

## ANÁLISE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DOS MUNICÍPIOS DAS REGIÕES BRASILEIRAS

### RESUMO

O estudo objetivou analisar o desempenho do sistema único de saúde dos municípios nas regiões brasileiras. Para isso, realizou-se pesquisa descritiva, conduzida por meio de análise documental e abordagem quantitativa dos dados, em uma amostra composta por 5.563 municípios de todas as cinco regiões brasileiras. Para analisar o desempenho do sistema único de saúde, foram verificados 24 indicadores, cujos dados foram coletados no portal do Ministério da Saúde. Os resultados apontaram que os municípios da região Sul e Sudeste destacam-se positivamente com os melhores desempenhos e a região Norte destacou-se negativamente. De modo geral, os resultados demonstraram que alguns indicadores apresentavam índices abaixo da expectativa em diversos municípios e, portanto, carecem de cuidados e atenção especial, principalmente nos municípios da região Norte. Concluiu-se que o desempenho do SUS ainda é bastante irregular ao longo de todo o território brasileiro e precisa de melhorias perenes para que tenham seus números alavancados positivamente, além de situação regular em todo o território brasileiro.

**Palavras-chave:** Teoria das Escolhas Públicas; Sistema Único de Saúde; Indicadores de Desempenho.

## ANALYSIS OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) MUNICIPALITIES IN THE BRAZILIAN REGIONS

### ABSTRACT

This study drew aimed at analyzing the performance of the public health system of the municipalities in the Brazilian regions. For this, we carried out descriptive research conducted through document analysis and quantitative analysis of data on a sample of 5.563 municipalities in all five Brazilian regions. To analyze the performance of the public health system were verified 24 indicators, with data collected on the website of the Ministry of Health The results showed that the municipalities of the South and Southeast regions stand out positively with the best performance and the North highlighted negatively. Overall, it was concluded that some indicators had indices below expectations in several counties and therefore require special care and attention, especially in the cities of the North. At the end, it was concluded that the performance of the NHS is still quite uneven throughout the Brazilian territory and needs improvement for perennials that have leveraged their numbers positively, and legally throughout the Brazilian territory.

**Keywords:** Theory of Public Choices; National Health Care System; Performance Indicators.

Francisca Francivânia Rodrigues Ribeiro Macêdo<sup>1</sup>  
Geovanne Dias de Moura<sup>2</sup>  
Sueli Viviani Sant'Ana<sup>3</sup>  
Tarcísio Pedro da Silva<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Doutora em Ciências Contábeis e Administração pela Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Brasil. E-mail: [francymacedo2011@gmail.com](mailto:francymacedo2011@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutor em Ciências Contábeis pela Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Professor do Mestrado Acadêmico em Ciências Contábeis e Administração da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Brasil. E-mail: [geomoura@terra.com.br](mailto:geomoura@terra.com.br)

<sup>3</sup> Mestre em Ciências Contábeis pela Universidade Regional de Blumenau - FURB. Brasil. E-mail: [sueli@contabilviviani.com.br](mailto:sueli@contabilviviani.com.br)

<sup>4</sup> Doutor em Ciências Contábeis e Administração pela Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Professor da Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Brasil. E-mail: [tarcisio@furb.com.br](mailto:tarcisio@furb.com.br)

## 1 INTRODUÇÃO

Mudanças sociais, econômicas e políticas no Brasil, associadas à consolidação da democracia têm contribuído para aumentar a exigência dos cidadãos, principalmente, pela alocação mais eficiente dos recursos públicos e para o aumento da transparência dos atos administrativos (BEUREN; MOURA; KLOEPPEL, 2013). A exigência também tem sido crescente em relação a melhoria dos serviços públicos de saúde ofertados que, inclusive, tornam-se mais suscetíveis ao crivo do julgamento e exame minucioso da mídia em geral.

Devido a importância que a saúde ocupa nos debates locais e afora, inúmeras exigências são impetradas, suscitando um ciclo constante de melhoria no gerenciamento das políticas públicas voltadas à saúde, visando tornar seus serviços mais eficientes. Como exemplo, têm-se a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que desenvolveu políticas para avaliação do Sistema Único da Saúde (SUS). Dentre estas, criou o Índice de Desempenho (IDSUS) para avaliar o desempenho do SUS nos municípios, estados, regiões e país e avaliar o acesso (potencial ou obtido) à efetividade da atenção básica, especializada ambulatorial, hospitalar e das urgências e emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Tal postura condiz com os ditames da Nova Gestão Pública que prega a mudança da administração burocrática para uma administração pública gerencial que seja voltada a resultados, sugerindo o acompanhamento de metas e programas governamentais com o fito de verificar se o executado condiz com o planejado, logo, os indicadores de desempenho tornam-se ferramentas fundamentais (MACEDO; DAMASCENO, 2013).

Para obter melhores indicadores é necessário que decisões corretas sejam tomadas, afim de estabelecer uma estrutura de financiamento correspondente às necessidades locais de cada região (CASTRO, 2007). Nesse sentido, a Teoria das Escolhas Públicas estuda os processos de decisão política, utilizando para isso os conceitos de comportamento racional e de auto interesse da ação humana (CAMPOS, 2008). Sendo assim, esta teoria, que existe dentro de um contexto em que os governantes e os eleitores agem de modo a maximizar os próprios interesses (BUCHANAN; TULLOCK, 1962; MUELLER, 1976; BUTTLER, 2012), pode auxiliar na análise do desempenho de serviços de saúde da área pública.

Destarte, diante da deferência que a temática saúde ocupa, nacional e internacionalmente, bem como, da necessidade de avaliação dos serviços de saúde ofertados à população surgiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o desempenho do sistema único de saúde nas regiões brasileiras? E para responder a esta pergunta traçou-se como objetivo geral analisar o

desempenho do sistema único de saúde dos municípios nas regiões brasileiras.

A presente pesquisa se justifica pela importância do Sistema Único de Saúde (SUS), denominação do sistema público de saúde brasileiro, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Mesmo caracterizado por complexas relações intergovernamentais, o SUS tem avançado e se tornado referência na oferta de prestação de serviços públicos de saúde à população (VARELA, 2008). Portanto, avaliar o desempenho de seus serviços em todos os municípios e estados do Brasil, torna-se extremamente relevante.

