
ANÁLISE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

PERFORMANCE ANALYSIS OF UNIFIED HEALTH SYSTEM IN THE NORTHEAST OF BRAZIL

Francisca Francivânia Rodrigues Ribeiro Macêdo
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis e Administração da Universidade Regional de Blumenau – FURB
Endereço: Rua Antônio da Veiga, 140, Victor Konder, Blumenau – SC
Telefone: (47) 33210938
E-mail: francymacedo2011@gmail.com

Maria Márcia Jorge Damasceno
Especialista em Controladoria e Auditoria Contábil pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Endereço: Av. da Universidade, 850, Betânia, Sobral – CE.
Telefone: (88) 3677-4227
E-mail: marciajorge_contabeis@hotmail.com

Recebido: 25/09/2013 2ª versão: 06/12/2013
Aprovado: 19/11/2013 Publicado: 24/12/2013

RESUMO

O estudo objetivou verificar o índice de desempenho do Sistema Único de Saúde na região nordeste. Para tanto, realizou-se pesquisa descritiva, conduzida por meio de análise documental, com consulta aos dados no Ministério da Saúde. A amostra compreendeu a população dos 1.792 municípios da região nordeste. Para a análise dos dados, embasados nos procedimentos, nos métodos estatísticos, nos parâmetros e na pontuação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), foram utilizadas medidas de estatísticas descritivas (médias, mínimos, máximos e desvio padrão). Os resultados apontaram que a região nordeste possui elevado nível de desigualdade e alta dispersão entre os seus municípios.

Palavras-chave: Desempenho; Sistema Único de Saúde; Região Nordeste.

ABSTRACT

The study aimed to verify the performance index of the the Unified Health System (SUS) in the northeast. To do so, we performed descriptive research conducted through document analysis, consultation with the data from the Ministry of Health. The sample consisted of the population of the 1,792 counties of the northeast region. Measures of descriptive statistics (mean, minimum, maximum and standard deviation) were used to analyze the data, based on procedures, statistical methods, parameters and Performance Index Score of the the Unified Health System (IDSUS). The results showed that the northeast region has a high level of inequality and high dispersion among its municipalities.

Keywords: Performance; Unified Health System; Brazilian Northeast.

1. INTRODUÇÃO

O modelo burocrático de prestação direta de serviços monopolista passou a ser duramente criticado pelos Ministérios da Saúde dos países em desenvolvimento, pois, segundo seus membros, o sistema de saúde desses países é muito centralizado, hierarquizado e não responde de modo pleno às necessidades dos usuários (BANCO MUNDIAL, 1993; MILLS, 1995; BOSSERT *et al.*, 1998).

Assim, a nova gestão pública incluiu como pauta a reforma internacional da saúde; porém, estudos têm evidenciado que a maioria dos governos dos países de baixa renda não possui o apoio político necessário para implementar uma reforma radical nesse setor, posto que, mesmo quando há vontade política em reformar, questões de capacidade definidas de maneira ampla para abranger uma série de dimensões (recursos humanos e sistemas de gestão) por meio de contextos políticos, institucionais e econômicos (GRINDLE; HILDEBRAND, 1995; BATLEY, 1997) são suscetíveis de impedir a sua efetiva execução (RUSSELL; BENNETT; MILLS, 1999).

No Brasil, o movimento de reforma da saúde surgiu em meados dos anos 1970, como resposta ao sistema de saúde extremamente desigual instalado no Regime Militar (1964-85). Segundo Weyland (1995), tal desigualdade repousava sobre o desequilíbrio no desenvolvimento socioeconômico do País. Ainda conforme o autor, a modernização conservadora, reforçada pelos governos autoritários, concentrou os benefícios do rápido crescimento desproporcional na classe média e alta dos centros urbanos do sudeste do Brasil (WEYLAND, 1995).

Essas reformas foram influenciadas pelos esforços recentes de disseminação e prática dos princípios da administração pública gerencial, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e cujas diretrizes estão formalizados na Constituição Federal de 1988, a qual determinou, no artigo 196, que a saúde é um direito de todos (BADZIAK; MOURA, 2010) e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos (BRASIL, 1988).

Não obstante, para ser disponibilizada de modo paritário e eficiente, a saúde precisa ser financiada pelas três esferas do governo (BADZIAK; MOURA, 2010). A esse respeito, a Constituição Federal de 1988 definiu que existem competências concorrentes ou partilhadas pelas esferas federal, estadual e municipal para um amplo conjunto de políticas públicas, e os serviços de saúde se encaixam nessa categoria; todavia, diferente de outras políticas públicas, esses serviços têm sido considerados um sucesso quanto à adesão dos governos locais como principais provedores, sob a coordenação do Governo Federal (VARELA, 2008).

Existem argumentos claros que indicam que a definição de objetivos ajuda a desenvolver uma política de saúde mais racional e transparente (HERTEN; GUNNING; SCHEPERS, 2000), sendo o financiamento dos gastos com as políticas públicas de saúde um fator imperativo para o processo de construção e avaliação do desempenho do SUS (BADZIAK; MOURA, 2010).

Destarte, diante da importância do processo de reforma da saúde em nível nacional e internacional, bem como da necessidade de avaliação dos serviços de saúde ofertados à população, surge o questionamento desta pesquisa: Qual o índice de desempenho do Sistema Único de Saúde na região nordeste do Brasil? Para responder a essa pergunta, traçou-se como objetivo geral verificar o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde na região nordeste do Brasil.

O presente estudo justifica-se pelo fato de o SUS, mesmo caracterizado por complexas relações intergovernamentais, vir garantindo avanços paulatinos na resolução de problemas quanto à prestação de serviços públicos de saúde à população (VARELA, 2008). Ademais, o interesse pela saúde pública entre os políticos, a mídia e a população em geral nunca foi tão grande como nos últimos tempos, principalmente depois de epidemias, como a da síndrome respiratória aguda grave, e da ameaça do bioterrorismo (GRIFFITHS; JEWELL; DONNELLY, 2005).

