado, abaixo do estabelecido, apenas em 2015, com a implantação do sistema.

Ao comparar o montante de gastos públicos com saúde aos 10 indicadores analisados observou-se que no ano que houve maior aplicação de recursos foi o ano com menor número de indicadores atingidos, sendo que, o ano com menor aplicação de recursos obteve mais indicadores alcançados que esse ano, o que evidencia que não é o montante aplicado que determina o desempenho atingido e sim como esse montante é administrado a fim de atingir as necessidades de saúde da população.

Dos dados obtidos na pesquisa pôde-se perceber que os recursos públicos com saúde não foram alocados de forma a conseguir bons resultados em relação aos indicadores de saúde, uma vez que houve um grande dispêndio de recursos, porém, apenas o indicador 3, que apesar de não ter sido destaque em nenhum ano, manteve resultados satisfatórios ao longo do tempo, enquanto que, os outros tiveram resultados inconstantes.

Vale ressaltar que, o princípio não está em julgar os caminhos adotados pelas gestões públicas, mas sim em entender como os gastos públicos, amparados em leis orçamentárias, estão sendo destinados as deficiências mais acentuadas, tendo em vista o benefício da própria população local.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desse estudo pode-se perceber também que o montante de recursos aplicados na saúde não é um fator determinante na obtenção de resultados, ou seja, pode-se inferir que é o problema na saúde pública está na gestão e não nos recursos. Visto que em todo o setor de saúde, foi aplicado um montante superior ao determinado por lei em todos os anos, mas pela amostragem estudada nem sempre foi atingido as metas dos indicadores. Com isso,

há indícios que o financiamento da saúde não pode ser utilizado para a análise de desempenho por si só.

Além do mais sugere-se que os gestores não observem tão somente os indicadores apresentados nessa pesquisa, mas também outros indicadores que são fornecidos pelo banco de dados do Ministério da Saúde, a fim de verificar como se encontra o fator saúde de sua população, quais pontos merecem maior atenção e assim otimizar os recursos públicos em direção a esses aspectos. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde possui uma gama de indicadores de saúde, porém, pouco explorada para o planejamento da gestão, conforme constatado também nesse trabalho.

Apesar do montante aplicado em saúde não ser sozinho o fator determinante no desempenho, questiona-se que seja a forma em que ele é distribuído que influencia nos resultados. Com isso sugere-se que seja estudado também em futuras pesquisas o montante de aplicação separadamente, ou seja, que se verifique o montante aplicado em cada setor da saúde e relacioná-los aos indicadores referente a esses setores, para que se possa concluir se realmente os incentivos direcionados aos setores mais deficientes alavancam seus resultados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ANDRETTI, M. C. S.; ROSA, F. S. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: estudo sobre o desempenho de estados brasileiros. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22, 2015, Foz do Iguaçu. **Anais ...** Foz do Iguaçu, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1998.

_____. Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

_____. Artigo nº 7 da Lei 8.080, 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 95, 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 2016.

BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**. 3ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 de jul. 2017.

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde e Sociedade**. v. 18, n. 2, p. 199-213, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2004.

KAVESKI, I. D. S.; MAZZIONI, S.; HEIN, N. A eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise dos municípios do oeste catarinense. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**. v. 2, n. 2, p. 53-84, 2013.

LEITE; V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1849-1856, 2012.

LIMA, N. **Alocação de recursos próprios pelos municípios mineiros na saúde pública**. 2016. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Faculdade de Ciências Contábeis, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

MS – Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **SUS 20 anos: a saúde do Brasil**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20anos_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Assessoria de Comunicação. **Cartilha Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilhaentendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 24 de jun. de 2017.

_____. Comissão Intergestores Tripartite. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Caderno%20de%20indicadores2016.pdf>>. Acesso em: 15 de jul. de 2017.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. 3ed. Brasília: Ipea, Série Ipea, n. 149, 2002.

RIPSA - REDE Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 15 de jul. de 2017.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. L. **Metodologia da pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, L. M.; FRANCISCO, J. R. S.; GONÇALVES, M. A. Controle na alocação de recursos na saúde pública: uma análise nas microrregiões do sudeste brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**. v. 8, n. 2, p. 119-130, abr./jun. 2016.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

VARELA, P. S.; MARTINS, G. A.; FÁVERO, L. P. L. Desempenho dos municípios paulistas: uma avaliação de eficiência da atenção básica à saúde. **Revista de Administração**. v. 47, n. 4, p. 624-637, out./dez. 2012