



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA - PPGISC



JULIANA LEÃO PONTES

Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental *per capita* e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos.

Recife
2013

JULIANA LEÃO PONTES

**Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação
com os fatores investimento governamental *per capita* e
necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a):

Prof^a. Doutora Adriana Falangola Benjamin
Bezerra

Coorientador(a):

Prof^a Doutora Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife
2013

Catálogo na Publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- P814g Pontes, Juliana Leão.
Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental *per capita* e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos / Juliana Leão Pontes. – Recife: O autor, 2013.
115 f.: il. ; tab.; quadr.; 30 cm.
- Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.
1. Financiamento da saúde. 2. Gastos pessoais. 3. Diabetes mellitus.
I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2013-083)



**Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco**



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

JULIANA LEÃO PONTES

No dia 12 de março de 2013, às 9h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Kátia Rejane de Medeiros (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do FIOCRUZ/CPqAM) Membro Externo e Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Juliana Leão Pontes, sobre a sua Dissertação intitulada: “**Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores: investimento governamental per capita e nível de necessidade, entre os municípios pernambucanos**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Profa. Dra. Kátia Rejane de Medeiros

Prof. Dr. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Profa. Dra. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Profa. Dra. **Kátia Rejane de Medeiros**

Prof. Dr. **Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo**

Aos meus pais, **Albérico e Aparecida**,
pela dedicação, abdicação e apoio em tudo que fiz.

Meu carinho e amor.

Agradeço pela força e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos e proteção.

A minha mãe, Maria Aparecida, pela doação, que me oportunizou a chance de estudar, e pelo amor e carinho pulsantes.

A meu pai, José Albérico, pelo apoio e amor fundamental ao meu desenvolvimento.

A minha irmã, Taciana, querida e amada, por todo seu carinho e incentivo.

A meu noivo, Luiz Cláudio, por todo seu amor e por estar ao meu lado em todos os momentos, me dando forças para continuar caminhando.

A minha família, pelo carinho e apoio.

A Christielle, minha amiga-irmã, que mesmo distante se fez presente em todos os momentos. Seu carinho e apoio foram fundamentais neste processo.

Aos amigos especiais por compreenderem as ausências nesse período.

A minha orientadora, Prof^a Adriana Falangola, pessoa iluminada, pela compreensão, parceria, carinho e doação nos momentos de orientação, fundamentais para esta conquista.

A Prof^a Eduarda Cesse, pela coorientação, colaboração e apoio em momentos estratégicos na realização deste trabalho.

A equipe da pesquisa SERVIDIAH, em especial Heloísa Melo, pela disponibilidade e apoio fundamental na organização e análise dos dados.

Aos amigos da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde - PE, em especial à equipe da GAGM-GIA pelo incentivo, apoio e compreensão;

Aos amigos Amanda Cabral, Edivânia do Vale, Fernando Castim, Luciana Venâncio, Nicéia Formiga, Raquel Acioli e Ricardo Ernestino, com quem pude contar durante esta elaboração, por diversas vezes, estando dispostos a contribuir com esta construção.

Aos amigos do Mestrado, pelos momentos de aprendizado e alegrias que vivenciamos;

Aos funcionários do PPGISC, em especial a Moreira, pela atenção dispensada;

A Cirlene Silva, um anjo de luz enviado por Deus, que conheci durante essa caminhada e teve o poder de suavizar minhas angústias ao longo deste período;

*“... é necessário dizer que não é a quantidade de informações,
nem a sofisticação em matemática que podem dar sozinhas um conhecimento pertinente,
mas sim a capacidade de colocar o conhecimento no contexto...”*

Edgar Morin, 2000

PONTES, Juliana Leão. **Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental *per capita* e necessidade em saúde entre municípios pernambucanos.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

RESUMO

Com a Constituição de 1988, os indivíduos conquistam o direito à saúde, sendo preconizada a universalidade, integralidade e equidade na assistência à saúde. No entanto, em meio ao cenário de subfinanciamento das políticas sociais, tendência presente desde o momento de criação do SUS, a destinação de recursos financeiros públicos suficientes e estáveis configura desafio para os gestores da saúde, dando margem ao fortalecimento dos subsistemas privados de atenção, que preenchem essa lacuna. Neste sentido, o estudo objetivou analisar o gasto direto do usuário da ESF com seu cuidado em diabetes mellitus correlacionando com os fatores investimento governamental e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos, a partir de uma avaliação econômica parcial em saúde, do tipo descrição de custo. Fundamentou-se na análise associativa de dados secundários provenientes de pesquisas avaliativas do campo da economia da saúde, juntamente com informações do Siops. Constatou-se que 69% dos entrevistados declararam o gasto direto com saúde. A mediana do gasto foi R\$ 120/ano, sendo maior nos municípios de pequeno porte, apesar da proporção menor de indivíduos com desembolso neste grupo. As análises estatísticas indicam que nos municípios de grande porte, observa-se uma menor necessidade em saúde, assim como investimento governamental *per capita*, e conforme hipótese inicial, nesta condição o percentual de indivíduos com desembolso de recurso apresenta-se maior, apesar do menor valor deste gasto. Nos municípios de pequeno porte a tendência de associação encontrada é inversa. Diante do exposto, admite-se relação do desembolso dos usuários com o investimento governamental e a necessidade em saúde da localidade. Além disso, a existência de gasto direto nestas condições revela uma insuficiência na destinação de recursos para a saúde e iniquidades na alocação. O resultado da pesquisa apresenta potencial para subsidiar discussões que visem à garantia do direito à saúde e a suficiência e equidade na destinação de recursos pelos entes governamentais, além de apontar para a necessidade de pesquisas complementares relacionadas ao financiamento da saúde.

Palavras-chave: Financiamento da saúde. Gastos pessoais. Diabetes mellitus.

PONTES, Juliana Leão. **Direct expenses to health service users with diabetes mellitus and their correlation with governmental investment factors per capita and level of necessity for healthcare between municipalities in Pernambuco.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

ABSTRACT

With the 1988 Brazilian constitution, citizens won the right to [free] healthcare; universality, integrality, and equity in healthcare were all advocated. However, amidst the underfunding of social policies – which has been a factor since the creation of the SUS (National Health Service) – the allocation of sufficient and stable public funds creates a challenge for public health managers, giving rise to a strengthening in private subsystems of health care. The objective of this study was to analyse, using a partial – cost description – form of economic appraisal, the direct expenditures of Primary Care (Estratégia de Saúde da Família – ESF) service users with the treatment of diabetes mellitus, correlated with governmental investment factors and levels of necessity for healthcare between municipalities in Pernambuco, Brazil. This study was based on an associative analysis of secondary description of the type costs. data from evaluative health economics research together with information from SIOPS. It was found that 69% of interviewees declared direct expenditures on healthcare. The median expenditure was R\$120 per annum, while the median was greater in smaller municipalities, despite a smaller proportion of individuals having to incur direct expenditures. The statistical analyses indicated that larger municipalities exhibited lower levels of necessity for healthcare and governmental investment per capita, and in accordance with the initial hypothesis the percentage of individuals that incur direct expenditures was greater, despite the lower value of this spending; the inverse is found in smaller municipalities. Thus, it is assumed there is a relationship between direct expenditures of healthcare users the factors studied. governmental investment, and the level of necessity for healthcare of localities. Furthermore, the existence of direct expenditures by service-users reveals failures and inequities in the allocation of public health resources. The results of this study can potentially be used to support discussions that aim to guarantee the right to public healthcare and the adequacy and equity in the allocation of resources by governmental entities, in addition to highlighting a need for further research into health financing.

Keywords: Health financing. Personal expenses. Diabetes mellitus

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 –	Divisão político-administrativa da saúde em Pernambuco.....	44
Quadro 1 -	Municípios de pequeno e médio porte sorteados e incluídos na amostra da pesquisa <i>Servidiah</i>	46
Quadro 2 -	Distribuição dos municípios pernambucanos pesquisados de acordo com a necessidade em saúde.....	48
Quadro 3 -	Variáveis utilizadas na proposta metodológica do GPEPS.....	52
Quadro 4 -	Relação entre desembolso direto de recurso, porte populacional do município, investimento governamental e a necessidade em saúde.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização da amostra de entrevistados na pesquisa <i>Servidiah</i> , segundo idade, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, cobertura por plano de saúde e tempo de convívio com a DM. Pernambuco, 2011.	61
Tabela 2 -	Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.	63
Tabela 3 -	Despesa <i>per capita</i> em saúde média dos municípios, segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.	64
Tabela 4 -	Limite Máximo do Fator de Alocação de acordo com o grupo/quartil de necessidade em saúde. Pernambuco, 2010.	65
Tabela 5 -	Distribuição dos municípios de acordo com o grupo/quartil de necessidade em saúde. Pernambuco, 2010.	65
Tabela 6 -	Fator de Alocação médio dos municípios, segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.	66
Tabela 7 -	Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo quartil de necessidade. Pernambuco, 2010.	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública
Conep	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CV	Coeficiente de Variação
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC29	Emenda Constitucional nº29
ESF	Estratégia Saúde da Família
FA	Fator de Alocação
Facepe	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco
FARN	Fator de Alocação por Redes Neurais Artificiais
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
GP	Grande Porte Populacional
GPEPS	Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	Lei Complementar
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MP	Médio Porte Populacional
MS	Ministério da Saúde

OGU	Orçamento Geral da União
Opas	Organização Pan Americana de Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PAB	Piso da Atenção Básica
PE	Pernambuco
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PP	Pequeno Porte Populacional
PPGISC	Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
Rename	Relação Nacional dos Medicamentos
RNA	Redes Neurais Artificiais
RNM	Ressonância Magnética
Servidiah	Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Siops	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família
Vigitel	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MARCO TEÓRICO	17
2.1 O DIREITO À SAÚDE.....	17
2.2 O FINANCIAMENTO DO SETOR PÚBLICO DA SAÚDE	19
2.2.1 Trajetória na garantia de recursos para o SUS	19
2.2.2 Federalismo fiscal brasileiro e a capacidade de autofinanciamento.....	22
2.3 NECESSIDADE EM SAÚDE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS	25
2.4 DIABETES MELLITUS.....	29
2.4.1 Etiologia e quadro epidemiológico atual.....	29
2.4.2 A atenção à Diabetes Mellitus.....	32
2.5 OS CUSTOS E GASTOS COM SAÚDE E A DIABETES MELLITUS.....	33
2.5.1 Impacto para o Sistema de Saúde.....	34
2.5.2 O gasto público e privado com saúde.....	36
3 JUSTIFICATIVA.....	39
4 OBJETIVOS.....	40
4.1 OBJETIVO GERAL	40
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
5 PERCUSSO METODOLÓGICO	41
5.1 TIPO DE ESTUDO	41
5.2 LOCAL DO ESTUDO	42
5.3 DESCRIÇÃO DOS BANCOS DE DADOS	44
5.3.1 Pesquisa - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do programa de Saúde da Família no estado de Pernambuco (<i>Servidiah</i>)	44
5.3.2 Pesquisa - Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica	46
5.3.3 Sistema de Informação – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)	49

5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	50
5.5 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS	50
5.6 PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	54
5.7 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE.....	54
5.8 LIMITAÇÃO METODOLÓGICA	57
5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS.....	58
6 RESULTADOS.....	59
6.1 O GASTO DIRETO PARA OS USUÁRIOS NO SEU CUIDADO EM DIABETES MELLITUS	59
6.1.1 Caracterização Geral da Amostra.....	59
6.1.2 Descrição do gasto direto dos usuários	62
6.2 INVESTIMENTO GOVERNAMENTAL PER CAPITA EM SAÚDE	64
6.3 NECESSIDADE EM SAÚDE A PARTIR DO FATOR DE ALOCAÇÃO	65
6.4 GASTO DO USUÁRIO X NECESSIDADE EM SAÚDE.....	66
6.5 GASTO DO USUÁRIO X INVESTIMENTO GOVERNAMENTAL	68
6.6 QUADRO SÍNTESE INDICANDO A TENDÊNCIA NO RELACIONAMENTO DAS VARIÁVEIS	69
7 DISCUSSÃO	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXO A – Declaração para uso do banco de dados da Pesquisa <i>SERVIDIAH</i>	87
ANEXO B – Declaração para uso do banco de dados da Pesquisa <i>Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica</i>	88
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP/CCS/UFPE	89
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO DEFINITIVO DA DISSERTAÇÃO	91
APÊNDICE A – Artigo	92

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é uma garantia recente na história de nosso país, resultante de uma intensa mobilização social influenciada pelo cenário de redemocratização do país. Essa conquista foi entendida como um grande avanço para o alcance pleno da cidadania. Como resultado, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inscrito na Constituição Federal (CF) de 1988 e a saúde passa a configurar como direito de todos e dever do Estado, devendo ser financiada pelos fundos públicos. (ANDRADE, et al., 2007).

A oferta de ações e serviços de saúde pelo Estado passou a ser considerada como respeito à dignidade da pessoa humana, devido à relevância e caráter vital dessa assistência. Esse posicionamento reflete que a sociedade, por meio de seus constituintes, rejeitou a conceituação da saúde como uma mercadoria a ser ou não consumida conforme as posses individuais ou como benefício contributivo resultante de um sistema de proteção.

A Lei 8.080/90 que regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde do SUS, tendo sido regulamentada recentemente pelo Decreto nº 7.508/2011, define em seu Art. 7º “acesso universal e igualitário às ações e serviços” de saúde e a vedação de preconceitos ou privilégios. (BRASIL, 1990).

No entanto, o princípio da equidade argumenta “*igual acesso para igual necessidade*”, reconhecendo que os indivíduos são diferentes entre si, portanto, merece tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Seguindo essa orientação, para assegurar o direito universal e igualitário da saúde, a alocação de recursos federais nos estados e municípios deve ser norteada por este mesmo princípio.

Entretanto, no que diz respeito à distribuição espacial de recursos, observa-se grande iniquidade na política alocativa do Ministério da Saúde. Este define um valor *per capita* federal único para subsidiar a atenção básica nas instâncias subnacionais e a média de produção como critério para repasse de recursos da Média e Alta Complexidade (MAC). Esses critérios não são, necessariamente, equitativos, dada as notórias diferenças na capacidade de estados e municípios para auto-financiar os serviços de saúde sob sua responsabilidade. (SOUZA, 2003).

Como resultado desta situação, os municípios com menor capacidade instalada, são também aqueles que apresentam piores condições de financiamento. A insuficiência de recursos tende a refletir na qualidade da assistência prestada aos usuários, dificultando a garantia de integralidade e a resolutividade no atendimento.

Uma questão que determina diferenças importantes na dinâmica entre os municípios é o seu porte populacional. Em geral, os municípios de grande porte apresentam uma atenção primária mais estruturada, e assim, suas várias portas de entrada no sistema, incluindo as urgências, resultam num estrangulamento na atenção secundária, que em geral apresenta-se como insuficiente para a demanda. Já os municípios de pequeno porte apresentam fragilidades ainda na atenção primária, além de dificuldades como a fixação de profissionais e a pouca capacidade de autofinanciamento. (TANAKA; DRUMOND JUNIOR, 2010).

Dessa forma, pode-se considerar que a escassez de recursos para a saúde, mesmo que de maneira diferente, atinge os municípios dos diversos portes, mesmo que de maneira diferente e assim; restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos, exigindo, portanto, uma série de decisões alocativas. Estas consistem, fundamentalmente, em selecionar quais serão os usuários beneficiários do sistema público de saúde e quais serviços serão ofertados, sendo algumas ações priorizadas, pela sua magnitude, em detrimento de outras. (MEDEIROS, 1999).

No entanto, cabe destacar que as decisões alocativas precisam ser bem fundamentadas principalmente em meio ao cenário de grande incorporação tecnológica no setor saúde visível nos últimos tempos, o que induz a criação de uma demanda até então inexistente. Estas ações e serviços são em geral de altíssimo custo, o que requer uma análise de sua viabilidade, uma vez que sua inclusão no grupo de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS implica muitas vezes na abdicação de serviços menos onerosos, que muitas vezes saciariam a necessidade em saúde de uma maior parcela da população.

Como elemento importante, a necessidade em saúde é um conceito amplo e que agrega para a sua adequada mensuração elementos que vão além do setor saúde, e por isso, autores defendem que ela deve ser incorporada como variável de ajuste na definição dos recursos a serem destinados às localidades para a garantia da atenção à saúde. (NUNES, 2004; MACHADO et al., 2004).

Não se deve esquecer uma questão fundamental nessa discussão, que o perfil de adoecimento das populações está em constante transformação, e que é este quem determina a necessidade e saúde e assim o volume de recursos necessários e os serviços que precisam ser ofertados para assegurar a saúde das populações.

No cenário atual, devido às transições demográfica, nutricional e epidemiológica, identificadas no século passado, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passam a apresentar alta prevalência. Essas condições caracterizam-se pela necessidade de monitoramento freqüente e atenção continuada, uma vez que o objetivo da atenção não é a cura, e sim uma estabilidade no convívio com a doença e a prevenção das complicações. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Esse novo contexto passa a exigir uma reordenação no modo de cuidar e para isso um aporte financeiro compatível para a sua oferta, o que impôs ônus crescente e preocupante para os governantes. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A Diabetes Mellitus (DM), exemplo deste grupo de morbidades, é uma doença de prevalência significativamente alta. Configura-se hoje como epidemia mundial, representando grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, o que torna esta um problema de saúde pública.

A prevalência da diabetes em todo o mundo foi estimada em 2,8% no ano de 2000 e em 4,4% para o ano de 2030. O número de pessoas com diabetes mellitus atingirá a marca de 366 milhões em 2030, mais do que o dobro do número registrado em 2002. (WILD et al., 2004).

O comportamento ascendente da diabetes mellitus, associado a um alto custo social e econômico, além do reconhecido potencial para a prevenção, tornam seu manejo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O acompanhamento desenvolvido pela rede de serviços de atenção básica, com garantia de aporte diagnóstico e terapêutica medicamentosa, e a continuidade na assistência é fundamental no controle deste agravo. (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

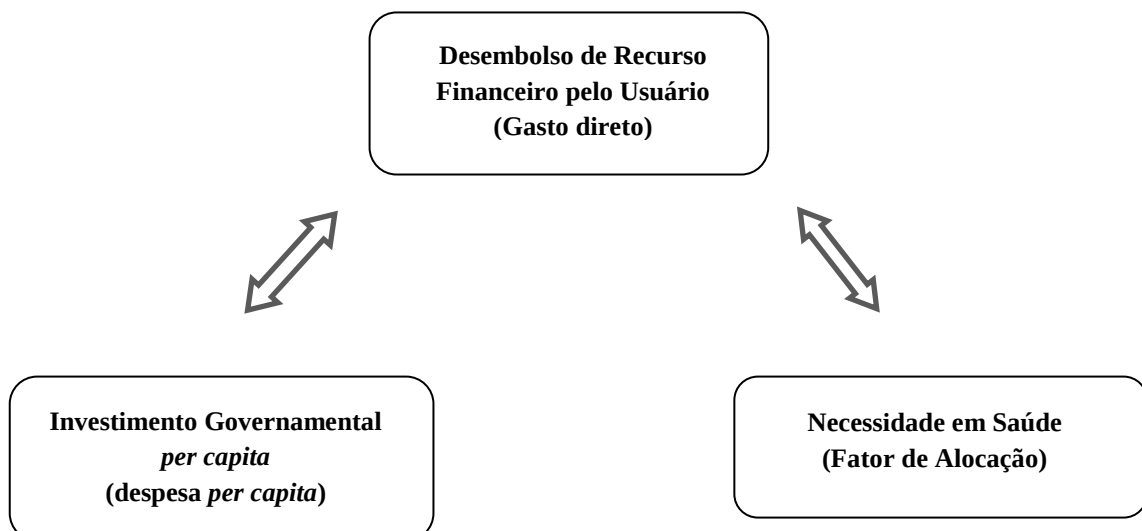
Assim, a fragilidade na integração das unidades de saúde que compõem a rede assistencial do SUS, associada a um quadro de subfinanciamento público da saúde tendem a

contribuir para uma elevação progressiva dos gastos privados em saúde destinados ao cuidado deste agravo.

Em análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2002-2003), a saúde continua sendo o quarto item de dispêndio para as famílias com o percentual de 5,7% do total das despesas familiares, sendo maior nas que possuem um de seus membros acometidos por uma doença crônica não transmissível.

Dessa forma, o conhecimento do perfil de gasto das famílias com este agravo, que apresenta magnitude importante e a especificidade de necessitar uma atenção continuada; têm a potencialidade de servir como elemento que avalia a existência de iniquidades no sistema, as necessidades em saúde e suficiência dos recursos que vêm sendo destinado pelos entes governamentais para a garantia do direito à saúde.

Neste cenário, o estudo se propôs a investigar: Qual a associação entre o desembolso direto de recurso financeiro pelo usuário com o seu cuidado em diabetes mellitus, o investimento governamental *per capita* a necessidade em saúde do município em que reside o usuário? A hipótese considerada é de que o gasto direto com o cuidado em diabetes mellitus é influenciado pelo *per capita* governamental e pela necessidade em saúde.



2 MARCO TEÓRICO

2.1 O DIREITO À SAÚDE

A base do SUS construída na tríade universalidade, integralidade da atenção e equidade designa ao estado a responsabilidade de prover assistência à saúde a todos os indivíduos, e de forma integral, não devendo ser necessário o desembolso direto de recursos pelo usuário do SUS e seus familiares, para a garantia de ações e serviços de saúde requeridos em sua terapêutica.

Na perspectiva de garantir os preceitos constitucionais e orientar o surgimento do que ficou denominado de novo “modelo de atenção à saúde”, superando o até então hegemônico modelo médico-assistencial privatista, uma série de normatizações foram editadas.

Recentemente, o Decreto 7.508 em 28 de julho de 2011 foi publicado e regulamentou a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL, 2011). Dentre suas menções, reafirma que, conforme estabelecido desde a criação do SUS, o sistema de saúde deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

O decreto oficializou a atenção primária como principal porta de entrada do sistema de saúde e como ordenadora essencial do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

Alguns conceitos essenciais ao sistema foram definidos, aprofundados e clareados, como por exemplo, regionalização e regiões de saúde. A definição das regiões de saúde pressupõe que esta deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde. Em cada uma dessas regiões a gestão deve ser compartilhada entre os entes federativos que a compõem, permitindo que o cidadão, dentro de uma região de saúde possa ver garantida a efetividade do seu direito à saúde. Os acordos e pactuações devem ser firmados pelos gestores a partir da assinatura de um Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap). (BRASIL, 2011). A disponibilidade financeira e orçamentária de cada município também deve estar prevista no Coap e, neste ponto uma questão importante sobrevém.

Apesar dos avanços conseguidos, a implementação do SUS em sua totalidade esbarra na disponibilidade de recursos financeiros suficientes e estáveis à sua utilização, residindo nesta questão um dos principais desafios do SUS.