O tema saúde pública e indicadores também desperta interesse constante entre os pesquisadores. Levine e Renelt (1992), Mankiw, Romer e Weil (1992), Barro (1996a, 1996b), Barro e Sala-I-Martin (1995) e Sala-I-Martin (1997), por exemplo, centraram a atenção no crescimento dos indicadores socioeconômicos, ou seja, em estudos que avaliam os efeitos do crescimento e os melhoramentos da educação ou dos indicadores de saúde, ou ainda do impacto dos gastos públicos sobre esses indicadores.

Destaca-se, entretanto, que este trabalho diferencia-se dos demais por tratar do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, que teve seus dados disponibilizados para consulta a partir de 2011. Espera-se contribuir para que se tenha uma visão holística da situação do SUS nos nove estados e nos 1.792 municípios da região nordeste, chamando a atenção dos cidadãos para a maneira como a máquina pública está sendo conduzida, bem como proporcionar aos próprios gestores condições de visualizar qual a situação de seu município comparado aos outros. Com isso, além de uma cooperação para a comunidade científica, ter-se-á uma contribuição social (MACÊDO; STAROSKY FILHO; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

A justificativa para a escolha da região nordeste se deve ao fato de ela ser mais carente que as demais regiões do Brasil em diversos aspectos. Por exemplo, de acordo com Souza e Leite Filho (2008), essa região concentra 28,1% da população brasileira, mas sua participação no Produto Interno Bruto é de apenas 13,1%; a expectativa de vida ao nascer é de 65,1 anos, abaixo da média brasileira (68,6 anos); a taxa de mortalidade infantil de 47,3 é ainda mais díspar, cerca de 50% maior que a média nacional no ano de 2000.

2. TEORIA DAS ESCOLHAS PÚBLICAS

A teoria das escolhas públicas é um programa interdisciplinar baseado nos princípios econômicos aplicados à ciência política, tais como as decisões do Legislativo, os efeitos das regras eleitorais, o comportamento de grupos de interesse, dos partidos políticos e da burocracia, constituindo, dessa maneira, uma abordagem interdisciplinar de economia e política (PEREIRA, 1997; BORSANI, 2004; SILVA, 2010).

A teoria das escolhas públicas estuda os processos de decisão política em uma democracia, utilizando para isso os conceitos de comportamento racional e de autointeresse da ação humana (CAMPOS, 2008). Tal teoria, assim como a economia, tem como postulado comportamental básico o fato de que o homem é egoísta, racional e maximizador da utilidade própria (MUELLER, 1976).

Depreende-se, então, que a teoria das escolhas públicas baseia-se na análise do comportamento oportunista do indivíduo, que realiza ações individuais ou coletivas e têm preferências, valores e motivações peculiares, fatores decisivos no momento de uma escolha. Destaca-se que a teoria das escolhas públicas tem sido a principal crítica teórica da teoria do bem-estar (*welfare economics*), a qual fundamenta

a intervenção do Estado na economia e se centra nos “fracassos do mercado” em vez dos “fracassos do governo”. A teoria das escolhas públicas tem demonstrado que as regras e as instituições são importantes para se perceber os resultados das escolhas coletivas (PEREIRA, 1997).

Desse modo, a teoria das escolhas públicas pode vir a permitir que se façam algumas previsões rudimentares a respeito das características estruturais das decisões do grupo, visto que possui uma interdependência fundamental com o impacto das ações individuais na escolha social e na organização da atividade econômica do mercado (BUCHANAN; TULLOCK, 1962).

Consoante Mueller (1976), a abordagem da escolha pública para os encadeamentos fora da tomada de decisão do mercado tem sido: (1) para trazer os mesmos pressupostos comportamentais da economia geral (racionalidade, homem utilitarista); (2) muitas vezes, para descrever o processo de preferência análogo ao mercado (eleitores exercem troca); e (3) para fazer as mesmas perguntas tradicionais da teoria dos preços (Não existem equilíbrios? Existe eficiência de Pareto?).

Destarte, inúmeros modelos de escolhas públicas sugerem que os gestores públicos deveriam estar mais interessados na maximização do orçamento e na alocação eficiente dos recursos (YINGER, 1986), embora se observe, nas pesquisas realizadas, que esses gestores estão mais inclinados a aumentar os orçamentos e a gerenciar de maneira criativa a folga orçamentária do que perseguir a minimização de custos e a maximização dos resultados (HORTON, 1987).

Ressalta-se, ainda, que os principais expoentes da teoria das escolhas públicas sejam Black (1958), Buchanan e Tullock (1962), Olson (1965), Arrow (1951), Downs (1957) e Riker (1982). Tais autores produziram obras consideradas fundadoras de dois programas de investigação diferentes, mas correlatos: a teoria das escolhas públicas (*public choice*) e a teoria da escolha social (*social choice*), a qual se autonomizou seguindo os trabalhos de Arrow (1951) e Sen (1970), mas mantém uma fina ligação com a *public choice* (PEREIRA, 1997; MUELLER, 2004; DIAS, 2009).

Diante do exposto, observa-se que os questionamentos, as análises e as discussões realizadas pela teoria das escolhas públicas mostram-se de importância ímpar para um maior entendimento das maneiras como as decisões coletivas são tomadas. Além disso, tal teoria agregou mais conhecimento às discussões das ciências políticas, bem como realizou importantes análises do comportamento de grupos de interesse (SILVA, 2010).

3. ALOCAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para fazer face aos anseios e às necessidades primárias e secundárias da população, o gestor público precisa realizar gastos. Como os recursos são escassos, os dispêndios devem ser realizados de modo eficiente, proporcionando o oferecimento, com qualidade e efetividade, de cada vez mais serviços, e também para que sejam atendidos os percentuais mínimos elencados em lei (MACÊDO; STAROSKY FILHO; RODRIGUES JÚNIOR, 2012).

