

Financiamento dos três níveis de governo do Brasil: análise da série histórica em 12 anos de evolução

Financing of the three levels of government of Brazil : analysis of the historical series in 12 years of evolution

Vânia Barroso Carneiro

Universidade Federal do Pará

E-mail: vania_barroso@yahoo.com.br

Afonso Teixeira dos Reis

Universidade Federal de Minas Gerais

Eric Campos Alvarenga

Universidade Federal do Pará

Paulo de Tarso Ribeiro Oliveira

Universidade Federal do Pará

Resumo

O estudo avaliou financiamento dos três níveis de governo do Brasil como proposta de promover a saúde pelo Sistema Único de Saúde, com base em uma análise descritiva e espacial dos seguintes indicadores: despesas do SUS com ações e serviços públicos de saúde; razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e razão entre internações clínicas de média complexidade sensíveis à atenção primária. Os resultados demonstraram que houve crescimento do gasto real em saúde por habitante/ano, nas três esferas de governo, 2002 e 2014, a esfera federal apresentou-se como a principal financiadora da saúde pública, no período estudado. Observou-se aumento da carga horária semanal de médicos da AP por habitantes em todas as regiões, destacando-se a região norte do país. Para o período analisado, houve redução nas internações hospitalares por 100 mil/hab, embora agravos que produzam hospitalizações necessitam de um período de análise maior para se elucidar melhor os resultados. Objetivou-se no estudo retratar um conjunto de indicadores que refletissem acesso a serviços com financiamento público. A análise aqui apresentada não pretendeu ser conclusiva, mas buscou trazer algumas evidências sobre os meandros da produção das desigualdades sociais e a relação com a política de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Distribuição espacial da população.

Abstract

The study evaluated the evolution financing of the three levels of government of Brazil as a proposal to promote health through the Unified Health System, based on a descriptive and spatial analysis of the following indicators: SUS expenditures with actions and public health services; ratio between weekly hours of primary care physicians and the ratio of medium complexity clinics sensitive to primary care. The results showed that there was a growth in real health expenditure per capita / year, in the three levels of government, in 2002 and 2014, the federal sphere was the main public health fund during the period studied. There was an increase in

the weekly workload of PA physicians by inhabitants in all regions, especially in the northern region of the country. For the period analyzed, there was a reduction in hospital admissions per 100,000 / inhab, although hospitalizations require a longer period of analysis to better elucidate the results. The objective of this study was to present a set of indicators reflecting access to publicly funded services. This analysis not intended to be conclusive, but sought to bring some evidence about the intricacies of the production of social inequalities and the relationship with the health policy.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Residence characteristics.

Introdução

Um dos pilares na construção da proposta de Atenção Primária (AP) em saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata - 1978, assumindo-se uma proposta de serviços básicos pautados em sistemas simplificados de assistência à saúde.¹ Nessa premissa, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegurou a definição de saúde como “direito de todos e dever do Estado”, no bojo da qual foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). Delineado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, estruturou-se segundo os princípios de acesso universal à saúde, atenção integral, descentralização administrativa das ações, co-responsabilização e participação social.²

Com a crescente ênfase na AP e sua maior visibilidade, a partir da Norma Operacional Básica 01/1996 que instituiu incentivos ao Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde e com a estruturação da

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB em 2006, há um fortalecimento do Programa de Saúde da Família (PSF) como forma de auxiliar a interiorização do SUS e facilitar o financiamento per capita das ações básicas, estimulando a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde e na proposição de um atendimento mais integral. A Constituição Federal de 1998, já indicava o fortalecimento à Estratégia de saúde da Família (ESF), modelo para a AP no SUS, abrangente e de caráter substitutivo das práticas de saúde convencionais e hospitalocêntricas.³

A adoção da ESF como eixo balizador da atenção primária contribuiu para a sua expansão, porém não evitou a discrepância entre a concepção da AP no desenho da política nacional e sua expressão na realidade local, demonstrando fortes desigualdades relacionadas ao acesso principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país.^{4,5} Assim, em

julho de 2013, o Governo Federal criou o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), com principal objetivo de reduzir a carência de médicos em regiões prioritárias para o SUS e fortalecer a prestação de serviços na AP, com a participação da OPAS.^{6,7}