Dessa forma, a conquista do direito à saúde não deve ser interpretada com ingenuidade, pois a garantia constitucional foi apenas um passo de um longo caminho que vem sendo percorrido em busca da sua materialização. (GONÇALVES, 2009).

Desde a criação do SUS, a necessidade de suficiência financeira vem sendo apontada como elemento que determina a garantia do direito à saúde. A Constituição de 1988, quando afirma em seu artigo 96 o direito à saúde coloca que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Assim, fica evidente que a garantia do direito universal à saúde vincula-se à capacidade de financiamento que os entes da federação detêm, estando o bem estar social então submetido às políticas econômicas.

Com base nesta condicionalidade, o cenário de sub-financiamento instituído no setor saúde tende a repercutir da seguinte forma: inadequação dos serviços às necessidades da população, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações, além de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, o que dá margem ao fortalecimento de outros subsistemas de atenção à saúde que vêm para preencher essa lacuna. (PAIM, 2003).

Segundo Mendes (2001), o sistema de saúde brasileiro apresenta-se fragmentado, sendo composto por três segmentos: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto. O SUS consiste no sistema público, estruturado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, além dos serviços privados conveniados que complementa sua rede. O Sistema de Atenção Médica Supletiva é um sistema privado sendo basicamente representado pelos planos e seguros de saúde no país. Já o Sistema de Desembolso Direto é privado e está representado pelo gasto direto de indivíduos e famílias, com serviços de saúde.

Essa realidade denuncia a fragilidade do SUS enquanto Política de Saúde em nosso país e distancia o SUS real, prática social de nosso sistema público de saúde, do SUS constitucional, fruto do sonho dos constituintes e da Reforma Sanitária Brasileira. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. (MENDES, 2001).

2.2 O FINANCIAMENTO DO SETOR PÚBLICO DA SAÚDE

2.2.1 Trajetória na garantia de recursos para o SUS

O Sistema Único de Saúde tem apresentado em sua trajetória dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para o seu financiamento. As fontes de receitas, impostos e contribuições sociais foram alteradas em vários momentos, mas uma ampliação na participação do gasto SUS no Produto Interno Bruto ou na receita tributária como um todo, de fato, nunca foi realidade. Em meio à grande demanda de responsabilidade imposta pela universalização do sistema fica evidente o descompasso do gasto público com a necessidade em saúde. (DAIN, 2007).

No entanto, para uma melhor compreensão dessas questões, é preciso correlacioná-las com alguns elementos presentes no contexto de surgimento desse Sistema. Em meados dos anos 70, o cenário no Brasil era de grave crise econômica e política, com a eclosão de vários movimentos pela redemocratização do país.

Nesse momento, a conquista da seguridade social na Constituição Federal de 1988 resultou na combinação de direitos individuais e coletivos, assim como, contribuintes e cidadãos num mesmo programa, o que determinou uma integração de padrões distintos de financiamento para essa nova visão de proteção social, passando os seus recursos a serem provenientes de dois orçamentos, o Orçamento Geral da União (OGU) e o Orçamento da Seguridade Social (OSS). (DAIN, 2007).

Contudo, elementos do contexto internacional influenciaram de forma decisiva o rumo das políticas sociais. O cenário mundial pregava a concepção neoliberal enquanto modelo de governo a ser implementado para garantia do equilíbrio e desenvolvimento econômico, diante a crise que vigorava. Era forte a pressão dos organismos internacionais, para que os países em desenvolvimento adotassem o receituário neoliberal, que com sua política macroeconômica restritiva, determinou difíceis condições de financiamento para as políticas sociais. (MENDES; MARQUES, 2009).

O artigo 55 da CF-88, no ato das disposições constitucionais transitórias, determinava que “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”. (BRASIL, 1988).

Entretanto, em meio ao processo de competição por recursos, os programas universais, com menor capacidade de defesa, foram sendo progressivamente isolados da luta pelo acesso às fontes de receita vinculadas pela Constituição ao seu financiamento. Assim, esse dispositivo constitucional aprovado nunca foi cumprido. (DAIN, 2007).

Com isso, o contexto de extrema rigidez dos gastos federais, priorizando a estabilização econômica e o controle do déficit público, em detrimento da ampliação dos direitos sociais, transformou a saúde em variável de ajuste desta defasagem. (LIMA; ANDRADE, 2009).

Em 1993, sob alegação de restrições fiscais e aumento das despesas, houve uma fragmentação e especificação de fontes de financiamento no OSS, onde a contribuição sobre folha salarial tornou-se exclusiva para a Previdência Social. Além disso, as contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas foram apropriadas como recursos do Tesouro Nacional; e, foram incorporadas, ao OSS, despesas antes financiadas por recursos fiscais. (CORDEIRO, 2001). A interrupção do aporte desses recursos para a saúde gerou grande instabilidade nos anos subsequentes.

No que diz respeito às relações financeiras intergovernamentais, de acordo com Teixeira e Teixeira (2003), não havia no texto constitucional a delimitação de papéis e tarefas entre a União, estados e municípios, tampouco estavam definidas as fontes de receitas e níveis de comprometimento de cada esfera de governo com o financiamento das ações.

Assim, ainda em 1993, com o intuito de conferir estabilidade e suficiência ao financiamento da saúde, com descentralização do recurso, é encaminhada por meio do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 169 a Proposta de Vinculação Constitucional “Definitiva” de 30% do OSS, a ele acrescentando 10% da receita de impostos da União, Distrito Federal, estados e municípios. Nesse momento, os municípios adquirem um maior protagonismo no financiamento, coerente com o caráter inicialmente municipalista do SUS, tendo assumido neste ano 16% do gasto público em saúde. (UGÁ; SANTOS, 2006).

O potencial crescimento das receitas destinadas à saúde foi parcialmente neutralizado com a criação, em 1994, do Fundo Social de Emergência (posteriormente denominado por Fundo de Estabilização Fiscal - FEF), atualmente Desvinculação das Receitas da União (DRU), que captura 20% da arrecadação das contribuições sociais, ficando este montante disponível para uso do governo federal. (MENDES; MARQUES, 2009).

Na segunda metade da década de 90, em meio às dificuldades financeiras enfrentadas pelo Ministério da Saúde, provocadas pelo descumprimento da legislação vigente, foi criada em 1997 a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que a partir de 1997 passou a ser uma das principais fontes de financiamento da saúde. (PORTO, 2006). Esta contribuição foi extinta em 2007.

Esses “ajustes” têm provocado uma grande crise no financiamento do SUS. Mendes e Marques (2009) revelam que o percentual do gasto líquido federal com ações e serviços de saúde em relação ao Produto Interno Bruto, manteve-se praticamente estável no período de 1995 e 2007 (1,73% em 1995 e 1,75% em 2007). Ugá e Marques (2005) esclarecem que o gasto público com saúde no país, desde 2000, tem representado menos de 17% do OSS, cerca de 5% da despesa total da União, não acompanhando assim o aumento expressivo da demanda por ações e serviços de saúde.

Em 13 de setembro de 2000, após várias reformulações ao longo de sete anos, a Emenda Constitucional 29 (EC 29) foi aprovada, sendo esperada uma blindagem do sistema, em termos de estabilidade e suficiência de recursos.

A EC 29 determinou que estados e municípios deveriam alocar, no primeiro ano (2000), no mínimo, 7% das suas receitas para a saúde, sendo esse percentual incrementado anualmente até atingir em 2004, no mínimo, 12% para os estados e 15% para os municípios. Quanto à União, estabelece, para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% em relação ao

orçamento empenhado no período anterior, sendo para os seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto (PIB) nominal. (MARQUES e MENDES, 2005).

No entanto, as expectativas não se materializaram em um aumento substantivo do gasto federal em saúde. Isso porque a EC 29 não define as fontes que devem financiar a Saúde e sim a variação de seu gasto pelo crescimento do PIB nominal, o que possibilitou a incorporação de outros elementos a serem financiados pelo OSS. (DAIN, 2007).

Recentemente, após ter tramitado por 11 anos no cenário político, foi sancionada a Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta a Emenda Constitucional 29. Um aspecto importante da LC é a definição do que é gasto obrigatório com saúde, o que eliminará dos orçamentos em alguns estados, despesas outras, antes acolhidas nos 12%, que cada um tem de aplicar na saúde. (BRASIL, 2012a). Contudo, os ganhos não foram tão expressivos, uma vez que a União não aumentará o percentual de seus gastos, que continuará numa média de 6% a 7% de sua receita bruta, visto que, a Lei não contempla a definição de um percentual mínimo da Receita Corrente Bruta da União para a saúde.

Além disso, outra situação merece destaque. O montante de recursos destinado ao financiamento da saúde (SUS), por esfera governamental, é influenciado pela capacidade de arrecadação total daquele ente. Assim, algumas indagações e a consideração de determinados aspectos mostram-se pertinentes: será que a fixação e monitoramento de parâmetros mínimos de gastos com saúde entre os entes subnacionais serão suficientes na garantia de recursos para as ações de saúde? Os estados e municípios dispõem de autonomia tributária e fiscal suficiente que favoreçam o cumprimento das exigências de vinculação da EC 29?

2.2.2 Federalismo fiscal brasileiro e a capacidade de autofinanciamento

Entende-se por Federalismo Fiscal o conjunto de providências constitucionais, legais e administrativas orientadas ao financiamento dos diversos entes federados, seus órgãos, serviços e políticas públicas, tendentes à satisfação das necessidades públicas nas respectivas

esferas de competência. Nessa perspectiva, é considerado como um instrumento de ordenação das finanças públicas, de modo a permitir a realização do federalismo político¹.

As características estruturais do federalismo fiscal brasileiro não têm possibilitado o provimento de um financiamento equânime entre os entes da federação, quando se considera a necessidade dessas localidades. (LIMA, 2007).

Apesar das importantes transformações de ordem político-administrativo do País implantadas com a Constituição promulgada em outubro de 1988, cujos efeitos foram a elevação do *status* dos municípios, não se observou a resolução de problemas como aqueles decorrentes da relação destes entes com os princípios de autonomia e interdependência, sobretudo quando o assunto é a distribuição dos recursos tributários fiscais. (WAKULICZ; SERPA, 2008).

Assim, deve-se considerar que o processo de descentralização das políticas públicas dos anos 90, amplia a necessidade de atenção à questão fiscal, tornando a necessidade de uma reforma fiscal urgente. No entanto, cabe destacar que algumas medidas foram adotadas de modo a acomodar esse novo arranjo institucional-legal. (LOUREIRO; ABRÚCIO, 2004).

Na perspectiva de favorecer a boa gestão fiscal em estados e município, condicionado os gastos à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos, foi criada em 2000 a Lei Complementar nº 101, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). (BRASIL, 2000).

A LRF com suas regras e sanções, introduziu desafios para os gestores públicos nas diferentes esferas e setores da administração pública brasileira. A mesma pode ser entendida como um amadurecimento do sistema fiscal brasileiro, contudo, tem potenciais chances de gerar restrições ao cumprimento das novas funções assumidas com os gastos sociais, em especial naquelas políticas cujo principal elemento de despesa são os gastos correntes em despesas com pessoal, como é o caso da política de saúde. Dessa forma, torna-se premente as demandas de acesso à informações sobre as receitas e despesas nos municípios. (MEDEIROS, 2011).

¹ Texto da comunicação do Professor Titular de Direito Financeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, José Marcos Domingues, no II Congresso Internacional de Direito Tributário da Cidade do Rio de Janeiro. 9 a 11 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.idtl.com.br/artigos/186.pdf>

Nesse contexto, o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) criado pelo Ministério da Saúde pouco tempo antes da LRF (1999) adaptou-se de modo à contemplar parte desta demanda. Caracteriza-se como um instrumento fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde, permitindo analisar, por exemplo, o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº.29 (EC29); a receita de impostos e transferências constitucionais e legais, total e por habitante; as transferências do Ministério da Saúde totais e por habitante; o detalhamento das despesas com ações e serviços de saúde, como: pessoal, serviços de terceiros e medicamentos, entre outros; o que torna este uma importante fonte de dados para estudos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Foi com base no acesso às informações deste sistema, dentre outras, que foi realizado um estudo com o objetivo de analisar os impactos da Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF) nas despesas com pessoal da saúde dos municípios brasileiros. Seus resultados revelaram que mais de 50% dos recursos do setor saúde são comprometidos com este tipo de despesa; no entanto, os dados sugerem que os problemas de contratação na saúde podem não estar relacionados aos efeitos da LRF. Revelou ainda que a baixa capacidade de arrecadação e a alta proporção de recursos de transferências reforçam a baixa autonomia na maioria dos municípios do país. (MEDEIROS, 2011).

O resultado do estudo vem a questionar a alegação de uma parcela dos municípios do país que justificam a precarização dos vínculos empregatícios devido às limitações impostas pela LRF, o que na verdade pode ser reflexo de uma baixa arrecadação municipal, que não consegue suprir suas necessidades orçamentárias.

Com base nestas questões, sugere-se que o fortalecimento financeiro dos governos municipais se deu mais pelo aumento da participação das transferências constitucionais, do que pela ampliação da sua capacidade de arrecadação tributária. (WAKULICZ; SERPA, 2008). Em decorrência desta situação, os municípios ficam expostos a alguns limites e constrangimentos institucionais, no que diz respeito ao financiamento público da saúde.

Segundo Nunes (2004), a capacidade de arrecadação do município, também conhecida como capacidade de autofinanciamento, é resultante do somatório das receitas de impostos municipais (renda própria), podendo ser este indicador trabalhando de forma *per capita*. Para Nunes, este dado traduz a potência econômica do município, correlacionando-se fortemente

com os gastos totais em saúde, que pode ser mensurado a partir do indicador “despesa *per capita* em saúde”. Castro, Travassos e Carvalho (2005), reforçam a ideia de que a diferente capacidade de autofinanciamento dos estados e municípios brasileiros contribui para acentuar a desigualdade da oferta de serviços de saúde.

O contexto de escassez de recursos para a saúde tem estimulado os atores federativos a se posicionar, a partir da segunda metade da década de 90, e reivindicar a criação de novos critérios e mecanismos de destinação e redistribuição de recursos federais, com base na necessidade em saúde. (LIMA, 2007).

2.3 NECESSIDADE EM SAÚDE E A ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Em meio à insuficiência dos recursos destinados para as políticas sociais no Brasil, com base no modelo macroeconômico vigente, torna-se importante uma reflexão sobre a necessidade em saúde enquanto estratégia com potencial para o alcance da equidade, diretriz estruturante do SUS.

A idéia central que subsidia o conceito de equidade é que as desigualdades entre as pessoas não são produzidas de forma natural. Assim, reconhece que os indivíduos merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes. Essa perspectiva também se aplica aos sistemas de saúde, onde os pobres necessitam de uma parcela maior de recursos públicos que os ricos. (NUNES, 2004). Assim, o tratamento desigual é justo quando é benéfico à parcela mais carente da população, quando considera a necessidade em saúde como critério de favorecimento.

A compreensão do conceito de necessidades de saúde é condição inicial para que se possa organizar um sistema de saúde e planejar a prestação de serviços para atender as necessidades de saúde da população. (FRANCO, et al., 2012).

As necessidades de saúde refletem a singularidade dos processos saúde-doença de indivíduos e famílias e as particularidades dos processos de produção e reprodução social dos distintos grupos sociais. Na perspectiva da Saúde Coletiva, os serviços de saúde têm como finalidade atender às necessidades de saúde da população, que mudam ao longo da história

humana e em cada sociedade. Portanto, são conceitos relativos, dependem de quem, como e quando são definidos. (FRANCO, et al., 2012).

Deve-se perceber que, para a satisfação das necessidades em saúde, é preciso extrapolar o setor saúde, uma vez que por mais equitativo que sejam a oferta e o acesso à assistência, as iniquidades de resultados podem persistir sendo determinadas por desigualdades de renda, de nível educacional e de infraestrutura sanitária. (OSÓRIO; SERVO; PIOLA, 2011).

Considera-se, dessa forma, que as necessidades podem estar associadas ao consumo, sendo este influenciado pela possibilidade de apropriação de recursos econômicos. Assim, necessidades não são naturais, nem iguais, na medida em que desigual é o acesso ao trabalho e ao consumo dos produtos do processo de trabalho. (CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M., 2005).

Nesse sentido, cabe destacar que as últimas décadas têm presenciado um processo de transformação e de inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde. A ampla aceitação e disseminação de procedimentos como Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RNM), por exemplo, respondem, atualmente, por um quantitativo bastante expressivo dos procedimentos radiológicos realizados e dos gastos do setor saúde. Esse fato é resultante da pressão do mercado e de um convencimento da população, que passa a entender o consumo deste tipo de tecnologia como parte de sua necessidade em saúde, o que denuncia que a demanda e a prestação de serviços se organizam das mais variadas formas. (RODRIGUES; ANDREAZZI, 2011).

Refletindo sobre este cenário, pode-se considerar que existe a necessidade em saúde percebida pela população, influenciada grandemente pela condição financeira, pelo aumento da oferta de serviços de saúde, pela incorporação tecnológica e até mesmo por questões culturais; e a necessidade em saúde “de fato sentida”, sendo normalmente um consumo não previsível, onde os consumidores não escolhem entre os serviços através de uma “racionalidade na escolha”, e sim pela dependência ou não do consumo de tais serviços. (ZUCCHI; NERO E MALIK, 2000).

Dessa forma, considerando que tanto necessidade quanto saúde são fenômenos complexos, a utilização da necessidade em saúde, aferida com base em indicadores de saúde,

demográficos e socioeconômicos, apresenta-se como importante estratégia no alcance da equidade em saúde, incluindo a equidade na alocação de recursos.

Atualmente, os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental de recursos e os critérios que definem as transferências federais não têm garantido equidade na alocação.

A alocação dos recursos federais de saúde para os municípios brasileiros como vem sendo feita obedece a dois critérios, em função do tipo de cuidado considerado. Para custeio dos serviços de atenção básica, o recurso (Piso da Atenção Básica - PAB) é repassado para os municípios de acordo com a população (*per capita*), não considerando o tamanho da rede instalada. Já os critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de Média e Alta Complexidade (MAC) baseiam-se na produção de serviços. (KAJIURA, 2010). Esse quadro tende a favorecer as localidades mais desenvolvidas, contribuindo para acirrar as desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões do país. (NUNES, 2004).

Recorrendo à Lei n. 8.080, encontra-se em seu art. 35. que para o estabelecimento dos valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, uma combinação de critérios deve ser utilizada, e não somente desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior. Além deste deve ser considerado o perfil demográfico e epidemiológico da região, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área e níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais. (BRASIL, 1990), o que não vem acontecendo na destinação do recurso MAC, por exemplo.

Na perspectiva de incorporar a necessidade em saúde, pela sua potencial amplitude, enquanto elemento norteador da alocação de recursos públicos federais do SUS, a capacidade de autofinanciamento é defendida como uma variável que pode tornar mais equitativa a decisão. Além de apresentar correlação com os gastos totais em saúde, apresenta também correlações significativas com alguns indicadores importantes, como mortalidade infantil. (NUNES, 2004).

Buscando desenvolver metodologias para alocação de recursos com base na necessidade em saúde da população, alguns estudos já foram desenvolvidos no Brasil. Dentre estes, destacam-se Machado et al. (2004) que construíram um Fator de Alocação (FA), utilizando variáveis socioeconômicas, demográficas, epidemiológicas e de porte econômico, e Nunes (2004) que sugere uma modificação no estudo anterior com a inclusão de uma nova

variável para mensurar a capacidade econômica dos municípios, a capacidade de autofinanciamento do município (receita própria *per capita*).

Considerando a ausência de estudos específicos para o estado de Pernambuco (PE), o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) da UFPE, testou as duas metodologias supracitadas, em seu formato original, apresentando-as para a realidade do estado. Em seguida acrescentou novas análises, através do método de Redes Neurais Artificiais (RNA), tanto para o trabalho de Machado et al. (2004), quanto para o de Nunes (2004). Após estas aplicações, o GPEPS adicionou novas variáveis, para gerar um novo FA, sendo possível um escalonamento dos municípios em quartis de acordo com a necessidade em saúde. Ao final do estudo ficou evidente a necessidade de maior aporte financeiro no setor saúde para o estado de PE como um todo. (BEZERRA, 2011).

Outra questão que altera a necessidade em saúde de uma localidade e deve ser pontuada é a característica diferenciada que apresenta os municípios de acordo com seu porte populacional. O reconhecimento da diversidade de cenário, de dinâmica e de impacto das estratégias de saúde implementadas, de acordo com o porte populacional dos municípios, deve ser levada em consideração na destinação de recursos. Isso porque a infraestrutura, a capacidade instalada, a capacidade de autofinanciamento, são elementos que apresentam diferenças importantes entre esses grupos. (TANAKA; DRUMOND JR., 2010).

Os municípios de grande porte, por exemplo, apresentam dinâmica que incita algumas questões. Estudo realizado no Estado de São Paulo com municípios com este porte revelou que nessas localidades há um gasto crescente com saúde superior ao crescimento da receita e da despesa global; e que se observa baixos valores de cobertura do PSF e crescimento importante na produção de procedimentos de média e alta complexidades, o que sugere uma destinação de seus recursos para reprodução do modelo médico-assistencial tradicional. (ESPÍRITO SANTO; TANAKA, 2011).

A diferença de porte populacional influencia também a possibilidade de estruturação de uma rede de serviços de saúde, sendo nos municípios de pequeno porte populacional menor a possibilidade de fixação de profissional especializado. (TANAKA; DRUMOND JUNIOR, 2010), o que associado a um menor volume de arrecadação própria de recurso tende a incitar uma precarização dos vínculos empregatícios.

Questão importante a ser pontuada diz respeito ao entendimento de que a principal finalidade da destinação suficiente e equânime de recursos para a saúde é o alcance da garantia de uma assistência completa e de qualidade ao indivíduo.

Como apresentado anteriormente, a insuficiência de recursos compromete a garantia do atendimento integral ao usuário, e assim o cumprimento dos princípios do SUS. Essa fragilidade no provimento de uma integralidade na atenção resulta da não estruturação de uma rede de serviços de saúde capaz de conferir continuidade na assistência, o que compromete o adequado manejo dos agravos em saúde. Devido à sua dependência de um acompanhamento regular, o indivíduo que convive com uma condição crônica, como a diabetes mellitus, tem seu cuidado comprometido neste cenário.

2.4 DIABETES MELLITUS

O Brasil mudou consideravelmente nas últimas décadas, seja por conta de fatores externos derivados de um mundo progressivamente globalizado, seja pelo desenvolvimento autônomo de circunstâncias e processos históricos e culturais próprios do que se pode chamar de “modelo brasileiro”. Nesse cenário, alteram-se também os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença gerando com isso uma mudança no perfil de adoecimento populacional. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) colocam-se como protagonistas e passam a exigir maior resolutividade e integralidade do sistema de saúde. (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

2.4.1 Etiologia e quadro epidemiológico atual

No Brasil, as DCNT representaram cerca de 66% da carga de doença, medida pelo indicador de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade que associa o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. As doenças isquêmicas do coração, doenças cardiovasculares e a Diabetes Mellitus (DM) contribuíram

com 14,7% do total da carga. (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2010; SCHRAMM et al., 2004).