Além disso, o tema saúde pública também desperta interesse constante entre pesquisadores, por exemplo, alguns estudos centraram a atenção no crescimento dos indicadores socioeconômicos e na avaliação dos efeitos do crescimento e melhoramentos dos indicadores de saúde e educação (BARRO; SALA-I-MARTIN, 1995; SALA-I-MARTIN, 1997) e também no desenvolvimento e análise de indicadores de desempenho no sistema de saúde (BERG et al., 2005; GEER; TUIJL; RUTTE, 2009; SORBE et al., 2011). Dessa forma, o estudo contribui para o entendimento sobre o tema no cenário brasileiro.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo contempla o referencial teórico do estudo, dividido em dois tópicos que servem de sustentação para o desenvolvimento do estudo empírico, sendo eles: Teoria das Escolhas Públicas e Sistema Único de Saúde e Indicadores de Desempenho das Ações e Serviços Públicos de Saúde.

### 2.1 Teoria das Escolhas Públicas

A Teoria das Escolhas Públicas aplica os métodos da ciência econômica à ciência política (MUELLER, 1997; ROWLEY, 2004), porém, suas diversas interpretações permite que suas abordagens sejam aplicadas à sociologia, direito, filosofia e bioeconomia. No que compete às vertentes e assuntos dos quais versa, destacam-se os estudos que realiza acerca da votação, coalizões políticas e economia constitucional.

A característica marcante da abordagem desta teoria suscita que os governantes e os eleitores agem de modo a maximizar os próprios interesses (BUCHANAN; TULLOCK, 1962; MUELLER, 1976; BUTTLER, 2012). Isto posto, as ações engendradas pelos políticos seriam motivadas por escolhas racionais em prol de garantir, dentre outros, a vitória no pleito eleitoral seguinte e, no caso dos eleitores, relata que estes querem asseverar que as regalias adquiridas perdurem perenemente, além de angariar

novos benefícios diretos ou indiretos para si e para o núcleo do grupo à qual pertencem.

Depreende-se, então, que a Teoria das Escolhas Públicas baseia-se na análise do comportamento oportunista do gestor/cidadão/burocrata que realiza ações individuais ou coletivas e têm preferências, valores e motivações peculiares – ingredientes estes decisivos na hora de se fazerem escolhas (MACÊDO; DAMASCENO, 2013) por exemplo, para a alocação de recursos em saúde, educação, lazer, segurança, etc.

Destarte, a Teoria da Escolha Pública incita os estudiosos a fazerem as mesmas suposições do *homo economicus* delineado na economia, ao interpretar o comportamento dos indivíduos envolvidos em ações executadas na esfera política, porém, alguns autores como Buchanan e Tullock (1962) e Buttler (2012) relatam que nem sempre os indivíduos são movidos apenas pelas definições estreitas do auto interesse, vez que, as pessoas podem ter também preferências altruístas e afins.

Contudo, grande parte da literatura mais recente da escolha pública enfatiza o seu lado positivo e a capacidade dos modelos de escolha pública auxiliar no entendimento do que os governos realmente fazem quando de suas escolhas e atos (BUTTLER, 2012).

## 2.2 Sistema Único de Saúde e Indicadores de Desempenho das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Os inúmeros movimentos sociais ocorridos na década de 1970 pressionavam por mudanças políticas, sociais e também no âmbito da saúde, vez que, o sistema vigente era excludente, segmentado, predominantemente privado, centrado em ações de recuperação da saúde ao invés de ser preventivo (PIOLA; VIANA, 2009; MENDES et al., 2011; SILVA; ROTTA, 2012).

No final de 1989, o Brasil empreendeu um dos maiores modelos públicos de saúde do mundo ao criar o SUS (CONASS, 2009), instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei nº 8.142/90 que trata, entre outros, das transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Desde então, a saúde pública no Brasil passou a ser direito de todos e dever do Estado, que por sua vez assumiu o compromisso de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (VIANA; QUEIROZ; IBANEZ, 1995) no que concerne às consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas e conveniadas ao setor público (municipal, estadual ou federal) ou privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), estipulando como prioridade ações preventivas, oferta de serviços curativos e de reabilitação, com a

democratização de informações e a participação da comunidade (CONASS, 2009).

Entretanto, o sistema de saúde implementado no Brasil ainda carecia de indicadores de monitoramento e avaliação que retratassem o passado, o presente e apresentasse linhas de ação para o futuro do SUS evidenciando-se o seu desempenho em todo o território nacional. Assim, ciente dessa deficiência, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde desenvolveu políticas de avaliação do SUS e, dentre estas, criou o IDSUS – um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Contudo, o IDSUS ainda precisa evoluir de modo a abranger não somente a avaliação do desempenho do SUS nas três esferas, mas também o aspecto de tempo de deslocamento e de espera, satisfação do usuário, qualidade e custos dos serviços de saúde e eficiência do sistema. Enfatiza-se que na gestão da saúde pública em todo o mundo, os indicadores de desempenho tem sido amplamente empregados (FLOWERS; HALL; PENCHEON, 2005), sendo cada vez mais utilizados para medir e controlar a qualidade e a eficiência das equipes de atendimento (GEER; TUIJL; RUTTE, 2009) e de modo abrangente, avaliar os programas desenvolvidos nos serviços de saúde como um todo.

## 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender ao objetivo proposto no artigo, realizou-se pesquisa descritiva, conduzida por meio de análise documental e abordagem quantitativa. A amostra objeto do estudo é composta por 5.563 municípios de todas as cinco regiões brasileiras, conforme informação disponibilizada no website do IBGE ([www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)).

Para analisar o desempenho do sistema único de saúde, foram verificados 24 indicadores. Cabe ressaltar que os indicadores foram desenvolvidos pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e estão expostos no Quadro 1.

Dim.	Indicadores	Método de cálculo
Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde.	(Nº médio anual de equipes da saúde da família + nº médio anual de cargas horárias de 60h semanais da clínica médica, ginecologia e pediatria) x por 3 mil ÷ pela população residente no município.
	Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	(Nº médio anual de equipes de saúde bucal da saúde da família + o nº médio anual de cargas horárias de 60h semanais de dentistas) multiplicado x por 3 mil ÷ pela população residente no município.
	Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	(Nº de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal em determinado município e período ÷ pelo nº de nascidos vivos, no mesmo município e período) x por 100.
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso potencial ou obtido	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	Nº de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado município e ano ÷ dividido pela população feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado município e ano.
	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e pop. da mesma faixa etária	Nº de mamografias realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado município e ano ÷ pela popul. fem. nesta faixa etária, em determinado município e ano.
	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade	Taxa da população de referência x ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Emergência - Acesso potencial ou obtido	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	Proporção bruta x pelo ajuste específico do município e pelo Bayes empírico (*).
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	(Nº total de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados pelo município menos número de procedimentos de média complexidade destinados aos seus residentes realizados no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil de procedimentos ambulatoriais de média complexidade destinada aos não residentes. Obs.: Se < 0 resultado = 0.
	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	(Nº total de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados pelo município menos número de procedimentos de alta complexidade destinadas aos seus residentes realizados no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade destinada aos não residentes. Obs.: Se < 0, resultado = 0.
	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	(Nº total de Internações de média complexidade realizados pelo município menos número de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos seus residentes realizadas no próprio município e em outros municípios) dividido pelo Total Brasil de internações hospitalares de média complexidade destinadas aos não residentes. Obs.: Se < 0, resultado = 0.
	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	(Nº de Internações de alta complexidade realizados pelo município menos número de internações de alta complexidade destinadas aos seus residentes no próprio município ou nos municípios de referências) dividido pelo Total Brasil de internações hospitalares de alta complexidade destinada aos não residentes. Obs.: Se < 0, resultado = 0.