Giovanella et al.,⁸ citam gastos de 9.8 bilhões para reestruturação e qualificação da AP em 2015, objetivando ampliar e reformar unidades básicas de saúde, além de garantir a presença do médico em locais de difícil acesso. Beneficiou cerca de 60 milhões de brasileiros, tendo a região Nordeste a maior adesão ao programa em municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza.⁹

O conhecimento do território de atuação de uma equipe de saúde é uma das estratégias utilizadas para o diagnóstico e planejamento das ações em saúde da ESF, visto ter por base em um dos seus princípios a adscrição de clientela em uma base territorial.^{2,3}

As temáticas território e tecnologia de informação são consideradas pertinentes e atuais quando se avalia a atenção primária, dentre os diversos modelos de sistemas de informação, o Sistema de Informação Geográfica – SIG, possui a capacidade de gerenciar dados complexos, pautados no componente geográfico do território. Trata-se de uma ferramenta auxiliar no processo de territorialização dos municípios, no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde, sendo importantes na análise

das relações entre o ambiente e eventos relacionados à saúde, interligando atributos não espaciais a dados espaciais.^{10,11}

O objetivo do estudo foi apresentar a análise descritiva e operacional da atenção primária, considerando o financiamento governamental na atenção primária, a expansão das equipes médicas da estratégia de saúde da família e o reflexo das internações hospitalares no Brasil, demonstrando a distribuição espacial destes indicadores.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e operacional. O estudo foi desenvolvido em três etapas: a primeira caracterizou o cenário de pesquisa por meio de dados coletados em bancos públicos de divulgação restrita; entre 2002 e 2014 para o indicador de despesas do SUS com ações e serviços públicos de saúde, entre 2008 e 2015 para os indicadores de razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e razão entre internações clínicas de média complexidade sensíveis à atenção primária.¹² Na segunda etapa houve a organização de uma base de dados para compor um sistema de geoprocessamento e a terceira tratou da geração de mapas temáticos a partir das informações obtidas.

Os dados foram coletados do banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

(SCNES/MS), Sistema de Internações Hospitalares (SIH/MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para esta análise, os municípios foram agrupados nas cinco macrorregionais nacionais brasileiras: Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Na construção dos mapas temáticos, a proporção de cada indicador, foi padronizado em quartis, conforme o valor máximo e mínimo, em escalas de cor, com tons mais claros para os menores valores e mais escuros para os maiores valores. Os resultados mais altos são a referência.

A escala de cores das tabelas foi obtida da seguinte forma: entre os resultados observados, em cada coluna, no período avaliado, o mais alto foi marcado com a cor verde mais escura e o mais baixo, com a cor vermelha mais escura. As cores, designadas para os resultados intermediários do indicador, foram, então, gradações (verdes, amarelas laranja e vermelho) resultantes entre estes dois extremos.

O cálculo dos indicadores foi realizado a partir do *software* SPSS 22.0, com tabelas elaboradas a partir do Excell 2013.

Para a última etapa, o geoprocessamento, foi utilizada uma base cartográfica digital, com produtos cartográficos elaborados por meio dos *softwares* ESRI ArcGIS 9.2.

Resultados e Discussão

Despesas SUS com ações e serviços públicos de saúde

O Sistema Único de Saúde deve ser financiado pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, segundo o parágrafo 3º do artigo 198, regulamentado pela Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que melhor definiu as fontes de receita e percentuais mínimos dos gastos com ações e serviços públicos de saúde. A tabela 1 expressa a magnitude das despesas com saúde realizadas pelas três esferas de governo com ações e serviços de saúde, de 2002 até 2014.

Em 2002, atualizado pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) para valores de dezembro de 2014, o gasto público federal (A) totalizou R\$ 56,1 bilhões, os estados (D) despenderam R\$ 24,4 bilhões e os municípios (G) R\$ 27,34 bilhões. Em 2014, o gasto público federal passou para R\$ 97,39 bilhões, estados gastaram R\$ 60,79 bilhões e municípios R\$ 69,83 bilhões. Em termos reais, isto é, descontada a inflação, o gasto público total (A+D+G) duplicou nesse período: passou de R\$ 107,84 bilhões, em 2002, para R\$ 228,01 bilhões, em 2014.