Enfatiza-se que a alocação dos recursos deve ocorrer seguindo os preceitos constantes na Carta Magna de 1988. Por exemplo, no artigo 77 das Disposições Transitórias, são fixados os valores mínimos de aplicação de recursos nas ações e nos serviços públicos de saúde, a saber: para a União – montante empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB; para o Estado – 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; para municípios – 15% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere.

No tocante à alocação dos recursos públicos à saúde, o grande financiador das ações do SUS é a União, seguida dos Municípios e dos Estados. Nunes (2004) destaca que o repasse dos recursos da União se dá por transferências regulares e automáticas, realizadas fundo a fundo. Com isso, o custeio do SUS

deve obedecer a critérios de distribuição equitativa, de acordo com os quais os recursos são direcionados para atender àqueles que necessitam dos serviços de saúde pública.

O SUS é um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no qual cada parte cumpre funções e competências específicas, mas articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis nº 8.080/90 – conhecida como Lei Orgânica da Saúde – e nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (CONASS, 2009).

O SUS foi criado com o objetivo de acabar com o quadro de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público, gratuito, a todos os cidadãos brasileiros. Pelo SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam elas públicas (municipal, estadual ou federal) ou privadas, conveniadas ao sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Um dos maiores modelos públicos de saúde do mundo, o SUS tem como finalidade a promoção da saúde, com prioridade em ações preventivas, e a oferta de serviços curativos e de reabilitação, com a democratização de informações e a participação da comunidade. Também é de sua responsabilidade o controle da ocorrência de doenças (Vigilância Epidemiológica), da qualidade dos medicamentos, dos exames, dos alimentos, da higiene e das condições dos estabelecimentos que atendem ao público (CONASS, 2009).

4. INDICADORES DE DESEMPENHO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Os indicadores são construídos em forma de proporções ou coeficientes, por meio de razões necessárias para medir determinado insumo, sendo criados a partir de números que representam, de modo geral, valores absolutos que fornecem informações de um conjunto total (SILVA, 2009).

Consoante Rua (2007), indicadores são importantes por serem instrumentos de gestão essenciais às atividades de monitoramento e de avaliação de projetos, programas e políticas, uma vez que permitem acompanhar passo a passo as metas traçadas, permitindo, assim, que se identifiquem os avanços, os ganhos e as perdas ocorridas.

Destaca-se ainda que, pelo fato de conterem dados sobre o andamento das atividades desenvolvidas na entidade, os indicadores permitem que sejam extraídas informações privilegiadas e tempestivas, sendo, portanto, primordiais no processo de tomada de decisão, bem como ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional do ente.

No tocante ao setor público, os indicadores podem ser a ponte entre os serviços de saúde e as decisões governamentais, visto que, por meio deles, pode-se mensurar o grau de eficiência da aplicação dos recursos públicos, pois as informações adquiridas por intermédio deles permitem que sejam vistas as fragilidades que ainda persistem. Isso proporciona uma tomada de decisão oportuna e eficaz nos atendimentos às demandas populacionais (BITTAR, 2001).

Ademais, a proliferação de reformas no governo movimentando os princípios e os instrumentos de protestos inspirados pela doutrina da Nova Gestão Pública (NGP) causou mobilizações coletivas de muitas profissões em diversos setores – saúde, educação, justiça, trabalho de investigação social (BEZES *et al.*, 2011).

Enfatiza-se que a NGP, ao pregar a transcendência da administração pública burocrática para uma administração pública gerencial, que é voltada aos resultados, remete ao fato de se necessário fazer um

acompanhamento das metas e dos programas governamentais, de modo que se consiga verificar se o executado condiz com o planejado. Logo, os indicadores são ferramentas imprescindíveis.

Diante desse cenário, com o objetivo de monitorar as ações e os direcionamentos de recursos para os serviços de saúde pública, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde desenvolveu políticas de avaliação do SUS. Entre elas, criou o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), o qual tem, entre outras, a finalidade de avaliar o desempenho do SUS nos municípios, nos estados, nas regiões e no País, além de avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção – básica, especializada ambulatorial e hospitalar e urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Não obstante, consoante esclarecimento do Ministério da Saúde (2011, p. 9), “o IDSUS não avalia todos os aspectos do SUS como os de tempo de deslocamento e de espera, satisfação do usuário, qualidade e custos dos serviços de saúde e eficiência do sistema”. Na Figura 1, é possível verificar quais são os elementos que compõem o modelo avaliativo do IDSUS.

Figura 1 – Modelo avaliativo do IDSUS

INDICADORES	NÍVEL DE ATENÇÃO	ÁREA
Acesso • Potencial ou Obtido	Atenção realizada no município • Atenção básica ou primária	• Saúde do adulto
Efetividade • Resultados esperados	Atenção especializada realizada no município e na rede de atenção à saúde • Atenção ambulatorial geral e especializada • Atenção hospitalar geral e especializada • Urgência e Emergência	• Saúde bucal • Saúde da criança • Saúde da mulher
FORMA COMO OS RESULTADOS SÃO MOSTRADOS		
Notas em cada nível da atenção e do desempenho geral do SUS que atende os residentes de cada município brasileiro, regiões, estados e no país.		
DIMENSÕES PARA CARACTERIZAR OS MUNICÍPIOS		RESULTADOS
Determinantes da Saúde	Indicadores	Municípios segundo extratos homogêneos
Condições de Saúde da População	Indicadores	
Estrutura do Sistema de Saúde	Indicadores	
	Porte Populacional	

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde (2011).