... continuação

Dim.	Indicadores	Método de cálculo
Atenção Básica - Efetividade	Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB	Taxa da pop. de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	Proporção bruta x pelo ajuste específico do município e pelo Bayes empírico (*).
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Nº de indivíduos com tuberculose pulmonar bacilífera curados da coorte do período ÷ pelo nº total de indivíduos da coorte com tuberculose pulmonar bacilífera.
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase	Casos novos residentes em determinado município, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação ÷ pelo Total de casos novos residentes no mesmo munic.. e diagnosticados nos anos das coortes x por 100.
	Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	(Nº de crianças menores de um ano vacinadas com a 3ª dose da tetravalente ÷ pela população de menores de um ano) x por 100.
	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	(Nº de pessoas participantes na ação coletiva de escovação dental supervisionada realizada em determinado local em 12 meses ÷ por 12 ÷ pela população no mesmo local e período) x 100.
	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Nº total de extrações dentárias em determinado município e período ÷ pelo nº total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período.
Média e Alta Complexidade Urgência e Emergência – Efetividade	Proporção de Parto Normal	Nº de nascidos vivos por parto normal ÷ pelo nº de nascidos vivos.
	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	Taxa da população de referência x ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.
	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	Taxa da população de referência x pelo ajuste específico do município, pelo Bayes empírico (*) e padronização faixa etária e sexo.

(\*) Taxa padronizada e estimada ou resultado padronizado e ajustado

**Quadro 1 – Indicadores de Desempenho do SUS (IDSUS)**

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Os dados, para cada indicador do Quadro 1, foram coletados no portal da saúde ([portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br)) do Ministério da Saúde e referem-se ao ano base de 2011. As análises foram realizadas utilizando-se de estatística descritiva com uso de médias, mínimos, máximos e desvio padrão.

A estatística descritiva, segundo Hair Jr. et al. (2005), possibilita organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de dados. Neste estudo, permitirá analisar o desempenho do sistema único de saúde dos municípios nas regiões brasileiras.

**4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Esta seção contém a descrição e análise dos indicadores que compõem as 5 dimensões do IDSUS dos 5.563 municípios. Para a análise dos dados, foram realizadas estatísticas descritivas para analisar os 24

indicadores que compõem a análise. Para tal, utilizaram-se medidas de tendência central (média), medida de dispersão (desvio padrão) e valores máximo e mínimo. Ressalta-se que os dados utilizados na análise provêm do portal da saúde do Ministério da Saúde e referem-se ao ano base de 2011.

De acordo com Hair Jr. et al. (2005), “quase todos os conjuntos de dados precisam de um resumo de suas informações, ou seja, algo que sintetize e descreva os números que eles contém”. As medidas de tendência central possibilitaram identificar os percentuais centrais dos serviços ofertados pelo SUS. Por outro lado, as medidas de tendência não central, permitiram verificar se os dados não foram afetados por percentuais extremos. As medidas de dispersão possibilitaram identificar se houve muita variabilidade nos percentuais de concentração dos serviços do SUS entre os municípios analisados.

#### 4.1 Primeira dimensão: Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido

A primeira análise refere-se aos três indicadores da primeira dimensão denominada Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Primeira dimensão: Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>1 - Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde</b>					
Centro Oeste	466	1,23	10,00	8,64	1,81
Nordeste	1.792	0,34	10,00	8,48	2,35
Norte	449	-	10,00	7,32	2,85
Sudeste	1.668	-	10,00	8,56	2,15
Sul	1.188	0,70	10,00	8,88	1,90
<b>2 - Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal</b>					
Centro Oeste	466	0,29	10,00	9,42	1,60
Nordeste	1.792	-	10,00	9,27	1,83
Norte	449	-	10,00	7,86	2,99
Sudeste	1.668	-	10,00	8,58	2,63
Sul	1.188	-	10,00	8,78	2,37
<b>3 - Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal</b>					
Centro Oeste	466	4,63	10,00	7,96	1,12
Nordeste	1.792	2,94	10,00	6,43	1,10
Norte	449	1,34	9,02	5,65	1,12
Sudeste	1.668	4,50	10,00	8,20	1,16
Sul	1.188	5,29	10,00	8,73	1,04

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 1, em relação ao primeiro indicador, que reflete a cobertura das equipes básicas de saúde, que a região Sul se destacou, pois, os 1.188 municípios da região Sul apresentaram o maior índice médio, equivalente a 8,88. O menor indicador (0,70) dessa região foi proveniente do município de Arroio Grande do Rio Grande do Sul e os maiores indicadores (10,00) foram obtidos por 723 municípios.

Os municípios da região Centro-Oeste também se destacaram, pois, apresentaram um indicador médio de 8,64. O indicador mínimo nessa região foi de 1,23 do município de Miranda do Mato Grosso do Sul e o indicador máximo (10,00) foi obtido por 217 dos 466 municípios analisados.

É possível perceber ainda na Tabela 1, em relação ao primeiro indicador que, negativamente, destacaram-se os municípios da região Norte, com indicador médio de cobertura das equipes básicas de saúde de 7,32. Nessa região, os municípios de Placas e Santa Cruz do Arari, ambos do Estado do Pará, apresentaram indicador 0. Apenas 160 dos 449 municípios alcançaram o máximo indicador e o desvio padrão deixa claro a existência de grandes desigualdades nos indicadores entre os municípios.