A diabetes mellitus tem sua classificação atual baseada na etiologia, e distingue: diabetes tipo 1, que resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos, principalmente crianças e jovens; da diabetes tipo 2 que atinge principalmente adultos e resulta, em geral, de graus variados de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção da mesma. (BRASIL, 2006a).

A DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos da doença e atinge principalmente a população adulta acima de 40 anos, embora recentemente tenha crescido a prevalência em faixas etárias mais precoces. (BRASIL, 2006a).

Pode-se considerar que a crescente prevalência da diabetes mellitus tipo 2 no país está associada principalmente ao aumento das taxas de sobrepeso e obesidade, decorrente da mudança dos padrões de consumo alimentar e do sedentarismo, ambos os fatores de risco evitáveis para a doença. (FREESE; FONTBONNE, 2006).

A Organização Mundial de Saúde estimou em 1997 que após 15 anos de doença, os indivíduos podem apresentar algum grau de retinopatia (30-45%), deficiência visual grave (10%), com 2% evoluindo para cegueira, nefropatia (10-20%), doença cardiovascular (10-25%), neuropatia (20-35%). Além do comprometimento da qualidade de vida, essas complicações demandam um maior aporte de recursos, e podem ter seu aparecimento retardado ou até mesmo prevenido caso os pacientes portadores de DM possuam um controle e um cuidado adequado no manejo da enfermidade. (GUIDONI, 2009).

Os fatores relacionados ao incremento do número de indivíduos que convivem com a DM no quadro epidemiológico mundial são de várias dimensões, o que torna sua abordagem bastante complexa. Sua prevalência tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda um maior incremento para um futuro próximo. (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

A prevalência da diabetes para todos os grupos de idade em todo o mundo foi estimada em 2,8% no ano de 2000 e em 4,4% para o ano de 2030. O número total de pessoas com diabetes deverá aumentar de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030. (WILD, 2004).

Deve-se destacar que nos países em desenvolvimento será observada predominância nos grupos etários mais jovens, em comparação aos países desenvolvidos, uma vez que são especialmente vulneráveis às DCNT, pois estão mais expostos a riscos por dificuldades econômicas, fatores ambientais e sociais, tendendo a desenvolver doenças cada vez mais jovens. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Dados da Federação Internacional do Diabetes (2010) estimam que, na população mundial entre 20 e 79 anos, a prevalência do DM seja de aproximadamente 5,1%.

Em um estudo multicêntrico sobre prevalência de DM no Brasil foi apontado que na faixa etária de 30-69 anos, 7,6% dos indivíduos conviviam com a doença, alcançando o patamar de 20% na população acima de 70 anos. (MALERBI; FRANCO, 1992).

O Ministério da Saúde estima que aproximadamente 12% da população brasileira seja portadora da Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006a). Estudos em diferentes localidades identificaram uma prevalência média de diabetes em 12,4% da população de 20 a 69 anos residente de áreas urbanas no sul e sudeste do país. (SCHAAN, HARZHEIM 2004; SOUZA et al., 2003; TORQUATO et al., 2003).

Um agravante neste cenário é que, de acordo com dados de um estudo que avaliou a Campanha Nacional de Detecção do Diabetes Mellitus realizada em 2001, é alto o grau de desconhecimento da doença por parte da população acometida, o que prejudica o início precoce do tratamento. (GEORG et al., 2005).

No Brasil, no ano de 2007, o acometimento pela DM foi responsável por 123.483 internações, o que gerou um gasto público em saúde na ordem de R\$ 52.5 milhões despendidos somente no setor público. Em 2005, a diabetes estava entre as principais causas de óbito na população brasileira, sendo sua taxa bruta de mortalidade (DM como causa básica) de 44,5 por 100 mil habitantes. (ROSA et al., 2009).

Na análise de tendência da mortalidade por diabetes mellitus em capitais brasileiras no período de 1950 a 2000, foi observado o crescimento da mortalidade proporcional e da Razão de Mortalidade Padronizada na maioria das capitais. (CESSE; FREESE; SOUZA; LUNA, 2009).

Em Pernambuco, estima-se uma prevalência de 11% de diabetes mellitus na população de 40 anos e mais, o que corresponde a 245.208 diabéticos tipo 2, considerando a população residente no estado, em 2007. (PERNAMBUCO, 2007).

Devidos às incapacidades relacionadas à diabetes, os anos de vida perdidos no Brasil, ocorrem principalmente pelo elevado número de casos subclínicos não detectados nos serviços de saúde, assim como pelo estabelecimento silencioso de complicações dos casos clínicos aparentemente benignos. (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2010).

Este cenário denuncia a necessidade de um adequado controle e manejo deste agravo, na perspectiva de favorecer a detecção precoce e ofertar melhor qualidade de vida àqueles que convivem com esta condição.

2.4.2 A atenção à Diabetes Mellitus

Num contexto de advento das condições crônicas não transmissíveis, o modelo centrado no atendimento hospitalar e no privilegiamento das ações curativas mostra-se ineficaz.

Como estratégia de adequação às novas demandas no cuidado à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu enquanto *locus* adequado ao desenvolvimento de medidas preventivas e de promoção da saúde, como ações educativas sobre condições de risco, apoio para prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos. Na atenção ao indivíduo com diabetes mellitus, possibilita o cuidado terapêutico, a monitorização dos níveis de glicose e diagnóstico precoce de complicações. (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Entretanto, a realização das ações preconizadas para atenção à saúde dos portadores de diabetes mellitus na ESF demonstra fragilidades, que poderão repercutir na qualidade da assistência.

Com o propósito de estabelecer algumas diretrizes e reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial e à diabetes mellitus, o Ministério da Saúde implementou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no País,

durante o período de 2001-2003. As metas estabelecidas foram: a reestruturação e a ampliação do atendimento básico, com ênfase na prevenção primária, a ampliação do diagnóstico precoce e a vinculação de portadores à rede básica de saúde. (CHAZAN; PEREZ, 2008).

No entanto, apesar de vários esforços, o que vem sendo praticado hoje no Brasil é ainda o chamado “Modelo de Cuidado Agudo”, baseado em intervenções pontuais e onde a continuidade do atendimento não é garantida. Este modelo se apresenta ineficaz frente ao novo padrão de doença encontrado. (SOUSA, 2005).

Além disso, de acordo com estudo que se propõe a avaliar a atenção básica para a diabetes mellitus na ESF, um dos problemas identificado foi a fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico, o que sugere que as ações previstas no Plano de Reorganização foram implantadas de forma insatisfatória. A inadequação da estrutura física, a deficiência de insumos e a fragilidade no acompanhamento dos usuários são problemas que demandam além de uma reorientação de modelo, melhores condições de financiamento para sua superação. (PEREIRA, 2007).

Em meio à escassez de montante financeiro destinados à saúde, faz-se necessário conferir mais eficiência na utilização do recurso disponível. Centrada neste objetivo, a avaliação econômica em saúde é um campo de conhecimento de desenvolvimento recente, mas que vem sendo considerado um importante instrumento para a gestão. (ANDRADE, et al., 2007).

Como elementos dessa dinâmica, os custos e os benefícios das estratégias de assistências à saúde que vêm sendo dispensadas, devem ser analisados e comparados, na perspectiva de orientar a melhor forma de alocação dos recursos da sociedade entre os diferentes programas.

2.5 OS CUSTOS E GASTOS COM SAÚDE E A DIABETES MELLITUS

Conceitualmente falando, entende-se por “Custo em Saúde” o valor de todos os recursos utilizados na produção de um bem ou serviço de saúde, não se restringindo ao uso

direto de dinheiro, durante determinado período de tempo. Diferentemente, os “Gastos em Saúde” são os valores pagos para a aquisição de bens ou serviços, referindo-se ao valor financeiro desembolsado para a obtenção de um produto ou serviço, como exame diagnóstico e tratamento de doenças, por exemplo. (BRASIL, 2005).

Neste entendimento, os custos e os gastos de uma determinada atividade podem variar a depender do ponto de vista a ser abordado, devendo ser este um dos primeiros pontos a ser definido, quando se pretende avaliar economicamente uma intervenção. (MARINHO, 2011).

Consensualmente, três sistemas de financiamento da saúde são reconhecidos: o Sistema Único de Saúde, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Desembolso Direto. Assim, as perspectivas usualmente consideradas são: do sistema público de saúde; das seguradoras privadas e do paciente ou família. (BRASIL, 2008).

Porto, Ugá e Moreira (2011) analisaram alguns dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 que revelaram o SUS como responsável pelo financiamento do atendimento de 58,6% das pessoas que utilizaram esse sistema no país. Os planos privados de saúde financiam 27% dos atendimentos, enquanto que o gasto privado direto financiou cerca de 14% dos atendimentos em nível nacional.

Devido ao grande incremento das DCNT no perfil epidemiológico do nosso país e do mundo e das especificidades no seu manejo, uma considerável parcela destes gastos é destinada para o cuidado destas condições.

A multiplicidade de fatores de risco associados ao acometimento pela Diabetes Mellitus, a magnitude da sua prevalência e o aumento de assistência à saúde que demanda, tem tornado os custos econômicos relacionados a esta condição objeto de estudo de pesquisadores em diversos países. (ROSA; SCHMIDT, 2008; CASTRO; GROSSI, 2008; GEORG et al., 2005), podendo ser avaliados por várias perspectivas.

2.5.1 Impacto para o Sistema de Saúde

Além dos aspectos epidemiológicos, as condições crônicas como a Diabetes exercem grande pressão sobre a utilização e o funcionamento dos serviços de saúde. Isso porque

determina para indivíduo necessidade de cuidados durante toda a vida e, conseqüentemente, interação permanente com o sistema de saúde.

Dados do Sistema Nacional de Saúde britânico revelam que cerca 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência têm a exacerbação de uma doença crônica. Quando os pacientes britânicos são internados e apresentam mais do que uma doença crônica os custos são seis vezes mais elevados do que os que têm apenas uma doença. (GUERRA, 2009).

Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi projetado para 64 milhões em 2025. (KING et al., 1998 *apud* SARTORELLI E FRANCO, 2003). Pelo fato da diabetes estar associada a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, entre outras, pode-se prever a carga que isso representará para os sistemas de saúde dessas localidades, a maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas. (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

No Brasil, tem crescido de forma expressiva as taxas de hospitalização e mortalidade por diabetes mellitus e suas complicações, o que vem indicando a magnitude do problema. (SARTORELLI & FRANCO, 2003).

Os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) revelam que em nosso país, no ano de 2010, cerca de 1,13% das internações financiadas pelo SUS foi para tratamento da diabetes mellitus, o que representou um montante de R\$ 67.433.939,66. Pernambuco segue a tendência nacional, com 1,35% dos internamentos direcionados para o tratamento do referido agravo, sendo destinado R\$ 3.285.610,62 dos seus recursos. (BRASIL, 2012b).

Estudo de abrangência nacional realizado a partir das internações públicas ocorridas entre janeiro/99 a dezembro/2001 revelou que o valor médio das internações atribuíveis à diabetes mellitus (US\$292.0) foi 36% mais elevado que aquele das internações não atribuíveis à doença. (ROSA; SCHMIDT, 2008).

No entanto, apesar do volume expressivo de recursos destinado às terapêutica deste agravo, percebe-se que sua prevalência continua em ascensão influenciada grandemente pela mudança de estilo de vida associada ao aumento da esperança de vida dos brasileiros, sendo esperada dessa forma, uma maior destinação de recursos para o controle deste agravo.

Assim, a discussão que deve ser colocada em pauta é a reordenação da assistência, com uma garantia de destinação de recursos suficiente para o atendimento desta demanda, além de uma maior eficiência em sua utilização. A importância da prevenção primária de obesidade e diabetes no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas, sendo alguns programas implantados e com resultados satisfatórios na prevenção. (SARTORELLI & FRANCO, 2003).

Os estudos disponíveis sugerem um importante impacto na melhoria da qualidade de vida de indivíduos com elevado risco metabólico por meio de medidas simples de intervenção adaptadas às condições usuais de unidades básicas de saúde. (SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO, 2006).

Como reflexo deste cenário, a necessidade de cuidados permanentes com a saúde e a importância de uma continuidade de atendimento para o adequado controle deste agravo impõe aos usuários e seus familiares, em muitos casos, a necessidade de custear uma parcela de seu cuidado, para que a terapêutica indicada seja prosseguida.

Esta dinâmica fere os princípios constitucionais do SUS, uma vez que o Estado deve garantir atendimento universal e integral a todo cidadão. Dessa forma, percebe-se que apesar da aparente magnitude do montante de recursos destinados para a saúde, este ainda não proporciona garantia de atendimento a todo cidadão, o que mais uma vez reafirma a necessidade de otimização e maior destinação de recursos para a saúde.

2.5.2 O gasto público e privado com saúde

Como pautado nos capítulos anteriores, o financiamento da saúde pode ser público ou privado, podendo este último ser pela contratação dos planos privados ou por desembolso direto do indivíduo e seus familiares. Entendendo esta dinâmica, antes de discutir algumas questões, torna-se pertinente a reflexão sobre alguns elementos.

A saúde é um bem de consumo com características diferenciadas. Isso porque, diferentemente do que acontece quando se busca os bens e serviços em geral ofertados pelo mercado, o indivíduo que apresenta uma necessidade em saúde, na maioria das vezes, não

pode escolher o que quer consumir; uma vez que a condição de saúde que ele apresenta no momento vai impor a necessidade de uma determinada oferta, que precisa ser acessada, sendo em muitos casos determinante para a manutenção da sua vida.

Dessa forma, quando o direito da garantia à saúde não é respeitado pelo serviço público, os indivíduos e seus familiares se vêem obrigados a buscar a assistência necessária mediante o acesso ao setor privado de saúde, seja através dos seguros de saúde ou por meio do desembolso direto de recurso. No entanto, a obrigatoriedade nesta prática vai de encontro à garantia do direito universal à saúde, princípio constitucional que atribui ao Estado o dever de prover assistência integral a todo e qualquer cidadão. Para isso, os entes governamentais devem destinar à saúde um montante de recursos compatível à necessidade de saúde de sua população.

No Brasil, o gasto público em saúde no ano de 2007 representou 3,4% do PIB, sendo considerado insuficiente para garantir os princípios da universalidade e da integralidade no acesso à atenção à saúde, uma vez que a Organização Pan Americana de Saúde (Opas) preconiza um gasto público em saúde mínimo de 6% do PIB para que um sistema de saúde tenha essa característica².

Baseando-se em dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) em 2002, Ugá e Santos (2006) observam que em relação à composição do gasto em saúde no Brasil, a participação do setor público no gasto nacional em saúde é de apenas 44%, e o setor privado participa com 56% do gasto em saúde. Deste, aproximadamente 35% é gasto privado direto das famílias.

Esse dado revela que apesar de nosso sistema de saúde ser constitucionalmente definido como de acesso universal e integral, na prática ele exhibe uma estrutura do gasto muito diferente daquela dos sistemas nacionais de saúde de cunho welfariano. A participação do setor público no gasto nacional em saúde no Brasil de apenas 44% é igual à norte-americana, cujo sistema de saúde é tido como padrão do modelo liberal. (Ugá e Santos, 2006).

² Dados Fornecidos pela Profª Maria Alicia Domingues Ugá na Palestra Crise e Financiamento do SUS no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.ppge.ufrgs.br/abres/site/arquivos/ABREs/20%20anos%202009/ProfAlicia%20CONGRESSO%20ABRASCO%202009.pdf>

Em estudo que pretendeu analisar a utilização de serviços de saúde sob a perspectiva de seu financiamento foi encontrado que apesar do SUS continuar financiando a maioria dos atendimentos e das internações realizados no País, sua participação que aumentou significativamente entre 1998 e 2003, manteve-se praticamente estável entre 2003 e 2008, apesar do aumento expressivo da utilização dos serviços por parte da população. (PORTO; SANTOS; UGA, 2006).

Na literatura internacional existem referências enfatizando o alto custo econômico que representa o manejo da diabetes mellitus. Estes gastos são de alto impacto para os indivíduos e afetam diretamente as famílias de baixa renda que chegam a gastar 56% a mais, em relação às famílias que não possuem pessoas diabéticas. (SONGER, et al., 1997).

Analisando o custo do tratamento da diabetes mellitus nos domicílios em São Paulo, evidenciou-se que o responsável gasta, aproximadamente, 29% do seu salário com a terapêutica medicamentosa de seu familiar, quando considerada a média da faixa de renda familiar predominante na população da pesquisa (R\$ 390,00). (CASTRO; GROSSI, 2008).

Em pesquisa realizada em Pernambuco que objetivou avaliar os serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família, os custos socioeconômicos do usuário foi um dos itens a ser considerado. Evidenciou-se que, no que se refere aos gastos para custeio de seu tratamento tanto para os usuários diabéticos quanto hipertensos, o desembolso direto é significativo, principalmente quando foi considerado o perfil sociodemográfico dos indivíduos entrevistados. (CESSE et al., 2011).

As evidências encontradas incitam a percepção de que o gasto das famílias no cuidado em diabetes mellitus apresenta-se expressivo e incoerente, se considerados os preceitos de universalidade e integralidade presentes na Constituição vigente. (CESSE et al., 2011).

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- o Brasil é um país marcado pela desigualdade social e assim, a população dos municípios que o compõem apresenta características diferenciadas;
- a necessidade de saúde de uma população é altamente influenciado pelas condições socioeconômicas e sanitárias a que estão expostas;
- o Estado deve garantir ao usuário a oferta de toda a estrutura (serviços e suprimentos) prescrita para sua terapêutica, respeitando os preceitos da “tríade constitucional” universalidade, integralidade e equidade;
- a implementação das políticas públicas a favor dos cidadãos depende da destinação financeira adequada pelos entes federados e da eficaz distribuição destes recursos;
- em um contexto de insuficiência na oferta de recursos, os usuários portadores de condições crônicas, como a Diabetes Mellitus, são prejudicados pela falta de integralidade na assistência à saúde, uma vez que a eficácia do cuidado depende do acompanhamento regular e da garantia de continuidade na assistência;
- o gasto privado direto na garantia da assistência à saúde vem sendo apontado como expressivo em inquéritos realizados por órgãos de pesquisa.

O presente estudo se propôs a investigar a associação entre o desembolso de recurso financeiro pelo usuário com o seu cuidado em diabetes mellitus, o investimento governamental *per capita* e a necessidade em saúde do município em que reside o usuário. A relevância do estudo está na potencialidade que têm seus resultados de possibilitar uma discussão acerca da garantia do direito à saúde, inscrita na constituição federal, e da efetivação dos princípios do SUS.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o gasto direto do usuário da Estratégia Saúde da Família com seu cuidado em diabetes mellitus, correlacionando o investimento governamental *per capita* e a necessidade em saúde, em municípios do estado de Pernambuco.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os gastos diretos para os usuários com o cuidado em diabetes mellitus.
- Caracterizar os municípios a partir do investimento governamental *per capita* e da necessidade em saúde.
- Associar o gasto direto do usuário com a necessidade em saúde.
- Correlacionar o gasto direto do usuário com o investimento governamental *per capita* e com a necessidade em saúde.

5 PERCUSSO METODOLÓGICO

O gasto privado direto de usuários que convivem com a diabetes mellitus e são acompanhados pela Estratégia Saúde da família em municípios pernambucanos foi considerado como situação a ser analisada por este estudo, sendo o investimento governamental *per capita* dessas localidades e a necessidade em saúde, considerados como variáveis independentes a serem associadas e correlacionadas ao objeto em investigação.

A proposta do estudo em pauta fundamentou-se na análise associativa de dados secundários provenientes de duas pesquisas avaliativas - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do programa de Saúde da Família no estado de Pernambuco (Servidiah) e Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica-, do campo da economia da saúde, juntamente com informações provenientes do banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se um estudo de avaliação econômica em saúde.

Drumond, Stoddart e Torrance (2005) definem a avaliação econômica como uma análise comparativa de alternativas de ações considerando seus custos e consequência. Contandriopoulos et al. (1997) classificam os estudos de avaliação econômica como pesquisa avaliativa, do tipo análise de rendimento, que relaciona os recursos empregados com os efeitos obtidos.

Os estudos de avaliação econômica podem ser classificados em parciais (descrição de custos e resultados, descrição de custos, descrição de resultados, avaliação de resultados e análise de custos) ou completos (análises de custo-efetividade, custo-benefício, custo-minimização e custo utilidade). (DRUMOND; STODDART; TORRANCE, 2005).

As avaliações econômicas parciais são caracterizadas por análises específicas, podendo ter foco em apenas um dos dois componentes (custos e consequências) e não realizar comparação entre duas alternativas de intervenção.

Outro elemento a ser considerado é o ponto de vista que este estudo assume ou a quem ele se dirige ou interessa, o que irá definir os custos a serem mensurados e considerados. As perspectivas comumente utilizadas nos estudos de avaliação econômica são aquelas que consideram o ponto de vista do paciente e da família, dos hospitais, do setor público, das companhias de seguro ou da sociedade como um todo. (BRASIL, 2008).

O estudo em questão se propôs a configurar uma avaliação econômica parcial em saúde, do tipo descrição de custos. Uma de suas etapas foi realizada sob a perspectiva de pacientes e familiares, considerando os gastos diretos no cuidado da diabetes mellitus, tendo como unidade de análise os municípios do estado e seus agrupamentos de acordo com o porte populacional.

Foi considerada também a o investimento governamental nestes municípios (despesa *per capita* em saúde) e a necessidade em saúde como variáveis de associação.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Estado de Pernambuco, que se localiza no centro-leste da região Nordeste, possui uma área de 98.938 km² e 748 km de extensão, dividido em cinco regiões geográficas ou mesorregiões que são: Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. É constituído por 184 municípios e o território de Fernando de Noronha. Do total de municípios, 10 contam com uma população acima de 100.000 habitantes: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru, Petrolina, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Vitória de Santo Antão e Garanhuns.