De acordo com os dados apresentados na tabela 1, é possível observar o crescimento do gasto real em saúde por habitante/ano, nas três

esferas de governo, no período compreendido entre 2002 e 2014. Gastos municipais e estaduais evoluíram equiparados até 2011 e, na sequência, os gastos municipais apareceram com ligeira superioridade. A esfera federal demonstrou ser a principal financiadora da saúde pública, no período, apresentando pequena queda nos dois últimos anos.

É fundamental a continuidade das reformas estatutárias para melhorar as questões do subfinanciamento da AP, que ocorre devido às políticas dos estados, de forma a não inviabilizar o SUS. É inquestionável a importância do financiamento público dos serviços de saúde no Brasil. Deve-se considerar ainda que, em contextos de desigualdades regionais, existe ainda parcela considerável da população vivente em situação de pobreza (renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo), e que as despesas das famílias equivalentes aos gastos com saúde superam os ganhos da renda mensal, o que pressupõe que o financiamento do SUS é considerado um determinante para o acesso aos serviços de saúde.¹³

A relevância das questões que envolvem o financiamento do SUS está relacionada com a participação e capacidade de autofinanciamento das três esferas de governo no financiamento da saúde pública, com vistas a descentralização dos serviços de saúde pública e a superação das desigualdades e a construção de um sistema de saúde pública mais justo.

Razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e população residente

O indicador mede a carga horária semanal de médicos vinculados a estabelecimentos públicos do SUS que realizam ações e serviços da atenção primária, para a população residente de um determinado município. Mensura a disponibilidade desses profissionais para a AP da população residente em um determinado território.

A tabela 2 expressa a Razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e população residente por 10 mil habitantes no Brasil, no período de 2008 a 2014. Foram selecionados só os estabelecimentos públicos municipais, estaduais e federais que prestam atendimentos básicos ao SUS.

Para o período analisado, houve aumento da carga horária semanal de médicos por habitantes, portanto, de horas de trabalho dos médicos da AP vinculados ao SUS no país e em todas as regiões. A média do Brasil para a quantidade de horas semanais de médicos (de 2008 a 2014) passou de 97 para 131,3 horas por 10 mil habitantes, que corresponde a um aumento de 35%. Em relação às regiões brasileiras, destacou-se, no período, a região Norte, que teve o maior aumento (de 40,3%), seguida da Sul com 37,2%.

A Figura 1 demonstra que em todos os estados houve melhora do indicador “Razão entre horas semanais de médicos na atenção básica e

população residente”, em vários municípios, que passaram da faixa menor de 120 horas semanais de médicos, na AP, por 10 mil habitantes (cor vermelho escuro), para as faixas acima de 200 horas semanais (nas cores amarelo e verdes). Na região Norte, oeste do Centro-Oeste, norte da Bahia, leste de São Paulo e sul do Rio Grande do Sul, ainda permaneceram municípios em níveis mais baixos (cores vermelhas).

As vantagens dos sistemas de atenção à saúde que priorizam a AP encontram-se bem estabelecidas com inúmeros benefícios: são mais adequados por se voltarem às necessidades da população; mais efetivos pelo enfrentamento epidemiológico das condições crônicas; mais eficientes, por serem menos onerosos; mais equitativos, privilegiando regiões mais carentes, além do foco na prevenção e promoção da saúde.¹⁴ No entanto, para se alcançar esses resultados é necessário que a Atenção Primária seja mais qualificada, receba maiores investimentos financeiros e seja priorizada pelos gestores das três esferas de governo.

No ano de 2015, o Programa Mais Médicos - PMM passou a contar com 18.240 médicos, distribuídos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas, aumentando ainda mais o quantitativo de equipes de Saúde da Família.⁹ O modelo de atenção baseado na saúde da família privilegia as atividades de planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, com priorização do acesso universal, escuta

qualificada e encaminhamento para a resolução das demandas necessárias, responsabilização e vínculo entre os profissionais de saúde e usuários. Isso tudo certamente impacta tanto na ampliação do acesso, quanto na adesão ao tratamento, consequentemente qualifica o serviço e aumenta a resolutividade.

Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção primária, de residentes e população de mesma residência

Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que, dentre essas enfermidades, existe um subconjunto de causas sensíveis à efetividade da atenção básica. Portanto, parte dessas internações poderia ser evitada por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde.

