



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
VI Curso de Especialização em Auditoria de Sistema e
Serviços de Saúde

CARLOS FREDERICO SOTHER BANDEIRA DE MELO

**Análise dos gastos per capita em saúde nos municípios de Recife-
PE e Salvador-BA e seu reflexo sobre os principais indicadores de
saúde, no período de 2005 a 2010.**

SALVADOR

2012

CARLOS FREDERICO SOTHER BANDEIRA DE MELO

Análise dos gastos per capita em saúde nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA e seu reflexo sobre os principais indicadores de saúde, no período de 2005 a 2010.

Monografia apresentada, como requisito para aprovação do VI Curso de Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ester de Souza Costa

SALVADOR

2012

Bandeira de Melo, Carlos Frederico Sother

Análise dos gastos públicos per capita em saúde nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA e seu reflexo sobre os principais indicadores de saúde, no período de 2005 a 2010 / Carlos Frederico Sother Bandeira de Melo. - Salvador, 2012. - 60 f.

Monografia – Universidade Federal da Bahia

Monogra. Auditoria em Sistema e Serviços de Saúde

Orientador. Prof^ª Dr^ª Ester de Souza Costa

1. Gastos per capita em saúde 2. Indicadores de Saúde 3. Taxa de Mortalidade

I. Bandeira de Melo, Carlos Frederico Sother II. Análise dos gastos públicos per capita em saúde nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA e seu reflexo sobre os principais indicadores de saúde, no período de 2005 a 2010

CARLOS FREDERICO SOTHER BANDEIRA DE MELO

Análise dos gastos per capita em saúde nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA e seu reflexo sobre os principais indicadores de saúde, no período de 2005 a 2010.

Monografia aprovada como requisito para a obtenção do grau de Especialista em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA, em Salvador - Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Aprovada em 16 de junho de 2012

BANCA EXAMINADORA

1º EXAMINADOR:

2º EXAMINADOR:

3º EXAMINADOR:

*O nascer do sol na estrada atrás
O pôr do sol na estrada à frente
Não há nada que pare você agora
Nada pode parar você agora
Geddy Lee*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Prof^a Ester de Souza Costa, pela oportunidade de participar do VI Curso de Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde, da Universidade Federal da Bahia e por todo o seu esforço e dedicação, sem os quais não seria possível a realização desse curso.

Agradeço a toda a turma do VI Curso de Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde, da Universidade Federal da Bahia, pelo seu compromisso com o curso e pela enriquecedora troca de informações que possibilitaram a realização desse trabalho.

Agradeço aos meus amigos Valdeci Godoy, Fátima Godoy e Deyvison Freire, que ajudaram a me manter firme nas aulas do curso no momento em que me mudei de Salvador para Recife. Eles me ofereceram as condições físicas e toda a infraestrutura necessária para que eu pudesse continuar o aprendizado empregado na construção deste trabalho.

Agradeço ao meu amigo Luiz Antunes de Souza Filho, que me ajudou com sua expertise sobre o Sistema Único de Saúde na obtenção de algumas informações indispensáveis para a realização deste estudo.

E, finalmente, agradeço a minha família, a minha mulher e aos meus três filhos, Arthur, Gabriel e Vinícius, pela compreensão acerca dos finais de semana que foram interrompidos ao longo desse ano, durante a realização do curso. A minha mulher, Catarina Bandeira de Melo, gostaria de registrar que sem o seu apoio não seria possível a realização desse trabalho. Ela foi fundamental para que tudo fosse finalizado, assim como, é fundamental na minha vida; minha principal motivação e fonte de inspiração para tudo o que eu faço.

ABSTRACT

This study presents the results of the analysis of the relationship between public spending per capita on health and some of the key indicators of population health, among them, the rate of fetal and infant mortality, the maternal mortality rate for women of childbearing age (WCA) and the overall mortality rate of the population in the cities of Salvador and Recife, Pernambuco, Bahia. To conduct the study we used the method of literature review, descriptive and quantitative approach. The bibliographic research was conducted by research in the database of the Ministry of Health (DataSUS) SIOPS the financial statements and the site of IBGE. The study began in October 2011 and was finalized on May 20, 2012. The study period was from 2005 to 2010, and all information relating to public expenditure per capita and mortality rates were grouped into tables and their annual changes calculated with the aid of the Excel application, Microsoft. Moreover, for a better view of the behavior of the variables in the study period, the main tables are presented with graphics aids. The study reveals that higher per capita health spending produce better results in controlling and reducing maternal mortality rates, fetal and infant, however, can not establish a direct relationship between increased spending and the reduction of such fees. In relation to overall mortality rate, contrary to what we imagined, this indicator proved to be very sensitive to positive changes in public spending per capita on health. I also noticed that Salvador, though, will spend more proportionately over the period, still has a level of per capita health spending of less than Recife, which in turn was more effective in controlling and reducing maternal mortality rates, fetal and infant. Regarding the overall mortality rate, Salvador, even with a lower per capita spending has much better results than Recife.

Keywords: Health, Public Expenditure, Per capita, Mortality Rate.

RESUMO

Este estudo apresenta o resultado da análise da relação existente entre os gastos públicos per capita em saúde e alguns dos principais indicadores de saúde da população, sendo eles, a taxa de mortalidade infantil e fetal, a taxa de mortalidade materna para mulheres em idade fértil (MIF) e a taxa de mortalidade geral da população nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA. Para a realização do trabalho foi utilizado o método de revisão bibliográfica, descritivo e com abordagem quantitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado através da pesquisa realizada na fonte de dados do Ministério da Saúde (DataSUS), dos demonstrativos financeiros do SIOPS e no site do IBGE. O estudo teve início em outubro de 2011 tendo sido finalizado em 20 de maio de 2012. O período analisado foi de 2005 a 2010, e todas as informações referentes ao gasto público per capita e as taxas de mortalidade foram agrupadas em tabelas e suas variações anuais calculadas com o auxílio do aplicativo Excel, da Microsoft. Além disso, para uma melhor visualização do comportamento das variáveis no período do estudo, as principais tabelas se apresentam com gráficos auxiliares. O estudo revela que maiores gastos per capita em saúde produzem melhores resultados no controle e redução das taxas de mortalidade materna, infantil e fetal, no entanto, não é possível estabelecer uma relação diretamente proporcional entre o aumento dos gastos e a redução dessas taxas. Já em relação a taxa de mortalidade geral, ao contrário do que se podia imaginar, esse indicador mostrou-se muito pouco sensível às variações positivas no gasto público per capita em saúde. Verificou-se também que Salvador, muito embora, venha gastando mais proporcionalmente ao longo do período, ainda tem um nível de gasto per capita com saúde inferior a Recife, que por sua vez revelou-se mais eficiente no controle e redução das taxas de mortalidade materna, infantil e fetal. Já em relação à taxa de mortalidade geral, Salvador, mesmo com um gasto per capita menor apresenta resultados bem melhores do que Recife.

Palavras-chave: Saúde, Gasto Público, Per capita, Taxa de Mortalidade.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura 1. Localização dos Municípios.....	30
Gráfico 1. Município: Recife-PE – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Infantil.....	44
Gráfico 1.1. Município: Recife-PE – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil.....	44
Gráfico 2. Município: Recife-PE – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	45
Gráfico 3. Município: Salvador-BA – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Infantil.....	46
Gráfico 3.1. Município: Salvador-BA – Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil.....	46
Gráfico 4. Município: Salvador-BA – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	47
Gráfico 5. Município: Recife-PE – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	47
Gráfico 5.1. Município: Recife-PE – Evolução da Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	48
Gráfico 6. Município: Recife-PE – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	48
Gráfico 7. Município: Salvador-BA – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	49
Gráfico 7.1. Município: Salvador-BA – Evolução da Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	49
Gráfico 8. Município: Salvador-BA – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	50
Gráfico 9. Município: Recife-PE – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Geral.....	51
Gráfico 9.1. Município: Recife-PE – Evolução da Taxa de Mortalidade Geral.....	51

Gráfico 10. Município: Recife-PE – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Geral.....	52
Gráfico 11. Salvador-BA – Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde com a Taxa de Mortalidade Geral.....	52
Gráfico 11.1. Município: Salvador-BA – Evolução da Taxa de Mortalidade Geral.....	53
Gráfico 12. Município: Salvador-BA – Comparativo das Variações Percentuais dos Gastos Per Capita e Taxa de Mortalidade Geral.....	53
Gráfico 13. Comparativo da Evolução dos Gastos Per Capita em Saúde entre os municípios de Recife-PE e Salvador-BA.....	54
Gráfico 14. Comparativo das Variações dos Gastos Per Capita em Saúde entre os municípios de Recife-PE e Salvador-BA.....	55
Gráfico 15. Comparativo das Taxas de Mortalidade Infantil e Fetal.....	60
Gráfico 16. Comparativo das Taxas de Mortalidade Materna - MIF.....	60
Gráfico 17. Comparativo das Taxas de Mortalidade Geral.....	60
Quadro 1. Comparativo da Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde.....	35
Quadro 2. Comparativo das Taxas de Mortalidade Infantil e Fetal.....	36
Quadro 3. Comparativo das Taxas de Mortalidade Materna - MIF.....	37
Quadro 4. Comparativo das Taxas de Mortalidade Geral.....	38
Tabela 1. Município: Recife-PE – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	44
Tabela 2. Município: Recife-PE – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	45
Tabela 3. Município: Salvador-BA – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	45
Tabela 4. Município: Salvador-BA – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	46
Tabela 5. Município: Recife-PE – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	47
Tabela 6. Município: Recife-PE – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	48

Tabela 7. Município: Salvador-BA – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	49
Tabela 8. Município: Salvador-BA – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Materna - MIF.....	50
Tabela 9. Município: Recife-PE – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Geral.....	50
Tabela 10. Município: Recife-PE – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Geral.....	51
Tabela 11. Município: Salvador-BA – Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Geral.....	52
Tabela 12. Município: Salvador-BA – $\Delta\%$ Gasto Público Per Capita x $\Delta\%$ Taxa de Mortalidade Geral.....	53
Tabela 13. Comparativo dos Gastos Per Capita em Saúde: Recife-PE x Salvador-BA.....	54
Tabela 14. Comparativo das Variações dos Gastos Per Capita em Saúde: Recife-PE x Salvador-BA.....	55
Tabela 15. Município: Recife-PE – Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde.....	56
Tabela 16. Município: Salvador-BA – Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde.....	56
Tabela 17. Município: Recife-PE – Mortalidade Infantil e Fetal- todas as causas.....	56
Tabela 18. Município: Salvador-BA – Mortalidade Infantil e Fetal- todas as causas.....	57
Tabela 19. Município: Recife-PE – Mortalidade Materna - óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).....	57
Tabela 20. Município: Salvador-BA – Mortalidade Materna - óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).....	57
Tabela 21. Município: Recife-PE – Mortalidade Geral.....	58
Tabela 22. Município: Salvador-BA – Mortalidade Geral.....	58
Tabela 23. Municípios Recife-PE e Salvador BA: Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal.....	59
Tabela 24. Municípios Recife-PE e Salvador BA: Taxa de Mortalidade Materna – MIF.....	59

Tabela 25. Municípios Recife-PE e Salvador BA: Taxa de Mortalidade Geral..... 59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BA – Bahia

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CGU – Controladoria Geral da União

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DASIS – Departamento de Análise da Situação de Saúde

DIREs – Diretorias Regionais de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde

MIF – Mulheres em Idade Fértil

MS – Ministério da Saúde

PE – Pernambuco

PIB – Produto Interno Bruto

SEGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SNA – Sistema Nacional de Auditoria

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TAS – Termo de Ajuste Sanitário

TCE – Tomada de Contas Especial

TCU – Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

ABSTRACT.....	6
RESUMO.....	7
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS.....	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3. OBJETIVO.....	26
3.1. Objetivo Geral.....	26
3.2. Objetivos Específicos.....	26
4. METODOLOGIA.....	27
4.1. Tipologia.....	28
4.2. Universo e Caracterização da Amostra.....	30
4.3. Levantamento de Dados.....	31
4.3.1. Variáveis Principais.....	31
4.3.2. Variáveis Auxiliares.....	32
4.3.3. Periodização dos Dados.....	32
4.3.4. Cálculos com Variáveis.....	32
4.4. Caracterização dos Municípios.....	33
4.5. Processo de Análise dos Dados.....	34
4.6. Aspectos Legais.....	34
5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	35
6. CONCLUSÃO.....	39
7. REFERÊNCIAS.....	41
7. APÊNDICE A.....	43
ANEXOS.....	56
Anexo I – Fontes dos Dados Primários.....	56
Anexo II – Tabelas Comparativas.....	59
Anexo III – Gráficos Comparativos dos Indicadores de Saúde.....	60
Anexo IV – Sistemas e Aplicativos Relacionados ao SUS.....	61

1. INTRODUÇÃO

Desde que o Estado decidiu expandir o sistema de atenção à saúde para toda a população do País, estabelecendo na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, 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.”, e, posteriormente, com a criação do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), reafirmando em seu Capítulo II, da Lei de Criação do SUS, no seu Art. 7º, dos seus Princípios e Diretrizes, que: As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), obedecendo dentre outros os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- III - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- IV - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

O governo, em todas as suas esferas, tem se deparado com o difícil desafio de equilibrar o orçamento público para os gastos em saúde às necessidades de atenção da população, que são cada vez mais crescentes. Para Ferraz, O, e Viera, F, (2008, p.16):

O descompasso entre as necessidades de saúde da população sempre crescentes e os custos para atendê-las cada vez maiores tornam o problema da escassez de recursos ainda mais complexo e difícil, e a determinação do conteúdo do direito à saúde mais delicada.

Num contexto ainda mais amplo de atenção à saúde, no âmbito do Art. 3º, da Lei 8.080/90, e seu Parágrafo Único:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Para Szymczak, V, e Pires, A, (2006, p.18): “as necessidades físicas, psíquicas e sociais são crescentes na sociedade brasileira, que se modificam e se sofisticam, conforme a evolução tecnológica da própria medicina. Mesmo em países com situação econômica mais privilegiada e estável, contrapõem-se à inexistência de recursos suficientes destinados a satisfazer as necessidades da população no que concerne à saúde, revelando uma situação preocupante em relação à questão da medicina, tanto no setor público como no privado, fazendo com que a população não tenha a garantia de acesso a recursos tecnológicos que podem fazer uma grande diferença no seu tratamento”.