Os indicadores do IDSUS têm uma pontuação ou nota, que é igual ao resultado do indicador em cada município dividido pelo seu respectivo parâmetro. Esse quociente forma uma nota de 0 a 10 para cada indicador simples e mede a distância entre a situação atual e a situação desejada. As notas são obtidas para cada indicador simples por meio da PCA (*Principal Component Analysis*) e resultam em índices de acesso e qualidade nos diferentes níveis de atenção, e estes, também pelo PCA, resultam no IDSUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Vale destacar, ainda, que a nota do desempenho do SUS nos estados, nas regiões e na União foi dada pela média ponderada da nota do IDSUS nos municípios pelas respectivas populações, conforme detalhado na fórmula a seguir.

$\Sigma = \% \text{ da população de cada município em relação à população considerada (estado, região ou país)} \times \text{IDSUS no município.}$

Em suma, o IDSUS utiliza informações estratégicas sobre o desempenho do SUS nas diversas áreas de saúde pública em todo o território nacional. Esse índice busca medir os índices percentuais de alocação dos recursos públicos direcionados à saúde e o efetivo atendimento da população quanto ao fornecimento desses serviços, mensurando a distância entre o SUS existente e o SUS que seria o ideal, dadas as necessidades da sociedade.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender ao objetivo proposto no artigo, realizou-se pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, a partir de pesquisa documental. A pesquisa descritiva, de acordo com Martins (1994, p. 28), objetiva “[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos”.

A pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo selecionar, tratar e interpretar, com a finalidade de extrair o máximo de informações necessárias para concretizar o estudo (LEITE, 2001).

Para desenvolvimento do estudo, os dados foram coletados a partir do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Tais informações estão disponibilizadas no portal da saúde do Ministério da Saúde referente ao ano-base de 2011.

A abordagem utilizada no estudo foi de natureza quantitativa, caracterizada pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas informações por meio de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999). Para atingir o objetivo do estudo, as análises foram realizadas com a utilização de estatística descritiva (médias, mínimos, máximos e desvio padrão).

A população objeto do estudo foi composta pelos municípios da região nordeste do Brasil. A amostra é considerada intencional não probabilística, compreendendo os 1.792 municípios nordestinos. A justificativa para a escolha da região nordeste em detrimento das demais se deve ao fato de tal região ser a mais carente. Assim, pretende-se verificar a situação dos serviços disponibilizados pelo SUS nessa região.

Inicialmente separaram-se os municípios pertencentes à região nordeste, coletaram-se os dados do SUS relacionados à atenção básica, à atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e à atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, à referência média e alta complexidade e à urgência e emergência. Na sequência, foram aplicadas as estatísticas descritivas, fazendo-se a separação por grupo de serviços.

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Esta seção contém a descrição e a análise dos dados coletados. Inicia-se pela média, pelo mínimo, pelo máximo e pelo desvio padrão da atenção básica – acesso potencial ou obtido, seguida das outras subdivisões dos serviços que compõem o SUS, consoante o IDSUS.

Para análise, foram utilizados procedimentos, métodos estatísticos, parâmetros e pontuação do IDSUS, que é resultado de uma nota atribuída para cada município de acordo com os dados do SUS, a qual, por sua vez, provém de indicadores simples baseados em indicadores compostos por acesso e efetividade, e, para isso, adotou 24 indicadores, sendo 14 de acesso e dez de efetividade.

Os indicadores selecionados foram delineados sob forma avaliativa em áreas de cobertura de acesso assistencial como atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e

atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, enquanto os indicadores de efetividade tomaram em consideração a atenção básica e a atenção hospitalar de média e alta complexidade.

A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas dos três indicadores referentes à dimensão de atenção básica, relativas ao acesso potencial ou obtido.

Tabela 1 - Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido

Nº	Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde.	0,34	10	8,5	2,35
2	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	0	10	9,27	1,83
3	Proporção nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.	2,94	10	6,43	1,10
Total		0	10	8,06	2,19

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 1, os resultados da cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde no tocante à atenção básica revelaram índice médio de 8,5, mínimo de 0,34 e alta dispersão entre os municípios da região nordeste (desvio padrão de 2,35), destacando-se o Estado do Rio Grande do Norte (RN), com os municípios de Água Nova, Francisco Dantas e Rafael Fernandes, e o Estado do Ceará (CE), com o município de Itaiçaba. Porém, o município com o menor índice de cobertura é Pau dos Ferros, localizado no RN.

Na sequência, o indicador de cobertura populacional estimado pelas equipes básicas de saúde bucal apresentou a maior média 9,27 entre os indicadores de atenção básica, com um mínimo de zero e máximo de 10, além de possuir o segundo menor desvio padrão, demonstrando assim certa homogeneidade nesse tipo de serviço entre os estados da região nordeste.

Enfatiza-se que os Estados que apresentaram o maior número de equipes básicas de saúde bucal foram Rio Grande do Norte (RN), Ceará (CE) e Bahia (BA), nessa ordem. Os municípios que mais se destacaram em cada um desses estados foram os seguintes: Água Nova, Francisco Dantas, Pau dos Ferros e Rafael Fernandes, no RN; Itaiçaba e Nova Russas, no CE; Campo Alegre de Lourdes e Ipupiara, na BA. Entretanto, a Bahia também possui o maior número de municípios (sete) que apresenta as piores condições nesse quesito: Antas, Brotas de Macaúbas, Gentio do Ouro, Heliópolis, João Dourado, Lajedinho e Urandi. Em seguida, está o Maranhão (MA), com os municípios de São Pedro de Água Branca e Turiaçu.

Já o índice mínimo da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal foi de 2,94 e o máximo de 10, sinalizando dispersão de 1,10, indicando semelhança no serviço prestado entre os municípios nordestinos, sendo os estados e os municípios que tiveram maior número de consultas de pré-natal aqueles que também se destacaram com as equipes básicas de saúde bucal.

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas dos quatro indicadores referentes à atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade.