A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária¹², permite identificar esse conjunto de problemas em saúde para os quais ações efetivas da AP poderiam reduzir a frequência de internações, alterando também o perfil de morbimortalidade da população, a partir da construção de um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção, refletindo o desempenho da ESF.¹⁵

A tabela 3 demonstra a “Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à

atenção primária, de residentes e população de mesma residência – Brasil, 2008-2014”.

Para o período analisado (2008-2014), houve diminuição do número de internações por 100 habitantes no país e em todas as regiões. A média do Brasil, para a taxa de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica, de 2008 a 2014, passou de 1,17 para 0,94 no intervalo do estudo, o que corresponde a uma redução de 20%. Em relação às regiões brasileiras, a maior diminuição foi para o Centro-Oeste (de 1,41 para 0,97), seguida pela região Sul (de 1,45 para 1,13), Nordeste (de 1,30 para 1,04), Norte e Sudeste correspondente a uma redução de 16,8% e 15%, respectivamente.

A figura 2 demonstra que houve queda ainda reduzida das internações hospitalares em 2014 quando comparadas à 2008. Em todas as regiões e estados há municípios nas faixas mais baixas, intermediárias e elevadas de internações sensíveis (certo equilíbrio das cores), o que pode ser influenciado pelo período de sete anos de estudo, uma vez que agravos que produzem hospitalizações necessitam de um período de análise maior.

É importante questionar se nos municípios com baixo números de internações (cores verde escuro), este fato ocorre pela efetividade do cuidado da AP ou pela baixa oferta de internações clínicas, isto pode ser verificado observando-se o número de internações clínicas de média complexidade,

para as condições não sensíveis à atenção básica.

Ainda assim, é possível admitir que a revisão e melhor execução da Política Nacional da Atenção Básica no âmbito da gestão municipal e a implantação de novas políticas estratégicas para populações específicas (populações ribeirinhas, agrícolas, de áreas isoladas, indígenas, entre outras) possam ter interferido no acesso e cuidado e, inevitavelmente, resultou na melhoria nos efeitos das políticas de saúde e resolutividade da AP, em detrimento das internações hospitalares evitáveis no período estudado.

Asaria et al.,¹⁶ ao analisarem o ICSAP em comunidades na Inglaterra, corroboram que, apesar da crescente fonte de evidências sobre a eficácia de se investir na AP para redução de internações hospitalares, questões referentes à estilo de vida e situação socioeconômica influenciavam também nestas internações. Ainda nesse sentido, é preciso considerar que em comunidades isoladas, nos municípios com IDH muito baixo, a ampliação no acesso à atenção primária pode ter revelado situações de estágio avançado de doença, necessitando e tendo indicação aumentada de internação hospitalar pela possibilidade de avaliação médica.

O número de estudos que utilizam o ICSAP como ferramenta para a avaliação da atenção primária tem aumentado nos últimos anos,¹⁵⁻¹⁷ demonstrando que investimentos neste âmbito

de assistência influenciam positivamente a redução de morbidades e internações hospitalares, contribuindo para melhoria das condições de saúde da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imperativo analisar a saúde da população brasileira de forma complexa e radial. Logo, é salutar entender a saúde como bem público e direito do cidadão, como parte estratégica da dimensão social do desenvolvimento, em que diferenças de oportunidades estabelecem os cenários de iniquidades em saúde e injustiças sociais. Os resultados sugerem redução das desigualdades regionais em saúde no Brasil,

considerando o financiamento do SUS e a implementação de políticas públicas voltadas para AP nos últimos anos. Ainda assim, persistem as diferenças regionais, sobretudo nas regiões norte e nordeste do país, necessitando ainda mais de políticas que promovam o desenvolvimento social e crescimento econômico nesses lugares. É essencial avaliações futuras que, em sentido amplo, analise outras políticas setoriais como assistência social, emprego e renda, educação e de infraestrutura. A análise aqui apresentada não pretende ser conclusiva, mas busca trazer algumas evidências sobre os meandros da produção das desigualdades sociais e a relação com a política de saúde.