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o estado tem uma população de 8.541.250 habitantes, com uma densidade demográfica de 86,3 hab./km², onde 80,2% habitam na zona urbana. A seguir, apresenta-se a distribuição geográfica da população por região, de acordo com os dados do Censo 2000:

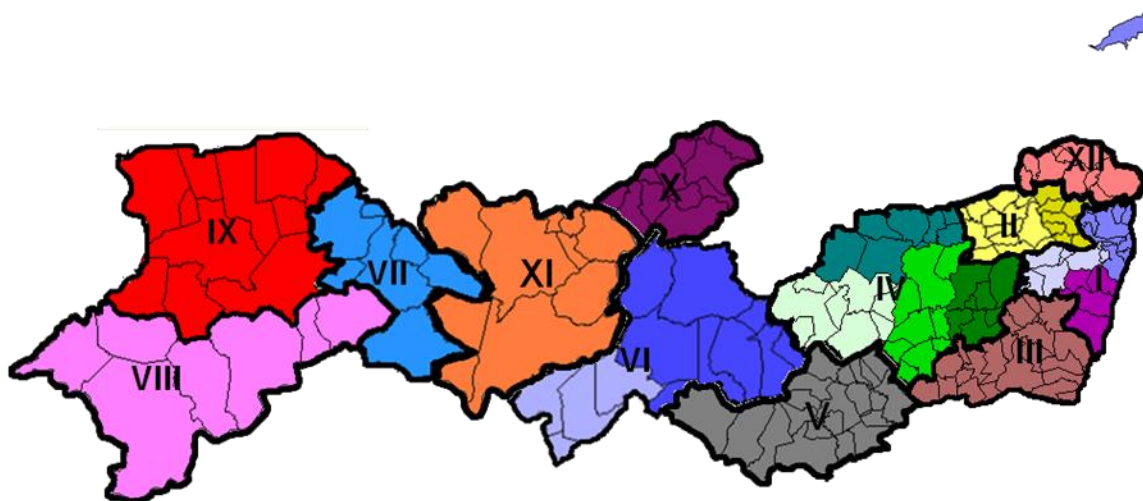
- Metropolitana: 3.337.565 hab.
- Zona da Mata: 1.207.274hab.
- Agreste: 1.993.868 hab.
- Sertão: 919.432 hab.
- São Francisco: 458.154 hab.

No que se refere à gestão da saúde, até o ano de 2012, 168 municípios do estado fizeram a adesão ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), estando estes com gestão plena de seu território³.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2011 o Estado possuía 7075 estabelecimentos de saúde cadastrados, destes 34,7% (2455) são unidades básicas ou postos de saúde e 2,6% (188) e 0,8% (59) são hospitais gerais e especializados, respectivamente. Há uma cobertura de 23,6 unidades básicas de saúde por 100.000hab. As unidades que possuem maior densidade tecnológica se encontram na capital do estado (Recife) e servem de referência para os municípios de todo o estado.

A organização político-administrativa da saúde no estado está configurada em 12 Regiões de Saúde, conforme Mapa 1.

Mapa 1 – Divisão político-administrativa da saúde em Pernambuco.



Fonte: Pernambuco, 2011.

³ Dado fornecido pela Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal/Diretoria Geral de Monitoramento e Acompanhamento da gestão do SUS/Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em Janeiro de 2013.

Em relação aos aspectos econômicos, de acordo com dados do IBGE, em 2010 o PIB pernambucano atingiu R\$ 95,187 bilhões, com uma expansão de 15,78%, mais que o dobro da média de crescimento nacional do mesmo ano, que ficou em 7,5%.

Na saúde, os dados do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) revelam que em Pernambuco a participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 foi de 15,73% no ano de 2011. Apresentou a maior despesa em saúde *per capita* da região nordeste no ano de 2010, sendo de R\$372,68 (trezentos e setenta e dois reais e sessenta e oito centavos). (BRASIL, 2012c).

Outro dado importante revela um percentual da receita de impostos sobre a receita total do estado de 44,65%, o que indica uma boa capacidade de autofinanciamento. Ainda assim, cerca de 39% da despesa total do estado com saúde provêm de transferências de outras esferas governamentais. (BRASIL, 2012c).

Sendo um estado de grande extensão territorial, as desigualdades presentes entre suas localidades são também de ordem financeira. Assim, a despesa *per capita* em saúde entre os municípios no ano de 2010 variou de R\$ 121,28 a R\$ 764,91.

Considerando os agravos à saúde no estado, tem-se que a prevalência estimada de Diabetes Mellitus na população da capital pernambucana, com base em informações do inquérito Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, foi de 5,1% no ano de 2010.

5.3 DESCRIÇÃO DOS BANCOS DE DADOS

5.3.1 Pesquisa - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do programa de Saúde da Família no estado de Pernambuco (*Servidiah*)

(CESSE, 2011)

O estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da atenção prestada aos diabéticos e hipertensos, assim como a satisfação dos usuários e os custos socioeconômicos para seu

tratamento, sendo financiada pelo edital da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (Facepe) 09/2008.

A referida pesquisa avaliou 35 municípios, sorteados por amostragem estratificada segundo os critérios de localização geográfica e porte populacional (pequeno, médio e grande), de forma a incluir municípios heterogêneos que representassem a realidade do estado. Esse procedimento possibilitou a realização de inferência dos resultados do estudo para o estado de Pernambuco.

Como representante dos municípios de grande porte (>100.000 habitantes), foram escolhidos por critérios de representatividade, Recife, Caruaru e Petrolina, principais municípios de três macrorregiões geográficas do estado de Pernambuco, ou seja, Região Metropolitana, Agreste e Sertão.

Para compor os municípios de pequeno (<20.000 habitantes) e médio porte (20 a 100.000 habitantes), foram sorteados aleatoriamente 16 municípios para cada grupo, conforme listados no quadro 1:

Quadro 1 – Municípios de pequeno e médio porte sorteados e incluídos na amostra da pesquisa *Servidiah*

Municípios de Pequeno Porte	Municípios de Médio Porte
Sairé	Abreu e Lima
Ilha de Itamaracá,	São Lourenço da Mata,
Ferreiros	Barreiros
Lagoa do Carro	Carpina
Maraial	Catende
Primavera	Condado
Casinhas	Nazaré da Mata
Correntes	Palmares
Jurema	Águas Belas
Poção	Altinho
Terezinha	Bezerros
Calumbí	Orobó
Carnaíba	Araripina
Inajá	Arcoverde
Moreilândia	Ipubí
Parnamirim	Lagoa Grande

Distribuídas no total de municípios selecionados, 257 equipes da estratégia Saúde da Família foram sorteadas e compuseram a amostra. Para cada uma das equipes, foi realizado um sorteio dos diabéticos e hipertensos. Alguns ajustes foram necessários, a fim de garantir distribuição proporcional entre os grupos de porte populacional dos municípios e de modo a garantir boa potência estatística nas análises. Assim, em torno de 800 usuários diabéticos e 800 hipertensos foram investigados.

As informações foram colhidas por meio de entrevistas, utilizando um instrumento composto por 11 blocos temáticos, estando as questões relativas aos gastos dos usuários distribuídas entre estes.

Os dados da pesquisa utilizados neste estudo são resultantes dessas entrevistas realizadas com os usuários que convivem com a diabetes mellitus e são acompanhados na Estratégia Saúde da Família.

5.3.2 Pesquisa - Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica

(BEZERRA, 2011)

O evento estudado por esta pesquisa foi “alocação de recursos federais da saúde”, tendo sido financiada pelo Edital do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) 09/2008.

De acordo com Nunes (2004), atualmente, a alocação dos recursos federais de saúde para os municípios brasileiros utiliza critérios que tendem a favorecer as localidades mais desenvolvidas, contribuindo para acirrar as desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões do país.

Na perspectiva de superar essa situação e tornar mais equitativa essa distribuição, alguns estudos, como Machado et al. (2003) e Nunes (2004), propuseram metodologias de alocação que consideram as necessidades em saúde da população nesse processo.

O Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizou algumas análises considerando a realidade do estado

e propôs uma nova metodologia, com adição de variáveis para gerar um Fator de Alocação (FA): I-GPEPS.

Dessa forma, um dos objetivos da referida pesquisa foi apresentar a distribuição dos municípios pernambucanos de acordo com abordagem testada e apresentada pelo GPEPS, além de comparar o resultado deste estudo com o repasse de recursos financeiros da saúde.

Para a construção do novo Fator de Alocação (FA): I-GPEPS, foram consideradas 19 variáveis epidemiológicas, socioeconômicas e de porte econômico, sendo estas analisadas através do método de Redes Neurais Artificiais.

Redes Neurais Artificiais (RNA) é o nome fantasia utilizado para designar sistemas computacionais que possuem a capacidade de “aprender”, generalizar ou extrair regras automaticamente de conjuntos de dados complexos. Essa tecnologia mimetiza o processo de resolução de problemas do cérebro humano, uma vez que aplica o conhecimento adquirido de experiências passadas para novos problemas ou situações, construindo um sistema de "neurônios" que toma novas decisões.

A RNA possui natureza flexível de especificação de sistema, isto permite uma vasta aplicabilidade do método, inclusive na classificação. Apresenta várias variáveis de entrada e saída, controladas por certo número de parâmetros ajustáveis. Além deste fato, a RNA se destaca por sua habilidade de aprender e corrigir a si mesma, baseada em seus próprios erros de saída (HAIR et al., 2005). Outra característica da RNA refere à habilidade de manipular dados imprecisos, o que a torna extremamente eficaz em tarefas nas quais um conjunto de regras não pode ser facilmente formulado, como é o caso da proposta do cálculo de um FA. (BRUMATTI, 2010).

Suas características de generalização e boa resposta no trabalho com dados secundários justificam a seleção dos autores do método de Redes Neurais Artificiais como de escolha tanto para compor a nova metodologia, quanto para se chegar a possíveis ajustes de metodologias já testadas.

Foram incluídos no estudo os municípios pernambucanos que possuíam, nas bases de dados pesquisadas, todas as informações necessárias para compor as variáveis selecionadas.

Atribuído o FA para cada um dos municípios participantes, estes foram divididos em quartis, sendo aqueles posicionados no quartil “1” com menor necessidade em saúde e aqueles no quartil “4” com maior necessidade em saúde.

O Quadro 2 apresenta a posição dos municípios a partir da distribuição pelo Fator de Alocação em quartis:

Quadro 2 – Distribuição dos municípios pernambucanos pesquisados de acordo com a necessidade em saúde.

Quartil de Necessidade	Municípios pertencentes
Grupo 1 (Quartil 1 - Q1)	Abreu e Lima, Arcoverde, Bezerros, Calumbi, Carnaíba, Carpina, Caruaru, Casinhas, Catende, Ferreiros, Ilha de Itamaracá, Jatobá, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Orobó, Palmares, Petrolina, Recife, São Lourenço da Mata e Terezinha.
Grupo 2 (Quartil 2 – Q2)	Altinho, Barreiros, Condado, Jurema e Parnamirim.
Grupo 3 (Quartil 3 – Q3)	Ipupi, Lagoa Grande, Maraial, Moreilândia e Sairé
Grupo 4 (Quartil 4 – Q4)	Águas Belas, Araripina, Inajá e Primavera

Fonte: BEZERRA, 2011

Os dados dessa pesquisa que foram utilizados neste estudo referem-se à necessidade em saúde dos municípios selecionados, informação acessível a partir do Fator de Alocação calculado e conhecimento do quartil de posicionamento dos municípios.

Vale destacar que na pesquisa cujos bancos de dados foram acessados encontrou-se o de FA para todos os municípios do estado, à exceção do município de Poção, informando os autores que o mesmo foi excluído da análise por não possuir todas as informações necessárias para o cálculo.

5.3.3 Sistema de Informação – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

Caracterizado hoje como uma ferramenta fundamental para o acompanhamento da receita e despesa em saúde dos entes subnacionais, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1999.

O processo de descentralização, o crescente compartilhamento do financiamento do SUS e o avanço na regulamentação das transferências demandaram a criação de um sistema de informação que possibilitasse a coleta, o processamento e a divulgação de dados sobre a receita e despesa com saúde nos três níveis de gestão.

Dentre as potencialidades desse sistema, destaca-se a possibilidade de análise de: percentual de recursos próprios aplicados em saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº. 29 (EC29); receita de impostos e transferências constitucionais e legais, total e por habitante e transferências do Ministério da Saúde totais e por habitante, entre outros.

No que se refere às características deste sistema, Medeiros (2011) defende que melhorias recentes com vistas à facilitar a compreensão dos gestores para o processo de registro de dados no sistema, por meio de linguagem clara e didática, tende a refletir na melhoria de sua qualidade, já que facilita o conhecimento sobre as informações solicitadas.

Além disso, para os usuários, a possibilidade de acesso ao indicador já calculado é visualizada claramente no sistema, tornando a informação compreensível a qualquer usuário. (MEDEIROS, 2011).

No presente estudo, foi captada no Siops, para todos os municípios estudados, a seguinte informação:

- Despesa total em saúde *per capita*

O referido indicador representa a despesa total com Saúde, inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante e mede gasto médio com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante. (BRASIL, 2009).

5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram incluídos os municípios pernambucanos que apresentaram informações disponíveis em todos os bancos de dados acessados por esta pesquisa, de modo a possibilitar iguais condições de análise para todas as unidades pesquisadas.

Assim, compuseram a amostra desse estudo 34 municípios do estado de Pernambuco, que representam o universo definido pelo critério de inclusão. Essa amostra garantiu uma representatividade estadual, uma vez que a amostragem realizada pelas pesquisas envolvidas buscou essa característica.

5.5 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

➤ *Pesquisa Servidiah*

No momento da entrevista, dentre outras questões, os usuários foram arguidos acerca dos gastos pessoais e familiares, por meio de desembolso direto, para a garantia do cuidado em diabetes mellitus.

As categorias de gastos analisadas definidas como variáveis de estudo foram:

- **Gasto com medicamento** – gasto mensal dos usuários com a compra de medicação (incluindo os materiais descartáveis em sua aplicação da insulina), para o controle da diabetes mellitus.
- **Gasto com exames** – gastos anuais dos usuários para a realização dos exames de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol/triglicerídeos e para a realização de exame de urina e eletrocardiograma de repouso.
- **Gasto com consultas especializadas** – gastos anuais dos usuários para a realização de consultas com vários especialistas, dentre eles oftalmologista, odontólogo, endocrinologista, cardiologista, nutricionista e podólogo, dentre outras.

- **Gasto com internação** - gastos anuais dos usuários para a realização de internamento decorrente do agravamento da diabetes mellitus.
- *Pesquisa Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica*

Para cada município do estado de Pernambuco foi definido um Índice de Necessidade em Saúde, o “Fator de Alocação por Redes Neurais Artificiais do GPEPS (FARN)”, de acordo com o seu resultado para as 19 variáveis previamente selecionadas, conforme Quadro 03. Em seguida, os municípios foram distribuídos, considerando a necessidade em saúde.

A coleta das informações necessárias para compor os FA, que distribuiu na sequência os municípios em quartis de acordo com a necessidade, foi realizada através de bases de dados de domínio público e de informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Pernambuco.

Quadro 03 - Variáveis utilizadas na proposta metodológica do GPEPS

Variável	Fonte/ ano	Definição
<i>Coeficiente de Mortalidade Infantil</i>	Datasus/ 2009	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Mortalidade até cinco anos de Idade</i>	ADH/ 2000	Probabilidade de morrer entre o nascimento e a idade exata de 05 anos, por 1000 crianças nascidas vivas.
<i>Mortalidade precoce de Idosos</i>	SES-PE/ 2007	Percentual de óbitos de idosos de 60 a 69 anos em relação ao total de óbitos de 60 anos ou mais.
<i>Mortalidade proporcional por causas externas</i>	Datasus / 2006	Distribuição percentual de óbitos por causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório</i>	Datasus / 2006	Distribuição percentual de óbitos por doenças do aparelho circulatório, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias</i>	Datasus / 2006	Distribuição percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Mortalidade proporcional por neoplasias</i>	Datasus / 2006	Distribuição percentual de óbitos por neoplasias, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Índice de Gini</i>	IBGE/2003	Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar <i>per capita</i> . Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade a 1, quando a desigualdade é máxima.
<i>Taxa de fecundidade</i>	ADH/ 2000	Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final de seu período reprodutivo.
<i>Taxa de alfabetização</i>	Datasus /IBGE 2000	Percentual de pessoas acima de 15 anos de idade que são alfabetizadas, ou seja, que sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples.
<i>Proporção de mães adolescentes</i>	ADH/ 2000	Percentual de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos.

(Continua)

(Continuação)

<i>Proporção de Idosos na população residente (≥ 60 anos)</i>	Datasus /IBGE 2009	Proporção de idosos na população residente (≥ 60 anos)
<i>ICMS per capita</i>	Tesouro Nacional/2008	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços, divididos pela população dos municípios.
<i>Percentual de óbitos por causas mal definidas</i>	Datasus- Sistema de informações sobre Mortalidade/2009	Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Capacidade de autofinanciamento per</i>	Siops, Demonstrativos/2009	Capacidade de arrecadação do município pelo somatório de sua renda própria.
<i>Percentual de pessoas com renda per capita abaixo de R\$ 75,50</i>	ADH/ 2000	Percentual da população residente com renda familiar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
<i>Percentual de domicílios urbanos com saneamento básico</i>	IBGE/2000	Ter saneamento básico é ter acesso a rede geral ou fossa séptica.
<i>Proporção de domicílios urbanos com coleta de lixo</i>	ADH/ 2000	Percentual de pessoas que vivem em domicílios em que a coleta é realizada diretamente por empresa pública ou privada.
<i>Proporção de pré-natal inadequado</i>	Datasus - Pacto de Atenção Básica/ 2000	Percentual de nascidos vivos de gestantes que realizaram menos de sete consultas de pré-natal.

Fonte: Rosas, 2011.

Para o presente estudo, foi considerada a seguinte variável, sendo a partir do valor de seu Fator de Alocação e de seu quartil de posicionamento:

- **Necessidade em Saúde** – aferida pelo valor atribuído para cada município a partir de seu Fator de Alocação calculado, sendo considerada também sua posição na distribuição em quartis.

➤ *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)*

Os dados do Siops sobre despesa e receita do setor saúde, está disponível para o público no site <http://www.siops.datasus.gov.br>. Foi utilizada a seguinte variável deste Sistema de Informação de domínio público:

- **Investimento Governamental *per capita*** – entendido neste cenário como a “Despesa total com Saúde, sob responsabilidade do município, por habitante (no ano de 2010 para os municípios pernambucanos selecionados)”

5.6 PERÍODO DE REFERÊNCIA

Os dados que serviram de base para a construção dessa pesquisa, provenientes dos estudos descritos anteriormente (*Servidiah e Alocação equitativa*), e os dados secundários que serão coletados no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), tiveram seus dados publicados como referentes ao ano de 2010.

A análise dos dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2012.

5.7 ESTRATÉGIAS DE ANÁLISE

A análise dos dados foi realizada em três etapas. Na primeira, os bancos de dados foram observados, sendo elencadas as variáveis de interesse no estudo; na segunda etapa realizou-se análise descritiva das variáveis, isoladamente. No terceiro momento procedeu-se a realização das análises de associação e correlação entre as variáveis, de modo a responder aos objetivos propostos no estudo.

De acordo com informações apresentadas anteriormente, o estudo em questão conta com 34 unidades em sua amostra, sendo estes os municípios do Estado que apresentavam informações disponíveis nos três bancos de dados acessados.

Face ao formato diferenciado em que cada banco de dados expôs suas informações, foi necessário uniformizar a configuração de cada resposta das variáveis selecionadas.

Na primeira etapa, momento estratégico, correspondeu àquele de análise do banco de dados do *Servidiah*. As informações referentes ao desembolso direto de recurso pelo usuário foram coletadas a partir de entrevistas com 818 indivíduos que convivem com a diabetes mellitus e são acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em municípios pernambucanos.

As variáveis independentes consideradas no estudo, despesa total *per capita* em saúde e necessidade em saúde, encontravam-se disponibilizadas por município. Desta forma, na perspectiva de permitir as associações e correlações pretendidas neste estudo, o dado referente ao gasto do usuário foi agregado a nível municipal, a partir do somatório dos valores relatados em entrevistas aos usuários das localidades em questão.

Para isto, todos os dados obtidos da pesquisa *Servidiah* foram exportados para o software Excel 2007, no qual foi feita a organização das respostas de interesse, por localidade. Em seguida, realizou-se a análise preliminar das informações disponíveis, sendo selecionadas aquelas que estariam relacionadas com o gasto direto do usuário. Foram consideradas também as informações necessárias para o conhecimento e construção da caracterização da amostra.

Na segunda etapa, entendida como o momento de descrição dos dados, as análises foram realizadas de acordo com informações a seguir, apresentadas em tabelas.

Realizou-se estatística descritiva dos gastos diretos, em geral e para cada um dos itens de gasto, a fim de se obter uma compreensão da situação de gasto nos municípios pernambucanos. O gasto dos usuários foi abordado sob duas perspectivas, considerou-se a frequência do gasto a partir da “proporção (%) de indivíduos que declarou desembolso de recurso” em dada localidade e o valor desse gasto, sendo expressa por uma medida de tendência central do gasto, a mediana (R\$) do gasto.

A escolha da mediana como medida de tendência central justifica-se pelo fato da existência na amostra de dados com valores extremos isolados, conhecidos como *outliers*,

sendo a mediana, por ser o elemento que ocupa a posição central em uma série de dados, utilizada em amostras com esta característica (ROUQUAYROL, 2006).

A necessidade em saúde, variável independente obtida a partir do acesso ao banco de dados da pesquisa realizada pelo grupo GPEPS, foi captada a partir do Fator de Alocação calculado para cada município, sendo realizada uma descrição dos dados a partir da média, dos valores extremos e da distribuição nos quartis.

No que se refere ao investimento governamental, a verificação dos valores de cada localidade foi realizada através do domínio do Siops, por meio dos seguintes comandos: municípios > indicadores > consultas > indicadores municipais > ano 2010, período anual, Pernambuco > município específico > consultar > Despesa total com saúde sob a responsabilidade do Município, por habitante. Foi também realizada uma descrição dos dados a partir da média e dos valores extremos.

Em seguida, análises foram realizadas considerando os municípios agrupados de acordo com seu porte populacional. A significância estatística das diferenças foi testada em grande parte das análises a partir dos Testes Qui-quadrado e de Kruskal-Wallis e a partir no teste de comparação de médias (ANOVA) em algumas situações, sendo considerado o nível de significância de 5%.

O terceiro momento correspondeu à investigação da existência de associação entre os gastos com medicamentos, consultas especializadas e exames com a necessidade em saúde de cada município, sendo realizada, também, análises considerando o porte dos municípios estudados. Para tal, foram construídas tabelas bidimensionais de frequência, em que foi utilizado o Teste Qui-quadrado para verificar a existência de tal associação.

Considerou-se a relevância de identificar a tendência e a força de relacionamento entre as variáveis: gasto do usuário, financiamento governamental e necessidade em saúde. Para isso foi utilizada uma análise de Correlação linear de Pearson em que a variável dependente foi mediana do gasto do usuário com medicamentos, consultas especializadas e exames. Buscou-se verificar se à medida em que varia o investimento governamental em saúde e a necessidade em saúde, separadamente, há ou não um decréscimo nos gastos dos usuários com seu cuidado em diabetes mellitus. Para o cálculo de tais coeficientes de correlação, assim como para a realização das demais análises anteriormente citadas, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0.