Quanto ao segundo indicador, cobertura das equipes básicas de saúde bucal, nota-se na Tabela 1 que a região Centro-Oeste novamente se destacou, no

entanto, agora em primeiro lugar com um indicador médio muito próximo a 10. Isso ocorre porque 386 municípios, entre os 466, apresentaram o indicador máximo (10,00). O menor indicador (0,29) dessa região foi proveniente do município de Ipiranga de Goiás. Os municípios de Várzea Grande, Cuiabá, Barra do Bugres e Colniza, todos do estado do Mato Grosso, apresentaram índices inferiores a 2 e, assim como o município de Ipiranga de Goiás, merecem maior atenção, pois, possuem baixa oferta de serviços de odontologia básica para as suas populações.

Negativamente, destacaram-se novamente os municípios da região Norte, com indicador médio de 7,86. Nessa região, os municípios Palestina do Pará, Bagre, Aveiro, Prainha, Faro, Placas e Santa Cruz do Arari, todos do Pará e também o município de Itamarati do estado do Amazonas apresentaram indicador 0, ou seja, não ofertavam serviços de odontologia básica para as suas populações.

No que se refere ao terceiro indicador, que evidencia a qualidade da cobertura do atendimento pré-natal, verifica-se na Tabela 1 que novamente os municípios da região Sul se destacaram em primeiro lugar com um indicador médio de 8,73. Dentre os 1.188 municípios, 191 obtiveram indicador máximo (10,00) e apenas 287 obtiveram indicadores inferiores a 8,00. O baixo desvio padrão evidencia a

homogeneidade dos indicadores entre os municípios dessa região. Destacou-se também a região Sudeste com indicador médio de 8,20 em que aproximadamente 1.000 municípios, dos 1.668, alcançaram indicadores superiores a 8.

Mais uma vez, negativamente e com indicador médio de apenas 5,65, muito distante de 10, destacaram-se os municípios da região Norte. É possível perceber que nenhum município obteve indicador máximo (10,00), ou seja, as condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal não podem ser consideradas adequadas. Dos 449 municípios analisados, aproximadamente 300 deles obtiveram

indicadores inferiores a 6, portanto, medidas imediatas precisariam ser tomadas para melhorar esses indicadores.

#### 4.2 Dimensão 2 - Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso potencial ou obtido

Na Tabela 2 apresentam-se os dados dos dois primeiros indicadores da segunda dimensão denominada Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso potencial ou obtido.

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

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>1 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária</b>					
Centro Oeste	466	0,29	10,00	6,97	2,52
Nordeste	1792	-	10,00	7,09	2,43
Norte	449	0,03	10,00	5,31	2,98
Sudeste	1668	0,04	10,00	7,59	2,13
Sul	1188	0,23	10,00	8,01	2,01
<b>2 - Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária</b>					
Centro Oeste	466	-	9,15	0,74	1,03
Nordeste	1792	-	10,00	1,25	1,58
Norte	449	-	10,00	0,73	1,23
Sudeste	1668	-	10,00	3,86	2,56
Sul	1188	-	10,00	4,49	2,46

Fonte: dados da pesquisa.

O primeiro indicador evidenciado na Tabela 2 possibilita analisar a produção de exames citopatológicos do colo do útero (Papanicolaou) na população alvo do rastreamento do câncer do colo do útero (população feminina de 25 a 59 anos). Nota-se, que os municípios da região Sul se destacaram com indicador médio de 8,01. O menor indicador, de apenas 0,23 corresponde ao município de Nova Santa Rita do Estado do Rio Grande do Sul. Os municípios de Araquari, Chapadão do Lageado, Itajaí e Itapoá, no Estado de Santa Catarina, possuíam indicadores próximos a 1. O desvio padrão de 2,01, apesar de ser o mais baixo, aponta desigualdades nos indicadores entre os 1.188 municípios.

Os municípios da região Sudeste também se destacaram com um indicador médio de 7,59. Aproximadamente 700 municípios alcançaram indicador superior a 8,50. O indicador mínimo nessa região foi de 0,04 do município de Pedrinhas Paulista do Estado de São Paulo. Cabe destacar ainda que os municípios de São Fidélis (0,012) e São João da Barra (0,20), ambos do Estado do Rio de Janeiro também

apresentaram indicadores que retratam deficiências desse serviço na Região Sudeste.

Também é possível perceber na Tabela 1 que os municípios da região Norte receberam o pior indicador médio, de apenas 5,31. Dentre os 449 municípios apenas 58 deles obtiveram indicador máximo (10,00) e 227 obtiveram indicadores inferiores a 5,00. Nessa região, os vinte municípios com piores índices (abaixo de 0,50) nesse indicador são do Estado do Pará.

Em relação ao segundo indicador, que permite inferir sobre as desigualdades no acesso à mamografia e no rastreamento do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos, verifica-se na Tabela 2 que a região Sul e Sudeste apresentaram, outra vez, os maiores indicadores médios equivalentes a 4,49 e 3,86, respectivamente. No entanto, tais indicadores estão muito distantes do índice máximo (10) considerado ideal para satisfazer as necessidades da população.

A região Norte (0,73) e Centro-Oeste (0,74) obtiveram indicadores médios inferiores a 1, ou seja, o número de exames de mamografia realizados em

mulheres de 50 a 69 está muito distante do indicador ideal, cuja expectativa é de que pelo menos 70% das mulheres de 50 a 69 anos realizem um exame a cada dois anos. Os municípios da Região Nordeste, com

indicadores médios de 1,25 também necessitam de atenção para melhoria desse indicador.

Na Tabela 3, apresentam-se os dados dos outros dois indicadores que também fazem parte da segunda dimensão do índice.

**Tabela 3 – Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso potencial ou obtido**

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>3 – Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente</b>					
Centro Oeste	466	0,05	7,46	1,06	0,94
Nordeste	1792	-	10,00	1,43	1,60
Norte	449	-	6,28	0,68	0,87
Sudeste	1668	0,01	10,00	2,47	2,40
Sul	1188	0,25	8,76	2,06	1,10
<b>4 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente</b>					
Centro Oeste	466	0,55	10,00	7,13	2,61
Nordeste	1792	0,42	10,00	6,05	2,44
Norte	449	0,37	10,00	6,45	2,72
Sudeste	1668	0,72	10,00	6,74	2,11
Sul	1188	2,06	10,00	8,13	1,66

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, é possível observar que os resultados médios foram baixos para o indicador nº 3 que mede a relação entre a produção de procedimentos ambulatoriais selecionados, de alta complexidade, com financiamento pelo SUS e a população residente na mesma área geográfica. Esses números indicam que o acesso obtido ou cobertura realizada para tais procedimentos encontra-se muito distante do ideal, nas cinco regiões brasileiras, que deveria ser equivalente a 7,8 procedimentos por 100 habitantes.