Por outro lado, tanto os Estados quanto os municípios possuem restrições orçamentárias severas diante do modelo de financiamento atualmente adotado para o SUS, razão pela qual faz-se necessário analisar como o orçamento público destinado ao Sistema Único de Saúde tem efetivamente atuado sobre os principais indicadores de saúde da população.

Tal investigação, no âmbito da auditoria do SUS¹ demonstra-se extremamente complexa, haja vista a grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas, analisadas e interpretadas, sobretudo devido à responsabilidade em razão dos muitos interesses envolvidos quando o foco se trata de auditoria em saúde.

Dessa maneira, considerando serem atribuições do SNA², conforme o previsto no Art. 2º do Decreto Presidencial de 1.651, de 28 de setembro de 1995*, que: exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades dentre outras: controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

E, ainda, em seu Art. 3º que: para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá: à análise:

- a) do contexto normativo referente ao SUS;
- b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- e) de indicadores de morbi-mortalidade;
- f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
- g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
- h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

¹ SUS, Sistema Único de Saúde.

² SNA, Sistema Nacional de Auditoria

* republicada no Diário Oficial de nº 189, em 02/10/95.

- i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
 - j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
 - l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- II - à verificação:
- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais;
 - b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;
- III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação; ao Ministério Público, se verificada a prática de crime; e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Não há como deixar de reconhecer a importância do trabalho do auditor em saúde e do SNA, no âmbito da análise da eficiência do emprego dos recursos financeiros em saúde, a responsabilidade sobre a verificação dos resultados dos gastos sobre os principais indicadores de saúde da população, especialmente considerando as dimensões de um País que é continental e toda a gama de diversidades sócio-econômico e culturais das populações dos seus Estados e municípios, como é o caso do Brasil.

Para Barros de Melo, M, e Vaitsman, J, (2008, p.3): “A proposição do SNA é de complementar as outras instâncias do controle e regulação, fazer levantamento das principais carências, estimar o impacto das ações de saúde e traçar o perfil de utilização dos serviços para as mudanças necessárias no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde”.

Conforme definição (BRASIL 2011) em relação uma das finalidades de auditoria aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde.

É justamente nesse contexto que se aprofundará a análise acerca dos municípios de Recife-PE e Salvador-BA, analisando, sob a ótica do auditor em saúde, os resultados alcançados sobre os indicadores de mortalidade desses municípios, comparativamente aos gastos per capita com a saúde das populações, buscando identificar a existência ou não de uma correlação entre os gastos e as taxas de mortalidade.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo BRASIL (2000) a Auditoria de Natureza Operacional consiste na avaliação sistemática dos programas, projetos, atividades e sistemas governamentais.

A Auditoria de Natureza Operacional abrange duas modalidades: a auditoria de desempenho operacional e a avaliação de programa.

O objetivo da auditoria de desempenho operacional é examinar a ação governamental quanto aos aspectos da economicidade, eficiência e eficácia, enquanto a avaliação de programa busca examinar a efetividade dos programas e projetos governamentais. (Brasil, 2000).

A economicidade é a minimização dos custos dos recursos utilizados na consecução de uma atividade, sem comprometimento dos padrões de qualidade (ISSAI 3000/1.5, 2004).

A eficiência é definida como a relação entre os produtos (bens e serviços) gerados por uma atividade e os custos dos insumos empregados para produzi-los, em um determinado período de tempo, mantidos os padrões de qualidade. Essa dimensão refere-se ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos. Pode ser examinada sob duas perspectivas: minimização do custo total ou dos meios necessários para obter a mesma quantidade e qualidade de produto; ou otimização da combinação de insumos para maximizar o produto quando o gasto total está previamente fixado (COHEN; FRANCO, 1993).

A eficácia é definida como o grau de alcance das metas programadas (bens e serviços) em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados (COHEN; FRANCO, 1993).

A efetividade se refere ao alcance dos resultados pretendidos, a médio e longo prazo. Refere-se à relação entre os resultados de uma intervenção ou programa, em termos de efeitos sobre a população-alvo (impactos observados), e os objetivos pretendidos (impactos esperados), traduzidos pelos objetivos finalísticos da intervenção. Trata-se de verificar a ocorrência de mudanças na população-alvo que se poderia razoavelmente atribuir às ações do programa avaliado (COHEN; FRANCO, 1993).

A avaliação da efetividade pressupõe que bens e/ou serviços foram ofertados de acordo com o previsto. O exame da efetividade ou avaliação de impacto requer tratamento metodológico específico que busca estabelecer a relação de causalidade entre as variáveis do programa e os efeitos observados, comparando-os com uma estimativa do que aconteceria caso o programa não existisse (ISSAI 3000/1.7, 2004).

Outras dimensões de desempenho podem abordar aspectos como a qualidade dos serviços, o grau de adequação dos resultados dos programas às necessidades das clientelas (geração de valor público), equidade na distribuição de bens e serviços podem ser tratados em auditorias operacionais com o objetivo de subsidiar a *accountability* de desempenho da ação governamental.

Segundo BRASIL (2010) o exame da equidade, que pode ser derivado da dimensão de efetividade da política pública, baseia-se no princípio que reconhece a diferença entre os indivíduos e a necessidade de tratamento diferenciado. Segundo Rawls (apud COHEN; FRANCO, 1993, p. 25), “para proporcionar uma autêntica igualdade de oportunidades a sociedade deve atender mais aos nascidos com menos dotes e aos nascidos em setores socialmente menos favorecidos”. Ainda segundo Rawls (apud MEDEIROS, 1999), o tratamento desigual é justo quando é benéfico ao indivíduo mais carente - desigualdade justa. Promover a equidade é garantir as condições para que todos tenham acesso ao exercício de seus direitos civis (liberdade de expressão, de acesso à informação, de associação, de voto, igualdade entre gêneros), políticos e sociais (saúde, educação, moradia, segurança). Portanto, as políticas públicas de proteção e de desenvolvimento social têm papel fundamental na construção da equidade.

O exame da equidade poderá envolver, por exemplo, a investigação dos critérios de alocação de recursos vis-à-vis à distribuição espacial e o perfil socioeconômico da população-alvo; as estratégias adotadas pelo gestor público para adequar a oferta de serviços ou benefícios às diferentes necessidades do público-alvo; ou o exame do impacto diferenciado decorrente da implementação da política pública.

As auditorias operacionais possuem características próprias devido à variedade e complexidade das questões tratadas, maior flexibilidade na escolha de temas, objetos de auditoria, métodos de trabalho e forma de comunicar as conclusões. Empregam ampla seleção de métodos de avaliação e investigação de diferentes áreas do conhecimento, em especial das ciências sociais (ISSAI 3000/1.2, 2.2, 2004; ISSAI 400/4,21, 2001). Além disso, essa modalidade de auditoria requer do auditor flexibilidade, imaginação e capacidade analítica (ISSAI 3000/1.8, 2004).

Nas auditorias operacionais, o relatório trata da economicidade e da eficiência na aquisição e aplicação dos recursos da eficácia e da efetividade dos resultados alcançados. Tais relatórios podem variar consideravelmente em escopo e natureza, informando, por exemplo, sobre a adequada aplicação dos recursos, sobre o impacto de políticas e programas e recomendando mudanças destinadas a aperfeiçoar a gestão (ISSAI 400/2-3, 2001).

Dados sobre desempenho são fundamentais para a avaliação dos aspectos da economicidade, eficiência, eficácia e efetividade do objeto da auditoria. O uso de indicadores de desempenho para aferir os resultados alcançados pelos gestores é preconizado pelas doutrinas de gerenciamento voltado para resultados. O Ministério do Planejamento estabelece que para cada programa finalístico é obrigatório haver ao menos um indicador. Para os programas de apoio às políticas públicas e áreas especiais, a presença de indicadores é facultativa (BRASIL, 2008). Embora ocupe posição central no planejamento de auditoria, a produção de informações sobre desempenho pelo gestor pode enfrentar os seguintes problemas: a) dificuldade de desenvolver indicadores de desempenho a partir de objetivos definidos de forma imprecisa; b) sistemas de informação inadequados ou pouco confiáveis; c) efeito de fatores externos sobre o desempenho de programas, dificultando a identificação dos resultados diretamente atribuíveis às ações e às políticas específicas; d) dificuldade de mensurar produtos não homogêneos; e) dificuldade de incorporar a dimensão qualitativa nos indicadores de desempenho; f) necessidade de múltiplos indicadores para se obter um quadro da eficiência e da efetividade de um programa.

Segundo BRASIL (2011) Auditoria: é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde.

Desta forma constituem objeto do exame de auditoria entre outros: a aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde a entidades públicas, filantrópicas e privadas; a aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde às secretarias estaduais e municipais de saúde; a gestão e a execução dos planos e programas de saúde do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde que envolvam recursos públicos, observando os seguintes aspectos: organização; cobertura assistencial; perfil epidemiológico; quadro nosológico; resolubilidade/resolutividade; eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestada à saúde;

Destaque-se das formas de operacionalização da auditoria, de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam como definidas em BRASIL 2011, a **auditoria operacional** – que avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade.

Em relação às fases da Auditoria está prevista a fase analítica onde a equipe dentre outras atividades análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, que permitam subsidiar e orientar a fase operativa (SIM³, SINASC⁴, SIA⁵, SIH⁶, SIAB⁷ e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise, deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo um melhor planejamento da fase operativa da auditoria.

Observa-se nesta mesma orientação básica que a fase operativa Consiste na verificação *in loco* das ações, com exame direto dos fatos e situações, tendo por objetivo sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde.

A essência da fase operativa é a busca de evidências que permitem ao auditor formar convicção sobre os fatos. As evidências são as informações que fundamentam os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e a análise de dados é um processo contínuo, que inclui a coleta e a reunião de documentos comprobatórios dos fatos observados, cuja análise e interpretação têm como objetivo fundamentar o posicionamento da equipe de auditoria sobre os fatos auditados. As evidências validam o trabalho do auditor, sendo consideradas satisfatórias quando reúnem as características de suficiência, adequação e pertinência.

Como objeto de análise de resultados nas auditorias conforme BRASIL (2011) destaca-se: indicadores e parâmetros da atenção; avaliação do grau de satisfação dos usuários; aspectos relativos à estrutura/funcionalidade.

O Termo de Ajuste Sanitário (TAS) é um instrumento que tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS e às falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário público. A Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e

³ SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade.

⁴ SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

⁵ SAI – Sistema de Informações Ambulatoriais.

⁶ SIH – Sistema de Informação Hospitalar

⁷ SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e o respectivo monitoramento e controle, estabeleceu no artigo 38 o Termo de Ajuste Sanitário. O TAS é um instrumento a ser formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema. Após ampla discussão nos Grupos Técnicos da Câmara Técnica da CIT⁸, com a participação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), representada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), sobre a regulamentação do TAS, em setembro de 2009, foi publicada a Portaria MS/GM nº 2.046, regulamentando esse instrumento de gestão. Além das portarias de estabelecimento do TAS e de sua regulamentação, foram editadas as seguintes portarias:

- Portaria MS/GM nº 2.642, de 28 de outubro de 2009, sobre prorrogação por 90 dias do prazo previsto para manifestação do gestor junto ao respectivo fundo de saúde sobre o interesse na celebração do TAS;

- Portaria MS/GM nº 344, de 22 de fevereiro de 2010, designando competência ao Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS para firmar o Termo de Ajuste Sanitário junto aos gestores das esferas de governo estaduais, municipais e do Distrito Federal;

- RETIFICAÇÃO publicada no Diário Oficial da União nº 53, de 19 de março de 2010, estabelecendo que o órgão competente do SNA sobrestará o processo de auditoria quando for celebrado o TAS, apenas em relação às constatações que incidirem sua aplicação;

- Portaria MS/GM nº 768, de 13 de abril de 2011, alterando o artigo 2º e seu § 1º; inciso I do artigo 4º; inciso IV do artigo 5º; artigo 9º e seu parágrafo único; artigo 12; e, artigo 15 e seu § 1º.

Consiste na necessidade de conferir eficácia e qualidade ao processo de descentralização, organização e gestão das ações e dos serviços do SUS, assim como de consolidar os compromissos e as responsabilidades sanitárias dos gestores das três esferas de governo.

A essência do TAS é recompor o valor aplicado indevidamente e redirecioná-lo para as finalidades a que se destinava, no caso de recursos financeiros. Celebrado o TAS, os órgãos de controle e os conselhos de saúde estarão acompanhando a sua execução. O TAS amplia a possibilidade de os gestores estaduais e municipais redirecionarem os recursos para as finalidades a que se destinavam, otimizando assim o financiamento da saúde, além do ingresso de novos recursos financeiros próprios dos estados e municípios para o SUS. As

⁸ CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

alterações realizadas na Portaria MS/GM nº 2.046/2009 conferem o mesmo tratamento dado às ações de auditoria realizadas pelos componentes do SNA às demais auditorias e fiscalizações realizadas nas instâncias do SUS pelos diversos órgãos de controle, como Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria-Geral da União (CGU); permitem a celebração do TAS em relação aos processos administrativos que se encontram no Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) ou nos Fundos Estaduais em procedimento de Tomada de Contas Especial (TCE); defendem que o gestor compromitente, obriga-se a depositar o valor apurado, com recurso próprio ou do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde no decorrer da execução do Plano de Trabalho; a sua publicação será realizada pelo gestor compromissário, ou seja, no âmbito do gestor que concedeu o TAS. Ressalte-se que, consoante os artigos 1º e 2º da Portaria MS/GM nº 2.046/2009, não se aplica o TAS somente para correção de impropriedades sobre aplicação de recursos financeiros, mas também para correção de impropriedades relativas à gestão. O TAS proporciona transparência à gestão em função de sua publicação resumida e de seus aditamentos na imprensa oficial do gestor do SUS compromissário, além da obrigatoriedade de constar do relatório de gestão do gestor do SUS compromitente, as informações acerca de sua celebração. (BRASIL 2011)

Não cabe a celebração do TAS no caso de recursos repassados mediante a celebração de convênio, acordo, ajuste ou instrumentos congêneres; quando houver infração à norma legal; e, quando o procedimento resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos. Exemplos que se enquadram nestas situações: irregularidades constatadas em execução de convênios celebrados com o Ministério da Saúde; infração à norma legal (Constituição Federal, leis, decretos-leis e decretos); indícios de atos que possam caracterizar improbidade administrativa, a saber: enriquecimento ilícito, prejuízo ao erário público e que atentam contra os princípios da administração pública – Lei nº 84.299, de 2 de junho de 1992.