Tabela 2 - Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso potencial ou obtido

Nº	Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária	0	10	7,09	2,43
2	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0	10	1,25	1,58
3	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	0	10	1,43	1,6
4	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	0,42	10	6,05	2,44
Total		0	10	3,45	3,237

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, por meio do Indicador 1 constante na Tabela 2, que a atenção ambulatorial da região nordeste em relação à população feminina residente na faixa etária de 25 a 59 anos apresentou a maior proporção média (7,09) entre os indicadores que compõem o acesso potencial ou obtido da atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade. A proporção mínima nesse serviço foi de zero e a máxima foi de 10; logo, infere-se que o SUS fornece aos municípios da região em estudo boa quantidade do serviço, fato esse comprovado ao se constatar que todos os estados do nordeste, em um total de 350 municípios, destacaram-se nesse quesito com a nota máxima nos indicadores: Piauí, com 90 municípios; Paraíba, com 74; Bahia, com 61; Rio Grande do Norte, com 50; Ceará, com 41; Maranhão, com 11; PE, com oito; Alagoas e Sergipe, com sete.

O segundo indicador da Tabela 2 apresenta média de 1,25 e dispersão, indicando que os municípios da região nordeste possuem baixa realização de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, havendo pouca diferença entre cada uma das unidades federativas desta região. Contudo, o Estado da Bahia merece destaque por ser aquele que possui o maior número de municípios (sete) que atingiram o parâmetro máximo, a saber: Canápolis, Casa Nova, Conde, Salinas da Margarida, Sento Sé, Uauá e Valente. Em segundo lugar está o Maranhão, com três municípios (Miranda do Norte, Parnarama, Presidente Dutra), seguido de Pernambuco, com o município de Quixaba, e Alagoas, com o município de Pilar.

Os piores resultados na avaliação do indicador 2 foram ocupados pelos seguintes estados: Maranhão (60 municípios); Piauí (58 municípios); Paraíba (41 municípios). Embora a Bahia figure como o estado que possui o maior número de municípios que atingiu a nota máxima, ocupa também a quarta posição entre os piores resultados, com 13 municípios.

O Indicador 3 também demonstra uma fragilidade da região nordeste, uma vez que os procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade apresentam média de 1,43 e nenhum dos Estados possui municípios com o parâmetro máximo, que é nota dez, sendo nota 7,82 a pontuação máxima que foi atingida pelo Estado do Rio Grande do Norte (município de Lajes Pintadas). Porém, no Indicador 4 é retratada considerável média de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, com 213 municípios do nordeste atingindo parâmetro máximo, sendo 98 da Bahia.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas dos sete indicadores referentes ao acesso potencial ou obtido na atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e urgência e emergência.

Tabela 3 - Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido.

Nº	Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	0,05	10	1,58	1,05
2	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	0,22	10	1,99	1,02
3	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	2,23	9,37	4,65	0,51
4	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0	10	0,12	0,81
5	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	0	10	0,07	0,69
6	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0	10	0,2	1,03
7	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	0	10	0,06	0,71
Total		0	10	1,196	1,699

Fonte: Dados da pesquisa.

Verifica-se, na Tabela 3, que de um modo geral os sete indicadores da região nordeste que compõem a atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e urgência e emergência apresentam uma média com valores baixos (1,196) e dispersão pequena (1,699). Portanto, infere-se que existam poucos registros de serviços dessa natureza nos estados da região nordeste, bem como pequena diferença entre esses entes federativos.

Ainda que faça parte da mesma tabela, o Indicador 3 desponta entre os demais ao registrar uma média de 4,65 e dispersão irrisória de 0,51, o que denota que o maior índice de acesso hospitalar na alta complexidade e urgência é composto por pessoas que sofreram sérios acidentes, havendo pouca variabilidade entre os municípios nordestinos, sendo Conceição do Jacuípe, na Bahia, o município com a maior nota (6,72) nesse parâmetro. Destaca-se também que a maioria das internações de média e alta complexidade é realizada para residentes, conforme resultados da média 0,2 e 0,06 dos indicadores 6 e 7, respectivamente.

Chama-se atenção para o fato de que apenas o Indicador 2 atingiu o parâmetro máximo (nota 10), o qual foi alcançado somente pelo Estado do Ceará por meio do município de Barbalha, que apresentou a maior razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente. Porém, este município cearense sobressaiu-se em outros indicadores, como nos indicadores 5 e 7, em que atingiu as maiores notas entre os municípios nordestinos (5,55 e 8,02, respectivamente), sendo, assim, o município que possui a maior proporção de procedimentos ambulatoriais e de internações de alta complexidade realizados para não residentes, ao passo que o município de Picos no Piauí, por ter as maiores notas nos indicadores 1 e 6, possui a maior razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para a população residente e a maior proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.

Na Tabela 4, veem-se as estatísticas descritivas dos sete indicadores no que tange à efetividade da atenção básica.

Tabela 4 - Atenção Básica - Efetividade

Nº	Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	Proporção de internações sensíveis à atenção básica ISAB	3,4	10	6,93	1,71
2	Taxa de incidência de sífilis congênita	0	10	1,77	2,86
3	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	0	10	7,15	3,66
4	Proporção de cura de casos novos de hanseníase	0	10	7,03	3,77
5	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano	0	10	9,15	1,78
6	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	0	10	2,23	2,94
7	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	0	10	4,92	3,01
Total		0	10	5,599	3,869

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que os indicadores da Tabela 4 estão com médias mais altas se comparados aos indicadores da Tabela 3, o que leva a inferir que, na região nordeste, a efetividade dos serviços de atenção básica são ofertados de modo mais abrangente que os de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

Vê-se, na Tabela 4, que o indicador que tem a pior média (1,77) é o Indicador 2 e o de melhor média (9,15) é o Indicador 5. No Indicador 2, que corresponde à taxa de incidência de sífilis congênita, o Estado da Bahia, por meio dos municípios de Camacan, Canavieiras e Jequié, é aquele que se destaca com o maior número de municípios com a nota máxima entre os demais estados nordestinos, enquanto Maranhão, Ceará e Pernambuco possuem cada apenas um município com esse parâmetro, quais sejam: Rosário (MA), Missão Velha (CE) e Serra Talhada (PE).