No entanto, é importante destacar que na Região Nordeste os municípios de Sobral, Farias Brito e Barbalha do Estado Ceará, o município de São Luís do Estado do Maranhão e o município de Alexandria do Rio Grande do Norte obtiveram indicar máximo (10,00). Na Região Sudeste 41 municípios também possuíam o indicador máximo.

O indicador nº 4, constante na Tabela 2, mede a relação entre a produção de internações hospitalares de média complexidade, não obstétricas e não psiquiátricas, e a população residente na mesma área geográfica. Percebe-se que os municípios da região Sul apresentaram o indicador médio mais alto (8,13). Dentre os 1.188 municípios, 258 alcançaram o indicador máximo, ou seja, para cada 100 habitantes,

ocorreram no máximo 6,3 internações. Na outra ponta, o município de Nova Pádua no Rio Grande do Sul possuía o indicador mais baixo (2,06).

Os menores indicadores médios referem-se aos municípios da Região Nordeste e Norte, correspondentes a 6,05 e 6,45, respectivamente. Na Região Nordeste, apenas 213 (12%) dos 1.792 municípios analisados possuíam indicador 10 e na Região Norte, 102 (23%) dos 449 municípios. O município de Godofredo Viana do Maranhão na Região Nordeste e o município de Careiro da Várzea do Amazonas na Região Norte possuíam os piores indicadores (0,42 e 0,37).

#### **4.3 Dimensão 3 - Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido**

Na Tabela 4 apresentam-se os dados dos três primeiros indicadores da terceira dimensão denominada Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido.



**Tabela 4** – Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>1 - Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente</b>					
Centro Oeste	466	0,07	7,13	1,82	0,93
Nordeste	1.792	0,05	10,00	1,58	1,05
Norte	449	-	10,00	1,19	1,15
Sudeste	1.668	0,25	10,00	3,44	1,91
Sul	1.188	0,74	10,00	3,27	1,35
<b>2 - Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente</b>					
Centro Oeste	466	0,48	8,75	2,34	1,08
Nordeste	1.792	0,22	10,00	1,99	1,02
Norte	449	0,02	8,98	1,34	1,20
Sudeste	1.668	0,33	10,00	3,79	1,71
Sul	1.188	1,23	10,00	5,49	1,84
<b>3 - Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente</b>					
Centro Oeste	466	4,18	8,88	6,25	0,60
Nordeste	1.792	2,23	9,37	4,65	0,51
Norte	449	3,32	7,27	4,69	0,59
Sudeste	1.668	4,81	10,00	6,70	0,81
Sul	1.188	1,78	8,26	5,87	0,65

Fonte: dados da pesquisa.

É possível perceber na Tabela 4, em relação ao primeiro indicador, que os resultados médios foram baixos, demonstrando que o acesso ou cobertura realizada para os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade precisam ser melhorados. Porém, cabe destacar que na Região Nordeste o município de São Luís do Estado do Maranhão, na Região Norte o município de Cachoeira do Piriá no Pará, na Região Sudeste os municípios de São José do Ribeião Preto, Barretos e Itapuí do Estado de São Paulo, na Região Sul o município de Itajaí do Estado de Santa Catarina e também o município de Pinhal do Rio Grande do Sul possuíam indicador 10.

Em relação ao segundo indicador, nota-se que outra vez as médias encontram-se bastante distantes de 10. A Região Sul se destacou com a maior média (5,49) e a região Norte negativamente com a média mais baixa (apenas 1,34). Também cabe destacar o

município de Barbalha no Estado do Ceará que possuía indicador 10,00, a região Sudeste com 9 municípios e a região Sul com 51 municípios que possuíam indicador máximo (10,00).

Quanto ao terceiro indicador, que mede a proporção do acesso ao hospital dos óbitos por acidentes, nota-se na Tabela 4 que os municípios da Região Sudeste possuíam o maior indicador médio (6,70). É importante salientar que apenas essa Região possuía municípios com indicadores 10, São Paulo e São Caetano do Sul do Estado de São Paulo e Volta Redonda do Estado do Rio de Janeiro. A Região com menor indicador médio foi o Nordeste.

Na Tabela 5, apresentam-se os dados de outros dois indicadores que também fazem parte da terceira dimensão do índice.

**Tabela 5** – Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>4 - Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes</b>					
Centro Oeste	466,00	-	10,00	0,11	0,83
Nordeste	1.792,00	-	10,00	0,12	0,81
Norte	449,00	-	6,15	0,09	0,53
Sudeste	1.668,00	-	10,00	0,18	0,99
Sul	1.188,00	-	10,00	0,11	0,75
<b>5 - Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	0,07	0,73
Nordeste	1.792	-	10,00	0,07	0,69
Norte	449	-	7,38	0,05	0,45
Sudeste	1.668	-	10,00	0,14	1,01
Sul	1.188	-	10,00	0,10	0,80

Fonte: dados da pesquisa.

Verifica-se na Tabela 5 que, tanto para o quarto, quanto para o quinto indicador, os resultados foram baixíssimos. Estes indicadores buscam valorizar a capacidade do município em ser polo de referência, regional, estadual e nacional, para a atenção ambulatorial de média e alta complexidade aos demais municípios, que não têm ou têm capacidade insuficiente para atender seus municípios, nesse nível da atenção.

Apesar dos baixos índices médios, em relação ao quarto indicador, a Região Centro-Oeste possuía 3

municípios com indicador 10, a Região Nordeste 8 municípios, a Região Sudeste 8 e a Região Sul 2 municípios. No que concerne ao quinto indicador, a Região Centro-Oeste possuía 2 municípios com indicador 10, a Região Nordeste 4, a Região Sudeste 12 e a Região Sul 3 municípios com indicadores 10.

Na sequência, na Tabela 6, apresentam-se os dados dos últimos dois indicadores que também fazem parte da terceira dimensão do índice.

**Tabela 6** – Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência - Acesso potencial ou obtido

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>6 - Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	0,12	0,88
Nordeste	1.792	-	10,00	0,20	1,03
Norte	449	-	10,00	0,17	0,80
Sudeste	1.668	-	10,00	0,21	0,98
Sul	1.188	-	10,00	0,16	0,81
<b>7 - Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	0,07	0,70
Nordeste	1.792	-	10,00	0,06	0,71
Norte	449	-	8,51	0,04	0,47
Sudeste	1.668	-	10,00	0,14	0,96
Sul	1.188	-	10,00	0,13	0,90

Fonte: dados da pesquisa.