Entre as diversas possibilidades de aplicação da epidemiologia à gestão dos serviços da saúde, destaca-se, como um dos aspectos básicos, o da avaliação das consequências de atividades e intervenções sanitárias. Estas consequências têm diversas dimensões, entre as quais costuma-se considerar como as mais importantes, a partir da perspectiva dos serviços sanitários, a equidade, a satisfação e a saúde propriamente ditas, que seria a consequência mais genuinamente sanitária.

Com essa finalidade, consideramos as particularidades diferentes dos dois tipos de objeto epidemiológicos em investigações causais, o papel dos gestores na demanda potencial de informação epidemiologista no que diz respeito à sua implicação na gestão. Mesmo no caso de a assunção inicial não ser válida, a análise da influência desses fatores e as possíveis

medidas de correção propostas poderiam, todavia, preservar seu interesse no sentido de incrementar as aplicações da epidemiológica á gestão dos serviços e dos programas sanitários.

A epidemiologia como disciplina científica tem desenvolvido procedimentos para contrastar hipóteses de associação causal que, apesar de basicamente utilizados em investigações etiológicas, são possíveis de aplicação em investigações de avaliação. Em ambos os casos, trata-se de obter evidências razoavelmente convincentes de modo a atribuir a um determinado fator o papel de uma variável explicativa. Assim, enquanto o descobrimento de uma causa ou de um fator de risco permite formular sua prevenção ou tratamento, quando se dispõe de uma intervenção, um serviço ou uma terapêutica trata-se de avaliar a eficácia e a efetividade, de modo a colocá-lo em prática ou, caso seja necessário. Substituí-lo por uma alternativa melhor.

Por outro lado ainda, deve-se considerar a aplicabilidade dos estudos ecológicos e de base individual a partir de dados administrativos. Apesar das limitações desse tipo de desenho no sentido de avaliar o efeito na saúde, mostram-se eles pertinentes para analisar a equidade segundo o efeito de variáveis estratégicas como o local de residência, o gênero, a idade, o nível de renda etc.

Nesse sentido, é relevante recordar que as críticas de Mckeown e de Cochrane (Alvares-Dardet & Ruiz, 1993) á influência das intervenções médicas sobre a saúde têm sido de modo geral utilizados como um álibi por aqueles que defendem políticas restritivas do gasto sanitário e que, por extensão, criticam o modelo de estado do bem-estar. Portanto se pretende que os serviços sanitários sejam os maiores responsáveis pelo aumento da esperança de vida ou da melhora de outros indicadores globais da saúde, é natural que, em vista das evidências negativas, alguns políticos defendam que não vale a pena aumentar os gastos deste setor. Mas trata-se de demonstrar que as intervenções sanitárias propostas têm um efeito positivo. E, com isto, comprovar que tal efeito se produz.

Devem-se considerar as avaliações denominadas custo-efetividade ou custo-utilidade, sobretudo porque o estudo da eficiência representa um campo de grande interesse para os gestores – ainda que na maioria dos casos esses trabalhos sejam, em realidade, análises de custo-eficácia, generalizada a condições de aplicação real pouco conhecidas. Sem dúvida, deve-se alertar acerca das limitações que implicam passar da eficácia à efetividade sem uma base empírica, o que não anula o interesse de tais avaliações, mas sim diminui em parte sua aplicabilidade, uma vez que a gestão sanitária deve se preocupar com a efetividade, na mesma medida em que se preocupa com a eficácia. A gestão do dos serviços sanitários não cobre toda a responsabilidade da direção, mais constitui um elemento muito importante, já que o papel

gestor é conseguir que a instituição, o serviço ou o programa funcione. Novamente cabe perguntar: até que ponto o efeito das intervenções na saúde preocupa o gestor. Isto é, que vantagens procura o gestor que se preocupa com o impacto na saúde das atividades de serviços. A quem ele presta contas acerca desses aspectos. A empresa sanitária, apesar de compartilhar muitas das características das empresas de serviços, tem especificidades no sentido em que lida com a saúde dos pacientes. E, como ocorre em qualquer outra empresa, a produtividade e a eficiência são simplesmente instrumentos para alcançar a finalidade que lhes é própria – em nosso caso, melhorar a saúde e a qualidade de vida associada à saúde das pessoas atendidas. E, como se deduz da definição de eficiência, não é possível melhorá-la, nem somente quantificá-la, senão com a base eficácia ou na efetividade. Para ser eficiente, a atividade sanitária tem que ser eficaz ou efetiva. Ela poderá ser mais ou menos custosa, mas não mais ou menos barata. Desse modo a gestão deve ser uma ferramenta, uma forma de proceder, de modo alcançar os objetivos da Instituição. Para tanto, deve existir uma instância que os estabeleça, e pelo menos algum deles devem ser definido em termos de impacto sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas. Essa instância deveria ser a direção geral da empresa sanitária. Fixar os objetivos constitui a fase prévia de um processo que continua com o estabelecimento de prioridades. Porque atender às necessidades ou demandas crescentes com recursos limitados exige sempre optar entre distintas alternativas. E é evidente que o volume e a natureza das demandas de serviços da saúde não têm limites, ao menos perceptíveis na atualidade. De um lado, as mudanças no padrão epidemiológico, em que cada vez são mais importantes os problemas da saúde e as enfermidades crônicas sem uma terapêutica resolutive, fazem com que não somente se reduza a prevalência de problemas, como, de fato a incrementem. Por outro lado, a idéia cada vez mais difundida de que a saúde e os serviços sanitários são um direito da população, e de que tais serviços são desejáveis, determina também uma tendência ao aumento da demanda. A formalização das decisões de escolha, baseada, por exemplo, na importância dos problemas e em sua vulnerabilidade face às intervenções, permite a racionalidade dessas decisões. Assim, pois para que as instituições sanitárias tenham interesse no desenvolvimento de epidemiologia de avaliação, faz-se necessário prestar contas no que diz respeito à sua influência sobre a saúde das pessoas e das populações sob seu cuidado. A iniciativa que alguns sistemas sanitários, pode ter repercussão positiva nesse sentido, sempre que nos contratos que se estabeleçam entre financiadores e produtores esteja incluída a avaliação do efeito sobre a saúde de suas atividades. E que essa avaliação tenha consequências na forma de incentivo positivo e negativo. Influências essas que têm relação com o grau de riqueza, com a cultura ou com a exposição a fatores do

ambiente físico, familiar ou social com impacto positivo ou negativo sobre a saúde. Com as taxas de mortalidade ajustadas, pela casuística atendida, à proporção de reinternações por complicações, ou a simples percepção subjetiva da saúde e, neste âmbito, a redução da ansiedade, dos sintomas, a melhora da dor e do mal-estar, ou a limitação de atividades (Ellis & Whittington, 1993) – medidas que se poderão associar às atividades e aos procedimentos dos serviços sanitários. (BARRETO, et al., 1998).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a evolução dos gastos públicos per capita em saúde nos municípios de Recife-PE e Salvador-BA, no período de 2005 a 2010, identificando a relação existente entre estes e o comportamento dos principais indicadores de saúde da população.

3.2. Objetivos Específicos

- a) Analisar o impacto da evolução dos gastos públicos per capita em saúde com a taxa de mortalidade infantil e fetal⁹ da população residente, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2010.
- b) Analisar o impacto da evolução dos gastos públicos per capita em saúde com a taxa de mortalidade materna¹⁰ - MIF¹¹ da população residente, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2010.
- c) Analisar o impacto da evolução dos gastos públicos per capita em saúde com a taxa de mortalidade geral¹² da população residente, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2010.
- d) Comparar os gastos per capita em saúde dos municípios.
- e) Comparar as taxas de mortalidade infantil e fetal dos municípios.
- f) Comparar as taxas de mortalidade materna – MIF dos municípios.
- g) Comparar as taxas de mortalidade geral dos municípios.
- h) Comparar as variações percentuais dos gastos per capita em saúde com as variações percentuais das taxas de mortalidade.
- i) Identificar a existência de correlação entre os gastos públicos per capita e as taxas de mortalidade.

⁹ Somatório do número de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm) e do número de óbitos com menos de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

¹⁰ Número de óbitos de mulheres por complicações na gravidez, parto e puerpério por mil de nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

¹¹ MIF, Mulheres em Idade Fértil.

¹² Número de óbitos dos residentes / população total residente (X 1.000).

* Informações detalhadas sobre a operacionalização do TAS estão disponíveis no site do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) <<http://sna.saude.gov.br>>.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico documental, descritivo e com abordagem quantitativa.

Para Lakartos e Marcone (2003), a pesquisa bibliográfica é todo o estudo realizado com documentos ou fontes secundárias, e que abrange toda a bibliografia tornada pública em relação ao tema em estudo. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que já foi descrito, dito ou firmado sobre determinado assunto, proporcionando o exame do tema sob novo enfoque ou abordagem, podendo chegar a conclusões inovadoras, pela organização de material segundo as tendências ou versões com que determinado assunto é abordado.

Sendo assim, e para atingir os objetivos propostos, foram processados e analisados os dados obtidos da fonte secundária do tipo artigo científico ou relatório oficial do Ministério da Saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado através da pesquisa realizada através da pesquisa de artigos publicados na base de dados on-line Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, Scientific Electronic Library Online - SCIELO e na fonte de dados do Ministério da Saúde (DataSUS¹³), dos demonstrativos financeiros do SIOPS¹⁴ e no site do IBGE¹⁵. Optou-se por essas fontes de dados pela sua viabilidade de acesso e expressividade na produção de informações estatísticas e epidemiológicas no Brasil.

O período selecionado para o estudo foi de 2005 a 2010. Justifica-se o espaço temporal de seis anos por apresentar dados para a análise da evolução das variáveis analisadas neste estudo.

Antes da realização da busca final, foi feita uma busca exploratória inicial sem estabelecer critérios definidos, para que fossem obtidos subsídios para a escolha dos critérios a serem utilizados no levantamento final. A busca final foi realizada no dia 05 de Maio de 2012, limitando-se a busca com os seguintes critérios:

Através destes critérios foram obtidos como resultado da busca uma imensa gama de informações relativamente as Unidades Federativas e Regiões Metropolitanas das quais fazem

¹³ DataSUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

¹⁴ SIOPS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

¹⁵ IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

parte os municípios objeto deste estudo. Foram excluídas as publicações cujo idioma não era o português, as repetidas e as que não eram artigos ou documentos.

Para a seleção da amostra, após a exclusão dos artigos ou documentos cujo foco temático não estava relacionado ao eixo temático deste estudo, foram selecionados os resumos dos artigos e todos os relatórios que atendiam ao escopo do estudo, sendo então extraídas as informações referentes ao ano, período, local, valores e quantidades relativas às variáveis estudadas.

4.1. Tipologia

Este estudo foi desenvolvido como uma “pesquisa avaliativa“, que segundo HARTZ (1997), é descritiva, retrospectiva, em outras palavras a define como “o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção (é constituída pelo conjunto dos meios físicos, humanos, financeiros, simbólicos organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços, com o objetivo de modificar uma situação problemática) usando métodos científicos”.

Considerando que o estudo pode ser definido como tipo análise dos efeitos “é aquela que consiste em avaliar a influencia dos serviços sobre os estados de saúde” podendo-se determinar a eficácia dos serviços para alcance dessa modificação. Buscou-se a eficácia da utilização definida por HARTZ (1997) como aquela estimada ao analisar os resultados de uma intervenção, em um contexto natural, sobre os indivíduos que dela se beneficiaram, nesta situação, as variáveis relativas a população são observadas através das taxas dos indicadores de saúde.

Dada a extensão de ocorrências da “intervenção” em municípios do tamanho dos selecionados para o estudo, optou-se por utilizar como estratégia de análise o “Estudo de Caso Múltiplo”, conforme TRIVIÑOS (1987) define “ estudo de caso múltiplo é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”. Este autor cita diferentes tipos, dentre eles: estudo de caso observacional; estudo de caso denominado historia de vida; estudo multicasos.

Foram destacados o estudo de multicasos, que sem necessidade de perseguir objetivos de natureza comparativa, os pesquisadores podem ter a possibilidade de estudar dois ou mais sujeitos (organizações, etc). Citando YIN (1984) “a realização de um estudo de caso múltiplo permite, operando segundo uma lógica de replica generalizar com mais confiança dos

resultados de uma pesquisa”, e definindo na realização de um estudo de caso múltiplo, cada meio é analisado sem agregar os dados obtidos dos diferentes casos. Cada um dos casos pode se articular em torno de um ou vários níveis de análise, ainda que considerando essa estratégia como particularmente exigente em relação aos recursos financeiros e humanos.

No caso de uma auditoria de desempenho operacional, a definição da estratégia metodológica deve levar em conta os seguintes aspectos: comparações entre condição e critério; escopo do estudo (ex.: número de pessoas, registros, instalações ou áreas geográficas selecionadas); período da observação (ex.: as observações serão coletadas em determinado ponto ou período no tempo ou em várias ocasiões diferentes).

Nas questões ligadas à efetividade, tratadas, portanto, no âmbito de uma **avaliação de programa**, os elementos identificados anteriormente podem ser assim definidos:

- a) Critério: a natureza ou magnitude do impacto esperado com a implementação do programa.
- b) Condição: a situação verificada após a implementação do programa e a situação que provavelmente seria verificada sem essa implementação.
- c) Causa: o programa está sendo avaliado. A suposição fundamental é que o programa é responsável pelas mudanças observadas. A estratégia metodológica escolhida busca assegurar, mediante evidências plausíveis, que nenhum outro fator, além do programa, é responsável pelos efeitos constatados.
- d) Efeito: as mudanças positivas ou negativas, nas condições reais que podem ser identificadas e atribuídas ao programa. Trata-se, assim, da diferença entre a situação observada após a implementação do programa e a situação provavelmente observada sem essa implementação.

Conforme previsto em (Brasil 2011) nesta fase, a equipe de auditoria reúne-se e realiza atividades de análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, que permitam subsidiar e orientar a fase operativa (SIM, SINASC, SIA, SIH, SIAB, SIOPS, SCNES e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise, deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo um melhor planejamento da fase operativa da auditoria.