A significância estatística das análises realizadas foi entendida neste estudo como dado que maximiza a importância do achado, mas não como informação que determina os resultados que serão os não valorados. Essa perspectiva adotada neste estudo está em concordância com os preceitos defendidos por Loureiro e Gameiro (2011) em seu artigo, onde a constatação de ausência de significância estatística ($p > 0,05$) numa diferença não foi considerada um indicativo de que as observações sejam iguais e sem valor.

O tamanho da amostra (“n”) de um estudo pode interferir no resultado dos testes estatísticos realizados, uma vez que amostras grandes podem conduzir a diferenças estatisticamente significantes que, todavia, não apresentem significado efetivo, podendo ocorrer situação inversa em estudos com pequeno número amostral. (LOUREIRO; GAMEIRO, 2011).

O estudo em questão, apesar da grande abrangência de seus dados, conta com um pequeno “n” amostral (34), uma vez que considera o município, e não os indivíduos, como unidade de análise. Assim, o significado prático dos achados foi considerado e valorado mesmo em situações de não significância estatística, com base nas questões acima pontuadas, sendo indicada a condição estatística do dado apresentado.

5.8 LIMITAÇÃO METODOLÓGICA

Uma possível limitação da escolha metodológica do estudo está na dificuldade de avaliar a confiabilidade e precisão do banco de dados de domínio público, assim como o alinhamento temporal entre a coleta dos dados e sua publicação.

Outra questão diz respeito à restrição das informações disponíveis nos bancos àquelas captadas no momento de elaboração da pesquisa, não sendo possível a obtenção de algumas informações, bem como sua desagregação em alguns níveis. Essas situações são comuns em estudos que decidem pela utilização de dados secundários.

5.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICO-LEGAIS

A pesquisa em pauta obedece às recomendações éticas e científicas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Centro de Ciências da Saúde/UFPE. A mesma foi analisada e aprovada, conforme Parecer Consubstanciado nº 68692 em 01 de agosto de 2012.

6 RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir compõem os resultados do estudo em questão, onde a variável “gasto do usuário”, proveniente de pesquisa anterior, foi considerada como componente dependente. Na perspectiva de verificar a associação e correlação desta com outros fatores, considerou-se o investimento governamental *per capita*, dado extraído do Siops (despesa *per capita* em saúde) e a necessidade em saúde do município como variáveis independentes.

6.1 O GASTO DIRETO PARA OS USUÁRIOS NO SEU CUIDADO EM DIABETES MELLITUS

O gasto direto de usuários residentes no estado de Pernambuco que convivem com a diabetes mellitus e são acompanhados em unidades de saúde da família, foi aferido pela pesquisa *Servidiah* realizada pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães com um conjunto representativo de municípios do Estado. Dentre os dados da pesquisa divulgados, foram considerados nesta dissertação aqueles resultantes de entrevistas com 818 indivíduos portadores de diabetes mellitus residentes em 34 municípios pesquisados.

6.1.1 Caracterização Geral da Amostra

A Tabela 1 apresenta a caracterização demográfica e socioeconômica segundo as variáveis: idade, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, gasto com plano de saúde e tempo de convívio com a diabetes mellitus. Observa-se que houve um predomínio do sexo feminino, sendo a amostra composta por 69,2% de mulheres e por indivíduos com uma idade média de 61 anos, com desvio padrão (DP) de 13,2 anos, o que traduz um coeficiente de variação (CV) de 21,6% na idade.

Com relação ao nível de instrução do entrevistado, aproximadamente 37,9% deste grupo declara-se analfabeto e, 47,7% com ensino fundamental incompleto, revelando que, de

acordo com os dados apresentados, mais de 85% da amostra apresenta baixo nível de escolaridade. Destaca-se que apenas 2% da amostra declarou ensino superior completo. Resultado semelhante foi encontrado ao se questionar a escolaridade do chefe de família, observando-se que 79,2% apresenta baixo nível de escolaridade.

Quando considerada a ocupação, 83,8% do total de diabéticos, no momento da coleta de dados, não trabalhava, sendo apenas 16,2% o percentual que deste grupo revelou geração de renda; no entanto, apenas 3,9% declararam-se como desempregado. Destaca-se que a maioria (62,6%) posiciona-se como aposentada, recebedor de auxílio doença ou pensionista.

Na questão referente à renda familiar, 32,2% dos indivíduos declararam uma renda familiar de até 1 salário mínimo e 67,8% afirmaram ter uma renda entre 1 e 4 salários mínimos, podendo haver grande heterogeneidade entre estes grupos.

Nas informações relativas ao desembolso com plano ou seguro de saúde, verifica-se que cerca de 10% possuíam esta despesa no momento da entrevista, sendo o gasto médio com este item por mês de R\$ 94,26 (Desvio Padrão - DP = R\$ 103,2 e Coeficiente de Variação – CV = 109,5%)

O tempo médio de convívio com a diabetes mellitus, declarado por estes usuários, foi de 8,7 anos (Desvio Padrão de 7,6 anos e Coeficiente de Variação de 87,4%).

Tabela 1 - Caracterização da amostra de entrevistados na pesquisa *Servidiah*, segundo idade, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, cobertura por plano de saúde e tempo de convívio com a DM - Pernambuco, 2011.

Variável	N	Freq.
Idade	61,1 ± 13,2	
Sexo		
Masculino	254	30,8
Feminino	569	69,2
Escolaridade – entrevistado		
Analfabeto	311	37,9
Ensino fundamental incompleto	392	47,7
Ensino fundamental completo	55	6,7
Ensino médio completo	48	5,8
Superior completo	16	2,0
Escolaridade - chefe da família		
Analfabeto	108	34,9
Ensino fundamental incompleto	137	44,3
Ensino fundamental completo	25	8,0
Ensino médio completo	38	12,4
Superior completo	1	0,4
Ocupação		
Trabalha	133	16,2
Desempregado	32	3,9
Dona de casa / estudante	142	17,3
Aposentado / Auxílio doença / Pensionista / outro	512	62,6
Renda Familiar		
Até 1 SM	246	32,2
Mais de 1 SM e até 4 SM	517	67,8
Tem plano de saúde ou seguro de saúde		
Sim	83	10,0
Não	740	90,0
Gasto médio por mês, caso possua plano/seguro de saúde	94,26 ± 103,2	
Tempo que convive com a DM (em anos)	8,7 ± 7,6	

Fonte: CESSE, 2011

6.1.2 Descrição do gasto direto dos usuários

O desembolso direto de recursos pelo usuário, para o seu cuidado em Diabetes Mellitus, esteve presente em 100% dos municípios pernambucanos pesquisados. No geral, 69,18% dos usuários teve gasto direto com algum/alguns dos itens de despesa considerados (medicamento, consulta especializada, exames e internação), sendo R\$120,00/ano a mediana do gasto desses indivíduos.

Observa-se como valores máximos o percentual de 100% de indivíduos com gasto em dado município e uma mediana de gasto de R\$1.056,00/ano em outro; e como valores mínimos o percentual de 23,1% de indivíduos com desembolso de recurso para seu cuidado e uma mediana de gasto de R\$32,40/ano.

Os dados individualizados por item de despesa revelam que, considerando o medicamento, 39,4% dos usuários teve desembolso de recurso, sendo a mediana do gasto de R\$180/ano. Devido à maior frequência de consumo deste item no plano terapêutico do indivíduo que convive com a diabetes mellitus, no momento da entrevista este desembolso foi perguntado por mês, sendo a mediana encontrada de R\$14,50.

No que diz respeito à consulta, a parcela de usuário com desembolso foi de 37,3% e a mediana do gasto de R\$75,0/ano; já com exames, observa-se o maior percentual de indivíduos com desembolso (56,5%), sendo a mediana do gasto de R\$15,7/ano. Destaca-se que apesar de alguns usuários (0,18%) terem informado gasto com internação, apenas 01 informou o valor de seu gasto, sendo este no valor de R\$ 1.105,00. Desta forma, este item de gasto não será descrito na maioria das apreciações individualizadas.

Na Tabela 2 apresenta-se o gasto do usuário estratificado por item de despesa e considerando os grupamentos de porte populacional. A análise considerando o percentual de indivíduos com desembolso de recurso e a mediana do gasto para cada um dos itens de despesa, revelou que existem diferenças entre os portes populacionais. Serão destacados os dados cujo valor apresenta significância estatística ($p < 0,05$), apesar da compreensão da importância do significado dos achados desta pesquisa, mesmo diante uma “reprovação estatística”, questão que será aprofundada no capítulo da discussão.

Observa-se que, considerando os dados da pesquisa, a mediana do gasto foi maior nos municípios de pequeno porte, quando considerado o gasto em geral ($p < 0,05$) e o gasto com exame ($p < 0,05$), sendo de R\$ 157,50 e R\$ 29, respectivamente. A mediana do gasto com consulta segue a mesma tendência.

No que se refere à proporção de indivíduos com desembolso de recurso, quando considerando o item consulta, o percentual foi maior ($p < 0,001$) nos municípios de grande porte, sendo 50,8%; já no gasto com exame, a parcela nos municípios de pequeno porte foi maior ($p < 0,001$), sendo 35%, conforme Tabela 2. Para o percentual de desembolso com medicamento, este tende a ser maior nos municípios de médio porte.

Tabela 2 - Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.

Item de Gasto Direto	Grande Porte	Médio Porte	Pequeno Porte	Valor de p
Geral				
Desembolso Sim (%)	70,8	70,5	64,2	0,325
Desembolso Não (%)	29,2	29,5	35,8	
Mediana do Gasto	99,00	100,00	157,50	0,018
Consulta				
Desembolso Sim (%)	50,8	35	26,3	< 0,001
Desembolso Não (%)	49,2	65	73,7	
Mediana do Gasto	60,00	60,00	120,00	0,071
Exame				
Desembolso Sim (%)	14,7	31,4	35	< 0,001
Desembolso Não (%)	85,3	68,6	65	
Mediana do Gasto	4,00	20,00	29,00	0,002
Medicamento				
Desembolso Sim (%)	22,9	30,3	29,9	0,072
Desembolso Não (%)	77,1	69,7	70,1	
Mediana do Gasto	192,54	180,00	168,00	0,784

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do banco da pesquisa SERVIDIAH

6.2 INVESTIMENTO GOVERNAMENTAL *PER CAPITA* EM SAÚDE

A partir do indicador “Despesa *per capita* em Saúde” dos municípios, os dados revelaram um investimento médio de R\$ 299,61/*per capita*, com DP=66,55 e CV=22,21%. Apresenta-se com valor máximo de R\$ 477,57 e mínimo de R\$ 152,00. A maior parcela (52,9%) dos municípios pesquisados encontra-se com valor de despesa *per capita* abaixo da média amostral.

Considerando os municípios agrupados por porte populacional, tem-se que a despesa *per capita* em saúde média entre os grupos apresenta diferenças significativas ($p < 0,05$), conforme tabela 3, sendo maior nos municípios de pequeno porte.

Tabela 3 – Despesa *per capita* em saúde média dos municípios, segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.

Despesa <i>per capita</i> em saúde	Grande Porte (GP)	Médio Porte (MP)	Pequeno Porte (PP)	Valor de p*
Média ± desvio	314,33 ± 59,7	257,50 ± 49,4	341,59 ± 57,9	0,001

* ANOVA - comparação de médias

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do SIOPS

6.3 NECESSIDADE EM SAÚDE A PARTIR DO FATOR DE ALOCAÇÃO

Com o Fator de Alocação determinado, os municípios da pesquisa em pauta foram distribuídos em quatro sub-amostras ou intervalos quartílicos, estando no “quartil 1” aqueles de menor necessidade e no “quartil 4” aqueles de maior. Os valores do quartil (limite dos grupos) são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Limite Máximo do Fator de Alocação de acordo com o grupo/quartil de necessidade em saúde. Pernambuco, 2010.

Grupo /Quartil	Limite Máximo de Fator de Alocação
1º Grupo “Quartil 1”	1,41
2º Grupo “Quartil 2”	1,52
3º Grupo “Quartil 3”	1,63
4º Grupo “Quartil 4”	2,00

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do banco da pesquisa “Alocação equitativa de recursos...”

A média de fator de alocação encontrada no grupo foi de 1,4026, estando 52,9% dos municípios com valor abaixo desta média.

Os dados revelam que a maioria da amostra (n=20; 58,8%) encontra-se no grupo de menor necessidade em saúde (1º quartil), estando 11,8% dos municípios no grupo de maior necessidade em saúde, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos municípios de acordo com o grupo/quartil de necessidade em saúde. Pernambuco, 2010.

Quartil de necessidade	N	%
1º (menor necessidade)	20	58,82
2º	5	14,71
3º	5	14,71
4º (maior necessidade)	4	11,76

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do banco da pesquisa “Alocação equitativa de recursos...”

A análise da média de fator de alocação entre os grupos de porte populacional sugere uma maior necessidade nos municípios de pequeno porte ($p=0,05$), conforme Tabela 6.

Destaca-se ainda que o município com menor fator de alocação (menor necessidade em saúde) classifica-se como um município de grande porte populacional e aquele com maior fator de alocação (maior necessidade em saúde) como um município de pequeno porte.

Tabela 6 – Fator de Alocação médio dos municípios, segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.

Fator de Alocação	Grande Porte (GP)	Médio Porte (MP)	Pequeno Porte (PP)	Valor de p
Média ± desvio	1,1324 ± 0,07	1,4000 ± 0,23	1,4594 ± 0,19	0,05

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do banco da pesquisa “Alocação equitativa de recursos...”

6.4 GASTO DO USUÁRIO X NECESSIDADE EM SAÚDE

A análise associativa entre o gasto do usuário e a necessidade em saúde (quartil) revelou que para o gasto geral, o percentual de indivíduos que desembolsou recursos tende a ser maior no grupo de municípios com menor necessidade em saúde ($p=0,05$), sendo de 80,6%. Padrão semelhante foi encontrado no gasto com consulta e com exame, onde o percentual de indivíduos com gasto foi maior ($p<0,05$) no “quartil 1”, sendo equivalente a 89,4% e 68,2%, respectivamente. As diferenças encontradas no gasto com medicamento revelam a mesma tendência dos demais itens de gasto, conforme Tabela 7.

Com relação à mediana do gasto, diferença significativa foi encontrada no gasto com exames, sendo esta menor ($p<0,05$) nos grupos extremos (Q1 e Q4). O maior valor encontrado foi no 3º quartil (R\$ 53,00).

Tabela 7 - Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo quartil de necessidade. Pernambuco, 2010.

Gastos diretos	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Valor de p
Geral					
% de indivíduos que desembolsou	80,6	7,6	7,1	4,8	0,052*
Mediana do desembolso (R\$)	112,00	144,00	125,00	95,00	0,648**
Medicamento					
% de indivíduos que desembolsou	75,3	8,1	9,4	7,2	0,137*
Mediana do desembolso (R\$)	180,00	168,00	162,00	153,00	0,913**
Exame					
% de indivíduos que desembolsou	68,2	14,2	9,5	8,1	0,002*
Mediana do desembolso (R\$)	11,00	27,00	53,00	15,00	0,001**
Consulta					
% de indivíduos que desembolsou	89,4	4,1	3,8	2,8	< 0,001*
Mediana do desembolso (R\$)	60,00	100,00	100,00	100,00	0,363**
Internação					
% de indivíduos que desembolsou	80,0	10,0	10,0	0,0	0,686*
Mediana do desembolso (R\$)	1105,00	-	-	-	-

* Teste qui-quadrado

** Teste de Kruskal-Wallis (Teste não-paramétrico)

Fonte: elaboração própria a partir de dado dos bancos das pesquisas acessados.

A aplicação do teste de Correlação de Pearson entre o gasto do usuário com a necessidade em saúde (fator de alocação) revelou que, quando considerado o gasto com consulta, a proporção de indivíduos com gasto aumenta à medida que diminui a necessidade em saúde ($r = -0,5$ e $p > 0,05$), apresentando os demais itens de despesa a mesma direção na correlação.

No tocante à mediana do gasto, evidencia-se que ela aumenta à medida que aumenta a necessidade em saúde da localidade (fator de alocação), quando considerados o gasto geral e o item medicamento isoladamente ($r = 0,27$ e $r = 0,21$, respectivamente). Os demais itens de consumo apresentam a mesma direção de relacionamento, porém com força de correlação mais fraca.

6.5 GASTO DO USUÁRIO X INVESTIMENTO GOVERNAMENTAL

Correlacionando o gasto do usuário com o investimento governamental (despesa *per capita*) pode-se inferir que a mediana do gasto aumenta à medida que aumenta o investimento governamental *per capita* da localidade, quando considerados o gasto com os itens exames e consulta isoladamente ($r = 0,36$ e $r = 0,27$, respectivamente). Cabe destacar que o gasto geral e o gasto com medicamento seguem a mesma tendência ($r < 0,2$).

Considerando o percentual de usuários com desembolso de recurso, tem-se que quando analisado o gasto geral com o item exame isoladamente, a proporção de indivíduos com gasto diminui à medida que aumenta o investimento governamental *per capita* ($r = 0,25$), seguindo os demais itens de despesa a mesma tendência ($r < 0,2$).

6.6 QUADRO SÍNTESE INDICANDO A TENDÊNCIA NO RELACIONAMENTO DAS VARIÁVEIS

Quadro 4 – Relação entre desembolso direto de recurso, porte populacional do município, investimento governamental e a necessidade em saúde.

Aspecto do Gasto	Tendência	Porte Populacional	Investimento Governamental	Necessidade em saúde
Percentual de desembolso	↑ % de desembolso	<u>Grande</u> Porte(1)	<u>Menor</u> Investimento Governamental	<u>Menor</u> Necessidade em Saúde
	↓ % de desembolso	<u>Pequeno</u> Porte	<u>Maior</u> Investimento Governamental	<u>Maior</u> Necessidade em Saúde
Mediana do Gasto (R\$)	↑ Mediana do Gasto (R\$)	<u>Pequeno</u> Porte	<u>Maior</u> Investimento Governamental	<u>Maior</u> Necessidade em Saúde
	↓ Mediana do Gasto (R\$)	<u>Grande</u> Porte	<u>Menor</u> Investimento Governamental	<u>Menor</u> Necessidade em Saúde

Fonte: PONTES (autora), 2013.

(1) O % de desembolso foi maior no GP apenas quando considerado o item consulta, sendo o percentual maior para o grupo de PP quando considerado o item exame.

7 DISCUSSÃO

O enfrentamento dos desafios colocados para a garantia do direito à saúde necessita de subsídios, a partir do conhecimento gerado, que evidenciem o cenário atual, na perspectiva de apontar estratégias de atuação.

Neste trabalho, procurou-se abordar o gasto de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua relação com o investimento governamental *per capita* em saúde e com a necessidade em saúde da população, buscando a existência de associações e a tendência de relacionamento entre as variáveis, em municípios de diferentes portes populacionais no Estado de Pernambuco.

A análise dos dados da pesquisa *Servidiah*, acessados por este estudo, revelam que ser mulher, ter idade em torno de 61 anos, possuir baixa escolaridade, não ser gerador(a) de renda, ganhar de 1 a 4 salários mínimos e não possuir plano de saúde, dentre outras, são características que traduzem o grupo de usuários diabéticos acompanhados em Unidades de Saúde da Família (USF) de Pernambuco, que declararam gasto direto para garantir sua assistência à saúde.

Perfil de usuário em condição semelhante foi relatado em estudos realizados em outros estados. (COTTA, 2009). A literatura aponta alguns elementos que podem justificar esse cenário, como um amplo acesso das mulheres aos serviços de saúde, seja por uma maior preocupação com sua saúde ou pela existência de um grande número de programas de saúde nas UBS direcionados às mulheres quando comparado aos homens, o que potencialmente favorece o diagnóstico de agravos em saúde. (FREITAS et al., 2012).

No entanto, outras questões devem ser pontuadas, como por exemplo, o aumento da prevalência da obesidade, considerada na atualidade como um dos principais fatores de risco para a manifestação de doenças crônicas como a diabetes. Informações sobre o estado nutricional de adultos no Brasil foram encontradas na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, confirmando que o peso dos brasileiros vem aumentando nos últimos anos. Os resultados mostraram que, 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres eram obesos, fato que deve ser considerado nas análises de diferença na prevalência da DM entre os sexos. (IBGE, 2010).

Vale destacar que, além de demonstrar uma maior prevalência no sexo feminino, estudos realizados no Brasil apontam uma maior frequência do sobrepeso à medida que a idade aumenta e entre os indivíduos com baixo nível de escolaridade. (OLIVEIRA et al., 2009).

As demais características do perfil deste grupo serão retomadas ao longo deste capítulo, visto que servirão de base para a discussão de alguns achados.

Antes de seguir na discussão das análises associativas e de correlação das variáveis gasto do usuário, investimento governamental e necessidade em saúde; é importante retomar e destacar a perspectiva que será adotada na interpretação dos resultados em questão, conforme apresentado no tópico “estratégia de análise” no capítulo do percurso metodológico.

Em concordância com os preceitos defendidos por Loureiro e Gameiro (2011) em seu artigo, a constatação de ausência de significância estatística ($p > 0,05$) numa diferença não será considerado um indicativo de que as observações sejam iguais e sem valor. Assim, o significado prático dos achados será considerado e valorado mesmo em situações de não significância estatística.

No estudo em questão, o gasto dos usuários foi apresentado em sua totalidade (geral), e por item de despesa. Na maioria das situações, apenas para alguns itens a análise estatística apresentou-se significativa, no entanto, em geral, os demais itens seguem a mesma tendência e direção de relacionamento; desta forma, será então considerado resultado único para o desembolso, na análise em questão.

No que se refere à descrição do gasto direto dos usuários, observou-se um alto percentual de usuários com desembolso de recursos em Pernambuco (69,7%) para a garantia de componentes importantes na terapêutica de uma condição crônica (medicamento/insulina, exame, consulta especializada e internação); o que evidencia uma insuficiência da assistência pública que vêm sendo prestada.

A mediana do gasto desses indivíduos/ano foi de R\$120, chegando num dado município ao valor de R\$ 1.056,00/ano. Associando esta com a realidade de 32% dos usuários que declararam uma renda familiar de até 1 salário mínimo e que apenas 16,2% dos entrevistados trabalham, pode-se considerar esse desembolso como de alto impacto no orçamento familiar. Deve-se destacar que, estes usuários entrevistados são acompanhados em

uma Unidade de Saúde da Família (USF) e que, de acordo com a Constituição Federal, o Estado, a partir de seu Sistema de Saúde, deve garantir assistência universal e integral à saúde para a população de seu território. (BRASIL, 1988).

Paralelamente a esta situação, uma questão deve ser pontuada; uma parcela expressiva dos itens de gasto pesquisados (consulta especializada e internação) caracteriza-se como pertencentes ao grupo de ações de média complexidade. Porto, Ugá e Moreira (2011) revelam em seu estudo que, o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade, sendo nos serviços de média complexidade onde se encontra o maior percentual de gasto direto.