Referências

- ¹Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1.ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
- ²Peres EM. O Programa Saúde Da Família no enfrentamento das desigualdades sociais. Rev Aquichan [Internet]. 2007;7(1):64–76. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170106>.
- ³Hartz ZMA, Felisberto E, Silvia LMV. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- ⁴Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad saúde pública. 2008.
- ⁵Santos LMP, Costa AM, Giradi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc saúde colet. 2015; 20(11):3547-3552.
- ⁶Lei no 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013; 22 out.
- ⁷Termo de Ajuste ao 80 Termo de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento de ações Vinculadas ao Projeto “Ampliação do Acesso da População Brasileira à Atenção Básica em Saúde”. Diário Oficial da União. 2013.
- ⁸Giovanela L, Mendonça MH, Fausto MCR, Almeida PF. Emergency supply of doctors by the Mais Médicos (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities. Cien Saude Colet. 2016;21(9):2697–708.
- ⁹Pan America Health Organization. Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos [Internet]. Washington; 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827-0.
- ¹⁰Ministério da Saúde (BR). Portaria n°221, 17 de abril de 2008: Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Brasília, 2008.

¹⁰Skaba, D, Carvalho MS, Barcellos C, Martins PC, Terron SL. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. Cad saúde pública. 2004; 20(6): 1753-1756.

¹¹Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad saúde pública. 2005; 21(3):898-906.

¹²Ministério da Saúde (BR). Portaria no221/2008: Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Diário Oficial da União. 2008.

¹³Soares A. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saude debate. 2014;18–25.

¹⁴Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. 1 ed. Brasília; 2012. 512 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

¹⁵Macinko J, Almeida C. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

¹⁶Asaria M, Ali S, Doran T, Ferguson B, Fleetcroft R, Goddard M, Goldblatt P, Laudicella M, Raine R, Cookson R. How a universal health system reduces inequalities: lessons from England. J Epidemiol Community Health 2016; 0:1–7.

¹⁷Turci MA, Lima-Costa MF, Bonolo PDF, Oliveira VB, Macinko J. Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos- Projeto ICSAP. 2013.

Tabelas e Figuras

Tabela 1. Despesas SUS, em R\$*, com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios por esfera de governo – Brasil, 2002-2014.

Ano	Federal			Estadual			Municipal			Total		
	(A) Despesa (Em bilhões de R\$)	(B) Despesa por habitante (Em R\$)	(C) Proporção do PIB (%)	(D) Despesa (Em bilhões de R\$)	(E) Despesa por habitante (Em R\$)	(F) Proporção do PIB (%)	(G) Despesa (Em bilhões de R\$)	(H) Despesa por habitante (Em R\$)	(I) Proporção do PIB (%)	(A+D+G) Despesa (Em bilhões de R\$)	(B+E+H) Despesa por habitante (Em R\$)	(C+F+I) Proporção do PIB (%)
2002	56,10	321	1,67%	24,40	140	0,73%	27,34	159	0,82%	107,84	620	3,21%
2003	58,24	329	1,60%	28,54	161	0,78%	29,51	171	0,81%	116,28	661	3,19%
2004	65,79	367	1,68%	34,84	195	0,89%	33,02	190	0,85%	133,66	752	3,42%
2005	70,56	383	1,73%	37,35	203	0,92%	38,54	212	0,94%	146,46	798	3,59%
2006	74,21	397	1,72%	41,84	224	0,97%	42,91	233	0,99%	158,97	854	3,68%
2007	76,18	414	1,66%	44,66	243	0,98%	45,45	251	0,99%	166,29	908	3,63%
2008	80,12	423	1,61%	50,99	269	1,02%	53,43	287	1,07%	184,55	979	3,70%
2009	93,00	486	1,80%	51,49	269	1,00%	55,12	292	1,07%	199,61	1047	3,86%
2010	93,58	489	1,64%	56,27	294	0,99%	59,31	315	1,04%	209,15	1097	3,67%
2011	101,52	528	1,75%	58,23	303	1,00%	64,55	341	1,11%	224,29	1171	3,86%
2012	102,80	530	1,82%	57,55	297	1,02%	66,67	355	1,18%	227,03	1181	4,02%
2013	94,77	471	1,71%	59,34	295	1,07%	68,39	344	1,24%	222,49	1111	4,02%
2014	97,39	480	1,66%	60,79	300	1,04%	69,83	352	1,19%	228,01	1132	3,90%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e IBGE (dados tabulados em dezembro de 2015).

* Os valores em R\$ foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), acumulado mensalmente, de janeiro de 2002 - dezembro de 2014.