4.2. Universo do Estudo e Caracterização da Amostra

O universo do estudo é composto por dois municípios, sendo respectivamente as capitais dos Estados de Pernambuco e Bahia, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2010, ambos habilitados na modalidade de Gestão Plena de Sistema de Saúde¹⁶.

Segundo o censo demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, a população do Recife corresponde a 17,5% da população do Estado, enquanto Salvador concentra 19,1% da população da Bahia.

A figura 1 apresenta a distribuição destes municípios e os situa geograficamente em suas Unidades Federativas.

Figura 1. Localização dos Municípios



Os municípios do presente estudo estão localizados nas 1ª Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), em seus respectivos Estados.

A amostra foi definida por escolha intencional, a partir do interesse pessoal de conhecer o produto dos gastos públicos em saúde, mediante a análise dos indicadores selecionados, tanto para diferentes contextos municipais e regionais o que possibilitou o uso da metodologia como definida por HARTZ (1997).

¹⁶ Gestão Plena de Sistema de Saúde, condição que habilita o município a receber fundo a fundo os recursos para a atenção básica, especializada e especializações, passando a ter autonomia e responsabilidades relativas à política de saúde na sua área geopolítica. Com a gestão Plena do Sistema busca-se a atenção integral a saúde da população.

4.3. Levantamento de Dados

Nesse estudo, utilizaram-se os dados secundários contidos nos relatórios anuais do IBGE, do SIOPS, SINASC¹⁷ e SIM¹⁸ obtidos nas fontes de dados do DataSUS.

A Justificativa para a escolha da fonte de dados foi, em primeira instância, a velocidade para a obtenção das informações, além da confiabilidade das mesmas, já que em todos os casos tratam-se de sistemas ligados diretamente ao Ministério da Saúde e Governo Federal.

As informações relativas às taxas de mortalidade analisadas, bem como aos gastos públicos com saúde e contingente populacional dos municípios estavam organizadas anualmente em todo o período estudado, o que demonstra que tais informações são coletadas e atualizadas regularmente, ficando armazenadas nos sites do Ministério da Saúde e IBGE e apresentadas nos relatórios públicos, o que tornou possível a realização da análise comparativa entre os municípios, assim como, da evolução dos indicadores de saúde no período. No entanto, não foram localizadas informações referentes ao gasto público per capita em nenhum dos dois municípios, sendo esse cálculo obtido manualmente pela divisão do gasto público anual pelo contingente populacional do mesmo período.

4.3.1. Variáveis Principais

Das fontes de dados selecionadas utilizou-se os arquivos de disponíveis na internet, dos quais extraiu-se para cada município, os totais anuais das seguinte variáveis:

- População dos municípios.
- Gastos em saúde dos municípios.
- Número de nascidos vivos.
- Número de óbitos totais.
- Número de óbitos maternos.
- Número de óbitos infantis e fetais.

¹⁷ SINASC, Sistema de Informações de Nascidos Vivos

¹⁸ SIM, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

4.3.2. Variáveis Auxiliares

Em cada etapa do trabalho, foram utilizadas variáveis auxiliares, com a finalidade de complementar e enriquecer as discussões, pelo estabelecimento de relações com as variáveis principais.

As variáveis auxiliares foram as seguintes:

- População dos municípios, obtida no IBGE.
- Gasto per capita em saúde dos municípios, obtido pela divisão do somatório do total de despesas empenhadas em saúde pela administração direta e indireta, em consulta ao SIOPS¹⁹, e a população do município.

4.3.3. Periodização de Dados

Todos os dados trabalhados possuem periodização anual, dentro do período de abrangência do estudo. Sendo analisados os dados do período de 2005 a 2010.

4.3.4. Cálculos com Variáveis

Utilizou-se estatística básica para os cálculos realizados com as variáveis:

- Porcentagem relativa à frequência
- Porcentagem relativa a valor
- Gasto em saúde
- Gastos per capita em saúde
- Taxa de mortalidade infantil e fetal
- Taxa de mortalidade materna - MIF
- Taxa de mortalidade geral

¹⁹ SIOPS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Para o cálculo das variações percentuais das taxas de mortalidade foram consideradas as 14 (quatorze) casas decimais que compõem os números, que se apresentam nas Tabelas de forma arredondada com apenas uma casa decimal.

4.4. Caracterização dos Municípios

Recife, a capital do Estado de Pernambuco, possui uma área territorial de 217,4 km², com uma população de 1.536.934²⁰ habitantes, o que resulta em uma densidade demográfica de 7.180,23 hab./km², tendo 26,16% da sua população situada na faixa etária de 0 a 14 anos, 67,33%, na faixa entre 15 e 64 anos e 6,51% da sua população situada na faixa etária a partir de 64 anos.

Com um PIB de R\$ 22,4 bilhões, em 2008, Recife respondeu por 31,8% do Produto Interno Bruto do Estado, sendo dois terços do PIB provenientes de comércio e serviços, onde destaca-se inclusive como o mais importante pólo médico do Norte/Nordeste e o segundo mais importante do Brasil, com aproximadamente 420 hospitais e 10 mil leitos.

Salvador, a primeira capital do País, situada no Estado da Bahia, ocupa uma área territorial de 706,8 km², com uma população de 2.676.606 habitantes, sendo o município mais populoso do Nordeste e o terceiro do Brasil.

Com um PIB de R\$ 29,6 bilhões, em 2008, a cidade é sede de importantes empresas regionais, nacionais e internacionais. Foi em Salvador onde surgiu a Odebrecht, que em 2008 tornou-se o maior conglomerado de empresas do ramo da construção civil e petroquímica da América Latina. Vale ainda ressaltar que o setor de turismo ocupa também importante posicionamento na economia do município.

Com relação a distribuição etária da população, Salvador possui 30,6% situada na faixa entre 0 e 14 anos, 63% situada da faixa entre 15 e 64 anos e, muito próximo a Recife, 6,4% da sua população situada na faixa a partir de 64 anos.

Para Andrade, M, Noronha, K, e Oliveira, T (2006, p.13) “... os idosos determinam maior probabilidade de realização dos gastos com saúde.”

Por essa razão, entende-se que o equilíbrio entre as proporções de idosos existentes nos dois municípios possibilitarão equacionar eventuais distorções que porventura pudessem ser encontradas e distorcer os dados analisados.

²⁰ Segundo os dados no último Censo Brasileiro de 2010, do IBGE.

4.5. Processo de Análise dos Dados

Os documentos foram analisados individualmente, de forma sistemática, fazendo uso auxiliar de tabelas e gráficos construídos para apresentação dos resultados, considerando a definição, a finalidade e os modelos matemáticos de cálculo das variáveis (Apêndice A). Foram utilizadas referências de apoio na área de economia, epidemiologia, auditoria e saúde pública.

4.6. Aspectos legais

É relevante destacar que na condução deste estudo foram considerados os princípios éticos da Lei dos Direitos Autorais, de nº 9.610 de fevereiro de 1998 (Brasil 1998).

5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Identificou-se que em ambos os municípios o gasto público per capita em saúde anual, no período analisado, evoluiu a taxas crescentes, passando em Recife-PE de R\$ 193,98, em 2005, para R\$ 341,68, em 2010, o que representa uma média de crescimento anual da ordem de 12%. Já em Salvador-BA, apesar do gasto público per capita em saúde, em termos monetários, ter sido em média 15,42% menor do que Recife-PE, a capital baiana apresentou um crescimento do nível de gastos 3 (três) vezes maior, passando de R\$ 86,65, em 2005, para R\$ 324,07, em 2010, registrando um crescimento médio anual da ordem de 36%, conforme pode ser observado no Quadro 1 abaixo e melhor detalhado nas Tabelas 13 e 14 e seus respectivos gráficos, no Apêndice A deste trabalho.

Quadro 1. Comparativo da Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA				
Comparativo da Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde				
Ano	Recife-PE	Δ% Anual	Salvador-BA	Δ% Anual
2005	193,98	--	86,65	--
2006	213,79	10%	193,13	123%
2007	224,30	5%	202,57	5%
2008	254,78	14%	216,91	7%
2009	284,13	12%	256,03	18%
2010	341,68	20%	324,07	27%
Média	252,11	12%	213,23	36%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/IBGE.

Relativamente aos efeitos da evolução positiva do gasto público per capita em saúde sobre as taxas de mortalidade infantil e fetal dos dois municípios, conforme pode ser observado nas Tabelas 1 e 3, do Apêndice A, e seus respectivos gráficos, registra queda até o ano de 2008, contudo, em Recife-PE cresce em 2009, voltando a cair em 2010, porém ainda mantendo-se num nível superior a 2008, quando o gasto per capita era 17,62% inferior, já descontada a inflação. Em Salvador-BA a taxa de mortalidade infantil e fetal ainda mantém-se em queda até 2009, mas cresce 2,3% em 2010, quando o município registra o segundo maior nível de crescimento percentual no gasto público per capita, atingindo uma variação de 26,58% em relação ao anterior.

Quando comparadas as respectivas taxas de ambos os municípios, verificou-se que a situação em Recife-PE é significativamente melhor do que em Salvador-BA, muito embora os

gastos per capita da capital baiana apresentem taxa de crescimento superior, conforme pode ser observado analisando comparativamente as Tabelas 2 e 4, do Apêndice A.

O Quadro 2 abaixo apresenta um comparativo das taxas anuais de mortalidade infantil e fetal dos dois municípios, onde podemos constatar o melhor desempenho do município de Recife-PE, situação que se confirma durante todo o período analisado.

Quadro 2. Comparativo das Taxas de Mortalidade Infantil e Fetal

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Comparativo das Taxas de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	16,6	22,4
2006	14,4	22,0
2007	12,7	20,0
2008	12,2	17,8
2009	13,7	16,5
2010	12,9	16,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – Datasus /MS/ SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Com relação às taxas de mortalidade materna – MIF, em Recife-PE, apesar dos gastos per capita terem sido crescentes durante todo o período analisado, em 2008 e 2009 verifica-se uma piora no comportamento desse indicador de saúde, passando a taxa de 25,8, em 2007, para 26,5 e 27,9, respectivamente nos dois anos seguintes. Em 2010 o município se recupera retornando aos níveis de 2007, no entanto, numa faixa de gasto per capita 30,18% superior, já descontada a inflação, conforme pode ser observado o comportamento da taxa na Tabelas e Gráficos 5 e 6, e no detalhe do Gráfico 5.1.

Em Salvador-BA a taxa de mortalidade materna - MIF apresenta-se mais elevada do que a da capital pernambucana, como pode ser visto no comparativo do Quadro 3 a seguir.

Sobre o comportamento desse indicador de saúde relativamente à evolução dos gastos públicos per capita em Salvador, verificou-se, a exemplo de Recife-PE, a uma melhora discreta e desproporcional à taxa de crescimento do gasto per capita, porém, que se estende até 2008, como pode ser observado na Tabela 8, do Apêndice A, atingindo em 2009 a taxa de 31,2, sendo a mais alta taxa de mortalidade materna – MIF encontrada nos dois municípios em todo o período.

Quadro 3. Comparativo das Taxas de Mortalidade Materna – MIF

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Comparativo das Taxas de Mortalidade Materna - MIF		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	27,1	29,8
2006	26,7	28,6
2007	25,8	28,2
2008	26,5	28,0
2009	27,9	31,2
2010	26,0	29,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – Datasus /MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Em 2010, apesar da queda registrada, é importante chamar atenção para o fato de o indicador ter retornado ao nível de mortalidade materna de 2005, contudo, com um gasto per capita quase quatro vezes maior, haja vista o município ter gastado no último ano o equivalente a R\$ 324,07 por habitante, ao passo que em 2005 esse número era de R\$ 86,65, o que mesmo descontando a inflação do período, representa um crescimento de 196,7%, como pode ser observado nas Tabelas e Gráficos 7 e 8, e no detalhe do Gráfico 7.1, do Apêndice A.

Comparativamente, enquanto Recife-PE ao longo do período finalizada com o registro de redução da taxa de mortalidade materna – MIF de 26,7, em 2005, para 26,0, em 2010, Salvador-BA passa de 29,8 para 29,9 no mesmo período.

É justamente em 2010, quando o município de Recife-PE registra o maior crescimento percentual no gasto público per capita com saúde, que obtém efetivamente a menor taxa de mortalidade materna – MIF, como pode ser visto nas Tabelas 5 e 6, do Apêndice A. Em 2010 o gasto em Recife-PE variou positivamente em 20,26% e a taxa de mortalidade materna reduziu em 6,63%. Já em Salvador-BA, nesse mesmo ano, o gasto per capita variou positivamente 26,58% enquanto a taxa de mortalidade materna – MIF variou negativamente em 4,49%, conforme Tabelas 6 e 8, do Apêndice A.

Com relação à taxa de mortalidade geral, o município de Recife-PE manteve-se praticamente estável ao longo no período, apresentando pequenas variações entre 0,4% negativos e 2% positivos até 2009. Em 2010 verifica-se a maior taxa de mortalidade geral registrada chegando 6,9, o que representa um crescimento de 3,61% em relação ao ano anterior, como pode ser visto nas Tabelas 9 e 10, do Apêndice A.

Em Salvador-BA, a taxa de mortalidade geral, apesar de mais baixa do que em Recife-PE, como pode se observar no Quadro 4 abaixo, apresentou substancial crescimento no último

ano, saltando de 5,1, em 2009, para 5,8, em 2010, o que representa uma piora de 14,4% no indicador, conforme pode ser verificado na Tabela 12, do Apêndice A.

Quadro 4. Comparativo das Taxas de Mortalidade Geral

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Comparativo das Taxas de Mortalidade Geral		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	6,7	5,0
2006	6,6	5,0
2007	6,5	4,9
2008	6,5	4,9
2009	6,6	5,1
2010	6,9	5,8

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tanto em Recife-PE quanto em Salvador-BA, a taxa de mortalidade geral da população se mantém num misto de estabilidade e queda até 2008, voltando a crescer a partir de 2009, independentemente da evolução positiva do gasto público per capita em saúde dos municípios, como pode ser observado nas Tabelas e Gráficos 9 e 11, e no detalhe dos Gráficos 9.1 e 11.1.

Dentre todos os indicadores de saúde analisados a taxa de mortalidade é a que apresenta a menor elasticidade²¹ em relação às variações no gasto público per capita em saúde, conforme pode ser verificado analisando comparativamente as Tabelas 2, 4, 6, 8, 10 e 12 e seus respectivos gráficos no Apêndice A.