Os autores argumentam ainda que, quando comparados os três sistemas de financiamento; o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, sistema de proteção vinculado ao sistema nacional de saúde, os planos e seguros de saúde e o gasto direto; o SUS apresenta-se como principal financiador dos procedimentos mais onerosos, arcando, por exemplo, com 73% dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

De acordo com Silva e Rotta (2012) o gasto com saúde é o quinto item para os que estão entre os 10% mais pobres da população (1º decil), comprometendo 5% de seu orçamento com este item.

Os autores afirmam ainda que, embora haja um aumento significativo dos recursos destinados a ações e serviços públicos à saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual e federal –, este pouco tem auxiliado na redução do déficit social da saúde como política universal e equânime, o que traz a tona questionamentos a da suficiência dos recursos que vêm sendo destinados e acerca dos critérios de alocação considerados. (SILVA; ROTT, 2012).

Diante deste cenário, o que vem sendo observado é uma participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde, seja por meio dos planos e seguros de saúde, que ganham cada vez mais espaço, seja pelo desembolso direto de recursos pelos usuários, tendo o gasto privado total com saúde passado de 33% em 1975 para 58,4% em 2007. (SILVA; ROTT, 2012).

Os resultados do estudo em tela revelam que exame foi o item de despesa que concentrou um maior percentual de usuários com desembolso (56%), o que sugere uma

fragilidade diagnóstica nestes municípios, seguido pelo item medicamento (39%). Por outro lado, foi exame o componente com menor mediana de gasto/ano (R\$15,7), o que sugere uma maior possibilidade de custeio dos usuários, podendo justificar, em parte, sua grande frequência.

Estudo que avaliou a evolução dos gastos em saúde por sistema de financiamento entre 1998 e 2008 revelou que, o aumento da participação do gasto privado direto foi no financiamento de cirurgias ambulatoriais e na realização de exames (8,9% para 10,6%). (PORTO; UGÁ; MOREIRA, 2011).

Com relação à medicação vale destacar que a garantia deste item é de responsabilidade da atenção primária, e que para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento (SILVA et al., 2006). Estudo aponta que na camada de menor renda da sociedade, o gasto em saúde é majoritariamente realizado com a compra de medicamentos. (SILVEIRA; OSÓRIO; PIOLA In: SILVEIRA et. al., 2007)

Considerando-se o alto impacto do gasto privado em medicamentos no orçamento das pessoas e o potencial de minimização desse fenômeno através do SUS, a melhor utilização e organização da Relação Nacional dos Medicamentos (Rename) poderiam representar importantes mecanismos para atenuar o gasto privado. Além disso, os dados apontam que aproximadamente 50% das pessoas deixam de utilizar os medicamentos que precisam por não terem acesso ao SUS. (BOING; BERTOLDI; PERES, 2011).

No que se refere ao gasto com internação, os dados apresentados por Porto, Ugá e Moreira (2011) revelam que o baixo percentual de financiamento deste item de atenção pelo gasto privado direto justifica-se pelo seu elevado custo, podendo frequentemente representar uma parcela elevada da renda familiar. Dessa forma, constitui-se, muitas vezes, em um gasto catastrófico que as pessoas tentam evitar comprando planos de saúde privados e/ou utilizando os serviços do SUS. Em 2008, o SUS foi responsável pelo financiamento da maior parte (69,6%) das internações efetuadas no país.

Uma questão importante levantada por Tanaka; Drumond Junior (2010) é que com a inclusão significativa de parcela da população ao sistema público de saúde, resultante da universalização do acesso e ampliação da oferta de ações e serviços, principalmente no nível primário, os pontos de estrangulamento da atenção tornam-se mais evidentes. Assim, considerando o porte e a incorporação tecnológica diferenciada entre municípios, este

processo pode gerar diferenças importantes na forma da adaptação às novas demandas incorporadas no sistema.

A análise entre os portes populacionais neste estudo revelou que a mediana do gasto foi maior nos municípios de pequeno porte. Uma hipótese que justifica este achado é que tendo os municípios de pequeno porte uma menor diversidade na oferta de ações e serviços de saúde, acredita-se que a dificuldade de acesso tende a aumentar o valor desses serviços.

Com relação à proporção de indivíduos com desembolso, foi encontrado diferença de tendência de acordo com o item de gasto, o que traduz a característica de oferta das localidades. O gasto com consultas especializadas foi mais frequente nos municípios de grande porte (50,8%). Zucchi, Nero e Malik (2000) argumentam que a multiplicidade na oferta induz à demanda, ressaltando que a localização geográfica da população é um fator importante na determinação do consumo de serviços de saúde, uma vez que a população urbana, que em geral é residente em municípios de grande porte, consome mais do que a população rural por esta facilidade de acesso.

O gasto com exames apresentou maior frequência nos municípios de pequeno porte (35%). Tanaka e Drumond Junior (2010) observaram em seu estudo que os municípios de pequeno porte também têm investido em incorporação tecnológica, o que pode ter lógica diversa à necessidade de organização do sistema, em resposta a uma disponibilidade de recurso humano especializado na busca de mercados potenciais.

Como refere os autores, em decorrência a este fato, o mercado pode estar induzindo o sistema a incorporar novas tecnologias à sua rede de serviços independente de uma análise crítica e planejamento objetivo, dificultando assim o atendimento das reais necessidades de saúde da população.

No que se refere ao investimento governamental, o estudo revela que a despesa total com saúde *per capita* correspondeu a um montante de R\$ 299,61/ano nos municípios pernambucanos considerados. Vale destacar que o presente estudo não se propôs a avaliar a suficiência destes recursos para o custeio das ações e serviços de saúde necessária; no entanto, o coeficiente de variação (CV=22,21%) dessa amostra apresenta-se como alto, indicando a grande variabilidade entre estes valores. Essa informação do gasto entre os municípios, apesar de representar a despesa e não o recurso governamental que foi destinado induz a existência de potencial desigualdade na alocação de recursos por parte dos entes federal e estadual.

Os dados revelaram ainda que a despesa *per capita* em saúde foi maior nos municípios de pequeno porte. De acordo com Bezerra (2008), em Pernambuco, observa-se um maior investimento de recursos próprios na saúde pelos municípios de menor porte populacional. Isto demonstra que a atual política de alocação de recursos tem forçado os mais necessitados a usarem o máximo de recursos possível para atender a demanda crescente de responsabilidades transferidas aos mesmos, o que associado a um maior custo dos serviços nestas localidades, resulta num maior gasto governamental.

Em estudo realizado em São Paulo, com dados do atendimento ambulatorial referentes ao período de 2000 a 2007, verificou-se que os municípios de pequeno porte tendem a gastar um maior volume de recursos *per capita* para custear suas ações e serviços de saúde, isso porque o custo de manutenção de uma rede de saúde nessas localidades é alto. Além disso, em geral estes municípios estão localizados no interior do estado, e nem sempre a utilização destes serviços (produção) é suficiente para seu custeio. Associado a isto, agrega-se um cenário de dificuldade e alto custo no provimento de recursos humanos qualificados e aquisição de equipamentos. (TANAKA; DRUMOND JUNIOR, 2010).

A necessidade em saúde dos municípios, aferido em pesquisa realizada pelo grupo GPEPS da UFPE, apontou que 58,8% da amostra encontram-se no grupo de menor necessidade, com expressivos 11,8% dos municípios no grupo de maior necessidade. Porto et al. (2007) enfatizam que o fator necessidade em saúde apresenta grande potencial em minimizar as iniquidades, ao se pensar em fórmulas alocativas de recursos financeiros em saúde, devendo ser incorporado entre os critérios de definição.

Pessalacia, Oliveira e Guimarães (2011) defendem que a atenção preferencial à população mais necessitada deve ser entendida como referencial a ser seguido, em especial em situações de altas demandas de todos os tipos de procedimento, sendo fundamental num cenário de insuficiência de recursos. Assim, a gestão eficiente e justa dos recursos disponíveis assume grande relevância e inclui desde a identificação e priorização de problemas, formulação de propostas e metas até a alocação, além da distribuição e controle dos recursos financeiros que contemplem os interesses e os direitos da população brasileira.

Os resultados do estudo revelaram ainda que os municípios de pequeno porte são aqueles que apresentam maior necessidade em saúde, uma vez que constituem as localidades com maior fragilidade nos indicadores sociais e de saúde. Incoerentemente, são estes os

municípios com menor transferência *per capita* de recurso federal, devido a sua pouca capacidade instalada. (ESPÍRITO SANTO; FERNANDO; BEZERRA, 2012). Vale destacar que são estes também os municípios que possuem uma maior contrapartida financeira, sendo então devido a um investimento de recursos próprios, na perspectiva de dirimir suas necessidades, de acordo com a literatura supracitada, Bezerra (2008).

Os dados da pesquisa apontaram que um maior percentual de indivíduos com desembolso (80,6%) foi encontrado nos municípios com menor necessidade em saúde, havendo uma correlação mediana ($r=0,5$) que sugere essa tendência de relacionamento.

Os municípios com menor necessidade em saúde são também aqueles de grande porte populacional; assim, a maior frequência de desembolso nestes municípios, que se apresenta como mais expressiva nas consultas especializadas (89,4%), pode ser reflexo de uma organização e oferta prévia mais estruturada da atenção básica. Tanaka e Drumond Junior (2010) defendem que o aumento da demanda por atendimento especializado surge em consequência da ampliação na oferta de consultas básicas.

No que se refere à tendência de relacionamento, a mediana do gasto aumenta à medida que aumenta a necessidade em saúde da localidade. Vale destacar que associações anteriormente descritas mostraram que os municípios com maior necessidade em saúde são também aqueles enquadrados como de pequeno porte, sendo levantados alguns elementos que estariam influenciando a existência de um valor mais elevado de gasto nessas localidades.

Observa-se um aumento da mediana do gasto à medida que aumenta o investimento governamental *per capita*. A princípio a hipótese considerada no estudo seria que o aumento do investimento governamental resultaria num menor desembolso por parte do usuário. De fato ele resulta numa menor proporção de indivíduos com gasto, como será apontado na sequência, no entanto, os municípios com maior despesa *per capita* em saúde são também aqueles de pequeno porte populacional. Sendo assim, a menor oferta de serviços nestas localidades impactaria num aumento de seu valor, resultando numa maior mediana do gasto.

Essa perspectiva de análise se fortalece na abordagem da proporção de indivíduos com gasto, que diminui à medida que aumenta o investimento governamental, conforme sinalizado, tendência nos municípios de grande porte. A redução de gastos, para os itens considerados nesta pesquisa, numa situação de aumento da despesa *per capita* pressupõe uma

potencial eficiência e adequação na utilização dos recursos destinados à saúde, situação facilitada pela melhor capacidade instalada existente nessas localidades.

Conforme apresentado, o estudo em questão utilizou dados secundários provenientes de duas pesquisas do campo da avaliação e economia da saúde, além de informações do sistema de informação sobre orçamentos públicos em saúde. A escolha dos dados justifica-se pelo estimado valor das informações coletadas. Num cenário de escassez de dados desta natureza, o acesso às informações que investiguem o gasto privado direto dos usuários e estime a necessidade em saúde das localidades, considerando um índice de necessidade em saúde de tamanha amplitude, apresenta grande potencial.

A disponibilidade destes dados além de permitir o conhecimento do perfil de gastos privado direto de indivíduos portadores de uma doença crônica, possibilitou que fosse verificado o tipo de associação e correlação deste com o investimento governamental e a necessidade em saúde no estado de Pernambuco. As informações revelam também a dinâmica existente no Estado de Pernambuco e a necessidade de uma maior destinação de recursos e/ou uma maior efetividade na alocação e utilização destes.

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se que o trabalho com dados secundário limita, em alguns momentos, a manipulação dos dados, impossibilitando algumas análises. Um exemplo foi em relação à metodologia adotada para a apuração da renda dos indivíduos, uma vez que foram identificados de forma categorizada, impedindo que fosse calculado, por exemplo, a parcela da renda familiar comprometida com o desembolso, o que poderia estimar de forma mais clara o impacto deste gasto no orçamento familiar.

Apesar das limitações, a pesquisa fornece subsídios para a discussão sobre o gasto privado em saúde de usuários vinculados à estratégia saúde da família e, além disso, contem informações que podem contribuir para uma revisão nos critérios de alocação de recursos e mais ainda para a criação de estratégias que favoreçam a garantia do direito à saúde conforme os preceitos constitucionais.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, fica determinada a criação do Sistema Único de Saúde como promotor da Política de Saúde no Brasil. Em suas diretrizes considera a tríade Universalidade, Equidade e Integralidade como preceitos norteadores das ações e serviços a serem executados por este Sistema.

Nesse momento, fica instituído o direito à saúde para todos os cidadãos, devendo este ser provido e financiado pelos entes da federação. No entanto, reflexões a cerca do funcionamento deste sistema denunciam suas fragilidades, sendo a provisão de recursos financeiros suficientes e estável apontada como uma das responsáveis e considerada um dos principais desafios aos seus gestores.

Em meio à insuficiência do sistema público em ofertar ações e serviços de saúde à toda população, o sistema privado ganha espaço e passa a causar impacto expressivo nos orçamentos familiares.

Nesse estudo, analisou-se o gasto direto do usuário da Estratégia Saúde da Família com seu cuidado em diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental *per capita* e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos.

Considerando-se as perspectivas adotadas e os resultados sugeridos, é adequado destacar-se algumas conclusões.

O desembolso direto de recursos pelo usuário esteve presente em todos os municípios pernambucanos pesquisados, sendo declarado como existente por cerca de 69% dos entrevistados. Observou-se que a mediana do gasto (R\$) foi maior nos municípios de pequeno porte, sendo, no entanto, a proporção de indivíduos com desembolso (%) menor neste grupo; já nos municípios de grande porte foi encontrada situação inversa. Analisando por item de gasto, percebeu-se que o gasto com exame foi o mais frequente e aquele com medicamento o mais oneroso, seguido do gasto com consulta.

A reflexão acerca destes achados revela que o gasto com medicamento e com alguns dos exames investigados reflete uma fragilidade e baixa resolutividade na atenção primária, o

que tende a congestionar os demais níveis de atenção à saúde. Já o gasto com consulta especializada reflete dificuldade na garantia da continuidade/integralidade da assistência.

As análises estatísticas realizadas inferem sobre a tendência de relacionamento entre as variáveis, que foi apresentada considerando os municípios agrupados por porte populacional. Nos municípios de grande porte, que possuem uma rede mais estruturada e uma maior capacidade instalada, a necessidade em saúde tende a ser menor, assim como o investimento governamental *per capita*, e conforme hipótese inicial, nesta condição o percentual de indivíduos com desembolso de recurso apresenta-se maior, apesar do menor valor deste gasto (R\$).

Nos municípios de pequeno porte, os indicadores socioeconômicos e sanitários apresentam-se em geral com resultados precário, e assim, as análises revelaram uma tendência de maior necessidade em saúde e maior investimento governamental nestas localidades. Os usuários destas localidades apresentam ainda um menor percentual de desembolso, sendo, no entanto, o valor desse gasto maior que nos municípios de grande porte. A menor oferta de serviços de saúde justifica em parte este achado.

Face ao exposto, ponderando que o objetivo principal do estudo foi analisar o gasto direto do usuário da Estratégia Saúde da Família, entende-se que mesmo não havendo significância em algumas análises, o desembolso dos usuários apresenta-se relacionado com o investimento governamental e com a necessidade em saúde da localidade.

Além disso, a existência de gasto direto por usuários que estão sendo acompanhados em unidades da Estratégia Saúde da Família, muitas vezes com itens básicos que deveriam estar sendo garantidos neste nível de atenção, revela uma insuficiência na destinação de recursos para a saúde, além de iniquidade na alocação, sendo esta sugerida pela grande variabilidade na despesa *per capita* em saúde declarada pelos municípios.

Dessa forma, os resultados apontam para a necessidade de pesquisas complementares relacionadas ao financiamento da saúde, em especial sob a perspectiva das famílias. Além disso, apresenta elementos com potencial para subsidiar discussões que visem à garantia do direito à saúde e a suficiência na destinação de recursos pelos entes governamentais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E.I.G. et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v.41, n.2, p. 211-35, 2007.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência e saúde coletiva* [online], v.9, n.4, p.833-40, 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, suppl.1, p.181-191, 2003.

BEZERRA, A.F.B. Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica. Relatório Final PPSUS, 2011.

BEZERRA, A.F.B. et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação. Relatório Parcial. Recife, 2008.

BOING, A.C.; BERTOLDI, A.D.; PERES, K.G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.45, n.5, 2011.

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

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2011.

_____. Departamento de informática do SUS. Sistemas de Informação Hospitalar. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807> Acesso em: 10 dez. 2012b.

_____. Departamento de informática do SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Disponível em: < <http://Siops.datasus.gov.br/indicauf.php?escuf=3>> Acesso em: 15 dez. 2012c.

_____. Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltada para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial [da] União da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 maio 2000.

_____. Lei Complementar n.º141, de 13 de janeiro de 2012. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 16 jan. 2012a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Composição dos indicadores municipais calculados automaticamente pelo SIOPS após a declaração de dados contábeis, pelos municípios, a partir do SIOPS 2007 semestral [Nota Técnica], 2009.

_____. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Glossário temático economia em saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. Editora MS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006b.

BRUMATTI, M. Redes Neurais Artificiais. 2010 [acesso em 19 jan 2013]. Disponível em: <http://vinicius.brasil.vilabol.uol.com.br/eletronica/redes.PDF>

CAMPOS, C.M.S.; MISHIMA, S.M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1260-68, 2005.

CASTRO, A.R.V.; GROSSI, S.A.A. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. Acta Paul Enferm, v.21, n.4, p.624-8, 2008.

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.2, p.277-84, 2005.

CESSE, E.A.P. SERVIDIAH - Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família. Relatório Final FACEPE – PPSUS, 2011.

CESSE, E.A.P.; FREESE, E.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F. Tendência da Mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: 1950 a 2000. Arq Bras Cardiol, v.93, n.5, p.490-497, 2009.

CHAZAN, A.C.; PEREZ, E.A. Avaliação da Implementação do Sistema Informatizado de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v.11, n.1, p.10-16, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. [Org.]. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciência e saúde coletiva [online], São Paulo, v.6, n.2, p.319-28, 2001.

COTTA, R.M.M. et al. Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v.14, n.4, p.1251-60, 2009.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência e saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.12, suppl.0, p.1851-64, 2007.

DRUMOND, M.F. STODDART, G.L.; TORRANCE, G.W. Methods for the economics evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press, 2005.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; FERNANDO, V.C.N.; BEZERRA, A.F.B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2012.

ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde em grandes centros urbanos do estado de São Paulo (Brasil). Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.3, p.1875-85, 2011.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. Economic impact of Diabetes. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org/content/background-papers-pdf>> Acesso em: 15 de fevereiro de 2012.

FRANCO, F.A. et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.157-162, 2012.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Epidemiologia do Diabetes Tipo 2 e da Resistência à Insulina. In: FREESE, E. (org.). Epidemiologia, Políticas e Determinantes das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FREITAS, L.C. et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. Rev bras med fam comunidade, Florianópolis, v.7, n.22, 2012.

GEORG, A.E. et al. Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.3, p.452-60, 2005.

GONCALVES, R.F. et al. Confiabilidade dos dados relativos ao cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 declarados ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde pelos municípios de Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2612-20, 2009.

GUERRA, J. Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crônica da SPMI. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2009.

GUIDONI, C.M. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, São Paulo, v.45, n.1, p.37-48, 2009.

HAIR, J.F Jr. et al. Técnicas emergentes em análise multivariada. Análise Multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 2005, cap. 12, p.545-550.

IBGE. POF-2008-2009: desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional. 2010. [Internet] [citado 2013 Jan 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina= [Links]).

KAJIURA, A.P. Equidade e alocação de recursos no Sistema Único de Saúde: análise de procedimentos em Otorrinolaringologia. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

LIMA, L.D.; ANDRADE, C.L.T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p.2237-48, 2009.

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência e saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 511-22, 2007.

LOUREIRO, L.M.J.; GAMEIRO, M.G.H. Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. Revista de Enfermagem Referência, s.3, n.3, p.151-162, 2011.

LOUREIRO, M.R.; ABRÚCIO, F.L. Política e reforma fiscal no Brasil recente. Revista de Economia Política, São Paulo, v. 24, n. 1, 2004.

MACHADO, E.N. da M. et al. Fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/CEDEPLAR, 2004 [Mimeo].

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 Yr. Diabetes Care, n.15, v.11, p.1509-16, 1992.

MARINHO, M.G.S. Análise dos gastos e dos custos com o tratamento do Diabetes Mellitus para usuários da Estratégia Saúde de Família em municípios do estado de Pernambuco. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2011.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. Economia e Sociedade, Campinas, v.14, n.1, p. 159-175, 2005.

MEDEIROS, K.R. Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde: um estudo dos municípios brasileiros. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MEDEIROS, M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Texto para discussão número 687. Brasília: IPEA, 1999.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. Ciência e saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.841-50, 2009.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS: Salvador, Casa da Qualidade Editora, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A implantação da EC 29: apresentação dos dados do Siops, 2000 a 2003. Texto elaborado pela Equipe SIOPS/DES/SCTIE/Ministério da Saúde. Brasília, julho de 2005.

NUNES, A. A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, A.S.; VALENTE, J.G.; LEITE, I.C. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. Revista Panamericana del Salud Publica, v.27, n. 5, p. 55-63, 2010.

OLIVEIRA, L.P. et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.570-82, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília (DF); 2005.

OSÓRIO, R.G.; SERVO, L.M.S; PIOLA, S.F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, v.16, n.9, p. 3741-54, 2011.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde, 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p.27-37, 2009.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.377-385, 2006.

PESSALACIA, J.D.R.; OLIVEIRA, V.C.; GUIMARÃES, E.A.A. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio bioético da justiça. R. Enferm. Cent. O. Min, v.1, n.2, p.2873-295, 2011.

PEREIRA, P.M.H. Avaliação da atenção básica ao Diabetes mellitus na estratégia Saúde da Família. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2007.

PERNAMBUCO. Resolução CIB/PE nº. 1734, de 17 de setembro de 2011. Aprova o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2008-2011. Recife, 2007.

PORTO, S.M. Comentário: Avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967-2006). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.4, p. 576-8, 2006.

PORTO, S.M. et al. Avaliação de uma Metodologia de Alocação de Recursos Financeiros do Setor Saúde para Aplicação no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1393-1402, 2007.

PORTO, S.M.; SANTOS, I.S.; UGA, M.A.D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 895-910, 2006.

PORTO, S.M.; UGÁ, M.A.D.; MOREIRA, R.S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. Ciência e saúde coletiva [online], v.16, n.9, p.3795-3806, 2011.