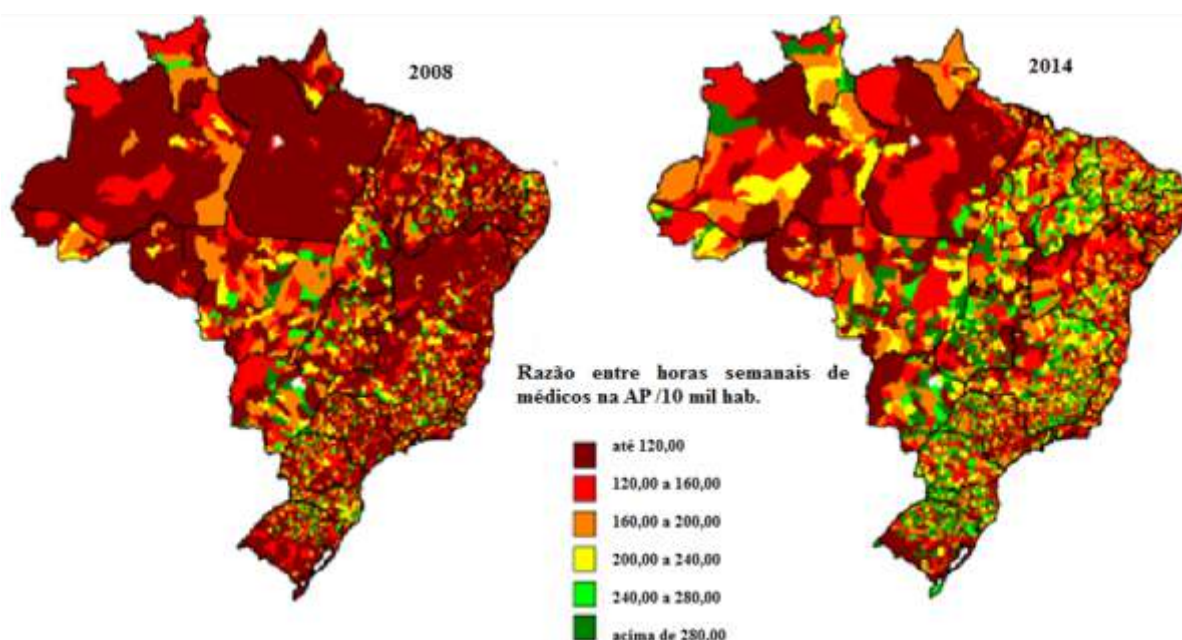
Tabela 2. .

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	97,0	99,8	105,6	112,1	116,2	114,8	131,3
Região Norte	84,2	89,3	90,6	95,2	98,6	100,0	118,1
Roraima	113,6	128,6	145,5	149,9	156,8	140,8	175,4
Amapá	73,3	83,8	85,7	83,8	84,1	97,1	127,0
Amazonas	97,9	102,8	102,9	101,1	102,4	102,2	120,1
Pará	64,0	67,0	69,0	74,8	77,6	84,1	97,4
Acre	125,2	126,4	115,0	124,7	138,5	136,1	163,1
Rondônia	82,9	88,8	85,5	96,4	108,5	95,1	123,5
Tocantins	139,2	153,0	155,0	162,4	159,7	155,3	171,4
Região Nordeste	100,0	102,7	109,0	119,8	123,9	121,3	137,7
Maranhão	107,9	112,6	114,7	126,4	124,5	125,7	145,0
Piauí	118,2	122,2	131,6	151,4	163,3	169,6	194,7
Ceará	107,6	110,6	117,4	122,3	126,0	125,2	139,7
Rio Grande do Norte	144,0	141,1	144,4	158,6	166,1	160,7	171,1
Paraíba	135,3	132,4	135,2	153,1	158,2	150,0	173,0
Pernambuco	84,4	88,2	89,4	101,4	108,0	104,3	117,9
Alagoas	103,2	107,0	116,7	118,8	123,9	125,2	135,7
Sergipe	127,9	139,6	144,6	148,8	144,2	142,0	156,5
Bahia	74,4	76,4	86,6	97,9	101,9	97,2	114,0
Região Centro-Oeste	108,7	111,7	120,1	123,5	120,1	119,1	128,2
Mato Grosso	116,7	115,8	122,2	122,5	120,5	118,6	130,2
Mato Grosso do Sul	138,7	138,6	141,7	143,5	147,7	145,5	153,5
Goiás	112,4	117,7	132,1	138,6	127,6	125,0	137,6
Distrito Federal	63,6	69,0	68,8	70,7	76,0	81,6	81,3
Região Sudeste	89,8	91,9	97,4	101,9	106,6	105,9	122,2
Minas Gerais	118,1	124,1	135,9	142,7	146,5	142,6	160,2
Espírito Santo	108,9	111,4	117,9	120,8	121,2	122,3	162,2
Rio de Janeiro	69,5	69,3	70,9	78,0	87,2	89,4	97,2
São Paulo	82,4	83,5	87,7	90,1	94,0	93,4	110,2
Região Sul	113,2	117,0	124,0	131,4	137,5	135,0	155,3
Paraná	111,0	116,5	125,6	131,1	137,2	134,3	155,9
Santa Catarina	137,0	136,9	139,2	149,1	157,7	155,4	169,2
Rio Grande do Sul	102,1	106,4	113,7	121,3	125,7	123,5	146,5