Nota-se na Tabela 5 que novamente os indicadores médios ficaram muito abaixo da expectativa. Esses dois indicadores procuram valorizar a capacidade do município em ser polo de

referência, regional, estadual e nacional, para a atenção hospitalar de média e alta complexidade, aos demais municípios, que não têm ou têm capacidade

insuficiente para atender seus munícipes, nesse nível da atenção.

Com relação ao sexto indicador, apenas 24 municípios que correspondem a menos de 0,50% dos 5.563 analisados possuíam indicador 10 e 4.810, ou seja, aproximadamente 86% deles possuíam indicador 0. Destacou-se positivamente a região Nordeste com 12 municípios com indicadores máximos (10,00). Negativamente aparece a Região Centro-Oeste em que 92% dos municípios possuíam indicador 0 resultando no pior indicador médio de apenas 0,12.

No tocante ao sétimo indicador, apenas 22 municípios que correspondem somente a 0,40% dos 5.563 analisados possuíam indicador 10. Por outro lado, 5.424, ou seja, mais de 97% deles possuíam indicador 0. Positivamente destacou-se região Sudeste com 10 municípios com indicadores máximos (10,00). Negativamente a Região Nordeste em que 1771

municípios, ou 98,83% deles possuíam indicador 0. No entanto, o pior indicador médio é da Região Norte (0,04).

De modo geral, é possível perceber que a terceira dimensão apresentou os menores indicadores médios, em comparação com as outras duas dimensões e, portanto merecem maior atenção, pois, demonstram que a atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, referência de média e alta complexidade e urgência e emergência não estão em níveis satisfatórios.

#### 4.4 Dimensão 4 - Atenção Básica - Efetividade

Na Tabela 7 apresentam-se os dados dos três primeiros indicadores da quarta dimensão denominada Atenção Básica - Efetividade.

Tabela 7 – Atenção Básica - Efetividade

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>1 - Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica ISAB</b>					
Centro Oeste	466	3,63	10,00	7,88	1,61
Nordeste	1.792	3,40	10,00	6,93	1,71
Norte	449	3,73	10,00	7,38	1,62
Sudeste	1.668	3,88	10,00	8,42	1,58
Sul	1.188	4,01	10,00	8,52	1,57
<b>2 - Taxa de Incidência de Sífilis Congênita</b>					
Centro Oeste	466	0,49	10,00	5,26	2,89
Nordeste	1.792	1,00	10,00	5,17	2,52
Norte	449	1,09	10,00	5,00	2,53
Sudeste	1.668	0,98	10,00	6,87	2,61
Sul	1.188	1,38	10,00	5,85	2,76
<b>3 - Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	8,15	2,79
Nordeste	1.792	-	10,00	8,12	2,70
Norte	449	-	10,00	8,07	2,65
Sudeste	1.668	-	10,00	8,52	2,56
Sul	1.188	-	10,00	7,91	3,12

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 7, em relação ao primeiro indicador, que a região Sul se destacou com o maior índice médio, equivalente a 8,52, sendo que 423 municípios possuíam indicador 10. O menor indicador (4,01) dessa região foi proveniente do município de Santa Fé do Estado do Paraná. Os municípios da região Sudeste também se destacaram com indicador médio de 8,42. Negativamente, destacaram-se os municípios da região Nordeste, com indicador médio de 6,93. O menor indicador (3,40) dessa região foi proveniente do município de Aquidabã do Estado do Sergipe.

Quanto ao segundo indicador, é possível constatar que a região Sudeste apresenta o maior indicador médio (6,87), sendo que 126 municípios possuíam indicador máximo. O menor indicador (0,98) dessa região foi proveniente do município de São João do Meriti localizado no Estado do Rio de Janeiro. Com menor indicador médio (5,00) têm-se a Região Norte em que somente 25 dos 449 municípios possuíam indicador 10,00. Nessa região, o indicador mínimo pertencia ao município de Moju do Estado do Pará.

Em relação ao terceiro indicador, apresentado na Tabela 7, verifica-se que novamente os municípios

da região Sudeste se destacaram em primeiro lugar com um indicador médio de 8,52. Dentre os 1.668 municípios, 636 obtiveram indicador máximo (10,00), porém, 81 municípios possuíam indicador 0. O desvio padrão de 2,56 deixa claro a existência de diferenças nos indicadores entre os municípios. Observa-se também que, pela primeira vez, a Região Sul possuía

o menor indicador médio (7,91) entre as cinco Regiões brasileiras. Isso porque apenas 364 dos 1.188 municípios possuíam indicador 10.

Na Tabela 8, apresentam-se os dados de outros dois indicadores que fazem parte da quarta dimensão do índice IDSUS.

**Tabela 8 – Atenção Básica - Efetividade**

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>4 - Proporção de cura de casos novos de hanseníase</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	8,50	1,97
Nordeste	1.792	-	10,00	8,18	2,66
Norte	449	-	10,00	8,68	1,74
Sudeste	1.668	-	10,00	9,10	2,12
Sul	1.188	-	10,00	8,87	2,57
<b>5 - Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	9,28	1,65
Nordeste	1.792	-	10,00	9,15	1,78
Norte	449	-	10,00	8,84	2,18
Sudeste	1.668	-	10,00	9,51	1,29
Sul	1.188	-	10,00	9,03	2,00

Fonte: dados da pesquisa.

O indicador nº 4 evidenciado na Tabela 8 representa o êxito no tratamento de hanseníase e a consequente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes. Nota-se, que os municípios da região Sudeste se destacaram com indicador médio de 9,10. Dentre os 1.668 municípios, 839 possuíam indicador 10. O desvio padrão de 2,12, um dos mais altos para esse indicador evidencia a existência de diferenças consideráveis entre os municípios desta Região. O menor indicador médio corresponde aos municípios da Região Nordeste. No entanto, é importante destacar que 595 municípios, dos 1.792 possuíam indicador 10, ou seja, estavam obtendo êxito no tratamento de hanseníase.

Com relação ao indicador nº 5 que estima o nível de proteção da população de menores de 1 ano contra doenças evitáveis pela vacina tetravalente,

mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, verifica-se na Tabela 2 que a região Sudeste novamente obteve o maior indicador médio equivalente a 9,51. Apenas 155 municípios possuíam indicador inferior a 8 nessa Região.