²¹ Em sentido genérico, é a alteração percentual de uma variável, dada a alteração percentual em outra, mantendo-se constantes todas as demais variáveis. Assim, elasticidade é sinônimo de sensibilidade, resposta, reação de uma variável, em face de mudanças em outras variáveis.

6. CONCLUSÃO

Na análise comparativa entre os municípios de Recife-PE e Salvador-BA relativamente ao gasto público per capita e as taxas de mortalidade infantil e fetal, mortalidade materna – MIF e mortalidade geral, Recife-PE apresenta os maiores gastos per capita com a saúde da sua população. Na média dos 6 anos analisados a capital pernambucana registrou um gasto per capita de R\$ 341,68, enquanto Salvador-BA limitou-se a R\$ 324,07.

Apesar de não ter identificado uma relação direta de entre os gastos per capita e as taxas de mortalidade estudadas, já que em determinados períodos mesmo com a evolução positiva dos gastos per capita, verificou-se piora nas taxas de mortalidade, e, além disso, as variações tanto positivas quanto negativas dessas taxas ocorrem de forma não relacionada à taxa de crescimento do gasto per capita em saúde, observa-se que relativamente as mortalidade infantil e fetal, o município de Recife-PE apresenta indicadores bem mais positivos do que Salvador-BA, tanto que na média do período Recife-PE registrou uma taxa de 13,8, enquanto Salvador uma taxa 19,3.

O mesmo se repete em relação à taxa de mortalidade materna – MIF, onde na média do período Recife-PE registrou uma taxa de 26,7, enquanto Salvador-BA teve uma taxa de 29,3.

Já com relação à taxa de mortalidade geral da população, identificou-se o menor grau de variação dentre as taxas analisadas. Para ambos os municípios essa taxa apresenta relativa estabilidade durante os cinco primeiros anos estudados (2005 a 2009), tendo apresentado piora no último ano (2010), em menor escala em Recife-PE e em maior escala em Salvador-BA, que apesar disso ainda mantém-se durante todo o período com as menores taxas de mortalidade geral. Na média Recife-PE registrou uma taxa de 6,6, enquanto Salvador-BA 5,1.

O fato é que, sendo assim, não é possível afirmar que o aumento do gasto per capita em saúde, ou simplesmente gastos per capita maiores, promovem efetivamente melhores resultados sobre os principais indicadores de saúde da população.

Pode-se inferir que maiores gastos públicos per capita em saúde, quando por ventura, dirigidos à atenção básica ou aos programas de saúde da família, possam gerar menores taxas de mortalidade tanto materna quanto infantil e fetal, já que estas são alvo destes programas, haja vista os números encontrados em Recife-PE comparativamente a Salvador-BA, contudo, não passa de mera suposição, já que o presente estudo não se prestou a análise da natureza dos gastos, mas apenas ao gasto total dividido pela população (gasto per capita).

Da mesma forma, ainda diante dos resultados encontrados nesses dois municípios, pode-se provocar outro questionamento do tipo, estaria a taxa de mortalidade mais associada aos gastos com segurança pública, causas externas, violência, trânsito do que aos gastos com saúde? Já que Recife-PE apesar dos maiores gastos per capita em saúde possui piores taxas de mortalidade geral e historicamente a capital pernambucana vem acumulando o mau prestígio de ser uma das mais violentas cidades brasileiras?

São todas questões que podem ser aprofundadas noutra momento de estudo, mas que agora não passam de meras suposições.

Finalmente, o fato é que a despeito da forma como evoluiu o gasto público per capita em saúde de ambos os municípios, pode-se concluir que maiores níveis de gastos per capita produzem melhores resultados gerais sobre as taxas de mortalidade infantil e fetal, como também, sobre a taxa de mortalidade materna – MIF, contudo, o mesmo não pode ser afirmado a respeito da taxa de mortalidade geral da população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V; NORONHA, K. V; OLIVEIRA, T. B. Determinantes dos Gastos das Famílias com Saúde no Brasil. Revista Economia. Brasília, DF, 2006.

BARRETO, M.L.; ALMEIDA FILHO, N.; VERAS, R.P. e BARATA, R. B. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ABRASCO, 1998, 235P.

BARROS DE MELO, M; VAITSMAN, J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, 2008 [Artigo].

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia Básica. 2 ed. Tradução e Revisão Científica de Juraci A. Cesar. São Paulo: Santos, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.651. Diário Oficial. Brasília, DF: Presidência da República, 1995.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. B823M Manual de Auditoria de Natureza Operacional - Brasília : TCU, Coordenadoria de Fiscalização e Controle, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. Orientações para proceder auditoria na atenção básica. Brasília, 2004.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Manual de auditoria operacional / Tribunal de Contas da União. -- 3.ed. – Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Seprog), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS : orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CARVALHO, Gilson. Financiamento da Saúde no Brasil – Estado da Arte. XIV Congresso Nacional de Secretários de Saúde. Belém-PA, abril 2008.

CONASS. Para Entender O Pacto Pela Saúde 2006. Volume I Portaria GM/MS 399/2006 e Portaria GM/MS 699/2006. Disponível em: nota técnica 06/2006.

COSTA ES. Estudo de internações hospitalares do Sistema Único de Saúde em municípios em gestão semiplena, no Estado de São Paulo entre 1994- 1999. São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Publica da USP].

CRESPO, A. A. Estatística Fácil, São Paulo: Saraiva, 1999.

DENIS JL, Champagne. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais á pratica da analise da implantação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997 Análise de implantação; p.49-88

DEVER, G.E. ALAN. A Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo, Pioneira, 1988.

DORNBUSCH, Rudiger; FISCHER, Stanley. Macroeconomia. 2. ed. Tradução de Roberto Luis Troster. São Paulo: Makron, McGraw-Hill, 1991.

FERRAZ, O. L.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. São Paulo, SP; 2009.

HARTZ ZMZ. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais á pratica da analise da implantação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997 Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. 19-28.

LIMA, A. C. F; MENEZES, F. C. R; MARQUES, R. J. Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informações. Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MANKIW, N. Gregory. Introdução à Economia: princípios de micro e macroeconomia. 2. ed. Tradução de Maria José Cyhlar Monteiro. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. Rio de Janeiro: Atlas. 2003

MORETTIN, P; BUSSAB, W.O. Estatística Básica, 7 ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 2. ed. Brasília: IPEA,1995.

SANDRONI, Paulo. Novo Dicionário de Economia. 4. ed. São Paulo: Best Seller, 1994.

Triviños ANS. Introdução á pesquisa em ciências Sociais a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. P. 98-158

APÊNDICE A

Tabela 1.

Município: Recife-PE		
Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	193,98	16,6
2006	213,79	14,4
2007	224,30	12,7
2008	254,78	12,2
2009	284,13	13,7
2010	341,68	12,9

Gráfico 1.

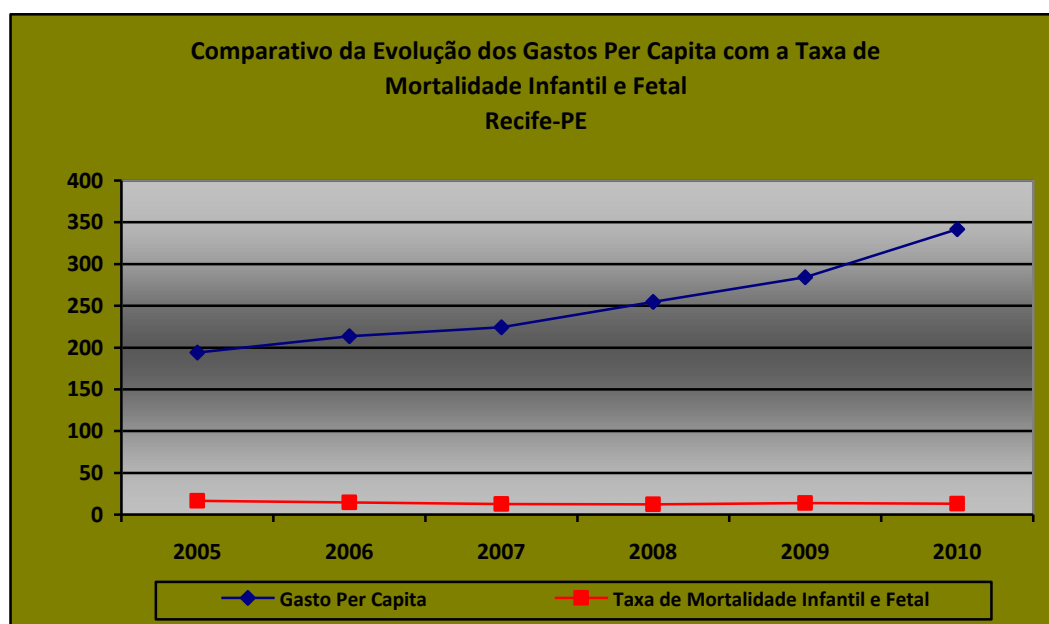


Gráfico 1.1.

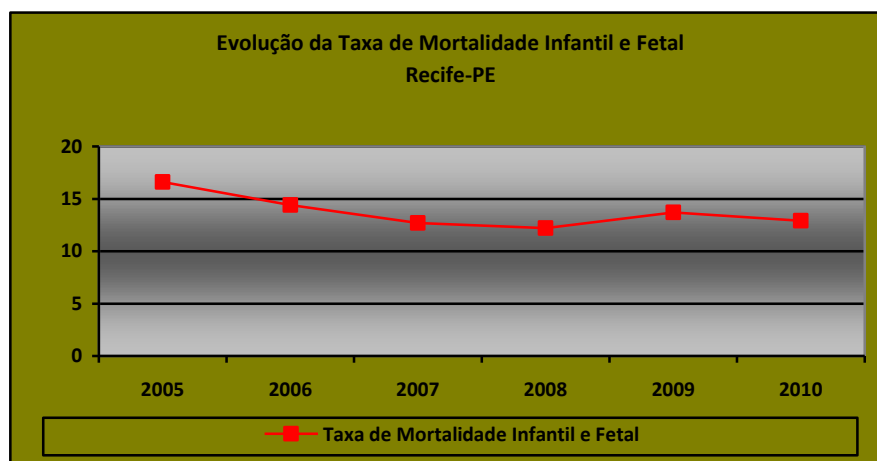


Tabela 2.

Município: Recife-PE		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	10,21%	-12,96%
2007	4,91%	-12,04%
2008	13,59%	-3,61%
2009	11,52%	11,84%
2010	20,26%	-5,82%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 2.

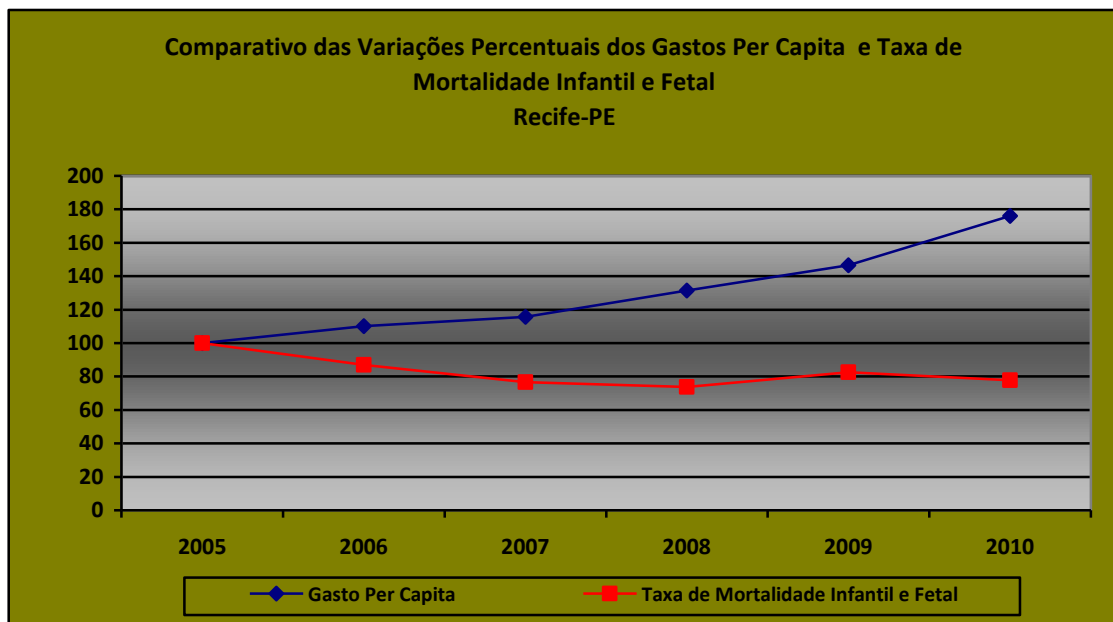


Tabela 3.

Município: Salvador-BA		
Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	86,65	22,4
2006	193,13	22,0
2007	202,57	20,0
2008	216,91	17,8
2009	256,03	16,5
2010	324,07	16,9

Gráfico 3.

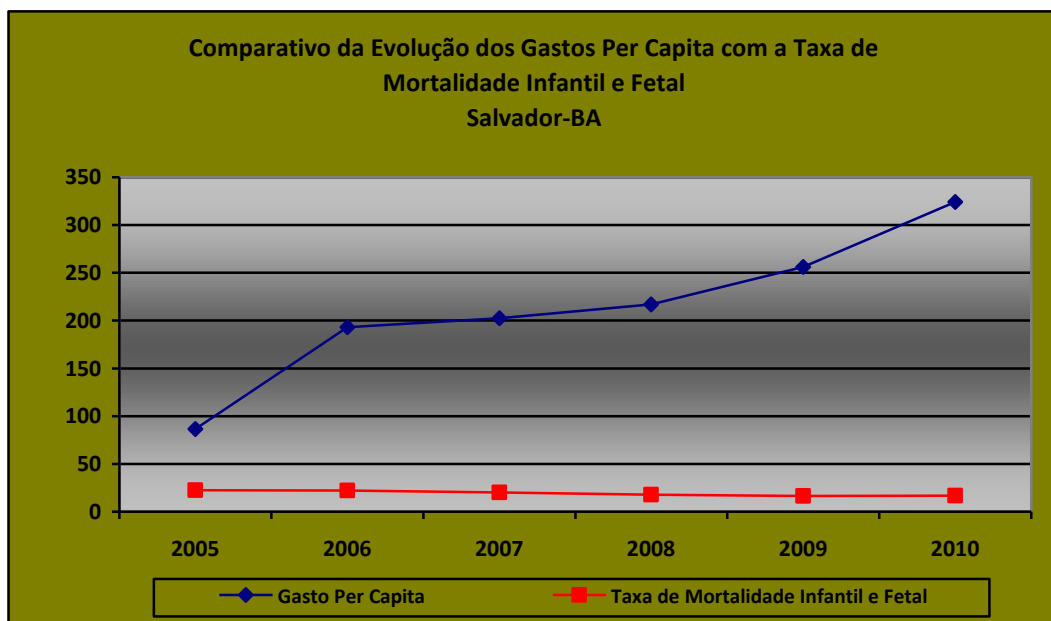


Gráfico 3.1.