O Indicador 5 versa sobre a cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano e obteve a nota máxima no parâmetro para 142 municípios nordestinos, dos quais destacam-se, na seguinte ordem, os seguintes estados: Bahia, com 63 municípios; Piauí, com 29; e Maranhão, com 17. Contudo, é também no Piauí, na cidade de Cocal, que se encontra a menor assistência nesse quesito.

Outro que chama a atenção é o Indicador 6, que trata da média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e apresenta a segunda menor média (2,23) da efetividade da atenção básica, tendo apenas 11 municípios se destacado com o parâmetro máximo. Destes, cinco são do Estado da Bahia (Barra do Rocha, Conceição do Jacuípe, Itaquara, Sapeaçu e Una), dois do Ceará (Barbalha e Brejo Santo) e um do Maranhão (Santa Luzia do Paruá), do Piauí (Padre Marcos), do Rio Grande do Norte (Caraúbas) e de Sergipe (Divina Pastora).

A Tabela 5 traz as estatísticas descritivas quanto à efetividade da média e alta complexidade, urgência e emergência.

Tabela 5 - Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência – Efetividade

N °	Indicadores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	Proporção de parto normal	1,72	10	8,23	1,42
2	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTIs	3,72	10	5,85	0,7
3	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	3,24	10	7,08	0,89
Total		1,72	10	7,053	1,434

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, na Tabela 5, que a efetividade da média e alta complexidade, urgência e emergência possui boas médias, caso se contraponha com outros resultados evidenciados anteriormente. Entre os três indicadores da tabela, o Indicador 1, o qual corresponde à proporção de parto normal, destaca-se com média 8,23 e tem na Bahia o Estado que detém o maior número de municípios com nota máxima (17 municípios). Enfatiza-se que somente dois outros estados atingiram tal pontuação: Maranhão, com três municípios, e Sergipe, com um.

Também se vê que, embora o Indicador 2 apresente a menor média (5,85) e pouca variabilidade quanto aos resultados entre os Estados, ainda assim a proporção de óbitos em menores de 15 anos na UTI é alto, e o Estado de Pernambuco, no município de Serra Talhada, ostenta o maior parâmetro na categoria (9,56).

Diante do exposto, percebe-se que região nordeste é carente em várias categorias dos indicadores criados pelo SUS, com destaque para o acesso potencial ou obtido à atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência de média e alta complexidade e urgência e emergência, que apresentou as menores médias e as maiores dispersões entre os municípios.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou verificar o IDSUS da região nordeste. Para tanto, realizou-se pesquisa descritiva, conduzida por intermédio de análise documental, com consulta aos dados no portal da saúde do Ministério da Saúde. A amostra compreendeu a população dos 1.792 municípios nordestinos. Para a análise dos dados, foram utilizadas medidas de estatísticas descritivas (médias, mínimos, máximos e desvio padrão).

Analisaram-se procedimentos, métodos estatísticos, parâmetros e pontuação do IDSUS, um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências.

No tocante à atenção básica, no que concerne ao acesso potencial (aquele que permite inferir a oferta potencial de atendimentos, por exemplo, os indicadores de cobertura pelas equipes básicas de saúde) e ao acesso obtido (aquele que pode ser medido por meio dos atendimentos realizados, por exemplo, os indicadores razões de procedimentos habitante/ano), a região nordeste mostrou-se com uma boa média de serviços. De modo específico, quanto à cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde no que tange à atenção básica, os Estados do Rio Grande do Norte e do Ceará apresentaram o maior número de municípios com a máxima pontuação; porém, também o Rio Grande do Norte foi aquele que ostentou o menor índice de cobertura, por meio do município de Pau dos Ferros.

Quanto à proporção de equipes básicas de saúde bucal e quanto ao índice mínimo da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, o Estado do Rio Grande do Norte

novamente sobressaiu-se positivamente, seguido do Ceará e da Bahia. Entretanto, a Bahia também teve o maior número de municípios (sete) com as piores condições nesse quesito, seguida do Maranhão.

No que se refere à atenção ambulatorial da região nordeste, em relação à população feminina residente na faixa etária de 25 a 59 anos, o SUS forneceu aos municípios boa quantidade desse serviço, fato esse comprovado ao se constatar que todos os estados do nordeste, em um total de 350 municípios, destacaram-se nesse quesito com a nota máxima nos indicadores: Piauí, com 90 municípios; Paraíba, com 74; Bahia, com 61; Rio Grande do Norte, com 50; Ceará, com 41; Maranhão, com 11; Pernambuco, com oito; Alagoas e Sergipe, com sete.

No tocante aos exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos, as médias não foram boas. Contudo, o Estado da Bahia foi o que apresentou o maior número de municípios (sete) que atingiram o parâmetro máximo, seguido de Pernambuco, com o município de Quixaba, e de Alagoas, com o município de Pilar. Já os piores resultados foram no Maranhão (60 municípios), no Piauí (58 municípios), na Paraíba (41 municípios) e, embora a Bahia figure como o estado que possui o maior número de municípios que atingiu a nota máxima, ocupa também a quarta posição entre os piores resultados, com 13 municípios.

Ainda em relação à média complexidade, agora quanto aos procedimentos ambulatoriais, a pontuação máxima foi atingida pelo Estado do Rio Grande do Norte (município de Lajes Pintadas). Já quanto à média de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade, 213 municípios do nordeste atingiram parâmetro máximo, sendo 98 da Bahia. Isso não significa ser algo totalmente bom, visto que implica que muitas pessoas precisaram ser internadas na média complexidade, demonstrando que o processo de saúde preventiva é falho nesses estados, embora consigam atender a um maior quantitativo da população.

No que concerne à atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e urgência e emergência, os indicadores da região nordeste apresentaram uma média com valores baixos; portanto, infere-se que existam poucos registros de serviços dessa natureza nos estados da região, bem como pequena diferença entre esses entes federativos.