A região Norte possuía o menor indicador médio equivalente a 8,84. Dentre os 449 municípios, 285 possuíam indicador 10. Ainda na Região Norte, os municípios de Caruaru e Novo Aripuanã do Estado do Amazonas, o município de Cantá do Estado de Roraima, Rio Maria do Estado do Pará e o município de Assis Brasil do Estado do Acre possuíam indicador 0 e, sendo assim, há riscos de doenças que poderiam ser evitadas pela vacina tetravalente.

Na Tabela 9, apresentam-se os dados dos últimos dois indicadores que também fazem parte da quarta dimensão do índice Atenção Básica - Efetividade.

**Tabela 9 – Atenção Básica - Efetividade**

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>6 - Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	2,80	3,50
Nordeste	1.792	-	10,00	2,23	2,94
Norte	449	-	10,00	2,56	3,11
Sudeste	1.668	-	10,00	3,70	3,93
Sul	1.188	-	10,00	2,80	3,54

<b>7 - Proporção de exodontia em relação aos procedimentos</b>					
Centro Oeste	466	-	10,00	7,04	3,33
Nordeste	1.792	-	10,00	4,92	3,01
Norte	449	-	10,00	5,26	3,19
Sudeste	1.668	-	10,00	8,01	2,82
Sul	1.188	-	10,00	7,26	3,15

Fonte: dados da pesquisa.

Nota-se na Tabela 9 que os indicadores médios ficaram muito abaixo do ideal. O indicador nº 6 evidencia a razão entre o número médio mensal de residentes que participaram de ação coletiva de escovação dental supervisionada no ano e a população dos municípios. Apenas 694 municípios que correspondem a 13% dos 5.563 analisados possuíam indicador 10 e 1.146, ou seja, aproximadamente 21% deles possuíam indicador 0. Destacou-se positivamente a região Sudeste com maior indicador médio (3,70). Negativamente aparece a Região Nordeste com menor indicador médio (2,23).

O indicador nº 7 demonstra o percentual das extrações dentárias de residentes em determinado município. Quanto menor o percentual, maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o leque de ações abrange maior número de procedimentos preventivos

e curativos, em detrimento da extração dentária. É possível perceber na Tabela 9 que os indicadores médios novamente encontram-se bastante distantes de 10. A Região Sudeste outra vez se destacou com o maior indicador médio (8,01) e a região Nordeste negativamente com o indicador médio mais baixo (apenas 4,92).

De modo geral, é possível perceber que a quarta dimensão também apresenta indicadores, em relação a atenção básica, abaixo da expectativa e, portanto, merecem cuidados.

#### **4.5 Dimensão 5 - Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência – Efetividade**

Na Tabela 10, apresentam-se os dados dos três indicadores que fazem parte da quinta dimensão do índice IDSUS.

**Tabela 10 – Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência – Efetividade**

REGIÕES	Nº MUNICÍPIOS	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>1 - Proporção de Parto Normal</b>					
Centro Oeste	466	1,65	10,00	5,86	1,52
Nordeste	1.792	1,72	10,00	8,23	1,42
Norte	449	1,96	10,00	7,94	1,81
Sudeste	1.668	0,64	10,00	5,92	1,99
Sul	1.188	1,23	10,00	5,83	1,44
<b>2 - Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI</b>					
Centro Oeste	466	5,03	10,00	6,79	0,61
Nordeste	1.792	3,72	10,00	5,85	0,70
Norte	449	3,09	10,00	5,76	1,19
Sudeste	1.668	3,94	10,00	8,64	1,05
Sul	1.188	4,75	10,00	9,57	0,79
<b>3 - Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)</b>					
Centro Oeste	466	2,26	10,00	6,53	1,18
Nordeste	1.792	3,24	10,00	7,08	0,89
Norte	449	3,74	10,00	7,20	0,92
Sudeste	1.668	3,74	10,00	6,35	0,57
Sul	1.188	3,34	10,00	6,74	1,04

Fonte: dados da pesquisa.

O primeiro indicador, na Tabela 10, permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Observa-se que a região Nordeste se destacou com o maior índice médio (8,23). O menor indicador (1,72) dessa região foi proveniente do município de Alexandria do Estado do Rio Grande do Norte e os maiores indicadores (10,00) foram obtidos por 183 municípios. Negativamente destacaram-se os municípios da região Sul, com indicador médio de apenas 5,83. Nessa região, o município de Panambi do Estado do Rio Grande do Sul possuía o menor índice (1,23). Apenas o município de Anita Garibaldi possuía indicador 10.

O segundo indicador permite analisar o percentual de óbitos das internações pagas pelo SUS, de menores de 15 anos de idade, com uso de UTI. Elevadas proporções de óbitos de menores de 15 anos indicam baixa efetividade das UTIs e o risco de morrer com uso de UTI. Nota-se que a região Sul se destacou positivamente com um indicador médio de 9,57, muito próximo a 10. Isso ocorre porque 787, ou seja, mais de 66% dos municípios apresentaram o indicador máximo (10,00). O menor indicador (4,75) dessa região foi proveniente do município de São Joaquim. Negativamente, com menor indicador médio (5,76), têm-se a região Norte. Nessa região, o município de Cametá do Estado do Pará possuía o menor indicador correspondente a 3,09 que foi também o menor entre todos os 5.563 municípios que fazem parte da amostra analisada.

O terceiro e último indicador da quinta dimensão, apresentado na Tabela 10, mede o risco de morrer por infarto agudo do miocárdio, após a internação e, também, indiretamente, a qualidade e presteza da atenção pré-hospitalar. Verifica-se que a região Norte se destacou em primeiro lugar com um indicador médio de 7,20. Dentre os 449 municípios, 6 obtiveram indicador máximo (10,00) e nenhum possuía indicador 0.

Negativamente e com indicador médio de apenas 6,53, bastante distante de 10, aparece a Região Centro-Oeste. Apenas 4 municípios possuíam indicador 10 e o menor indicador pertencia ao município de Várzea Grande do Estado do Mato Grosso, portanto, medidas imediatas precisariam ser tomadas para melhorar esses indicadores.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou analisar o desempenho do sistema único de saúde dos municípios nas regiões brasileiras. Para tal, realizou-se pesquisa descritiva, conduzida por meio de análise documental e

abordagem quantitativa dos dados, em uma amostra composta por 5.563 municípios de todas as cinco regiões brasileiras. Para analisar o desempenho do sistema único de saúde, foram verificados 24 indicadores, cujos dados foram coletados no portal do Ministério da Saúde e referem-se ao ano base de 2011.

Em relação aos três indicadores da primeira dimensão denominada Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido, os resultados revelaram que a região Sul se destacou, pois, dentre os 5.553 municípios das 5 regiões brasileiras, os 1.188 municípios da região Sul apresentaram o maior índice médio em dois dos três indicadores. Negativamente, destacaram-se os municípios da região Norte com os piores índices médios nos três indicadores.