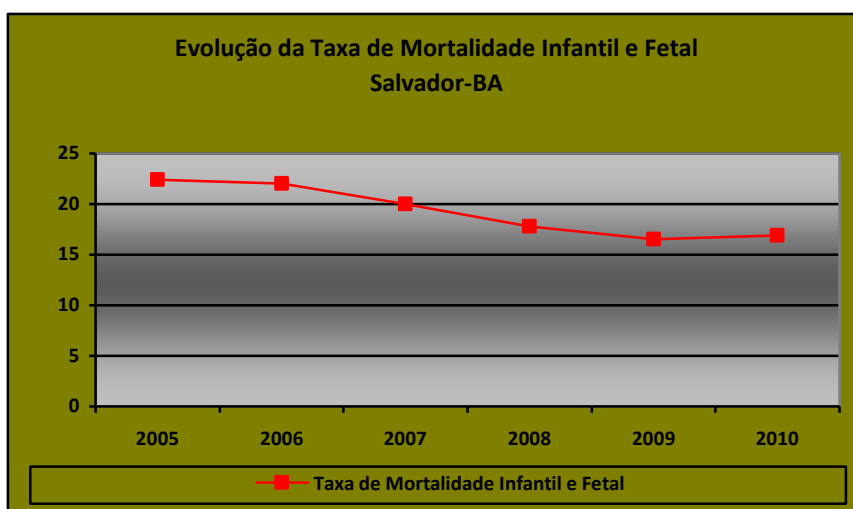


Tabela 4.

Município: Salvador-BA		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	122,87%	-1,83%
2007	4,89%	-9,27%
2008	7,08%	-10,60%
2009	18,04%	-7,38%
2010	26,58%	2,30%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 4.

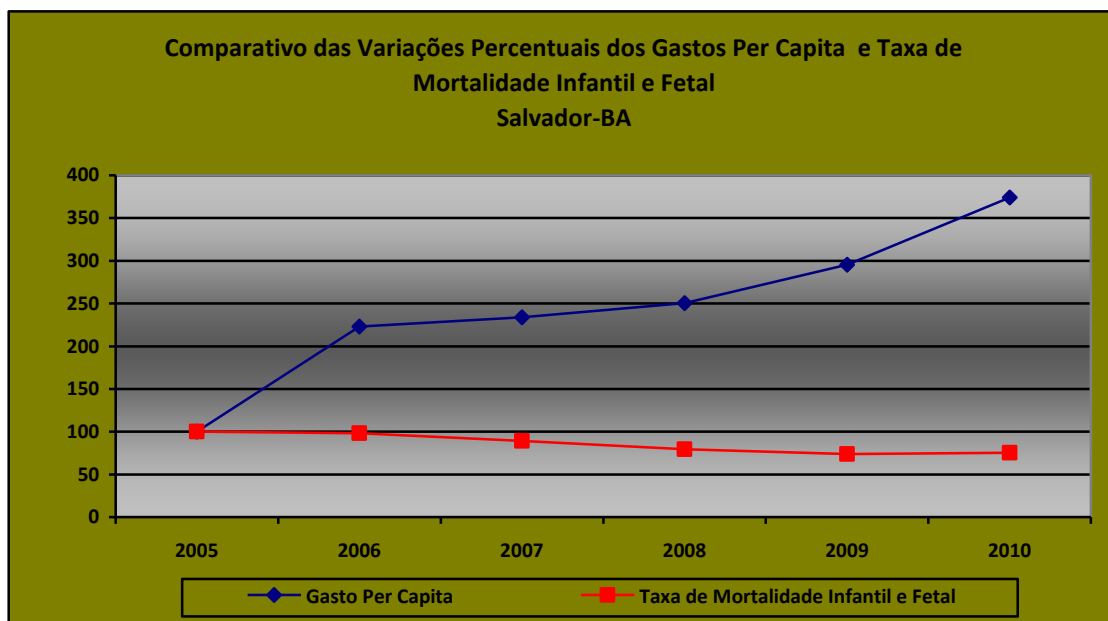


Tabela 5.

Município: Recife-PE		
Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Materna – MIF		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	193,98	27,1
2006	213,79	26,7
2007	224,30	25,8
2008	254,78	26,5
2009	284,13	27,9
2010	341,68	26,0

Gráfico 5.

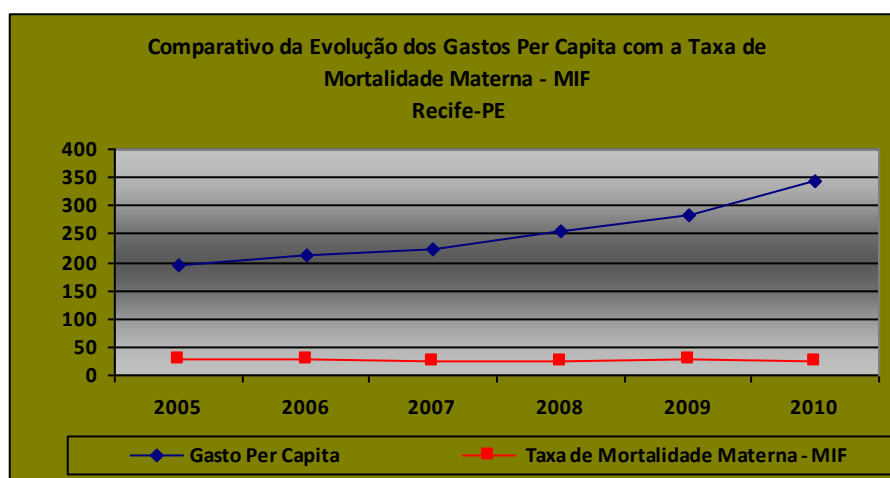


Gráfico 5.1.

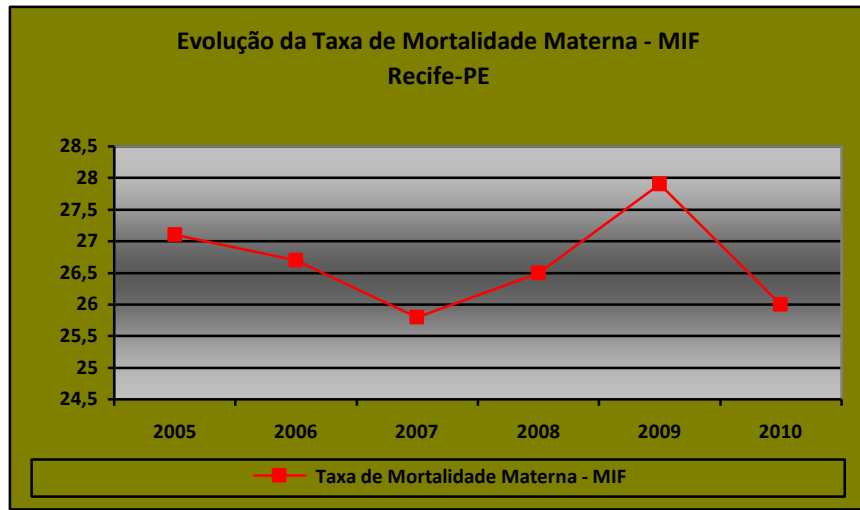


Tabela 6.

Município: Recife-PE		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Materna – MIF		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	10,21%	-1,28%
2007	4,91%	-3,39%
2008	13,59%	2,71%
2009	11,52%	5,12%
2010	20,26%	-6,63%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 6.

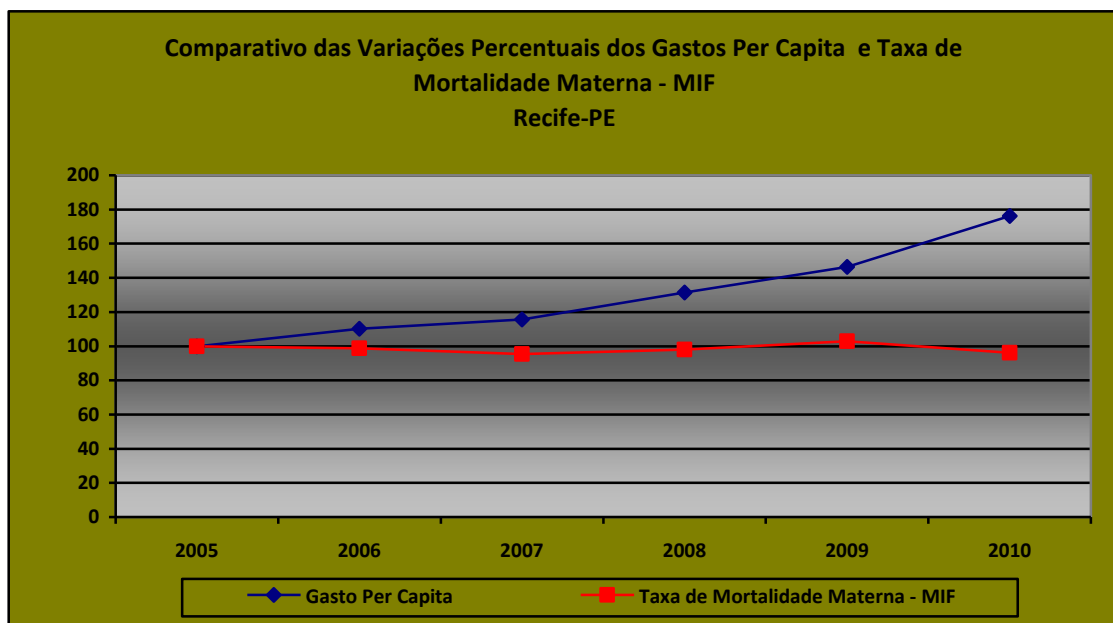


Tabela 7.

Município: Salvador-BA		
Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Materna - MIF		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	86,65	29,8
2006	193,13	28,6
2007	202,57	28,2
2008	216,91	28,0
2009	256,03	31,2
2010	324,07	29,9

Gráfico 7.

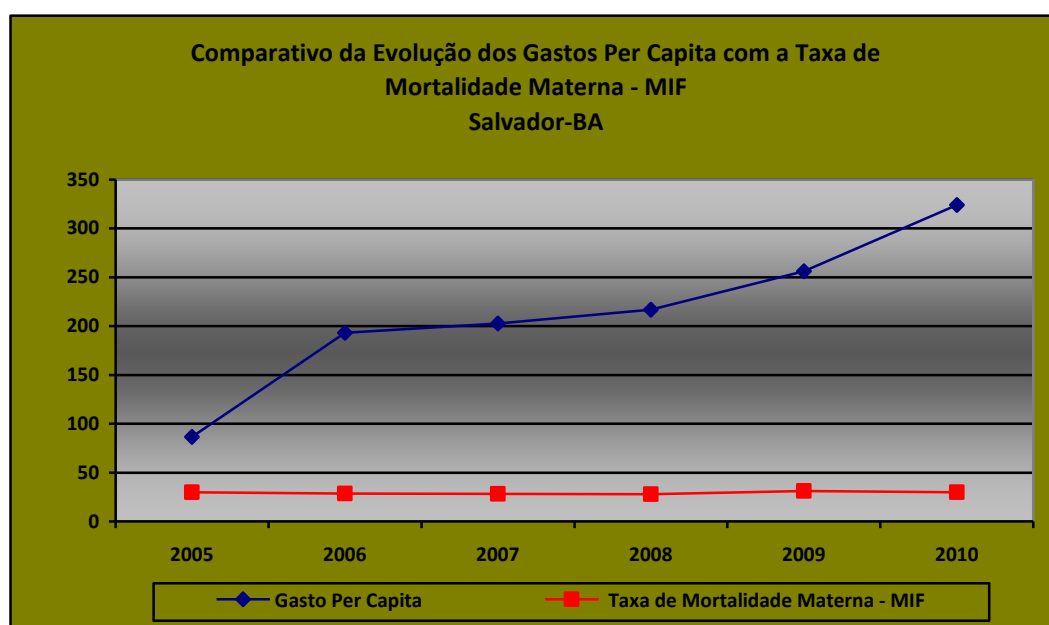


Gráfico 7.1.

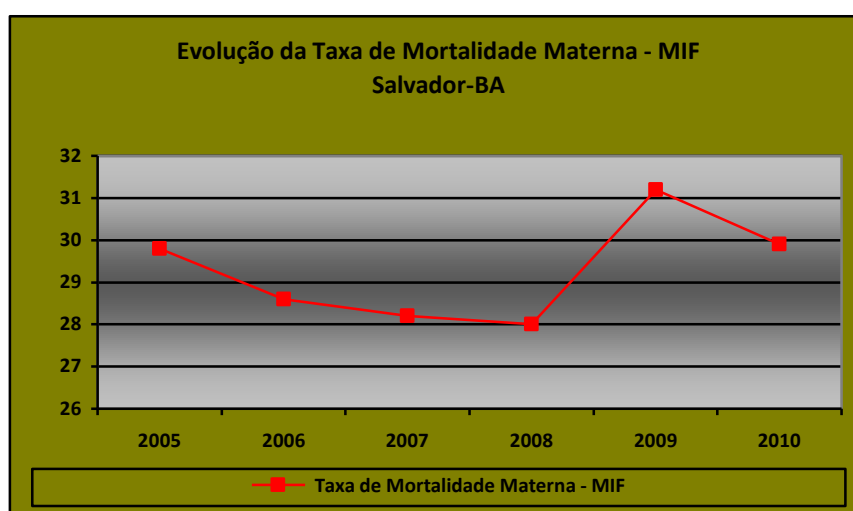


Tabela 8.