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS) e IBGE (dados tabulados em dezembro de 2015).

Obs.: Para este indicador, cujos resultados mais altos são a referência, a escala de cores da tabela foi obtida da seguinte forma: entre todos os resultados observados no Brasil, no período avaliado, o mais alto foi marcado com a cor verde mais escura e o mais baixo, com a cor vermelha mais escura. As cores, designadas para os resultados intermediários do indicador, foram, então, gradações (verdes, amarelas laranja e vermelho) resultantes entre estes dois extremos.

Figura 1. Razão entre horas semanais de médicos na atenção primária e população residente – municípios brasileiros, 2008 e 2014.



Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES/MS) e IBGE (dados tabulados em dezembro de 2015).

*Os mapas mostram os resultados do indicador (Razão entre horas semanais de médicos na atenção básica e população residente) nos municípios, comparativamente, no ano de 2008 e de 2014. Para este indicador, cujos resultados mais altos são a referência, a escala de cores dos municípios nos mapas foi obtida da seguinte forma: o intervalo de valor mais alto foi marcado com a cor verde mais escura e o de valor mais baixo, com a cor vermelha mais escura. As cores dos demais intervalos de valores intermediários foram, então, gradações (verdes, amarelas, laranja e vermelho) resultantes entre estes dois extremos.

Tabela 3. Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção primária, de residentes e população de mesma residência – Brasil, 2008-2014.

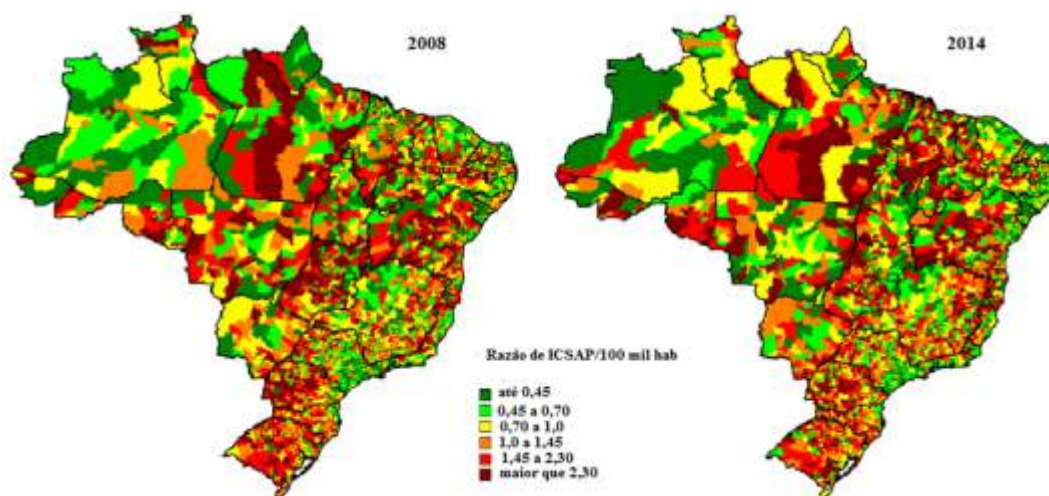
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brasil	1,17	1,18	1,19	1,10	1,04	0,98	0,94
Região Norte	1,43	1,55	1,54	1,42	1,34	1,26	1,19
Acre	1,29	1,34	1,22	1,14	1,24	1,12	1,07
Amazonas	0,74	0,75	0,75	0,76	0,79	0,69	0,64
Amapá	0,65	0,66	0,52	0,61	0,64	0,57	0,52
Pará	1,76	1,91	1,97	1,77	1,64	1,60	1,52
Rondônia	1,61	1,99	1,89	1,68	1,55	1,39	1,44
Roraima	1,21	1,48	1,35	1,22	0,96	1,02	0,95
Tocantins	1,67	1,61	1,51	1,46	1,31	1,24	1,08
Região Nordeste	1,30	1,36	1,37	1,26	1,13	1,11	1,04
Alagoas	1,15	1,13	1,08	0,96	0,84	0,76	0,64
Bahia	1,61	1,65	1,71	1,56	1,44	1,29	1,22