RODRIGUES, R.M.; ANDREAZZI, M.F.S. Desafios da incorporação tecnológica em sistemas locais de saúde. Cadernos de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2011.

ROSA, R.S.; SCHMIDT, M.I. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.17, n.2, p. 131-4, 2008.

ROSAS, M.A. Estudo sobre metodologias de alocação de recursos financeiros da saúde. Pernambuco-Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Social – Universidade federal de Pernambuco, Recife, 2011.

ROSA, T.E.C. et al . Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.12, n.2, p.158-171, 2009.

ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à Epidemiologia, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.7-18, 2006.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, sup.1, p.29-36, 2003.

SCHAAN, B.; HARZHEIM, E.; GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38 n. 4, p.529-536, 2004.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência e saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.897-908, 2004.

SESSO, R.; GAWRYSZEWSKI, V.P.; MARCOPITO, L.F. Mortalidade por diabetes mellitus no Estado de São Paulo com ênfase nos anos de 2005-2007. BEPA, Bol. epidemiol. paul. [online]. São Paulo, v.7, n.73, p.11-20, 2010.

SILVA, C.L.; ROTTA, C.V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. Textos e Contextos, Porto Alegre, v.11, n.2, p.333 - 345, 2012.

- SILVA, T.R. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade, v.15, n.3, p.180-189, 2006.
- SILVEIRA, F.G.; OSÓRIO, R.G.; PIOLA, S.F. Capítulo 4 - Os gastos das famílias com saúde In: SILVEIRA, F.G. et al. (orgs). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (volume 1), Brasília, 2007.
- SONGER, T.J.; LAPORTE, R.; LAVE, J.R.; DORMAN, J.S.; BECKER, D.J. Health insurance and the financial impact of IDDM in families with a child with IDDM. Diabetes Care, v.20, n.4, p.577-84, 1997.
- SOUSA, J.C. A Doença Crônica e o desafio da Comorbilidade. Revista Portuguesa de Clínica Geral, v.21, p.533-534, 2005.
- SOUZA, R.R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Ciência e saúde coletiva [online], Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.449-60, 2003.
- TANAKA, O.Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde [online], v.19, n.4, 2010.
- TEIXEIRA, H.V.; TEIXEIRA, M.G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. Ciência e saúde coletiva [online], v.8, n.2, p.379-91, 2003.
- TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalência de diabetes mellitus e intolerância a glicose na população urbana de 30 a 69 anos em Ribeirão Preto (SP) - Brasil. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v.121, n. 6, p. 224-230, 2003.
- UGÁ, M.A.D.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, N.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.; SUÁREZ, J. organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- UGA, M.A.D.; SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1597-1609, 2006.
- WAKULICZ, G.J.; SERPA, I.M. Receitas Próprias: um estudo do Município de Gramado dos Loureiros - RS. In: II Encontro de Economia Catarinense da APEC, 2008, Chapecó. Integração da Economia Catarinense no Cone Sul. Concórdia: Embrapa, v.1, p.27-100, 2008.
- WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, v.7, n.5, p.1047-53, 2004.
- ZUCCHI, P.; NERO, C.D.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade, v.9, n.1/2, p.127-150, 2000.

ANEXO A – Declaração para uso do banco de dados da Pesquisa *SERVIDIAH*

Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



FIOCRUZ

Ministério da Saúde

DECLARAÇÃO

Recife, 17 de abril de 2012.

Ao

**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS - da
Universidade Federal de Pernambuco**

Informamos estar de acordo com a utilização do banco de dados da Pesquisa **SERVIDIAH – Análise da atenção ao Hipertenso e Diabético o âmbito da Estratégia Saúde da Família**, realizada no Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva (NESC), do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM-Fiocruz/PE, com financiamento da FACEPE.

Os dados serão utilizados na elaboração da dissertação intitulada **“Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua relação com o investimento governamental per capita e a necessidade em saúde dos municípios pernambucanos”** que será desenvolvida pela aluna **Juliana Leão Pontes**, do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva (PPGISC).

Atenciosamente,

Prof. Doutora Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Coordenadora do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
NESC/CPqAM-Fiocruz/PE

<http://www.cpqam.fiocruz.br>

Campus da UFPE – Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife – PE – Brasil - CEP. 50.670-420
Fones: 0 XX 2101-2500 / 2101-2600 Fax: 0 XX 81 2101-2614

ANEXO B – Declaração para uso do banco de dados da Pesquisa *Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica*



DECLARAÇÃO

Recife, 17 de abril de 2012.

Ao

**Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCS - da
Universidade Federal de Pernambuco**

Informamos estar de acordo com a utilização do banco de dados da Pesquisa **Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica**, realizada pelo Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS) do Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFPE, com financiamento CNPq.

Os dados serão utilizados na elaboração da dissertação intitulada **“Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua relação com o investimento governamental per capita e a necessidade em saúde dos municípios pernambucanos”** que será desenvolvida pela aluna **Juliana Leão Pontes**, do Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva (PPGISC).

Atenciosamente,


Prof. Doutora Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Coordenadora da Pesquisa

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP/CCS/UFPE

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS

PROJETO DE PESQUISA

Título: Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua relação com o investimento governamental per capita e a necessidade em saúde dos municípios pernambucanos

Área Temática:

Pesquisador: Juliana Leão Pontes

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

CAAE: 02565512.2.0000.5208

NOTIFICAÇÃO

Tipo de Outros

Detalhe: Solicitação sobre o Parecer Consubstanciado.

Justificativa: Prezados, venho por meio deste solicitar correção do parecer consubstanciado deste

Data de Envio: 30/07/2012

Situação Aguardando revisão do parecer do colegiado

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 68692

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação da Notificação:

A pesquisadora solicita correção do parecer consubstanciado do projeto de pesquisa intitulado "Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua relação com o investimento governamental per capita e a necessidade em saúde dos municípios pernambucanos" em virtude de o mesmo apresentar informações contraditórias. No tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" o projeto está como APROVADO; no entanto, nas considerações finais está dito "O Colegiado aprova o parecer deste protocolo e o mesmo está em PENDÊNCIA".

Objetivo da Notificação:

Emissão de novo parecer para comprovação da aprovação do protocolo de pesquisa junto as Instituições do proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - podem ser atribuídos às suas limitações metodológicas. Considerando que as informações foram coletadas num momento anterior à realização desta pesquisa, é reconhecida a dificuldade de avaliar a confiabilidade e precisão do banco de dados acessados. Outra questão que deve ser pontuada é a restrição das informações disponíveis nos bancos àquelas captadas no momento de elaboração da pesquisa, não sendo possível a obtenção de algumas informações, bem como sua manipulação no nível que se pretende, uma vez que os dados coletados foram captados de modo direcionado a atender aos objetivos da sua pesquisa fundadora.

Benefícios - O impacto socioeconômico da Diabetes Mellitus (DM) apresenta grande magnitude, incluindo gastos com terapêutica, internações prolongadas e recorrentes incapacitações físicas e sociais, como perda de emprego e produtividade. Para o indivíduo traz repercussão na sua vida pessoal, afetando a sua autoimagem, autoestima, seu papel na família e na sociedade e se houve limitação física, pode ocorrer isolamento social e depressão. As pessoas portadoras de diabetes mellitus têm sido vítimas constantes de amputação de membros inferiores, em decorrência da evolução da doença. De acordo com o Ministério da Saúde pessoas com a DM têm risco de amputação 15 vezes maior quando comparadas com não diabéticos, correspondendo a 50% das amputações traumáticas (GROSSI, 1998). Sendo assim, conhecer a realidade da DM em Pernambuco é de fundamental importância para o desenvolvimento tecnológico e científico do estado visto que o referido agravo representa consequências importantes, contribuindo para a primeira causa de óbito, bem como pelo seu potencial em ocasionar limitações à vida dos acometidos. A elevação progressiva dos gastos privados em saúde destinados ao cuidado em DM vai de encontro ao princípio da

gratuidade do SUS, gerando a necessidade de estudos que avaliem o desembolso dos usuários, contextualizando tal desembolso com a capacidade de financiamento governamental per capita em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Tendo em vista que o parecer consubstanciado do relator, homologado pelo CEP/CCS/UFPE apresentou informações contraditórias uma vez que no item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" o projeto está como APROVADO e no item "Considerações finais" O Colegiado aprova o parecer deste protocolo e o mesmo está em PENDÊNCIA. O referido parecer necessita ser corrigido a fim de que a pesquisadora possa apresentar a liberação ética da pesquisa para iniciar a coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta: Introdução, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, referências, carta de anuência, folha de rosto e o curriculum lattes do pesquisador, de acordo com as normas.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação do projeto de pesquisa apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão para início da coleta de dados. Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE

RECIFE, 07 de Agosto de 2012

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO DEFINITIVO DA DISSERTAÇÃO



Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde
Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Pernambuco



AUTORIZAÇÃO PARA DEPÓSITO DEFINITIVO DA DISSERTAÇÃO

Ilmo(a). Sr(a).

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da UFPE
Profa. Dra. Nilcema Figueiredo

Juliana Leão Pontes, aluno(a) regularmente vinculado(a) ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, em atendimento ao disposto no Art. 59 do Regimento Interno deste Programa, vem proceder ao depósito do exemplar de sua Dissertação, intitulada: **Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental per capita e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos**, devidamente autorizado por seu orientador, solicitando de V.S^a., os encaminhamentos que se fazem necessários para a realização da Colação de Grau, na qual ser-me-á conferido o Título de Mestre em Integrado em Saúde Coletiva.

Recife, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) mestrando/doutorando(a)

Autorizo,

Prof.^(a) Dr.^(a) _____

Assinatura do(a) Orientador(a)

APÊNDICE A – Artigo

O gasto direto de usuários com a diabetes mellitus em diferentes condições de investimento governamental e necessidade em saúde. Pernambuco, Brasil.

The direct spending of users with diabetes mellitus in different conditions and need government investment in health. Pernambuco, Brazil.

El gasto directo de los usuarios con diabetes mellitus en diferentes condiciones y necesidades de inversión del gobierno en salud. Pernambuco, Brasil.

Juliana Leão Pontes^I

Adriana Falangola Benjamin Bezerra^{II}

Eduarda Ângela Pessoa Cesse^{III}

Islândia Maria Carvalho de Souza^{III}

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo^{II}

^I Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, PE, Brasil

^{III} Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil.

Correspondência

Juliana Leão Pontes

Rua Irapuã, 467 / 201

51350-630, Recife, PE, Brasil

julianalpontes@gmail.com

RESUMO

Em meio ao cenário de subfinanciamento das políticas sociais, a destinação de recursos financeiros públicos suficientes e estáveis configura desafio para os gestores da saúde, dando margem ao fortalecimento dos subsistemas privados de atenção, que preenchem essa lacuna. Neste sentido, o estudo objetivou analisar o gasto direto do usuário da ESF com seu cuidado em diabetes mellitus correlacionando com os fatores investimento governamental e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos, a partir de uma avaliação econômica parcial em saúde, do tipo descrição de custo. Constatou-se que 69% dos entrevistados declararam o gasto direto com saúde. A mediana do gasto foi R\$ 120/ano, sendo maior nos municípios de pequeno porte. As análises estatísticas indicam que nos municípios de grande porte, observa-se uma menor necessidade em saúde, assim como investimento governamental *per capita*, e nesta condição, o percentual de indivíduos com desembolso de recurso apresenta-se maior, apesar do menor valor deste gasto. Diante do exposto, admite-se relação do desembolso dos usuários com os fatores estudados. Além disso, a existência de gasto direto nestas condições revela uma insuficiência na destinação de recursos para a saúde e iniquidades na alocação. O resultado da pesquisa apresenta potencial para subsidiar discussões que visem à garantia do direito à saúde, além de apontar para a necessidade de pesquisas complementares relacionadas ao financiamento da saúde.

Palavras-chave: financiamento da saúde, gastos pessoais e diabetes mellitus.

ABSTRACT

Amid the backdrop of underfunding of social policies, the allocation of public financial resources sufficient and stable sets challenge for health managers, giving rise to the strengthening of the private subsystems of attention, that fill this gap. The objective of this study was to analyse, using a partial – cost description – form of economic appraisal, the direct expenditures of Primary Care (Estratégia de Saúde da Família – ESF) service users with the treatment of diabetes mellitus, correlated with governmental investment factors and levels of necessity for healthcare between municipalities in Pernambuco, Brazil. This study was based on an associative analysis of secondary description of the type costs. It was found that 69% of interviewees declared direct expenditures on healthcare. The median expenditure was R\$120 per annum, while the median was greater in smaller municipalities. The statistical analyses indicated that larger municipalities exhibited lower levels of necessity for healthcare and governmental investment per capita, and in accordance with the initial hypothesis the percentage of individuals that incur direct expenditures was greater, despite the lower value of this spending. Thus, it is assumed there is a relationship between direct expenditures of healthcare users the factors studied. Furthermore, the existence of direct expenditures by service-users reveals failures and inequities in the allocation of public health resources. The results of this study can potentially be used to support discussions that aim to guarantee the right to public healthcare, in addition to highlighting a need for further research into health financing.

Keywords: health financing, personal expenses and diabetes mellitus

INTRODUÇÃO

Com a criação do SUS, a oferta de ações e serviços de saúde pelo Estado passou a ser considerada como respeito à dignidade da pessoa humana, devido à relevância e caráter vital dessa assistência. Esse posicionamento reflete que a sociedade, por meio de seus constituintes, rejeitou a conceituação da saúde como uma mercadoria a ser ou não consumida conforme as posses individuais ou como benefício contributivo resultante de um sistema de proteção.

No entanto, garantia do direito universal à saúde vincula-se à capacidade de financiamento que os entes da federação detêm, estando o bem estar social então submetido às políticas econômicas. Assim, deve-se considerar que o subfinanciamento do setor saúde configura-se como um dos principais desafios à implementação do SUS.

No que diz respeito à distribuição espacial dos recursos federais destinados à saúde, observa-se grande iniquidade na política alocativa do Ministério da Saúde. Este define um valor *per capita* federal único para subsidiar a Atenção Básica nas instâncias subnacionais e a média de produção como critério para repasse de recursos da Média e Alta Complexidade (MAC), sem considerar as notórias diferenças destas localidades¹.

Além disso, há indícios de que as características estruturais do federalismo fiscal brasileiro não têm possibilitado o provimento de um financiamento equânime entre os entes da federação, com evidência de grandes diferenças na capacidade de autofinanciamento de estados e municípios. Assim, grandes disparidades são encontradas no que se refere à satisfação das necessidades em saúde entre as localidades².

Dessa forma, pode-se considerar que a escassez de recursos para a saúde, restringe a possibilidade de ampla distribuição de bens e serviços públicos, exigindo, portanto, uma série de decisões alocativas. Estas consistem, fundamentalmente, em selecionar quais serão os usuários beneficiários do sistema público de saúde e quais serviços serão ofertados, sendo algumas ações priorizadas, pela sua magnitude, em detrimento de outras³.

Como elemento importante a ser considerado, a necessidade em saúde é um conceito amplo e que agrega para a sua adequada mensuração elementos que vão além do setor saúde, e por isso, autores defendem que ela deve ser incorporada como variável de ajuste na definição dos recursos a serem destinados às localidades para a garantia da atenção à saúde^{4,5}.

Contudo, não se deve esquecer uma questão fundamental nessa discussão, o perfil de adoecimento das populações que está em constante transformação, e que determina a necessidade em saúde, e assim, o volume de recursos necessários e os serviços que devem ser ofertados para assegurar a saúde das populações.

No cenário atual, devido às transições demográfica, nutricional e epidemiológica, identificadas no século passado, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passam a apresentar alta prevalência. Essas condições caracterizam-se pela necessidade de monitoramento frequente e atenção continuada, uma vez que o objetivo da atenção não é a cura, e sim uma estabilidade no convívio com a doença e a prevenção das complicações⁶.

A Diabetes Mellitus (DM), exemplo deste grupo de morbidades, é uma doença de prevalência significativamente alta. Configura-se hoje como epidemia mundial, representando grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, o que torna esta um problema de saúde pública⁷.

A prevalência da diabetes em todo o mundo foi estimada em 2,8% no ano de 2000 e em 4,4% para o ano de 2030. O número de pessoas com diabetes mellitus atingirá a marca de 366 milhões em 2030, mais do que o dobro do número registrado em 2002⁷.

Esse novo contexto passa a exigir uma reordenação no modo de cuidar e para isso um aporte financeiro compatível para a sua oferta, o que vem impondo ônus crescente e preocupante para os governantes⁶.

Considerando a importância da continuidade na assistência, a fragilidade na integração das unidades de saúde que compõem a rede assistencial do SUS, associada a um quadro de subfinanciamento público da saúde tendem a contribuir para uma elevação progressiva dos gastos privados em saúde destinados ao cuidado deste agravo⁸.

Porto, Ugá e Moreira⁹ analisaram alguns dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 que revelaram o SUS como responsável pelo financiamento do atendimento de 58,6% das pessoas que utilizaram esse sistema no país. A participação dos planos de saúde no financiamento dos atendimentos é pouco expressiva, representando apenas 27% dos casos, enquanto que o gasto privado direto financiou cerca de 14% dos atendimentos em nível nacional.

Considerando este cenário, o presente estudo se propôs a analisar o gasto direto do usuário da Estratégia Saúde da Família com seu cuidado em diabetes mellitus, considerando o investimento governamental *per capita* e a necessidade em saúde como variáveis de associação, em municípios do estado de Pernambuco.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O gasto privado direto de usuários que convivem com a diabetes mellitus e são acompanhados pela Estratégia Saúde da família em municípios pernambucanos foi considerado como situação a ser analisada por este estudo, sendo o investimento governamental *per capita* dessas localidades e a necessidade em saúde considerados como variáveis independentes a serem associadas e correlacionadas ao objeto em investigação.

A proposta do estudo em pauta fundamentou-se na análise associativa de dados secundários provenientes de duas pesquisas avaliativas - Avaliação de Serviços de atenção à saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do programa de Saúde da Família no estado de Pernambuco (Servidiah) e Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica-, do campo da economia da saúde, juntamente com informações provenientes do banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Tipo e Local de estudo

O estudo em questão se propôs a configurar uma avaliação econômica parcial em saúde, do tipo descrição de custos.

O estudo foi desenvolvido no Estado de Pernambuco, que se localiza no centro-leste da região Nordeste, possui uma população de 8.541.250 habitantes, 98.938 km² de área e uma densidade demográfica de 86,3 hab./km². É constituído por 184 municípios e o território de Fernando de Noronha.

Em relação aos aspectos econômicos, de acordo com dados do IBGE, em 2010 o PIB pernambucano atingiu R\$ 95,187 bilhões, com uma expansão de 15,78%, mais que o dobro da média de crescimento nacional do mesmo ano, que ficou em 7,5%.

Sendo um estado de grande extensão territorial, as desigualdades presentes entre suas localidades são também de ordem financeira; a despesa *per capita* em saúde entre os municípios no ano de 2010 variou de R\$ 121,28 a R\$ 764,91.

Considerando os agravos à saúde no estado, tem-se que a prevalência estimada de Diabetes Mellitus na população da capital pernambucana, com base em informações do inquérito Vigitel - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico foi de 5,1% no ano de 2010.

Descrição dos Bancos de Dados e das Variáveis

A primeira pesquisa cujo banco de dado foi acessado, intitulada “*Avaliação de Serviços de atenção à saúde para Diabéticos e Hipertensos no âmbito do programa de Saúde da Família no estado de Pernambuco (Servidiah)*”, teve como objetivo avaliar a efetividade da atenção prestada aos diabéticos e hipertensos, assim como a satisfação dos usuários e os custos socioeconômicos para seu tratamento em 35 municípios representativos do Estado.

Distribuídas nestas localidades, 257 equipes da estratégia Saúde da Família foram sorteadas e compuseram a amostra. Para cada uma das equipes, foi realizado um sorteio dos diabéticos e hipertensos, sendo investigados em torno de 800 usuários diabéticos e 800 hipertensos. O estudo em questão considerou apenas os dados referentes às entrevistas com os usuários que convivem com a DM.

No momento da entrevista, dentre outras questões, os usuários foram arguidos acerca dos gastos pessoais e familiares, por meio de desembolso direto, para a garantia do cuidado em diabetes mellitus.

As categorias de gastos analisadas definidas como variáveis de estudo foram: gasto com medicamento, gasto com exames, gasto com consultas especializadas e gasto com internação.

A segunda pesquisa que forneceu dados para construção deste estudo foi “*Alocação equitativa de recursos financeiros para a saúde em Pernambuco: uma proposta metodológica*”, sendo a alocação de recursos federais da saúde o evento em estudo.

Nesta, o Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde (GPEPS), da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizou algumas análises considerando a realidade do estado e propôs uma nova metodologia de alocação que considera a necessidade em saúde da população nesse processo. Foi elaborada uma análise a partir de 19 variáveis epidemiológicas, socioeconômicas e de porte econômico, através do método de Redes Neurais Artificiais, sendo o resultado a atribuição de um Fator de Alocação (FA) para cada localidade.

Atribuído o FA para cada um dos municípios do Estado, estes foram divididos em quartis, sendo aqueles posicionados no quartil “1” com menor necessidade em saúde e aqueles no quartil “4” com maior necessidade em saúde.

O Quadro 1 apresenta os municípios considerados neste estudo, de acordo com o quartil de posicionamento a partir da distribuição pelo Fator de Alocação calculado, revelando assim a necessidade em saúde, informação que foi utilizada nas análises.

Além das pesquisas mencionadas, o estudo considerou como terceiro fator de associação um indicador disponível no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), a *despesa total per capita em saúde*, que representa a despesa total com saúde, inclusive aquela financiada por outras esferas de governo, por habitante e mede gasto médio com saúde, sob responsabilidade do município. Este foi considerado para denotar o investimento governamental *per capita* em saúde.

Considerando os três bancos de dados acessados, com informações publicadas como referentes ao ano de 2010, tem-se que foram incluídos os municípios pernambucanos que apresentaram informações disponíveis em todos os bancos de dados acessados por esta pesquisa, de modo a possibilitar iguais condições de análise para todas as unidades pesquisadas.

Assim, compuseram a amostra desse estudo 34 municípios do estado de Pernambuco. Essa amostra garantiu uma representatividade estadual, uma vez a amostragem realizada pelas pesquisas envolvidas buscou essa característica.

Estratégias de Análise

Face ao formato diferenciado em que cada banco de dados expõe suas informações, foi necessário uniformizar a configuração de cada resposta das variáveis selecionadas, sendo a análise dos dados realizada em três etapas.

Na primeira etapa, os bancos de dados foram observados, sendo as variáveis de interesse no estudo elencadas e agregadas a nível municipal, na perspectiva de permitir as associações e correlações pretendidas no estudo.

Na segunda etapa, entendida como o momento de descrição dos dados, as análises foram elaboradas e apresentadas em tabelas.