Município: Salvador-BA		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Materna - MIF		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	122,87%	-4,09%
2007	4,89%	-1,54%
2008	7,08%	-0,81%
2009	18,04%	11,63%
2010	26,58%	-4,29%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 8.

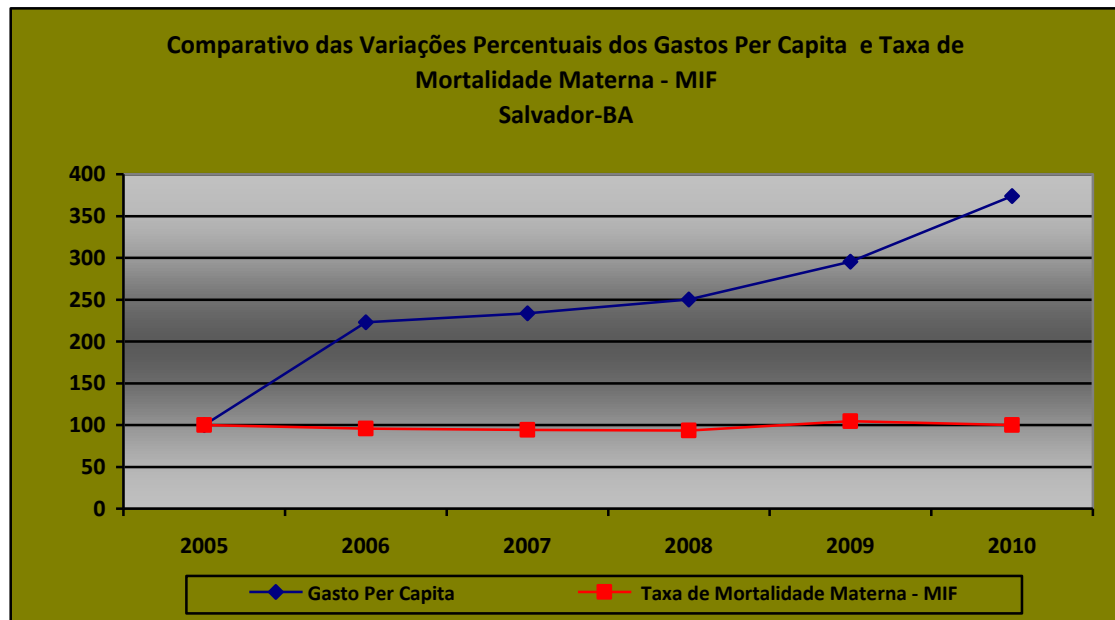


Tabela 9.

Município: Recife-PE		
Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Geral		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	193,98	6,7
2006	213,79	6,6
2007	224,30	6,5
2008	254,78	6,5
2009	284,13	6,6
2010	341,68	6,9

Gráfico 9.

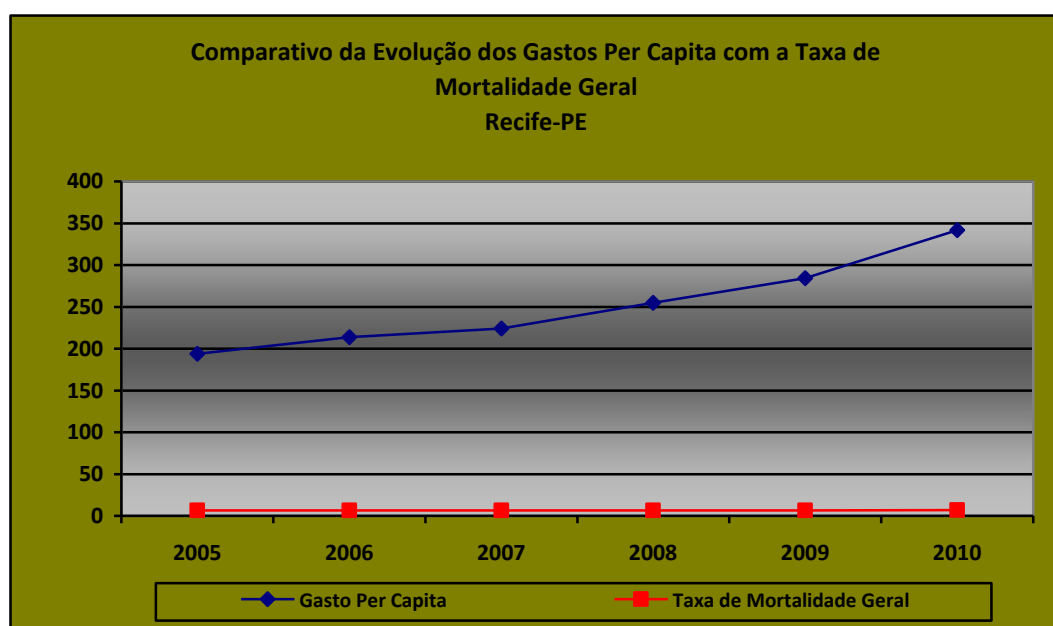


Gráfico 9.1.

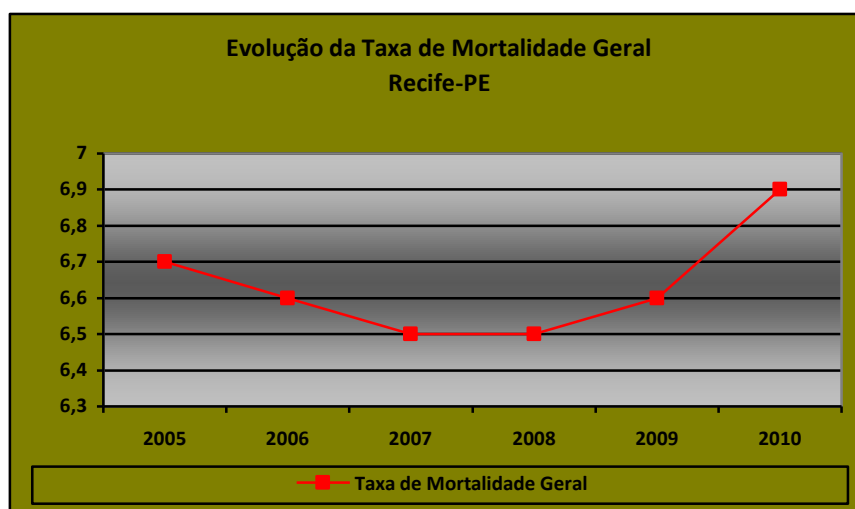


Tabela 10.

Município: Recife-PE		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Geral		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	10,21%	-0,44%
2007	4,91%	-1,79%
2008	13,59%	-0,16%
2009	11,52%	2,09%
2010	20,26%	3,61%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 10.

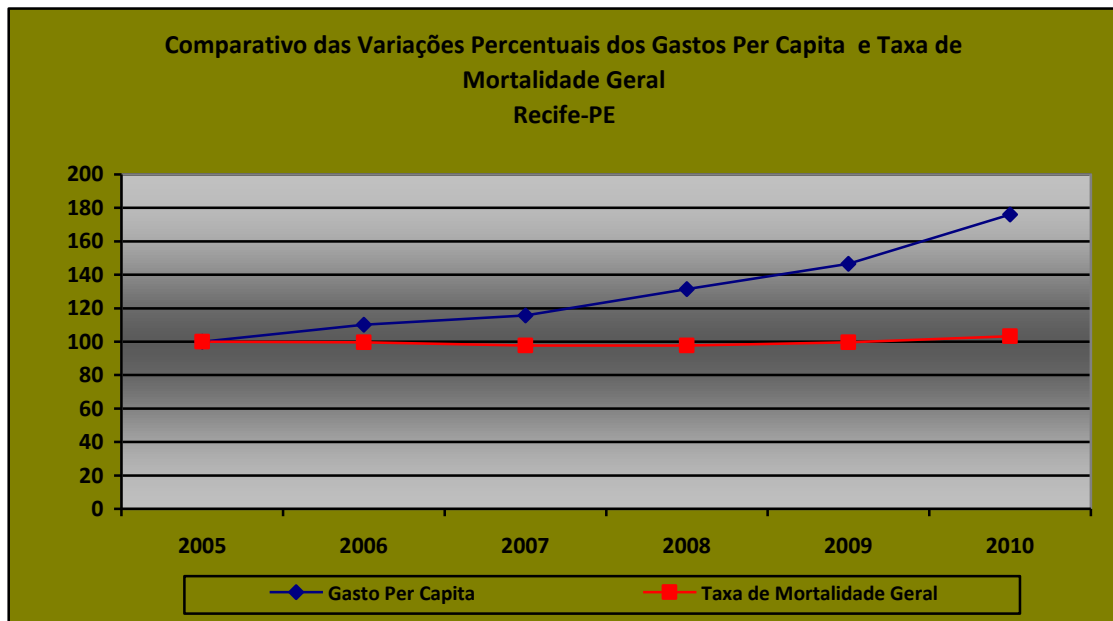


Tabela 11.

Município: Salvador-BA

Gasto Público Per Capita x Taxa de Mortalidade Geral

Ano	Per Capita	Taxa
2005	86,65	5,0
2006	193,13	5,0
2007	202,57	4,9
2008	216,91	4,9
2009	256,03	5,1
2010	324,07	5,8

Gráfico 11.

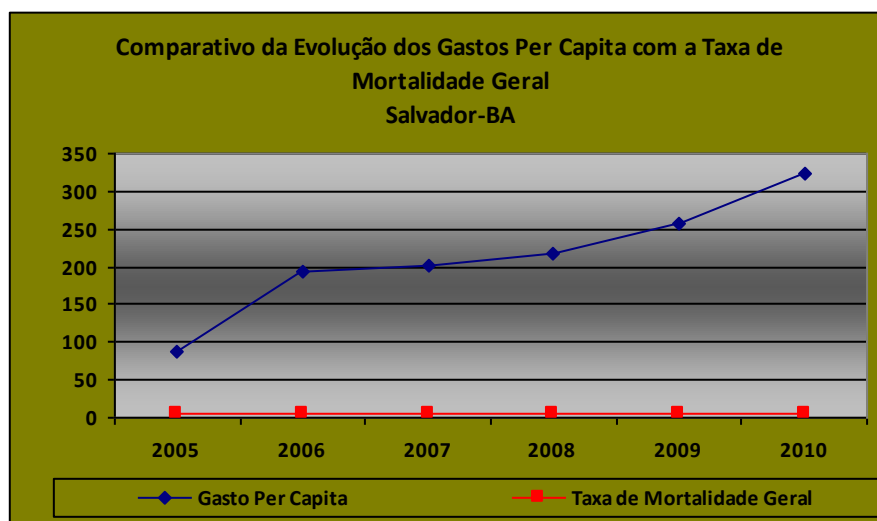


Gráfico 11.1.

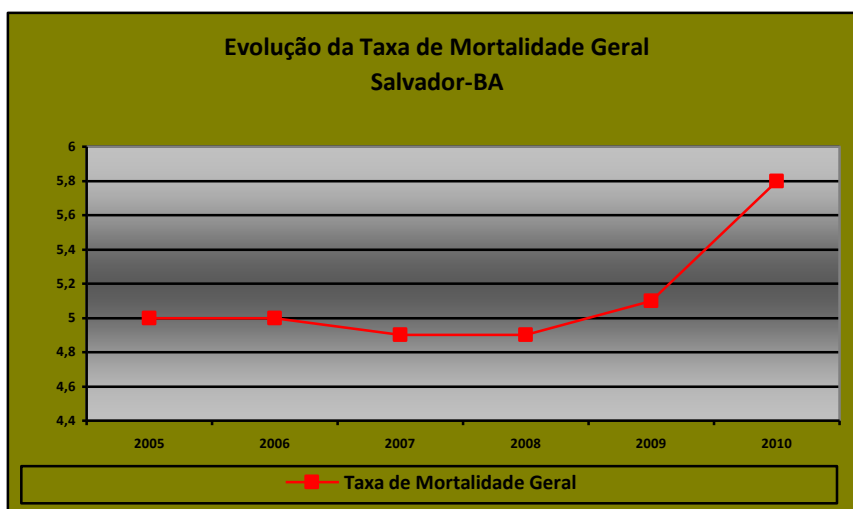


Tabela 12.

Município: Salvador-BA		
Δ% Gasto Público Per Capita x Δ% Taxa de Mortalidade Geral		
Ano	Per Capita	Taxa
2005	100%	100%
2006	122,87%	1,02%
2007	4,89%	-3,48%
2008	7,08%	1,37%
2009	18,04%	3,60%
2010	26,58%	14,40%

Base inicial 2005. Variação em relação ao ano anterior.

Gráfico 12.

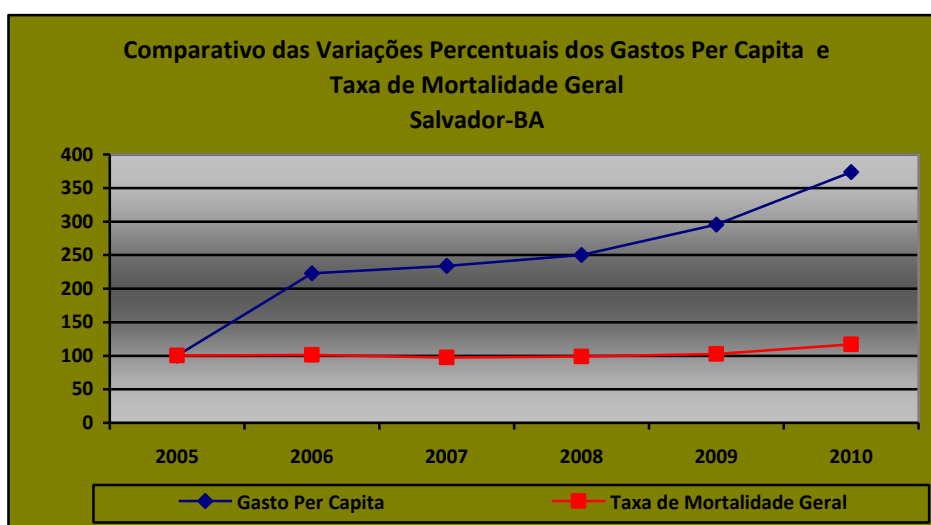


Tabela 13.