Observa-se que o maior índice de acesso hospitalar na alta complexidade e urgência foi composto por pessoas que sofreram sérios acidentes, havendo pouca variabilidade entre os municípios nordestinos, e também que a maioria das internações de média e alta complexidade foi realizada para residentes. Já quanto à maior razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente, o Estado do Ceará, por meio do município de Barbalha, foi o único que atingiu o parâmetro máximo.

No que se refere à taxa de incidência de sífilis congênita, o Estado da Bahia, por intermédio dos municípios de Camacan, Canavieiras e Jequié, teve o maior número de municípios com a nota máxima entre os demais estados nordestinos, enquanto Maranhão, Ceará e Pernambuco registraram apenas um município com esse parâmetro, quais sejam: Rosário (MA), Missão Velha (CE) e Serra Talhada (PE). Contudo, tal resultado denota ser a Bahia um Estado que, embora ocupe uma boa posição quanto à proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, ainda deixe a desejar no acompanhamento da gestante, pois a sífilis congênita é passada via transplacentária para o feto pela gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada. Logo, ocupar o parâmetro nesse quesito não é algo de que se orgulhe.

No que tange à cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano, 142 municípios nordestinos obtiveram nota máxima no parâmetro. Destacam-se, na seguinte ordem, os estados: Bahia, com 63 municípios; Piauí, com 29; e Maranhão, com 17. Todavia, é também no Piauí, na cidade de Cocal, que se encontra a menor assistência nesse quesito.

Já a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada teve apenas 11 municípios que se destacaram com o parâmetro máximo. Destes, cinco são do Estado da Bahia (Barra do Rocha, Conceição do Jacuípe, Itaquara, Sapeaçu e Una); dois do Ceará (Barbalha e Brejo Santo); e um do Maranhão (Santa

Luzia do Paruá), do Piauí (Padre Marcos), do Rio Grande do Norte (Caraúbas) e de Sergipe (Divina Pastora). Tal resultado mostrou-se um pouco incoerente com a proporção de equipes básicas de saúde bucal, porquanto, nesse indicador, Rio Grande do Norte, Ceará e Bahia, nessa ordem, foram os Estados com melhores notas, e o Maranhão, que teve a pior nota, sobressaiu-se na ação coletiva de escovação.

Concluiu-se que os serviços do SUS oferecidos na região nordeste ainda são falhos e demandam ações enérgicas para melhorar alguns indicadores de acesso e efetividade. Percebeu-se também que a situação é díspar entre os nove estados que compõem essa unidade federativa, de modo que os estados com os melhores resultados foram Rio Grande do Norte, Ceará e Bahia. Porém, mesmo entre eles, registraram-se parâmetros que deixaram a desejar, por exemplo: a Bahia ostentou os maiores índices de sífilis congênita e os estados do Rio Grande do Norte e Ceará não figuraram entre aqueles com boa cobertura da vacina tetravalente em menores de um ano.

Como propostas para pesquisas futuras, sugere-se que sejam abordadas outras regiões brasileiras, ou ainda que seja feita a análise mais minuciosa dos municípios de um único Estado para que sejam verificadas, de modo detalhado, as fragilidades por unidade. Outras técnicas estatísticas poderiam ser aplicadas, como a correlação de Pearson, por exemplo.

6. REFERÊNCIAS

- ARANTES, V.A. O Sistema Educacional de Minas Gerais e a Eficiência e Alocação de Recursos Públicos. In: Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 11, **Anais...** São Paulo, 28 e 29 julho de 2011.
- BARRO, R. *Determinants of economic growth: Across-country empirical study. NBER Working Paper*. n. 5968. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 1996a.
- BARRO, R.; SALA-I-MARTIN, X. *Economic growth*. New York: McGraw-Hill. 1995.
- BARRO, R. *Health, human, capital and economic growth. Work Paper for the Program on Public Policy and Health, Pan American Health Organization and World Health Organization*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1996b.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. **Determinantes sociais da saúde**: um conceito para efetivação do direito à saúde. Revista de Saúde Pública. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BATLEY, R. *A research framework for analysing capacity to undertake the new roles of government. Work Paper 23, The Role of Government in Adjusting Economies Research Programme, Development Administration Group, University of Birmingham*, 1997.
- BENNETT, S., MILLS, A., RUSSELL, *Policy arena reforming the health sector: towards a healthy new public management. Journal of International Development*, v. 11, p. 767-775, 1999.
- BEZES P.; DEMAZIÈRE, D.; LE BIANIC, T.; PARADEISE, C.; NORMAND, R., BENAMOUIZIG, D.; PIERRU, F.; ET EVETTS, J. *New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ?*, *Sociologie du Travail*, v. 53, n.3, p. 293-348, 2011.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 3, n. 12, jul.-set. 2001.
- BOGHONI, N. M.; HEIN, N.; BEUREN, I.M. Análise da relação entre crescimento econômico e gastos públicos nas maiores cidades da região Sul do Brasil. **Revista de Administração Pública – RAP – Rio de Janeiro**, v. 45, n. 1, p.159-179, Jan/Fev, 2011.