Quanto aos quatro indicadores da segunda dimensão denominada Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade, constatou-se que os municípios da região Sul se destacaram novamente, dessa vez, com a maior média em três dos quatro indicadores. No entanto, no segundo indicador, que permite inferir sobre as desigualdades no acesso à mamografia e no rastreamento do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos, a média, apesar de ser a mais elevada, foi de apenas 4,49. A região Norte (0,73) e Centro-Oeste (0,74) obtiveram indicadores médios inferiores a 1, ou seja, o número de exames de mamografia está muito distante do indicador ideal, cuja expectativa é de que pelo menos 70% das mulheres de 50 a 69 anos realizem um exame a cada dois anos. Portanto, os resultados retratam sérias deficiências e baixíssimo desempenho do Sistema Único da Saúde, no tocante a este indicador.

No tocante aos sete indicadores da terceira dimensão denominada Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade, Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência, verificou-se que os indicadores médios, de forma geral, foram extremamente baixos. Esta dimensão apresentou os menores indicadores médios, em comparação com as outras dimensões e, portanto merecem maior atenção, pois, demonstram que a atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade não estavam em níveis satisfatórios. Cabe destacar ainda que os municípios da região Sudeste se destacaram com as melhores médias em 6 indicadores.

No que se refere aos sete indicadores da quarta dimensão denominada Atenção Básica – Efetividade, os resultados demonstraram que, mais uma vez, a região Sudeste se destacou na maioria dos indicadores com as melhores médias. Negativamente, destacaram-se os municípios da região Norte com os piores índices médios em quatro indicadores. É importante ressaltar que nesta dimensão, o indicador que estima a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional de saúde bucal apresentou resultados

médios muito abaixo do ideal, portanto, merecem cuidados.

No que tange a quinta dimensão, denominada Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência, verificou-se que no primeiro indicador, destacaram-se positivamente os municípios da região Nordeste e negativamente os municípios da região Sul. No segundo indicador destacaram-se os municípios da região Sul e negativamente os da região Norte. Por fim, no terceiro indicador destacou-se a positivamente a região Norte e negativamente a Região Centro-Oeste.

De modo geral, conclui-se que alguns indicadores apresentam índices abaixo da expectativa em diversos municípios e, portanto, merecem cuidados. Nota-se também que diferentes regiões destacaram-se em diferentes indicadores, sendo assim, constata-se que o desempenho do sistema único de saúde ainda é bastante irregular ao longo de todo o território brasileiro.

Apesar do rigor científico e dos cuidados metodológicos, a pesquisa apresenta limitações. Sendo assim, sugere-se analisar variáveis que possam se relacionar com os indicadores encontrados. Sugere-se também um estudo comparativo ao longo do tempo para analisar a evolução do desempenho do sistema único de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Almahmoud, E. S.; Doloi, H. K.; Panuwatwanich, K. Linking project health to project performance indicators: Multiple case studies of construction projects in Saudi Arabia. *International Journal of Project Management*, v. 30, p. 296-307, 2012.
- Barro, R.; Sala-I-Martin, X. *Economic growth*. New York: McGraw-Hill, 1995.
- Berg, Marc; Meijerink, Yvonne; Gras, Marit; Goossensen, Anne; Schellekens, Wim; Haeck, Jan; Kallewaard, Marjon; Kingmac, Herre. Feasibility first: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy*, v. 75, p. 59-73, 2005.
- Beuren, I. M.; Moura, G. D.; Klooppel, N. R. Práticas de governança eletrônica e eficiência na utilização das receitas: uma análise nos estados brasileiros. *RAP*, v. 47, n. 2, p. 421-441, 2013.
- Buchanan, J., Tullock, G. *The Calculus of Consent*. University of Michigan Press, Ann Arbor MI, 1962.
- Buttler, Eamonn. *Public Choice: a primer*. London: Great Britain, 2012.
- Castro, J. A. Financiamento e gasto público na educação básica no Brasil: 1995-2005. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, v. 28, n. 100, pp. 857-876, out. 2007.
- 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em: 10. maio. 2012.
- Flowers, J.; Hall, P.; Pencheon, D. Mini-symposium: public health observatories public health indicators *Public Health*, v. 119, p. 239-245, 2005.
- Geer, E. V. D ; Tuijl, H. F. J. M. V.; Rutte, C. G. Performance management in healthcare: Performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators. *Social Science and Medicine*, v. 69, p. 1523-1530, 2009.
- Hair Júnior, J. F.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L.; Black, W. C. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- Macêdo, F. F. R. R.; Damasceno, M. M. J. [Análise de desempenho do sistema único de saúde na região nordeste do Brasil](#). XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, 26, 2013, São Paulo. Anais... São Paulo: FGV, 2013.
- Mendes, J. M .R.; Garcia, M. L. T.; Oliveira, E. F. D. A.; Fernandes, R. C. *Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. Textos & Contextos (Porto Alegre)*, v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez. 2011.
- 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](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. *J. Economic Literature*. v. 14, n. 2, p. 395-433, 1976.
- Mueller, D. C. *Perspectives on Public Choice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- Piola, S. F.; Viana, S. M. Org.). Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). In: Estado de uma nação: textos de apoio. Brasília: IPEA, 2009. 85 p. (Textos para discussão nº 1391.) Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td\\_1391.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1391.pdf). Acesso em: 27. abr. 2013.
- Rowley, C. K.; Schneider, F. *The Encyclopedia of Public Choice*. In: Rowley, C. K. *Public Choice and Constitutional Political Economy*. 1 ed. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers, 2004, cap. 1, p. 3-32.
- Sala-I-Martin, X. I just ran two million regressions. *American Economic Review*, v. 87, n. 2, p. 178–183, 1997.
- Silva, C. L.; Rotta, C. V. O dilema da universalidade e financiamento público do sistema único de saúde no Brasil. *Textos & Contextos*, (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 333 - 345, ago./dez. 2012.
- Sorbe, A.; Chazal, M.; Gay, E.; Haenni, M.; Madec, J-Y; Hendrikx, P. A simplified method of performance indicators development for epidemiological surveillance networks – Application to the respath surveillance network. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, v. 59, p. 149–158, 2011.
- 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.
- Viana, A. L.; Queiroz, M. S.; Ibanez, N. Implementação do Sistema Único de Saúde: novos relacionamentos entre os setores público e privado no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 17-32, 1995.