Realizou-se estatística descritiva dos gastos diretos, em geral e para cada um dos itens de gasto, a fim de se obter uma compreensão da situação de gasto nos municípios. O gasto dos usuários foi abordado sob duas perspectivas, considerou-se a frequência do gasto a partir da “proporção (%) de indivíduos que declarou desembolso de recurso” em dada localidade e o valor desse gasto, sendo expresso por uma medida de tendência central do gasto, a mediana (R\$) do gasto.

A necessidade em saúde, variável independente obtida a partir do acesso ao banco de dados da pesquisa realizada pelo grupo GPEPS, foi captada a partir do Fator de Alocação calculado para cada município, sendo realizada uma descrição dos dados a partir da média, dos valores extremos e da distribuição nos quartis.

No que se refere ao investimento governamental, a verificação dos valores de cada localidade foi realizada através da consulta ao indicador “despesa total *per capita* em saúde” no domínio do Siops. Foi realizada também uma descrição dos dados a partir da média e dos valores extremos.

Em seguida, análises foram realizadas considerando os municípios agrupados de acordo com seu porte populacional. A significância estatística das diferenças foi testada em grande parte das análises a partir dos Testes Qui-quadrado e de Kruskal-Wallis e a partir do teste de comparação de médias (ANOVA) em algumas situações, sendo considerado o nível de significância de 5%.

O terceiro momento correspondeu à investigação da existência de associação entre os gastos e a necessidade em saúde, sendo também realizada considerando os portes dos municípios estudados. Para tal, foram construídas tabelas bidimensionais de frequência, em que foi utilizado o Teste Qui-quadrado para verificar a existência de tal associação.

Considerou-se a relevância de identificar a tendência e a força de relacionamento entre as variáveis. Para isso foi abordada uma análise de Correlação linear de Pearson, sendo a variável dependente o gasto médio/mediana do usuário com medicamentos, consultas especializadas e exames. Vale ressaltar que, para o cálculo de tais coeficientes de correlação, assim como para a realização das demais análises anteriormente citadas, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0.

A significância estatística das análises realizadas foi entendida neste estudo como dado que maximiza a importância do achado, mas não como informação que determina os resultados que serão ou não valorados. Essa perspectiva adotada neste estudo está em concordância com os preceitos defendidos por Loureiro e Gameiro¹², onde a constatação de ausência de significância estatística ($p > 0,05$) numa diferença não é considerada um indicativo de que as observações sejam iguais e sem valor.

Assim, o significado prático dos achados foi considerado e valorado mesmo em situações de não significância estatística, sendo indicada a condição estatística do dado apresentado.

A principal limitação da escolha metodológica do estudo está na dificuldade de avaliar a confiabilidade e precisão do banco de dados acessados, assim como o alinhamento temporal entre a coleta dos dados e sua publicação. Essas situações são comuns em estudos que decidem pela utilização de dados secundários.

A pesquisa em pauta obedeceu às recomendações éticas e científicas previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) no Centro de Ciências da Saúde/UFPE. A mesma foi analisada e aprovada, conforme Parecer Consubstanciado nº 68692 em 01 de agosto de 2012.

RESULTADOS

O perfil de usuários que convivem com a diabetes mellitus e revelaram gasto direto com saúde, pode ser observado na Tabela 1, destacando-se que estes são acompanhados em unidades da Estratégia Saúde da Família do estado de Pernambuco.

Houve um predomínio do sexo feminino (69,2%) e de indivíduos com uma idade média de 61 anos. Em relação ao nível de instrução, aproximadamente 37,9% deste grupo declara-se analfabeto e, 47,7% com ensino fundamental incompleto, revelando mais de 85% da amostra com baixo nível de escolaridade.

Quando considerada a ocupação, 83,8% do total de diabéticos, no momento da coleta de dados, não trabalhava, sendo que a maioria (62,6%) posiciona-se como aposentada, recebedor de auxílio doença ou pensionista.

Na questão referente à renda familiar, 32,2% dos indivíduos declararam uma renda familiar de até 1 salário mínimo e 67,8% afirmaram ter uma renda entre 1 e 4 salários mínimos, podendo haver grande heterogeneidade entre estes grupos.

O desembolso direto de recursos pelo usuário, para o seu cuidado em Diabetes Mellitus, esteve presente em 100% dos municípios pesquisados. No geral, 69,18% dos usuários teve gasto direto com algum/alguns dos itens de despesa considerados (medicamento, consulta especializada, exames e internação), sendo R\$120,00/ano a mediana do gasto desses indivíduos.

Os dados individualizados por item de despesa revelam que, considerando o medicamento, 39,4% dos usuários teve desembolso de recurso, sendo a mediana do gasto de R\$180/ano.

No que diz respeito à consulta, a parcela de usuário com desembolso foi de 37,3% e a mediana do gasto de R\$75,0/ano; já com exames, observa-se o maior percentual de indivíduos com desembolso (56,5%), sendo a mediana do gasto de R\$15,7/ano. Destaca-se que apesar de alguns usuários (0,18%) terem informado gasto com internação, apenas 01 informou o valor de seu gasto, sendo este no valor de R\$ 1.105,00. Desta forma, este item de gasto não será descrito na maioria das apreciações individualizadas por item de gasto.

Na Tabela 2 apresenta-se o gasto do usuário, considerando os grupamentos de porte populacional, estratificado por item de despesa. No que se refere à proporção de indivíduos com desembolso de recurso, quando considerando o item consulta, o percentual foi maior ($p < 0,001$) nos municípios de grande porte, sendo 50,8%; no gasto com exame, a parcela nos municípios de pequeno porte foi maior ($p < 0,001$), sendo 35%, conforme Tabela 2.

Com relação ao investimento governamental *per capita* em saúde, os dados revelaram uma despesa média de R\$ 299,61/*per capita*, com DP=66,55 e CV=22,21%. Apresenta-se com valor máximo de R\$ 477,57 e mínimo de R\$ 152,00. Considerando os municípios agrupados por porte populacional, a despesa *per capita* em saúde média foi maior nos municípios de pequeno porte.

A necessidade em saúde, com base em metodologia construída pelo GPEPS foi estimada para os municípios pernambucanos, com base no cálculo do Fator de Alocação (FA). Com estes valores determinados, os municípios da pesquisa em pauta foram distribuídos em quatro sub-amostras ou intervalos quartílicos, estando no “quartil 1” aqueles de menor necessidade e no “quartil 4” aqueles de maior.

Os dados revelam que a maioria da amostra ($n=20$; 58,8%) encontra-se no grupo de menor necessidade em saúde (1º quartil), e a análise da média de fator de alocação entre os grupos de porte populacional sugere uma maior necessidade nos municípios de pequeno porte.

A análise associativa entre o gasto do usuário e a necessidade em saúde (quartil) revelou que o percentual de indivíduos que desembolsou recursos tende a ser maior no grupo de municípios com menor necessidade em saúde ($p=0,05$), sendo de 80,6%.

A aplicação do teste de Correlação de Pearson entre o gasto do usuário com a necessidade em saúde (fator de alocação) revelou que, quando considerado o gasto com consulta, a proporção de indivíduos com gasto aumenta à medida que diminui a necessidade em saúde ($r = - 0,5$ e $p > 0,05$), apresentando os demais itens de despesa a mesma direção na correlação.

No tocante à mediana do gasto, evidencia-se que ela aumenta à medida que aumenta a necessidade em saúde da localidade (fator de alocação), quando considerados o gasto geral e o item medicamento isoladamente ($r = 0,27$ e $r=0,21$, respectivamente). Os demais itens de

consumo apresentam a mesma direção de relacionamento, porém com força de correlação mais fraca.

Correlacionando o gasto do usuário com o investimento governamental (despesa *per capita*) pode-se inferir que a mediana do gasto aumenta à medida que aumenta o investimento governamental *per capita* da localidade, quando considerados o gasto com os itens exames e consulta isoladamente ($r = 0,36$ e $r = 0,27$, respectivamente). Cabe destacar que o gasto geral e o gasto com medicamento seguem a mesma tendência ($r < 0,2$).

Considerando o percentual de usuários com desembolso de recurso, tem-se que quando analisado o gasto geral e com o item exame isoladamente, a proporção de indivíduos com gasto diminui à medida que aumenta o investimento governamental *per capita* ($r = 0,25$), seguindo os demais itens de despesa a mesma tendência ($r < 0,2$).

O Quadro 2 configura-se como elemento síntese indicando a tendência no relacionamento das variáveis.

DISCUSSÃO

No que se refere à descrição do gasto direto dos usuários, observou-se um alto percentual de usuários com desembolso de recursos em Pernambuco (69,7%) para a garantia de componentes importantes na terapêutica de uma condição crônica (medicamento/insulina, exame, consulta especializada e internação); o que evidencia uma insuficiência da assistência pública que vêm sendo prestada.

A mediana do gasto desses indivíduos/ano foi de R\$120, chegando num dado município ao valor de R\$ 1.056,00/ano. Associando esta com a realidade de 32% dos usuários que declararam uma renda familiar de até 1 salário mínimo e que apenas 16,2% dos entrevistados trabalham, o desembolso configura-se como de alto impacto no orçamento familiar.

Pondera-se que a grande disparidade no tempo de convívio com a doença (Desvio Padrão de 7,6 anos) interfere de forma importante no padrão de gasto do usuário, uma vez que o padrão de comprometimento da saúde do indivíduo tende a modificar com o passar dos anos.

Deve-se destacar que, estes usuários entrevistados são acompanhados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e que, de acordo com a Constituição Federal, o Estado, a partir de seu Sistema de Saúde, deve garantir assistência universal e integral à saúde para a população de seu território¹³.

Paralelamente a esta situação, uma questão deve ser pontuada; uma parcela expressiva dos itens de gasto pesquisados (consulta especializada e internação) caracteriza-se como pertencentes ao grupo de ações de média complexidade. Porto, Ugá e Moreira⁹ revelam em seu estudo que, o SUS é o principal financiador dos dois níveis extremos de complexidade da atenção à saúde: o de atenção básica e o da alta complexidade, sendo nos serviços de média complexidade onde se encontra o maior percentual de gasto direto.

Silva e Rotta¹⁴ afirmam que, embora haja um aumento significativo dos recursos destinados a ações e serviços públicos à saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual e União –, este pouco tem auxiliado na redução do déficit social da saúde como política universal e equânime, o que traz a tona questionamentos a da suficiência dos recursos que vêm sendo destinados e acerca dos critérios de alocação considerados.

Diante deste cenário, o que vem sendo observado é uma participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde, seja por meio dos planos e seguros de saúde, que ganham cada vez mais espaço, seja pelo desembolso direto de recursos pelos usuários, tendo o gasto privado total com saúde passado de 33% em 1975 para 58,4% em 2007¹⁴.

Os resultados do estudo em tela revelam que exame foi o item de despesa que concentrou um maior percentual de usuários com desembolso (56%), o que sugere uma fragilidade diagnóstica nestes municípios, seguido pelo item medicamento (39%). Por outro lado, foi exame o componente com menor mediana de gasto/ano (R\$15,7), o que sugere uma maior possibilidade de custeio dos usuários, podendo justificar, em parte, sua grande frequência.

Estudo que avaliou a evolução dos gastos em saúde por sistema de financiamento entre 1998 e 2008 revelou que, o aumento da participação do gasto privado direto foi maior no financiamento de cirurgias ambulatoriais e na realização de exames (8,9% para 10,6%)⁹.

Com relação à medicação vale destacar que a garantia deste item é de responsabilidade da atenção primária, e que para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento¹⁵. Estudo aponta que na camada de menor renda da sociedade, o gasto em saúde é majoritariamente realizado com a compra de medicamentos¹⁶.

No que se refere ao gasto com internação, os dados apresentados por Porto, Ugá e Moreira⁹ revelam que o baixo percentual de financiamento deste item de atenção pelo gasto privado direto justifica-se pelo seu elevado custo, podendo frequentemente representar uma parcela elevada da renda familiar. Dessa forma, constitui-se, muitas vezes, em um gasto catastrófico que as pessoas tentam evitar comprando planos de saúde privados e/ou utilizando os serviços do SUS. Em 2008, o SUS foi responsável pelo financiamento da maior parte (69,6%) das internações efetuadas no país.

A análise entre os portes populacionais neste estudo revelou que a mediana do gasto foi maior nos municípios de pequeno porte. Uma hipótese que justifica este achado é que tendo os municípios de pequeno porte uma menor diversidade na oferta de ações e serviços de saúde, acredita-se que a dificuldade de acesso tende a aumentar o valor desses serviços.

Com relação à proporção de indivíduos com desembolso, foi encontrado diferença de tendência de acordo com o item de gasto, o que traduz a característica de oferta das localidades. O gasto com consultas especializadas foi mais frequente nos municípios de grande porte (50,8%). Zucchi, Nero e Malik¹⁷ argumentam que a multiplicidade na oferta induz à demanda, sendo importante na determinação do consumo de serviços de saúde.

Os dados revelaram ainda que a despesa *per capita* em saúde e a necessidade em saúde foram maiores nos municípios de pequeno porte. De acordo com Bezerra¹⁸, essa maior despesa é devido a um investimento de recursos próprios. No que se refere à necessidade, essas localidades apresentam maior fragilidade nos indicadores sociais e de saúde. Incoerentemente, são estes os municípios com menor transferência *per capita* de recurso federal, devido a sua pouca capacidade instalada¹⁹.

Os municípios com menor necessidade em saúde são também aqueles de grande porte populacional; assim, apresentam maior frequência de desembolso, que se apresenta como mais expressiva nas consultas especializadas (89,4%), podendo ser reflexo de uma organização e oferta prévia mais estruturada da atenção básica. Tanaka e Drumond Junior²⁰

defendem que o aumento da demanda por atendimento especializado surge em consequência da ampliação na oferta de consultas básicas.

Observa-se um aumento da mediana do gasto à medida que aumenta o investimento governamental *per capita* e a necessidade em saúde. A princípio a hipótese considerada no estudo seria que o aumento do investimento governamental resultaria num menor desembolso por parte do usuário. De fato ele resulta numa menor proporção de indivíduos com gasto, como será apontado na sequência, no entanto, os municípios com maior despesa *per capita* em saúde são também aqueles de pequeno porte populacional. Sendo assim, a menor oferta de serviços nestas localidades impactaria num aumento de seu valor, resultando numa maior mediana do gasto.

Essa perspectiva de análise se fortalece na abordagem da proporção de indivíduos com gasto, que diminui à medida que aumenta o investimento governamental, tendência nos municípios de grande porte. A redução de gastos, para os itens considerados nesta pesquisa, numa situação de aumento da despesa *per capita* pressupõe uma potencial eficiência e adequação na utilização dos recursos destinados à saúde, situação facilitada pela melhor capacidade instalada existente nessas localidades.

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se que o trabalho com dados secundário limita, em alguns momentos, a manipulação dos dados, impossibilitando algumas análises. Um exemplo foi em relação à metodologia adotada para a apuração da renda dos indivíduos, uma vez que foram identificados de forma categorizada, impedindo que fosse calculado, por exemplo, a parcela da renda familiar comprometida com o desembolso, o que poderia estimar de forma mais clara o impacto deste gasto no orçamento familiar.

Contudo, apesar das limitações, este estudo fornece subsídios para a discussão sobre o gasto privado em saúde de usuários vinculados à estratégia saúde da família e, além disso, contem informações que podem contribuir para uma revisão nos critérios de alocação de recursos e mais ainda para a criação de estratégias que favoreçam a garantia do direito à saúde conforme os preceitos constitucionais.

Colaboradores

J. L. Pontes, A. F. B. Bezerra e E. A. P. Cesse participaram da concepção do projeto; análise e interpretação dos dados; redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;

aprovação final da versão a ser publicada. I. M. C. Sousa contribuiu na concepção do projeto; redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. A. C. G. Espírito Santo colaborou na redação do artigo; revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Ciência e saúde coletiva [online] 2003; 8(2):449-60.
2. Lima LD. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência e saúde coletiva [online] 2007; 12(2): 511-22.
3. Medeiros M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Texto para discussão número 687. Brasília: IPEA, 1999.
4. Nunes A. A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. Machado EN da M et al. Fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/CEDEPLAR, 2004 [Mimeo].
6. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública 2003; 19, 1(supl):181-191.
7. Wild S et al. Global prevalence of diabetes - Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 7(5):1047-53.
8. Escorel S et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Revista Panamericana Salud Pública 2007; 21(2-3):164-176.
9. Porto SM, Ugá, MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. Ciência e saúde coletiva 2011; 16(9):3795-806.
10. Drumond MF, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economics evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press, 2005.
11. Contrandiopoulus AP et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. [Org.]. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.
12. Loureiro LMJ, Gameiro MGH. Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. Revista de Enfermagem Referência 2011; 3(3):151-162.

13. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
14. Silva CL, Rotta CV. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. Textos e Contextos 2012; 11(2):333 - 345.
15. Silva TR et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade 2006; 15(3):180-189.
16. Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Capítulo 4 - Os gastos das famílias com saúde In: Silveira, F.G. et al. (orgs). Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas (volume 1), Brasília, 2007.
17. Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade 2000; 9(1/2):127-150.
18. Bezerra AFB et al. Avaliação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS e capacitação de gestores municipais para a atualização e qualificação de dados no uso de tecnologia da informação. Relatório Parcial. Recife, 2008.
19. Espírito Santo ACG, Fernando VCN, Bezerra AFB. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciência e Saúde Coletiva 2012;17(4).
20. Tanaka OY, Drumond Júnior M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde [online] 2010; 19(4).

Quadro 1 – Distribuição dos municípios pernambucanos pesquisados de acordo com a necessidade em saúde.

Quartil de Necessidade	Municípios pertencentes
Grupo 1 (Quartil 1 - Q1)	Abreu e Lima, Arcoverde, Bezerros, Calumbi, Carnaíba, Carpina, Caruaru, Casinhas, Catende, Ferreiros, Ilha de Itamaracá, Jatobá, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Orobó, Palmares, Petrolina, Recife, São Lourenço da Mata e Terezinha.
Grupo 2 (Quartil 2 – Q2)	Altinho, Barreiros, Condado, Jurema e Parnamirim.
Grupo 3 (Quartil 3 – Q3)	Ipubi, Lagoa Grande, Maraial, Moreilândia e Sairé
Grupo 4 (Quartil 4 – Q4)	Águas Belas, Araripina, Inajá e Primavera

Fonte: BEZERRA, 2011

Tabela 1 - Caracterização da amostra de entrevistados na pesquisa *Servidiah*, segundo idade, sexo, escolaridade, renda familiar, ocupação, cobertura por plano de saúde e tempo de convívio com a DM - Pernambuco, 2011.

Variável	N	Freq.
Idade	61,1 ± 13,2	
Sexo		
Masculino	254	30,8
Feminino	569	69,2
Escolaridade – entrevistado		
Analfabeto	311	37,9
Ensino fundamental incompleto	392	47,7
Ensino fundamental completo	55	6,7
Ensino médio completo	48	5,8
Superior completo	16	2,0
Ocupação		
Trabalha	133	16,2
Desempregado	32	3,9
Dona de casa / estudante	142	17,3
Aposentado / Auxílio doença / Pensionista / outro	512	62,6
Renda Familiar		
Até 1 SM	246	32,2
Mais de 1 SM e até 4 SM	517	67,8
Tem plano de saúde ou seguro de saúde		
Sim	83	10,0
Não	740	90,0
Gasto médio por mês, caso possua plano/seguro de saúde	94,26 ± 103,2	
Tempo que convive com a DM (em anos)	8,7 ± 7,6	

Fonte: CESSE, 2011

Tabela 2 - Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo porte populacional. Pernambuco, 2010.

Item de Gasto Direto	Grande Porte	Médio Porte	Pequeno Porte	Valor de p
Geral				
Desembolso Sim (%)	70,8	70,5	64,2	0,325
Desembolso Não (%)	29,2	29,5	35,8	
Mediana do Gasto	99,00	100,00	157,50	0,018
Consulta				
Desembolso Sim (%)	50,8	35	26,3	
Desembolso Não (%)	49,2	65	73,7	< 0,001
Mediana do Gasto	60,00	60,00	120,00	0,071
Exame				
Desembolso Sim (%)	14,7	31,4	35	< 0,001
Desembolso Não (%)	85,3	68,6	65	
Mediana do Gasto	4,00	20,00	29,00	0,002
Medicamento				
Desembolso Sim (%)	22,9	30,3	29,9	0,072
Desembolso Não (%)	77,1	69,7	70,1	
Mediana do Gasto	192,54	180,00	168,00	0,784

Fonte: elaboração própria

Tabela 3 - Distribuição dos municípios, de acordo com o percentual de desembolso direto de recurso (%) e mediana do gasto (R\$), segundo quartil de necessidade. Pernambuco, 2010.

Gastos diretos	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Valor de p
Geral					
% de indivíduos que desembolsou	80,6	7,6	7,1	4,8	0,052*
Mediana do desembolso (R\$)	112,00	144,00	125,00	95,00	0,648**
Medicamento					
% de indivíduos que desembolsou	75,3	8,1	9,4	7,2	0,137*
Mediana do desembolso (R\$)	180,00	168,00	162,00	153,00	0,913**
Exame					
% de indivíduos que desembolsou	68,2	14,2	9,5	8,1	0,002*
Mediana do desembolso (R\$)	11,00	27,00	53,00	15,00	0,001**
Consulta					
% de indivíduos que desembolsou	89,4	4,1	3,8	2,8	< 0,001*
Mediana do desembolso (R\$)	60,00	100,00	100,00	100,00	0,363**
Internação					
% de indivíduos que desembolsou	80,0	10,0	10,0	0,0	0,686*
Mediana do desembolso (R\$)	1105,00	-	-	-	-

* Teste qui-quadrado

** Teste de Kruskal-Wallis (Teste não-paramétrico)

Fonte: elaboração própria

Quadro 2 – Relação entre desembolso direto de recurso, porte populacional do município, investimento governamental e a necessidade em saúde.

Aspecto do Gasto	Tendência	Porte Populacional	Investimento Governamental	Necessidade em saúde
Percentual de desembolso	↑ % de desembolso	<u>Grande</u> Porte(1)	<u>Menor</u> Investimento Governamental	<u>Menor</u> Necessidade em Saúde
	↓ % de desembolso	<u>Pequeno</u> Porte	<u>Maior</u> Investimento Governamental	<u>Maior</u> Necessidade em Saúde
Mediana do Gasto (R\$)	↑ Mediana do Gasto (R\$)	<u>Pequeno</u> Porte	<u>Maior</u> Investimento Governamental	<u>Maior</u> Necessidade em Saúde
	↓ Mediana do Gasto (R\$)	<u>Grande</u> Porte	<u>Menor</u> Investimento Governamental	<u>Menor</u> Necessidade em Saúde

Fonte: elaboração própria

(1) O % de desembolso foi maior no GP apenas quando considerado o item consulta, sendo o percentual maior para o grupo de PP quando considerado o item exame.