- BORSANI, H. **Relações entre política e economia: teoria da escolha pública** In: ARVATE, P.R.; BIDERMAN, C. (Org.). *Economia do setor público o Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 103-126.
- BUCHANAN, J., TULLOCK, G. *The Calculus of Consent*. *University of Michigan Press*, Ann Arbor MI, 1962.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988. Brasília, DF, 05. out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 10. fev. 2011.
- CARVALHO, G. **O financiamento da saúde no Brasil: o estado da arte em 2000**. Conferência Nacional de Saúde - On-line. 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Brasil-2000.html>>. Acesso em: 10.fev.2012
- CAMPOS, H. A. **Falhas de Mercado e Falhas de Governo: uma revisão da literatura sobre regulação econômica**. Prismas: Dir., Pol. Publ. e Mundial., Brasília, v. 5, n. 2, p. 281-303, jul./dez. 2008.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. CONASS, 2009. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 10. maio. 2012.
- DIAS, M. A. **James Buchanan e a política na escolha pública**. Revista eletrônica semestral do programa de estudos pós-graduados em ciências sociais da PUC-SP. ponto-e-vírgula, 6: 201-217, 2009. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/ponto-e-virgula/n6/artigos/pdf/pv6-16-marcoantonio.pdf>>. Acesso em: 08.mar.2011.
- DINIZ, J. A.; CORRAR, Luiz João. **Alocação de recursos públicos na educação fundamental: uma relação entre os gastos e desempenhos dos alunos da rede pública municipal**. 11º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade. São Paulo/SP 28 e 29 julho de 2011.
- FARIA, F. P.; JANNUZZI, P. M.; SILVA, S. J. **Eficiência dos gastos municipais em saúde e educação: uma investigação através da análise envoltória no estado do Rio de Janeiro**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 155-177, Jan./Fev. 2008.
- GRINDLE, M. and Hildebrand, M. *Building sustainable capacity in the public sector: what can be done?*, *Public Administration and Development*, v. 15, p. 441-463, 1995.
- GRIFFITHSA, S. JEWELLB,T. DONNELLYC, P. *Public health in practice: the three domains of public health*. *Public Health*, v.119, p. 907–913, 2005.
- HERTEN, V. GUNNING, L. J. SCHEPERS. *Targets as a tool in health policy Part I: lessons learned*. *Health Policy*, v. 52, p. 1–11, 2000.
- HORTON, R.D. *Expenditures, Services and Public Management*. *Public Administration Quarterly*, v. 2, n.1. Set, p. 378-83, 1987.
- JUNIOR, S. P. M.; IRFFI, Guilherme; BENEGAS, Mauricio. **Análise da Eficiência Técnica dos Gastos com Educação, Saúde e Segurança Pública dos Municípios do Estado do Ceará. Planejamento e políticas públicas**, n. 36, Fortaleza-CE, jan./jun. 2011.
- LEITE, A. P. B. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UECE, 2001.
- LEVINE, R.; RENELT, D. *A sensitivity analysis of cross-country growth regressions*. *American Economic Review*, v. 82, n. 4, p. 942–963,1992.
- LIMA, C. R. A. **Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde: confiabilidade e uso das informações na construção de um perfil dos municípios brasileiros**. 2005. 77p. Dissertação

- (Mestrado em Saúde Pública) 2005. Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração: Epidemiologia geral, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MACÊDO, Francisca Francivânia Rodrigues Ribeiro; STAROSKY FILHO, Loriberto; RODRIGUES JÚNIOR, Moacir Manoel. Análise da eficiência dos recursos públicos direcionados à educação: estudo nos municípios do estado de Santa Catarina. Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (ENANPAD), 24, 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.
- MANKIW, G.; ROMER, D.; WEIL, D. *A contribution to the empirics of economic growth. Quarterly Journal of Economics*, v. 107, p. 407–437, 1992.
- MARQUES, R. M.; MENDES, A. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF):** novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 8 (2): 403-415, 2003.
- MARTINS, G. A. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília. CONASS, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 10. maio. 2012.
- _____. Departamento de Apoio à Descentralização – Cartilha do SUS. **O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos**. 1ª ed. 40 p.: il. color. - Série B. Textos Básicos de Saúde - ISBN 85-334-0829. Brasília – DF 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dad>>. Acesso em: 10. fev. 2012.
- _____. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Departamento de Informação e Informática do SUS DATASUS – IDSUS, 2011: Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em 10. fev. 2012.
- MUELLER, D. C. *Public choice: a survey. Journal of Economic Literature*. v. 14, n. 2, p. 395-433, 1976.
- MUELLER, D. C. **Public Choice III**. Cambridge and New York: Cambridge University Press, 2003. *Revised and updated version of an essay that first appeared in The Encyclopedia of Public Choice edited by Charles K. Rowley and Friedrich Schneider and published in 2004 by Kluwer Academic Publishers*, v. 1, pp. 32–48, 2004.
- NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora**. Relatório de Consultoria (Contrato N° 130/2003) - Projeto 1.04.21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Departamento de Economia da Saúde (SCTIE do MS), Brasília, 2004.
- PEREIRA, P. T. A Teoria da escolha Pública (public choice): uma abordagem neo-liberal? **Análise Social**, v. 32, n. 141, p. 419-442, 1997.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RUA, M. G. **Sistema de indicadores do Marco Lógico para monitoramento e avaliação de programa**. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), 2007.
- SALA-I-MARTIN, X. *I just ran two million regressions. American Economic Review*, v. 87, n. 2, p. 178–183, 1997.
- SILVA, H.O. **Os sistemas financeiros e a evolução das regras de supervisão bancária**. 2010. 115 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Gestão de Empreendimentos Locais) 2010. Núcleo de Pós-graduação e Pesquisa em Economia, Universidade Federal de Sergipe.

- SILVA, S. M. M. A. **Análise de indicadores sócio econômicos, ambientais e de saúde de Araraquara-SP**. 2009. 180 p. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente) 2009. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente do Centro Universitário de Araraquara.
- VARELA, P. S. **Indicadores sociais no processo orçamentário do setor público municipal de saúde: um estudo de caso**. São Paulo. 2004. 193 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Curso de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.
- VARELA, P. S. **Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência**. São Paulo. 2008. 223 p. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Faculdade de Economia, Administração de Contabilidade e Atuária da Universidade de São Paulo.
- YINGER, J. 1986. *On Fiscal Disparities across Cities*. *Journal of Urban Economics*. v. 19, n. 3, p. 316–337.
- WEYLAND, Kurt. *Printed in Great Britain Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil*. *World Development*, v. 23, n. 10, p. 1699-1712, 1995.