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ceará	1,10	1,12	1,06	1,01	0,88	0,94	0,86
Maranhão	1,30	1,56	1,77	1,74	1,54	1,71	1,63
Paraíba	1,65	1,60	1,48	1,23	1,01	1,01	0,95
Pernambuco	0,98	0,98	0,96	0,89	0,86	0,82	0,75
Piauí	1,92	2,07	2,11	1,94	1,74	1,73	1,66
Rio Grande do Norte	0,91	1,03	1,01	0,85	0,71	0,74	0,58
Sergipe	0,61	0,56	0,51	0,45	0,46	0,43	0,43
Região Centro-Oeste	1,41	1,36	1,37	1,19	1,11	1,06	0,97
Distrito Federal	0,89	0,82	0,82	0,79	0,82	0,75	0,66
Goiás	1,74	1,63	1,65	1,39	1,24	1,20	1,10
Mato Grosso do Sul	1,22	1,29	1,30	1,14	1,09	1,09	1,03
Mato Grosso	1,37	1,36	1,33	1,18	1,13	1,01	0,95
Região Sudeste	0,89	0,88	0,90	0,85	0,83	0,76	0,75
Espírito Santo	1,03	1,01	0,95	0,96	0,99	0,86	0,91
Minas Gerais	1,19	1,14	1,18	1,11	1,13	1,05	1,04
Rio de Janeiro	0,80	0,82	0,83	0,72	0,64	0,58	0,55
São Paulo	0,76	0,77	0,78	0,77	0,75	0,69	0,67
Região Sul	1,45	1,41	1,40	1,26	1,23	1,16	1,13
Paraná	1,53	1,52	1,57	1,35	1,30	1,21	1,17
Rio Grande do Sul	1,48	1,41	1,38	1,29	1,26	1,19	1,17
Santa Catarina	1,23	1,21	1,14	1,07	1,06	1,00	0,99

Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH/MS) e IBGE (dados tabulados em agosto de 2015).

Obs.: Para este indicador, cujos resultados mais baixos são a referência, a escala de cores da tabela foi obtida da seguinte forma: entre todos os resultados observados no Brasil, no período avaliado, o mais baixo foi marcado com a cor verde mais escura e o mais alto, a cor vermelha mais escura. As cores, designadas para os resultados intermediários do indicador, foram, então, gradações (verdes, amarelas laranja e vermelho) resultantes entre estes dois extremos.

Figura 2. Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção primária, de residentes e população de mesma residência – municípios brasileiros, 2008 e 2014.



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares (SIH) e IBGE (dados tabulados em agosto de 2015).

*Os mapas mostram os resultados do indicador (Razão entre internações clínicas de média complexidade, sensíveis à atenção primária, de residentes e população de mesma residência – municípios brasileiros, 2008 e 2014) nos municípios, comparativamente, no ano de 2008 e de 2014. Para este indicador, cujos resultados mais altos são a referência, a escala de cores dos municípios nos mapas foi obtida da seguinte forma: o intervalo de valor mais alto foi marcado com a cor verde mais escura e o de valor mais baixo, com a cor vermelha mais escura. As cores dos demais intervalos de valores intermediários foram, então, gradações (verdes, amarelas, laranja e vermelho) resultantes entre estes dois extremos.

Submissão: 10/06/2018

Aceite: 10/01/2019