Comparativo dos Gastos Per Capita em Saúde		
Recife-PE x Salvador-BA		
Ano	REC	SSA
2005	193,98	86,65
2006	213,79	193,13
2007	224,30	202,57
2008	254,78	216,91
2009	284,13	256,03
2010	341,68	324,07

Gráfico 13.

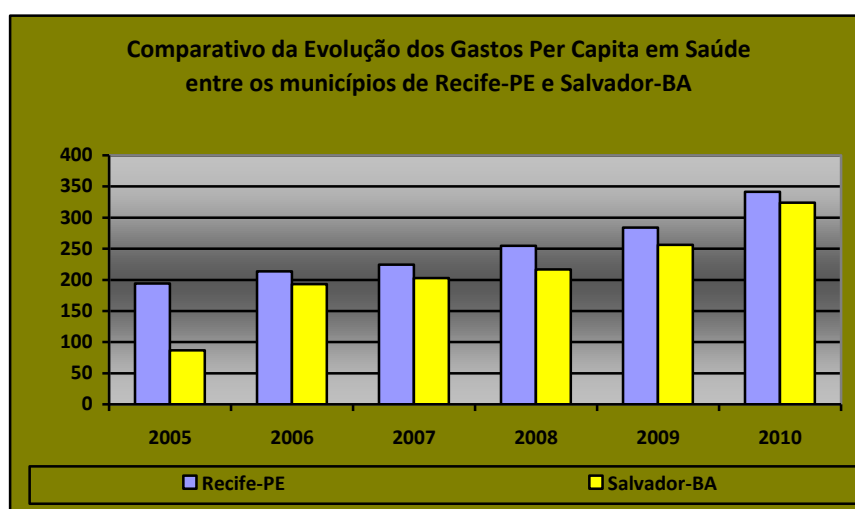
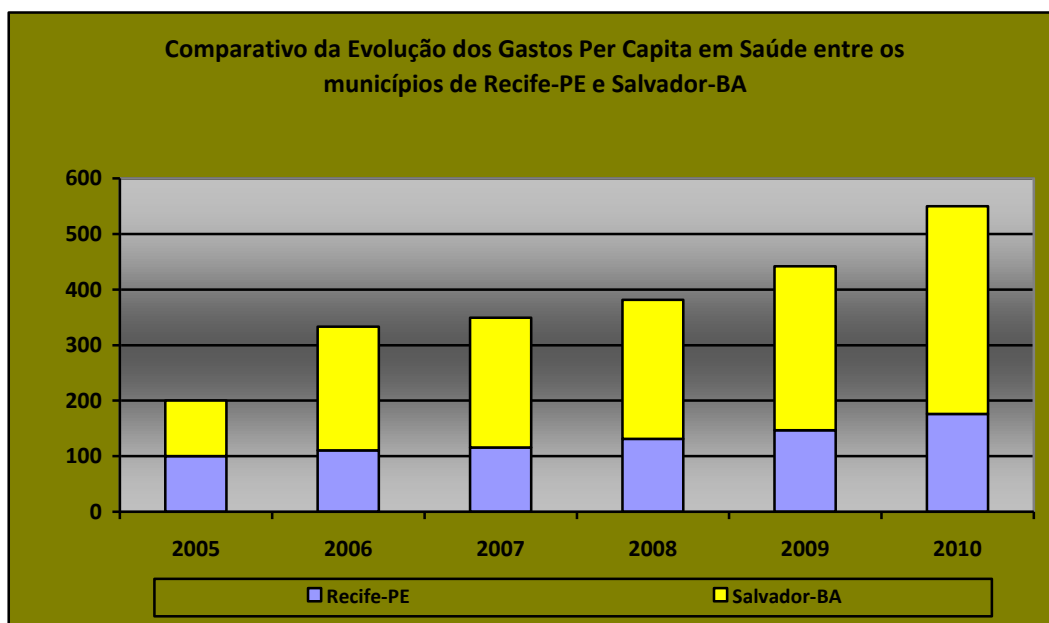


Tabela 14.

Comparativo das Variações dos Gastos Per Capita em Saúde		
Recife-PE x Salvador-BA		
Ano	REC	SSA
2005	100%	100%
2006	10,21%	122,87%
2007	4,91%	4,89%
2008	13,59%	7,08%
2009	11,52%	18,04%
2010	20,26%	26,58%

Gráfico 14.



ANEXOS

Anexo I: Fontes dos Dados Primários

Tabela 15.

Município: Recife-PE			
Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde			
Ano	Gasto	População	Per Capita
2005	291.166.113,45	1.501.010	193,98
2006	323.906.992,59	1.515.052	213,79
2007	343.980.115,00	1.533.580	224,30
2008	394.905.537,00	1.549.980	254,78
2009	443.716.908,00	1.561.659	284,13
2010	525.146.630,00	1.536.934	341,68

Fonte: SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/IBGE.

Tabela 16.

Município: Salvador-BA			
Evolução do Gasto Público Per Capita em Saúde			
Ano	Gasto	População	Per Capita
2005	231.674.912,49	2.673.557	86,7
2006	524.156.463,01	2.714.018	193,1
2007	585.969.592,00	2.892.625	202,6
2008	639.599.290,73	2.948.733	216,9
2009	765.030.824,10	2.988.056	256,0
2010	867.408.913,80	2.676.606	324,1

Fonte: SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/IBGE.

Tabela 17.

Município: Recife-PE			
Mortalidade Infantil e Fetal - todas as causas			
Ano	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Taxa
2005	385	23.207	16,6
2006	327	22.646	14,4
2007	280	22.046	12,7
2008	272	22.218	12,2
2009	311	22.715	13,7
2010	281	21.792	12,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – DataSUS /MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 18.

Município: Salvador-BA			
Mortalidade Infantil e Fetal - todas as causas			
Ano	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Taxa
2005	820	36.587	22,4
2006	814	36.995	22,0
2007	748	37.469	20,0
2008	664	37.204	17,8
2009	615	37.205	16,5
2010	616	36.427	16,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – DataSUS /MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 19.

Município: Recife-PE			
Mortalidade Materna - óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)			
Ano	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Taxa
2005	628	23.207	27,1
2006	605	22.646	26,7
2007	569	22.046	25,8
2008	589	22.218	26,5
2009	633	22.715	27,9
2010	567	21.792	26,0

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna – DataSUS /MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 20.

Município: Salvador-BA			
Mortalidade Materna - óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)			
Ano	Nº de Óbitos	Nº de Nascidos Vivos	Taxa
2005	1.092	36.587	29,8
2006	1.059	36.995	28,6
2007	1.056	37.469	28,2
2008	1.040	37.204	28,0
2009	1.161	37.205	31,2
2010	1.088	36.427	29,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna – DataSUS /MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 21.

Município: Recife-PE			
Mortalidade Geral			
Ano	Nº de Óbitos	População Total	Taxa
2005	9.993	1.501.010	6,7
2006	10.042	1.515.052	6,6
2007	9.983	1.533.580	6,5
2008	10.074	1.549.980	6,5
2009	10.362	1.561.659	6,6
2010	10.566	1.536.934	6,9

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade, DataSUS/IBGE.

Tabela 22.

Município: Salvador-BA			
Mortalidade Geral			
Ano	Nº de Óbitos	População Total	Taxa
2005	13.323	2.673.557	5,0
2006	13.662	2.714.018	5,0
2007	14.055	2.892.625	4,9
2008	14.524	2.948.733	4,9
2009	15.248	2.988.056	5,1
2010	15.625	2.676.606	5,8

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade, DataSUS/IBGE.

Anexo II: Tabelas Comparativas

Tabela 23.

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Taxa de Mortalidade Infantil e Fetal		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	16,6	22,4
2006	14,4	22,0
2007	12,7	20,0
2008	12,2	17,8
2009	13,7	16,5
2010	12,9	16,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – DataSUS /MS/ SVS/ DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 24.

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Taxa de Mortalidade Materna - MIF		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	27,1	29,8
2006	26,7	28,6
2007	25,8	28,2
2008	26,5	28,0
2009	27,9	31,2
2010	26,0	29,9

Fonte: Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal – DataSUS /MS/ SVS/ DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Tabela 25.

Municípios: Recife-PE e Salvador-BA		
Taxa de Mortalidade Geral		
Ano	Recife-PE	Salvador-BA
2005	6,7	5,0
2006	6,6	5,0
2007	6,5	4,9
2008	6,5	4,9
2009	6,6	5,1
2010	6,9	5,8

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Anexo III: Gráficos Comparativos dos Indicadores de Saúde

Gráfico 15.

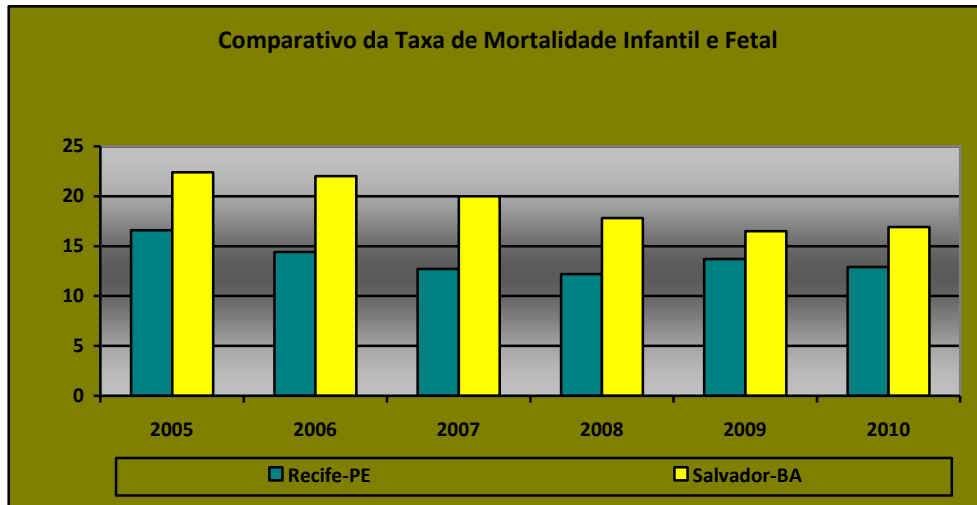


Gráfico 16.

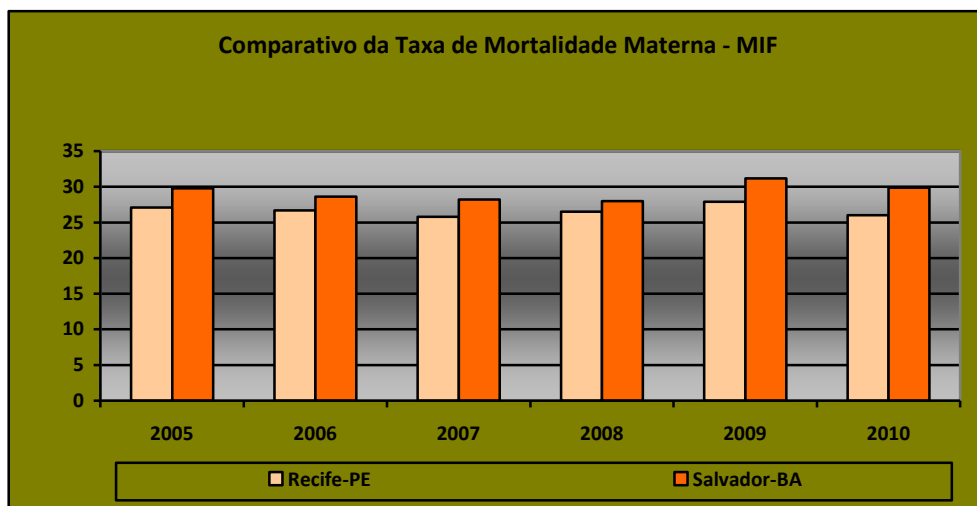
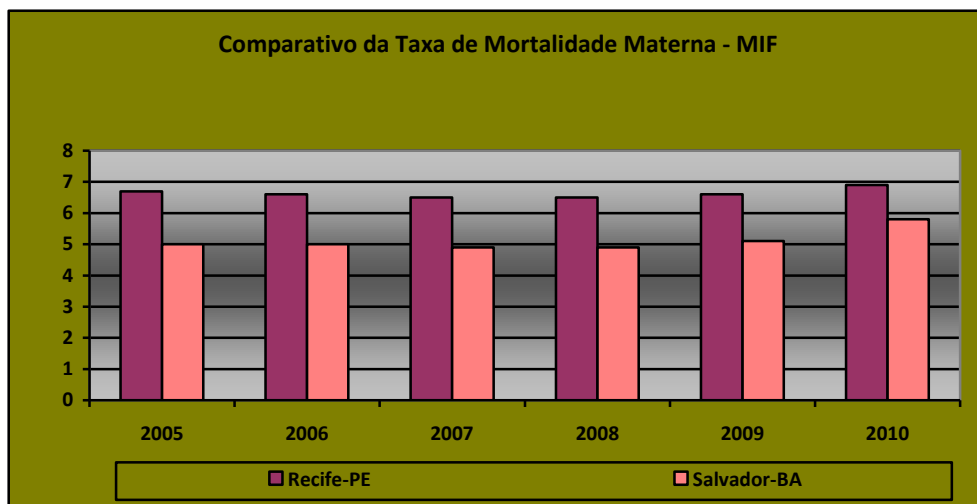


Gráfico 17.



Anexo IV: Sistemas e Aplicativos Relacionados ao SUS

SIOPS

Objetivos: Coleta e sistematização de informações sobre receitas totais e despesas com ações de serviços públicos de saúde das três esferas governamentais.

Site: <http://siops.datasus.gov.br>

Contato: duvida.siops@datasus.gov.br

SIM

Objetivos: oferecer aos gestores da saúde, pesquisadores e sociedade informações para definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças, a partir das declarações de óbito coletadas pelas Secretarias de Saúde Estaduais.

Site: <http://www2.datasus.gov.br> em Informações de Saúde – Estatísticas Vitais: Mortalidade Geral.

Contato: sim@datasus.gov.br e sim@funasa.gov.br

SINASC

Objetivos: propiciar aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como sexo, local do nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, entre outras, para análise epidemiológica, estatística e demográfica.

Site: Site: <http://www2.datasus.gov.br> em Informações de Saúde – Estatísticas Vitais: Nascidos Vivos.

Contato: sinasc@datasus.gov.br e sinasc@funasa.gov.br

SNVE

Objetivos: estabelecer sistemas de informação a análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do País e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

Contato: www.funasa.gov.br